



**EACH**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES**  
Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas

## Iniciação Científica

**Estudo sobre o “Incentivo à Estratégia Saúde da Família – QUALIS”  
do estado de São Paulo.**

Diego Pugliese Tonelotto

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Mori Sarti

Relatório final de Iniciação  
Científica apresentado à Comissão de  
Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e  
Humanidades da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2013

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES**  
**BACHARELADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Estudo sobre o “Incentivo à Estratégia Saúde da Família – QUALIS”  
do estado de São Paulo.

Diego Pugliese Tonelotto

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Mori Sarti

São Paulo

2013

## **Agradecimentos**

Após um ano de trabalho, agradeço a minha família, meus pais, meus avôs e minha tia, por possibilitarem que eu pudesse realizar meus estudos, a Profa. Dr. Flavia Mori Sarti por me orientar e auxiliar nas dúvidas e dificuldades que surgiram durante a elaboração deste projeto, e a Universidade de São Paulo pela bolsa concedida para a elaboração da pesquisa.

## Sumario

### Sumário

Resumo.....	5
Introdução .....	6
1 - Discussão sobre saúde.....	9
2 - Evolução da atenção à saúde.....	14
Sistemas Públicos de Saúde no Brasil .....	16
3 - Evolução Jurídica .....	18
4 – Apresentação conceitual.....	23
Sistema Único de Saúde - SUS.....	24
Atenção Básica de Saúde .....	25
Estratégia Saúde da Família .....	27
QUALIS/PSF – Incentivo à Estratégia Saúde da Família.....	29
5 – Características populacionais de São Paulo. ....	30
Regionais de Saúde do estado de São Paulo.....	32
6 – Análise dos Planos Plurianuais – PPA`s .....	34
PPA 2000 – 2003 .....	34
PPA 2004 – 2007 .....	35
PPA 2008 – 2011 .....	36
PPA 2012 – 2015 .....	38
7 - Financiamento do sistema saúde pública .....	40
O financiamento estadual de São Paulo para Atenção Básica e o QUALIS.....	41
8 – Indicadores da ESF no estado de São Paulo .....	45
Evolução das Equipes .....	47
Atendimento pelas Equipes Saúde da Família .....	50
Saúde da Mulher .....	54
Saúde Infantil .....	57
Atendimentos sobre Diabetes.....	61
9 – Dificuldade de implantação e ampliação da Estratégia Saúde da Família. ....	64
10 – Resultados .....	70
11 – Considerações finais.....	76
Referencias Bibliográficas .....	77

## **Resumo**

Diego Pugliese Tonelotto. **Estudo sobre o “Incentivo à Estratégia Saúde da Família – QUALIS”**. São Paulo, 2013.

O presente trabalho analisou o programa “Incentivo a Estratégia Saúde da Família – QUALIS”. Iniciando por um levantamento histórico da concepção de saúde e diferentes abordagens do assunto, apresenta-se a evolução do SUS por meio da discussão acerca dos diferentes níveis de complexidade de atenção em saúde. A análise da operacionalização da atenção básica em saúde, que consiste no nível de menor complexidade do sistema de saúde, é a base para abordar a Estratégia Saúde da Família. Em seguida, estuda-se o programa de incentivo à Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo, analisando-se dados extraídos dos Planos Plurianuais de 2000 a 2012, tais como aplicação de recursos financeiros e outros indicadores selecionados de assistência à saúde. Os limites e dificuldades de implementação e ampliação do modelo de atenção à saúde são descritos após a apresentação do contexto atual do programa. Finalmente, a pesquisa busca contribuir com alguns elementos relativos à necessidade de avaliação contínua do programa, de forma a permitir o aperfeiçoamento de uma dimensão tão importante das políticas públicas de saúde no estado de São Paulo.

## **Abstract**

Diego Pugliese Tonelotto. **Analysis on the “Incentive to the Family Health Strategy – QUALIS” in Sao Paulo state**. Sao Paulo, Brazil, 2013.

The research analyzed the program “Incentive to the Family Health Strategy – QUALIS”. Starting from the historical perspective on the concept of health and different approaches on the subject, the evolution of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, or SUS) is presented through the discussion of the diverse levels of complexity in health care. The analysis of the operationalization of the primary health care is the basis for tackling the study of the Family Health Strategy. In sequence, the program of incentive to implement the Family Health Strategy in the state of Sao Paulo is presented, through a series of variables extracted from the Pluri-Annual Plans from 2000 to 2012, including data on health care financing and health services provided. The limits and difficulties in implementing and broadening the coverage of such health care model are further described after presenting the program’s scenario. Finally, the research concludes with some remarks on the need for continuous evaluation of the program in order to allow improvements in this important dimension of public policy in health at the state of Sao Paulo.

## Introdução

O Brasil é um país com grandes diferenças, tanto culturais como sociais, o que dificulta a adoção pelo governo federal de uma ação nacional abrangente que atue de forma eficaz em todo o território. Desta forma, com a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) buscou-se, entre outras coisas, descentralizar a execução de algumas políticas públicas, dando maiores atribuições para as gestões locais e transferindo para o governo central um papel de coordenação e fiscalização, e para o estadual o de auxílio e acompanhamento dos programas.

No entanto junto ao aumento das responsabilidades locais não houve um de arrecadação no nível municipal, sendo os recursos para a implementação de algumas ações vindos principalmente através de repasses dos governos estadual e federal. Este é o caso da saúde, onde as principais fontes de verbas para as cidades são oriundas de transferências intergovernamentais (Arretche, 2010).

Assim funciona o Sistema Único de Saúde (SUS), que mais que apenas a união de diversas ações públicas voltadas para a saúde, é um programa nacional integrado que coordena as diferentes políticas na área através da estipulação de diretrizes gerais e da liberação de repasses, buscando aumentar sua efetividade. Havendo o governo federal efetuado as transferências legalmente determinadas, ele formula um conjunto de ações, metas, programas e objetivos, nos quais os municípios que adotarem este podem obter recursos extras para sua implementação e execução, cabendo aos estados reforçar estas ações, através de programas próprios ou complementos financeiros. Desta forma mesmo cabendo ao governo local à execução, é possível o SUS coordenar nacionalmente as diversas ações executadas pelo país (Arretche, 2010).

Dentre os programas existentes no SUS encontra-se o “Programa Saúde da Família”, que é o modelo adotado para estruturar o nível básico ou primário de atenção à saúde, visando atuar nos casos de baixa complexidade, com a inclusão de medidas preferencialmente preventivas, buscando ser a porta de entrada para o sistema, atuando junto ao grupo social e ao indivíduo, com ações mais integradas aos modelos sanitaristas e coletivistas do que com o clínico e hospitalar, e assim mudando o foco em relação às principais políticas de saúde adotadas anteriormente (Brasil, 2006).

Desta forma dentro das atribuições de incentivar, auxiliar financeiramente e monitorar as ações do SUS que cabem aos estados, o governo de São Paulo criou em 1999 o

programa “Saúde da Família – QUALIS/PSF”, que organizou as ações dentro da Atenção Básica à Saúde existentes no estado de forma a alinhá-las às diretrizes federais. (São Paulo, 1999)

Buscando apresentar de maneira mais detalhada o que diferencia esta política das demais, será apresentada uma breve discussão sobre a área da saúde, sua evolução com o passar do tempo, a diferença entre países, sua trajetória no Brasil e sua divisão pelos modos de financiamento e por níveis de atenção. Visando estruturar uma visão mais aprofundada sobre a política analisada.

Desta forma, este trabalho visa estudar a execução do “QUALIS”, descrevendo quais os objetivos do programa “Saúde da Família”, como o “QUALIS” se relaciona com estes, sua implantação, o montante de recursos destinados a ele dentro do orçamento estadual, a evolução do número de casos de determinadas doenças e ações impactadas pelo programa, as mudanças que ocorreram no próprio programa desde sua criação e algumas críticas existentes em relação a ele.

Para isso será utilizado um conjunto de leis referentes ao assunto, artigos, estudos realizados, informações coletadas do DATASUS, sites de órgãos do governo e livros. Os dados utilizados serão agrupados segundo as Regionais de Saúde do estado, para facilitar à análise, evitar distorções que poderiam ocorrer devido à gestão municipal, que podem apresentar valores extremos superiores ou inferiores dependendo da priorização dada pela prefeitura ao Saúde da Família, e não desprezar as diferenças existentes dentro do estado.

Como este trabalho centra-se na análise de uma política pública de São Paulo, que se destina a regulamentar o papel do estado dentro do SUS, em relação à Atenção Básica a Saúde, nas descrições dos programas, de suas execuções e dos objetivos não aprofundaremos a análise de temas como a participação popular, a gestão específica no nível municipal e federal ou em outros estados, ou o papel dos profissionais envolvidos, mesmo reconhecendo a importância destes temas dentro do sistema e suas contribuições. Desta forma o trabalho está estruturado do seguinte modo.

A primeira parte discutirá a saúde em si, sua importância para o indivíduo e a comunidade, seus aspectos econômicos, as características de seu mercado, suas externalidades e os motivos para a existência de sistemas públicos.

A segunda parte fará um breve relato da evolução da visão e dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, mostrando as mudanças na abordagem, os sistemas públicos

implantados, os debates ocorridos e alguns modelos existentes atualmente, mostrando estudos realizados sobre estes.

A terceira parte mostrará os principais marcos jurídicos sobre o assunto, iniciando com a Constituição de 1988, passando pelas normas do SUS, os enfoques a Atenção Básica a Saúde, as leis no estado de São Paulo sobre esta, até as últimas mudanças ocorridas.

A quarta parte irá expor conceitualmente o que é o Sistema Único de Saúde – SUS, a Atenção Básica à Saúde – ABS, a estratégia e o Programa Saúde da Família - PSF, e o programa QUALIS/PSF.

A quinta parte descreverá as características socioeconômicas do estado de São Paulo, apresentando alguns dados relevantes para a análise do programa QUALIS, e apresentará as Regionais de Saúde do estado.

A sexta parte irá analisar os Planos Plurianuais de São Paulo de 2000 até 2012, levantando quais os recursos e os objetivos previstos pelo governo estadual para o programa, e quais as metas que se buscou atingir.

A sétima parte abordará a evolução do financiamento do sistema público de saúde e as despesas estaduais realizadas em São Paulo na área de saúde, atenção básica, e no QUALIS, observando o peso de cada um destes dentro do orçamento público.

A oitava parte observará a evolução de alguns dados referentes à Atenção Básica e o Saúde da Família no estado de São Paulo como forma de analisar o QUALIS, como o número de atendimentos pelas equipes de saúde da família, número de casos de determinadas doenças, mortalidade infantil, e a cobertura do programa.

A nona parte relatará algumas dificuldades encontradas em relação à implantação e execução do Programa Saúde da Família, que servirão de complemento para a análise dos dados obtidos anteriormente.

Na décima parte compararemos as informações referentes aos objetivos e as metas do Saúde da Família e do QUALIS com os dados coletados sobre sua execução e seus resultados, permitindo uma avaliação do programa.

Na última parte, as considerações finais, apresentaremos as principais informações do trabalho e as impressões obtidas destes, avaliando assim o programa QUALIS/PSF.



## **1 - Discussão sobre saúde**

Indiscutivelmente a saúde é uma dos principais fatores que condicionam a qualidade de vida de uma pessoa ou população, sendo este por si só um motivo para o governo promover a sua melhoria. No entanto, existem também outros fatores que levam à necessidade da atuação do Estado no setor, como os seu impacto sobre o indivíduo e a sociedade, as externalidades positivas geradas e a característica do mercado.

Em relação à doença, podemos observar o impacto que esta tem na relação do indivíduo com ele mesmo, da sociedade com o indivíduo e da sociedade com ela mesma. No primeiro caso, uma pessoa doente muda sua visão sobre si, dependendo da doença, podendo causar danos não apenas físicos, como também psicológicos, como o câncer, a esterilidade ou a paralisia. No segundo caso, em relação a algumas doenças como a Aids, a hanseníase (lepra) e a dependência química, a sociedade pode discriminar a pessoa e até excluí-la de alguns círculos sociais. No último caso, há as epidemias, como a Peste Negra na Europa ou a dengue no Brasil (guardadas as devidas proporções), em que a própria população muda alguns de seus hábitos de vida por causa da doença, como a relação com os doentes (ou os mortos), seus hábitos cotidianos ou as demandas em relação ao governo.

Buscando entender os motivos que as pessoas adoecem, estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra no século passado apontaram quatro causas, sendo a principal o estilo de vida da pessoa, seguido das características biológicas e do ambiente em que vive (cada estudo altera a ordem de importância destas duas causas), e por último o sistema de saúde. (Coelho, 2010; Rocha, 2011)

Deste modo, os maiores impactos na saúde dos indivíduos são causados pelos determinantes sociais, como o seu nível de renda, seus costumes, a jurisdição e suas relações com a comunidade, pois estes influenciarão na sua alimentação, nas suas atividades cotidianas, de lazer e de trabalho, seus vícios, a maneira como se comporta, ou seja, seu estilo de vida (Rocha, 2011), como pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 1. Classificação dos fatores de risco selecionados: os dez fatores de risco de morte mais frequentes segundo grupos de renda, 2004.

Fatores de risco	Mortes (milhões)	% do total	Fatores de risco	Mortes (milhões)	% do total
<i>Mundo</i>			<i>Países de renda baixa*</i>		
1 Pressão sanguínea elevada	7,5	12,8	1 Baixo peso na infância	2,0	7,8
2 Uso de fumo	5,1	8,7	2 Pressão sanguínea elevada	2,0	7,5
3 Glicemia elevada	3,4	5,8	3 Sexo não sexo	1,7	6,6
4 Inatividade física	3,2	5,5	4 Higiene, saneamento e água	1,6	6,1
5 Obesidade e sobrepeso	2,8	4,8	5 Glicemia elevada	1,3	4,9
6 Colesterol elevado	2,6	4,5	6 Fumaça interior de combustíveis sólidos	1,3	4,8
7 Sexo não seguro	2,4	4,0	7 Uso de fumo	1,0	3,9
8 Uso de álcool	2,3	3,8	8 Inatividade física	1,0	3,8
9 Baixo peso na infância	2,2	3,8	9 Amamentação deficiente	1,0	3,7
10 Fumaça interior de combustíveis sólidos	2,0	3,3	10 Colesterol elevado	0,9	3,4
<i>Países de renda média*</i>			<i>Países de renda alta*</i>		
1 Pressão sanguínea elevada	4,2	17,2	1 Uso de fumo	1,5	17,9
2 Uso de fumo	2,6	10,8	2 Pressão sanguínea elevada	1,4	16,8
3 Obesidade e sobrepeso	1,6	6,7	3 Obesidade e sobrepeso	0,7	8,4
4 Inatividade física	1,6	6,6	4 Inatividade física	0,6	7,7
5 Uso de álcool	1,6	6,4	5 Glicemia elevada	0,6	7,0
6 Glicemia elevada	1,5	6,3	6 Colesterol elevado	0,5	5,8
7 Colesterol elevado	1,3	5,2	7 Baixa ingestão de frutas e verduras	0,2	2,5
8 Baixa ingestão de frutas e verduras	0,9	3,9	8 Poluição do ar externo	0,2	2,5
9 Fumaça interior de combustíveis sólidos	0,7	2,8	9 Uso de álcool	0,1	1,6
10 Poluição do ar externo	0,7	2,8	10 Riscos ocupacionais	0,1	1,1

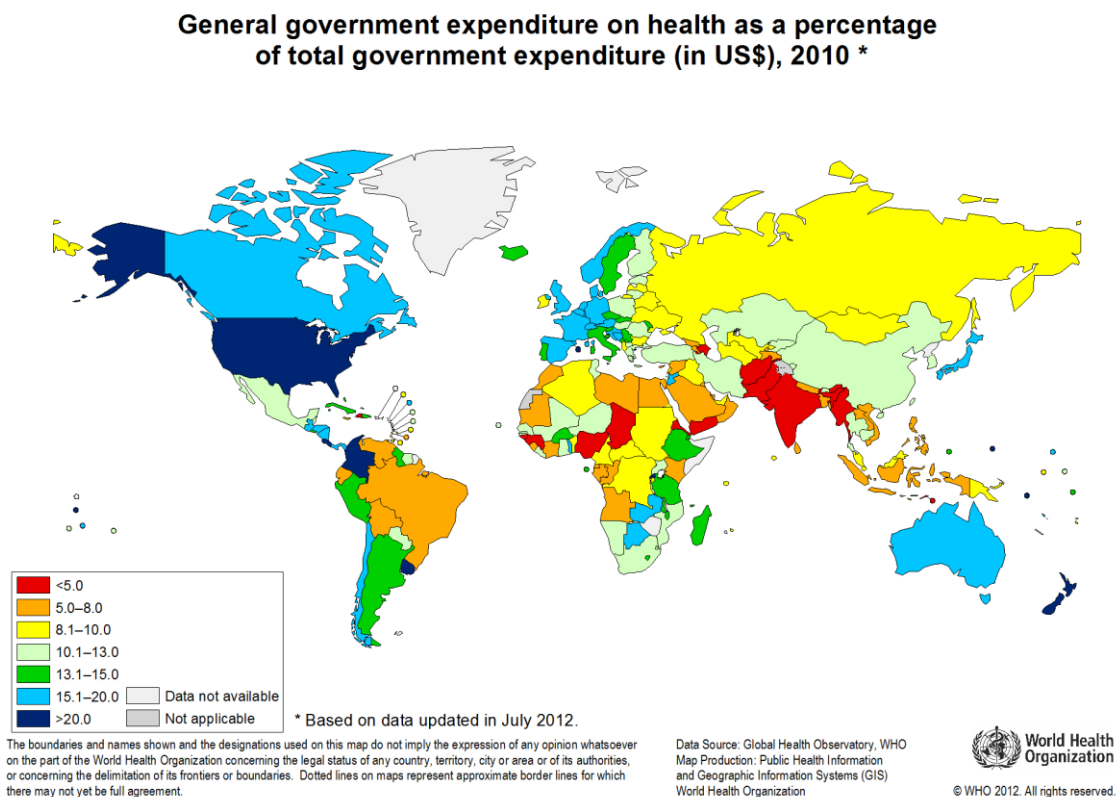
\* Países agrupados pelo rendimento nacional bruto per capita – baixa renda (US\$ 825 ou menos), alta renda (US\$10.066 ou mais).

Fonte: Rocha, 2011

Como apontado por Ibañes, países industrializados gastam entre 6% e 15% do seu PIB na saúde (Ibañes, 2011), estando o Brasil neste grupo destinando 9% do seu produto interno para a área, porém com uma proporção dos gastos públicos em saúde inferior ao destes países. Este volume de recursos possibilita o desenvolvimento de tecnologias que auxiliem no diagnóstico e tratamento de doenças, no entanto estas inovações direcionam-se mais para a criação de novos meios de ação, mais precisos e sofisticados, do que para o barateamento das opções existentes ou meios que necessitem de menos recursos (Silva e Viana, 2011), isso ocasionou que nas últimas décadas, a elevação dos gastos no setor não se reverteu em uma melhora proporcional dos indicadores de saúde, mostrando não haver relação entre o aumento do total de gastos, seja *per capita* ou como parcela do PIB, com os

resultados obtidos (Coelho, 2010), pois com o encarecimento e especialização dos serviços, apesar de sua melhora, estes ficaram restrito a uma parcela cada vez menor da sociedade.

Imagem 1 - Gastos do governo em saúde como percentual da despesa total, 2010.



Fonte: OMS, 2012

Em relação às características econômicas (Sancho, 2007), a demanda pode ser vista como inelástica, pois independente do preço, ocorre a necessidade (real, quando a pessoa sente os sintomas ou a doença já foi detectada, ou induzida, ações preventivas e check-ups sem que a pessoa esteja doente) de consumo (utilização) dos bens (remédios, tratamentos) e serviços (consultas, internações), de forma que o que influencia na decisão do consumidor (paciente) são seu estado de saúde, o tratamento disponível (ou indicado), e a falta de todas as informações na hora da escolha; sendo fatores como preferência, preço e seus complementos ou substitutos secundários. Já a oferta, esta pode ser vista como monopolística e indutora do consumo, pois não tendo o paciente todas as informações necessárias, o médico ou especialista é quem indica o tratamento a ser feito, de modo que este se torna a única opção. E ambos, oferta e demanda, estão sujeitos a um alto grau de incerteza, pois podendo cada ação

agir de forma diferente nos indivíduos, há a incerteza do resultado em relação às expectativas do paciente, e da avaliação correta dos parâmetros (exames, sintomas, causas) pelo médico.

Além disso, No mercado de saúde não há auto regulação através dos preços (Viana e Silva, 2011), pois o alto custo da formação de profissionais e dos equipamentos necessários além de impedires a livre entrada de ofertantes, dificulta a circulação dos recursos, humanos e materiais, dentro do próprio setor, não possibilitando uma concorrência perfeita.

Por isso existe a necessidade da atuação do Estado neste setor, tanto como regulador como prestador de serviços, mesmo havendo diferenças em relação a esta atuação em cada país. Como dito por Dain:

“Se o acesso às políticas de serviços de saúde fosse deixado ao mercado, ou seja, se a saúde fosse uma mercadoria, os mais necessitados estariam excluídos do processo por sua incapacidade de pagamento. A política social opera subsidiando a produção de bens e serviços para oferecê-los a população a um preço inferior ao preço de mercado, a um custo menor que seu custo de produção, ou mesmo gratuitamente. Ou seja, é o Estado que opera a democratização o acesso.” (Dain, 2000, p.10, apud: Sancho, 2007, p.50)

Outro motivo para a ação do Estado é a externalidade positiva gerada (Sancho, 2007), como o benefício social obtido pelos cuidados individuais, onde o tratamento de uma pessoa ou um pequeno grupo pode ser vista como uma ação preventiva sobre toda a população, para que a doença não se torne uma epidemia.

A partir disto surge a questão da alocação dos recursos públicos para a saúde que merece ser discutida, pois sendo feito pelo Estado está sujeita a um conjunto de decisões políticas, que impactam diretamente seu resultado, de modo que às vezes uma ação pode visar mais interesses políticos (Silva e Viana, 2011), como atender a determinado grupo ou minimizar a oposição, do que interesses públicos e sociais. Desta forma, as decisões de onde e em quais programas se devem aplicar os recursos, os resultados esperados e os impactos gerados, o padrão das escolhas feitas e os grupos beneficiados ou não por elas devem ser levados em consideração na hora da avaliação.

Além disso, existe o fato de contando o governo com recursos finitos, deve aplica-los buscando equacionar a eficiência e a equidade nas suas ações. De modo que ações que buscam um alto grau de eficiências, podem restringir sua área de atuação, excluindo parte da população, por outro lado, políticas que visam atingir toda a população podem ter seu grau de eficiência comprometido pela dispersão dos recursos.

Por isso pesquisas analíticas e comparativas entre sistemas nacionais de saúde são importantes na hora do governo tomar as decisões, implementar as políticas e propor os resultados esperados.

Um estudo realizado por Barbara Starfield (*apud* Luppi, Andrade, Simões e Pinho, 2001; Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha, 2010) comparou o nível de implantação da atenção primária em países desenvolvidos e seus indicadores de saúde. O resultado foi que os países com sistemas primários de saúde melhor estruturados tinham níveis de saúde mais elevados, menores custos *per capita*, e melhores indicadores.

“Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para a atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos” (Starfield, 2002, p. 32, *apud* Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha, 2010, p.134)

## 2 - Evolução da atenção à saúde

Os hospitais, tal como os conhecemos hoje, tiveram sua origem institucional na Idade Média, entre os séculos IV e V d.C., como locais criados pela Igreja Católica para alojar e cuidar daqueles que necessitam de auxílio, abrigando não apenas doentes, mas também órfãos, pobres, incapacitados, viajantes e outras pessoas que necessitavam de ajuda, daí a origem do nome, *hospitale* (que em latim significa lugar onde se recebe, cuida, aloja pessoas necessitadas). Desta forma ofereciam abrigo a quem precisava de cuidados espirituais e médicos, não visando o tratamento, mas o alívio e alento. Com o passar do tempo, estes estabelecimentos se multiplicaram, e alguns passaram a centrar-se em funções específicas, como os *nosocomia*, que prestavam auxílio principalmente a doentes, porém mantendo a visão de diminuir o sofrimento, e não propriamente curar a pessoa, já que alguns nem contavam com a presença de médicos (Coelho, 2010).

A partir do Século XVIII, estes estabelecimentos deixam de serem geridos pela Igreja e passam para o poder do Estado, e com isso tornam-se locais de tratamento de doentes e ensino de novos médicos, atuando como clínica e escola na união da instituição e da profissão. Neste ponto, a cura das doenças, a busca de tratamentos e os cuidados individualizados para cada paciente tornam-se os objetivos centrais, mudando a visão anterior. Desde então a importância do hospital como centro de referência em saúde só se ampliou (Coelho, 2010).

Com a Teoria Bacteriológica de Pasteur e Koch no século XIX, ocorre uma mudança na visão de doença, que era creditada a um desequilíbrio dos humores, fluidos, emanções ou sentidos do indivíduo, passando para a de um mal causado por agentes infecciosos alojados dentro do corpo humano, as bactérias. Introduzindo uma nova abordagem no entendimento médico, como os conceitos de incubação, hospedeiro, infecção, contágio, e a utilização do laboratório para os estudos, que não se resumiam mais a análise de pacientes, mas contavam com novos instrumentos como o microscópio, incorporando este a estrutura hospitalar já existente, unindo ciência e medicina (Coelho, 2010).

No entanto, isso trouxe consigo um estreitamento na visão das causas da doença. Até a teoria de Pasteur os desequilíbrios que causavam os males eram creditados ao estilo de vida e a fatores locais e sociais, após a descoberta das bactérias, isto é deixado de lado para focar-se apenas no indivíduo. A doença não mais é vista como resultado de um conjunto de fatores em que a pessoa está exposta, mas aos agentes infecciosos em seu corpo (Coelho, 2010).

