

Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil

Organization of traditional Primary Health Care and the Family Health Program in large cities in Rio de Janeiro State, Brazil

Cristiani Vieira Machado ¹
Luciana Dias de Lima ¹
Ludmilla da Silva Viana ¹

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

C. V. Machado
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 715, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
cristiani@ensp.fiocruz.br

Abstract

This article analyzes the organization of traditional Primary Health Care and the Family Health Program (FHP) in the 22 municipalities of Rio de Janeiro State, Brazil, with more than 100,000 inhabitants each in 2005. The methodology included visits to the municipalities, interviews with health managers, and analysis of national databases. Four summary variables were defined: the Primary Health Care model and inclusion of the FHP; institutionalization of the FHP; organization of traditional primary care; and organization of the FHP. Classification of the municipalities according to the four variables showed widely diverse situations and the predominance of a parallel model for inclusion of the FHP. The municipalities with the best structural conditions for primary care are located in the interior of the State, besides those that have had the FHP implemented for more than six years and that practice various modalities of Primary Health Care organization. The majority of the municipalities with the worst situation in relation to the FHP are located in Greater Metropolitan Rio de Janeiro. In light of the results, the article discusses the challenges facing the FHP as a strategy for structuring primary health care in large cities, particularly in metropolitan areas.

Primary Health Care; Family Health Program; Single Health System

Introdução

A história da política de saúde brasileira revela variações nas concepções e na valorização da atenção primária em saúde, influenciadas pelo contexto nacional e internacional. Embora propostas de reforma curricular das escolas médicas e experiências de transformação do modelo assistencial possam ser observadas desde os anos 1950 e tenham ganhado expressão nos anos 1970 com o debate promovido pela Conferência de Alma-Ata, o tema da Atenção Básica não teve centralidade na agenda reformista brasileira da década de 1980. Nesse sentido, Canesqui & Oliveira ¹ apontam a especificidade do Brasil se comparado a outros países – como Inglaterra, Cuba, Canadá e Espanha –, nos quais a estruturação da porta de entrada assumiu desde cedo caráter estratégico na conformação e implantação dos próprios sistemas nacionais de saúde.

Para Fausto ², o relativo esmorecimento da atenção primária no bojo do movimento sanitário brasileiro justifica-se pela preocupação em assegurar as diretrizes de universalidade e integralidade para o sistema, em contraposição a outras reformas na América Latina nos anos 1980, que enfatizavam a atuação do Estado com feições mais focalizadas e seletivas, privilegiando-se o primeiro nível de atenção à saúde.

É somente nos últimos anos que o movimento de fortalecimento da Atenção Básica funde-se ao ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) e

ao processo de descentralização da política de saúde. A própria opção pela denominação “Atenção Básica” decorre da negação de concepções restritivas sobre Atenção Primária propostas por organismos internacionais e da tentativa de diferenciação da estratégia brasileira, vinculando-a a uma concepção que Viana & Fausto³ denominam de universalista, uma vez que compreendida como componente estratégico para estruturação, organização e equidade do sistema. Há ainda um esforço de garantir um espaço não mercantil nesse nível de assistência, assegurando-o como direito de cidadania. Essas duas características – caráter universalista e configuração como espaço não mercantil – são importantes para qualificar, em uma perspectiva mais abrangente, a forma como a Atenção Básica se insere na política nacional de saúde³.

No entanto, a agenda de reforma de Estado, hegemônica nos anos 90, de caráter restritivo quanto aos gastos sociais e à expansão dos serviços públicos universais, trouxe uma série de dificuldades à implementação do Programa Saúde da Família (PSF), principal estratégia nacional para a Atenção Básica desde 1995, quando se tornou prioridade na agenda do Ministério da Saúde⁴. Ademais, nas últimas décadas, observa-se, no Brasil, a expansão do setor privado até em áreas tradicionais da saúde pública, como a distribuição e aplicação de vacinas⁵.

Fatores estruturais, político-institucionais e conjunturais afetam a configuração da Atenção Básica. Além disso, a complexidade do quadro epidemiológico atual e a variedade de tecnologias disponíveis para o cuidado da população exigem que as análises dos sistemas de saúde sejam feitas considerando-se os vários sentidos da integralidade no SUS⁶. Há, portanto, uma provável discrepância entre a concepção da Atenção Básica no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais, sendo necessário compreender a configuração da Atenção Básica e do PSF, as condições de sua inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde.

Este artigo visa a caracterizar a configuração da Atenção Básica e do PSF nos 22 municípios com mais de 100 mil habitantes do Rio de Janeiro, que compreendiam cerca de 85% da população do estado em 2005. Inicialmente, faz-se uma breve discussão da trajetória do PSF na política nacional de saúde. A seguir, são apresentados os resultados de pesquisa realizada nos grandes municípios do Rio de Janeiro em 2005, como parte dos Estudos de Linha de Base, Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) em grandes centros urbanos, sob financiamento do Ministério da Saúde. Por fim, à luz dos resultados, são analisadas as possibilidades,

limites e desafios do PSF como estratégia estruturante da Atenção Básica em saúde em municípios de grande porte populacional.

O Programa Saúde da Família na política nacional de saúde

As repercussões do PSF na atenção à saúde, na organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e remuneração das ações de saúde fizeram com que o programa fosse considerado um instrumento de reforma incremental da política de saúde⁷. As mudanças operadas por meio do PSF podem ser observadas em diferentes dimensões, pois incidem tanto na condução da política e prestação de serviços nas diferentes esferas de governo, como nos padrões de utilização dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo reordenamento da demanda nos locais onde se encontra implantado.

Fatores de ordem político-institucional facilitam a entrada e progressiva valorização do PSF na agenda do Ministério da Saúde. Em primeiro lugar, ressalta-se a experiência prévia de alguns municípios e estados com agentes comunitários de saúde ou outros modelos similares àquele da saúde da família. Em 1991, ocorre a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como política federal, representando um programa precursor ao PSF^{7,8}. No que se refere ao modelo de atenção, o PACS desloca o foco do indivíduo para a família, ressalta a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e valoriza a integração com a comunidade, questões que são incorporadas como diretrizes do PSF. Quanto à dimensão institucional, o programa favorece a configuração de um grupo técnico experiente no Ministério da Saúde e, ao exigir o cumprimento de certos requisitos pelos municípios, influi na gestão e formato dos sistemas locais.

Uma segunda variável importante é o que Machado⁸ denomina como uma “confluência de agendas e atores” (gestores municipais, dirigentes e técnicos federais, agências internacionais), que favorece a posição prioritária do PSF na agenda federal a partir de meados dos anos 1990, com grande estabilidade e continuidade na condução do programa. Ressalte-se que o caráter inovador e o foco do programa – a família e a comunidade – tornam-no atrativo como marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, contribuindo para a sua permanência na agenda das sucessivas gestões ministeriais.

