

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ALINE CRISTINA GONÇALVES

**O IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO COMPARATIVO**

Belo Horizonte

2013

ALINE CRISTINA GONÇALVES

O IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO COMPARATIVO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como
requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel**
em **Gestão Pùblica**.

Professor Orientador: José Angelo

Belo Horizonte

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar comigo em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis. A minha mãe, meu noivo, familiares e amigos pela paciência, parceria e principalmente por acreditarem no meu sucesso. A professora Vera Alice que me ajudou a desenvolver o projeto do TCC e me orientou no início do trabalho de conclusão de curso. E agradeço principalmente o professor José Angelo que aceitou o desafio de dar continuidade ao trabalho iniciado pelo professora Vera Alice.

RESUMO

A expansão da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos de grande porte encontra desafios para a definição de políticas públicas uma vez que possuem uma dinâmica complexa, em função das atividades econômicas ali desempenhadas, bem como condições precárias de moradia e saneamento em várias regiões (CAMPOS, AGUIAR, OLIVEIRA, 2002). Este trabalho consiste em um estudo comparativo do Programa Saúde da Família entre Aracaju e Cuiabá com objetivo de verificar se o aumento da cobertura do PSF impactou positivamente nos indicadores da atenção básica destes municípios no período de 2001 a 2007. No entanto está hipótese não foi confirmada.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Cobertura do PSF, Atenção Básica.

LISTA DE GRÁFIOS

Gráfico 1 – Cobertura das equipes de saúde da família em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	20
Gráfico 2 – Média anual de consultas médicas em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	23
Gráfico 3 – Cobertura Vacinal em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	24
Gráfico 4 – Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	25
Gráfico 5 – Coeficiente de mortalidade infantil em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	26
Gráfico 6 – Taxa de internações por IRA em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	27
Gráfico 7 – Taxa de internações por complicações de diabetes mellitus em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	28
Gráfico 8 – Taxa de internações por AVC em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007.....	29
Gráfico 9 – Despesas com Atenção Básica.....	32

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ..	8
2.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	9
3 ARACAJU E CUIABÁ, SEMELHANÇAS QUE APROXIMAM OS DISTANTES .	16
3.1 ASPECTOS GERAIS E REDE ASSISTENCIAL.....	16
3.2 IMPLANTAÇÃO DO PSF E SITUAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA.....	17
4 O IMPACTO DA COBERTURA DO PSF NA ATENÇÃO BÁSICA	20
4.1 ANÁLISE DOS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge no Brasil como um programa de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

A expansão da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos de grande porte encontra desafios para a definição de políticas públicas uma vez que possuem uma dinâmica complexa, em função das atividades econômicas ali desempenhadas, bem como condições precárias de moradia e saneamento em várias regiões (CAMPOS, AGUIAR, OLIVEIRA, 2002).

É nesta perspectiva que surge o interesse de analisar o ESF em Aracaju e Cuiabá, capitais de grande porte que apresentam as características mencionadas anteriormente e, por isso, supostamente com maiores desafios à expansão da ESF. Este trabalho consiste em um estudo dos casos destes dois municípios no período de 2001 a 2007. O objetivo é verificar se o aumento da cobertura do PSF impactou positivamente nos indicadores da atenção básica, apontando de fato para uma reorientação do modelo de atenção à saúde. Mas desde já adianto que está hipótese não foi confirmada.

O primeiro capítulo contextualiza o surgimento da ESF no Brasil, começando como um programa para se tornar uma estratégia mais geral para a reorientação da atenção básica, e explica como está estruturada.

O segundo capítulo propõe uma comparação entre aspectos da estrutura socioeconômica de Aracaju e Cuiabá, apontando para semelhanças que justificam a comparação proposta.

Já no terceiro capítulo verifica-se a variação da cobertura da ESF e seu impacto nos indicadores da atenção básica. É feita uma análise desta cobertura nos dois municípios e de 8 indicadores da atenção básica.

E por fim o quarto capítulo apresenta algumas considerações finais e hipóteses que poderiam explicar os resultados encontrados no terceiro capítulo.

2 SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 incorporou grande parte das ideias propostas pelo movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Esta incorporação provocou alterações tanto na gestão, quanto na operacionalização dos serviços de saúde, o que foi importante para universalizar e organizar a atenção à saúde.

Antes da Constituição Federal de 1988, o acesso ao sistema de saúde não tinha caráter universal. As ações de saúde eram divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. O primeiro desenvolvia principalmente as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, (como, por exemplo, a vacinação), realizadas em caráter universal, e assistência médico-hospitalar para públicos ligados a algumas poucas doenças. Já o segundo, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus beneficiários através da medicina curativa, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus usuários (DE SOUZA, 2002).

O acesso à saúde era restrito apenas às pessoas que podiam pagar pelos serviços privados e aos trabalhadores com carteira assinada. Os que não podiam pagar e que também não estavam segurados pela previdência social não tinham, portanto, qualquer garantia de acesso à saúde. Dependiam basicamente de filantropia, principalmente por parte das Santas Casas de Misericórdia e de outros estabelecimentos de cunho beneficente.

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura o acesso gratuito a todos os cidadãos, independentemente da renda e da situação no mercado de trabalho. O SUS tem como princípios básicos a equidade, a integralidade e a universalidade, tendo entre suas diretrizes a descentralização político-administrativa. Sua implantação levou à modificação na gestão da saúde, que passou a ser compartilhada entre a União, os estados e os municípios. A esfera municipal de governo passou a ter papel estratégico no provimento rotineiro de serviços de saúde.

A partir de 1990, o processo de reestruturação do modelo de proteção social afetou a área dos serviços de saúde. Os governos passaram a dar prioridade à atenção básica, incentivando instâncias locais a favorecer a implementação de programas de saúde direcionados à família. Aumentou a preocupação com a porta de entrada para estes serviços. O objetivo foi a ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízo das ações curativas. Algumas leis aprovadas neste período permitem identificar a direção destas mudanças.

A lei 8.080 de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O artigo 5º desta lei reza que um dos objetivos do SUS é garantir a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Uma outra lei importante na mudança da política nacional para a saúde é a 8.142 / 1990, que estabeleceu regras para as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de instituir como arenas de controle da sociedade, no âmbito do SUS, as conferências e conselhos de saúde, a serem organizados em cada esfera de governo. Esta lei determina que os recursos do Fundo Nacional de Saúde sejam alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e pelo Distrito Federal. Destes recursos pelo menos setenta por cento devem ser destinados aos municípios

2.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB)¹, estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, avaliações feitas pelos três níveis de gestão do SUS, isto é, o federal, o estadual e o municipal possibilitaram a identificação de um conjunto de aspectos de sistema, que devem ser mais discutidos e que se relacionam às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil.

¹ Acessível em www.saude.gov.br.

Esta discussão refere-se à interpretação dos eixos da universalidade, integralidade e equidade. O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito que não pode ser negado a nenhum cidadão. Ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos torna-se um dever do Estado provê-lo regularmente. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços incorporados ao sistema e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar atendimento integral a toda população brasileira. A integralidade caracteriza-se justamente como princípio que reconhece para cada brasileiro o direito de atendimento de forma plena em função das suas necessidades. A realização deste princípio exige a articulação de ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência. Já por meio da equidade objetiva-se diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento diferenciado para necessidades desiguais. Caracteriza-se, assim, princípio de justiça social (PONTES; CESSO; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

Foi no contexto de reorganização do modelo de assistência a partir da rediscussão da implementação destes princípios que surgiu o Programa Saúde da Família - PSF. O PSF se apresentou como uma nova maneira de tratar a saúde como área de intervenção governamental, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Introduz-se uma nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não se espera a pessoa chegar às estruturas de atendimento para ser atendida, como na perspectiva curativa. Já na perspectiva do PSF busca-se agir preventivamente nas condições em que vive, dentro do seu meio social e de sua família. É um novo modelo de atenção (ROSA, LABATE, 2005). Esse modelo de atenção à saúde foi pioneiramente implantado na cidade de Niterói, em 1992, inspirado no sucesso da experiência cubana de medicina familiar (MOACIR SCLIAR, 2005), que também serviu de inspiração para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o PSF.