As ações de saúde coletiva então deixam de atuarem sobre a pobreza, as condições insalubres ou a comunidade, e passam a agir em métodos individuais de controle e eliminação de doenças, como a vacinação e o isolamento de alguns indivíduos. Isso gerou um mal, até hoje presente em alguns profissionais da saúde, de não se preocupar com o meio em que o paciente vive ao diagnosticar uma doença. (Coelho, 2010)

Com isso, os hospitais e os cuidados com a saúde tornam-se cada vez mais complexos e caros, tornando o que inicialmente era destinado ao alento dos pobres um local procurado pelos mais ricos, excluindo a população anteriormente atendida (Coelho, 2010).

Por causa disso, no final do século XIX e início do XX, muitos modelos de sistemas públicos de saúde surgiram, principalmente após o surgimento do *Welfare State*, mas todos com características comuns, como a prestação gratuita do serviço pelo Estado ou contratados, de forma universal, e financiado principalmente pela arrecadação de tributos e impostos pelo governo. Porém estes ainda focavam o hospital como a peça central dos sistemas de saúde, levando a ampliação do número de leitos, especialidades, médicos, medicamentos e tratamentos fornecidos, o que tornava o sistema cada vez mais caro e demandante de mais recursos, tanto humanos como materiais (Coelho, 2010).

Outro problema era que as ações eram voltadas principalmente para a internação individual, os métodos de cura e a especialização médica, negligenciando as ações coletivas, buscando a prevenção com generalistas mais ligados à população do que com à clínica.

Visando alterar isso a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança o programa “Saúde para todos no Ano 2000”, em uma conferência realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. Este buscava mudar o foco dos sistemas nacionais de saúde para a atenção primários em saúde (APS), conceito que mesmo conhecido desde o início do século devido ao relatório apresentado por Lord Dawson of Penn no Reino Unido em 1920 (Luppi, Andrades, Simões e Pinho, 2011), ainda era pouco utilizado pelos países.

Este modelo da ênfase nas ações preventivas e coletivas, junto à comunidade, inter-relacionando problemas biológicos e sociais, com a atuação de diferentes profissionais, com papel especial para o médico generalista e a saúde da família (Coelho, 2010). Estratégia esta muito utilizada nos países comunistas, principalmente na China com os “médicos de pés descalços” (Luppi, Andrades, Simões e Pinho, 2011).

A partir daí todos os países tem reformado, em diferentes intensidades, os sistemas de saúde para uma maior participação da APS, seja para diminuir os custos, seja para complementar o antigo modelo já instalado (Coelho, 2010). Junto a isso, a descentralização da

execução das ações do nível nacional para o local também tem reorientado os sistemas nacionais de saúde, principalmente nas últimas duas décadas (Ibañes, 2011), como meio de aumentar a racionalidade dos gastos e aproximar o gestor do público alvo, facilitando a identificação de problemas e soluções.

### **Sistemas Públicos de Saúde no Brasil**

As ações públicas em relação à saúde no Brasil datam do período Imperial, porém eram restritas ao controle de epidemias, saneamento de cidades e portos, e o oferecimento de alguns serviços básicos, deixando instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, os cuidados hospitalares, que se encontravam apenas em algumas cidades. Os demais serviços médicos, quando oferecidos, eram privados e reservados a uma pequena elite (Coelho, 2010).

No primeiro período republicano, as principais políticas eram de caráter coletivo e higienistas, implementadas de forma impositiva, como as campanhas de vacinação obrigatória, que executadas utilizando métodos coercitivos, geravam muitos protestos e até levantes populares, como a Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro devido à campanha contra a febre amarela. Já as ações hospitalares eram voltadas às doenças que tinham impacto sobre a população (infecciosas, como hanseníase e tuberculose) e a saúde mental, sendo executadas principalmente pelo governo central (Coelho, 2010).

É neste período que começam a surgir os primeiros convênios de saúde, ligados a sindicatos ou comunidades de imigrantes, que disponibilizavam para seus associados o acesso a serviços médicos, gratuitos ou por preços subsidiados, que não eram oferecidos pelo Estado (Coelho, 2010).

Durante as décadas de 30 e 40, estrutura-se um novo modelo de prestação de serviços públicos, não só na saúde, mas também em outros setores, o modelo corporativo. A partir daí os serviços disponibilizados pelo Estado dependeriam da categoria profissional que o cidadão pertencesse, sendo complementado por um plano mantido pela própria corporação, de forma própria ou terceirizada, fazendo existirem diferentes arranjos público/privado dentro de um mesmo sistema, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) (Elias e Dourado, 2011).

Durante o Regime Militar, ocorre a junção de todos os fundos das corporações em uma única nacional, que centralizado no governo federal passa a gerir um sistema nacional, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), porém dando mais ênfase à terceirização dos



serviços prestados, fazendo crescer a rede privada de hospitais e de serviços médicos, e iniciando a mercantilização da saúde, demonstrado pelo aumento dos sistemas privados e do complexo industrial de saúde no período. Cabendo ao Ministério e as secretarias estaduais e municipais de saúde executarem ações de prevenção e controle de agravos e epidemias (Coelho, 2010), porém sem uma coordenação central, fazendo surgir várias ações dispersas por todo o país.

Foi neste período que se iniciou a organização da APS no país, através dos Centros de Saúde, que contavam com médicos semi-especialistas (clínicos, pediatras, ginecologistas) e outros profissionais da saúde, e das Ações Programáticas de Saúde, que agiam na prevenção e controle de doenças infectocontagiosas como a hanseníase, a tuberculose e a malária (Coelho, 2010), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que auxilia financeiramente Unidades Básicas de Saúde em municípios de pequeno porte, e as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam coordenar as diversas ações feitas pelos três níveis de governo (Luppi, Andrades, Simões e Pinho, 2011).

A partir da década de 80, com o início do esgotamento do modelo hospitalar, tanto pelo custo crescente como pela queda de arrecadação devido a seu modelo de financiamento, inicia-se a discussão da criação de um sistema nacional que oferecesse todos os serviços, que após vários projetos, como o PIASS, Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), Pais (Programa de Ações Integradas de Saúde), AIS e o SUDS (Sistema Unificado de Descentralização de Saúde), e a construções de hospitais públicos mantidos pelo próprio Estado, nas três esferas de governo (Coelho, 2010), tornou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90.

Este busca ser um sistema nacional, universal, financiado com recursos fiscais dos três níveis de governo, que atenda todos os níveis de complexidade e forneça uma vasta gama de serviços, com maiores responsabilidades da gestão local e com participação social, através de uma rede própria ou conveniada, funcionando paralelamente serviços complementares particulares. Instituído, segundo Ibañez (2011), o único modelo de saúde integrado público da América Latina.

Em 1993, com a Portaria MS<sup>o</sup> 692 é iniciado o Programa Saúde da Família, que já em 1996, na NOB 96 é apontado como o modelo a ser seguido nas ações de ABS, e em 2006, pela Portaria 648/GM, indica o PSF à estratégia prioritária, que deve orientar todas as ações básicas em saúde e substituir as demais políticas neste nível de atenção.

### 3 - Evolução Jurídica

Algumas alterações foram efetuadas pela Constituição de 1988 em relação às anteriores, como a descrição em seu texto da dignidade humana como uma das bases do Estado Brasileiro<sup>1</sup>, e a inclusão da saúde e da proteção à maternidade e à infância como direitos sociais do cidadão<sup>2</sup>. Outra mudança ocorrida foi a descentralização da execução das políticas públicas e das responsabilidades de cada ente em relação a estas.

A União tem como dever formular e implementar ações nacionais e regionais que visem o desenvolvimento social<sup>3</sup>, estando a saúde inclusa neste aspecto, a qual também é de competência comum com estados e municípios<sup>4</sup>. Cabendo de forma concorrente aos estados e a União legislar sobre os meios de proteção da saúde<sup>5</sup>, e aos municípios executar, com auxílio técnico e financeiro da União e dos estados, os serviços prestados à população<sup>6</sup>.

Dada a relevância do tema, a saúde é tratada em uma seção dedicada exclusivamente ao assunto<sup>7</sup>. Estando contido no Art. 196 que ela é um direito universal e um dever do Estado, e que as ações públicas na área tem como foco à prevenção e o tratamento dos problemas da saúde.

**Art. 196.** “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à *redução do risco de doença e de outros agravos* e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua *promoção, proteção e recuperação*”.  
(grifo do autor)

A seção também estipula que o conjunto dos serviços e ações públicas formam um sistema nacional único, hierarquizado e descentralizado, sendo financiado de forma comum entre os três níveis da federação<sup>8</sup>. E direciona as ações ao “atendimento integral, com *prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*”<sup>9</sup>.

Desta forma, a Constituição descreve os serviços públicos de saúde como sendo

<sup>1</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 1º, III.

<sup>2</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 6º

<sup>3</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 21º, IX.

<sup>4</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 23º, II.

<sup>5</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 24º, XII.

<sup>6</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 30º, VII.

<sup>7</sup> Brasil, Constituição 1988, Título VIII, Cap. II, Seção II.

<sup>8</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 198º.

<sup>9</sup> Brasil, Constituição 1988, Art. 198º, II.

coordenados em uma rede nacionais, oferecidos universalmente, financiado pela União, estados e municípios, com atribuições próprias de cada ente e dando ênfase às atividades preventivas.

Dentro deste contexto que surge o Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentado em 1990, a lei 8.080/90 dispõe sobre a organização dos serviços públicos de saúde prestados, unificando-os dentro de um único sistema nacional<sup>10</sup>, que atenderia aos preceitos contidos na Constituição<sup>11</sup>.

Como atribuições comuns<sup>12</sup>, constam definir os meios de controle, avaliação, fiscalização, divulgação dos resultados, gestão dos recursos anuais, formulação das políticas, a elaboração de normas técnicas e a promoção da articulação dos órgãos responsáveis com representantes da sociedade civil.

Ao governo federal<sup>13</sup>, cabe definir e coordenar o sistema através do planejamento estratégico, a articulação com outros órgãos governamentais, prestar cooperação técnica e financeira para a execução das ações em nível estadual e municipal, promover a descentralização dos serviços de saúde, acompanhar e avaliar as ações e serviços executados e estruturar um Sistema Nacional de Auditorias que avalia o SUS.

Os estados<sup>14</sup> ficam responsáveis pela descentralização em nível municipal, acompanhar e avaliar as redes hierárquicas, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e ações suplementares, e gerir o sistema de saúde de alta complexidade. Ficando os municípios<sup>15</sup> com a competência de gerir a execução dos serviços, participar da organização das redes hierárquicas e regionais do SUS e colaborar com a fiscalização do sistema.

A lei também fala sobre o financiamento do SUS<sup>16</sup>, que terá como principal fonte de recursos a Seguridade Social, sendo estes e os das demais fontes depositados diretamente em contas especiais movimentadas pela direção do sistema na respectiva esfera e fiscalizada pelos Conselhos de Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde. Sendo a utilização destes recursos feita seguindo o planejamento orçamentário aprovado em cada nível.

No mesmo ano é sancionada a Lei 8.142/90 que trata sobre os meios de participação popular na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos destinados aos SUS. Sendo os repasses feitos de maneira automática, do Fundo Nacional da Saúde para os

---

<sup>10</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Art 1º

<sup>11</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Art 2º

<sup>12</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Art 15º

<sup>13</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Art 16º

<sup>14</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Art 17º

<sup>15</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Art 18º

<sup>16</sup> Brasil, Lei 8080/90 – Título V

estados e municípios, sendo utilizados para as despesas de custeio de capital, investimentos planejados e a cobertura das ações executadas na área da saúde, sendo destinados 70% do valor aos municípios.

Para que estados e municípios possam receber o repasse, estes devem contar com um Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, inclusão da execução dos recursos no planejamento orçamentário, e uma comissão para o desenvolvimento dos recursos humanos, sendo que o não cumprimento destes requisitos implica na perda de poder em relação à gestão deste recurso.

Com a Portaria MS/GM 692 de 1994, a Programa Saúde da Família torna-se uma das ações principais do governo, como contido no documento: “Considerando o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como metas do Ministério da Saúde;”, e indica aos municípios como aderir ao programa, caso não haja a implementação pelos estados<sup>17</sup>. Dando início às políticas para implantação em todo o território nacional do PSF.

Em 1996, são formuladas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 96), que visavam tratar mais especificamente dos assuntos gerais descritos nas Normas Operacionais Básicas do SUS de 1993, consolidando o papel do município como principal gestor da execução das políticas de saúde e responsável imediato pelo atendimento da população, redefinido o papel da União e dos estados dentro do SUS e alterando o foco de ação do tratamento individualizado para a prevenção coletiva, reafirmando o contido na Constituição e colocando o Programa Saúde da Família como modelo a ser adotado, como escrito no documento:

“O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (Brasil, 1996)

---

<sup>17</sup> Brasil, Portaria MS/GM 692, Art. 3º, §1º.

Entre as responsabilidades dos estados está a de “*promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.*” (Brasil, 1996), visando proporcionar ao município alcançar a gestão plena dos serviços de saúde e ampliar a descentralização do sistema, como descrito na Constituição e na Lei 8080/90.

Aponta ainda a necessidade de reestruturar as formas de transferência intergovernamental e prestação de contas, a definição e explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS e os mecanismos de financiamento das ações, especialmente para a atenção básica. E sobre a mudança do modo de repasse para um modelo de transferência fundo a fundo diretamente do Fundo Nacional da Saúde para os estaduais e municipais, de forma regular e automática, independente de convênio, sendo observadas apenas as exigências legais, adicionado um percentual ao valor do Piso da Atenção Básica (PAB) conforme a implantação e população coberta pelas equipes da saúde da família, podendo chegar a até 80% do valor inicial.

Visando orientar as ações referentes à Atenção Básica, é editada a Portaria N°3.925, em 1998 pelo Ministério da Saúde. Instituído um manual para as práticas e programas voltados para a Atenção Básica, a forma de contabilização dos recursos repassados, os indicadores utilizados para o monitoramento e avaliação das ações implementadas.

O estado de São Paulo enquadrando-se dentro desta nova norma, promulga em 1999 o Decreto 44.544, criando o “Programa Saúde da Família – QUALIS/PSF”, que mostra a intenção da mudança de abordagem do sistema de saúde em seu artigo primeiro:

“Artigo 1º Fica instituído o Programa de Saúde da Família, doravante denominado QUALIS/PSF, no âmbito da Secretaria da Saúde, que tem por objetivo a reorientação da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS/SP, mediante ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua a serem desenvolvidas por equipes de saúde da família, que atuarão em áreas de abrangência definida.”

Este decreto também estabeleceu que todos os demais programas com as mesmas finalidades na atenção básica passariam a ser incluídos como pertencentes ao QUALIS/PSF, como ações de um único programa<sup>18</sup>.

Em 2000, a Emenda Constitucional 29 passou a regular a porcentagem mínima do orçamento que cada ente deve aplicar da área da saúde, devendo os municípios aplicar pelo menos 15% e os estados 12% da arrecadação dos impostos.

Em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01) é formulada, visando continuar e aprofundar o processo de descentralização, tendo como um de seus objetivos específicos o de “*Fortalecer a capacidade de planejamento e organização dos sistemas estaduais, articulando e integrando os sistemas municipais.*”, aumentando a responsabilidade dos estados pela gestão dos sistemas regionais dos serviços de saúde.

Em relação ao Programa Saúde da Família, diz ser ele a ação principal da Atenção Básica a Saúde (ABS), sendo este o primeiro nível de atendimento à população e o acesso aos níveis de maior complexidade, sendo financiado através do repasse de recursos com base na população do município e o nível de cobertura, sendo as ações que habilitam o recebimento das transferências.

Para que o município possa receber os recursos do PAB, ele deve executar o<sup>19</sup>: controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher. Sendo o município também caracterizado por executar a Atenção Básica Ampliada quando<sup>20</sup> há: acompanhamento domiciliar pelas equipes de Saúde da Família; atendimento médico de urgência com observação; debridamento e curativo escara ou ulceração; sutura de ferimento na cavidade bucal ou face; redução manual de prolapso de reto; remoção manual de fecaloma; restauração com ionômero de vidro; necropulpectomia em dente decíduo ou permanente; glossorrafia; ulectomia; primeiro atendimento a pacientes com pequenas queimaduras; teste imunológico de gravidez; eletrocardiograma; e terapias especializadas.

No ano seguinte, é lançado a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 02), que estabelece o processo de regionalização como forma de hierarquização do sistema, regiões de gestão, a gestão plena da Atenção Básica Ampliada como condição para a gestão plena municipal e retoma as condições para que o município atinja este nível de gestão.

---

18 São Paulo (Estado), Lei 44.544, Art. 2º, § 4º.

19 Brasil, NOAS 01 – Anexo 01

20 Brasil, NOAS 01 – Anexo 02

Em 2006, o Ministério da Saúde edita a Portaria N° 648, que revisa as normas e diretrizes da organização da atenção básica para os programas “Saúde da Família” e “Agentes Comunitários”. Na qual reforça que o PSF é “*a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil*”, e trata sobre a responsabilidade de cada ente e de cada profissional envolvido, dos recursos e da estrutura necessárias, dos trabalhos realizados, da capacitação do processo de implementação deste e de seu financiamento.

No mesmo ano, a Secretaria Estadual de Saúde edita a Resolução SS nº 14, buscando regulamentar o papel que o estado tem em relação ao SUS e à Atenção Básica segundo as novas normas, como descrito no artigo primeiro:

Artigo 1º - Fica instituída, no âmbito da Coordenadoria de Regiões de Saúde da Secretaria, a Coordenação da Atenção Básica, com o objetivo de definir estratégias, fomentar ações, coordenar, acompanhar, orientar, fiscalizar e avaliar o cumprimento, no Estado, das metas constantes da pactuação da atenção básica, definidas na regulamentação pertinente.

Por meio desta, ficou a cargo da Coordenação de Atenção Básica definir procedimentos técnicos, estratégias de ação, promover o desenvolvimento dos recursos humanos e criar um sistema de informação que facilite o acompanhamento e a avaliação do programa.

No ano de 2008, a resolução 55 da Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu as condições para as transferências voluntárias fundo a fundo do estado para os municípios, de forma automática e regular, como consta no Decreto 53, para a atenção básica. Segundo este, o repasse deve ser feito através de publicação específica, na qual conste a lista de municípios atendidos, o valor repassado e a periodicidade. Ficando o município responsável pela apresentação de relatório de atividades, contendo informações sobre as unidades básicas de saúde, a estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários.

#### **4 – Apresentação conceitual.**

## **Sistema Único de Saúde - SUS**

Iniciado com a Constituição de 1988, e estruturado em 1990 pelas leis N° 8080 e N° 8142, o SUS visa ser um sistema de saúde de abrangência nacional, universal, gratuito, descentralizado, gerido com apoio da participação popular e atuante nos três níveis de complexidade.

Em 2000, mais de 98% dos municípios brasileiros estavam habilitados em um dos níveis de gestão proposto pela NOB 96 (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema de Saúde) (Lavras, 2011), atuando desta forma em praticamente todo o território do país. Apesar das diferenças regionais, de capacidade de gestão, de apoio estadual, de disponibilidade de serviços e de recursos (próprios e de transferências) de cada município, o apontamento de diretrizes pelo governo federal permite que o SUS funcione como um programa único em todo o Brasil, evitando sua fragmentação em programas e ações dispersas, sendo desta forma um sistema nacional (Arretche, 2010).

Com uma população de mais de 190 milhões de habitantes (Censo, 2010), 75% desta depende exclusivamente do SUS, sendo o restante coberto por sistemas particulares (Elias e Dourado, 2011). Mesmo não atendendo a totalidade da população, a universalidade no atendimento pode ser observada por sua cobertura, e pelo fato da parcela que não o utiliza o faz por adotar outro sistema, sem com isso estar excluído dele, podendo vir a utilizá-lo a qualquer momento.

A prestação dos serviços é feita através de duas formas, ou pela própria rede pública de clínicas, hospitais, equipes e órgãos do governo, ou por rede contratada, que pode ser financiada quase que totalmente (entidades sem fins lucrativos, OSCIP's, Santas Casas) ou parcialmente (entidades que prestam serviços para planos de saúde ou particulares) por recursos do SUS (Elias e Dourado, 2011). Porém em ambas as redes, a prestação dos serviços ao cidadão é gratuita, independente da pessoa ou do atendimento.

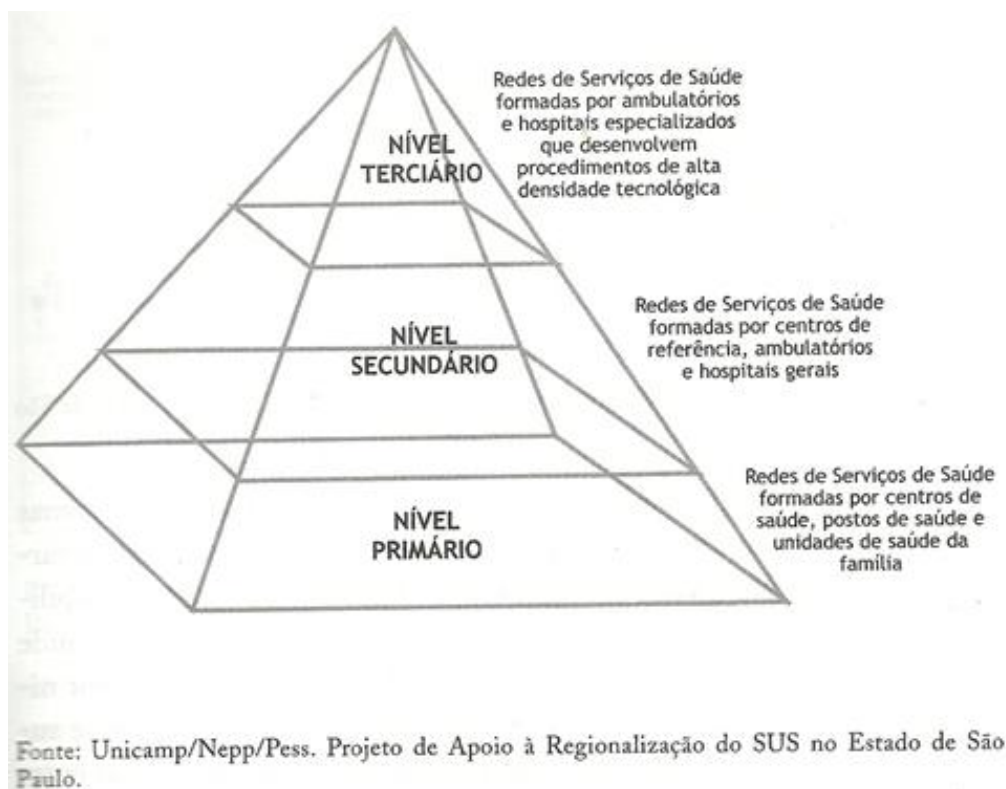
Outra característica do SUS é a descentralização ou municipalização de suas ações. Visando atuar de modo mais próximo ao usuário, identificar as necessidades locais, aumentar a eficácia e diminuir os custos, o principal nível gestor do sistema é o municipal, permitindo maior flexibilidade e autonomia no combate a problemas regionais. Desta forma, o SUS concentra a maior parte de suas ações e recursos nas secretarias municipais de saúde, através dos repasses constitucionais e condicionais, rompendo com a centralização no governo federal existente anteriormente.



Mas a principal mudança em relação aos sistemas de saúde públicos que existiram no Brasil foi a existência de meios de controle e participação da população na gestão do SUS (Brasil, 1990). Através dos Conselhos de Saúde, parcelas da sociedade interessadas no tema podem interagir diretamente no processo de decisão das ações executadas e das metas programadas.

Em relação às ações realizadas, estas podem ser divididas em três níveis conforme sua complexidade e a tecnologia aplicada. O nível primário, ou básico, engloba os postos de saúde, unidades saúde da família, vigilância sanitária e acompanhamentos sociais, sendo mais focado nas ações preventivas, coletivas e generalistas; O segundo nível, ou de média complexidade, é formado pelas clínicas de especialidades, centros de referência, ambulatórios e hospitais, centrando-se em consultas clínicas, exames, pequenas cirurgias e cuidado e tratamento de doenças; O terceiro nível, ou de alta complexidade é o conjunto de hospitais e centros de estudo de ponta, que utilizam-se de avançada tecnologia, atuando em cirurgias complexas, tratamento a emergências, tratamento de câncer e transplantes.

Imagem 2 – Representação de Sistema por Níveis de Complexidade



Fonte: Lavras, 2011

### Atenção Básica de Saúde

Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atendimento aos usuários, funcionando como principal porta de entrada para o sistema e contato inicial entre o cidadão e este. Visa atender aos problemas de saúde de baixa complexidade, que são a maioria dos casos, com predominância de profissionais generalistas, atuando na prevenção, cura e tratamento das doenças, integrando-se a ações coletivas e sanitárias, não ficando restrita ao tratamento individual clínico, característica dos níveis de maior complexidade (Luppi, Andrade, Simões e Pinho, 2011). Espera-se que cerca de 80% dos casos sejam resolvidos neste nível, e destes apenas 5% sejam encaminhados para os níveis superiores (Campos, Gutiérrez, Guerreiro e Cunha, 2010).

Estruturalmente a ABS é aquela que tem como função organizar o sistema e os demais níveis de atendimento, através do direcionamento dos recursos (financeiros, materiais e humanos), apontamento das principais medidas a serem tomadas nos cuidados à saúde, encaminhando os pacientes aos tratamentos de maior complexidade quando necessário, cuidando da população de determinado território, responsabilizando-se pela identificação dos principais problemas e sua resolução (Campos, Gutiérrez, Guerreiro e Cunha, 2010).