Em decorrência da priorização do PSF na política nacional, são criadas as condições para a adoção de mecanismos de indução mais eficazes

para a sua expansão, fundindo-o com o próprio processo de descentralização do SUS. Em 1998, o PSF ganha um grande impulso com a implantação dos mecanismos de transferência automática (“fundo a fundo”) de recursos federais para a Atenção Básica, previstos na *Norma Operacional Básica 01/1996*⁹: Piso de Atenção Básica fixo (recurso *per capita*) e Piso de Atenção Básica variável (incentivo financeiro específico para o PSF).

No final dos anos 1990, a diretriz de expansão maciça fortalece a idéia do PSF como estratégia de “conversão” do modelo de atenção, expressão usada para denotar o esforço de substituição do modelo tradicional pela estratégia de saúde da família. A necessidade do aumento da cobertura nos municípios com mais de 100 mil habitantes leva ao deslocamento da atenção do ministério para a indução da expansão do programa em grandes centros urbanos e à estruturação de um grande projeto voltado para essa finalidade, o PROESF. A questão é particularmente crítica nas regiões metropolitanas, que concentram expressiva parcela da população brasileira e têm baixíssima cobertura do PSF.

É possível identificar diferentes momentos de condução da Estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, resumidos na Tabela 1. Outros autores^{10,11} apresentam periodizações com algumas diferenças em relação à adotada neste artigo.

Três grandes grupos de problemas podem ser identificados em pesquisas sobre o PSF nos grandes centros urbanos^{10,12,13,14,15,16}. O primeiro grupo relaciona-se às características das equipes existentes, que reforçam a heterogeneidade das condições de funcionamento do PSF nos municípios, a insuficiente cobertura populacional, as deficiências de infra-estrutura, insumos e equipamentos, os problemas de sustentabilidade financeira, de gestão e capacitação profissional e do sistema de referência para serviços de maior complexidade. O segundo grupo refere-se à especificidade dos sistemas de saúde implantados nos grandes centros urbanos e uma extrema diversidade dos modelos de inserção do PSF na Atenção Básica. Finalmente, o terceiro grupo vincula-se à própria dinâmica do processo saúde e doença, da demanda e utilização de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, que indicam a emergência de novos riscos (como a violência urbana e os transtornos mentais) e um padrão de consumo em saúde pautado pela fragmentação e especialização.

Este trabalho se insere nessa discussão, apresentando os resultados de pesquisa realizada nos 22 grandes centros urbanos do Estado do Rio de Janeiro.

Metodologia

O estudo envolveu diversas estratégias metodológicas, com destaque para: visitas às secretarias de saúde dos 22 municípios; aplicação *in loco* de questionários estruturados com questões voltadas aos dirigentes municipais responsáveis pela política de Atenção Básica; análise documental e consulta aos dados da saúde disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), relativos ao universo dos municípios estudados.

A pesquisa de campo foi realizada entre abril e outubro de 2005 e o mês de referência para o levantamento de informações foi março do mesmo ano. Os resultados apresentados neste artigo dizem respeito, principalmente, a dois blocos do questionário aplicado nas secretarias municipais de saúde: (a) o bloco “Organização da Atenção Básica”, respondido pelo coordenador da Atenção Básica ou ocupante de cargo análogo em 21 municípios; (b) o bloco “Trajetória e organização do PSF”, respondido pelo coordenador do PSF ou ocupante de cargo análogo em 21 municípios.

Os dados foram digitados em um banco específico composto por mais de 400 variáveis e exportados para processamento no programa SAS (SAS Inst., Cary, Estados Unidos). Após análise de consistência e descarte de algumas questões, foram geradas tabelas de frequência e foi aplicado um plano de análise das respostas. Definiram-se quatro variáveis-síntese para a caracterização da Atenção Básica e do PSF nos municípios, relacionadas à configuração organizacional e às estratégias gerenciais de qualificação desse nível de atenção:

- Modelo de Atenção Básica e inserção do PSF, que caracteriza o peso do PSF na Atenção Básica, admitindo três categorias: (a) substitutivo – municípios em que há um grande peso do PSF, com um movimento importante de substituição de outras modalidades de Atenção Básica; (b) paralelo – diferentes modalidades de Atenção Básica convivem e não se observa um movimento radical de substituição das demais modalidades pelo PSF; (c) tradicional – predominância de modalidades tradicionais de Atenção Básica e limitado peso do PSF
- Institucionalização do PSF, que caracteriza o processo de incorporação do PSF à vida institucional nos municípios, de modo que as possibilidades de sua interrupção sejam diminuídas e as de continuidade sejam aumentadas, com chances de progressivos desdobramentos e resultados, de forma coerente com os conceitos de *path-dependence* e de *increasing returns*, de Pierson¹⁷. Os municípios foram classificados segundo três

Tabela 1

Caracterização das fases da condução do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde.

Características	Fase precursora (1991-1993)	Implantação inicial (1994)	1ª fase de expansão (1995-1997)	2ª fase de expansão (1998 e 1999)	3ª fase de expansão (2000-2002)	Fase PROESF (2003-2005)
Objetivos enfatizados	Redução da mortalidade infantil e materna. Controle de epidemias e endemias	Experiência de mudança do modelo de atenção	Expansão do acesso, porta de entrada e mudança do modelo de atenção	Reorganização da atenção; mudança do modelo de atenção	Reorganização da atenção; "conversão" do modelo de atenção; qualificação da atenção básica	Expansão em municípios com mais de 100 mil habitantes, com "conversão" do modelo de atenção; reorganização e qualificação da atenção básica; avaliação e monitoramento da atenção básica
Estratégias acopladas ao PSF	-	-	Início dos pólos de capacitação em saúde da família	Pólos de capacitação em saúde da família; SIAB; Pacto de Atenção Básica	Pólos de capacitação em saúde família; SIAB; Pacto de Atenção Básica; fornecimento direto de medicamentos para equipes; implantação de equipes de saúde bucal	Pólos de capacitação em saúde da família; SIAB; Pacto de Atenção Básica; fornecimento direto de medicamentos para equipes; implantação de equipes de saúde bucal; PROESF para grandes municípios (pesquisas, investimentos em infra-estrutura, capacitação)
Mecanismos de financiamento federal	Assinatura de convênios	Assinatura de convênios	Assinatura de convênio até o final de 1995; remuneração por serviços produzidos (a partir de janeiro de 1996)	Transferência direta do FNS aos FMS: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96; PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais no incentivo PACS/PSF	Transferência direta do FNS aos FMS: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96; PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais (diversificação de incentivos)	Transferência direta do FNS aos FMS: PAB fixo – todos os municípios; PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais (diversificação de incentivos); convênios PROESF
Proporção de recursos do PACS e PSF em relação à atenção básica (situação inicial e final)	Sem informação	Alcança 5,2%	De 5,2% para 7,2%	De 7,2% para 10,2%	De 10,2% para 25,2%	De 25,2% para 34%