Implantado em 1994, o PSF tinha como objetivo contribuir para a diminuição de graves índices de morbi-mortalidade materna e infantil na Região Nordeste. Previa-se que sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social, primeiramente a população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e,

posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O sucesso do PACS mostrou que o enfoque na família era mais promissor que o enfoque no indivíduo, já que as ações direcionadas à família proporcionam maior cobertura da assistência à saúde de pessoas de diferentes faixas etárias e também aumentam a abrangência de medidas preventivas. Viu-se que, a partir das ações direcionadas a família, é possível mudar simultaneamente costumes e hábitos negativos de várias pessoas, nos lugares em que vivem, e não somente buscar intervenções clínicas sobre o indivíduo.

O PSF é estruturado a partir do trabalho da Equipe de Saúde da Família - ESF. Esta é uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade de cobrir uma determinada população em um território definido. A equipe desenvolve ações sistemáticas de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de diferentes mazelas neste território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA Nº 2.448, 2011).

Conforme orientação do Ministério da Saúde – MS, a ESF deve promover a substituição de práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho. Esta equipe deve vincular-se à rede de serviços de saúde, a partir de unidades de saúde inseridas na atenção básica ou atenção primária, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos da família e assegurar o encaminhamento para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de problemas identificados na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A ESF atua em território de abrangência definido; é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. O MS recomenda que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas atendidas por equipe.

A equipe Saúde da Família (ESF) inclui um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade, enfermeiro

generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também podem ser agregadas as equipes de saúde bucal no âmbito do Saúde da Família, incluindo os seguintes profissionais: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas atendidas por equipe.

As equipes são responsáveis por conhecer a realidade das famílias de que cuidam por meio de seu cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Devem elaborar, com participação da comunidade assistida, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença. Também devem prestar assistência integral e contínua à demanda organizada ou espontânea, na unidade de saúde, na comunidade, no domicílio. Está aí incluído o acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial, além da promoção de ações educativas para o enfrentamento de problemas de higiene e prevenção de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O município é o espaço de execução das ações centradas na saúde da família. Ao governo municipal compete, entre outras atribuições, as seguintes: garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do PSF; programar ações de atenção básica a partir de sua base territorial; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos. Além disso, cabe-lhe também acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de Saúde da Família; alimentar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2007).

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas no Programa devem ser realizados por meio do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Os municípios devem alimentar obrigatoriamente este sistema, nele inserindo os dados cadastrais das equipes de saúde da família e os dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF. A não alimentação do SIAB, por um período de dois meses consecutivos ou 3 meses alternados durante um ano, leva à suspensão do cadastramento do programa no âmbito federal.

O financiamento do PSF foi inicialmente previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB). O PAB fixo – recursos per capita/ano para a atenção básica – inaugurou a modalidade de transferência, de forma regular e automática, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia para a gestão municipal, com a correspondente responsabilização do dirigente municipal pelo atendimento à saúde dos municípios. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a ampliação das ações na atenção básica. Entre as ações financiadas estavam a farmácia básica, a vigilância sanitária, o atendimento às carências nutricionais, a capacitação de agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de atenção básica descritas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde RENASES e nos planos de saúde do município e do Distrito Federal. Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A cobertura do PSF é calculada da seguinte forma:

$$C = ((E \times 3.000) / P) \times 100, \text{ onde:}$$

C = cobertura populacional do programa em percentagem, arredondada para a casa decimal;

E = número de equipas de saúde da família;

P = número de habitantes no município segundo o IBGE

Em 2006, o Programa de Saúde da Família passou a ser definido como “Estratégia de Saúde da Família”, por meio da Portaria Ministerial 648 / 2006, uma vez não se tratar de mais um programa, mas do eixo estruturante para a organização da atenção primária em todo o país.

O sucesso da Estratégia Saúde da Família pode ser medido pelo grau de sua cobertura nos municípios, já que a elevação da sua cobertura proporciona maior atenção à saúde para um maior número de cidadãos. A cobertura de equipas de saúde da família no Brasil passou de 35,7% em 2003 para 50,7% em 2009, o que correspondia a 96,1 milhões de pessoas cobertas em 2009.

A despeito dos resultados amplamente reconhecidos, uma das discussões referentes à eficácia social da Estratégia Saúde da Família refere-se à sua adequação aos grandes centros urbanos e aos desafios que enfrenta nestes espaços, devido à complexidade na estrutura sócio-ambiental urbana e o cuidado voltado para o núcleo familiar, sendo este último fundamental para a atuação dos profissionais de saúde (MENDONÇA, VASCONCELLOS, VIANA, 2008).

A Estratégia Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial (MENDONÇA, VASCONCELLOS, VIANA, 2008).

Neste trabalho, nos propõe-se a comparação da implantação do PSF em municípios distintos, analisando quais seriam os efeitos de diferentes graus de cobertura sobre a qualidade da atenção básica ou primária na saúde da população, medida por meio de indicadores já utilizados pelo MS. Para efetivar esta comparação, escolhemos dois municípios com características bastante semelhantes sob diversos aspectos, porém com patamares de cobertura da Estratégia Saúde da

Família bem diferentes. O objetivo deste procedimento foi de isolar um conjunto de variáveis que, além do grau de cobertura, poderiam contribuir para determinado desempenho na qualidade da atenção básica. Deste modo, foram escolhidos os municípios de Cuiabá – MT e Aracaju – SE.

No próximo capítulo é feita uma comparação entre as características gerais das duas capitais, incluindo a estrutura sócio-econômica, bem como entre os graus de cobertura das equipes de Saúde da Família.

3 ARACAJU E CUIABÁ: SEMELHANÇAS SOCIOECONÔMICAS

A estrutura socioeconômica é um fator que pode influenciar os indicadores de saúde de um município. Portanto, será feita neste capítulo uma comparação entre características relacionadas às estruturas socioeconômicas dos municípios de Aracaju e Cuiabá, de forma a identificar semelhanças entre estes municípios.

Além de se tratarem de municípios com características socioeconômicas semelhantes, Aracaju e Cuiabá foram escolhidos por se tratar de municípios de grande porte, em que a população varia de 100.001 a 900.000 habitantes. A literatura aponta a existência de maiores dificuldades na implantação do PSF em municípios de maior porte devido a problemas diversos, incluindo o elevado nível de exclusão do acesso aos serviços de saúde, oferta consolidada de outras modalidades de serviços, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE / FIOCRUZ, 2005; CAMPOS, F. E. et ali, 2002).

A escolha de apenas dois municípios, se por um lado restringe as possibilidades de generalização das conclusões deste estudo, pode ser suficiente para abordar o objetivo proposto neste trabalho, voltado para explorar eventuais efeitos da maior ou menor cobertura do Saúde da Família nestes municípios de maior porte nos indicadores da atenção básica. Além disso, optou-se por estudar dois municípios de regiões distintas, embora semelhantes sob vários aspectos, evitando assim a influência de outras variáveis de caráter regional que pudessem afetar o desempenho dos indicadores de desempenho da atenção básica.