Pela definição dada pela Portaria 648 do Ministério da Saúde, “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no *âmbito individual e coletivo*, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de *trabalho em equipe*, dirigidas a *populações de territórios bem delimitados*, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza *tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade*, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da *coordenação do cuidado*, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (grifos do autor)

Sendo assim, sua atuação não se resume ao atendimento do paciente isoladamente, mas deste dentro de um contexto econômico e social, analisando não apenas a doença, mas também suas causas, atuando no tratamento e também em meios de prevenção desta junto à comunidade.

Para realizar estas ações, ao contrário de profissionais especializados em determinada área para atender a casos específicos, utilizam-se equipes multidisciplinares, com médicos generalistas, agentes comunitários e outros profissionais que atuam em conjunto na identificação e solução dos problemas.

Esta equipe é responsável por um território delimitado, onde passa a atuar junto à população, identificando-se não com determinada instituição (como um hospital ou uma clínica), mas com a sua área de atuação.

No exercício de suas funções, a multidisciplinariedade da equipe visa também aumentar a capacidade de adaptação de técnicas e procedimentos tradicionais para o âmbito local, desenvolvendo novas maneiras de agir, que não se resumem a utilização de novas tecnologias ou o encaminhamento para centro de especialidades, criando condições de solucionar no próprio território os problemas encontrados da melhor forma possível.

No Brasil, o Departamento de Atenção Básica, órgão dentro do Ministério da Saúde que é composto por cinco coordenadorias (Acompanhamento e Avaliação, Alimentação e Nutrição, Gestão da Atenção Básica, Hipertensão e Diabetes, e Saúde Bucal), é o responsável pelo Programa Saúde da Família, que é o modelo escolhido pelo governo federal para organizar a Atenção Básica de Saúde.

### **Estratégia Saúde da Família**

Dentro do ABS, existem várias maneiras de articular suas características e seus objetivos principais no desenho de seu funcionamento, podendo ser gerida pelos modelos de “Medicina Comunitária” da Conferência Alma-Atá de 1978, as “Ações Programáticas de Saúde” das décadas de 70 e 80, os “Sistemas Locais de Saúde (SILOS)” elaborados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) no final dos anos 80, as “Cidades Saudáveis” iniciado em Toronto em 1984, o “Em Defesa da Vida” originária de trabalhos na UNICAMP, a “Vigilância a Saúde” adotada em muitos municípios brasileiros na década de 90, entre outros (Coelho, 2010). Porém todos atuando com base nos pontos descritos anteriormente.

O modelo adotado pelo governo federal para organizar a ABS e servir de referência para os demais entes da federação é o “Programa Saúde da Família- PSF”. Tendo sido editada em 1994 a Portaria 692, que regulava os meios de cobrança para o programa, logo se

transformou no principal modelo a ser adotado, quando já da existência de outros já implantados anteriormente e em funcionamento no país.

Em 1996, o NOB 96 através de um acréscimo ao valor do PAB segundo a cobertura que o programa tinha no município, induzia financeiramente a ampliação da estratégia no território nacional. A NOAS 01, em sua introdução já diz que “A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde”. Porém, foi a Portaria 648 de 2006 que apresentou o maior avanço em relação ao aprofundamento do programa, descrevendo como dever das secretarias estaduais de saúde estimular a “adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica”. Mudando o status de programa para estratégia nacional, deixando de ser uma ação para ser o modelo organizativo de todo o sistema.

Neste modelo, a atenção foca-se no núcleo familiar, como o próprio nome indica, tido como o núcleo social primário do indivíduo (Brasil, 1996), sendo este o principal alvo das ações executadas pelas equipes e a unidade básica de análise (o indivíduo e seu meio familiar).

As equipes são compostas por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, podendo também haver odontólogo, técnico de higiene dental, e um auxiliar de consultório dentário. Atuando em jornadas de 40 horas semanais e responsáveis por aproximadamente 3000 pessoas, sendo o máximo 4000, ou mil famílias, todas residentes em determinado território (Brasil, 2006).

Listadas no Anexo 1 da NOAS 01, são responsabilidades mínimas da ABS o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle a hipertensão, ações de saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, sendo acrescidos por esta norma no Anexo 2 o acompanhamento domiciliar, testes específicos para diabetes, acompanhamento de alta de paciente em tratamento, atendimento a pequenas queimaduras, suturação de feridas na face e na boca, ações odontológicas especializadas, teste imunológico em gestantes, eletrocardiograma e algumas terapias especializadas.

Em sua execução, o governo central é responsável por definir as diretrizes básicas junto a Comissão Tripartite (União, estados e municípios), auxiliar no financiamento e na articulação dos demais entes e monitorar os resultados obtidos; Os estados devem estipular, junto a Comissão Bipartite (estados e municípios), as normas e diretrizes que visem a atender aos conceitos gerais, auxiliar com recursos financeiros, técnicos e materiais os municípios,

sendo estes responsáveis pela execução das ações, levantamento dos dados referentes e seu funcionamento, o controle e o acompanhamento dos trabalhos prestados. E o município pela inserção da Estratégia Saúde da Família em seu território, definir as metas e os mecanismos de acompanhamento local, fornecer a infraestrutura necessária e acompanhar as Equipes Saúde da Família, manter e atualizar o cadastro das famílias e das equipes, e estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais envolvidos (Brasil, 2006).

### **QUALIS/PSF – Incentivo à Estratégia Saúde da Família**

Criado em 1999 no estado de São Paulo, o programa “Saúde da Família – QUALIS/PSF” visa regular as ações na Atenção Básica à Saúde, enquadrando-se dentro das normas federais sobre o assunto, em especial a NOB 96.

Unificando todas as políticas da ABS executadas em São Paulo dentro dele, o QUALIS/PSF se constituiu no programa organizador deste nível de atendimento no estado, e na maneira de incentivar a adoção do PSF pelos municípios.

Dentro dele, encontra-se um conjunto de ações que visam aumentar sua penetração, como a premiação por melhores práticas de Equipes da Saúde da Família, repasse extra para os municípios com menores índices de IDH no estado, o “QUALIS-MAIS”, ou para a ampliação e reforma de unidades básicas de saúde, “QUALIS-UBS”.

## 5 – Características populacionais de São Paulo.

O estado de São Paulo destaca-se em relação ao restante do Brasil, não apenas por sua predominância no cenário econômico, pela concentração do parque industrial nacional ou pela diversidade do setor de serviços em relação aos demais estados, mas também pelas características demográficas.

De acordo com o Censo 2010, o estado tem 645 municípios, com uma população de 41,2 milhões, representando 21% da população nacional. Destes aproximadamente 17,3 milhões vivem em apenas nove municípios com mais de meio milhão de habitantes (Sorocaba, Ribeirão Preto, São José dos Campos, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, Campinas, Guarulhos e São Paulo), sendo apenas na capital 11,1 milhões de pessoas, mais de 25% da população estadual.

Considerando os municípios de porte entre 100 mil e 500 mil habitantes, estes representam cerca de 10,2% do total de municípios, com uma população aproximada de 13,3 milhões de habitantes. Aqueles entre 20 mil e 100 mil habitantes representam 26,6% dos municípios e contêm 17,7% da população. Já a maior parte dos municípios, 62,2%, contém apenas 7,6% dos habitantes do estado. (São Paulo, 2012)

Quadro 2 – Evolução demográfica do estado de São Paulo.

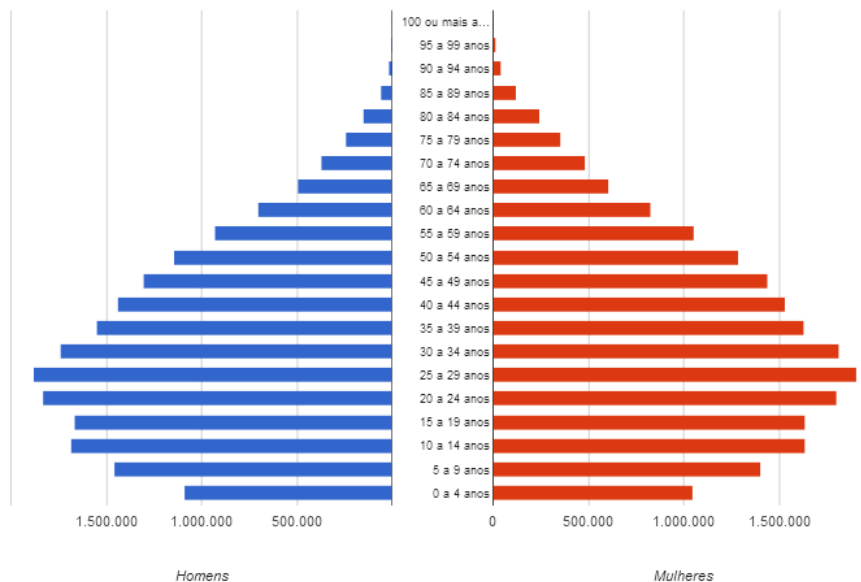
UNIDADES REGIONAIS		MACROMETRÓPOLE	DEMAIS MUNICÍPIOS(**)	ESTADO DE SÃO PAULO
POPULAÇÃO	1991	22.596.804	8.839.469	<b>31.436.273</b>
	2000	26.768.125	10.206.253	<b>36.974.378</b>
	2009 <sup>(*)</sup>	30.292.145	11.341.657	<b>41.633.802</b>
TAXA DE URBANIZAÇÃO (%)	1991	96,2	83,9	<b>92,8</b>
	2000	95,3	88,5	<b>93,4</b>
	2009	94,8	90,9	<b>93,8</b>
CRESCIMENTO (% a.a.)	1991/2000	1,9	1,6	<b>1,8</b>
	2000/2009	1,4	1,2	<b>1,3</b>
PESSOAS POR GRUPOS ETÁRIOS - 2009 (%)	Até 15 anos	23,7	21,6	<b>23,1</b>
	15 a 60 anos	65,9	66,2	<b>66,0</b>
	60 anos e mais	10,4	12,2	<b>10,9</b>

Fonte: São Paulo, 2012 (PPA 12-15)

As características desta população são, segundo o Censo 2010, que 95,9% vivem em áreas urbanas. Em questão a faixa etária, 21,5% da população tem menos de 15 anos, e 11,6%

mais de 60. Em relação ao sexo é composta 51,3% de mulheres. Com uma taxa de analfabetismo de 4,2% entre as pessoas com mais de 15 anos e uma expectativa de vida de 71,5 anos, superior a média nacional.

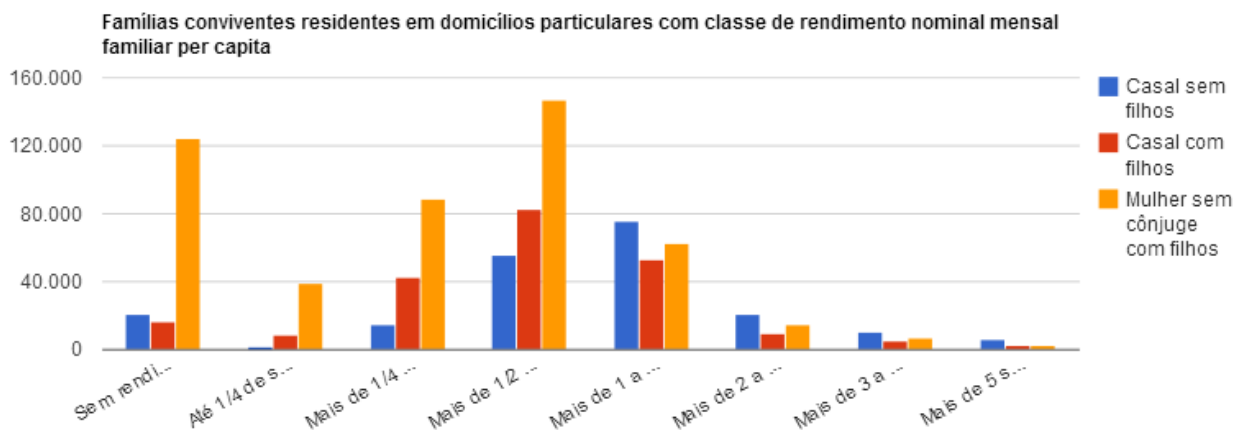
Quadro 3 – Pirâmide etária do estado de São Paulo (2010)



Fonte: Censo 2010

O estado tem um total de 12.827.153 unidades domésticas de organização familiar, sendo que 70,7% destas apresentam apenas uma pessoa como responsável, sendo 61% das vezes homens. Do total de unidades domésticas, 61% é formada por casais com filhos, e 15,4% por mulheres com filhos.

Quadro 4 – Características de residentes domiciliares segundo nível de renda.



Fonte: Censo 2010

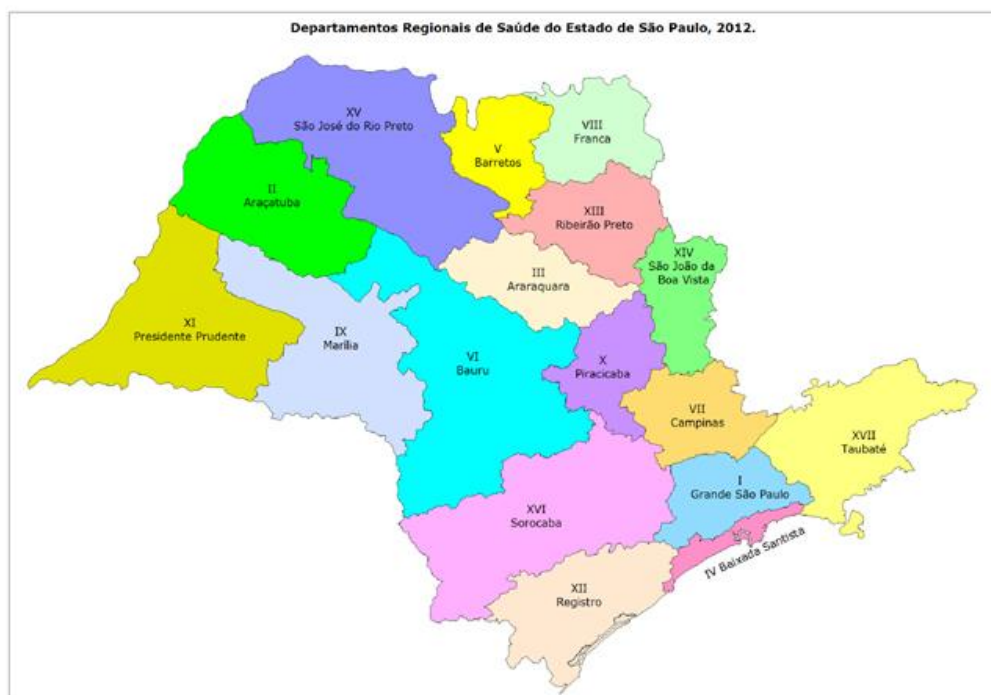
Deste número de unidades domésticas, 86,6% apresentam um banheiro de uso exclusivo com ligação a rede de esgoto, 95% estavam ligados à rede pública de distribuição de água, 93,5% tinha coleta de lixo por serviço público, 99,7% tinham fornecimento de energia elétrica,

Em 2012, segundo o IBGE, ocorreram um total de 110.668 óbitos no estado, sendo 18.118 devido a doenças infecciosas e parasitária, 90 por complicações antes ou durante o parto, 22.364 relacionados ao aparelho circulatório, 13.484 por neoplasia ou tumores, e 3.559 por motivos endócrinos, nutricionais ou metabólicos.

### **Regionais de Saúde do estado de São Paulo**

O estado de São Paulo é dividido em 17 Regionais de saúde, divididas segundo critérios socioeconômicos, cada uma com um centro que é responsável pela coordenação regional dos serviços de saúde, identificação das necessidades, monitoração e avaliação dos serviços prestados, e disponibilização das informações de saúde e gerenciais para possibilitar o acompanhamento e fiscalização pela população e demais níveis de governo sendo o Decreto DOE nº 51.433 (São Paulo, 2006).

Imagem 3 – Divisão do estado de São Paulo por Regional de Saúde



Fonte: Secretaria estadual de saúde.



Abaixo será exposta uma tabela com algumas informações referentes a cada regional de saúde, para permitir uma compreensão das diferenças existentes dentro do estado e sua heterogeneidade, mesmo na maioria dos casos estando acima da média nacional.

Quadro 4 – Características socioeconômicas, domiciliares e de cobertura populacional do estado de São Paulo.

Regionais	Populacao				Renda media domiciliar per	N° de domicilios com			Cobertura Pop. da ESF (2008)
	Habitantes	nascidos vivos	Proporcao de Idosos	Taxa de analf.		Agua encabada	Coleta de Lixo	Esgoto encanado	
Grande São Paulo	19.683.975	310.029	10,58%	3,5%	1.175,04	1.847.106	1.882.606	1.581.409	21,60%
Araçatuba	719.323	8.793	13,79%	5,9%	817,69	147.883	149.073	143.255	50,87%
Araraquara	920.257	11.776	12,65%	5,0%	888,88	91.919	93.445	91.222	28,55%
Baixada Santista	1.664.136	24.360	13,05%	4,0%	967,78	186.795	193.346	100.303	27,36%
Barretos	409.267	5.002	13,37%	5,6%	803,92	65.312	65.774	65.280	40,49%
Bauru	1.624.623	21.386	12,80%	5,3%	857,35	173.059	176.823	169.126	25,39%
Campinas	4.031.910	56.374	11,28%	3,9%	1.073,43	360.971	378.687	320.559	23,33%
Franca	649.807	9.075	11,60%	5,0%	816,14	59.092	59.815	59.277	30,63%
Marília	1.068.408	13.541	14,18%	6,0%	791,14	192.188	194.040	187.593	48,47%
Piracicaba	1.412.584	18.339	12,05%	4,2%	938,45	137.843	139.322	136.316	28,07%
Presidente Prudente	722.192	8.933	13,89%	6,8%	795,17	177.337	177.522	167.681	69,20%
Registro	273.566	4.010	12,45%	8,5%	524,2	35.202	40.925	25.595	68,60%
Ribeirão Preto	1.327.989	17.971	11,85%	4,6%	1.014,66	119.559	120.682	118.927	17,37%
S.João da Boa Vista	773.781	9.682	13,12%	5,2%	819,5	172.559	177.473	172.027	21,94%
S.José do Rio Preto	1.472.771	17.297	14,67%	5,8%	887,75	178.276	185.082	176.673	35,03%
Sorocaba	2.243.016	32.015	10,99%	4,9%	798,47	130.778	144.376	111.200	23,11%
Taubaté	2.264.594	32.762	10,70%	3,8%	910,4	230.561	260.117	180.811	34,56%
<b>TOTAL</b>	<b>41.262.199</b>	<b>601.352,00</b>	<b>11,46%</b>	<b>4,2%</b>	<b>1.036,51</b>	<b>4.306.440</b>	<b>4.439.108</b>	<b>3.807.254</b>	<b>26,36%</b>

Fonte: Datasus; Sao Paulo (2010)

Pelos dados expostos, observa-se a grande heterogeneidade entre as Regionais, com Regionais com grande contingente populacional, com índices abaixo da média, como Sorocaba, e Regionais com pequeno porte, mas com elevados índices sanitários, como Araçatuba. No conjunto das 17 regionais, as que se destacam positivamente são as da Grande São Paulo e Campinas, e negativamente de Registro e Marília. Devemos nos atentar ao fato que estes números representam as Regionais, que englobam um conjunto de municípios, e não apenas a cidade que a nomeia, o que poderia levar-nos a avaliar de maneira equivocada os indicadores, como no caso de Sorocaba e Presidente Prudente, no qual o município apresenta índices superiores ao da regional.

Na apresentação das informações das equipes, de assistência e de indicadores de saúde, os dados serão apresentados em três grupos, para facilitar a visualização e análise, o primeiro contando apenas com o Regional da Grande São Paulo, o segundo com aquelas com mais de um milhão de habitantes, e o terceiro com as com menos de um milhão de habitantes.

## 6 – Análise dos Planos Plurianuais – PPA`s

Para uma avaliação mais clara dos resultados alcançados pelos programas executados pelo poder público, devemos primeiro analisar quais as metas almejadas durante a formulação e implementação destes. Uma das maneiras de se conhecer estas metas é através do Plano Plurianual (PPA), um documento feito pelo Poder Executivo no primeiro ano de governo que descreve as prioridades, os objetivos e as metas para os próximos quatro anos.

O Plano Plurianual (PPA) é uma peça de planejamento de médio prazo para toda a administração pública, que deve nortear a Lei de Diretrizes Orçamentarias (LDO) de cada um dos anos de vigência, orientando os gastos, o foco das políticas, e os objetivos do governo. Sendo sua formulação obrigatória para todos os níveis de governo pelo marco constitucional, estando o PPA descrito no Art. 165, da Constituição de 1988. (Giacomoni, 2007).

Desta forma analisaremos os quatro PPA`s do estado de São Paulo que compreendem o período do início do programa QUALIS/ PSF até a data desta pesquisa, os PPA`s 2000-2003, 2004-2007, 2008-2011, e 2012-2015. Tendo em visto que sua confecção é um planejamento para o período, só serão expostos as prioridades, os programas, as ações e as metas descritas, deixando a comparação com o executado para as seções seguintes.

### PPA 2000 – 2003

No PPA 00-03 logo no início do documento já está descrito como uma das diretrizes de atuação do governo garantir a *Segurança e a Justiça Social*, com atenção especial à criança e ao adolescente em situação de risco, tendo como programas criados para isso o “*Assistência à Criança e ao Adolescente*” e o “*Assistência à Família*”; Outra diretriz é o *Desenvolvimento Humano*, que buscava alcançar um desenvolvimento econômico com maior equidade social, reduzindo a exclusão e atendendo as camadas mais marginalizadas da sociedade.

Dentro desta encontram-se os programas de saúde planejados pelo estado, tendo como dois dos focos a “*melhoria da qualidade de vida, em termos de elevação dos padrões de saúde pessoal ou ambiental ou do atendimento médico-hospitalar*” e o “*combate às exclusões de qualquer natureza, resgatando os segmentos da sociedade afetados pela pobreza crítica, pela dependência às drogas, pela incapacidade física ou por outros problemas agudos*”.

Buscando aumentar a qualidade de vida, a elevação dos padrões de saúde, e com foco de ação nos seguimentos mais marginalizados se encontram os programas “*Apoio ao*

*Atendimento Descentralizado da Saúde,” “Melhoria da Qualidade e Expansão do Atendimento”, “Assistência ao Idoso”; “Assistência ao Portador de Deficiência” e o “Qualis – Programa de Saúde da Família”.*

Na descrição detalhada do programa QUALIS/PSF, diz que este tem como objetivo “assegurar ações integrais de saúde à população (promoção, prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e realização), reorganização da atenção básica”, sendo destinados durante os quatro anos do PPA um valor de R\$: 209.460.000,00 de recursos estaduais, descrevendo como metas: 1- ampliar para 310 o nº de equipes de saúde da família na capital para atender 1.395.000 habitantes; 2- ampliar para 166 o nº de equipes de saúde da família nos demais municípios da grande São Paulo para atender 745.200 habitantes; 3- implantar 88 equipes de saúde da família no Vale do Ribeira para atender 396.000 habitantes; 4- ampliar para 560 o nº de equipes de saúde da família nos demais municípios do interior para atender 2.521.800 habitantes; 5- equipar 60 unidades básicas de saúde para implantação do programa saúde da família.

#### **PPA 2004 – 2007**

No PPA 04-07 diz que a universalidade, a solidariedade e a integralidade são os princípios que devem orientar a formulação das ações voltadas para a área social, sendo a “*Universalização do Acesso a Bens e Serviços Essenciais*” um dos eixos de atuação do governo estadual, buscando através deste articular e integrar, sempre que possível junto aos municípios, os serviços básicos de atenção à saúde, saneamento, moradia e infraestrutura , visando ampliar o acesso da população de baixa renda a estes.

Dentro da função Saúde esta expõe que a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a desnutrição infantil sempre foram prioridades das políticas públicas no Brasil, porém em São Paulo este cenário apresenta um quadro diferente do restante do país, pois a mortalidade infantil e materna e a desnutrição apresentam índices inferiores a media nacional, sendo o principal problema no estado o aumento das doenças crônico-degenerativas, devido ao envelhecimento da população.

Analisa-se depois alguns grupos de indicadores, dos quais três relevantes para esta pesquisa: os ligados à **Saúde da Criança**, que mostra que desde 1980 até 2002, houve uma queda nos índices de mortalidade infantil, com uma mudança nas principais causas de diarreia, parasitas e complicações respiratórias, para causas perinatais, pela falta de pré-natal

de qualidade, cuidados à gravidez de alto risco, e acompanhamento posterior ao nascimento; apresentando ainda a existência de uma grande diferença em relação ao número de casos de desnutrição nos grandes centros urbanos para os nas áreas rurais; os ligados à **Saúde da Mulher**, que apresentam como prioridades a redução da morbi-mortalidade materna; a realização de diagnóstico e tratamento precoce de DST (doença sexualmente transmissível); atenção à mulher vítima de violência; o incremento do atendimento à mulher no climatério e à terceira idade; implementação das ações educativas do conhecimento da sexualidade e dos direitos da mulher; e ligados à **Saúde do Idoso**, que apontam como principais causas de morte as doenças isquêmicas do coração, as doenças cérebro-vasculares, a pneumonia e a diabetes mellitus. Apontando também um custo médio hospitalar superior dentro da população com mais de 60 anos.

Neste PPA, está descrito o eixo de ação do Governo Solidário, que tem como um de seus programas o “*Apoio à Atenção Básica de Competência Municipal com o Objetivo de Universalidade*”, que busca ampliar o acesso à atenção básica a população nas áreas mais carentes, auxiliando as prefeituras que tem baixa capacidade de gestão e apresentam Índices de Desenvolvimento Humano – IDH baixos em relação ao restante do estado, às áreas de assentamento, e às comunidades remanescentes de quilombos. Através de recursos para apoio às campanhas de vacinação, distribuição de medicamentos essenciais, e de auxílio para o Programa de Saúde da Família – QUALIS/PSF.