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Características	Fase precursora (1991-1993)	Implantação inicial (1994)	1ª Fase de expansão (1995-1997)	2ª Fase de expansão (1998 e 1999)	3ª Fase de expansão (2000-2002)	Fase PROESF (2003-2005)
Cobertura total do PSF (situação inicial e final)	0 % (só PACS)	De 0% para 0,7%	De 0,7% para 3,5%	De 3,5% para 8,7%	De 8,7% para 29,2%	De 29,2% para 40,3%
Regiões com maior expansão de cobertura do PSF (cobertura final menos cobertura inicial)	Norte e Nordeste (só PACS)	Nordeste e Sul	Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste	Norte e Nordeste	Nordeste, Centro-Oeste e Sul	Nordeste e Sul

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, em grandes centros urbanos; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica; FNS: Fundo Nacional de Saúde; FMS: Fundo Municipal de Saúde; PAB: Piso de Atenção Básica; NOB SUS 01/96: Norma Operacional Básica do SUS; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: dados de cobertura de 1998-2005 (SIAB/Ministério da Saúde; <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>, acessado em 01/Jan/2005); dados de cobertura de 1994 a 1997 e de proporção dos recursos do PSF em relação ao total da atenção básica (Souza ²¹); demais informações com base na análise de diversos documentos do Ministério da Saúde.

graus de institucionalização: alta, média ou baixa.

- Organização da Atenção Básica, que dimensiona os esforços de estruturação desse nível de atenção, considerando a concepção de Atenção Básica prevalecte e as estratégias de investimento e organizacionais adotadas. Os municípios foram classificados em três graus: avançado, intermediário e incipiente.
- Organização do PSF, que dimensiona os esforços de estruturação do PSF, com ênfase na configuração das equipes e nas estratégias organizacionais. Os municípios foram classificados em três graus: avançado, intermediário e incipiente.

As variáveis-síntese foram compostas por indicadores selecionados, para os quais foram estabelecidas escalas de valor das respostas do questionário segundo categorias previamente definidas, conforme resumido na Tabela 2.

Com base nos critérios de valoração dos indicadores e dos pesos de cada um, calculou-se o valor das quatro variáveis-síntese para cada município em uma escala de 1 a 3. Os municípios foram classificados para cada variável em três categorias, de acordo com sua distribuição no universo estudado e com sua posição em relação à média dos municípios (os pontos de corte consideraram a média mais ou menos um desvio-padrão).

Cabe destacar algumas limitações da metodologia. A primeira é que o questionário utilizado como fonte da maior parte das informações se apoiava nas respostas dos coordenadores de

Atenção Básica e do PSF, sendo influenciado pela sua visão. A segunda é que a classificação adotada representa a posição relativa de cada município em relação aos demais do grupo estudado, composto pelos 22 grandes centros urbanos do Rio de Janeiro. Os resultados não devem ser assumidos como uma valoração absoluta ou adequada a outros conjuntos de municípios.

Os principais resultados da pesquisa são apresentados em dois momentos. Inicialmente é analisado o perfil do conjunto dos municípios em indicadores relacionados a cada variável-síntese. A seguir, apresenta-se a classificação de cada município nas quatro variáveis, considerando a sua posição no universo estudado e ressaltando as diferenças e similaridades entre os municípios.

Resultados

Perfil do conjunto dos municípios

• Modelo de Atenção Básica e inserção do Programa Saúde da Família

Em todos os municípios analisados, convivem diferentes modalidades de Atenção Básica. Contudo, de forma consoante com outros estudos, a pesquisa mostrou configurações diversificadas da Atenção Básica e da inserção do PSF nos sistemas municipais.

Em 12 municípios (mais de 50% do universo) os coordenadores de Atenção Básica entrevis-

Tabela 2

Metodologia para classificação dos municípios nas variáveis-síntese, segundo indicadores selecionados.

Variável-síntese	Indicadores *	Peso	Critérios de classificação nos indicadores		
			Substitutivo (3 pontos)	Paralelo (2 pontos)	Tradicional (1 ponto)
Modelo de atenção básica e inserção do PSF	Modelo predominante na atenção básica (segundo o coordenador)	1	PSF	-	Outro modelo
	Cobertura PSF	2	50% ou +	25%-49%	< 25%
	Evolução da cobertura PSF	1	50% ou +	25%-49%	< 25%
	Proporção de unidades de saúde da família em relação ao total das unidades básicas	2	50% ou +	25%-49%	< 25%
	Meta de ampliação das modalidades de Atenção Básica	2	Apenas PSF	PSF e outros modelos	Apenas outros modelos
Institucionalização do PSF			Alta (3 pontos)	Média (2 pontos)	Baixa (1 ponto)
	Tempo de implantação (em anos)	2	6 ou +	Até 5	-
	Cobertura do PSF	2	50% ou +	25%-49,9%	< 25%
	Evolução da cobertura PSF	1	50% ou +	25%-49,9%	< 25%
	Proporção de unidades de saúde da família em imóveis da prefeitura	1	75% ou +	50%-74,9%	< 49,9%
Organização da atenção básica			Avançada (3 pontos)	Intermediária (2 pontos)	Incipiente (1 ponto)
	Abrangência da concepção de atenção básica	2	Inclui SADT e 1 das opções: policlínica, ambulatório especializado, unidade mista, centro de parto normal	Outras combinações	Somente unidade de saúde da família, postos e centros de saúde
	Abrangência das estratégias de qualificação da atenção básica	1	Adoção das 10 estratégias: ampliação do número, reformas nas unidades e aquisição de equipamentos; contratação; capacitação de profissionais; ampliação de horário; pronto-atendimento; novas práticas; organização das referências e controle e avaliação	Adoção de 5 a 9 estratégias de qualificação da atenção básica	Adoção de menos de 5 estratégias de qualificação da atenção básica

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variável-síntese	Indicadores *	Peso	Critérios de classificação nos indicadores		
Organização da atenção básica	Existência de horário de funcionamento ampliado	1	Avançada (3 pontos) Mínimo de 8 horas, incluindo horário noturno (após 18h) ou final de semana	Intermediária (2 pontos) -	Incipiente (1 ponto) Manhã e tarde; mínimo de 8 horas
	Forma de encaminhamento mais freqüente para consultas especializadas	2	Opções com agendamento marcado pela unidade	Marcado pelo paciente na central e ficha de encaminhamento para serviço definido	Ficha para qualquer serviço
Organização do PSF	Existência de equipe de saúde da família com outros profissionais	1	Avançada (3 pontos) Sim	Intermediária (2 pontos) Não	Incipiente (1 ponto) -
	Existência de equipe de saúde bucal e relação de equipe saúde bucal-saúde da família	1	1 equipe de saúde bucal para 1 equipe de saúde da família	1 equipe de saúde bucal para mais de 1 equipe de saúde da família	Não há equipe de saúde bucal
	Forma de encaminhamento mais freqüente para consultas especializadas	2	Opções com agendamento marcado pela unidade	Marcado pelo paciente na central e ficha de encaminhamento para serviço definido	Ficha para qualquer serviço
	Existência de protocolos nas ESF	2	Sim	-	Não

