



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“A estratégia saúde da família e o desempenho da atenção primária nas
grandes cidades brasileiras”**

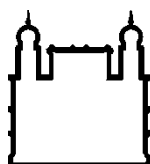
por

Thaís Severino da Silva

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade
Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Brasília, julho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

**“A estratégia saúde da família e o desempenho da atenção primária nas grandes cidades
brasileiras”**

apresentada por

Thaís Severino da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Pojo do Rego

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 27 de julho de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Thaís Severino da
A estratégia saúde da família e o desempenho da atenção
primária nas grandes cidades brasileiras. / Thaís Severino da
Silva. -- 2012.
46 f. : tab.

Orientador: Costa, Nilson do Rosário
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Descentralização.
3. Saúde da Família. 4. Avaliação de Desempenho. 5.
Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.120981

AUTORIZAÇÃO

Informo que a Dissertação/Tese do(a) aluno(a) Thaís Severino da Silva, sob minha orientação está de acordo com as “Normas para Apresentação de Dissertação e Teses” do Programa de Pós-Graduação da ENSP e favorável à divulgação após as modificações sugeridas pela Comissão Examinadora.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Orientador e carimbo

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Nilson do Rosário Costa, por sua sabedoria e dedicação, sem o qual não seria possível o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que me proporcionou o desafio da construção de uma Política de Atenção Primária em um país de extremos e que me disponibilizou tempo para a realização do mestrado profissional, a fim de desbravar as questões críticas para a condução do trabalho.

Agradecimento especial ao Nulvio Lermen Junior, por seu exemplo de dedicação profissional e respeito durante a chefia da Coordenação de Gestão da Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;

À OSS Viva Rio e à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que me propiciam descobrir na prática diária os obstáculos e os prazeres de implantar e implementar a Saúde da Família em um município com mais de 6 milhões de habitantes.

À ONG Viva Rio por me mostrar como é possível agir em situações difíceis, para as quais apenas conhecimentos científicos causariam impotência e estagnação, mas que diariamente demonstra que um grupo de cidadãos organizados e com valores humanitários podem tornar o mundo melhor.

RESUMO

O objetivo da dissertação é descrever o padrão de cobertura e provisão dos serviços de atenção primária pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nos Municípios brasileiros considerados de grande porte (mais de 100 mil habitantes). Essa estratégia que visou mudar o perfil da oferta de serviços de saúde pela conversão a um modelo centrado na atenção primária, encontrava aderência baixa e desigual no início da década de 2000 por parte dos Municípios de grande porte. Esse fato foi considerado um nó crítico para a ampliação da cobertura e provisão da atenção primária pelo processo de descentralização e delegação de responsabilidade ao Município. O Ministério da Saúde brasileiro buscou a reversão desta situação por meio de incentivos seletivos no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). A dissertação descreve, com dados de painel, a resposta dos grandes Municípios à iniciativa institucional do SUS. Revela que os grandes municípios do PROESF realizavam um esforço expressivo de financiamento da saúde com recursos próprios, entretanto, os que demonstraram maior gasto próprio não apresentaram maior expansão de Saúde da Família. Conclui que a escala de cobertura ESF esteve fortemente associada à magnitude da pobreza e à inserção Regional dos Municípios, porém a ampliação da cobertura, na década de 2000, foi maior nos Municípios das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e nos com maior PIB per capita. Mostra o notável desempenho dos grandes Municípios na ampliação da provisão de vacinação tetravalente para menores de 1 ano. Demonstra também que a quantidade de mulheres que recebeu 7 ou mais consultas de pré-natal apresentou uma expansão pouco significativa, indicando séria falha de provisão em um contexto de crescimento da ESF. Revela ainda redução da diferença na taxa de mortalidade infantil e pós-neonatal, especialmente por força da queda dos indicadores nos Municípios com grande prevalência de população na condição de pobreza.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária; Descentralização; Estratégia de Saúde da Família; Avaliação de desempenho; Brasil.

ABSTRACT

The objective of this dissertation is to describe the standard of coverage and provision of primary care services by the Family Health Strategy Program (ESF) in large Brazilian cities (with over 100 thousand inhabitants). This strategy sought to alter the profile of the supply of health services through the conversion to a centralized primary care model. Since 2000, these large cities have presented a low and unequal rate of adherence to the ESF. This fact was considered a critical knot in the expansion of coverage and the provision of primary care through the process of decentralization and the delegation of responsibility to the municipality. The Brazilian health ministry has sought to reverse this situation through select incentives within the framework of the Project for Expansion and Consolidation of Family Health (PROESF). The dissertation describes, through the use of panel data, the response of large cities to the SUS institutional initiative. It reveals that the large cities of the PROESF program have conducted a significant effort to finance healthcare by making use of their own resources, though the cities which had higher spending did not have the greatest expansion of the ESF program. In conclusion, the scale of coverage of the ESF program was strongly associated with the magnitude of poverty and regional cooperation of the cities, although the increase in coverage in the 2000's, was higher in Midwestern and Southeastern cities, and in the cities with the largest GDP per capita. This reflects the greater efficiency in the provision of tetravalent vaccines in the large cities to infants younger than one year of age. This also shows that the amount of women that received seven or more consultations prior to giving birth presented little growth, indicating the failure of provision within the context of the ESF's expansion. Furthermore, this reveals the reduced difference in the infant mortality and post-birth mortality rates, particularly due to the lowered indicators in cities with a large poverty rate.

KEY WORDS: Primary Health Care; Decentralization; Family Health Program; Program Evaluation; Brazil.

SUMÁRIO

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	8
1.1 Descentralização e Responsabilização dos Municípios pela Atenção Primária no SUS	12
1.2 A efetividade da atenção primária nos sistemas de saúde	18
2. MÉTODO.....	24
2.1 FONTES	27
3. RESULTADOS	30
3.1 A Cobertura da ESF nos grandes Municípios no PROESF	30
3.2 A Evolução da ESF nas Grandes Cidades	31
3.3 O Efeito Territorial.....	32
3.4 A ESF e a Condição da Pobreza Municipal	32
3.5 Indicadores de utilização de Atenção Primária	34
3.6 ESF e Mortalidade Infantil	36
5. DISCUSSÃO	37
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO I.....	46

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

O objetivo da dissertação é descrever o padrão de cobertura e provisão de alguns serviços de atenção primária e o alcance de resultados que se relacionam à Estratégia Saúde da Família (ESF) nos Municípios brasileiros considerados de grande porte (mais de 100 mil habitantes) no âmbito da agenda universalista do Sistema Único de Saúde.

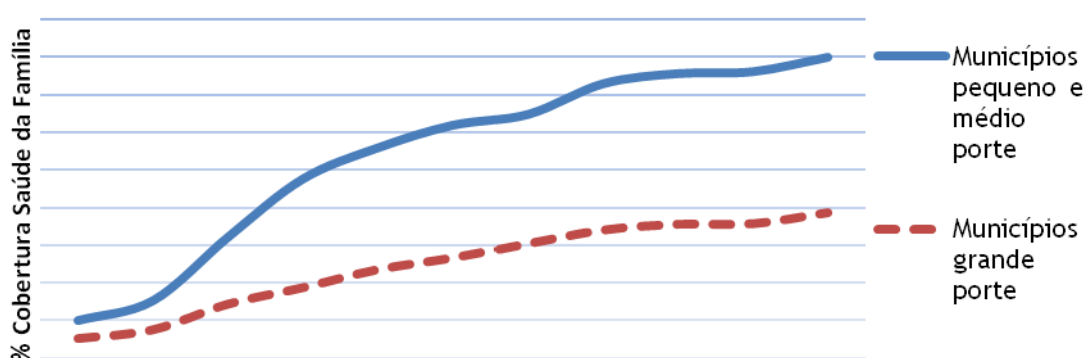
Um dos temas mais discutidos na gestão pública do Brasil refere-se à necessidade de ampliar a cobertura e melhorar os resultados das políticas sociais. Draibe (2000) refere que desde o final dos anos 70, a agenda reformista da transição democrática, mesmo esbarrando em contradições e indefinições do movimento político maior em que se inscreveu, obteve mudanças significativas, dentre elas a valorização do princípio do direito social; impulsos à universalização do acesso aos programas e; no caso da seguridade social, certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema e a determinação de valores mínimos dos benefícios. A metade da década dos anos 90 é marcada por outro ciclo reformista que se caracteriza pela tensa conciliação dos objetivos macroeconômicos da estabilização com metas de reformas sociais teoricamente voltadas para a melhora da eficiência e da equidade (DRAIBE, 2000). A condição de “saúde para todos”, prevista na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), dependeria, portanto, de políticas públicas não somente adequadas e orientadas às necessidades da população, mas que apresentassem também efetividade social.

O marco legal e normativo do SUS sofreu em meados dos anos 1990 uma importante reorganização ao adotar a estratégia da atenção primária como forma de ampliação da efetividade social da assistência à saúde. Essa reorganização, segundo Giovanella e Mendonça (2009), estaria em debate desde 1970, no Projeto de Reforma Sanitária Brasileira que defendia a unificação do sistema de saúde, priorizando o primeiro nível de atenção e recebera suporte com o consenso da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma Ata.

O incentivo econômico oferecido aos Municípios desde 1998 para a adoção da ESF buscou a alteração da oferta municipal de serviços de saúde, fortalecendo a

conversão do modelo assistencial até então pautado na assistência hospitalar, para um modelo com base na atenção primária. A mudança no modelo assistencial permitiria a superação das falhas observadas no modelo assistencial dominante, promovendo maior acesso, descentralização e eficiência alocativa nos gastos públicos com saúde. Alguns desses objetivos foram alcançados na maioria dos Municípios brasileiros de pequeno porte e médio porte já no começo da década de 2000 (Figura 1), especialmente nos pequenos Municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2010).

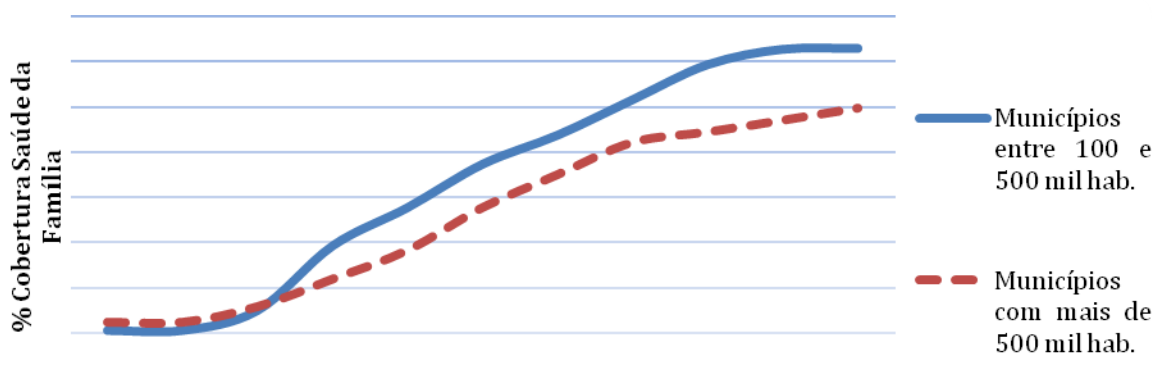
Figura 1: Evolução da média de cobertura Populacional de Saúde da Família em Municípios de Pequeno e Médio Porte e Municípios de Grande Porte no período de 1998 a 2008.