3.1 ASPECTOS GERAIS E REDE ASSISTENCIAL

Aracaju, capital do Sergipe, está localizada na região nordeste e sua população, estimada em 2009, era de 544.039 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Neste mesmo ano, possuía 44 centros de saúde/unidade básica de saúde, 1 posto de saúde, 2 prontos socorros públicos, 753 leitos públicos nas especialidades cirúrgica, clínica, obstétrica e pediátrica, dentre outros serviços. Possuía também 8.244 médicos sendo que, deste total, 6201 atendiam pelo SUS. Possuía 793 enfermeiros sendo que 749 atendiam no SUS.

Já Cuiabá, capital de Mato Grosso, está localizada na região centro-oeste. Sua população estimada em 2009 era de 550.562, de acordo com o IBGE. Neste mesmo ano, possuía 88 centros de saúde/unidade básica de saúde público e 2 postos de saúde. Não havia pronto socorro geral e a rede hospitalar apresentava 404 leitos públicos nas especialidades cirúrgica, clínica, obstétrica e pediátrica, entre outras. O município apresentava um contingente de 4619 médicos, sendo que 2668 atendiam no SUS. Dos 600 enfermeiros atuando no município, 549 atendiam no SUS.

3.2 IMPLANTAÇÃO DO ESF E SITUAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA

O quadro a seguir mostra aspectos relevantes destes municípios no que se refere à implementação do PSF e situação socioeconômica. Estes dados são referentes ao ano de 2009.

Quadro 1 - Aspectos socioeconômicos relevantes dos municípios comparados

Município	Aracaju	Cuiabá
Ano de implementação do PSF	1998	1998
População	461.083	483.044
PIB per capita (R\$)	5.221,00	6.678,00
IDH	0,794	0,821

Fontes: IBGE, site prefeitura de Aracaju, site Departamento de Atenção Básica, PNUD

Para os propósitos deste trabalho, o ano de implementação é importante para identificar se um dos municípios possui mais tempo de implantação do programa que o outro. O PSF foi criado pelo MS em 1994, mas é a partir de 1998 que o programa se consolida como uma estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde. Neste mesmo ano ocorre a implementação do Sistema de Atenção Básica (SIAB), que passa a registrar os dados referentes ao número de ESF. Dessa forma, a estimativa de cobertura média populacional do PSF, no Brasil, só foi possível a partir de 1998, uma vez que para calcular a proporção da população coberta pelo programa, é necessário considerar o número de equipes de saúde da família existentes no município (MS 2006).

O tempo de implementação poderia ser um diferencial na avaliação de resultados, já que um município com maior tempo de adesão ao programa poderia ter mais tempo para melhorar seus resultados. Esta variável não diferencia dos dois municípios, já que ambos aderiram ao programa no ano de 1998.

O porte populacional também deve ser considerado para efeito de acesso aos serviços de saúde. Na década analisada, verificou-se que a implementação do PSF ocorreu de forma heterogênea, predominando em municípios cujo número de habitantes não estava situado em faixas extremas, ou seja, em municípios que não são muito pequenos ou muito grandes (MATOS, 2000 apud CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002, p.48). As equipes do PSF encontram-se concentradas em municípios com população entre 5 e 250 mil habitantes. Tal distribuição configura a falta de cobertura em diversos municípios com menos de 5 mil habitantes, bem como para contingente populacional significativos das áreas metropolitanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Mas, os dados apresentados no quadro 1 demonstram que a variável população também não diferencia os dois municípios em estudo.

O Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita) é a soma de todos os bens de uma determinada região, e quanto maior o PIB, mais demonstra o quando essa região é desenvolvida, e podem ser classificados entre países pobres, ricos ou em desenvolvimento. O PIB pode influenciar na proporção dos valores destinados a saúde, o que poderia de certa forma impactar na cobertura do PSF. Esta variável apresentou diferença em favor de Cuiabá, de pouco mais de R\$ 1400,00 per capita.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é outra variável importante. Este índice mede o desenvolvimento humano através da análise de três dimensões: educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). Internacionalmente, o IDH é constituído por dados com diferentes parâmetros de medidas entre os povos, sendo transformado em uma medida adimensional, com magnitude entre zero e um. Para isso, cada variável que compõe o IDH é transformado em um valor entre zero e um e ao final é calculada a média desses indicadores, gerando o índice. Os valores são determinados pela referência de mínimo (0) e máximo (1) de cada categoria, e os

sub-índices de cada município serão valores proporcionais dentro dessa escala: quanto melhor o desempenho municipal naquela dimensão, mais próximo o seu índice estará de 1. Estudos do Ministério da Saúde apontaram que quanto mais elevado o nível de cobertura do PSF, maior a proporção de municípios com Índice de Desenvolvimento Humano baixo ($<0,7$). Nos dois municípios escolhidos há uma pequena diferença em favor de Cuiabá, porém de acordo com critérios definidos pelo Ministério da Saúde para alocação de recursos, ambos estariam situados na mesma faixa de IDH, a dos municípios acima de 0,755 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA 1624 DE 10 DE JULHO DE 2007)

No seu conjunto, as variáveis socioeconômicas apresentados neste capítulo não apresentam variações relevantes que possam comprometer a comparação que será feita no próximo capítulo. Eles apresentam resultados próximos e até mesmo, em alguns deles, idênticos como no que se refere ao tempo de implementação do programa, porte populacional e nível de desenvolvimento humano. Desta forma, buscamos controlar estas variáveis a fim de contribuir para a análise da evolução de indicadores de saúde sobre o desempenho da atenção básica, considerando os diferentes níveis de cobertura do PSF. Note-se que não se propõe uma comparação exaustiva, já que não estou considerando outras variáveis que podem ser importantes. Desde já esclareço que também não me preocupei em desagregar as características das variáveis.

A partir das considerações feitas neste capítulo nos dedicamos a investigar se, nos casos estudados, a cobertura do PSF influencia os indicadores da atenção básica. Estes indicadores são utilizados para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica em todo território nacional.

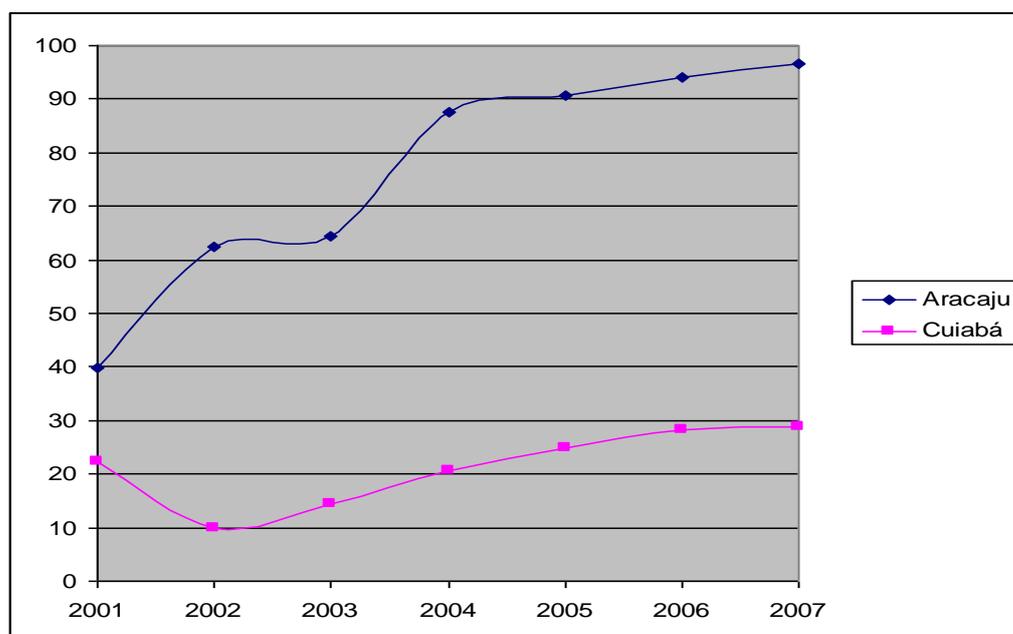
4 O IMPACTO DA COBERTURA DO PSF NA ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia Saúde da Família visa à expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, de ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE / FIOCRUZ, 2012).