PSF: Programa Saúde da Família; SADT: Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

* A fonte de informações para os indicadores relacionados à cobertura do PSF foi o SIAB/Ministério da Saúde. A fonte de informações para todos os demais indicadores foi o questionário aplicado nas secretarias de saúde dos 22 municípios estudados.

tados apontaram a Estratégia Saúde da Família como forma de organização da Atenção Básica predominante, ainda que em somente um deles a cobertura do PSF ultrapassasse 50% e em sete fosse superior a 30% da população. Tal dado alerta para o fato de que a cobertura isoladamente não parece suficiente para caracterizar o peso do PSF na Atenção Básica, sendo necessária a valorização de outros indicadores.

Assim, outro indicador considerado foi a evolução da cobertura do PSF, que aumentou para todos os 22 municípios entre 1999 e 2005, sendo os maiores incrementos registrados entre 1999 e 2002. De 2002 a 2005, observam-se aumentos mais modestos na maior parte dos municípios, estagnação e mesmo retração de equipes em poucos, particularmente nos casos de expansão muito abrupta no período anterior.

É ainda interessante observar que a proporção das unidades de saúde da família no total de unidades de atenção básica mais comuns (unidades de saúde da família, postos de saúde, centros de saúde e unidades mistas) foi superior a 50% em 13 dos 18 municípios para os quais esse indi-

cador foi calculado, o que pode ter influenciado a percepção dos coordenadores sobre a predominância desse modelo mesmo em municípios com cobertura populacional inferior a 50%. Somente em dois municípios os entrevistados apontaram exclusivamente o PSF como estratégia para a ampliação da Atenção Básica nos próximos anos. Os demais coordenadores manifestaram a opção de expandir mais de uma modalidade.

A segunda modalidade mais citada como predominante na organização da Atenção Básica foi a “unidade de saúde com programas”, apontada por seis municípios, todos com cobertura de PSF inferior a 16%. Chama a atenção dois coordenadores terem apontado a “unidade básica de saúde sem programas” como predominante em seus municípios, ambos da Baixada Fluminense. Um único entrevistado indicou como modelo predominante na Atenção Básica o Médico de Família.

- **Institucionalização do Programa Saúde da Família**

A institucionalização do PSF foi aferida por quatro indicadores principais: a cobertura do PSF, a evolução da cobertura, o tempo de implantação do PSF e a proporção de unidades de saúde da família instaladas em imóveis próprios da prefeitura.

Os resultados referentes à cobertura do PSF e à sua evolução foram comentados no item anterior. A cobertura é importante para caracterizar a institucionalização do programa porque altas taxas tendem a afetar de forma mais profunda a organização do sistema municipal e aumentar a base social de apoio do programa, reduzindo as possibilidades de sua reversão. Já a evolução da cobertura pode expressar o ritmo de adesão do município e/ou indicar eventuais inflexões na implementação do programa.

O tempo de implantação do PSF variou bastante entre municípios, grande parte tendo implantado o programa entre 1998 e 1999, após a instituição do incentivo financeiro federal do PACS/PSF no âmbito do PAB-variável (Piso de Atenção Básica), baseado no número de equipes e cobertura populacional. Assim, é possível diferenciar os municípios por tempo de implantação do PSF em 2005 a partir da consideração das inflexões na política federal.

Os três municípios que implantaram o Saúde da Família – ou o Médico de Família, no caso de Niterói – antes de 1998 contam com experiências antigas que se iniciaram sob frágeis incentivos federais, sugerindo que a adoção dessa modalidade tenha decorrido de opções políticas locais e possa apresentar peculiaridades.

Ainda que o programa nacional existisse desde 1994, há um grupo expressivo de municípios que adotou o PSF entre 1998 e 1999, motivado pela possibilidade de maior aporte e regularidade no fluxo de recursos após a inflexão no financiamento federal. Já os seis municípios que implantaram o PSF a partir 2000 tardaram a captar os recursos do novo incentivo federal e já o fizeram em um contexto nacional de indução à expansão do PSF nos grandes centros urbanos, em que ganha força o argumento da “conversão do modelo”. Há ainda um município em que a implantação do PSF estava se iniciando em 2005, no momento da pesquisa.

Vale mencionar que a existência de experiência prévia similar ao PSF foi relatada na maior parte dos municípios estudados – metade teve experiência anterior com agentes comunitários de saúde e cinco com médicos de família. A maioria dos municípios com experiência prévia similar (92%) afirmou que tais experiências facilitaram a expansão do PSF.

Por fim, uma maior proporção de unidades de saúde da família instaladas em imóveis próprios da prefeitura poderia expressar maior estabilidade na instalação das equipes. Em somente oito municípios, essa proporção foi superior a 75% e, em nove, ela foi inferior a 50%. Isso mostra que, em vários municípios, predomina a acomodação de equipes em imóveis cedidos ou alugados, de caráter mais instável ou provisório, com repercussões para a institucionalização do PSF.

- **Organização da Atenção Básica**

Os coordenadores de Atenção Básica entrevistados mostraram variadas concepções sobre o modelo, que se refletiram nas respostas relativas aos tipos de unidades que compõem esse nível de atenção. Todos os entrevistados identificaram os postos de saúde e as unidades de saúde da família como integrantes da Atenção Básica, e mais de 70% se referiram também aos centros de saúde e às unidades móveis terrestres. As unidades mistas foram apontadas em 66,7% dos municípios. Já os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e as policlínicas, postos de assistência médica e centros de especialidades foram citados em menos de 50% dos municípios. O reconhecimento de outros tipos de unidade foi ainda mais raro, não ultrapassando três municípios.

Quanto à abrangência das estratégias para a qualificação da Atenção Básica da gestão iniciada em 2005, a imensa maioria dos municípios destacou os investimentos em infra-estrutura (particularmente obras e reformas nas unidades e aquisição de novos equipamentos) e as políticas de recursos humanos (com destaque para a contratação e capacitação de profissionais). Também foram freqüentemente citadas a adoção de mecanismos de controle e avaliação (por 19 municípios) e a organização do sistema de referências (17 municípios). A incorporação de pronto-atendimento e de novas práticas de atenção foram referidas por 13 municípios (mais de 60%).