Assim nota-se que o QUALIS/PSF, inicialmente um programa, passa a ser uma atividade dentro de outro programa maior dentro deste PPA, onde em sua descrição detalhada consta que serão destinados R\$: 435.354.865,00 no período, tendo como objetivo “*apoiar e complementar a ação municipal para atingir a universalidade da atenção básica local*”, apresentando como justificativa a “*insuficiência funcional do gestor municipal em implantar ações básicas de saúde para garantir o princípio da universalidade do sistema único de saúde - SUS*”. Apresentando como meta a implantação de mais 124 Equipes de Saúde da Família, com foco nas áreas mais carentes do estado.

## **PPA 2008 – 2011**

No PPA 08-11, na descrição das diretrizes para a área da saúde, apresenta-se como objetivo a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do atendimento, através da expansão e aprimoramento dos serviços de saúde, apresentando como focos de ação o “*aperfeiçoamento*

*a universalidade da atenção à saúde, a garantia da equidade, e a redução das desigualdades existentes entre as diversas regiões e estratos da população”.*

Em relação à Atenção Primária em Saúde, o objetivo é ampliar o apoio à gestão municipal, dando continuidade ao programa de *“Apoio à Atenção Básica de Competência Municipal com Objetivo de Universalidade”*, sendo este executado através de três ações: o Projeto Qualis – Programa de Saúde da Família; o Dose Certa, e a capacitação de gestores municipais e de profissionais da atenção básica.

Apresenta-se também como prioridade a redução da mortalidade infantil e materna. Pois mesmo apresentando índices inferiores ao restante do país, em algumas regiões do estado estes índices ainda necessitam de maior atenção. Contando ainda com o programa de *“Controle de Doenças e Promoção de Saúde”*, que busca a detecção e a prevenção de fatores que impactam na saúde individual e coletiva, recomendando medidas de prevenção e controle destes fatores.

Outra ação apresentada no documento buscando ampliar os cuidados integrais a saúde e melhorar os indicadores de áreas tidas como mais relevante são a atenção à saúde bucal integral; a atenção qualificada e não institucionalizante da saúde mental; e a atenção à saúde da população negra.

Desta forma criando outras políticas, não relacionadas ao QUALIS/PSF, mas com finalidades similares, atuando paralelamente a este, o governo não gerencia um programa global, mais um conjunto de atividades que se relacionam diretamente com os indicadores que pretende impactar.

Na descrição detalhada do programa de *“Apoio à Atenção Básica de Competência Municipal com o Objetivo de Universalidade”* esta previsto um total de R\$: 483.931.682,00. Apresentando como objetivo *“complementar a ação municipal para atingir a universalidade da atenção básica local”*, com a justificativa de *“apoiar o gestor municipal nas ações básicas de saúde para assegurar o cumprimento do princípio da universalidade no sistema único de saúde – SUS”*.

Alguns dos indicadores apontados para o monitoramento do programa é a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal, querendo alcançar o índice de 75%, e a média anual de consultas médicas nas esferas de especialidades básicas, por habitante, querendo alcançar 1,7 consultas por habitante. Expondo como metas a capacitação de 64 gestores municipais e de profissionais da atenção básica, e um aumento de 400 equipes PSF implantadas, através do QUALIS - Programa de Saúde da Família.

## PPA 2012 – 2015

No PPA 12-15, apresentam-se como metas gerais para a saúde na atenção básica diminuir a proporção de internações no SUS causadas por fatores relacionados a este nível de atenção, sendo 16,06% na data de formulação do documento; e manter a média de consultas por especialidades básicas no SUS por habitante ao ano entre 1,5 e 2,5, dependendo da especialidade, sendo a média apontada de 1,84 consultas por habitante ao ano.

O PPA 12-15 aponta para os índices de mortalidade infantil e materna, e a atenção integrada à saúde da mulher, como dentro dos padrões recomendados pela OMS, porém ainda como foco das ações do governo, especialmente em algumas regiões em que esta ainda apresenta índices elevados. Após isso faz uma descrição das unidades e centros de saúde do estado, de alta complexidade, como os Hospital da USP, UNICAMP e UNESP, e o Hospital do Câncer, e de atenção básica, como as 877 Unidades de Saúde, os 37 Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs), e os centros de especialidade de atenção psicologia e de tratamento de dependência química. Porém em nenhum local fala-se sobre o Programa Saúde da Família ou faz alguma menção ao QUALIS/PSF, diferente dos documentos anteriores.

Ao final ele indica as mudanças demográficas que vem ocorrendo nos últimos anos no estado, o que tem feito com que a demanda por serviços de saúde tenha sofrido uma alteração, levando a uma mudança em algumas de suas prioridades, preparando-se mais para o atendimento e cuidado da camada da população que mais tem aumentado nos últimos anos, as das pessoas acima de 60 anos, que exigem serviços mais complexos e de custo mais elevado. Como já exposto no PPA 08-11.

Como um dos objetivos estratégicos apontados, encontra-se a “*Universalidade e equidade da atenção à saúde*”, que visa garantir a população o atendimento de todos os níveis de complexidade, buscando não apenas a universalidade, mas também a diminuição das desigualdades através de investimentos nas áreas mais carentes, dando atenção ao princípio da equidade.

Na seção sobre Saúde, expõem-se como objetivo “*atender as necessidades de saúde da população paulista por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de garantir acesso às informações relevantes para que os cidadãos conheçam seus direitos e os riscos à sua saúde.*”. Porém em nenhum lugar do PPA 12-15 encontra-se algo sobre o Programa Saúde da Família, ao QUALIS/PSF, ou algo relacionado a estes, sendo o mais próximo o programa “*Gestão em saúde*”, com recursos previstos de R\$: 300.610.661,00,

que apresenta como objetivo o aperfeiçoamento da capacidade de gestão da secretaria estadual de saúde. Mas apresentando como público alvo as coordenadorias, os departamentos regionais de saúde, os municípios, e os serviços de assistência à saúde do SUS/SP.

Apresentando como alguns indicadores a “cobertura sobre os agentes comunitários de saúde sobre a população geral”, buscando alcançar 80%, e a “Media anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas”, buscando-se atingir a média de 1,85 consultas por habitante ao ano. E como ação, apresenta o “*Apoio técnico e financeiro a atenção primeira em saúde de competência municipal*”, tendo como meta atingir os 645 municípios do estado.

Desta forma, observa-se que ao contrario dos três PPA anteriores, o PPA 12-15 não apresenta nenhuma ação ou menção específica ao Programa Saúde da Família ou ao QUALIS/PSF, sendo a atuação dos agentes comunitários e o auxílio a gestão municipal à atenção primária à saúde o mais próximo que foi possível encontrar no documento.

## **7 - Financiamento do sistema saúde pública**

O financiamento da saúde pública no Brasil sofreu grandes mudanças no último século, de acordo com o modelo vigente, exposto anteriormente. Tendo início com as ações sanitárias e coletivas, os recursos para a saúde estavam ligados às áreas de vigilância sanitárias, ou destinadas para alguns hospitais públicos ou filantrópicos, como os militares e as Santas Casas de Misericórdia (Coelho, 2010).

A partir dos anos 20, com a aceleração do processo de urbanização, aumento da massa trabalhadora industrial e mudança no foco das ações em saúde, os recursos destinados a esta área se desvinculam das atividades sanitárias. Inicia-se o processo de individualização e hospitalização da saúde, com um caráter previdenciário, sendo destinados apenas à população contribuinte dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), ou seja, trabalhadores urbanos, sendo também diferenciado segundo a categoria econômica a qual pertencia. (Bossato e Rodrigues, 2012)

Nos anos 40, ocorre a unificação destes benefícios em um único programa, ainda de caráter previdenciário e destinados apenas aos contribuintes, porém agora com uma homogeneização dos serviços entre todos os beneficiários.

A partir de 1975 inicia-se um movimento a favor de uma reforma sanitária e de um novo modelo de atenção à saúde pública, fazendo com que estados e municípios começassem a implementar políticas de saúde. No entanto, em nível local estas focavam-se em ações sanitárias, e nos estados no financiamento ou gestão de hospitais, não constituindo assim um sistema, mas ações autônomas financiadas com recursos próprios. (Bossato e Rodrigues, 2012)

Apenas com a Constituição de 1988, que transformou a saúde em um direito de todos os cidadãos, e a regulamentação do SUS, que criava regras claras de gestão e financiamento do sistema, que este cenário mudou. Sendo agora os recursos destinados à saúde provenientes do Sistema de Seguridade Social.

Por este, o financiamento do sistema passou a ser feito conjuntamente pelos três níveis de governo, mas sem especificar claramente de que forma isto seria feito. Desta forma, o primeiro modelo utilizado para a aplicação e o repasse de verbas foi o de pagamento por serviços prestados, onde a União e os estados repassavam a verba segundo a capacidade de ação do gestor deste. Porém isso gerou dois problemas.



O primeiro foi a concentração, visto que as cidades maiores detinham melhores estruturas e mais recursos próprios, estas tinham a capacidade de prestar mais serviços, o que aumentava a destinação de receitas para elas, aumentando sua capacidade, criando um círculo vicioso, que quanto maior sua capacidade, mais se recebia, excluindo os municípios mais carentes. O segundo foi a corrupção e o desvio, que pela falta de controle e fiscalização, buscava-se aumentar a destinação de recursos através de falsos dados dos serviços ou aumento das estimativas de atendimentos prestados. Com isso, nas NOB 93 e 96, criaram-se processos nos quais as transferências passam a ser automáticas, diminuindo estes problemas, onde população e necessidade passam a ser levados em consideração. (Bossato e Rodrigues, 2012)

Cria-se também o Sistema de Repasse Fundo a Fundo, onde os recursos do Fundo Nacional da Saúde são transferidos, de forma automática, para fundos estaduais e municipais, segundo a categoria de atendimento. Na Atenção Básica, este repasse é feito segundo os critérios do Piso de Atenção Básica (PAB), sendo este constituído de duas partes, uma fixa (PAB-fixo) que corresponde ao recebimento de um valor entre R\$: 10,00 e R\$:18,00 por habitante do município, dependendo das características municipais, e uma variável (PAB-variável) que é proporcional a quantidade de ações realizadas referentes a ABS, entre elas a manutenção de Equipes de Saúde da Família, recebendo por equipe um valor entre R\$: 2.801,00 e R\$: 5.400,00 por mês, dependendo da característica da equipe (básica ou estendida). (Bossato e Rodrigues, 2012).

Neste contexto, o estado passa a ter como responsabilidade auxiliar financeira e tecnicamente os municípios, coordenar regionalmente as ações implementadas, monitorar a execução municipal, e avaliar os resultados alcançados, gerando informações úteis ao cálculo dos recursos que serão destinados pelo PAB-variável e pelo próprio estado.

### **O financiamento estadual de São Paulo para Atenção Básica e o QUALIS.**

Com o intuito de analisar o auxílio a ABS pelo estado de São Paulo, foram pesquisados no site da Secretaria da Fazenda estadual as despesas orçamentárias executadas dos anos de 2000 (início do QUALIS) até 2012 (último período com os dados anuais completos). Com isso não foram consideradas as despesas planejadas ou aquelas dos balanços financeiros e patrimoniais. Sendo os valores encontrados apresentados na tabela abaixo.

Quadro 5 - Receitas Orçamentarias executas por ano e categoria no estado de São Paulo.<sup>21</sup>

Ano	Despesas totais orçamentarias	Despesas Saúde	Atenção Básica a Saúde	QUALIS	Apoio a Atenção Básica de competência municipal
2000	43.285.632.304,20	3.210.870.421,59	80.230.674,84	59.956.553,70	-
2001	47.156.098.071,17	4.101.060.446,36	115.079.565,27	82.541.549,12	-
2002	52.420.669.489,58	4.682.322.466,32	85.398.756,14	56.609.937,34	-
2003	57.559.092.458,58	5.739.247.447,15	33.871.098,69	25.092.960,82	-
2004	65.724.833.217,81	7.822.608.440,62	37.820.314,09	26.393.068,76	76.747.102,72
2005	75.946.900.621,71	8.466.233.150,45	33.524.704,02	23.140.334,56	72.136.727,10
2006	84.313.060.973,83	9.462.983.857,55	37.904.075,06	26.642.153,56	46.421.647,29
2007	96.095.014.842,51	10.326.199.764,35	37.052.626,02	23.396.122,09	99.997.881,70
2008	120.734.533.460,18	12.302.235.951,16	55.896.397,71	34.405.512,09	99.153.048,67
2009	130.760.670.353,56	13.590.457.994,00	48.246.364,78	21.287.950,00	101.397.541,61
2010	147.056.059.385,73	14.990.193.655,84	57.730.765,37	25.403.100,00	102.270.519,76
2011	159.949.788.187,88	16.094.276.346,73	79.981.901,83	39.514.250,00	153.985.412,02
2012	173.106.698.940,17	17.568.803.978,52	185.469.129,51	36.202.332,00	-

Fonte: SIAFEM, Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo.

Para a análise, foram calculadas as relações percentuais entre cada um dos valores apresentados, com isso buscou-se excluir a necessidade da correção monetária para deflacionar os valores durante o período estudado, e permitir uma visão mais clara da composição anual dos gastos do governo. Desta for construiu-se a tabela a seguir, onde “% gastos com saúde” é a relação das despesas com saúde (total de despesas executadas dentro da função saúde) e as despesas totais orçamentarias (total de despesas orçamentarias executadas no ano); “% despesas na atenção básica” e “% Apoio aos Municípios” são a relação dos gastos da Atenção Básica a Saúde, e do Apoio a Atenção Básica de competência municipal, com as despesas com saúde; e “% QUALIS”, é a relação das despesas do QUALIS-PSF em relação aos gastos totais com Atenção Básica.

<sup>21</sup> \*Nota técnica: dos anos 2000 à 2003 as despesas do QUALIS constam na categoria “Programa”, com o código e o nome “0906-QUALIS-PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA”, dos anos 2004 à 2012 o QUALIS é apresentado na categoria “Atividade”, com o código e o nome “48670000- QUALISMAIS-APOIO QUALIFICACAO ATENCAO BASICA”, e em 2012 na categoria “Projeto” com o código nome “24450000-APOIO TECNICO FIN.AT.PRIMARIA SAUDE COMP.MUN.” Nos três casos o valor apresentado é igual a soma das despesas diretos em “Outras Despesas Correntes” e “Outras Despesas de Capital” na subfunção 301- Atenção Básica. E nos anos 2004 à 2011 também consta na categoria “Programa” o item “0926-APOIO A ATENCAO BASICA DE COMPETENCIA MUNICIPAL CO”.

Quadro 6 – Proporção das Receitas Orçamentarias executas por ano e categoria no estado de São Paulo

<b>Ano</b>	<b>% Gastos em Saúde</b>	<b>% despesas na Atenção Básica</b>	<b>% QUALIS</b>	<b>% Apoio aos Municípios</b>
2000	7,42%	2,50%	74,73%	-
2001	8,70%	2,81%	71,73%	-
2002	8,93%	1,82%	66,29%	-
2003	9,97%	0,59%	74,08%	-
2004	11,90%	0,48%	69,79%	0,98%
2005	11,15%	0,40%	69,02%	0,85%
2006	11,22%	0,40%	70,29%	0,49%
2007	10,75%	0,36%	63,14%	0,97%
2008	10,19%	0,45%	61,55%	0,81%
2009	10,39%	0,36%	44,12%	0,75%
2010	10,19%	0,39%	44,00%	0,68%
2011	10,06%	0,50%	49,40%	0,96%
2012	10,15%	1,06%	19,52%	-

A primeira observação que pode ser feita é a forte elevação dos gastos com saúde do período de 2000 à 2004, depois uma pequena queda nos anos seguintes, estabilizando-se em torno de 10,2%. Este processo pode ser explicado pela criação da EC29/00, que obrigava uma porcentagem mínima de gastos com saúde. Nos anos 2004 a 2007, nota-se um valor acima dos demais, fato que pode ter como explicação a inexistência de critérios claros do que poderia ser considerado gasto com saúde e/ou os investimentos em reestruturação do sistema de saúde estadual buscando-se adequar a nova norma. Nos anos seguintes, como a especificação do que são gastos com saúde, e com a EC29/00, observa-se a estabilização das despesas<sup>22</sup>.

Na porcentagem de despesas na Atenção Básica, nota-se uma queda constante do início até o ano de 2006, onde após isso houve uma estabilização e uma elevação no último ano. A primeira vista isso poderia indicar uma deterioração dos cuidados voltados à atenção básica à saúde, porém devemos levar em consideração que este nível de atenção é executado principalmente pelo nível municipal, sendo uma esta uma explicação para a queda percentual desta função no orçamento estadual, destinado principalmente ao apoio a gestão local. Por

<sup>22</sup> A EC 29/00 prevê que 12% da receita estadual devam ser gastas com saúde, na tabela o índice reflete apenas os gastos orçamentários, e não o total de despesas na função saúde em relação as receitas.

outro lado, se somarmos a porcentagem da atenção básica a saúde, mais os repasses de apoio aos municípios, juntos (excetuando 2006), nunca esteve abaixo de 1,05%, mostrando uma queda menor do que inicialmente aparentava.

Se excluirmos os três primeiros anos, vemos que existe uma constância nos gastos nesta subfunção. Este comportamento, durante o período inicial, pode ser explicado por dois motivos. A primeiro que nos primeiros anos, houve uma necessidade maior de recursos para a implantação e reestruturação da atenção básica, o que pode ser observado tanto nos valores presentes no item “outras despesas de capital”, maior nos três primeiros anos, como na lei de criação do QUALIS que já expunha como objetivo a “reorientação da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS/SP”; A segunda é que o valor inicial dos três primeiros anos para a função saúde, que devido apresentarem um peso menor no orçamento estadual, ampliaram a participação proporcional neste nível de atenção.

Analisado separadamente apenas o QUALIS, ele apresenta uma diminuição do seu peso dentro da subfunção Atenção Básica. Isso pode ser entendido, tanto pelo exposto anteriormente, como pela posterior inclusão da ação Apoio a Atenção Básica de Competência Municipal (incluída como ação dentro da subfunção Atenção Básica em 2012, como exposto anteriormente no PPA 12-15), sendo uma ação com uma finalidade similar (voltada ao auxílio da gestão da atenção básica/primária no nível municipal). Se analisada desta forma, observa-se uma estabilização nas despesas destinadas ao auxílio da gestão municipal da atenção básica a saúde.

Outro ponto relevante é apontado por Lima e Andrade (2009), que em relação aos municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes), principalmente nas regiões Sul e Sudeste, os recursos destinados à saúde são provenientes principalmente de tributos próprios ou transferências automáticas, como o ICMS e o PAB, considerando também que nestas regiões apresentam uma proporção maior de municípios nos quais as transferências do SUS são maiores que as do Fundo de Participação dos Municípios.

Ainda segundo Lima e Andrade (2009), a maioria dos municípios de grande porte populacional tem a função saúde financiada principalmente com fontes própria ou provinda da União. Em relação a transferências estaduais aos municípios para a função saúde, o ICMS mostra-se mais relevante que as transferências condicionadas. Por causa disso, as ações das secretarias estaduais de saúde para ampliação das atividades exclusivas da saúde através de incentivos financeiros são limitadas, sendo outras formas de ação ainda pouco utilizadas.

## 8 – Indicadores da ESF no estado de São Paulo

Nesta parte será apresentada a evolução de cinco grupos de indicadores referentes à ESF no estado de São Paulo. Cada um deles busca detalhar um ponto específico do programa, permitindo assim uma compreensão dos diferentes focos que é possível dar ao programa, que mesmo não representando a totalidade dos objetivos previstos pela ESF, busca-se expor aqueles tidos como principais, sendo os eles:

**Evolução das Equipes:** este grupo busca demonstrar os números mais gerais sobre o funcionamento do programa, como o número de equipes, a cobertura populacional, a quantidade de pessoas cadastradas, e as visitas realizadas em cada período. Neste grupo o foco será analisar a abrangência da ESF no estado;

**Atendimento pelas Equipes Saúde da Família:** como aprofundamento do grupo anterior, será apresentado alguns números referentes a atuação das Equipes da Saúde da Família, como as internações domiciliares e atendimento individualizado, e os encaminhamentos para atendimento especializado e para internação hospitalar. Busca-se aqui apresentar os resultados mais globais referentes à atuação das equipes;

**Saúde da Mulher:** serão apresentados indicadores tidos como relevantes para o monitoramento da atuação das Equipes Saúde da Família em relação a saúde feminina, como conta nos PPA's, sendo eles atendimento preventivo, o acompanhamento das gestantes, e o número de atendimentos pré-natais realizados. Assim evidenciando as principais ações dentro da ESF voltadas para as mulheres;

**Saúde Infantil:** as crianças também representam outro grupo priorizado pela ESF, por isso foram escolhidos os indicadores de recém-nascidos com menos de 2500g, o número de atendimentos puericulturais, o número de crianças com menos de 1 ano com vacinação em dia, e o número de crianças menores de um ano com desnutrição. Dando ênfase nos cuidados iniciais da infância, podendo ser visto como base para o restante do crescimento.

**Atendimentos sobre Diabetes:** o cuidado com diabetes esta presente nos documentos referentes a atuação da ESF (como a NOAS 01), e também no PPA 04-07, que aponta ele como uma das *“principais causas de morte para idosos”*, por isso foram escolhidos o número de atendimentos domiciliares de acompanhamento, o número de diabéticos acompanhados, e o número de hospitalizações realizados devido a complicações causadas por diabetes. Mostrando assim os índices específicos sobre esta doença, tida como relevante tanto dentro da ESF como pelo estado de São Paulo.

Na apresentação dos dados, foram divididos em três grupos cada indicador, segundo a Regional de Saúde, a da Grande São Paulo, a das Regionais com mais de 1 milhão de habitantes, e aquelas com menos de 1 milhão de habitantes. Buscando assim apresentar de forma mais clara e evitando distorções de escala causadas pelos valores extremos, sejam máximos (Grande São Paulo e Campinas), sejam mínimos (Registro e Barretos).

Um ponto a salientar é que os dados apresentados não configuram a totalidades dos objetivos ou das informações referentes à ESF ou do estado de São Paulo, mas um conjunto escolhido que busca representar da melhor forma possível os principais focos da ESF, ou seja, a busca pela universalidade, a organização dos níveis de maior complexidade (encaminhamentos para especialidades e para internações hospitalares), e a atenção a grupos focais (mulheres, crianças e diabéticos).

Em relação à coleta de dados, todos os gráficos apresentados foram coletados no site do Datasus, tendo como critério as Regionais de Saúde do estado de São Paulo e as referências apenas no atendimento realizados pelas Equipes Saúde da Família (tanto as básicas como as estendidas, e excluindo as referentes apenas as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – ACS). Também foram considerados os anos de 1998 e 1999 para termos uma comparação dos números antes do início do programa.

Desta forma, buscou-se tentar isolar os impactos específicos do Programa QUALIS/PSF, e a atuação das Equipes Saúde da Família dentro do estado após o ano de 2000, quando este passou a vigorar.

A análise das informações apresentadas será realizada nas seções seguintes, sendo feitas apenas algumas observações junto aos dados expostos nesta parte do trabalho. Com isso buscou-se, no momento na análise, observar todas as informações de maneira mais global, e não individualizada, para não fragmentar a visão do todo.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Em relação a Regional da Grande São Paulo, o ano de 2011 apresenta uma brusca queda e depois uma recuperação aos patamares anteriores no ano seguinte em alguns índices apresentados. Em nenhum local, tanto em documentos do governo como na literatura sobre a Saúde da Família foram apresentados motivos para isso, e no detalhamento por cidade apenas São Paulo dentro da Regional também apresenta esta queda, então no trabalho este pico foi considerado como um erro no cadastro dos dados da cidade, devido a sua recuperação em 2012 e não se repetir em nenhuma outra cidade ou Regional de saúde.

## Evolução das Equipes

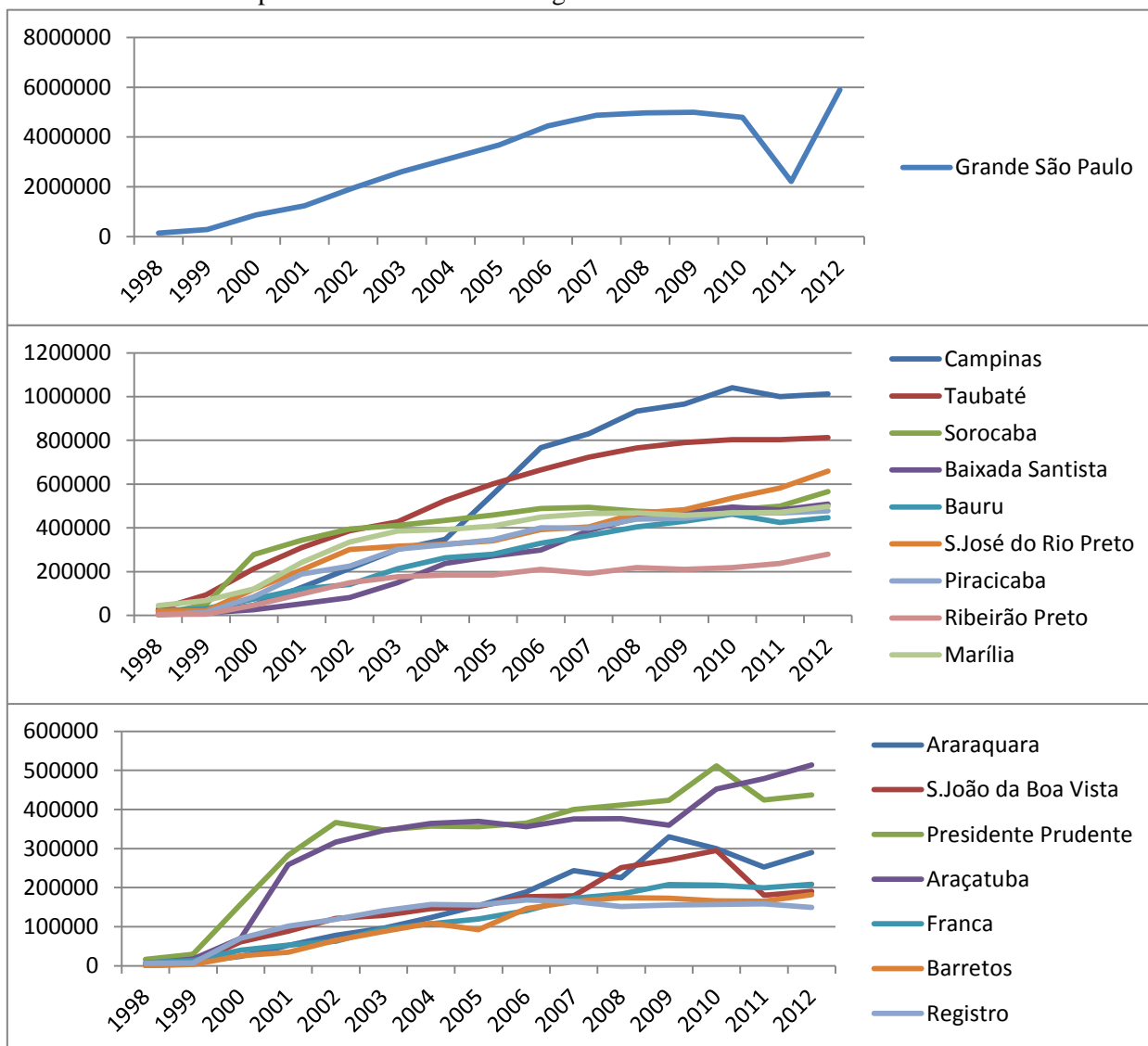
Quadro 7 – Número de municípios, equipes credenciadas e implantadas, e cobertura populacional.