A partir das considerações feitas no capítulo anterior, buscou-se verificar, neste capítulo, qual é o impacto da cobertura do PSF sobre os indicadores relacionados à qualidade da atenção básica. Para a análise proposta, fez-se a comparação de alguns indicadores da atenção básica nos municípios de Aracaju e Cuiabá no período de 2001 a 2007.

Selecionou-se o indicador de cobertura do PSF e 7 indicadores de atenção básica. O indicador de proporção da população coberta pelo PSF, que teve seu cálculo detalhado no capítulo anterior, nos forneceu os seguintes dados:

Gráfico 1 – Cobertura das equipes de saúde da família em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007



(Fonte: DATASUS)

Aracaju apresentava cobertura de 39,82% da sua população em 2001, tendo chegado a mais de 60% nos dois anos seguintes e ultrapassado a barreira dos 90% em 2005, chegando finalmente a 96,60% em 2007. Já Cuiabá tinha uma cobertura de 22,44% em 2001, oscilando negativamente em 2002 e crescendo lentamente até chegar a 28,92% em 2007. Aracaju apresentou um aumento na sua cobertura de 142,6% no período informado, enquanto Cuiabá apresentou um aumento de 28,9% de sua cobertura.

Para avaliar o desempenho dos dois municípios na atenção básica foram escolhidos indicadores de cobertura, mortalidade e fatores de risco e proteção. Os indicadores de cobertura permitem mensurar a parcela da população que está incluída nas ações de saúde. Os indicadores de mortalidade permitem verificar qual proporção de um determinado grupo não sobreviveu a determinada doença. Já os indicadores de fatores de risco e proteção nos permitem verificar a ocorrência de doenças e, até mesmo ações tomadas para preveni-las. Os indicadores escolhidos estão agrupados abaixo conforme os critérios mencionados.

1 Indicadores de cobertura:

- Número de consultas médicas (SUS) por habitante;

O indicador média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas determina a proporção de consultas médicas realizadas por habitante nas especialidades básicas, em determinado período e local. Este indicador é importante para indicar a capacidade da rede de saúde em atender cada habitante (FRANCIS SODRÉ, 2008).

- Taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano;

Trata-se de um conjunto de 8 indicadores que avaliam a cobertura vacinal em menores de um ano para as seguintes doenças: hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, difteria, tétano, coqueluche, pneumonia por haemophilus influenzae e poliomielite. Ele é constituído pelo número de doses aplicadas (correspondente ao esquema completo de vacinação) de determinado imunobiológico dividido pela população alvo e multiplicado por 100, em uma área e tempo considerados. Este indicador corresponde ao percentual de pessoas vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença.

A cobertura vacinal é importante para identificar situações de insuficiência que possam indicar riscos e a necessidade de medidas de intervenção. Além disso, ele pode ser usado para subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relativas à atenção a saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização (PORTARIA Nº 21).

- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;

Este indicador mede o número de nascidos vivos com mães que tenham realizado 7 ou mais consultas de pré-natal pelo número total de nascidos vivos de um determinado período e local. A proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal mede o número de nascidos vivos com mães que tenha realizado 7 ou mais consultas de pré-natal pelo número total de nascidos vivos de um determinado período e local. O pré-natal é uma ação de saúde muito importante para assegurar, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantir o bem estar materno e neonatal. Daí a importância de receber os cuidados desde o início da gestação.

2. Indicador de mortalidade:

- Coeficiente de mortalidade infantil;

O indicador coeficiente de mortalidade infantil mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade, calculado pela razão entre óbitos em menores de um ano pelo número de nascidos vivos em um determinado período e local. A queda deste indicador depende da assistência básica à gestante e da estruturação da assistência médico-hospitalar (DA CRUZ, M.G.B., 2005).

3. Indicadores de fatores de risco e proteção:

- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos;

A taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos mede o número de internações por IRA (procedimentos selecionados), na faixa etária de 0 a 4 anos, por local de residência pela população existente de 0 a 4 anos no mesmo local e período.

- Taxa de internações por complicação do diabetes Mellitus;

Este indicador mede o número de internações por complicações de diabetes mellitus pelo número total de internações em um determinado local e período. Este indicador apresenta relevância, pois a prevalência elevada de diabetes está associada à maior frequência de outras doenças crônicas não transmissíveis.

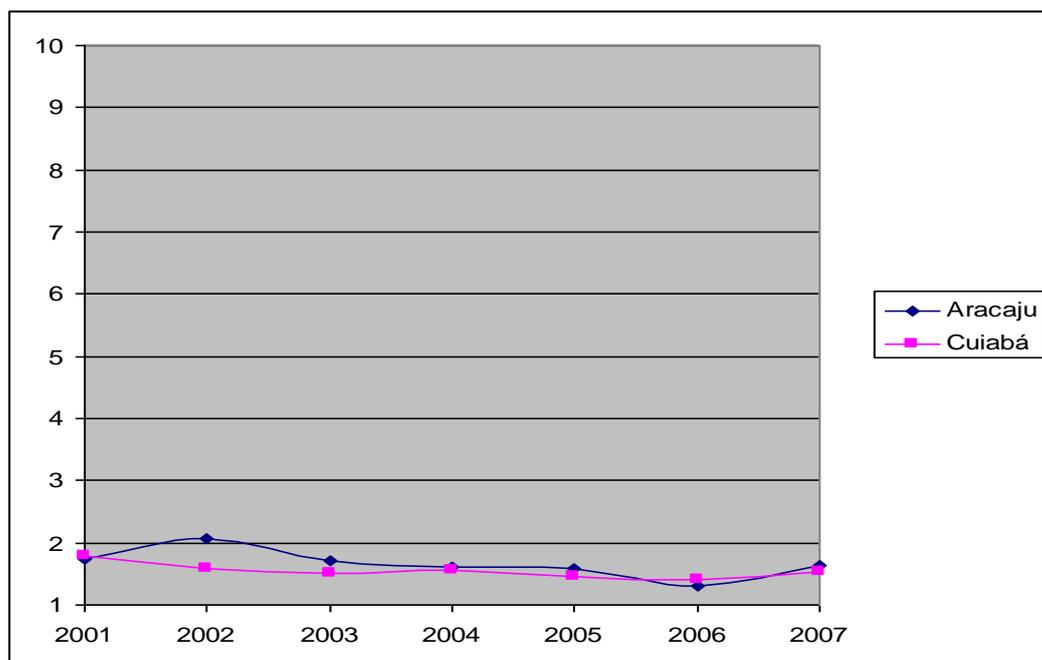
- Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC);

Este indicador mede o número de internações por AVC na faixa etária de 40 anos e mais em um determinado local e período. Este indicador apresenta importância, pois o principal fator de risco para o AVC é a hipertensão arterial, que, quando devidamente controlada, reduz significativamente as taxas de incidência desta doença.