Fonte: DAB/SAS/MS.

Entretanto, na mesma época, os Municípios brasileiros de grande porte ainda registravam uma baixa aderência à ESF, como mostra a Figura 2. Essa situação foi considerada uma importante restrição à efetividade da estratégia de ampliação do SUS por meio da atenção primária (MATTOS, 2002).

Figura 2: Evolução da média de cobertura populacional de Saúde da Família nos Municípios de grande porte divididos em 100 a 500 mil hab. e mais de 500 mil hab. no período de 1998 a 2008.



A realidade das grandes cidades gerou uma especial preocupação porque a ESF era [e é] considerada não somente o modelo escolhido para prover atenção primária, mas também a porta preferencial de entrada ao SUS. A coordenação do cuidado, atributo essencial da atenção primária, preconiza que a equipe de atenção primária acompanhe e coordene a utilização dos diversos serviços de saúde pelos indivíduos sob sua responsabilidade. Segundo Giovanella e Mendonça (2009), esse atributo tornar-se-ia “cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças do perfil epidemiológico que evidencia a crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversidade tecnológica nas práticas assistenciais” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009. p. 585).

As grandes cidades tornaram-se, nesse sentido, alvo de uma política específica de incentivo pelo Ministério da Saúde, incluindo a celebração com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) de acordo de empréstimo que deu origem ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), cuja Fase 1 foi finalizada em 30 de junho de 2007. O desenvolvimento das Fases 2 e 3 do PROESF, após 2007, foi condicionado ao alcance de indicadores (ANEXO I) da primeira fase (BRASIL, 2008; WORLD BANK, 2002). A demanda por recursos externos justificou-se porque o Banco Mundial permitia o acesso do Brasil a recursos em condições melhores do que as praticadas pelo mercado financeiro nacional na época (MATTOS, 2002).

Uma publicação especial da Revista Physis, em 2002, abordou as dificuldades de implantação da ESF nas grandes cidades. Identificou que em 2000, apenas 3 cidades com mais de 100 mil habitantes apresentavam cobertura populacional de Saúde da Família superior a 50% da população: Sobral, Maracanaú, ambas no Ceará e Camaragibe, em Pernambuco. Além dessas, Palmas (TO) e

Arapiraca (BA) tinham cobertura de cerca de 50%. Todas as cinco cidades citadas apresentavam população inferior a 200 mil habitantes (MATTOS, 2002).

Frente a essa realidade emergiram importantes questionamentos sobre as restrições que impediriam ou limitariam a adesão dos grandes Municípios ao novo modelo de ordenamento do SUS proposto pela ESF. As análises sobre as dificuldades de implantação da ESF se dividiram em três perspectivas.

Uma primeira linha de argumento concluiu que, nos municípios de grande porte que implantaram a ESF, predominaria a focalização nos grupos populacionais vulneráveis e com maior risco social. A cobertura populacional da ESF estaria diretamente associada e condicionada à prevalência de pobreza nos Municípios. Nessa ótica, os grandes municípios com baixa proporção de pobres teriam menor interesse em ampliar a cobertura. Essa interpretação ratificava as teses sobre a natureza de focalização da oferta do SUS por meio da ESF. Segundo esta leitura, a focalização respondeu à necessidade de ampliação da oferta de serviços de saúde aos pobres e à especialização da oferta pública em serviços de menor aporte tecnológico para estabilização das despesas com saúde (ALMEIDA et al., 1999; MENDES E MARQUES, 2002; PEREIRA e outros, 2006).

Uma segunda linha argumentativa concluiu que os incentivos federais eram insuficientes e a alta contrapartida financeira municipal necessária para o custeio da ESF representaria um fator de inibição da sua expansão nos grandes Municípios. O crescimento da cobertura populacional da ESF nos grandes municípios dependeria da capacidade econômica do Município (MATTOS, 2002). Nas condições da federação brasileira, considerou-se que a ESF imporia incentivos iguais a todos os Municípios para aderir às preferências do governo central brasileiro. Arretche observa que as barreiras para a assunção das políticas sociais pelos governos municipais no Brasil poderiam ser compensadas por mecanismos de indução eficientes, entre elas estaria o repasse de incentivos financeiros (ARRETCHE, 2002). O ritmo da expansão da ESF nos grandes municípios revelava, entretanto, que esses incentivos não seriam suficientes no começo da década de 2000 para convencer os Municípios. Marques e Mendes (2002) destacaram, adicionalmente, que a indução do Governo Federal e dos Estados à implantação de grande número de equipes transferia o ônus financeiro principal ao Município. Os repasses não eram, portanto, suficientes para pagar os custos totais das equipes. Pereira (2006)

também referiu que os incentivos lineares vigentes não eram adequados aos Municípios diferenciados financeiramente. (PEREIRA et. al, 2006).

Uma terceira linha argumentativa considerou que cidades com alta despesa com saúde tenderiam a limitar os gastos com a expansão da ESF pelas implicações sobre as despesas gerais do governo municipal. Foram identificadas as consequências negativas da expansão da ESF para os gastos com pessoal dos grandes Municípios (ROCHA FILHO e SILVA, 2009). Essas dificuldades foram agravadas pelas restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) para o gasto com pessoal, que vai de encontro às exigências de formalização dos vínculos empregatícios das equipes da Saúde da Família. Além disso, grandes centros urbanos atraem população de cidades próximas para a atenção de média e alta complexidade, o que constitui um fluxo de pacientes que, por vezes não é acompanhado por repasses financeiros adequados pactuados regionalmente.

Chama atenção que as explicações sobre a expansão retardatária da ESF nos grandes municípios ressaltam, nesse sentido, a grande influência das escolhas locais nas decisões de alocação de recursos na atenção primária. O tema “espaço de decisão local” é comentado em seguida pela descrição das condições institucionais do federalismo no setor saúde brasileiro.

1.1 Descentralização e Responsabilização dos Municípios pela Atenção Primária no SUS

O processo de descentralização da provisão da saúde foi construído por meio da construção de uma convergência de agenda entre os governos nacional e subnacionais. Essa convergência de agenda tornou-se possível, a partir dos anos 1990, em função da delegação de elevado “espaço de decisão” para os níveis de governo subnacionais (Estados e Municípios). A assunção da condução de uma política pública sofre influência, segundo Arretche (1999) das seguintes características: baixo custo de execução da gestão; existência de instalação e infraestrutura para execução; alto volume de receita disponível; transferência de recursos de forma atrativa; minimização de condições adversas da natureza da política; legado de políticas prévias e atributos estruturais administrativos de Estados e Municípios. Na ausência de programas com esses incentivos, os recursos locais serão disputados pelas demais áreas possíveis de aplicação. Por fim, não basta

apenas transferência de recursos, é necessário favorecer a materialização da política, considerar o legado de políticas prévias, regras constitucionais e estratégias eficientemente desenhadas.

Especificamente no que se refere à saúde, a autora avalia como uma política exitosa devido ao grau de descentralização alcançado e atribui isso a regras constitucionais de universalização e de operação. Além disso, enfatiza que a descentralização já estava nas agendas pró reformas com uma coalizão articulada e estável; apresentou flexibilização do desenho de adesão municipal, adequando-se à capacidade local; e demonstrava benefícios políticos aos municípios que passassem a oferecer o serviço. Entretanto, seu estudo aponta a precariedade das funções de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo que a habilitação do município acarretaria em custo político e financeiro para suportar a capacidade técnica a ser instalada com equipamentos, conhecimento especializado e, principalmente, recursos humanos.

Bossert (1999) propõe o conceito de “espaço de decisão” como a gama de escolhas possíveis que será delegada pelas autoridades centrais (Principais) às autoridades locais (Agentes). Nas experiências federativas, esse espaço pode ser formalmente definido por leis e normas e definem as “regras do jogo” para os agentes na descentralização. O espaço de decisão pode tornar-se uma área de negociação entre os níveis de governo, com as autoridades locais sempre buscando ampliar o poder de decisão conferido a elas pelas autoridades centrais.

O regime federativo é uma condição necessária para a descentralização na gestão das políticas setoriais, embora a noção de descentralização inclua outros significados associados aos modelos de delegação a atores privados para a implantação e o desenvolvimento de políticas públicas.

Para Almeida (2005), o termo descentralização serve para descrever: 1) a transferência de capacidade fiscal para autoridades subnacionais; 2) a transferência de responsabilidades pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal para outras esferas de governo e 3) a delegação de atribuições do governo nacional para os setores privado ou não-governamental. Almeida observa que a Constituição de 1988 traduziu o anseio por descentralização compartilhado pelas forças democráticas predominantes. A federação foi redesenhada em benefício dos Estados e dos Municípios, transformados em entes federativos “de fato” (ALMEIDA, 2005).

A redefinição de competências e atribuições na esfera social foi parte de um processo de transformação de um modelo de federação centralizada para um tipo de federalismo que embora, em tese, assemelhado ao do tipo cooperativo, implicou em sucessivos conflitos e na ausência de formas reais e consolidadas de articulação de ações e coordenação entre as três esferas de governo.

A transformação das funções exercidas pelo governo federal determinou a ocorrência e normatização de processos de importância muito significativa na realocação de competências e atribuições. Os estados e municípios tornaram-se responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos em nível federal (ALMEIDA, 2005).

Existem fortes evidências de que, por força dessas mudanças, a provisão direta de atenção à saúde passou a ocupar a centralidade da agenda pública municipal. O governo central brasileiro foi muito ativo na criação de incentivos financeiros para a descentralização da provisão pública de saúde, delegando a quase totalidade execução orçamentária da saúde aos governos subnacionais – especialmente aos Municípios, como demonstrado na Tabela 1. Esta delegação foi feita através de uma inovação nos mecanismos de transferência financeira entre os governos federativos: a introdução das “transferências fundo-a fundo” em lugar dos convênios e do pagamento direto pelo governo federal, às Secretarias de Saúde de Estados (SES) e Municípios (SMS). O mecanismo dos convênios e o pagamento direto, por definição determinavam que as SES e SMS fossem, na prática, reduzidas a uma condição assemelhada aos demais prestadores de serviço credenciados (contratados ou conveniados) pelo SUS (filantrópicos ou privados).

Tabela 1 - Distribuição das transferências do Ministério da Saúde segundo mecanismos utilizados no Brasil (1994-2003) - em R\$ milhões.