<b>Ano</b>	<b>N. de Municípios com equipes Saude da Familia</b>	<b>Equipes Saude da Familia credenciados pelo Ministério da Saúde</b>	<b>Equipes Saude da Familia implantados</b>	<b>Proporção de cobertura populacional estimada</b>
1998	79	208	154	1,51%
1999	111	337	237	2,29%
2000	278	1.017	828	7,75%
2001	351	2.388	1.175	10,46%
2002	413	2.525	1.774	15,76%
2003	436	2.849	2.101	18,46%
2004	452	3.258	2.354	20,42%
2005	454	3.676	2.527	21,89%
2006	466	3.951	2.780	23,13%
2007	474	4.169	2.941	24,11%
2008	485	4.336	3.134	25,63%
2009	487	4.792	3.216	26,36%
2010	499	5.026	3.380	27,52%
2011	507	5.328	3.524	28,72%
2012	516	5.417	3.792	30,70%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Observa-se que a maior evolução, tanto relativa como absoluta, ocorreu no início do Programa QUALIS/PSF, quando do ano anterior a ele (1999), quanto ao posterior ao seu início (2001), 240 municípios adotaram a Estratégia Saúde da Família, considerando ainda que nos 11 anos seguintes houve um aumento de 165 municípios. E foram implementadas 938 novas equipes. Este ritmo de expansão da ESF ocorreu até o ano de 2003, coincidindo com o término do PPA 00-03, que expunha como um dos seus objetivos a reorganizar a Atenção Básica à Saúde no estado. Após esta data a evolução se manteve, porém sempre em níveis inferiores ao do período inicial.

Gráfico 1 - Número de pessoas cadastradas no Programa Saúde da Família no estado de São Paulo.

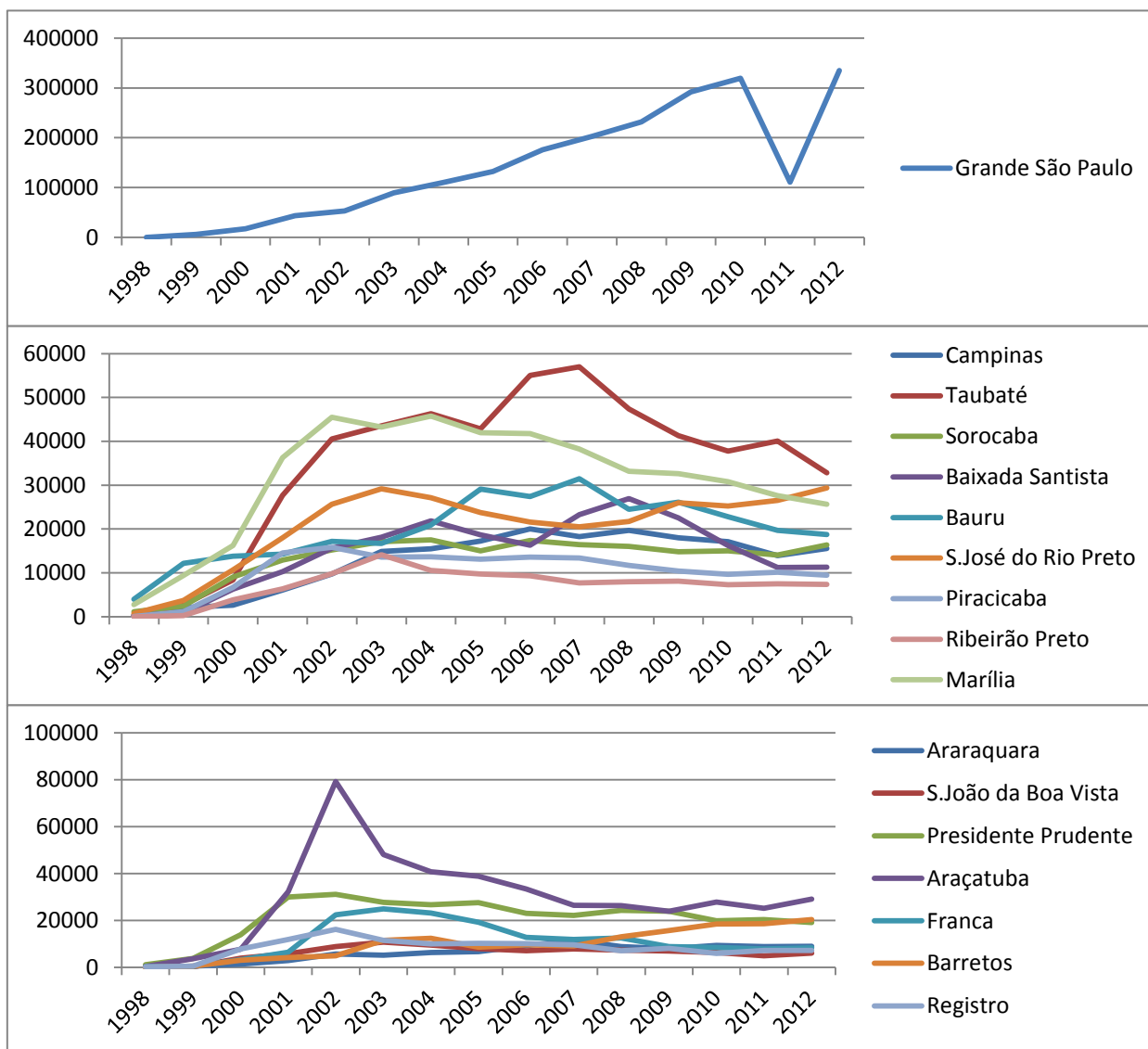


Fonte: Datasus

Observa-se que ocorreu uma evolução durante todo o período, que excetuando Campinas, Presidente Prudente e Araçatuba, que apresentam picos acentuados na ampliação da cobertura em anos específicos, todas as demais Regionais apresentam um ritmo constante no aumento do número de pessoas atendidas pelas Equipes de Saúde da Família.



Gráfico 2 - Número de visitas médicas realizadas pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo

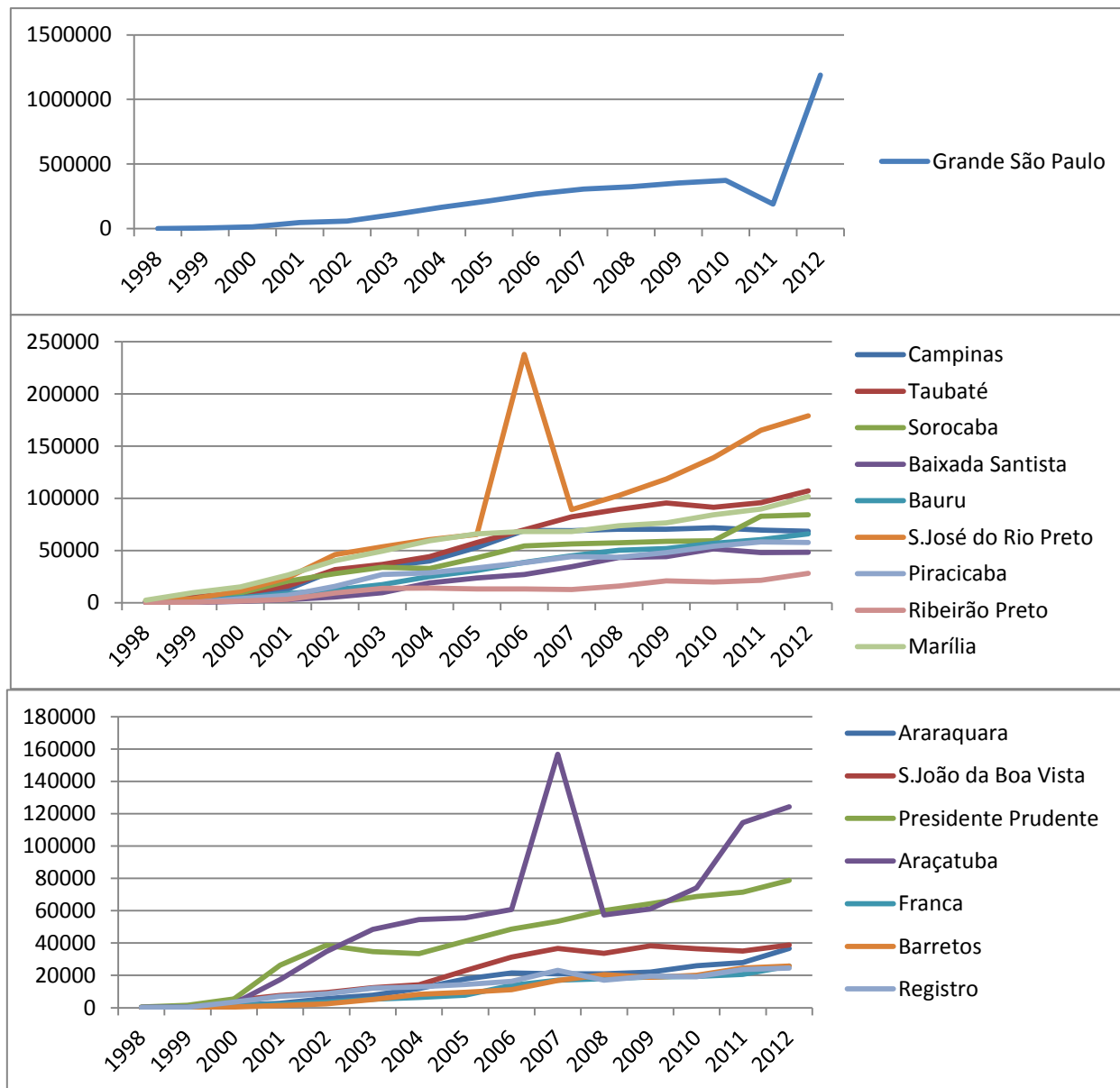


Fonte: Datasus

Nota-se que com exceção da Regional da Grande São Paulo, que apresenta um aumento constante do número de atendimentos realizados durante todo o período (menos em 2011), as demais Regionais apresentam um ponto de máximo, geralmente nos anos de 2002-2003 ou 2007-2008, com ênfase para Araçatuba, Taubaté e Sorocaba, e depois um declínio da quantidade de consultas realizadas pelas equipes nos anos posteriores.

## Atendimento pelas Equipes Saúde da Família

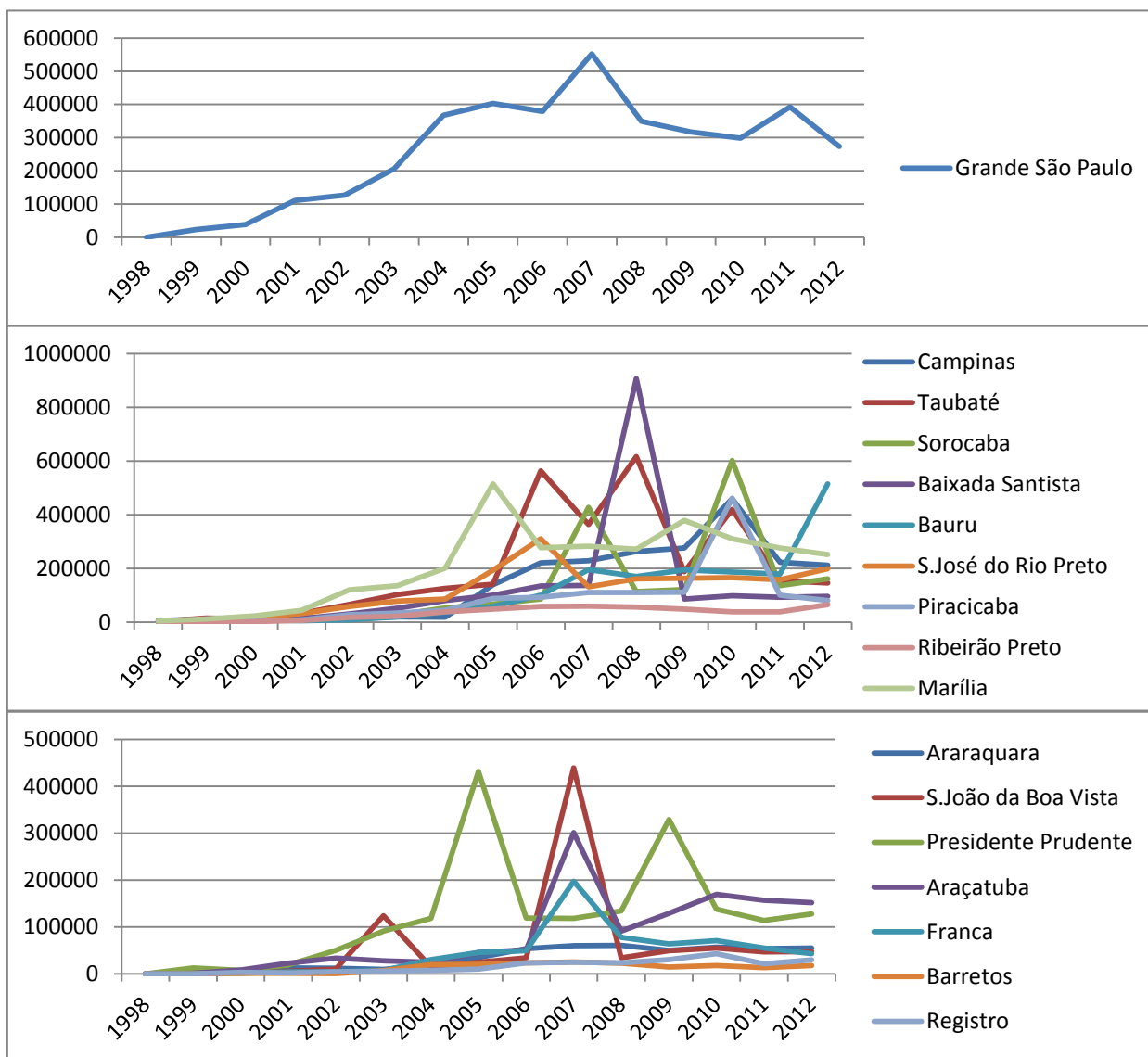
Gráfico 3 – Internações domiciliares realizadas pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo



Fonte: Datasus

Analisando o número de indivíduos que iniciaram internação domiciliar, observa-se a mesma tendência de aumento progressivo da quantidade, sem apresentar nenhum período específico de aumento brusco nas Regionais (com exceção os casos de S. José do Rio Preto e Araçatuba).

Gráfico 4 – Atendimentos individualizados realizados por profissionais de nível superior das Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo

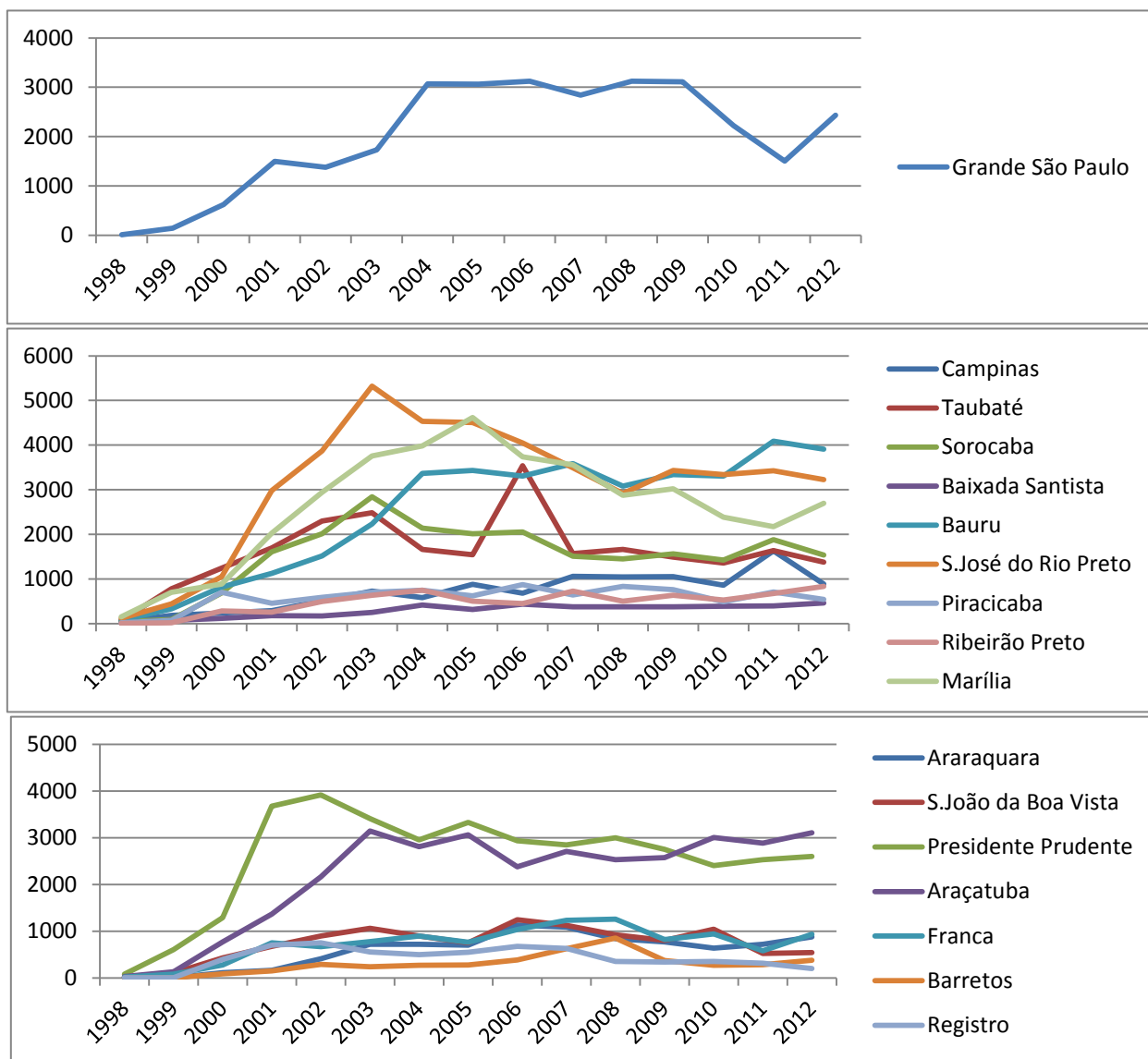


Fonte: Datasus

Apresenta a quantidade de atendimentos realizados por profissionais de nível superior da Equipe Saúde da Família, como psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e pedagoga em educação em saúde; Sem considerar consultas com médicos, odontólogos ou enfermeiras.

Por não considerar individualmente a atuação de cada especialidade, a análise dos picos e da elevação do número de atendimentos pode ser feita apenas de modo superficial, apontando para o aumento da atuação das equipes estendidas, mas sem apontar qual das especialidades teve maior impacto nesta evolução.

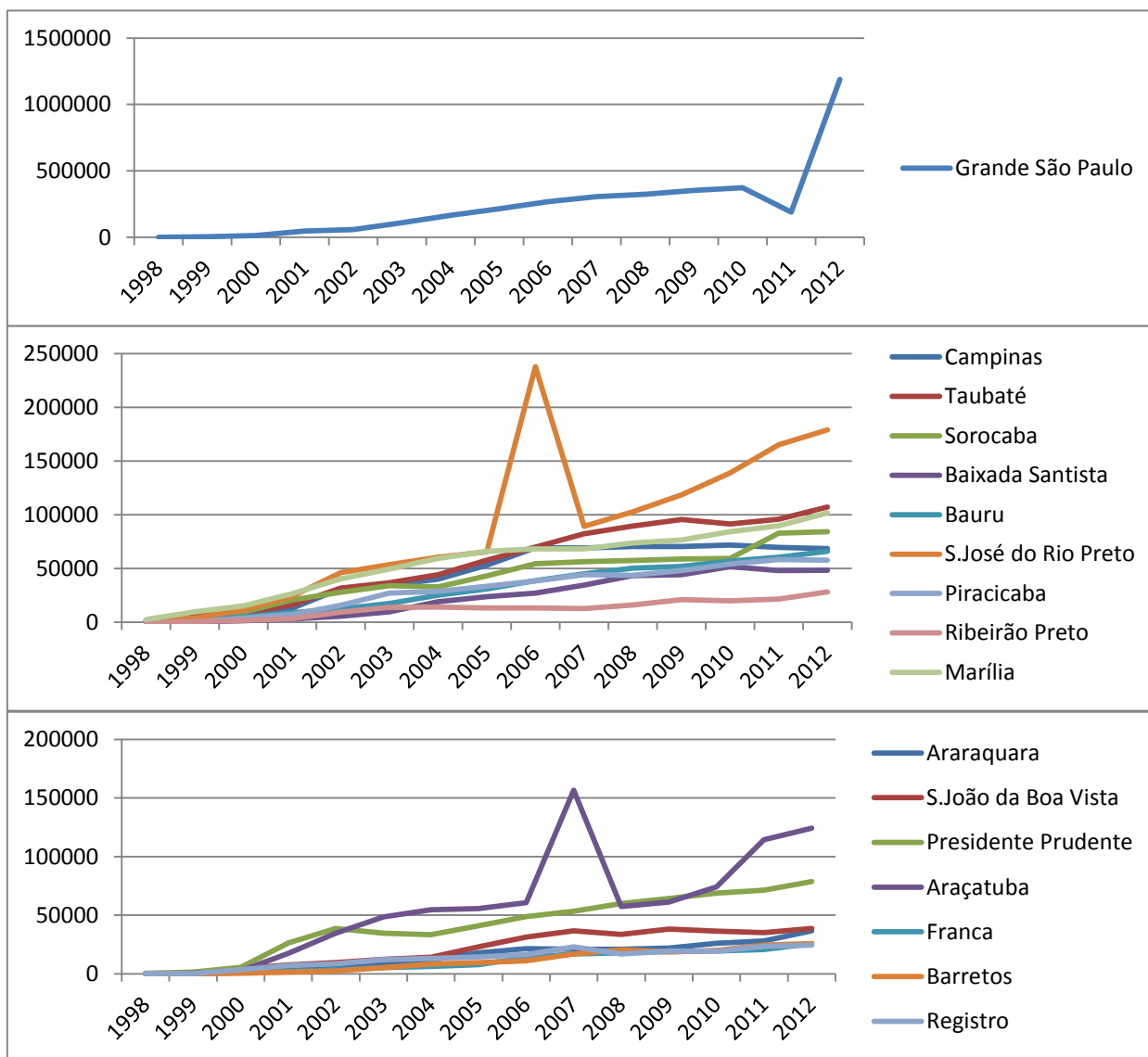
Gráfico 5 – Encaminhamentos para internação hospitalar realizado pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

Os encaminhamentos para internação hospitalar apresentam um crescimento até 2004, onde em quase todas as Regionais representou seu ponto máximo, ocorrendo uma queda e uma estabilização nos anos seguintes, que excetuando os picos em Taubaté e Campinas, e as Regionais de Bauru e Araçatuba que não demonstraram uma queda acentuada, as demais Regionais não apresentaram tendência de elevações nos encaminhamentos realizados.