4.1 ANALISE DOS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA

O gráfico abaixo nos permite verificar a evolução da média anual de consultas médicas:

Gráfico 2 – Média anual de consultas médicas em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007

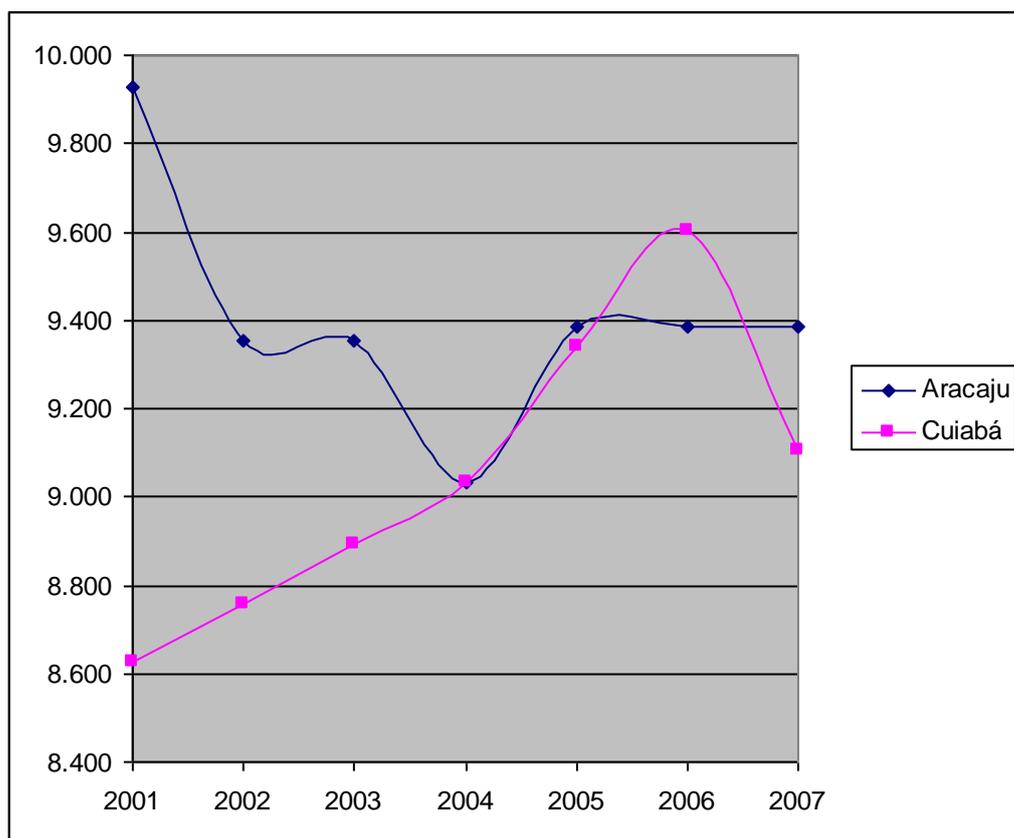


(Fonte: DATASUS)

Constata-se a redução da média de consultas médicas nos dois municípios. Em 2001 Aracaju apresentava uma média de consultas menor que Cuiabá: 1,75 e 1,79, respectivamente. Em 2002 a média de Aracaju aumentou para 2,08 enquanto a de Cuiabá cai para 1,59. A partir deste período há uma redução na média de consulta dos dois municípios sendo que Aracaju apresenta uma média de 1,63 e Cuiabá de 1,54 em 2007. Portanto identifica-se uma mínima diferença entre os dois municípios, em favor de Aracaju, ao final da série: apenas 0,09 consultas / habitante ano.

Evolução da cobertura vacinal:

Gráfico 3 – Cobertura Vacinal em Cuiabá e Aracajú entre 2001 e 2007



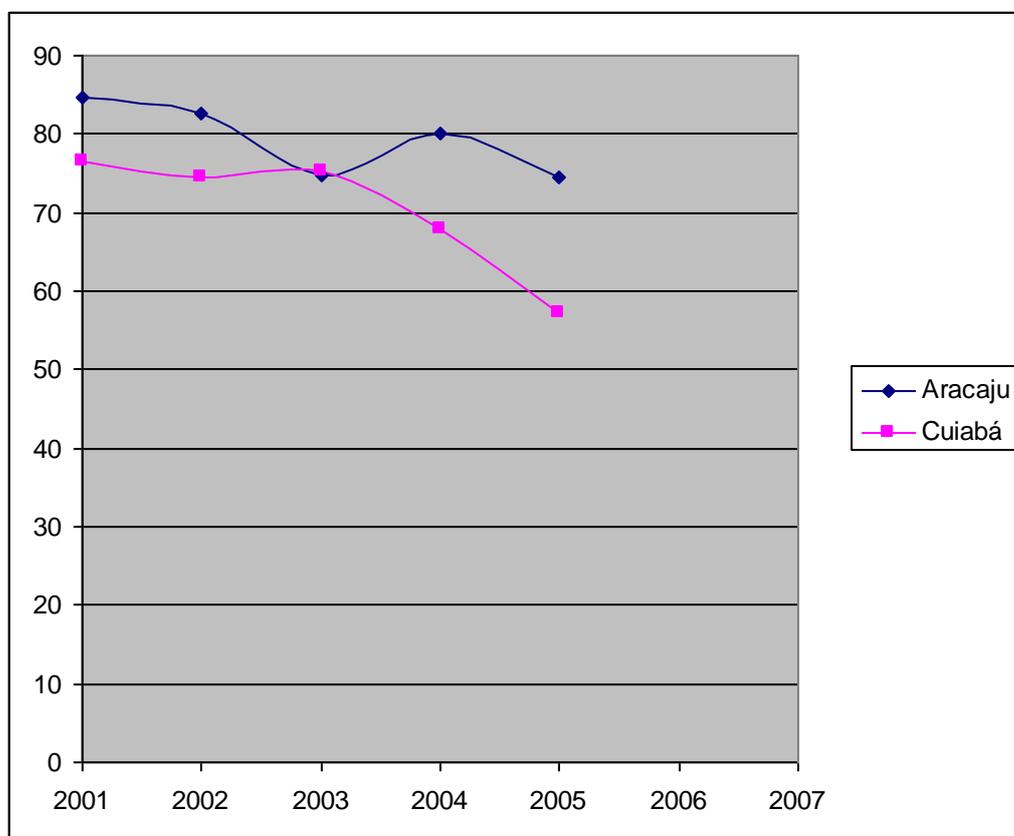
(Fonte: DATASUS)

No gráfico 3, acima, vê-se que Aracaju tinha uma cobertura de 9,927 em 2001 e caiu para 9,031 em 2004, enquanto Cuiabá apresenta uma aumento de 8,626 para 9,031 no mesmo período, igualando-se a Aracajú. A partir deste período os dois municípios apresentaram aumento, mas Cuiabá conseguiu superar Aracaju em 2006. Mas voltou a apresentar queda muito acentuada em 2007, fechando com

9,105. Já Cuiabá se mantém estável de 2005 a 2007 terminando o período com 9,384.

Segue abaixo gráfico da proporção de nascido vivos:

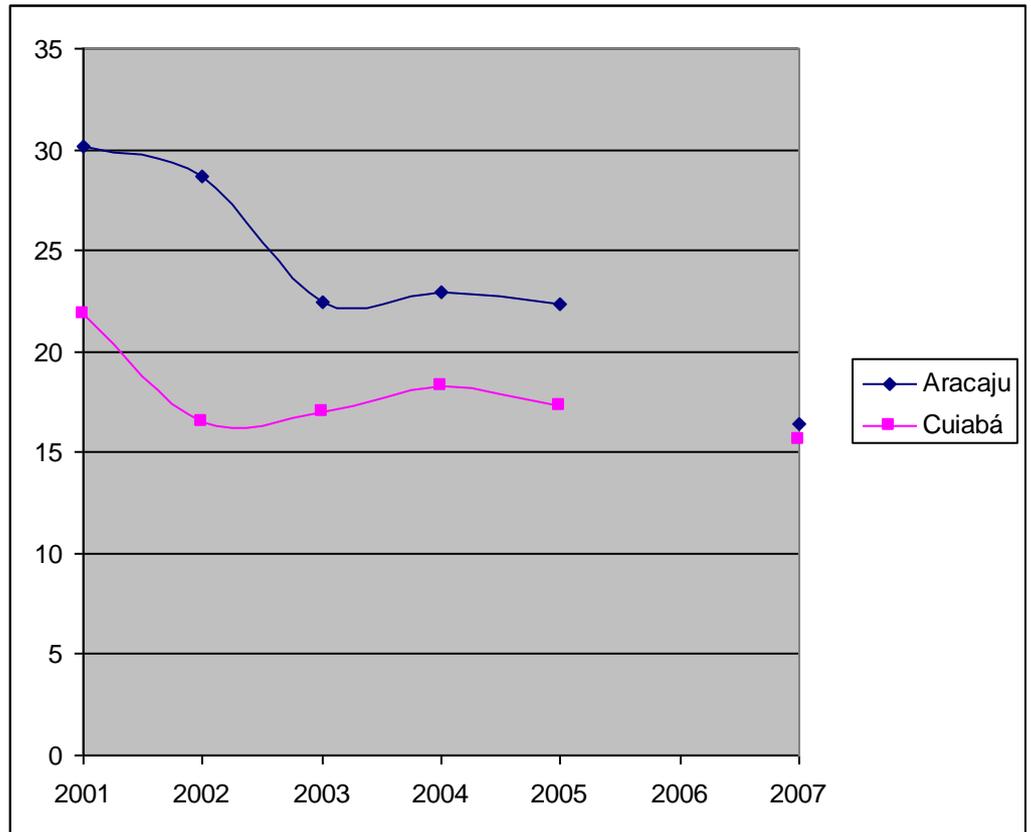
Gráfico 4 – Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007



(Fonte: DATASUS)

Os dois municípios apresentaram queda neste indicador. Em 2001, Aracaju apresentou uma taxa de 84,60% de nascidos vivos e Cuiabá 76,46%. Em 2003, Cuiabá apresentou uma taxa de 75,33, que foi maior que Aracaju, 74,75. Já em 2004, Aracaju conseguiu melhorar seu desempenho apresentando uma taxa de 80,10 enquanto Cuiabá caiu para 67,33. Mesmo com a queda deste indicador no período analisado Aracaju conseguiu um resultado melhor que Cuiabá, finalizando em 2005 com uma taxa de 74,58 e Cuiabá 57,26.

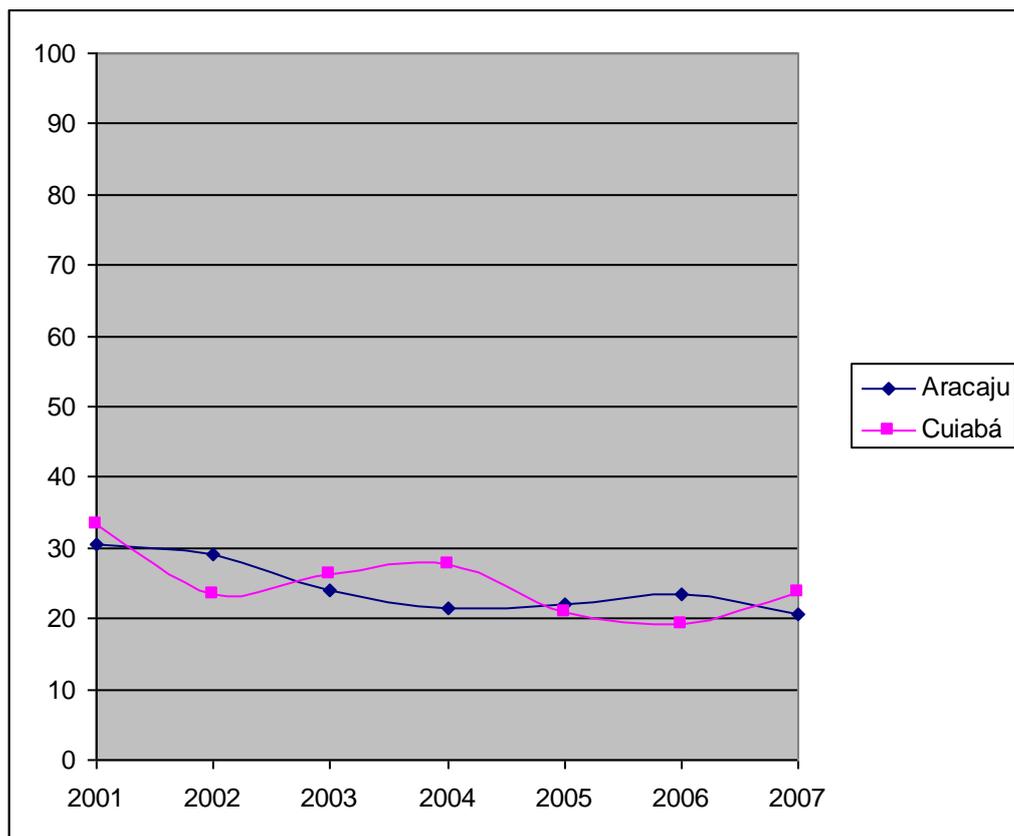
Gráfico 5 – Coeficiente de mortalidade infantil em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007



(Fonte: DATASUS)

No gráfico 5 percebe-se que os dois municípios apresentaram uma melhora no coeficiente de mortalidade infantil. Aracaju apresentou uma queda de 30,12 em 2001 para 16,45 em 2007. Cuiabá que já tinha um coeficiente menor que Aracaju, 21,82 também apresentou redução no mesmo período caindo para 15,60. Apesar de Cuiabá terminar o período com o coeficiente menor, Aracaju conseguiu reduzir 0,13 enquanto Cuiabá reduziu 0,06.

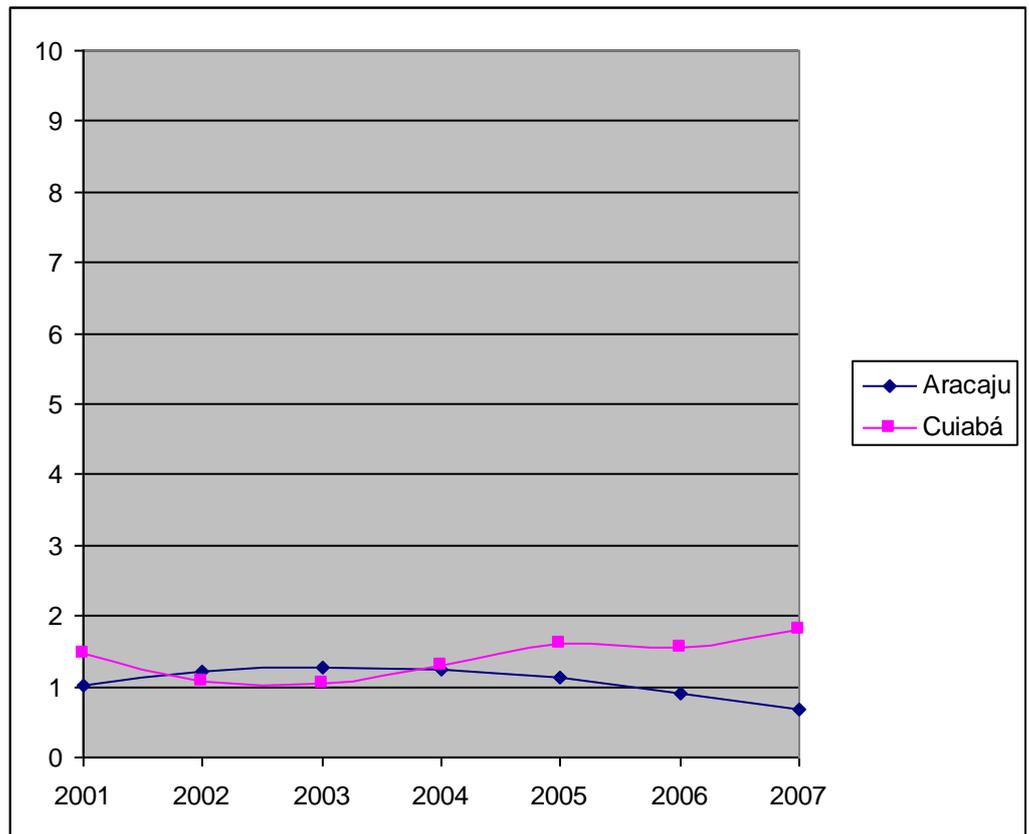
Gráfico 6 – Taxa de internações por IRA em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007



(Fonte: DATASUS)

A taxa de internações por IRA variou bastante nos dois municípios. Em alguns momentos Aracaju apresentou resultados melhores, em outros, Cuiabá apresentou resultados mais satisfatórios. Em 2001, 2003, 2004 e 2007 os resultados de Aracaju foram melhores sendo 30,50, 23,88, 21,61 e 20,63 respectivamente. Já em 2002, 2005 e 2006 os resultados de Cuiabá foram melhores, 23,51, 20,98 e 19,15 respectivamente.