Já a ampliação do horário de atendimento das unidades de Atenção Básica foi referida como estratégia a ser expandida em somente nove municípios. Isso é preocupante se considerarmos que a imensa maioria das unidades básicas funciona somente em horário comercial, o que pode representar uma barreira organizacional para o acesso das pessoas¹⁸. Ainda assim, mais de 70% dos municípios relataram o funcionamento de uma ou mais unidades básicas de saúde fora do horário padrão, dez dos quais relataram a presença de unidades com algum funcionamento noturno (após as 18h, com duração variável), oito apresentavam ao menos uma unidade que

funciona 24 horas e cinco referiram a presença de unidades básicas de saúde que funcionavam aos sábados pela manhã.

Outro indicador analisado foi a forma de encaminhamento mais freqüente para consultas especializadas, considerado como “*proxy*” da relação das unidades básicas que constituem a “porta de entrada” do sistema com os serviços de referência. As respostas que sugeriam maior facilitação do acesso à consulta (o agendamento realizado pela própria unidade básica, seja imediato, seja com informação posterior ao paciente) foram citadas por 11 dos 21 municípios como os percursos mais freqüentes dos pacientes a partir das unidades básicas de saúde. O agendamento pelo próprio paciente em uma central de marcações foi referido por somente um município. Em contraposição, a forma de referência que sugere menor responsabilidade direta da unidade de saúde e exige maior esforço próprio do paciente – entrega de ficha de encaminhamento e orientação para que o paciente procure qualquer serviço especializado – foi citada por seis municípios como o percurso mais freqüente a partir das unidades básicas de saúde.

- **Organização do Programa Saúde da Família**

Em mais da metade dos municípios estudados, os coordenadores entrevistados disseram que a composição das equipes do PSF segue as normas do Ministério da Saúde, oito dos quais (mais de 35% do total) afirmaram a existência de equipes compostas por outros profissionais além dos recomendados pelo Ministério da Saúde. Apesar disso, seis coordenadores (quase 30% dos entrevistados) referiram que a existência de equipes de PSF incompletas no município é comum. Esse percentual pareceu elevado, considerando que os municípios estudados são grandes centros urbanos em um estado da Região Sudeste, que, em princípio, deveriam ter maior facilidade de contratação e fixação de profissionais.

Quase metade dos municípios ainda não havia implantado equipes de saúde bucal em março de 2005, mês de referência da pesquisa. Dos 11 municípios que tinham equipes oferecendo esse serviço, somente cinco relataram a existência de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família, conforme o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde. Três municípios referiram a existência de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família e outros três contavam com uma equipe de saúde bucal para mais de duas equipes de saúde da família.

Observou-se que o funcionamento em horários alternativos foi bem mais raro para as uni-

dades de saúde da família do que para as unidades básicas tradicionais. Apenas três municípios relataram a existência de unidades de saúde da família com horário de funcionamento ampliado, sendo dois com funcionamento de alguma unidade após as 18 horas e um único município com ao menos uma unidade de saúde da família que funciona sábado pela manhã. O predomínio absoluto de unidades que funcionam apenas em horário comercial suscita preocupações em relação ao acesso aos serviços de saúde das pessoas que trabalham. Se no âmbito da Atenção Básica, de forma mais ampla, alguns municípios têm procurado expandir os horários de atendimento de algumas unidades básicas de saúde, isso não parece estar ocorrendo no que diz respeito às unidades de saúde da família. Em face da raridade de unidades de saúde da família com horário ampliado, tal dado não foi considerado para o cálculo do indicador-síntese de qualificação do PSF.

A existência de protocolos nas unidades de saúde da família, importantes como orientadores do trabalho das equipes, foi outro indicador considerado relevante para a qualificação do PSF. Ainda que mais da metade dos municípios tenha respondido positivamente, chama a atenção que oito coordenadores (quase 40% dos entrevistados) tenham afirmado não existirem protocolos implantados no PSF.

No que concerne à trajetória mais freqüente do paciente para a obtenção de uma consulta especializada a partir da unidade de saúde da família, as respostas que sugerem maior facilitação do acesso à consulta (o agendamento realizado pela própria unidade básica de saúde, seja imediato, seja com informação posterior ao paciente) foram citadas por 12 municípios como os percursos mais freqüentes a partir das unidades de saúde da família. O agendamento pelo próprio paciente em uma central de marcações foi referido por três municípios. Por outro lado, a forma de referência que sugere menor responsabilidade direta da unidade de saúde e exige maior esforço próprio do paciente – entrega de ficha de encaminhamento e orientação para que o paciente procure qualquer serviço especializado – foi citada por somente dois municípios como percurso mais freqüente a partir das unidades de saúde da família. Comparando tais resultados com os observados para as unidades básicas tradicionais, a princípio parece que as unidades de saúde da família têm tido, nos municípios estudados, uma maior responsabilidade direta no agendamento de consultas especializadas, ainda que não seja possível afirmar que o acesso é efetivamente maior nesses casos.

Foram também levantados os tipos de exames que podem ser solicitados diretamente por

médicos do PSF, embora esse indicador não tenha sido utilizado na composição da variável-síntese “organização do PSF”. Todos os municípios afirmaram que os médicos do PSF podem solicitar exames de hematologia básica, sorologias e radiologia simples; a imensa maioria também citou a bioquímica, ecocardiograma e as ultrasonografias obstétrica e clínica. A mamografia e a anatomo-citopatologia foram citadas por mais de 70% dos municípios, mas deveriam poder ser solicitadas por todas as equipes de saúde da família, visto que são exames fundamentais para o controle de câncer de mama e de colo uterino. Chama a atenção que apenas metade dos municípios tenha referido que o médico do PSF pode solicitar a colposcopia. Tais resultados levantam a hipótese de que em alguns municípios a investigação de neoplasias frequentes em mulheres não esteja sendo completada no âmbito do PSF.

Cerca de 65% dos municípios estudados (14) referiram que os médicos do PSF podem solicitar diretamente exames radiológicos com contraste e endoscopias, métodos de grande importância para a investigação de afecções do aparelho digestivo. Isso sugere, a princípio, uma maior resolutividade do PSF nesses municípios e levanta preocupações em relação ao acesso dos pacientes a esses exames nos demais. Por fim, a tomografia, a ecocardiografia e a audiometria foram citadas por menos de metade dos municípios como exames que podem ser solicitados diretamente pelo PSF.

Classificação e agrupamento dos municípios

A classificação dos municípios nas quatro variáveis-síntese, de acordo com os critérios expostos na *Metodologia*, pode ser vista na Tabela 3.