Mecanismos de Transferência	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Remuneração de Serviços	5158	5563	5275	5857	5087	5439	3603	3603	3928	4082
(%)	100	90,8	78,7	71,6	52,9	48	32,2	30	29,5	27,2
Transferências “fundo a fundo”	0	567	1429	2327	4534	5903	7597	8422	9366	10664
(%)	0	9,2	21,3	28,4	47,1	52	67,8	70	70,5	72,3
Total	5158	6130	6704	8184	9621	11342	11200	12025	13294	14746
(%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br/>

Lima (2006) identifica no processo de mudança nas transferências federais:

1. O desenvolvimento, ainda que tardio, de mecanismos de caráter automático por meio de transferências “fundo a fundo”;
2. Os repasses globais em blocos de gestão, do tipo “*block grants*”, após a fase de transferências segundo nível da atenção à saúde, do tipo de serviço ou programa (tipo “*project grants*”) ¹;
3. A exclusão de critérios e condicionantes de qualquer natureza - incluindo os político-partidários e de formato clientelista - para o recebimento e aplicação dos recursos;
4. A transferência para os governos subnacionais do volume de recursos e da gestão para a remuneração direta do Ministério da Saúde - MS por serviços prestados, em unidades privadas credenciadas ao SUS que passam a ser administrados pelos governos municipais, estaduais e do Distrito Federal.

Lima chama atenção para o fato que os mecanismos de transferência “fundo a fundo” foram destacados equivocadamente nos estudos sobre a descentralização do SUS por gerarem uma distribuição mais igualitária de recursos entre os municípios (LIMA, 2009). Segundo a autora, a permanência de outras modalidades de repasse de recursos (aqueles repassados mediante a comprovação de serviços prestados) faz com que, no total, o gestor federal tenda a alocar maior volume de recursos para municípios com melhores condições de vida, de receita, de oferta e de produção de serviços de saúde.

No entanto, os estudos criticados pela autora demonstram que os mecanismos de transferências específicos criados a partir da NOB 01/96 contribuíram para a redução das desigualdades de recursos financeiros federais *per capita* entre Regiões, Estados e Municípios. Nesse sentido, os estudos identificaram a importância dos mecanismos de financiamento da atenção básica, incluindo o Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável), particularmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) e as mudanças nos tetos financeiros.

Na realidade, a maioria dos estudos da descentralização ressaltou certos aspectos redistributivos dos processos de transferência desenvolvidos pelo SUS, especialmente a partir da NOB 01/96 e os processos de aprendizado e incentivo

¹ Especialmente após o Pacto de Gestão.

institucional. Os aspectos redistributivos são associados à substituição dos critérios de alocação de recursos federais para a saúde utilizando a capacidade produtiva dos governos subnacionais por critérios populacionais na repartição dos recursos da atenção básica. Ainda que o critério populacional, isoladamente, possa ser criticado e devam ser criados outros indicadores associados a este para aperfeiçoar a distribuição de recursos, essa mudança determinou no plano da atenção básica uma mudança expressiva a favor dos municípios menos aquinhoados pelo critério anterior.

Mais especificamente, essa substituição do critério de destinação de recursos gerou inovações importantes, como: 1) a alteração na forma de alocação de recursos federais destinados à produção de serviços básicos de saúde, visando criar estímulos à coparticipação de Estados e Municípios, à ampliação da capacidade instalada e emprego de recursos humanos, particularmente em Municípios mais carentes; e 2) a criação de estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços básicos visando a uma maior homogeneidade em nível nacional, com ênfase na proliferação de ações e procedimentos de atenção primária e de medidas de promoção e prevenção em saúde (MELAMED E COSTA, 2003).

Esta política redistributiva e de incentivos gerou ganhadores e perdedores da política pública em comparação à desigualdade observada na alocação dos recursos federais pela remuneração de serviços hospitalares e de média e alta complexidade (UGÁ et. al, 2003).

Apesar da agenda da descentralização ter sido bem sucedida, em geral, um ponto importante nessa dissertação diz respeito à compreensão da influência das relações federativas sobre a velocidade e a amplitude da expansão da ESF nas grandes cidades. As transferências federais do SUS poderiam não favorecer a expansão generalizada da ESF no começo da década de 2000 por duas razões: a) os mecanismos utilizados desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais; b) o volume de recursos transferidos é insuficiente para superar as limitações estruturais (orçamentárias) dos Municípios menos desenvolvidos economicamente (LIMA, 2009).

Essa constatação ratificaria as conclusões da literatura sobre o baixo poder de indução do MS para a sua estratégia na atenção primária nas grandes cidades. Ainda assim, esta conclusão deve ser tomada com cautela por força da atratividade

da agenda de expansão de cobertura da saúde para os Executivos Municipais. Como observa Arretche (2002), autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implantem decisões de acordo com suas próprias preferências. Assim, políticas adotadas pelos governos locais são também resultantes das suas escolhas (ARRETCHE, 2002).

Diante da baixa definição pelo governo central de mecanismos de controle e punição e pela transformação das arenas institucionalizadas de pactuação do SUS em *lócus* de representação de interesses, pode-se considerar que o resultado da adesão dos Municípios a uma agenda nacional na saúde é motivada em grande medida pela decisão do Executivo Municipal.

Restaria então indagar o quanto a agenda da ampliação da atenção primária ofereceria aos governos municipais brasileiros oportunidades institucionais. As evidências mostram que a ESF parece ser claramente vantajosa para os governos locais. Caso contrário, não haveria tamanha aderência dos pequenos e médios municípios à proposta, como já mencionado. A ESF é atraente para os governos locais por 2 motivos:

Primeiro, o desenvolvimento da atenção primária é uma opção confiável para alcançar maior eficiência alocativa, ou seja, destinar os recursos para quem mais precisa, pelos sistemas nacionais de saúde (STARFIELD, 2002). A reforma do setor saúde brasileiro é fortemente influenciada por essa prescrição normativa, especialmente pelas evidências de ganhos nos indicadores de saúde pública.

Segundo, o modelo de atenção primária, em termos do uso de profissionais de saúde, instalações, equipamento e meios diagnósticos e terapêuticos, tem sido desenvolvido nos municípios brasileiros e algumas experiências ganharam relevância em ambientes de alta escassez de recursos e de elevada pobreza. Igualmente em centros urbanos, as experiências de instalações adaptáveis a áreas de difícil acesso e de risco social foram se multiplicando, ainda que em baixa proporção como observado acima. A ESF tem sido, efetivamente, o principal instrumento de conversão do modelo assistencial do SUS (VIANA E DAL POZ, 1998).

1.2 A efetividade da atenção primária nos sistemas de saúde

Na agenda de ampliação da cobertura da assistência à saúde no Brasil, a ESF assumiria o caráter substitutivo com relação à rede tradicional por meio da unificação das estratégias de atenção primária no conceito “de atenção básica” e à centralização dos incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde através de sucessivas Normas Operacionais. Como resultado, a política oficial do SUS para o atendimento ambulatorial concentrou-se na “Atenção Básica” (AB) e na renomeada ESF, sistematizada em 2006 mediante a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2006). A conversão no modelo assistencial traduziu uma agenda de reforma da oferta de serviços públicos de saúde no Brasil. Os formuladores da ESF apontaram desde o início para a possibilidade de que a reforma do modelo assistencial pela hegemonia da atenção primária favorecesse a eficiência e a efetividade no SUS (VIANA E DAL POZ, 1998).

A Constituição de 1988 trouxe uma grande mudança institucional no sistema de saúde brasileiro. A operacionalização dessa mudança enfrentou barreiras referentes ao financiamento, às funções dos três entes governamentais, à articulação entre público e privado e à resistência do antigo modelo assistencial baseado em ações curativas individuais.

No início de 1990, as iniciativas orientadas nos cuidados primários para a família e comunidade ganharam destaque. A implantação da ESF visou alterar tanto as modalidades de alocação de recursos quanto a forma de organização dos serviços (VIANA e DAL POZ, 1998). A remuneração (não mais por procedimento), com transferência direta e estável de recursos federais; a autoridade de gestão administrativo/orçamentária da atenção primária no plano local, a responsabilidade do poder local sobre a saúde do cidadão e o aumento da autonomia nas decisões pelos profissionais locais confeririam maior consistência para a descentralização (NEGRI e VIANA, 2002).

Em 1998, houve a criação do Piso de Atenção Básica per capita (PAB fixo), bem como os recursos específicos para cada equipe de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde implantados (PAB variável). Dessa forma, recursos federais foram transferidos a todos os municípios brasileiros, mas como a Saúde da Família representava maior cobertura em municípios deprimidos socioeconomicamente, esses tiveram maior repasse financeiro (MELAMED e COSTA, 2003).

A agenda de expansão de cobertura para um sistema universal de saúde incentivou a conversão da rede básica municipal para o modelo da ESF ou induziu a articulação ao modelo da ESF nas decisões de investimento em novos serviços básicos dos governos Municipais. Os governos Municipais foram extremamente permeáveis à agenda de conversão proposta pelo governo central desde os anos 1990 (VIANA e NEGRI, 2002).

Essa reforma era justificada porque até então as despesas públicas eram centradas na rede hospitalar e, em alguns casos, nas unidades ambulatoriais de especialidades. No modelo de alocação tradicional do SUS, a relação entre oferta e demanda por serviços de saúde estaria condicionada a procedimentos médicos e dissociada do perfil epidemiológico, da cobertura assistencial e da integração sistêmica das ações desenvolvidas na rede. Essa configuração resultaria em condições desfavoráveis de acesso à atenção médica em função da desarticulação das redes assistenciais e do incentivo à demanda espontânea às unidades de saúde.

A centralidade da atenção no hospitalar baseada na produção de procedimentos médicos e a falta de integração dos serviços seriam as variáveis explicativas da baixa eficiência e qualidade da atenção à saúde oferecida pelo setor público no Brasil.

As evidências internacionais sobre a relação entre a atenção primária e o bom desempenho dos sistemas de saúde inspiraram e motivaram essa reforma do modelo assistencial do SUS.

Três estudos (STARFIELD 1991, 1994; STARFIELD e SHI, 2002; MACINKO, STARFIELD e SHI, 2003) em países industrializados demonstraram relação entre a provisão da atenção primária e uma população mais saudável. O primeiro estudo comparou 11 países e classificou cuidados primários de cada um de acordo com as quatro características principais e duas derivadas da prática da atenção primária: primeiro contato, cuidados ao longo do tempo, integralidade e coordenação do cuidado, bem como a orientação familiar e comunitária. Os resultados sobre o desempenho geral dos países mostrou que os países com baixa orientação por cuidados primários tiveram piores condições de saúde relacionadas aos indicadores no início da infância (baixo peso ao nascer e maior mortalidade pós-neonatal) (STARFIELD 1991, 1994).