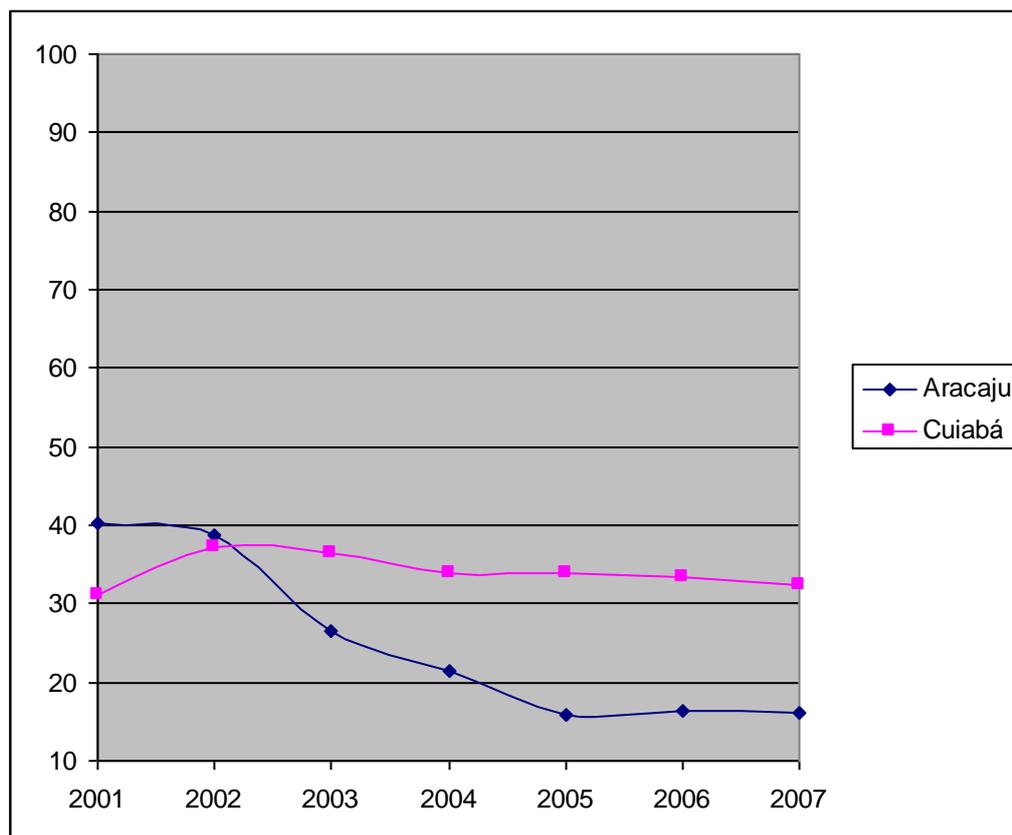
Gráfico 7 – Taxa de internações por complicações de diabetes mellitus em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007



(Fonte: DATASUS)

Já a taxa de internações por complicação de diabetes teve um resultado bem melhor em Aracaju que em Cuiabá. Apesar de Cuiabá ter conseguido um resultado melhor nos anos de 2002 e 2003, Aracaju conseguiu reduzir de 1,01 em 2001 para 0,68 em 2007 enquanto Cuiabá, que já tinha uma taxa maior que Aracaju em 2001, 1,46, aumentou para 1,81 em 2007. É importante ressaltar que os dados analisados neste gráfico estão sendo inferidos conforme o desempenho do HIPERDIA, sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Sendo que não está avaliado o trabalho das ESF.

Gráfico 8 – Taxa de internações por AVC em Cuiabá e Aracaju entre 2001 e 2007



(Fonte: DATASUS)

A taxa de internação por AVC, da mesma forma que a taxa de internação por Diabetes, apresentou resultados mais satisfatórios para Aracaju. Percebe-se que o resultado de Aracaju melhorou consideravelmente ao longo do período. A taxa que era de 40,3 em 2001 passou para 16,14 em 2007. Por outro lado Cuiabá aumentou sua taxa de internação. Tinha uma taxa de 31,07 em 2001 passando para 37,23 em 2002 finalizando com 32,31 em 2007. Novamente é importante ressaltar que os dados analisados neste gráfico estão sendo inferidos conforme o desempenho do HIPERDIA e não do trabalho das ESF.

Portanto, a comparação permitiu perceber que não houve diferença considerável no desempenho dos indicadores da atenção básica nos municípios de Aracaju e Cuiabá no período analisado. Apesar de Aracaju ter tido um desempenho muito superior no indicador de cobertura da ESF ao longo do período, o mesmo não ocorreu com os indicadores de atenção básica. Com exceção dos indicadores taxa de internações por complicação de diabetes e taxa de internação

por AVC, verificou-se que o desempenho dos dois municípios foram semelhantes, em algumas situações Cuiabá apresentou resultados mais satisfatórios que Aracaju.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

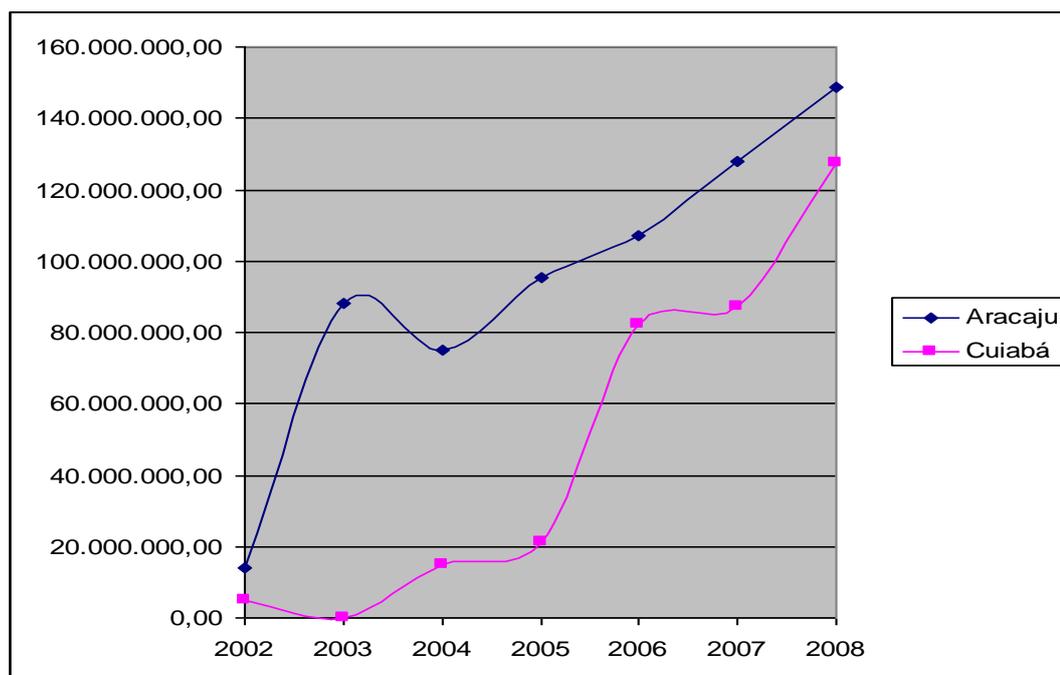
Constatou-se no capítulo anterior que o aumento da cobertura do PSF não necessariamente impacta o desempenho dos indicadores da atenção básica. Observou-se que apesar de Cuiabá não ter aumentado a cobertura do PSF na mesma proporção que Aracaju, conseguiu apresentar desempenho, pelo menos, próximo ao de Aracaju na maioria dos indicadores de atenção básica.