A primeira constatação se relaciona à grande diversidade de configurações da Atenção Básica e do PSF. Nos três municípios com modelo substitutivo, em que o PSF apresenta maior peso, está em acentuada expansão ou é privilegiado no âmbito da Atenção Básica, foram observadas situações variadas. Apenas um deles teve alta institucionalização do PSF, associada a maiores esforços de organização desse modelo do que do conjunto da Atenção Básica. Os outros dois tiveram graus médios de institucionalização e de organização do PSF – um apresentou organização da Atenção Básica avançada e o outro, intermediária. Nenhum dos três apresentou organização da Atenção Básica ou do PSF incipiente.

Um número expressivo de municípios – 13 – foi classificado como modelo paralelo, ou seja, na maior parte dos grandes centros urbanos estudados convivem vários modelos de Atenção Básica, sem evidências de que o PSF irá substituir

radicalmente outras modalidades. Entretanto, a diversidade de situações interna a esse grupo foi enorme em termos do grau de institucionalização do PSF e da organização da Atenção Básica e do PSF. Ainda que a maior parte (dez municípios) tenha apresentado média institucionalização do PSF, houve dois com alta e um com baixa institucionalização. Apenas três municípios com modelo paralelo – todos pólos regionais do interior – tiveram organização avançada tanto da Atenção Básica, como do PSF, com variação da institucionalização do PSF de média a alta. Por outro lado, dos cinco municípios com modelo paralelo que tiveram organização incipiente da Atenção Básica ou do PSF, quatro eram da região metropolitana, assim como o único município desse grupo que apresentou baixa institucionalização do PSF.

Todos os quatro municípios classificados como modelo tradicional – isto é, municípios em que predominam as modalidades tradicionais de Atenção Básica e onde o PSF tem peso limitado – localizam-se na região metropolitana do Rio de Janeiro. Dois deles apresentaram média e dois apresentaram baixa institucionalização do PSF. Predominou, nesse grupo, o grau intermediário de organização da Atenção Básica e do PSF, mas chamou a atenção que um dos municípios com média institucionalização do PSF tenha apresentado uma organização incipiente tanto da Atenção Básica como do PSF.

Mesmo que a diversidade de situações dificulte uma classificação dos municípios, puderam ser identificados três grupos no que concerne ao esforço de estruturação e organização da Atenção Básica e do PSF: (a) Grupo 1 – municípios que apresentam média a alta institucionalização do PSF e organização avançada tanto da Atenção Básica como do PSF; (b) Grupo 2 – municípios com média institucionalização do PSF e organização da Atenção Básica e do PSF variando entre intermediária e avançada; (c) Grupo 3 – municípios com baixa institucionalização do PSF e/ou organização da Atenção Básica e/ou do PSF incipiente.

As Figuras 1, 2 e 3 apresentam a distribuição dos municípios de cada um desses grupos segundo a situação regional (metropolitana ou interior); o tempo de implantação do PSF; o modelo de Atenção Básica e inserção do PSF.

Observou-se que todos os municípios do Grupo 1, que em tese têm a melhor situação em termos da estruturação da Atenção Básica, são pólos do interior do estado que implantaram o PSF há seis anos ou mais e foram classificados como modelo paralelo desse nível de atenção.

No Grupo 3, o dos municípios em que a estruturação da Atenção Básica parece mais precária,

Tabela 3

Classificação dos municípios nas variáveis-síntese selecionadas para a caracterização da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família (PSF).

Município	Modelo de Atenção Básica e inserção do PSF	Institucionalização do PSF	Organização da Atenção Básica	Organização do PSF
1	Paralelo	Média	Avançada	Avançada
2	Substitutivo	Média	Avançada	Intermediária
3	Tradicional *	Média	Intermediária	Intermediária
4	Paralelo	Média	Intermediária	Intermediária
5	Paralelo	Média	Incipiente	Intermediária
6	Substitutivo	Alta	Intermediária	Avançada
7	Paralelo	Alta	Intermediária	Intermediária
8	Paralelo	Média	Incipiente	Intermediária
9	Tradicional	Baixa **	Avançada	Intermediária
10	Paralelo	Média	Avançada	Intermediária ***
11	Paralelo	Média	Intermediária	Intermediária
12	Paralelo	Baixa	Intermediária	Intermediária
13	Paralelo	Média	Incipiente	Intermediária
14	Tradicional	Baixa	Intermediária	Intermediária
15	Paralelo	Alta	Avançada	Avançada
16	Tradicional *	Média	Incipiente	Incipiente
17	Paralelo	Média	Intermediária	Incipiente
18	Paralelo	Média	Incipiente	Intermediária
19	Substitutivo	Média	Intermediária	Intermediária
20	Paralelo	Média	Avançada	Avançada

Nota: (i) a classificação foi feita de acordo com a posição de cada município no conjunto, considerando, para cada variável, a média de pontuação dos municípios mais ou menos um desvio-padrão; (ii) foram excluídos da tabela os dois municípios que não responderam a partes do questionário, o que impossibilitou sua classificação em algumas das variáveis-síntese.

* Nesses municípios não foi levado em consideração, na construção da variável-síntese, o indicador "proporção de unidade de saúde da família em relação ao total de unidade básica" porque a informação não estava disponível;

** Nesse município não foi levado em consideração, na construção da variável-síntese, o indicador "proporção das unidades de saúde da família instaladas nos imóveis da prefeitura" porque a informação não estava disponível;

*** Nesse município não foi levado em consideração, na construção da variável-síntese, o indicador "existência de equipes com outros profissionais não previstos na norma" porque a informação não estava disponível.

predominam municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, e em mais da metade destes a implantação do PSF é recente. Os dados sugerem que a condição de inserção metropolitana pareceu ter relação mais forte com as dificuldades de estruturação da Atenção Básica do que o tempo de implantação do PSF, visto que existem três municípios metropolitanos que, embora com experiência de seis anos ou mais com o PSF, situam-se nesse grupo em piores condições.

Ainda que o modelo paralelo seja o mais frequente nos três grupos – o que pode ser explicado pela sua predominância no universo dos municípios estudados –, vale destacar que os três municípios com modelo substitutivo se situam no Grupo 2, de condição intermediária. Tais resultados levantam a hipótese de que a adoção de um modelo substitutivo *per se* não tenha sido

suficiente, no caso desses municípios, para assegurar que eles se situassem no grupo com as melhores condições de estruturação de Atenção Básica. Por outro lado, a presença de três dos quatro municípios com modelo tradicional no Grupo 3, que tem as piores condições, pode sugerir que esforços em torno da expansão do PSF em alguns dos demais municípios tenham sido relevantes para impulsionar iniciativas de organização da Atenção Básica.

Figura 1

Distribuição dos municípios dos grupos 1, 2 e 3, segundo situação regional.