Gráfico 6 – Encaminhamento para atendimento ou tratamento especializado realizado pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



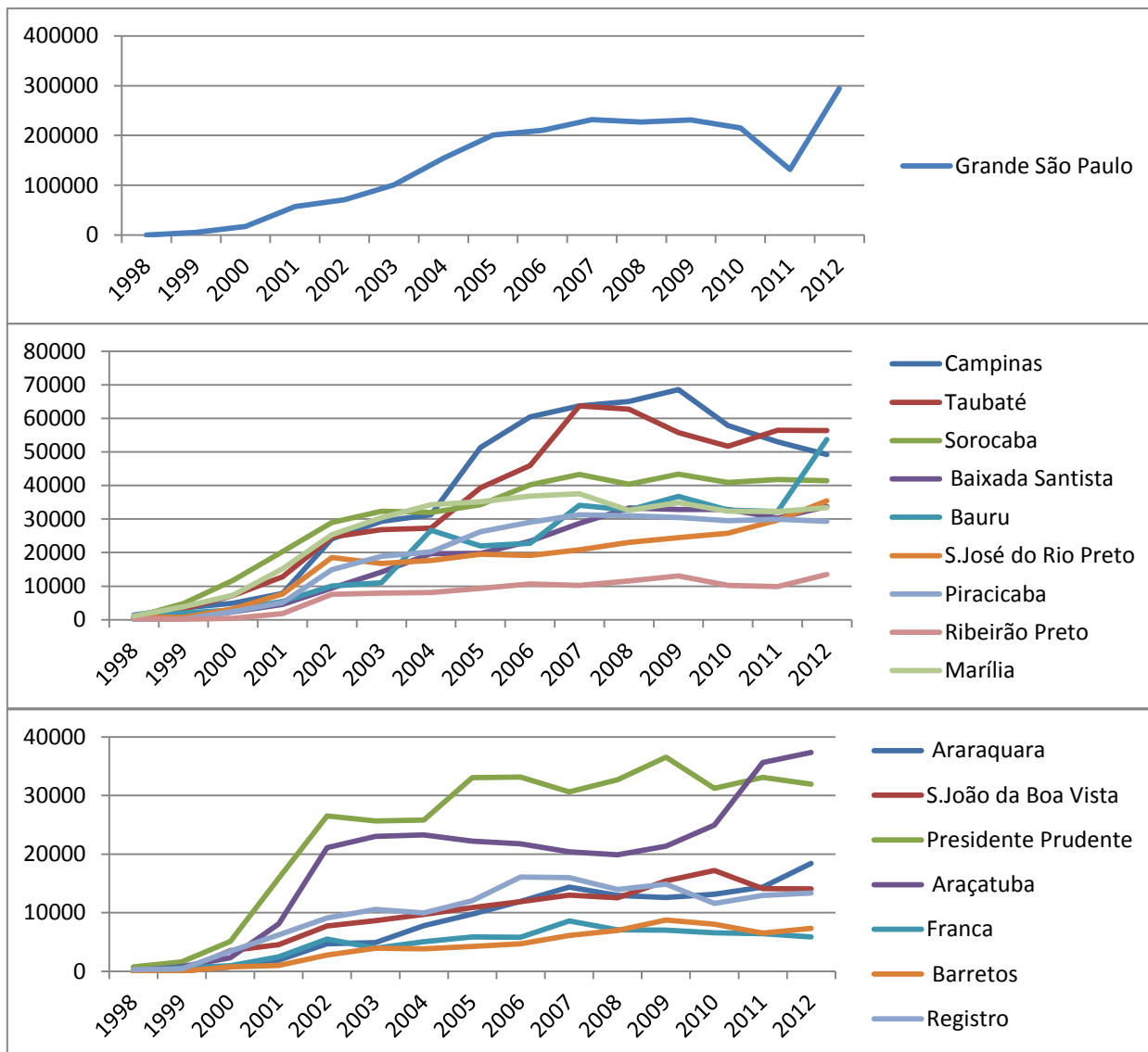
Fonte: Datasus

Quantidade de encaminhamentos para atendimento ou tratamento especializado realizado por profissionais que não fazem parte da Equipe Saúde da Família, sendo fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas as especialidades médicas.

Neste caso, também não há o detalhamento por especialidade médica, mas pode-se observar que todos apresentam uma elevação do número de encaminhamentos, o que excetuando os picos de São Jose do Rio Preto e Araçatuba, ocorreu de forma constante em todas as demais Regionais.

## Saúde da Mulher

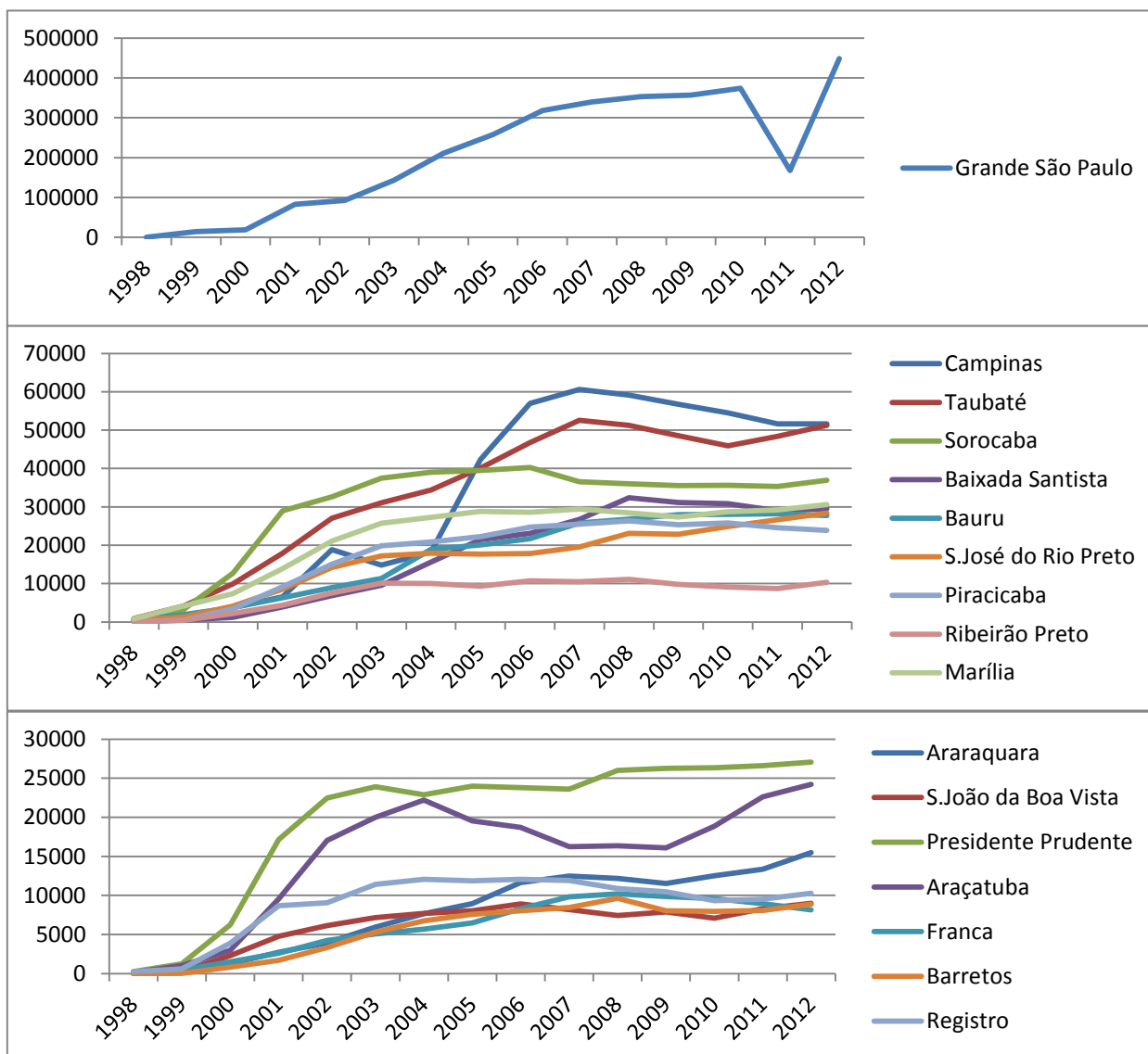
Gráfico 7 – atendimentos preventivos citológicos realizados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

Atendimentos preventivos (coleta de papanicolau) realizados por médicos e enfermeiros das Equipes Saúde da Família. Onde excluindo a Regional de Campinas, todas as demais apresentaram um crescimento e uma estabilização do número de consultas. Com atenção especial para as Regionais de Presidente Prudente e Araçatuba, que atingiram índices similares ao das Regionais de mais de um milhão de habitantes.

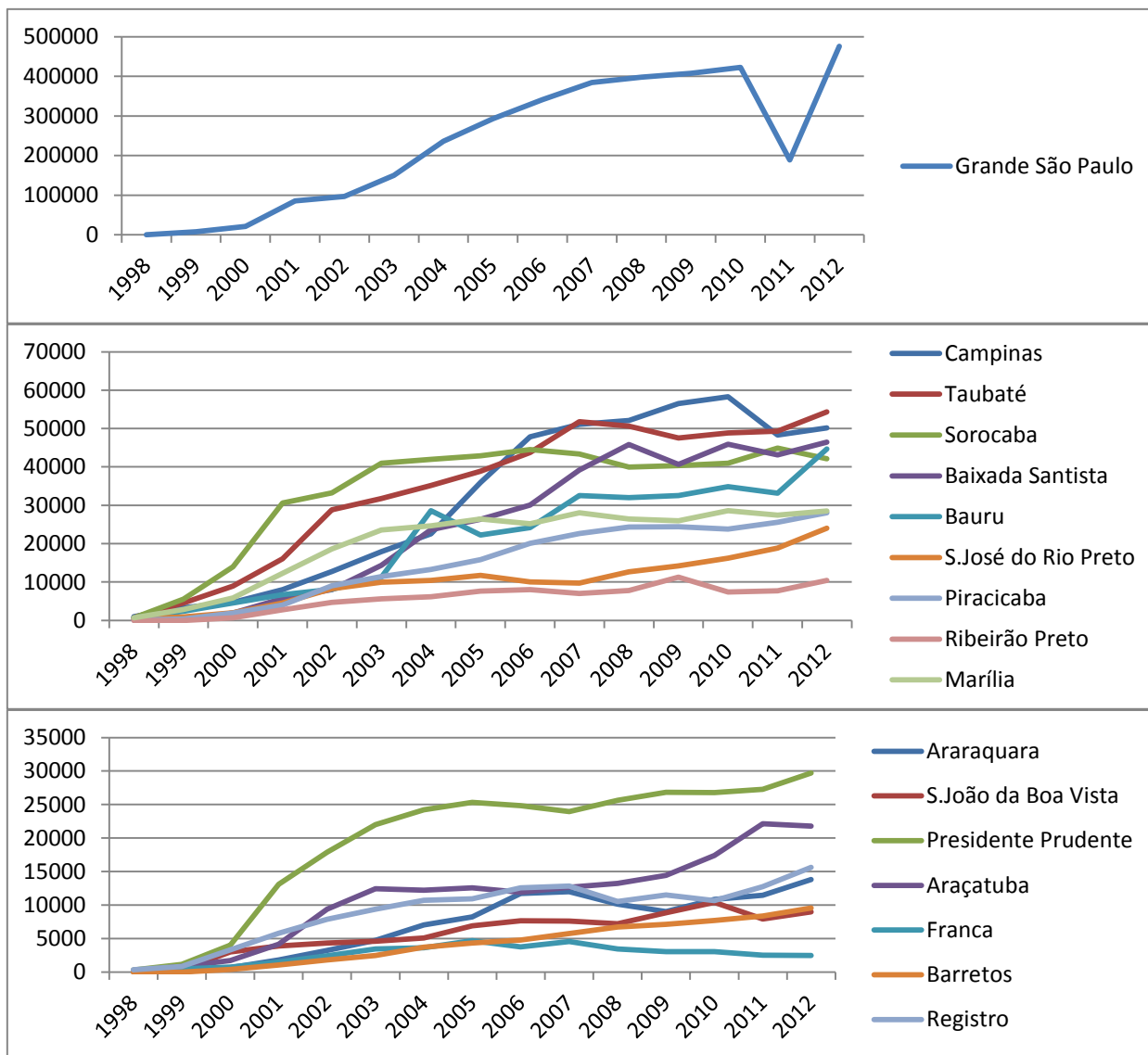
Gráfico 8 – Número de Gestantes acompanhadas pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

Gestantes acompanhadas pelas Equipes Saúde Família que receberam pelo menos uma visita domiciliar por mês pelos Agentes Comunitários de Saúde. Observa-se aumento durante todo o período em todas as regionais, principalmente até 2003, seguido por uma estabilização no número de acompanhamentos. Novamente as Regionais de Presidente Prudente e Araçatuba se destacam, apresentando índices similares ao das Regionais mais populosas.

Gráfico 9 - Atendimentos pré-natais realizados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



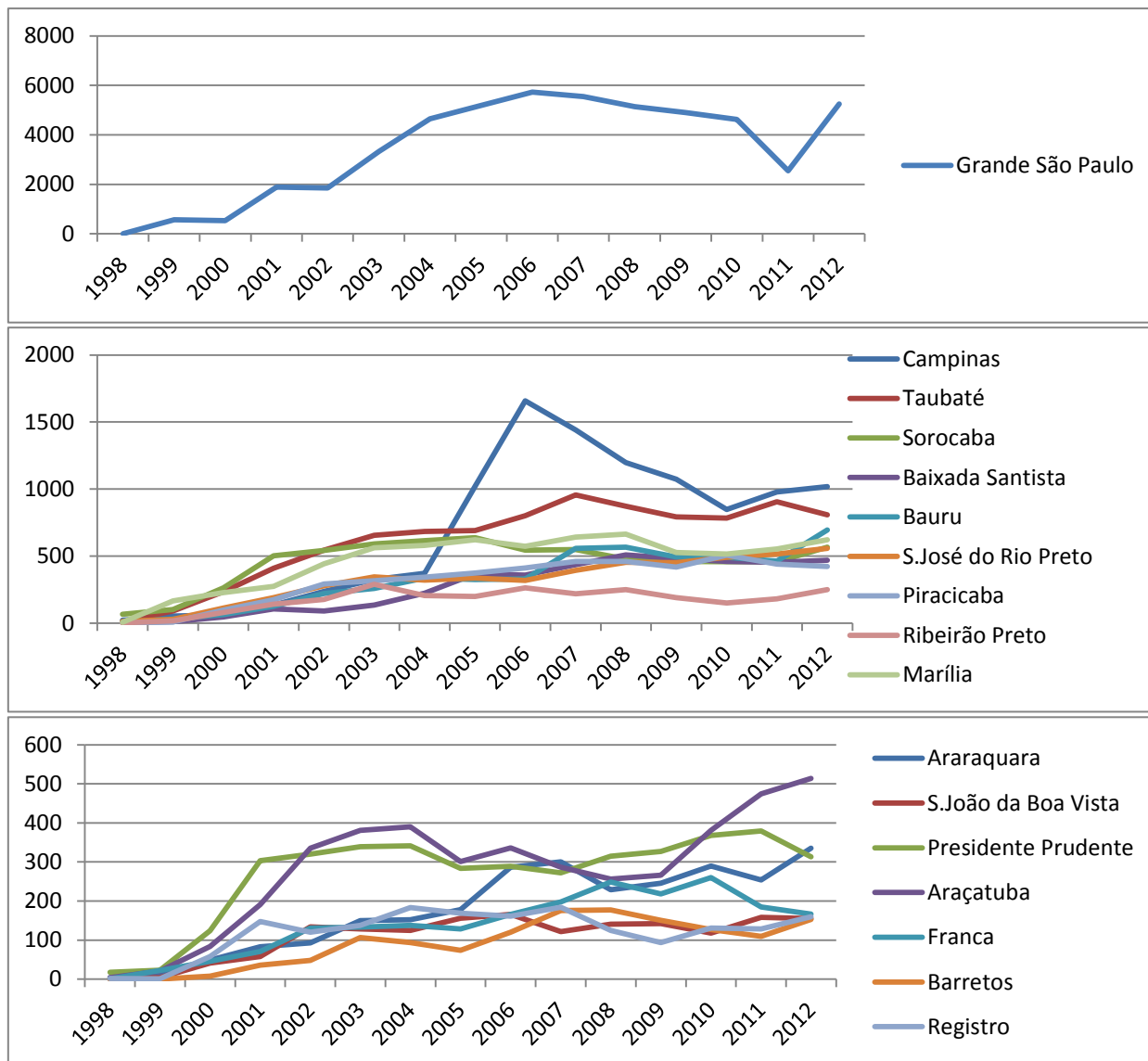
Fonte: Datasus

Quantidade de atendimentos pré-natal realizados em gestante sobre acompanhamento das Equipes da Saúde da Família. Como um reflexo do número de gestantes acompanhadas pelas equipes, o número de pré-natais também apresenta aumento durante os 14 anos expostos. Mas devemos observar que mesmo dependendo diretamente dos acompanhamentos de gestantes realizados, os gráficos não apresentam o mesmo comportamento proporcionalmente entre as Regionais, como em Sorocaba e Araçatuba, mostrando uma diferença entre a média de pré-natais realizadas por cada gestante em cada Regional. Novamente destaque para Presidente Prudente e Araçatuba.



## Saúde Infantil

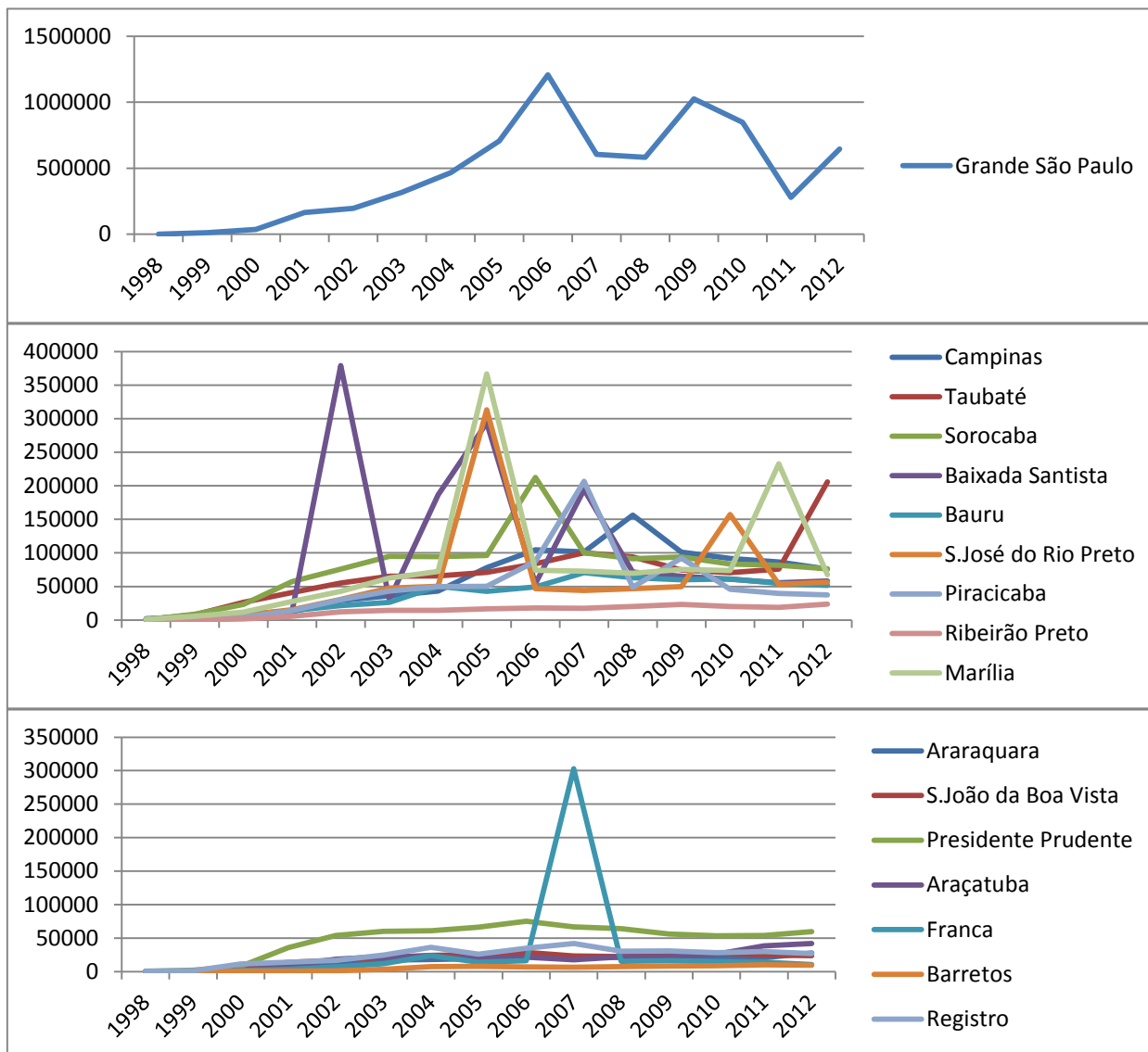
Gráfico 10 – Nascidos vivos com menos de 2500g acompanhados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

Nascidos vivos com peso inferior a 2,5 Kg, acompanhados pelas Equipes Saúde da Família. Com exceção do pico em Campinas e na Grande São Paulo no ano 2006, todas as demais Regionais apresentam um crescimento constante no número de crianças nascidas com baixo peso. Como destaque para a Regional de Franca, que apresenta diminuição relevante neste número nos dois últimos anos.

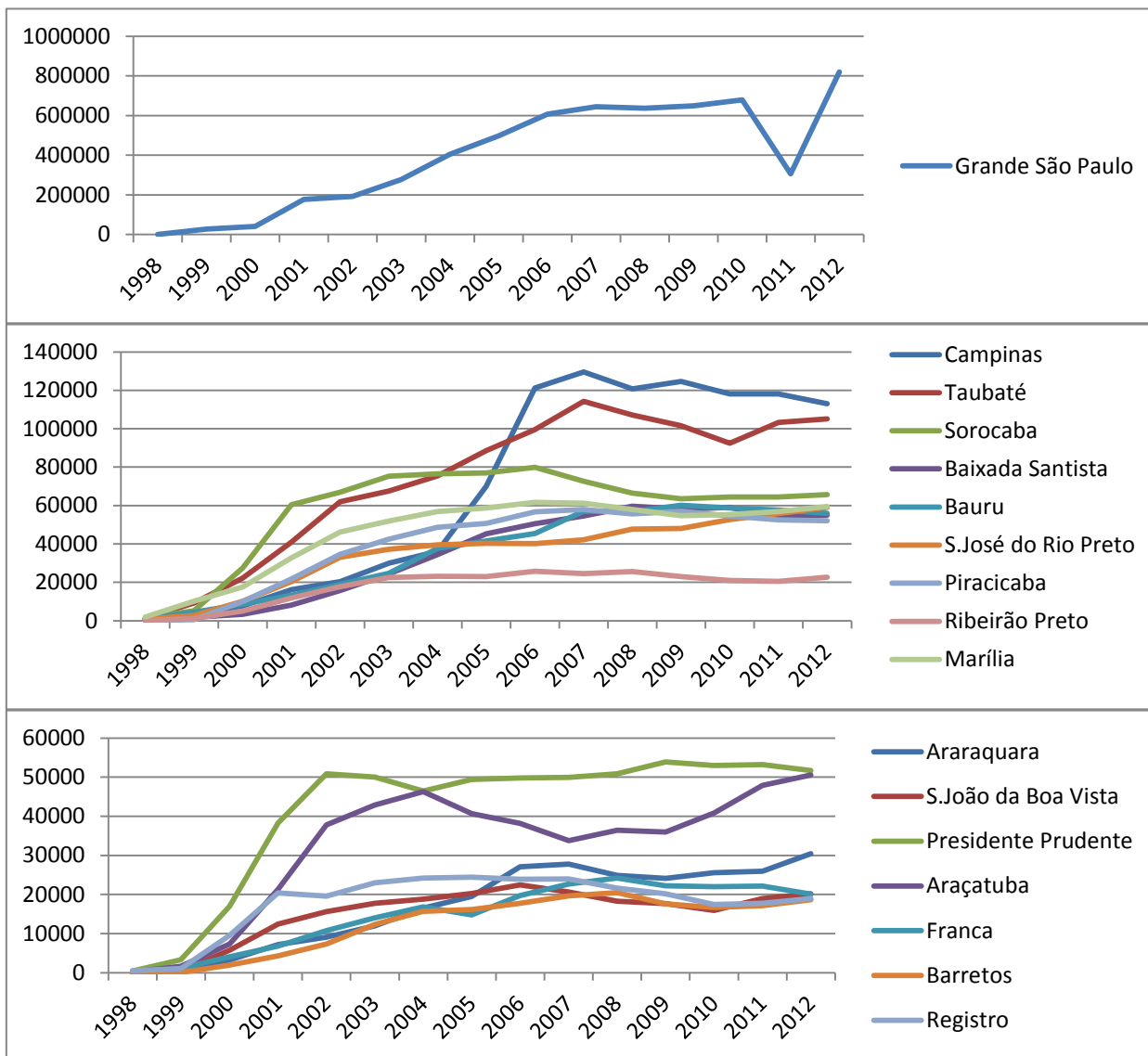
Gráfico 11 – Atendimentos puericultura realizados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

Atendimento em puericultura são ações focadas no desenvolvimento da criança e do adolescente, mesmo antes do seu nascimento, realizadas principalmente pediatras. Mesmo todas apresentarem uma tendência de crescimento das consultas durante o período, nas com mais de um milhão de habitantes, observa-se que não há um comportamento comum entre elas, existindo picos de atendimento diferentes, variando deste o ano, até a quantidade de picos apresentados. Nas com menos de um milhão de habitantes, excetuando o pico de Franca em 2007, apresentam um comportamento similar, menos Presidente Prudente e Registro que tem um aumento e depois uma queda no número de atendimentos.