Na segunda pesquisa, a comparação de características de política de Atenção Primária realizada em 13 países, demonstra que quanto mais forte foi a orientação de cuidados primários do país, melhores os resultados de saúde, com indicadores associados significativamente para a mortalidade pós-neonatal e taxas de baixo peso ao nascer. O mesmo resultado foi observado após controle de variáveis para a desigualdade de renda e taxa de tabagismo. Esse impacto positivo da atenção primária sobre as taxas de baixo peso refletiria o efeito benéfico de cuidados primários de saúde das mães antes da gravidez. Os países com fraca atenção primária mostraram pior desempenho em importantes indicadores da saúde, tais como anos potenciais de vida perdidos por causa de suicídio (STARFIELD e SHI, 2002).

A terceira pesquisa consistiu em uma análise temporal de 18 países industrializados, ratificando os achados anteriores de que países com atenção primária mais forte apresentam melhores indicadores de saúde, em especial menores índices de mortalidade por qualquer causa e por todas as causas prematuras, incluindo por asma, bronquite, enfisema, pneumonia, doenças cardiovasculares e doença cardíaca. Essa relação se manteve mesmo após o controle de características como PIB per capita, renda per capita, total médicos por 1.000 habitantes, percentual de pessoas idosas, número médio de atendimentos ambulatoriais, consumo de álcool e de tabaco (MACINKO, STARFIELD E SHI, 2003).

O grau de abrangência de atenção primária (medido pela proporção de serviços ofertados na atenção primária em relação a referências a especialistas) e o grau de orientação familiar (serviços que foram prestados a todos os membros da família pelo mesmo profissional) foram características da prática da atenção primária presentes em países com altas pontuações de cuidados primários.

A atenção primária teria, portanto, o impacto positivo sobre a saúde pela ampliação do acesso, ações de promoção de hábitos saudáveis (e dessa forma à diminuição de exposição ao risco a agravos), prevenção de doenças, detecção precoce de problemas de saúde, tratamento de doença instalada, reabilitação em situações de danos e diminuição da exposição inadequada a tratamentos e intervenções médicas iatrogênicas. Alguns autores ainda referem impacto sobre as condições sociais e de desenvolvimento da população, tais como aumento da oferta de trabalho entre adultos de 18 e 55 anos; redução na probabilidade de uma mulher

entre 18 e 55 anos ter um filho com um intervalo menor que 21 meses e aumento da presença na escola de crianças entre 10 e 17 anos (ROCHA, SOARES, 2009).

Mendonça (2009) menciona adicionalmente que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam os melhores resultados em saúde, os menores custos, a maior satisfação dos usuários e a maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social. Nesses países são encontradas evidências de associação entre atenção primária e menor número de hospitalizações, menor número de consultas para um mesmo problema, menor quantidade de exames complementares, maior possibilidade de ações de prevenção, maior adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamentos e também maior satisfação da população.

Outro estudo desenvolvido por Kruk e colaboradores (2010) descreveu e avaliou as grandes iniciativas de cuidados primários de países de média e baixa renda. Identificou na literatura de 16 programas nacionais de saúde a intenção de orientar o sistema de saúde a partir da atenção primária visando um forte compromisso com o acesso, a qualidade do atendimento, melhor resposta aos doentes e comunidades, bem como maior equidade e eficiência. Dentre os países e regiões, destacou Cuba, Irã, Sri Lanka e Kerala, na Índia como países ou regiões com acesso universal aos cuidados primários e Brasil e Costa Rica como nações que adotaram uma lógica de seleção de cobertura a áreas economicamente desfavorecidas, o que reduziu a diferença no acesso aos serviços entre ricos e pobres. Nesta análise, mostra um maior avanço dos primeiros países, estando mais condizentes com as preocupações atuais da atenção primária mundial, enquanto os últimos apresentam ainda uma realidade principiante de implantação da atenção primária, conforme classificação apresentada pelo Relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008).

Quanto à avaliação da eficiência, há evidências de melhoria das condições de saúde e acesso aos cuidados, a um custo razoavelmente baixo. Nesse sentido, o estudo destaca novamente que Cuba, Sri Lanka e Kerala, na Índia, como países e regiões que alcançaram baixo custo e bons resultados em saúde com a cobertura universal da atenção. No Brasil, o programa Saúde da Família despendeu US\$ 30 per capita nas regiões cobertas, o que corresponde a 10% do orçamento total da saúde brasileiro (WHO, 2008). Esse valor apresenta próximo ao piso per capita para gastos totais com saúde em países em desenvolvimento, estabelecido pela

Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (entre 35 e 40 US\$ per capita). Mesmo sendo um valor relativamente baixo, pode representar taxas de gastos com saúde não acessíveis em países de baixa renda, embora esses valores tenham sido ultrapassados e parecem ser sustentáveis em países de renda média, como México e Brasil.

A associação entre a atenção primária e a mortalidade infantil, indicador que sofre influência de diversos outros fatores sociais e de saúde, foi pesquisada no Brasil por Macinko por meio de análises controladas para medidas estaduais referentes ao nível de acesso à água potável e saneamento, à renda média per capita, à alfabetização e fertilidade das mulheres, ao número de médicos e enfermeiros por 10.000 habitantes e a leitos por 1.000 habitantes. Em seus resultados, Macinko evidenciou no período de 1990 a 2002, o declínio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 49,7 para 28,9 por 1.000 nascidos vivos. Durante o mesmo período médio de cobertura do Programa Saúde da Família aumentou de 0% para 36%. Um aumento de 10% em cobertura de Saúde da Família foi associado com uma diminuição de 4,5% na taxa de mortalidade infantil. A influência da Saúde da Família sobre a TMI só ficou abaixo de escolaridade materna (MACINKO et. AL, 2006).

Kruk et. al (2010) também identificaram que a atenção primária trouxe melhorias à saúde nos países de renda baixa e média, e particularmente para a redução da mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas. Nos países e regiões pesquisados quanto à mortalidade infantil e expectativa de vida estão iguais ou melhores em locais com maior expansão da atenção primária quando comparados com países ricos. Os autores ainda referem que outros países do estudo relataram impactos positivos sobre mortalidade, a partir de uma série de programas de atenção primária, que embora não seja possível atribuir exclusivamente essas reduções aos cuidados primários, é provável que o esforço concentrado em fortalecer serviços de atenção primária tenha sido o principal colaborador para o declínio observado.

A mortalidade pós-neonatal (entre 28 dias e um ano de vida), outro componente da TMI, foi evidenciada por Macinko (2006) e Aquino (2009), como mais permeável ao impacto das ações da atenção primária, tais como aleitamento materno, terapia de reidratação oral, imunizações e tratamento de doenças respiratórias e outras infecções.

A atribuição exclusiva de impacto da APS para alguns desses indicadores ainda é tarefa de difícil mensuração. Kruk e colaboradores (2010), em um levantamento feito em 76 artigos discutindo os programas de saúde de países de baixa e média renda, identificaram um número relativamente pequeno de avaliações para muitas das principais iniciativas de cuidados primários. Starfield (2002) indica, como um desafio para a pesquisa na APS, o treinamento de pesquisadores para a perícia em epidemiologia, ciências sociais, economia, análise de decisão e qualificação para dados não quantitativos que exigem habilidades do antropólogo e disciplinas relacionadas. Tais desafios ainda são pertinentes para a realidade da pesquisa uma vez que a APS tem como objeto de atuação a saúde das pessoas e não a centralidade na doença, comumente observada como objeto de análise.

Essa dissertação pretende, nesse sentido, trazer uma contribuição específica e pontual para a compreensão dos resultados da expansão da APS no Brasil, ampliando o debate atual sobre as virtudes e limitações da estratégia de Saúde da Família.

2. MÉTODO

A questão principal a ser descrita nessa dissertação é a condição da expansão da ESF nos grandes Municípios brasileiros que aderiram ao PROESF e os possíveis resultados associados à atenção primária. Em 2003, havia 249 Municípios brasileiros considerados como de grande porte. A adesão ao PROESF nesse universo foi de 207 Municípios em 2003 (83% do total). A proposta Ministerial de indução à expansão de cobertura da estratégia de Saúde da Família obteve êxito com o PROESF? A expansão da ESF esteve associada nessas cidades à situação de pobreza da população? A ESF assumiu o formato geral de um programa focalizado e fortemente atraído pela pobreza das grandes cidades? A capacidade financeira municipal foi a condição fundamental para limitar ou favorecer a expansão da APS nos grandes Municípios brasileiros?

Nessa dissertação, objetiva-se, mais especificamente, descrever e analisar o efeito das variáveis assinaladas pela literatura como proporção de pobreza, capacidade fiscal, proporção do gasto em saúde sobre a escala de expansão e provisão da atenção primária pela ESF. Duas variáveis categóricas são usadas na descrição dos dados de cobertura e provisão de atenção primária: porte populacional, estratificando os Municípios em grandes (100 mil até 500 mil habitantes) e os muito grandes (acima de 500 mil habitantes) e a inserção regional dos Municípios (Norte e Nordeste versus Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Adicionalmente, são descritos os indicadores de cobertura, utilização e impacto de saúde para problematizar as possíveis relações entre a ESF e resultados da atenção primária nos grandes Municípios brasileiros.

O desenho do estudo com dados de painel ou de adequação com grupo de controle histórico (HABITCH et. al. 1999) visa descrever de modo sistemático o desenvolvimento da ESF de um mesmo conjunto de Municípios.

A análise com dados de painel considera uma série de informações organizadas para cada um dos membros de uma população em dois pontos do tempo (WOOLDRIDGE, 2006). A característica essencial dos dados de painel nesse estudo é o fato de que *as mesmas unidades municipais* foram acompanhadas em um intervalo de tempo. No caso da análise temporal, o período estudado será o

compreendido entre os anos 2001 e 2008. O modelo de análise neste caso pretende descrever qual o padrão de resposta dos Municípios de grande porte ao desafio da expansão da ESF em dois pontos do tempo.

O modelo assume o seguinte desenho: $0^i \dots X \dots 0^j$, onde 0^i contempla a medida dos indicadores relacionados à implantação da ESF dos Municípios em 2001-2002; 0^j contempla a medida dos indicadores dos Municípios em 2007-2008. X assinala o evento institucional que é a implantação do PROESF em 2003. O estudo trabalha com o universo de 207 Municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes em, tomados como “cidades de grande porte” que aderiram ao PROESF em 2003. Os dados coletados assumirão o formato de variável intervalar ou variável categórica.

A descrição sistemática é um instrumento de amplo uso para mostrar situações sociais e de políticas governamentais (ISAAC E MICHAEL, 1997). Essa dissertação recorre à descrição sistemática de variáveis relevantes identificadas pela literatura sobre a ESF.