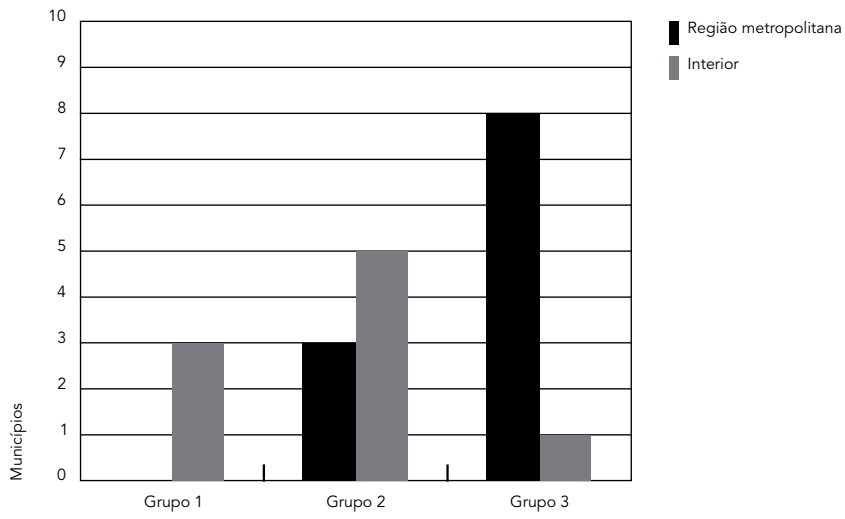


Figura 2

Distribuição dos municípios dos grupos 1, 2 e 3, segundo tempo de implantação do Programa Saúde da Família.

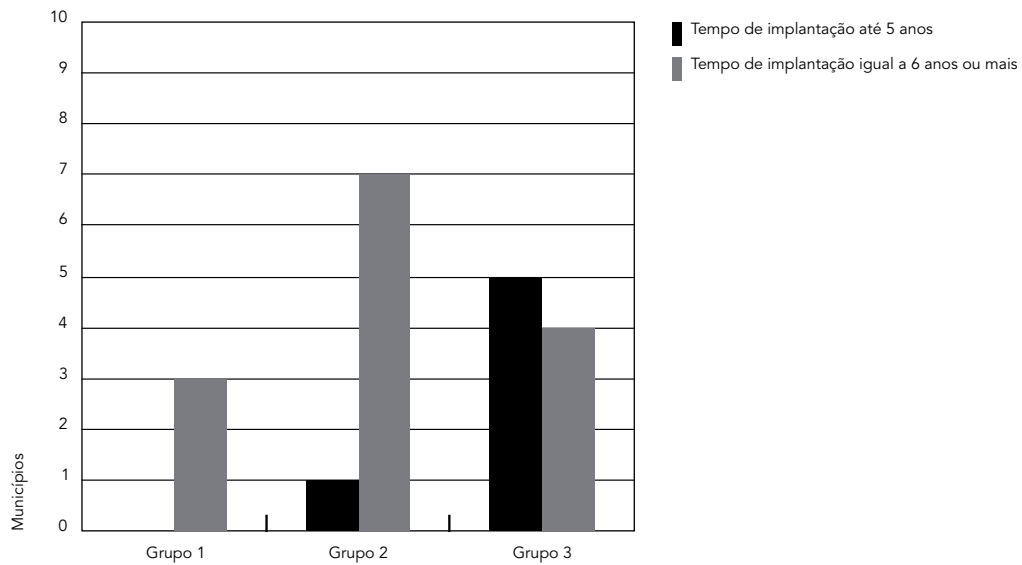
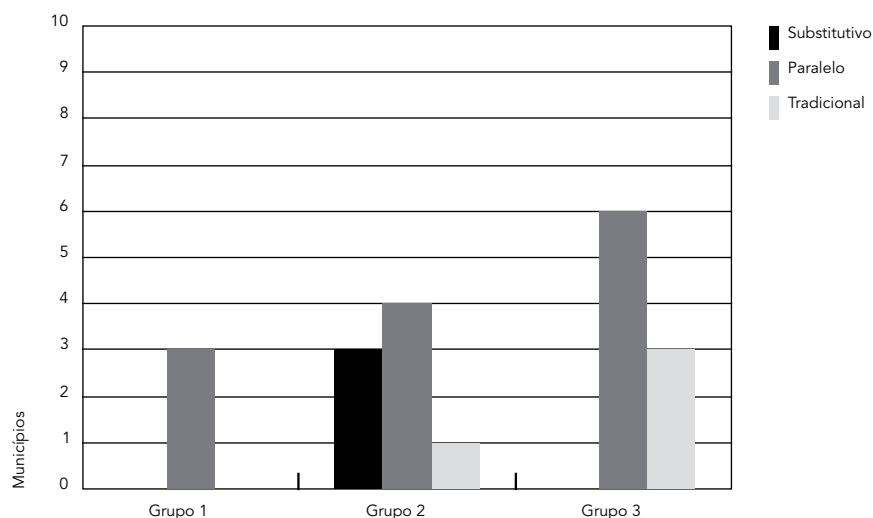


Figura 3

Distribuição dos municípios dos grupos 1, 2 e 3, segundo modelo de Atenção Básica e inserção do Programa Saúde da Família.



Discussão

O estudo dos municípios com mais de 100 mil habitantes situados no Rio de Janeiro evidencia problemas e desafios ainda não equacionados pela política nacional de Atenção Básica e expansão do PSF.

Um primeiro grupo de desafios diz respeito às condições em que ocorre a expansão acelerada do PSF, no que se refere ao financiamento, à capacidade de gestão municipal e possibilidade de organização da rede e mudança das práticas e do cuidado à saúde, dadas as distintas condições financeiras e político-institucionais dos municípios, já registradas em pesquisas anteriores. Para que o PSF seja uma estratégia de reestruturação do modelo, no sentido da integralidade da atenção, é fundamental que sua implantação conte com recursos adequados de investimento e custeio, profissionais bem capacitados e comprometidos e um sistema organizado de referências para ações e serviços de saúde dos diversos níveis de atenção. Do contrário, corre-se o risco de confundir a adoção do PSF com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes, o que seria contrário aos princípios do SUS. Mesmo que este não tenha sido este o propósito da política conduzida pelo Ministério da Saúde, a expansão acelerada da estratégia, em face das

condições estruturais diferenciadas dos estados e municípios brasileiros e das lacunas da política nacional de saúde – por exemplo, a insuficiência dos investimentos, os problemas de acesso às ações de média complexidade e à assistência farmacêutica –, traz sérios riscos nesse sentido.

Um segundo grupo de desafios se relaciona à consideração das diversidades regionais e locais no desenho da estratégia do PACS/PSF no âmbito nacional, bem como à necessidade de incentivo para a adoção de outros tipos de modelos transformadores no âmbito da Atenção Básica ou da atenção à saúde, em sentido mais amplo. Ao definir o PSF como estratégia prioritária para todo o país e adotar uma série de normas e incentivos nesse sentido, o Ministério da Saúde não tem estimulado iniciativas diferenciadas de transformação do modelo de atenção, que poderiam ser mais adequadas a algumas realidades específicas.