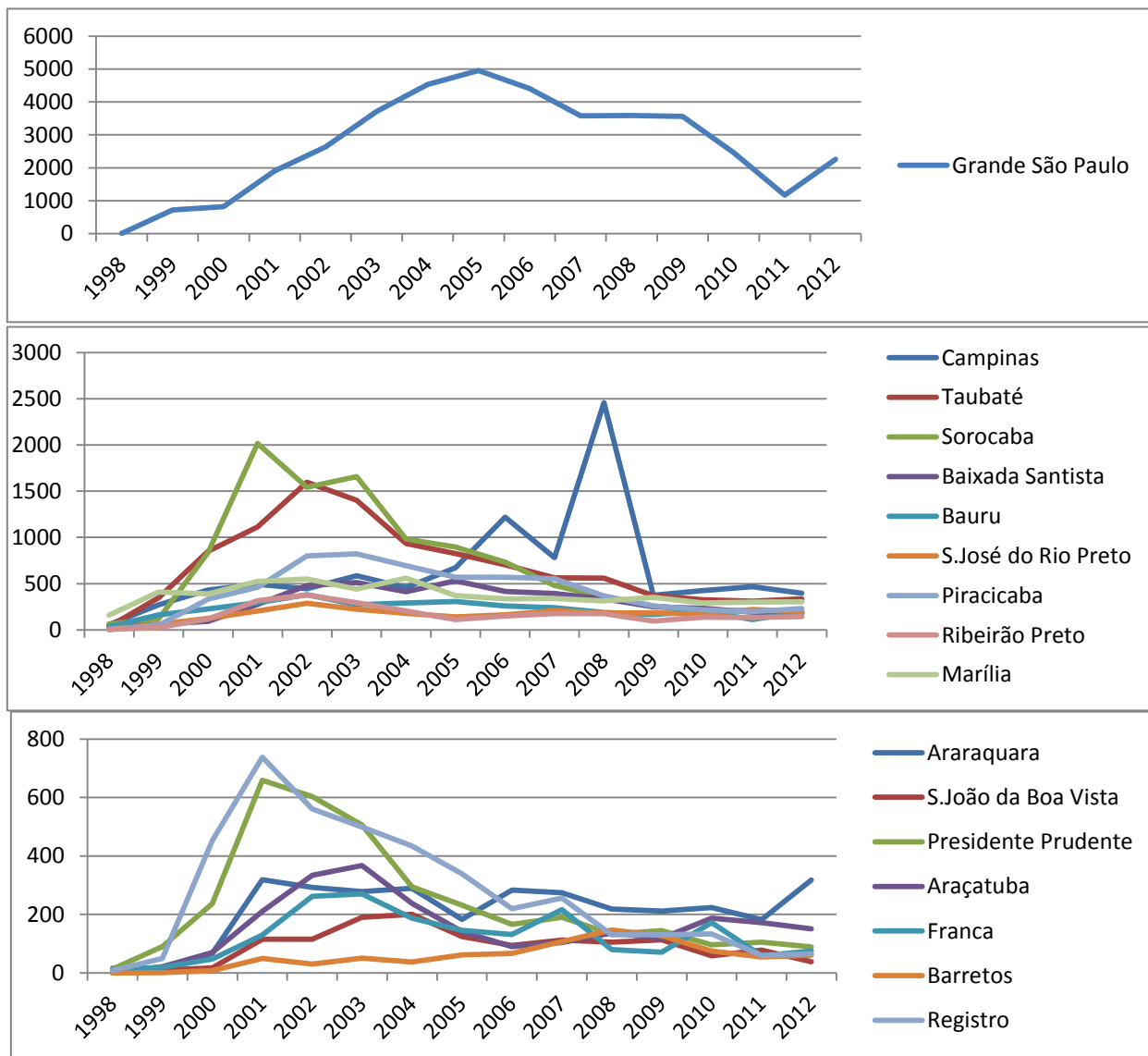
Gráfico 12 – Crianças menores de um ano com vacinação em dia acompanhada pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

A quantidade de crianças com menos de um ano com a vacinação em dia segundo a indicação do Ministério da Saúde. Ao contrario do atendimento de puericultura, todas as Regionais apresentam um comportamento similar, uma evolução continua desde o 1999, não apresentando nenhuma queda brusca, mas pequenas diminuições em algumas Regionais, explicáveis pela variação do número de crianças, que pode ser observado na quantidade de gestantes acompanhadas.

Gráfico 13 - Crianças menores de um ano desnutridas acompanhadas pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.

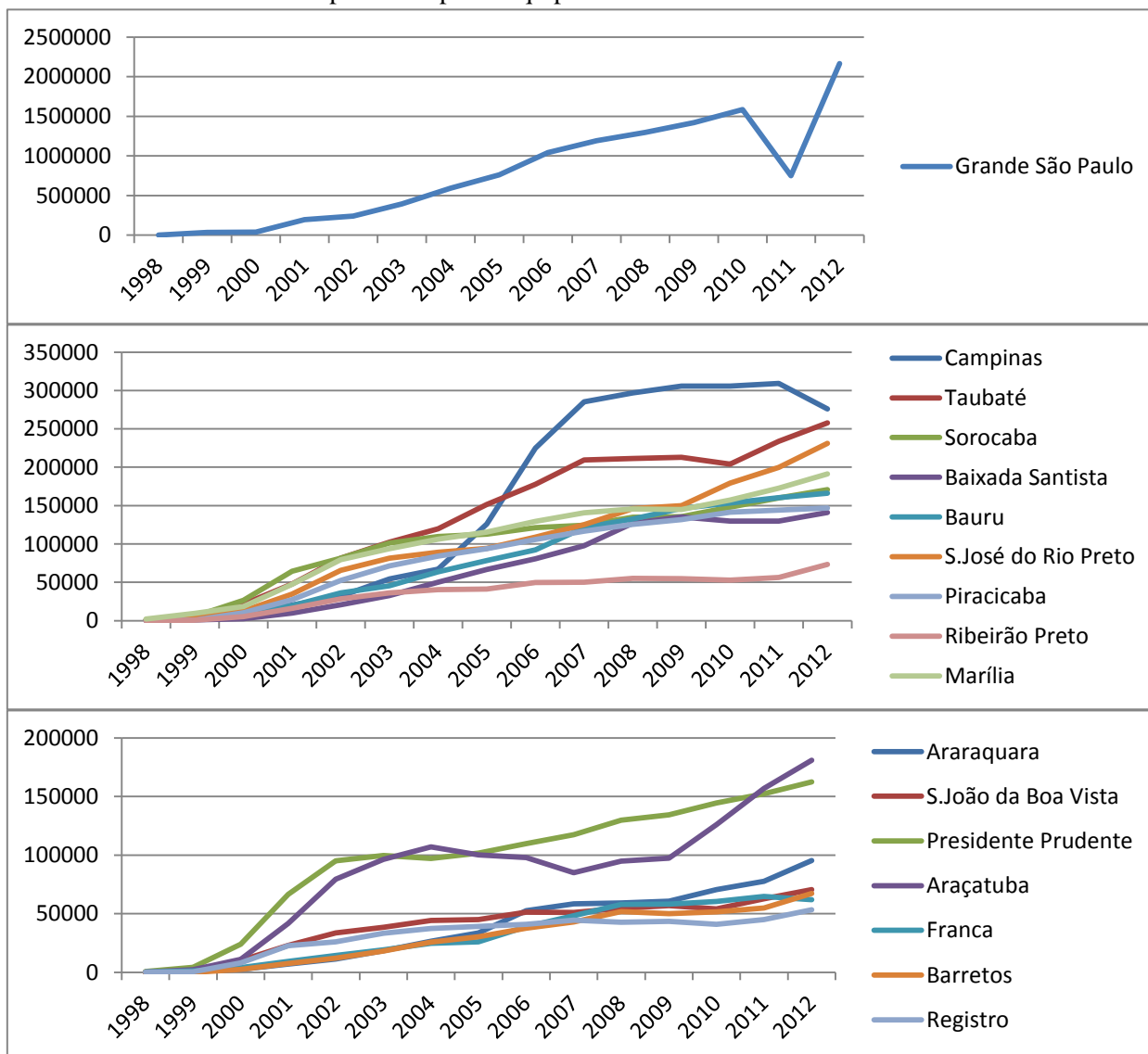


Fonte: Datasus

Como consta no Datasus, "*Criança desnutrida é aquela cujo peso ficou abaixo do percentil 3 (curva inferior) da curva de peso do Cartão da Criança.*". Retirando as Regionais de Campinas, Grande São Paulo e Barretos, todas as demais o ponto máximo ocorreu entre 2001 e 2003, apresentando uma queda posterior, com destaque para Sorocaba, Taubaté, Registro e Presidente Prudente, pela magnitude da queda. Também a o comportamento da Grande São Paulo apresenta um resultado positivo durante os últimos sete anos.

## Atendimentos sobre Diabetes

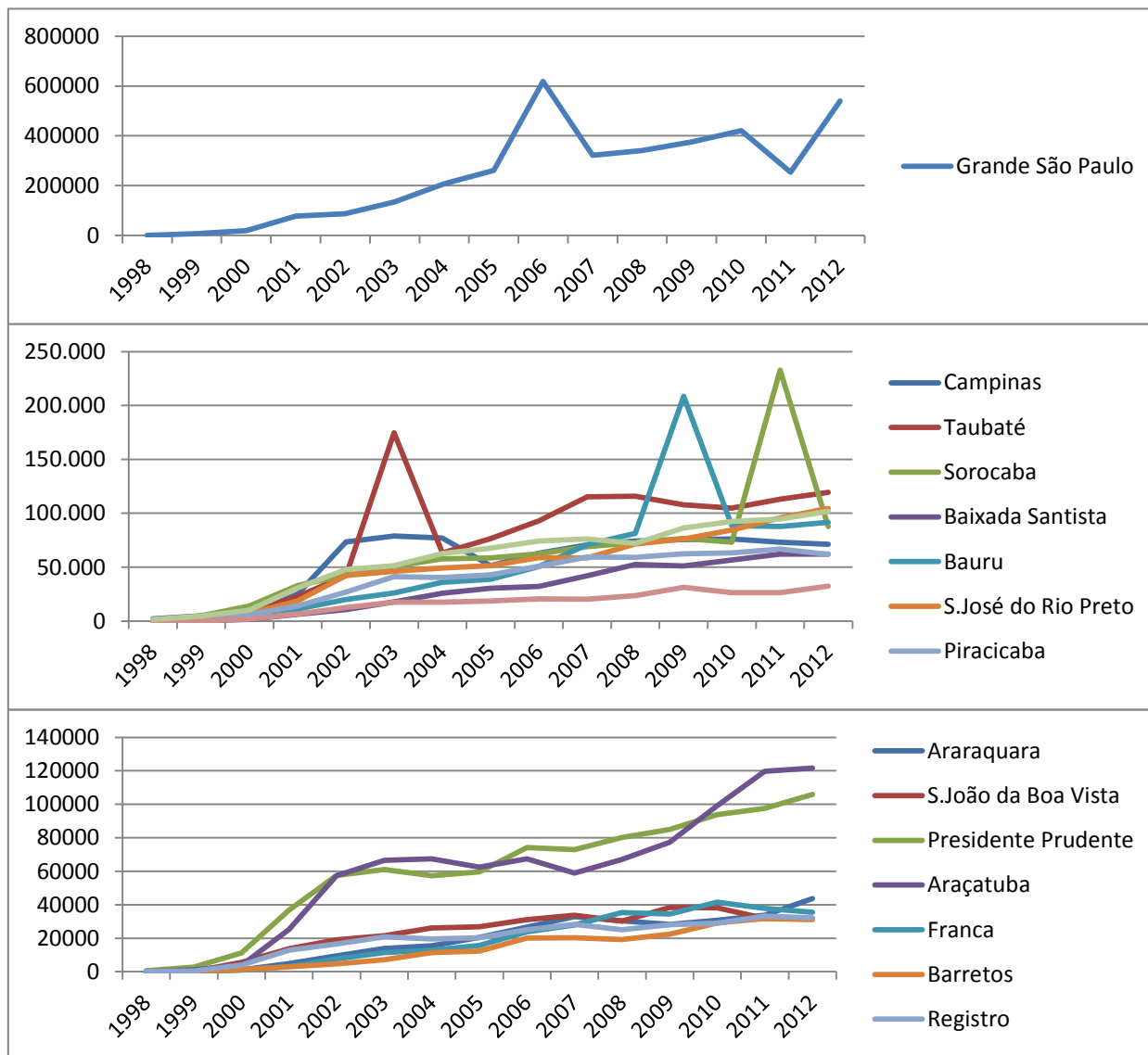
Gráfico 14 – Diabéticos acompanhados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

O número de pessoas com diabetes acompanhados apresentou uma tendência comum entre todas as Regionais, um aumento contínuo durante os anos, com pequenas diminuições em alguns anos, mas logo depois com uma recuperação (menos em Campinas, devido a queda ocorrer no último ano analisado). Com destaque para Presidente Prudente e Araçatuba, que novamente apresentam índices similares ao das Regionais mais populosas.

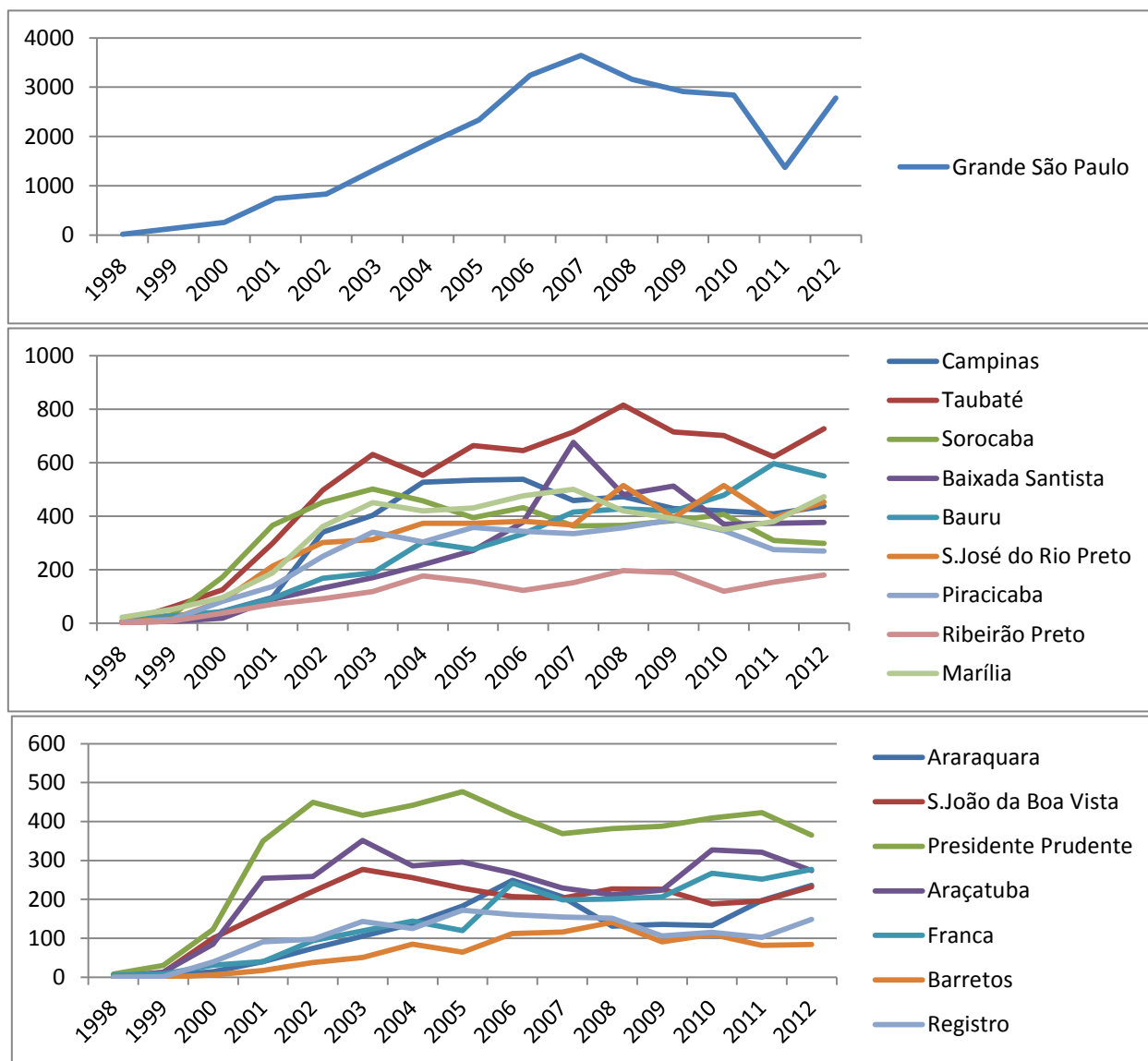
Gráfico 15 – Atendimentos sobre diabetes realizados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

Mesmo apresentando alguns picos, o comportamento do número de atendimentos segue a mesma tendência da evolução do número de diabéticos acompanhados, sendo diretamente um resultado desta. Um ponto relevante a se observar é que mesmo as Regionais de Presidente Prudente e Araçatuba apresentarem uma quantidade de pessoas acompanhadas similar a das Regionais mais populosas, a quantidade de atendimentos realizados é superior, mostrando uma diferença na média de atendimentos, superior a das demais Regionais.

Gráfico 16 – Hospitalização por complicações decorrentes da diabetes realizados pelas Equipes Saúde da Família no estado de São Paulo.



Fonte: Datasus

As hospitalizações decorrentes de cetoacidose diabética, hiperosmolaridade, macroangiopatias (ateroesclerose de extremidades inferiores, coração e cérebro) e microangiopatias (retinopatia, nefrosclerose, monoradiculites, pé diabéticos, etc.) (Datasus), apresentam uma rápida elevação, até um pico, variando o ano conforme a Regional, depois uma tendência de queda, havendo apenas alguns casos de novas elevações no número de internações, mas nunca atingindo novos picos.

## **9 – Dificuldade de implantação e ampliação da Estratégia Saúde da Família.**

Apesar do avanço na implementação da Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo, visto pelo crescimento do número de equipes atuantes, pelo aumento da cobertura da população, e pela evolução dos indicadores apresentados anteriormente, temos de levar em consideração que este processo apresenta dificuldades e certos limites decorrentes das próprias características deste modelo de atenção à saúde.

Uma das críticas apontadas em relação à atuação das equipes é que apesar serem constituídas visando formar uma base multidisciplinar, que atue conjuntamente e de modo colaborativo, observa-se que na prática esta equipe torna-se apenas um grupo formado por diferentes profissionais, que pouco interagem entre si, com a população ou com os gestores, gerando a reprodução do modelo curativo, onde o foco deixa de ser o tratamento continuado e preventivo e torna-se a prestação de serviços e consultas, diminuindo a eficiência deste tipo de abordagem. (Furlan e Amaral, 2010)

Desta forma as ações realizadas pelas equipes também tendem a reproduzir o modelo médico hospitalar, dando ênfase aos cuidados especializados e individualizados, e não ao monitoramento e combate aos agravos, (Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha, 2010; Teixeira, Vilasbôas, 2010) mudando apenas o local onde as consultas são realizadas, da clínica para o domicílio, não gerando a mudança pretendida. Não servindo assim como modelo reestruturador do sistema, mas como um programa destinado a população mais carente, atuando paralelamente a este, sem com isso transforma-lo (Souza, Marques e Silva, 2012).

No que diz respeito a suas ações, mesmo pretendendo abranger toda a população coberta de maneira igual, na sua execução se caracteriza o que muitos autores chamam de Ação Programática de Saúde, onde determinados grupos sociais, tidos como de risco, são escolhidos e tem um tratamento diferenciado dentro do próprio programa, como na Estratégia Saúde da Família, o caso das mulheres gestantes, crianças, ou diabéticos (Coelho, 2010; Trad, 2010). Isso acaba fazendo com que os principais marcadores e métodos de monitoramento concentrem-se nestes grupos, excluindo outras possíveis formas de avaliação de impacto sobre outros grupos.

Com isso ocorre um desvio da atenção universal para a focal, atendendo mais a população de baixa renda, em piores condições sociais, e dentro dela grupos específicos, como as mulheres e crianças, criando na verdade não uma nova estratégia de saúde, mais um conjunto de ações direcionadas a população mais carente. (Míoto, 2010)



Outra questão apontada é a desatenção a pessoas que não apresentam nenhum vínculo familiar no local, como as que moram sozinhas ou as divorciadas, que mesmo apresentam uma vulnerabilidade maior, principalmente em casos de desemprego, não tem uma atenção especial das equipes, que agem prioritariamente em núcleos familiares constituídos. (Trad, 2010)

Outro ponto que diminui os resultados alcançados é a especialização da rede (Equipe, gestor, Unidade de Atendimento Básico) em apenas um dos pontos que são de sua responsabilidade, seja a atuação preventiva de riscos e agravamentos, seja o cuidado especializado a alguns grupos determinados, ou como porta de entrada para os níveis mais altos de atenção (Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha, 2010). Isso faz com em determinados locais, a estrutura implantada concentre-se em apenas uma dessas atividades, não alcançando seus objetivos e dificultando sua ampliação.

Também se observa a falta de uma definição clara do que deva ser entendido como “Família” dentro da ESF. Isso faz com que o atendimento e a avaliação dos profissionais da área de saúde, sejam médicos ou gestores, reflitam sua própria visão cultural do que é família, como esta deve se estruturar e qual o papel de cada membro dentro dela, o que acaba gerando um acompanhamento e uma avaliação precária em famílias que não apresentam a mesma estrutura que a idealizada (Sarti, 2010), ou a mudança do que é considerado atendimento familiar para se adequar com os objetivos e metas estipulados (Rangel, 2010), fazendo com que a realidade social de adequação ao que foi planejado, e não o contrário.

Isto pode ser visto principalmente na relação homem e mulher, onde as ações voltadas para o público masculino são mínimas, e ao público feminino focam-se no seu papel de mãe e dona de casa (Sarti, 2010; Trad 2010).

Em relação ao cadastramento, surge outro ponto que dificulta a avaliação. Este é feito com base territorial e domiciliar, como se a “residência” fosse sinônimo ao conceito de família, o que acaba gerando uma disfunção dentro do próprio processo de monitoramento dentro da Saúde da Família. Por este, irmãos, ou pais separados, que vivem em residências diferentes, dependendo da localização, são atendidos por equipes distintas, não permitindo um monitoramento da família, mas de parte de seus membros, o que além de dificultar um dos pontos mais importantes do modelo, a relação mais próxima do médico com a família, também limita a ação do próprio médico com esta, visto que ele está mais ligado ao “território” do que com as “famílias” atendidas (Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha, 2010).

Outra dificuldade de acompanhamento são as regiões pobres, onde as pessoas moram

não em residências estruturadas, mas em conjuntos habitacionais, cortiços, favelas, ou “pátios”, onde a relação entre pessoas de diferentes residências é mais íntima, como o cuidado dos filhos de outras para mulheres que trabalham, e existe o problema com as drogas e a violência. (Trad, 2010).

Considerando ainda os casos em que há um baixo vínculo do indivíduo com o domicílio, como nos casos de alugueis, mudanças constantes devido a trabalho, migrações, ou longos deslocamentos entre a residência e o trabalho, fazendo com que a própria pessoa não se identifique com o local, dificultando assim a atuação das Equipes da Saúde da Família.

Como apresentado por Portela (2008), os locais onde se apresentam índices mais altos de urbanização e desenvolvimento econômico são justamente aonde a cobertura das equipes saúde da família é menor, o que levou o governo federal a criar uma ação própria, junto com o Banco Mundial (BIRD), para acelerar a implantação da estratégia saúde da família em municípios de médio e grande porte.

Um dos motivos é que estas regiões, em especial no sudeste, já contam com uma estrutura clínica e hospitalar consolidada, com os níveis de média e alta complexidade bem estruturados, que competem com a ampliação e consolidação da estratégia de atenção básica, dificultando assim a mudança do modelo de atendimento (Portela, 2008; Caetano e Dain, 2002), o que se traduz pelo fato de que há poucas cidades no Brasil com sistemas complexos de saúde que introduziram a Saúde da Família como estratégia substitutiva ao modelo assistencial (Caetano e Dain, 2002).

Desta forma, na grande maioria das cidades de médio e grande porte, a ESF ainda é focada apenas na expansão dos cuidados básicos, especialmente nos grupos populacionais de maior risco social e em condições sanitárias precárias, e não em uma mudança da maneira de atuação do sistema de saúde como um todo. Assim a implantação das Equipes Saúde da Família não representa uma mudança nos antigos padrões de assistência médica (Caetano e Dain, 2002), mas apenas a adoção de uma ação específica em saúde voltada as camadas mais carentes.

Outro problema que também dificulta a ampliação da ESF são as mudanças no perfil demográfico destas cidades, que com uma proporção cada vez maior de idosos dentro da população, necessitam de mais cuidados médicos de média e alta complexidade, apresentando um custo unitário maior que o restante dos usuários. Também são nos centros urbanos que apresentam maiores índices envolvendo causas violentas (Caetano e Dain, 2002) como pessoas baleadas, atropelamentos, acidentes de carro, problemas com drogas, etc., que

tratados como casos de urgência e emergência, aumentam a demanda pelos serviços de alta complexidade.

Somando-se a isso se tem que a partir dos anos 80, deu-se a proliferação do consumo de bens e produtos de saúde via propaganda, o que contribuiu para a formação de uma imagem na mente das pessoas de saúde atrelada ao consumo destes bens e serviços, como remédios, exames e determinadas especialidades, fazendo com que a população buscasse cada vez mais tratamentos especializados e a base de drogas, demandando mais serviços de media e alta complexidade do poder público (Rangel, 2010), desprezando as ações de atenção básica.