Mas o que poderia explicar uma diferença tão pequena no desempenho dos indicadores de saúde, em alguma medida sensíveis à atenção básica, entre os dois municípios estudados neste trabalho, a despeito de apresentarem níveis de cobertura da Estratégia Saúde da Família tão opostos? Nesta parte final do trabalho levantaremos algumas hipóteses que poderiam servir como ponto de partida para investigações futuras, não apenas em relação a estes casos.

Uma primeira hipótese é que este resultado tenha sido impactado pela quantidade de recursos que cada um destes municípios gasta com atenção básica. A suposição aqui é que, caso Cuiabá gaste mais com atenção básica que Aracaju, este gasto poderia compensar a menor cobertura do SF, aproximando os resultados dos dois municípios.

Como forma de analisar melhor esta hipótese verificou-se o quanto cada município gastou com atenção no período de 2002 a 2008.

Gráfico 9 – Despesas com Atenção Básica



(Fonte: DATASUS)

Em 2002, Aracaju tinha um gasto com atenção básica de R\$ 14.215.379,55 enquanto Cuiabá gastava apenas R\$ 4.885.736,95.

Em 2003 a diferença aumentou ainda mais, quando Aracaju elevou seu gasto para R\$ 88.330.370,08, ou seja, mais de 6 vezes o valor gasto em 2002. Já Cuiabá, no mesmo ano, reduziu seu gasto em atenção básica para R\$ 196.916,00, ou seja, mais de 24 vezes menor que o valor gasto em 2002. Neste período Aracaju teve um gasto mais de 400 vezes maior que o de Cuiabá.

Em 2004, apesar da diferença ainda continuar grande, Aracaju reduziu seu gasto para R\$ 75.222.134,96 e Cuiabá o aumentou para R\$ 14.825.784,57. Já em 2005, os dois municípios aumentam os gastos, mas a diferença ainda continuava gritante, Aracaju gastou R\$ 95.509.931,43 enquanto Cuiabá gastou R\$ 21.432.769,84. Em 2006, Aracaju continuou aumentando o gasto com atenção básica, chegando a R\$ 107.000.954,00. Mas Cuiabá conseguiu dar um grande salto, quase quadruplicou o valor gasto no ano anterior, chegando a um total de R\$ 82.162.246,19, reduzindo a grande diferença em favor de Aracaju. Em 2007, o gasto de Aracaju passou para R\$ 127.877.559,15 enquanto Cuiabá chegava a R\$ 87.151.662,24. Por fim, em 2008, Aracaju continua apresentando um gasto maior

que o de Cuiabá, mas com uma diferença não mais tão significativa: o primeiro gastou R\$148.859.396,21 enquanto o último R\$ 127.246.437,04.

Assim, apesar de Cuiabá ter aumentado bastante os seus gastos a partir de 2006, Aracaju sempre apresentou maior gasto com atenção básica ao longo do período analisado, em termos absolutos. Isso significa que o gasto com atenção básica não é suficiente para explicar o resultado encontrado no capítulo 3.

Pelo menos mais duas hipóteses poderiam ser exploradas em estudos futuros, embora não no presente trabalho.

Uma segunda hipótese seria de que a Estratégia Saúde da Família em Aracaju, se não no seu todo, ao menos em parte, acabe por atuar na prática com metodologias tradicionais aplicadas na atenção básica, em especial funcionando sob a lógica da demanda espontânea. Neste sentido, o PSF em Aracaju estaria enfatizando práticas curativas, não enfatizando as ações preventivas que são fundamentais para o sucesso da atenção básica. Isto poderia explicar porque Aracaju não apresentou resultados muito diferentes de Cuiabá, apesar de possuir uma cobertura superior.

Uma terceira e última hipótese, é que a qualidade dos programas de atenção básica em Cuiabá, em que pese ter adotado a Estratégia Saúde da Família apenas para entre 25% e 30% da população, seja elevada a ponto de compensar a baixa cobertura. Isto poderia explicar porque Cuiabá apresentou resultados semelhantes aos de Aracaju e em alguns casos até superiores, mesmo tendo uma cobertura muito inferior.

Deste modo, neste estudo, analisamos os efeitos da cobertura da ESF sobre a qualidade da atenção básica em dois municípios de grande porte. Os resultados, entretanto, não foram significativamente superiores no caso do município com maior cobertura. Verificamos também que os gastos com atenção básica não foi suficiente para explicar este resultado, o que nos permitiu elaborar algumas hipóteses que poderão ser estudadas em outros trabalhos. Porém, este trabalho serviu para ampliar um pouco mais o conhecimento a respeito do PSF principalmente no que se refere ao impacto deste programa em municípios de grande porte sobre os indicadores da atenção básica.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 21/GM, de 5 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-21.htm>>. Acesso em 20 de maio. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.624, de 10 de junho de 2007. Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à compensação de especificidades regionais - CER, componente da parte variável do piso da atenção básica. ed. Brasília, DF,p. 35-43, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1624_10_07_2007.html>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de atenção básica.1. ed. Brasília, DF,p. 35-43, 2012.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; Oliveira, Veneza Berenice de. O desafio da expansão do programa de saúde da família nas grandes capitais brasileiras. In: Revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro,2002. p.48.

CGU – CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Programa olho vivo no dinheiro público, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/olhovivo/Recursos/Questionarios/index.asp>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Saúde da Família. In: Revista esc enfermagem, USP. São Paulo. P.29. 2005.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária a Saúde. In: Caderno De Saúde Pública, VASCONCELLOS, Miguel Murat; VIANA, Ana Luiza D'avila. 24.vol. Rio de Janeiro. p. s4-s5. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa saúde da família. Secretaria executiva, Brasília, DF, p.6-7. Janeiro. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS. Indicadores de saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 10 mai. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de atenção básica. Brasília. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / FIOCRUZ. Linhas gerais e desafios da política nacional da atenção básica portaria 2488. set. 2012. Disponível em:

<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_797291880.pdf >. Acesso em: 01 mai. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / FIOCRUZ. Saúde da família avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: Série c. projetos, programas e relatórios. 2. Ed. Brasília, p.16-20. 2005.

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; DE OLIVEIRA, Denise Cristina; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do Acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários. In: Revista de enfermagem Rio de Janeiro, p. 501, jul/set. 2009.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. In: Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005, vol.13, n.6, pp. 1027-1034. ISSN 0104-1169.

SCLIAR, Moacyr. Insuficiência cardíaca na atenção primária. Ponto de vista, Rio de Janeiro, v.18, n.4, jul/ago. 2005.

SODRÉ, Francis. Eixo sócio cultural saúde pública. Agenda Vitória. Vitória. p.21. 2008.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. In: Seminário internacional tendências e desafios dos sistemas de saúde das américas, 2002, São Paulo. p. 11.