O alcance de resultados que possam estar associados com adequação às intervenções da ESF é uma questão metodológica importante que a dissertação leva em consideração. A inferência referente à adequação de acordo com Habicht e colaboradores (1999) é utilizada para oferecer aos tomadores de decisão uma maior confiança nos estudos sobre os efeitos alcançados da ESF se devem, de fato, à intervenção política pública de expansão da APS.

A avaliação de adequação é frequentemente usada para mensurar o desempenho e o impacto do programa ou projeto em relação a critérios estabelecidos previamente, ou seja, avalia o quanto a intervenção atingiu seus objetivos. Mesmo quando os critérios não foram estabelecidos previamente, ainda pode-se avaliar o desempenho medindo a tendência temporal geral, tais como um aumento de cobertura e redução de mortalidade.

A avaliação pode ser transversal, realizada em um único ponto no tempo, durante ou no final do programa, ou pode assumir o formato de avaliação longitudinal, necessitando de base de dados de painel para detectar tendências (HABITCH et. alii, 1999), que é a opção dessa dissertação.

Avaliações de adequação visam identificar se indicadores de saúde melhoraram entre destinatários do programa ou entre a população como um todo. Uma vantagem das avaliações de adequação é que pode usar dados secundários

de modo que os custos de avaliação podem ser reduzidos. Esse tipo de avaliação permite descrever se as mudanças esperadas ocorreram ou não. A limitação do desenho, no entanto, exige cautela na inferência se as melhorias observadas foram devidas a programas específicos ou se essas mudanças ocorreriam de qualquer forma, devido a influências externas, tais como melhorias socioeconômicas, presença de outros projetos na mesma área, justificando outros desenhos de estudos de plausibilidade e probabilidade (HABITCH et. alii. 1999). Esses desdobramentos não são considerados no desenho dissertação em função das limitações de tempo e recursos.

A seleção dos indicadores proposta por Habicht e colaboradores (1999), no estudo de adequação com dados de painel, sugere, sobretudo, um modelo causal de correspondência entre atividades e resultados de *provisão, cobertura, utilização e impacto* no desenho da avaliação. Como *provisão*, os autores definem o número de estabelecimentos disponíveis para uma dada população resultado de uma intervenção de um serviço, programa ou política pública. Como *cobertura* é definida pela proporção da população alvo alcançada pelo programa ou política. Como *utilização*, número de atendimentos atribuído ao programa de dada população alvo; e como indicador de *impacto* é considerada a mudança nas condições de saúde da população alvo que podem ser atribuídas à intervenção estudada.

Os indicadores selecionados pela dissertação são diretamente associados às intervenções nos grandes Municípios do PROESF, sendo divididos em indicadores de cobertura, de utilização e de impacto:

a) Indicador de cobertura:

- ***Cobertura populacional de saúde da família***

Cálculo:

$$\frac{\text{Nº. de equipes da SF x 3.450}}{\text{População total do município}} \times 100$$

A estimativa da proporção da população coberta pela SF foi obtida por meio do critério de uma equipe de Saúde da Família para cada 3.450 pessoas (*Cálculo padrão adotado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde). O

mês tomado como referência para a informação do número de Equipes da Saúde da Família foi dezembro para cada ano.

b) Indicadores de utilização:

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

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos (do município) de mães com 7 ou + consultas de pré-natal}}{\text{Número de nascidos vivos no município}} \times 100$$

- ***Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano***

Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de crianças < 1 ano vacinadas com 3ª doses da vacina DTP+Hib}}{\text{população < 1 ano de idade}} \times 100$$

c) Indicadores de Impacto:

- ***Taxa de mortalidade infantil***

Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de óbitos em < 1 ano no município}}{\text{Número de nascidos vivos no município}} \times 1.000$$

- ***Taxa de mortalidade pós-neonatal:***

Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de óbitos de crianças entre 28 dias e um ano no município}}{\text{Número de nascidos vivos no município}} \times 1.000$$

2.1 FONTES

Para o levantamento dos dados foram utilizadas as seguintes fontes:

1. Número de equipes de Saúde da Família (ESF) (<http://www.saude.gov.br/dab>).

2. Dados populacionais - Censo Demográfico para 2000, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e obtidas por meio da página do IBGE (www.ibge.gov.br).
3. Informações referentes à renda per capita - estudo “Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2006. Publicação IPEA de 2009.
4. Gasto em saúde - Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS de 2006 (<http://siops.datasus.gov.br/>).
5. Número de famílias pobres, baseado na comparação entre população pobre no município e a estimativa de número de pessoas por família por Região do país apresentada pelo IBGE e publicados pelo IPEA (2009). A categoria “população pobre” compreende, portanto, as pessoas que viviam em domicílios com renda domiciliar per capita inferior à linha de extrema pobreza em 2006. A linha de pobreza foi obtida a partir da estimativa do valor da cesta de alimentos com o mínimo de calorias necessárias para suprir adequadamente uma pessoa, com base nas recomendações da OMS. Os dados foram calculados a partir dos parâmetros da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. (ver <http://ipea.gov.br/>, consultado em 10/12/2010).
6. Proporção de famílias pobres no município - por meio da comparação entre o número de famílias pobres resultante do cálculo anterior e a estimativa de famílias por estado, de acordo IPEA (2009).
7. Condição econômica municipal – medida em termos do Produto Interno Bruto per capita em 2006 apresentadas pelo IBGE.
8. Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças com menos de um ano – Programa Nacional de Imunização obtida por meio do site www.datasus.gov.br. Nota técnica do Programa Nacional de Imunização: dados de cobertura vacinal de 3ª dose de DTP+Hib disponíveis a partir de 2002, quando a vacina foi introduzida no calendário vacinal da criança.
9. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal - SINASC obtido por meio do site www.sispacto.gov.br.
10. Coeficiente de Mortalidade Infantil e Pós-Neonatal – obtidos por meio de informações demográficas e de mortalidade constantes no site www.datasus.gov.br referentes ao Pacto de Atenção Básica e Pacto pela Saúde.

11. Municípios aderidos ao PROESF. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final De Progresso da Fase 1 do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família- PROESF.

As informações foram processadas por meio de procedimentos descritivos e analíticos utilizando programas *Microsoft Excel for Windows* versão 2007, *Microsoft Access* versão 2007 e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Os indicadores foram descritos comparativamente pela média da prevalência em 2001-2002 e 2007-2008, exceto os referentes à provisão de vacina tetravalente que os dados são de 2002 e 2008. Os dados foram selecionados considerando os seguintes critérios de elegibilidade:

- Reconhecidamente impactado por ações desenvolvidas na Atenção Primária;
- Distribuídos entre as linhas estratégicas de ações definidas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS 648/2006); PROESF e Pacto pela Saúde;
- Com construção definida e reconhecida na área da saúde;
- Construído com variáveis disponíveis para o período mínimo de análise (2001-2002 e 2007-2008);
- Composto por dados disponíveis em sistemas de informação oficiais públicos.

O cálculo redução nas taxas de mortalidade infantil com dados de painel nos dois pontos do tempo, utilizou-se os procedimentos presentes no estudo de Guanais & Macinko (2009) por meio da fórmula $(T2-T1)/T1*100$, e para variação da cobertura utilizou-se a fórmula $T2-T1$, onde $T1$ é o valor médio do indicador no primeiro biênio (2001-2002) e $T2$ é o valor médio do indicador no segundo biênio (2007-2008).

O coeficiente da variabilidade de uma distribuição é obtido pelo cálculo da razão entre desvio padrão e média multiplicado por 100.

3. RESULTADOS

3.1 A Cobertura da ESF nos grandes Municípios no PROESF

Nesta parte da dissertação são apresentados os dados de painel referentes à evolução da cobertura, da utilização e do impacto da ESF entre os anos 2001 e 2008. A tabela 2 mostra, primeiramente, os principais indicadores descritivos do universo dos 207 Municípios de grande porte – população acima de 100 mil habitantes que estavam no PROESF.

TABELA 2 - Dados Básicos dos 207 Municípios Aderidos ao PROESF em 2003.

<i>Descritor</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Coefficiente de variabilidade (%)</i>
População em 2006 (n=207)	423.542	911.333	215
% de despesa própria com saúde em 2006 (n=207)	20,3	4,3	21
PIB per capita em 2006 em R\$ corrente (n=207)	10.369	7.830	75
% de pobres em 2006 (n=207)	19	11	58
% de cobertura da ESF em 2001 (n=207)	19	21	110
% de 7 ou mais consultas de pré-natal em 2001(n=190)	55	19	34
% de cobertura de tetravalente em 2002 (n=207)	59	16	27
Taxa de mortalidade infantil em 2001 (n=207)	19	6	31
Mortalidade pós-neonatal em 2001 (n=207)	6	2	33

Fonte: IBGE, IPEA, SIOPS, DAB/SAS/MS.

Em 2006, a população média desses Municípios era de 423.542 habitantes, com expressiva variabilidade de porte populacional entre eles (270%).

O indicador de gasto próprio com saúde era o mais homogêneo nesse universo. Em 2003, os grandes municípios no PROESF realizavam um esforço expressivo de financiamento da saúde com recursos próprios (média de 20,3%). Por

outro lado, eles apresentavam um padrão bastante discrepante de PIB per capita, percentual de pobres e na cobertura da ESF. A cobertura da ESF atingia uma média relativamente baixa de 19%, sendo o coeficiente de variabilidade muito elevado (110%), indicando grandes diferenças de cobertura. A realização de 7 ou mais consultas de pré-natal era relativamente baixa bem como a oferta de vacina tetravalente. A aposta na expansão da ESF era efetivamente uma grande oportunidade para que o SUS melhorasse sua situação de baixo desempenho observado no começo da década de 2000 no que se refere aos indicadores de cobertura e utilização em saúde.

A tabela 3 mostra que o universo dos Municípios com mais de 100 mil habitantes no PROESF alcançou um significativo incremento médio na cobertura da ESF entre os anos 2001-2002 e 2007-2008. A proporção da cobertura evoluiu de 21,5% para 38,2% da população. O crescimento entre os dois biênios foi, portanto, muito expressivo (+0,17). Esse crescimento da cobertura média indica, sem dúvida, uma mudança de prioridade favorável à ESF na agenda dos grandes Municípios brasileiros na década de 2000.

Tabela 3 - Desempenho dos indicadores de cobertura dos municípios do PROESF entre os anos 2001-2002 e 2007-2008.

<i>Porte e inserção regional do município</i>	<i>Média 2001-2002</i>	<i>Média 2007-2008</i>	<i>Variação proporcional</i>
<i>Menos de 500 mil habitantes (N=157)</i>	<i>0,22</i>	<i>0,40</i>	<i>+0,18</i>
<i>Mais de 500 mil habitantes (N=30)</i>	<i>0,16</i>	<i>0,30</i>	<i>+0,14</i>
<i>Municípios do Norte e Nordeste (N=58)</i>	<i>0,37</i>	<i>0,57</i>	<i>+0,20</i>
<i>Municípios do Centro-oeste, Sudeste e Sul (N=149)</i>	<i>0,15</i>	<i>0,31</i>	<i>+0,16</i>
<i>Total (N=207)</i>	<i>0,21</i>	<i>0,38</i>	<i>+0,17</i>

Fonte: DAB/SAS/MS.