Ademais, na maior parte dos municípios em que o PSF é implantado, como enfatiza Fausto² e observou-se na presente pesquisa, o modelo de PSF convive com o modelo tradicional de Atenção Básica, muitas vezes de forma segmentada, com condições diferenciadas de funcionamento e com escassos incentivos para a melhoria do segundo. Ainda que o PSF tenha alcançado uma ampla disseminação no território nacional e uma

cobertura expressiva, grande parte da população brasileira utiliza os serviços tradicionais de Atenção Básica.

A predominância de grandes centros urbanos com modelo paralelo de configuração da Atenção Básica, observada nesse estudo, e as condições atuais de organização da Atenção Básica e do PSF alertam para a importância de investir na qualificação do conjunto da Atenção Básica, assim como na melhor articulação das unidades de saúde da família com outros tipos de serviços. Considera-se, assim, uma concepção abrangente desse nível de atenção (que inclua, por exemplo, pronto-atendimento, apoio diagnóstico) e os demais níveis de complexidade, de forma a melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.

Um terceiro grupo de desafios concerne às especificidades dos grandes municípios brasileiros, como resumem Bousquat et al.¹⁹: a existência de um importante *mix* público-privado na saúde; a prevalência do padrão mercantilista de produção e consumo dos serviços de saúde; a disponibilidade de tecnologia moderna que resulta em pressões sobre o uso de serviços e o financiamento; a diversidade da estrutura educacional dos profissionais; a violência urbana; a dinâmica pautada pela construção de espaços urbanos complexos e desiguais.

As peculiaridades das regiões metropolitanas, que tradicionalmente não têm sido consideradas pela política de saúde, também colocam desafios para modelos fortemente orientados para a adscrição de clientela, como o PSF²⁰. Atualmente, as periferias metropolitanas concentram grande parte da população pobre do país e as desigualdades de acesso aos serviços de saúde nessas regiões são gritantes. Por outro lado, essas regiões apresentam um dinamismo próprio, sendo caracterizadas por relações de dependência entre os municípios, intensa mobilidade e

deslocamento da população (por exemplo, em virtude do trabalho formal ou informal), assim como pela proximidade entre áreas desprovidas de serviços e áreas com oferta de profissionais e serviços nas várias especialidades e níveis de atenção, atrativos para a população.

Não se trata de ignorar os méritos e avanços da estratégia de saúde da família, uma das políticas federais de maior capilaridade e visibilidade do país na última década. No decorrer de sua implantação, é provável que o PSF tenha sido responsável pelo aumento do acesso da população às ações de saúde, bem como tenha propiciado mudanças no modelo de organização da rede e nas práticas de atenção em vários municípios. Além disso, essa estratégia conta com a adesão de um grande número de atores – políticos, gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e população –, conformando uma base social de apoio importante que favorece a sua institucionalidade em vários locais do país. Isso torna difícil a reversão do PSF, que pode vir a se constituir em um exemplo positivo de *path-dependence* a partir de uma política concebida e inicialmente implantada no contexto adverso dos anos 90⁵.

Todavia, é fundamental não só investir nas condições necessárias para que o PSF seja uma prática transformadora no sistema de saúde, como também questionar se é viável a expansão da cobertura do programa para a totalidade da população nos grandes centros urbanos e, particularmente, nas regiões metropolitanas. Ao menos nos municípios do Rio de Janeiro, a pesquisa indica ser importante estimular e oferecer condições adequadas para a adoção de outras estratégias de estruturação do sistema e mudança no modelo de atenção, desde que norteadas pelos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Resumo

O artigo analisa a configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família (PSF) nos 22 municípios com mais de 100 mil habitantes do Rio de Janeiro em 2005. A metodologia compreendeu visitas aos municípios, entrevistas com dirigentes da saúde e análise de bases de dados nacionais. Foram definidas quatro variáveis-síntese para a caracterização da Atenção Básica nos municípios: modelo de Atenção Básica e inserção do PSF; institucionalização do PSF; organização da Atenção Básica e organização do PSF. A classificação dos municípios nas quatro variáveis revelou uma grande diversidade de situações, predominando o modelo paralelo de configuração da Atenção Básica e inserção do PSF. Observou-se que os municípios em melhores condições de estruturação da Atenção Básica são pólos do interior do estado, que possuem PSF implantado há mais de seis anos e várias modalidades de organização da Atenção Básica. A maioria dos municípios do grupo em pior situação se situa na região metropolitana. À luz dos resultados, são discutidos os desafios do PSF como estratégia estruturante da Atenção Básica em saúde em municípios de grande porte populacional, particularmente nas regiões metropolitanas.

Atenção Básica em Saúde; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde

Colaboradores

As três autoras conceberam, estruturaram e revisaram o artigo em conjunto. C. V. Machado e L. D. Lima foram as principais responsáveis pela redação dos vários itens do texto. L. S. Viana foi responsável pela montagem do banco de dados, processamento e análise estatística das respostas do questionário, redação do item metodologia e elaboração das Tabelas 2 e 3.

Agradecimentos

A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde no âmbito dos Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) em grandes centros urbanos

Referências

1. Canesqui AM, Oliveira AMF. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O SUS em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 241-69.
2. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
3. Viana ALA, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-67.
4. Machado CV. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Pública 2006; 20:44-9.
5. Temporão JG. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. Cad Saúde Pública 2003; 19:1323-30.
6. Mattos R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
7. Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis (Rio J) 1998; 8:11-48.
8. Machado CV. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República; 2007.
9. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

10. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Indicadores de monitoramento do PSF em grandes centros urbanos. <http://www.saude.gov.br/proesf> (acessado em 01/Jan/2005).
11. Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: em busca de uma identidade. In: Lima NT, Gerschaman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 481-502.
12. Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis (Rio J)* 2002; 12:11-21.
13. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna M. Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Viana ALA, Silva HP. Saúde em grandes centros. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 189-219.
15. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novas MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:577-606.
16. Pereira ATS, Campelo ACFS, Cunha FS, Noronha J, Cordeiro H, Dain S, et al. A sustentabilidade econômico-financeira do PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:607-20.
17. Pierson P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *Am Polit Sci Rev* 2000; 94:251-67.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
19. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 244-65.
20. Noronha JC, Machado CV, Lima LD. A metrópole Rio de Janeiro: tamanho e diversidade e a busca de equidade nos cuidados de saúde. In: Rassi E, Bógus CM, organizadores. Saúde nos grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).
21. Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O SUS em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 221-40.

Recebido em 22/Fev/2007

Versão final rerepresentada em 17/Mai/2007

Aprovado em 23/Mai/2007