3.2 A Evolução da ESF nas Grandes Cidades

Segundo a Tabela 4, observa-se que a ESF teve um crescimento de 17,5% nos Municípios com menos de 500 mil habitantes, ligeiramente superior aos 14% observado nos Municípios muito grandes (com mais de 500 mil habitantes), que fizeram um esforço extraordinário para ampliar a cobertura de SF, alcançando uma proporção média de cobertura de 30% da população.

Tabela 4 - Desempenho dos indicadores de Cobertura segundo o Porte Populacional dos Municípios do PROESF entre 2001-2002 e 2007-2008

<i>PORTE MUNICIPAL</i>	<i>% COBERTURA DA ESF EM 2001-2002</i>	<i>% COBERTURA DA ESF EM 2007-2008</i>	<i>% DE CRESCIMENTO</i>
<i>< 500 mil habitantes (n= 157)</i>	<i>22,5</i>	<i>40,0</i>	<i>+ 17,5</i>
<i>> 500 mil habitantes (n= 30)</i>	<i>16,0</i>	<i>30,0</i>	<i>+ 14</i>

Fonte: DAB/SAS/MS.

3.3 O Efeito Territorial

Chama atenção na Tabela 5 que os Municípios da região Norte e Nordeste já apresentavam uma cobertura populacional de ESF muito elevada em 2001-2002 (37,5%). Entre os anos estudados, a cobertura atingiu a proporção de 57% da população nas cidades destas regiões. Os Municípios das demais regiões alcançaram em 2007-2008 a cobertura de ESF de 31%, ainda significativamente menor do que a cobertura observada nos Municípios do Norte e Nordeste no começo da década de 2000.

Tabela 5 - Desempenho dos Indicadores de Cobertura da ESF segundo a Inserção Regional dos Municípios do PROESF entre 2001-2002 e 2007-2008

<i>INSERÇÃO REGIONAL</i>	<i>% COB. ESF 2001-2002</i>	<i>% COB. ESF 2007-2008</i>	<i>VARIAÇÃO %</i>
<i>Municípios no Norte e Nordeste (N=58)</i>	<i>37,5</i>	<i>57</i>	<i>+19,5</i>
<i>Municípios do Centro-Oeste, Sudeste e Sul (N=149)</i>	<i>15,5</i>	<i>31</i>	<i>+15,5</i>

Fonte: DAS/SAS/MS

3.4 A ESF e a Condição da Pobreza Municipal

A tabela 6 mostra que as regiões Norte e Nordeste concentravam uma grande proporção de população pobre (33,5%) nos grandes Municípios em comparação às demais (13%).

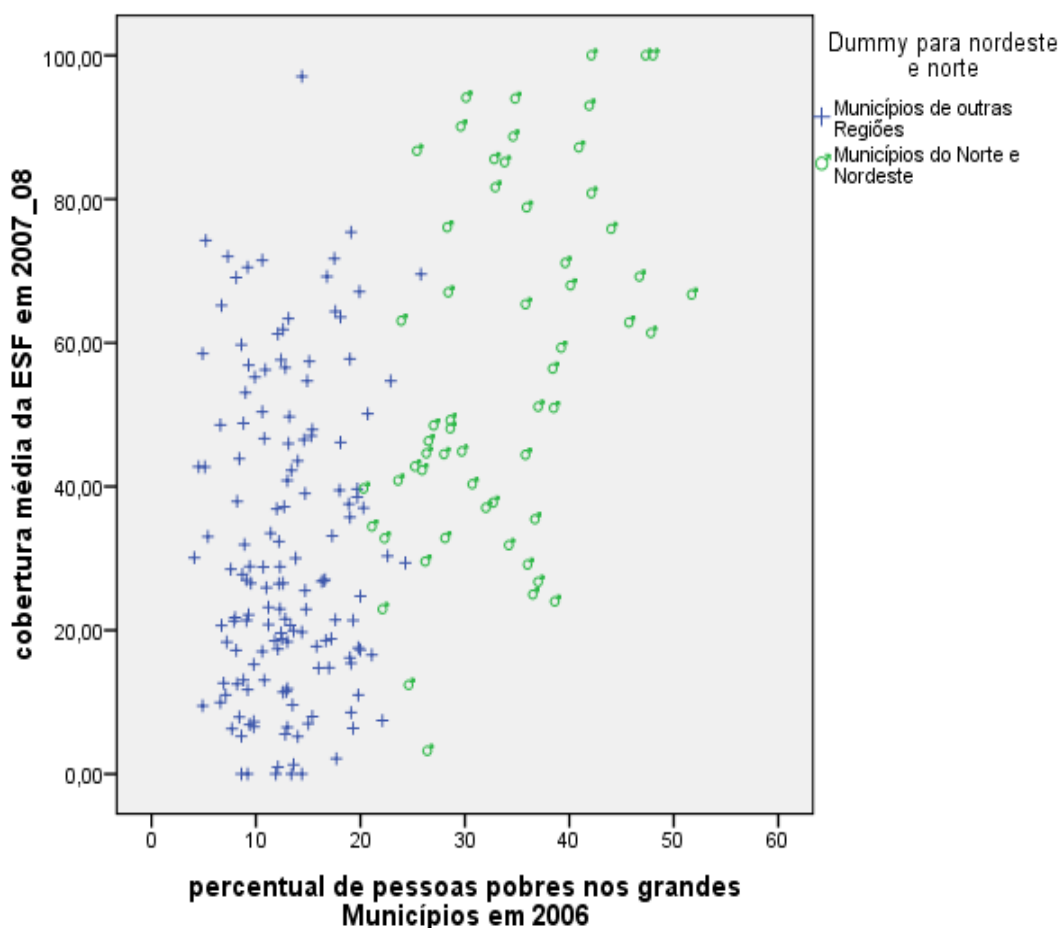
Tabela 6 – Proporção de Pessoas Pobres segundo a Inserção Regional dos Municípios pertencentes ao PROESF.

<i>Inserção regional</i>	<i>% pessoas na condição de pobreza</i>
<i>Média dos Municípios do Centro oeste, Sudeste e Sul (N=149)</i>	<i>0,13</i>
<i>Média dos Municípios no Norte e Nordeste (N=58)</i>	<i>0,33</i>
<i>Total (N=207)</i>	<i>0,19</i>

Fonte: IPEA, IBGE.

A elevada cobertura observada da ESF Municípios de grande porte das Regiões Norte e Nordeste esteve, no biênio 2007-2008, diretamente correlacionada à grande proporção de pessoas pobres nessas cidades, como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Cobertura da ESF e população pobre nos grandes municípios brasileiros no biênio 2007-2008.



Fonte: DAB, IPEA.

A tabela 7 mostra o padrão de correlação dos indicadores econômico, social e da aderência à ESF em fins da década de 2000.

Observa-se que, a despeito do grande crescimento da cobertura da ESF nas grandes cidades do Centro-Oeste, Sudeste e Sul, a elevada cobertura da ESF no fim da década estava fortemente associada às cidades com alta proporção de pobres, aos Municípios situados nas Regiões Norte e Nordeste, aos Municípios com baixo PIB per capita, aos Municípios de menor gasto próprio com saúde, à alta

cobertura de ESF já existente no começo da década (biênio de 2001_2002) e à alta TMI em 2001-2002 e 2007-2008.

Tabela 7 – Correlação entre as variáveis relevantes e a média cobertura da ESF no biênio 2007- 2008 (N=249)

	Município do Norte ou Nordeste	PIB per capita	% pessoas pobres	Cob. ESF em 2001_2002	% gasto próprio com saúde	Cob. ESF em 2007_2008	TMI em 2001_2002
Municípios do Norte ou Nordeste	1	-0,350**	0,854**	0,447**	-0,286**	0,469**	0,579**
PIB per capita	-0,350**	1	-0,476**	-0,222**	0,036	-0,239**	-0,362**
% pessoas pobres	0,854**	-0,476**	1	0,454**	-0,162*	0,506**	0,605**
Cob. ESF em 2001_2002	0,447**	-0,222**	0,454**	1	-0,118	0,780**	0,281**
% gasto próprio com saúde	-0,286**	0,036	-0,162*	-0,118	1	-0,063	-0,183**
Cob. ESF em 2007_2008	0,469**	-0,239**	0,506**	0,780**	-0,063	1	0,302**
TMI em 2001_2002	0,579**	-0,362**	0,605**	0,281**	-0,183**	0,302**	1
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).							

Fonte: IBGE, IPEA, DAB, SIOPS, DATASUS.

3.5 Indicadores de utilização de Atenção Primária

A capacidade de utilização de consultas de pré-natal no contexto da ESF é componente fundamental para tornar crível o impacto da AP. A tabela 8 demonstra que os indicadores de utilização de pré-natal apresentam uma expansão diferenciada em relação da 3ª dose da vacina tetravalente.

Tabela 8 - Desempenho dos Municípios do PROESF na utilização de Consulta de Pré-Natal nos biênios 2001-2002 e 2007-2008 e da Vacina Tetravalente nos anos 2002 e 2008.

<i>Descritores de provisão</i>	<i>Média 2001-2002</i>	<i>Média 2007-2008</i>	<i>Variação proporcional</i>
<i>% de 7 ou mais consultas pré-natal (N=206)</i>	<i>0,54</i>	<i>0,62</i>	<i>0,8</i>
<i>% de cobertura de tetravalente (N=207)*</i>	<i>0,60</i>	<i>0,95</i>	<i>0,35</i>

Fonte: DATASUS 2010

O percentual de cobertura de 7 ou mais consultas de Pré-Natal teve um crescimento residual entre os anos, embora tenha atingido uma proporção importante de gestantes no biênio 2007-2008. Já o percentual de cobertura de tetravalente teve um crescimento muito expressivo entre os anos de 2002 e 2008, passando de 60% para 95,5% de provisão à população alvo.

O componente regional foi um item crítico para a explicação do fraco desempenho de utilização de pré-natal pelos grandes Municípios, como mostra a Tabela 9. O indicador nos Municípios do Norte e Nordeste teve uma variação extremamente baixa se comparado com a variação dos grandes Municípios das demais regiões brasileiras. Em 2007-2008, a utilização média em municípios do Norte e Nordeste foi de 42,5%, não chegando a atingir a média da provisão observada nos Municípios das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul em 2001-2002, locais em que a realização de 7 ou mais consultas de pré-natal já alcançava em média 61% das mães dos nascidos vivos no início do período.

Tabela 9 - Desempenho dos Municípios do PROESF segundo a Inserção Regional na Utilização de Consulta Pré-Natal em 2001-2002 e 2007-2008

<i>Inserção regional</i>	<i>Média % de consulta de pré-natal 2001-2002 (a)</i>	<i>Média % de consulta de pré-natal 2007-2008 (b)</i>	<i>Variação proporcional</i>
<i>Média dos municípios no Norte e Nordeste (N=58)</i>	<i>0,38</i>	<i>0,42</i>	<i>+ 0,4</i>
<i>Média dos municípios do Centro oeste, Sudeste e Sul (N=148)</i>	<i>0,61</i>	<i>0,70</i>	<i>+0,9</i>
<i>Total (N=207)</i>	<i>0,54</i>	<i>0,60</i>	<i>+0,6</i>

Fonte: DATASUS

3.6 ESF e Mortalidade Infantil

Em relação à taxa de mortalidade infantil (TMI) e à mortalidade infantil pós-neonatal, chama especialmente atenção na tabela 10 que mesmo com a ampliação da ESF observada em 2007-2008 nas Regiões Norte de Nordeste, esse indicador nesses Municípios não atingiu o valor médio observado nos situados nas demais regiões do país. Apesar disso, a diferença na TMI foi ligeiramente reduzida entre os Municípios do país em razão da maior velocidade de queda nos indicadores nos grandes municípios do Norte e Nordeste (-25%).

Observa-se, ainda, que a mortalidade pós-neonatal teve uma importante convergência em todos os Municípios de grande porte brasileiros entre os biênios de 2001-2002 e 2007-2008.

Tabela 10 – Mortalidade infantil e mortalidade pós-neonatal nos municípios de grande porte segundo a inserção regional em 2001-2002 e 2007-2008.

<i>Média alcançada em grandes municípios</i>	<i>TMI 2001-02</i>	<i>TMI 2007-08</i>	<i>Variação% TMI 2001-02 e 2007-08</i>	<i>Pós-neonatal 2001-02</i>	<i>Pós-neonatal 2007-08</i>	<i>Variação % mortalidade pós-neonatal 2001-02 e 2007-08</i>
<i>Norte e Nordeste (N=58)</i>	23,13	17,50	-25%	8	5	-37,5
<i>Centro-Oeste, Sudeste e Sul (N=149)</i>	16,22	12,90	-20%	5	4	-20

Fonte: IBGE, DATASUS.

A tabela 11 mostra que a maioria absoluta dos Municípios do Norte e Nordeste apresentou queda da mortalidade pós-neonatal entre os períodos estudados.

Tabela 11 - Tendência da Mortalidade Infantil Pós-Neonatal nos Municípios segundo a Inserção Territorial no período de 2001_2008

<i>TENDÊNCIA DA MORTALIDADE PÓS-NEONATAL</i>	<i>MUNICÍPIOS DO SUDESTE, SUL E CENTRO-OESTE</i>	<i>MUNICÍPIOS DO NORTE E NORDESTE</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Crescimento</i>	45	6	51
<i>Queda</i>	104	52	156
<i>TOTAL</i>	149	58	207

Fonte: DATASUS.

5. DISCUSSÃO

Esse trabalho demonstrou a expansão da ESF nos grandes Municípios brasileiros na década de 2000. Essa expansão foi observada em um contexto de adesão dos Executivos municipais às diretrizes da descentralização da provisão da assistência à saúde.

O resultado da descentralização produziu o gradual declínio do financiamento público realizado pelo governo central (governo Federal). Os governos Estaduais e principalmente os governos Municipais aumentaram significativamente a parcela do financiamento público da assistência à saúde na década de 2000 por força da Emenda Constitucional 29.

A vinculação de fontes para a saúde foi obtida pela Emenda Constitucional 29 (EC-29) de 1999. Esta emenda, antes mesmo de regulamentada por Lei, definiu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicariam, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos próprios mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados segundo acordos pactuados.

O pacto federativo na saúde viabilizou um importante espaço de negociação, coordenação e articulação de ações entre as três esferas de governo no caso brasileiro. Para a União, os recursos destinados à saúde passariam, inicialmente, a ser corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, o montante mínimo de recursos aplicado em saúde deveria corresponder a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais. Este percentual seria gradualmente ampliado até alcançar 12% para os governos estaduais e do Distrito Federal, e 15%, para os governos municipais, de 2004 em diante. O percentual médio de 20,5% dos gastos próprios realizados pelos grandes Municípios do PROESF indicava que, na época, a saúde estava no topo da agenda dos governos locais.

Foi demonstrado, ainda assim, que ESF tem tido um crescimento sustentado principalmente pelos Municípios de menor porte, menor produto interno bruto per capita, situados nas Regiões Norte e Nordeste e com elevadíssima proporção de população em situação de pobreza. O dinamismo da expansão da ESF esteve, portanto, fortemente associado à magnitude da população pobre nas grandes

cidades estudadas. A fragilidade econômica das cidades não tem sido um obstáculo para a expansão da ESF.

Os municípios com mais de 500 mil habitantes apresentaram menor predisposição à universalização da ESF, limitando a cobertura em torno de 0,30 da população, em comparação aos municípios entre 100 e 500 mil habitantes que apresentaram cobertura média ligeiramente superior de 0,40. De qualquer modo, pode-se concluir que os grandes Municípios mostraram especial aderência à política pública da atenção primária: a oferta de equipes de saúde da família cresceu expressivamente entre os anos analisados em todos os estratos.

A focalização da ESF nos Municípios com grande proporção de pessoas pobres indicava o sucesso dos governos municipais em responder à necessidade de ampliação da oferta de serviços de saúde de atenção primária e à especialização da oferta pública em serviços de menor densidade tecnológica (ALMEIDA et. al. 1999; MENDES E MARQUES, 2002; PEREIRA e colaboradores, 2006). Esse achado possibilita, sobretudo, ratificar a hipótese da tendência à focalização da ESF nos grupos populacionais vulneráveis e com maior risco social. Essa constatação é aceitável diante da evidência de que a elevada cobertura populacional da ESF está diretamente associada à alta prevalência da pobreza nos Municípios entre os biênios estudados.

Essa opção teria ameaçado a agenda universalista e os objetivos da integralidade da oferta de serviços do SUS? Viana e Dal Poz (1998) defendem a convivência da focalização com a política universalista como uma agenda necessária ao país. O desempenho da ESF nas cidades com PROESF evidenciou a forte vinculação dessa política pública à expansão da oferta de assistência à saúde às populações pobres. A característica de expansão limitada aos pobres e às áreas rurais foi classificada no relatório da OMS como um ponto falho de uma atenção primária simplificada encontrada em países com recursos escassos (WHO, 2008). Nessa ótica, o Brasil ainda permanece em um ponto do processo de universalização da atenção primária próximo às propostas iniciais de implantação da Saúde da Família, quando priorizava áreas de menor IDH com serviços de menor densidade tecnológica.

Guanais (2010) amplifica a preocupação com a redução do ímpeto do universalismo do sistema de saúde brasileiro por ter a ESF uma presença mais

expressiva nas regiões rurais e mais pobres. Interroga se o foco nos pobres teria transformado o programa em uma forma de cuidado seletivo. Ainda assim, o autor afirma haver consenso de que ele tenha sido importante para a boa implantação do SUS e melhoria do acesso aos serviços de saúde, combinando a saúde pública com a proteção social de programas nacionais que incidam sobre as populações pobres.

A ESF tem crescido de modo mais acelerado nos Municípios com menor gasto per capita com saúde. Foi observado adicionalmente o expressivo comprometimento das despesas próprias dos grandes Municípios com a função saúde no período. Ainda assim, os municípios com maiores gastos per capita com saúde estavam correlacionados negativamente com a cobertura de ESF no biênio 2007-2008. Nesses municípios, as despesas foram destinadas ao financiamento de outros serviços, possivelmente da rede de atenção de média e alta complexidade.

Os dados de painel permitem concluir que ocorreram entre os períodos estudados

- 1) A redução TMI e na mortalidade pós-neonatal entre nas cidades brasileiras;
- 2) A queda nas diferenças da TMI e da mortalidade pós-neonatal entre as cidades com alta prevalência de pessoas pobres das regiões mais pobres do país (Norte e Nordeste) e as demais cidades de grande porte do país;
- 3) O significativo aumento da provisão de vacina tetravalente.

Nos Municípios estudados, o efeito mensurável da ampliação da cobertura da ESF ratifica as teses dominantes na literatura internacional sobre o [bom] desempenho da atenção primária no Brasil. A redução de 23% no período de 2000 a 2008, observada nas TMI mostra que o Brasil segue em sua substancial melhora de resultados relacionados à saúde infantil.

Macinko afirma, por exemplo, que a mortalidade infantil caiu 14% em coincidência com o aumento em 60% da cobertura da ESF e que a variação de 1% na cobertura da ESF apresentou um efeito marginal na redução de 0,86% da mortalidade pós-neonatal entre os anos 1998 e 2006 (MACINKO e Colaboradores, 2006; GUANAIS E MACINKO, 2009), Guanaís ainda reitera que a expansão do ESF esteve relacionada com a melhoria dos resultados de saúde das crianças, o acesso aos serviços e a redução nas admissões hospitalares por doenças crônicas em mulheres na década passada. (GUANAIS, 2010).

Barros e colaboradores afirmam que a política de saúde e o progresso da proteção social têm reduzido a desigualdade nos indicadores de saúde das crianças e das mães no Brasil. Victoria e colegas (2011) observaram que em 1990, a taxa de mortalidade infantil (TMI) na região Nordeste foi 2,6 vezes maior do que na região Sul e em 2007, sua taxa de mortalidade infantil foi de apenas 2,2 vezes maior que a da região Sul. A redução das disparidades regionais foi acompanhada por uma redução nas taxas de mortalidade infantil entre famílias mais ricas e as mais pobres. Demonstram que o acesso às ações de saúde materno-infantil aumentou acentuadamente para uma cobertura quase universal, e que as desigualdades regionais e socioeconômicas no acesso a tais intervenções foram bastante reduzidas.

No estudo de Aquino e colaboradores (2009) observou-se associação negativa estatisticamente significativa entre a cobertura de ESF e a taxa de mortalidade infantil. No período de 1996 a 2004, os autores evidenciaram a redução da taxa de mortalidade infantil de 13,0%, 16,0% e 22,0%, respectivamente para os níveis de cobertura da ESF de <30,0%, 30,0% e 69,9% e > 70,0% com duração <4 anos. O efeito da ESF foi maior nos Municípios com maior taxa de mortalidade infantil e baixo desenvolvimento humano no início do período de estudo (AQUINO e colaboradores, 2009).

Na avaliação dos dados referentes à vacina tetravalente, observa-se que em 2002, a média dos municípios não apresentava alcance da meta nacional estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização (igual ou maior a 95%). Convém considerar que, em 2002, o índice de 60% para a Tetravalente pode ter sido consequência da organização do serviço de imunização em nível nacional, tendo em vista a incipiente inserção dessa vacina no calendário vacinal no respectivo ano, antes aplicada e registrada separadamente como DTP (Difteria, Tétano, Coqueluche) e HIB (Haemophilus influenzae tipo B).

O aumento da cobertura vacinal (0,95) ultrapassando a meta nacional é observado no último biênio analisado. Esse alcance em grandes centros urbanos mostra o êxito do Programa Nacional de Imunização na oferta de ações importantes para a redução da mortalidade infantil constante no Pacto pela saúde de 2006 e no compromisso firmado pelo Brasil junto ao Estados-Membro das Nações Unidas para

os Objetivos do Milênio, que dentre outras metas, pretende reduzir em 2/3 a mortalidade de menores de 5 anos até o ano de 2015.

Os dados de pré-natal apresentam melhora na cobertura de 10% entre os períodos de 2001-2002 e 2007-2008, entretanto, encontramos uma evolução menor da cobertura dessa atenção nas regiões Norte e Nordeste (0,4) quando comparadas às demais regiões do país (0,9). Os Municípios do Norte e Nordeste alcançaram em 2007-2008 somente a proporção de 0,42 de mulheres que fizeram 7 ou mais consultas. Esta proporção foi muito inferior ao alcançado pelo grupo das demais regiões do país, que apresentava no primeiro biênio 2001-2002, uma proporção de 0,61.

Um fator crítico da ESF é o fato de as regiões com piores resultados na provisão de atenção pré-natal serem as que apresentam maiores coberturas de Saúde da Família. Os resultados da provisão de pré-natal indicam que outras medidas devem ser tomadas para que seja efetiva a redução das desigualdades entre as regiões, o que envolve maior articulação entre os atores da gestão municipal, estadual, e federal no sentido de melhorar o desempenho das ações desenvolvidas na atenção primária. Em 2011 o Ministério da Saúde apresentou uma nova proposta de aprimoramento da AP por meio de medidas de indução de descentralização e acompanhamento de qualidade e acesso. Dessa forma, estabelece elevação do PAB fixo aos municípios a partir de critérios que envolvem PIB per capita, o percentual de pessoas em extrema pobreza, o índice de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, a densidade demográfica, o cumprimento de metas de qualidade e o incentivo a profissionais, principalmente, aos que atenderem em regiões remotas ou com maior carência de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2011). Essas iniciativas apontam para um caminho de fortalecimento e valorização da atenção primária em novas bases. Qual o resultado esperado? O futuro dirá.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C; TRAVASSOS, C et. al. **A Reforma Sanitária Brasileira em Busca da Equidade**. Research in Public Health. Technical Papers 17, Washington, DC, PAHO, 1999.

ALMEIDA, M. H. T. **Recentralizando a Federação?** Revista de Sociologia Política, Curitiba, n. 24. 2005

ALMEIDA, P. T; GIOVANELLA, L., et alii. **Os Desafios à Coordenação dos Cuidados em Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, Fevereiro, 2010.

AQUINO, R. M. D.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. **Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities**. American Journal of Public Health. Vol 99, Nº. 1. p. 87 a 93. January 2009.

ARRETCHE, M. T. S. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. V 14, nº 40, SP. Jun 1999.

ARRETCHE, M. & MARQUES, E. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo**. Ciência e Saúde Coletiva 7(3): 455-479. 2002.

BOSSERT, T. **Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance**. Harvard School of Public Health, 665 Huntington Ave. I-1210, Boston, MA 02115, USA. Available online 5 February 1999.

BRASIL. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1998**. Brasília: 2008. 88p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília, 2006. 63 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos Pela Saúde 2006 v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília. 200 p: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: 2005.

_____. Ministério da Saúde. Brasília Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Relatório Final De Progresso da Fase 1 do Projeto de**

Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família- PROESF. Brasília /DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Brasília Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde fortalece Atenção Básica para melhorar qualidade da assistência à população.** Disponível em: www.saude.gov.br/dab. Acesso em 03 de junho de 2011.

CAMARGO, J. R. et al. **Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade.** Cadernos de Saúde Pública n. 24, Suplemento 1:S58-S68. Rio de Janeiro, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Relação de profissionais médicos por habitantes.** Disponível em: www.cfm.org.br. Acesso em 03 de abril de 2011.

DRAIBE, S. M. **A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias.** Trabalho a ser apresentado no GT 12 - POLITICA E ECONOMIA XXIV Encontro Anual da ANPOCS. Agosto 2000.

ELIAS P. E.; FERREIRA C. W.; ALVES M. C. G; COHN A.; KISHIMA V.; ESCRIVÃO J. R. A.; GOMES A.; BOUSQUAT, A. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** Ciência e Saúde Coletiva 11(3):633-641, 2006.

FACCHINI L. A.; PICCINI R. X.; TOMASI E.; THUMÉ E.; SILVEIRA D. S.; SIQUEIRA F. V.; RODRIGUES M. A. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva: 2006; 11(3): 669-681.

GIONANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde.** Constante em. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, cap. 16. 27/11/2009.

GUANAIS, F. C. **Progress in a Land of Extremes.** BMJ, Analysis, 4 December 2010. Vol. 341. P. 1198 a 1201.

GUANAIS, F. C. & MACINKO, J. **The Health Effects of Decentralizing Primary Care in Brazil.** Health Affairs 28, no. 4 (2009): 1127–1135.

HABICHT, J. P.; VICTORIA, C. G.; VAUGHAN, J. P. **Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programs Performance and Impact.** International Journal of Epidemiology, 28:10–18, 1999

HAGGERTY, J. L.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P. **Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un Marco de Evaluación de la Atención Primaria de Salud en América Latina.** Revista Panamericana de Salud Publica, 26(5):377–84, 2009.

ISAAC, S & MICHAEL, W. B. **Handbook in Research and Evaluation,** San Diego, EDITS, 1997.

KRUK, M. E.; PORIGNON, D. et al. **The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives.** Social Science & Medicine 70 (2010) 904–911.
LAURENTI, RUY et. al. **Estatísticas de Saúde**, São Paulo, EPU, 2005.

LIMA, L.D.; ANDRADE, C. L. T. **Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10): 2237-2248, out, 2009.

LIMA, L. D. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais.** Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2006.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI; L. **The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998.** HSR: Health Services Research 38:3 (June 2003).

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; FATIMA, M.; SOUZA, M. **Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002.** Journal of Epidemiology and Community Health 60 (1)13, 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A Política de Incentivo do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça a autonomia das gestões municipais e ao principio da integralidade.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 163-171, 2002.

MATTOS, R. **O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as Grandes Cidades.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, 12 (I): 77-108, 2002.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. **Inovações no Financiamento Federal da Atenção Básica.** Ciência e Saúde coletiva. 2003, vol. 8, no. 2. 2003.

MENDONÇA, C. S. **Saúde da Família, agora mais do que nunca!** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1): 1493-1497, 2009.

PICCINI R. X.; FACCHINI L. A.; TOMASI E.; THUMÉ E.; SILVEIRA D. S.; SIQUEIRA F. V.; RODRIGUES M. A. **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva: 2006; 11(3): 657-667.

PEREIRA, A. T. da S; CAMPELO, A. C. de F. de S; CORDEIRO, H; DAIN. S et. Alii. **A Sustentabilidade Econômico-Financeira no PROESF em Municípios.** Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3): 607-620, 2006.

ROCHA FILHO, F dos S & SILVA, M.G C da A. **Análise de Custos com Pessoal e Produtividade de Equipes do Programa de Saúde da Família no Ceara.** Ciência & Saúde Coletiva, Volume 14, Numero3, maio / junho, 919-928, 2009.

ROCHA, R., SOARES, R. **Evaluation the Impacto f Community Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program.** 2009.

STARFIELD, B. Lancet, 1994. **Health Evidence Network, 2004.** OPAS, 2005.
 _____. **Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.** Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Primary Care and health. Primary Care and Health. Cross-National Comparison.** Journal of the American Medical Association 266:2268-2271. , 1994.

VIANA, A L D; DAL POZ, M R. **A Reforma no Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis. Revista de Saúde Coletiva, RJ, 8 (2): 11-48, 1998.

NEGRI, B & VIANA, A. L. D. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio, São Paulo, SOBRVIME, 2002.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M, C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.** Lancet 2011; 377: 1863–76 Published Online May 9, 2011.

WHO. The World Health Report: **Primary Health Care, now more than ever.** Genebra, World Health Organization, 2008.

WOOLDRIDGE, J. F. **Introdução a Econometria – Uma abordagem Moderna.** São Paulo, Thompson, 2006.

WORLD BANK **Document on a Proposed Loan in the Amount of US\$ 68 Million to the Federative Republic of Brazil in Support of the First Phase of Family Health Extension Adaptable Lending Program Appraisal.** Latin America and the Caribbean Region. Brazil Country Management Unit/ Human Development Sector Management Unit, Brasilia, 2002.

UGÁ, M A et al. **Descentralização e Alocação.** Revista de Ciência e Saúde Coletiva 8 (12), pp. 417-437. 2003.

ANEXO I

Metas do PROESF 2003-2007

INDICADORES	LINHA DE BASE	METAS	RESULTADOS ALCANÇADOS (média para o conjunto de municípios)		
1. Cobertura média da população pelas equipes SF	26,6%	35%	34,4%	Dez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
2. Cobertura vacinal de menores de 1 em dia em dia na população acompanhada pela SF nos municípios participantes do Componente I, Fase 1 PROESF, inclusive a DPT	94,0%	100%	94% 99% (todas as vacinas nas áreas da SF – fonte SIAB)	Dez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
3. Percentual de NV de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	57%	70%	61%	Dez/05	Meta parcialmente alcançada
4. Percentual de gestantes acompanhadas pelas ESF e vacinadas contra tétano	91,0%	100%	94%95%	Dez/05 Abr/07	Meta parcialmente alcançada
5. Percentual de médicos e enfermeiros da Saúde da Família sobre o total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica	28%	5-25%	41%	Dez/05	Meta superada
6. Redução da Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos	35 / 1000	< 35 / 1000	23,4 / 1000	Dez/05	Meta alcançada
7. Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos.	9,0 / 1000	< 9/1000	7 / 1000	Dez/05	Meta alcançada
8. Média mensal de visitas domiciliares por família.	1	> 0,75	1	dez/05	Meta alcançada
9. Percentual de ESF implantadas na Fase I que desenvolveram planos de ação e instrumentos para enfrentamento de questões de saúde em suas áreas	Informação não disponível	50%	74%	Fev/06	Meta superada
10. Percentual de ESF implantadas na Fase I efetivamente supervisionadas por Grupo Supervisor de Referência	Informação não disponível	50%	84%	Fev/06	Meta superada