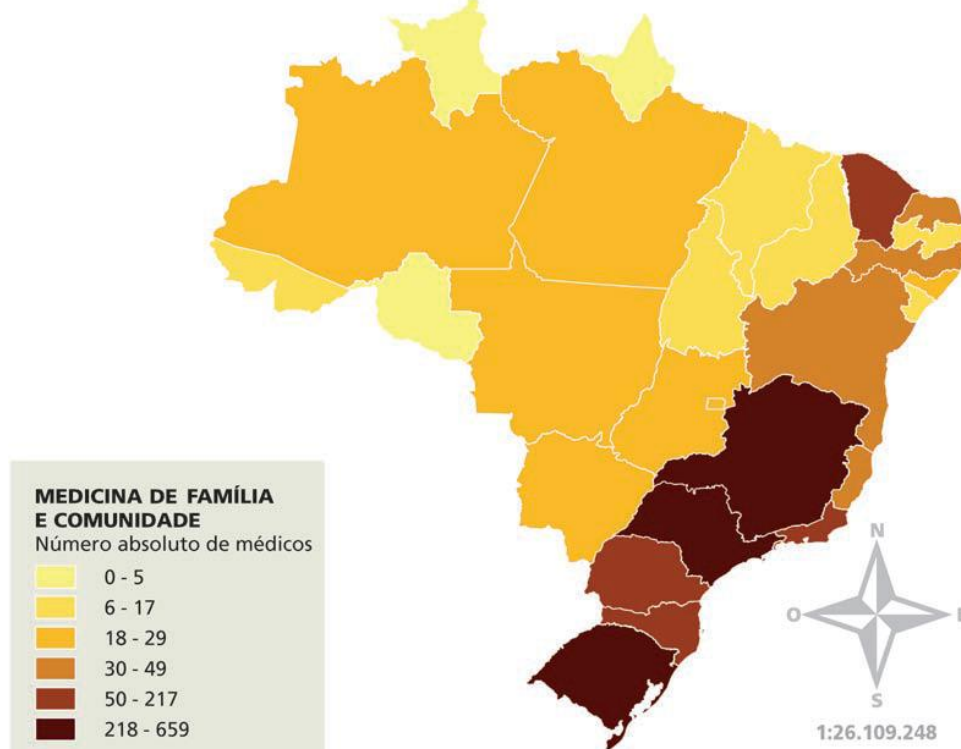
Assim, devido tanto a estrutura já estalada de níveis maiores de complexidade como pela maior demanda destes, a maior parte dos recursos de saúde nos centros urbanos de médio e grande porte vão para as clínicas e hospitais, ficando uma pequena parte para a atenção básica.

Atenta-se também que devido a diversidade social existente, a implantação da ESF nas diferentes regiões gerou inúmeras experiências e modelos de atuação, todos sobre a denominação Saúde da Família (Souza, Marques e Silva, 2012), que mesmo tendo em comum as diretrizes do Ministério da Saúde, apresentam maneiras diferentes de ação, de acordo com as necessidades de cada local, o que dificulta um monitoramento e uma avaliação global, pois nem sempre o foco dado pela União são os principais problemas da população no município.

Em relação aos profissionais, observa-se ainda uma escassez e um despreparo daqueles que atuam nas equipes, gerado principalmente pelo foco na formação biomédica clássica pelas faculdades de medicina e enfermagem (Teixeira e Vilasbôas, 2010).

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em 2011 haviam 2.632 médicos especializados em “Medicina da Família e Comunidade”, o que é menos de um médico especializado para cada dois municípios (não considerando o tamanho destes), o que demonstra a falta de profissionais nesta área. Considerando também que existem 4.016 cirurgiões plásticos, 14.826 anestesistas e 2.929 neurologistas, nota-se ainda mais a falta de especialistas em “Medicina da Família e Comunidade”, além de sua má distribuição pelo território nacional, concentrando-se nas regiões sul e sudeste, justamente aquelas que apresentam uma menor necessidade de atuação deste tipo de profissional, se comparado ao restante do país.

Imagem 4 -Distribuição de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, segundo unidades da federação – Brasil, 2011



Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

Apesar de esforços realizados pelos estados e pela União para capacitar e educar de maneira continuada os diversos profissionais envolvidos com a ESF, ainda há uma falta de qualificação e um despreparo das equipes, refletindo nisso um atendimento de qualidade inferior para a população e com baixa resolubilidade, mesmo nos problemas mais básicos. (Teixeira e Vilasbôas, 2010; Souza, Marques e Silva, 2012)

Pela proposta da ESF, também há a necessidade da presença de outras habilidades pelas equipes, como planejamento participativo, gestão de trabalho coletivo e avaliação permanente, negligenciada tanto pelas equipes como pelos programas desenvolvidos de capacitação destas, focados principalmente no atendimento e nos cuidados médicos. (Teixeira e Vilasbôas, 2010)

Como uma característica das equipes, geralmente as enfermeiras, na grande maioria mulheres, veem a atuação nas Equipes de Saúde da Família como projeto profissional de carreira, identificando-se mais com as ações caritativas e de monitoramento, enquanto os médicos, na maioria homens, veem a sua atuação como transitória, um momento no início de suas carreiras, fazendo com que sua permanência na região seja curta, dificultando a aproximação com a comunidade, diminuindo o impacto das equipes (Sarti, 2010).

Fato que pode ser visto pela média de idade das pessoas que atuam nesta área, que segundo o Conselho Federal de Medicina (2011) para a especialidade em “Medicina da Família e Comunidade” é de apenas 39,51 anos, a segunda média mais baixa da lista de 53 especialidades. Mostrando que os médicos veem a atuação em equipes da saúde da família como porta inicial para o mercado, e não como uma carreira. Só para comparar, a média de idade de Neurologia é 48,28 anos, e de Anestesia é 47,56 anos.

E mesmo a visita domiciliar sendo um dos pilares da ESF, está é realizada principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são os que entram em contato com mais frequência com a população. Os demais membros como médicos e enfermeiros só realizam a visita domiciliar na impossibilidade de deslocamento do paciente ou para realizar a atualização dos dados de saúde da família, não ocorrendo assim um acompanhamento ou monitoramento mais detalhado da saúde dos indivíduos. (Trad, 2010)

Os médicos em geral também não consideram os conhecimentos, debates e práticas locais de cuidados a saúde, sejam das pessoas, sejam dos ACS. (Trad, 2010) A implantação do modelo assim reproduz a hierarquia social existente, colocando de um lado os profissionais de saúde, oriundos das camadas mais altas da sociedade, em contextos sociais distintos e desconhecidos, levando eles a atuarem de uma maneira assistencialista e distante da comunidade. (Sarti, 2010)

Aponta-se também para a intromissão do poder público na vida privada, onde as equipes passam a ditar e querer impor novos hábitos e rotinas nas residências, impactando principalmente as famílias mais vulneráveis e desestruturadas, que tanto não tem estrutura para se proteger desta imposição na sua vida particular, como são justamente as mais impactadas por este tipo de ação pelo baixo nível educacional (Mito, 2010).

Desta forma “*a Atenção Básica apresenta baixa resolubilidade e qualidade, os serviços que a compõem estão desarticulados, não há continuidade e responsabilização, recursos humanos com perfil inadequado – é vital para o sistema o enfrentamento dessas questões.*” (São Paulo, 2009)

## 10 – Resultados

Conhecendo a trajetória e os objetivos da Estratégia Saúde da Família para a Atenção Básica a Saúde, as metas do Programa QUALIS/PSF, os recursos destinados a ele, os resultados obtidos, e as dificuldades e os limites existentes, podemos agora fazer comparação entre todos estes itens e fazer uma análise.

Comparando o número de equipes Saúde da Família implantadas em São Paulo com as metas previstas nos PPA's, vemos que estas foram alcançadas. Foram implantadas 1.947 equipes durante 2000 e 2003, 840 durante até 2007, 583 nos quatro anos seguintes, e 268 em 2012, superando as meta de 1124 do PPA 00-03, 124 do PPA 04-07, e 400 do PPA 08-11, e mesmo não havendo metas para o PSF no último PPA, observa-se ainda um aumento em 2012 da quantidade de ESF. Em relação à cobertura populacional, apenas o primeiro PPA apresentava uma meta específica, de ampliar a cobertura para mais 5.058.000 habitantes, porém o aumento da cobertura foi de aproximadamente 4.275.732, segundos os dados da proporção da população coberta, ficando abaixo do inicialmente previsto.

Em 2012, a cobertura populacional era de 30,7%, sendo a segunda menor taxa de cobertura do Brasil, ficando acima apenas do Distrito Federal, com uma taxa de 17,6%. Abaixo da média nacional de 54,9%, e da Região Sudeste de 44,3%. Sendo os estados com maior cobertura os da Região Nordeste, que superam os 60%, alcançando na Paraíba e em Piauí taxas maiores que 90% de cobertura (SAS/DAB, 2013). Porém dentro do estado, a cobertura populacional entre as Regionais segue o mesmo padrão dos estados, sendo nos que apresentam piores condições socioeconômicas os que tem a maior cobertura.

Mesmo este resultado já sendo esperado pelo exposto anteriormente, das características sócio-demográficas de São Paulo, das dificuldades de implementação das ESF nos centros urbanos, e pela estrutura do sistema de saúde existente no estado, que indicavam para uma cobertura menor do que o restante do país, não foi possível analisar se esta diferença, de apresentar a segunda menor cobertura do país, é justificada apenas pela soma destes pontos ou existem outros motivos relevantes que apresentam maior impacto, como o lobby de hospitais e planos de saúde, a demanda maior da população por outros modelos ou níveis de complexidade, ou a importância que o governo estadual dá à ESF.

Em relação aos recursos previstos nos PPA's e as despesas executadas no período, no primeiro período, 2000-2003, as despesas executadas foram superiores as previstas, superando-as em mais de quatorze milhões de reais. Mas o oposto ocorreu no período seguinte, quando

dos R\$:435.354.865,00 descritos no PPA 04-07, apenas 67,84% foram executados. No planejado para os próximos quatro anos, de 2008 à 2011, a diferença entre o previsto e o gasto feito foi menor que 6%, ficando assim o resultado muito próximo do inicialmente pretendido. Para o ultimo PPA, não foi possível fazer uma análise, já que este estava apenas no seu primeiro ano de vigência.

No entanto os gastos com a Atenção Básica a Saúde nunca alcançaram 3% das despesas de saúde, e a proporção do QUALIS/PSF dentro da ABS apresentou uma queda nos últimos 6 anos, indo de 70% para 19,5%, o que simboliza uma diminuição da importância que o programa tem dentro do governo. Mas pelo exposto na parte sobre financiamento sobre o papel do estado e da união no apoio financeiro à atenção básica, e a gestão municipal, podemos dizer que isto se deve pelo foco estadual, exposto principalmente no PPA 12-15, nos níveis de média e alta complexidade. Sendo idealizado inicialmente como programa indutor da ESF, com o passar do tempo o QUALIS/PSF transformou-se em um programa de auxílio e complemento à gestão municipal, principalmente as regiões mais carentes do estado. Tendo em vista que o recurso para a ABS nos municípios de médio e grande porte vem principalmente do repasse federal através do PAB fixo e variável, e de receitas de arrecadação próprios, a queda do peso do QUALIS/PSF dentro das despesas em saúde, mesmo com um aumento no seu valor, não representa um impacto que possa gerar uma deterioração deste nível de atenção no estado.

Em relação à cobertura, observa-se que foram as Regionais com menos de um milhão de habitantes obtiveram a maior ampliação da cobertura, proporcionalmente a suas populações. Reforçando a exposto sobre a dificuldade de ampliação nos grandes centros urbanos e a focalização da atuação em localidades mais carentes, ou menos estruturadas.

Como decorrência desta ampliação, já era esperado o aumento do número de consultas realizadas pelas Equipes da Saúde da Família, mas as diferentes Regionais apresentam médias diferentes de atendimento por pessoa. Dividindo a quantidade de visitas realizadas pela população coberta, nota-se que este índice é maior nas Regionais com menos de um milhão de habitantes, 0,052 contra 0,048 das Regionais mais populosas. O que não era esperado foi que a Regional da Grande São Paulo apresentou a segunda maior média, com 0,057 visitas por ano, sendo a Regional de Barretos a que apresenta o maior índice, de 0,112.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> As visitas das equipes são realizadas com base no domicílio, que podem contar com mais de uma pessoa. Então este índice não tenta mostrar a quantidade total de consultas individuais realizadas. Caso fosse analisado

Analisando os dados sobre atendimento das equipes, a quantidade de internações domiciliares aumentou durante todo o período em todas as regionais, enquanto que o encaminhamento para internação hospitalar apresentou uma elevação inicial e depois uma estabilização, com tendência de queda em algumas Regionais, algo positivo que tem como resultado a diminuição das necessidades de atendimento nos níveis de maior complexidade, decorrente da ampliação dos cuidados básicos preventivos, e um fortalecimento do papel do cuidado domiciliar, gerando uma maior humanização do processo de cuidados médicos, por possibilitar que o tratamento do paciente seja realizado mais próximo da família.

Mas a quantidade de encaminhamentos para tratamento ou atendimento especializado também aumentou durante os 15 anos, mostrando que com a ampliação da cobertura, mesmo com o aumento do atendimento domiciliar e a queda na internação hospitalar, ainda continua-se a visão biomédica de atendimento pelas equipes, que ainda baseiam-se em exames de média e alta complexidade, e não na adaptação de métodos tradicionais ou disponíveis no local, criando novas maneiras de atuação e possibilidades de soluções locais para os problemas, sendo este um dos objetivos iniciais da ESF.

O comportamento dos indicadores sobre saúde da mulher apresenta a evolução esperada de aumento na quantidade devido à ampliação da cobertura. No entanto se analisarmos a média de atendimentos pré-natais por gestante acompanhada, vemos que mesmo a melhor Regional, a de Bauru com 1,61 atendimentos por gestante, apresenta uma quantidade baixa deste procedimento. Na média das Regionais, as mais populosas são que apresentam uma quantidade média maior de atendimentos, com exceção da Regional de Registro, com a segunda maior média, 1,53 consultas por gestante.

A partir destes dados, podemos analisar os indicadores sobre saúde infantil. Nota-se que o número de recém-nascidos com menos de 2500gr aumentou e depois se estabilizou, com tendência a elevação em algumas regionais. A elevação inicial dos casos é explicada pelo aumento da cobertura, mas a tendência a estabilização e elevação mostram-se o oposto dos demais índices, já que se esperaria uma tendência de queda pelos maiores cuidados. Uma possível explicação é que mesmo com o aumento da cobertura e atenção à gestantes, esta ainda é feita de forma precária, como apontado pela média de pré-natais realizados, e descrito por Teixeira e Vilasbôas (2011), que dizem sobre o despreparo e a baixa resolubilidade de algumas problemas.

---

como número total de atendimento por pessoa, a melhor média seria próximo de um atendimento a cada 9 anos, o que levaria a um entendimento errado do índice.



No entanto, observa-se um aumento constante nos atendimentos de puericultura em quase todas as Regionais, assim como a quantidade de crianças menores de um ano com a vacinação em dia, e uma queda acentuada na quantidade de crianças menores de um ano com desnutrição, após o pico gerado pela ampliação da cobertura. Neste último indicador, se compararmos o número de menores desnutridos com os nascidos com baixo peso, notamos que esta relação fica cada vez menor, apontando para uma diminuição da desnutrição infantil. Estes dados apontam para um foco maior no período pós-nascimento, apresentando assim uma priorização da atenção às crianças. Porém não devemos desconsiderar que nos últimos 10 anos, o governo federal vem adotando políticas de distribuição de renda e combate a fome, que mesmo influenciando positivamente este último indicador, não invalida a observação.

Analisando os dados referentes ao cuidado com diabetes, os três índices apresentaram os valores esperados, relacionando-se positivamente entre si. Com a ampliação da cobertura, há também o aumento do número de diabéticos acompanhados pelas equipes, e assim também a quantidade de atendimentos, porém assim como nos demais casos, com médias de acompanhamentos por diabéticos diferentes, repetindo o mesmo padrão dos dados referentes ao atendimento pré-natal, apresentando médias maiores nas Regionais mais populosas, principalmente para a Grande São Paulo, com uma média de mais de 4 atendimentos por diabético, enquanto a média das Regionais é de 2,2.

Também em relação as internações decorrentes de diabetes, os índices são favoráveis, indicando estabilização com tendência de queda em quase todas as Regionais, mostrando o resultado da atenção preventiva em relação aos cuidados com diabetes, repetindo o apontado quando aos dados gerais de encaminhamento para internação hospitalar.

No conjunto das Regionais, as de Presidente Prudente e de Araçatuba merecem destaque pela evolução dos indicadores apresentados, apresentando resultados superiores a algumas Regionais de mais de um milhão de habitantes. Também a de Campinas, após 2006, pela rápida elevação em alguns indicadores. A Grande São Paulo teve uma evolução constante durante todo o período, sem nenhum pico acentuado em relação à ampliação ou aos cuidados, mostrando uma política continua na região metropolitana.

Assim, analisando de forma global os indicadores apontados, e tendo em vista a evolução jurídica descrita anteriormente, podemos apontar dois períodos chaves na evolução do Saúde da Família no estado de São Paulo.

O primeiro vai de 2000 à 2003, que correspondem ao primeiro período do QUALIS/PSF e ao início dos esforços do governo federal em implantar e ampliar a

consolidação do Saúde da Família nos municípios de mais de 100 mil habitantes (Lima e Andrade, 2009). Apresenta uma rápida ampliação da cobertura populacional e na implantação de equipes Saúde da Família, com investimentos de estruturação e incentivo a adoção do modelo. Decorrentes disso observa-se o rápido aumento nos indicadores de doenças e utilização de níveis de maior complexidade, fato ocorrido devido à detecção de uma demanda latente por estes serviços.

Seguida depois de uma breve estabilização com tendência a queda, observa-se que nos anos seguintes a ampliação e os recursos destinados sofrem uma queda, o que pode ser entendido como uma maneira de não sobrecarregar os níveis de mais alta complexidade, diminuindo a taxa de aumento da cobertura, o fim dos investimentos em reestruturação da ABS e de implantação das equipes, e os primeiros resultados do novo modelo.

O segundo período chave vai de 2006 a 2009, com o início do terceiro PPA 08-11, e o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), que reafirmava o compromisso do governo federal em implantar a Estratégia Saúde da Família nos municípios com mais de cem mil habitantes, inclusive nas áreas metropolitanas (Teixeira e Vilasbôas, 2010). Neste período observa-se novas elevações e picos, principalmente nos Regionais com mais de um milhão de habitantes, e uma aceleração na tendência de queda de alguns indicadores apresentados.

Assim, podemos analisar o QUALIS/PSF – Incentivo à Estratégia Saúde da Família, do estado de São Paulo. Iniciado como um programa que visava adequar o estado à nova estratégia de Atenção Básica à Saúde implementada pela União, focou-se inicialmente na reestruturação do sistema de atendimento e na implantação do modelo nos municípios paulistas, servindo como política indutora, junto ao governo federal, na adoção da Estratégia Saúde da Família. Porém pela elevação da demanda dos níveis de maior complexidade, a dificuldades de implementação nos municípios médios e grandes, as características socioeconômicas do estado e à estrutura pré-existente, o programa perde sua importância, sendo transformado em ação dentro da atenção básica e tendo uma diminuição dos gastos efetuados.

Mas após 2006, com os novos esforços do governo federal em implantar a ESF nos centros urbanos, o QUALIS volta a ter uma quantidade maior de recursos destinados, mas agora não como programa indutor, mas como complemento e auxílio a gestão local, mudando assim seu foco e seus objetivos, antes destinado a todo o estado, agora concentra-se nas regiões mais carentes e necessitadas, agindo no outro extremo das ações nacionais.

Desta forma é possível analisar que o programa sempre foi um complemento estadual as ações executadas pelo governo federal, seguindo os mesmos padrões descritos por este, principalmente para as regiões mais carentes e com menor capacidade de financiamento e gestão, que dependem mais do apoio técnico e financeiro do estado (Vallim, Vieira e Osiano, 2006). Que mesmo apresentando resultados positivos, foram limitados devido as características estaduais, diferentes do restante do país, principalmente das regiões mais pobres, para onde a ESF foi inicialmente proposta (Teixeira e Vilasbôas, 2010). Ocorrendo o que o próprio estado reconhece, a sobreposição de sistemas, elevação dos custos e uma baixa efetividade, pelo descrito na um documento destinado aos gestores de saúde de e São Paulo:

*“Para São Paulo a existência de uma rede de atenção básica já anteriormente organizada, a partir dos Centros de Saúde, dificultou essa substituição e em muitos municípios a implantação desses serviços ocorreu de forma periférica aos Centros de Saúde existentes, resultando em sobreposição de modalidades fragmentação da rede e alto custo do setor. Além disso, a competição de serviços não só pela oferta, mas também pela população moradora levou á um grande número de procedimentos muitas vezes desnecessários.” (São Paulo, 2009)*

## 11 – Considerações finais

Tendo analisado a importância da saúde para o homem e para a população, a evolução histórica dos cuidados a enfermidades no Brasil e no Mundo, as diversas abordagens, os diferentes tipos de modelos existentes, e dentro destes os diversos níveis que os compõem, nota-se a complexidade que envolve as discussões sobre o assunto, muitas vezes resumidas a relação médico – hospital (Coelho, 2010).

A mudança do foco de atuação curativa para a preventiva apresenta-se assim como uma evolução deste debate, não excluindo o antigo modelo biomédico, voltado para o tratamento e recuperação, mas somando-se a ele. Transformando a ABS em porta de entrada e organizadora de todo o sistema de saúde.

Neste contexto, estrutura-se o Programa Saúde da Família, buscando aproximar os serviços de saúde e a população, humanizando e universalizando estes. Inicialmente voltado para as regiões mais carentes do país, logo se torna a estratégia principal do governo federal para a ABS, buscando sua implantação em todo o território nacional.

Para organizar as funções estaduais em relação à ABS, é criado o QUALIS/PSF, adequado São Paulo as exigências federais. Ajudando na ampliação e auxiliando na gestão dos municípios mais carentes em relação à ESF.

Porém devido às diferenças socioeconômicas existentes em relação ao restante do país sua ampliação e seus resultados, mesmo que positivos, são inferiores ao dos outros estados, decorrente dos fatores limitantes, dos objetivos principais, da população foco e do modo de atuação da ESF, que somados a uma estrutura de média e alta complexidade já estruturada, prioridades estaduais de saúde diferentes, e uma rápida transição demográfica, dificultam a execução plena do modelo, ao contrario de outros estados.

Assim, como descrito por Teixeira e Vilasbôas (2010), não se trata de estabelecer um modelo padrão a ser reproduzido, mas um que possa se adaptar as diferenças locais, adequando-se a elas, adaptando-se ao perfil da demanda e de oferta existentes. Levanta-se daí as questões de qual é a real potencialidade da ESF em reorganizar todo um sistema de saúde já historicamente estruturado, principalmente nos níveis de maior complexidade (Santos e Loureiro, 2012), a se a ESF seria a melhor para um estado como São Paulo, que *“embora tendo o PSF como a estratégia de organização prioritária para o Estado, é importante reconhecer outras possibilidades de organização da Atenção Básica para o Estado”* (São Paulo, 2009).

## Referencias Bibliográficas

- Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica / organizadores: Renilson Rehem de Souza, Marta Campagnoni e Clélia Neves de Azevedo – São Paulo: SES/SP, 2009.
- AMARAL, Márcia Aparecida do e FURLAN, Paula Giovana; “*O método de apoio institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da atenção básica de saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase na atenção básica*”; In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (org.), Manual de práticas de atenção básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- ARRETCHE, M. “*Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?*”. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S0011-52582010000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0011-52582010000300003&lng=pt&nrm=iso)> acesso em 30 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582010000300003>.
- BOSSATO, H. R., e RODRIGUES, C. dos S.; “*O Financiamento da Atenção Básica: Trajetória e desafios para o SUS*”; In: ABRAHÃO, A. L., SOUZA, Â. C. e MARQUES D. (org.); “Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde”, – Niterói: editora da UFF, 2012.
- 
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.
- BRASIL, Lei 8.080, de 19-9-1990, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- BRASIL, Lei 8.142, de 28-12-1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional da assistência a saúde: Noas/SUS 01/02. Brasília, marco, 2002
- BRASIL, Ministério da Saúde. Regionalização da assistência a saúde, aprofundamento a descentralização com equidade no acesso (Norma operacional de assistência a saúde. Noas/SUS 01/01. Portaria MS/GM n.95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma operacional básica 001/96. Brasília: MS, 1996.
- CAETANO, R. e DAIN, S.; “*O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios*”; *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12 (1): 11-21. 2002

- CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P. e CUNHA, G.T., “*Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família*”. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (org.), Manual de práticas de atenção básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- COELHO, I.B., “*Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde*”. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (org.), Manual de práticas de atenção básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- DATASUS; Informações de Saúde (TABNET); (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>)
- Demografia Médica no Brasil / coordenação, Mário Scheffer ; equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo : Conselho Federal de Medicina, 2011.
- ELIAS, P.E.M. e DOURADO, D.A., “*Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil*”, In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.
- FURLAN, P.G. e AMARAL, M.A., “*O método de apoio institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase na atenção básica*”. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (org.), Manual de práticas de atenção básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- GIACOMONI, J.; “*Orçamento Público*”; São Paulo; Editora Atlas S.A.; 2007.
- IBÁÑEZ, N., “*Análise comparada de sistemas de saúde*”, In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Censo 2010, Estados@; São Paulo (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sp>)
- LAVRAS, C.C.C., “*Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS*”, In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.
- LIMA, L. D. e ANDRADE, C. L. T.; “*Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios de Brasil*”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 2237-2248, 2009.

- LUPPI, C.G.; ANDRADE, M.C; SIMÕES, O e PINHO, V.P., “Atenção primária à saúde”, In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.
- MASSUDA, A. “Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde”, In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (org.), Manual de práticas de atenção básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- MIOTO, R. C. T.; “A Família como Referência nas Políticas Públicas: Dilemas e Tendências”; In: TRAD, L. A. B.(org.); “Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas”, – Rio de Janeiro, editora: FIOCRUZ, 2010
- PORTELA, G. Z.. “A sustentabilidade econômica e financeira do Programa Saúde da Família no município de grande porte”. 2008; 154f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.
- RANGEL, M. L.; “Desafios e Limites de Estratégias de Promoção da Saúde dirigidas à Família”; In: TRAD, L. A. B.(org.); “Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas”, – Rio de Janeiro, editora: FIOCRUZ, 2010.
- ROCHA, J. S.Y., “Os determinantes sociais da saúde”, In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.
- SANCHO, L. G. “Avaliação econômica em saúde”, São Paulo: Aderaldo e Rothschild Ed., 2007.
- SANTOS, D. e LOUREIRO, R.; “Processo saúde-doença e promoção da saúde: bases para reflexão”; In: ABRAHÃO, A. L., SOUZA, Â. C. e MARQUES D. (org.); “Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde”, – Niterói: editora da UFF, 2012.
- SÃO PAULO. Lei n.º 44.544, de 16-12-1999, que institui o Programa de Saúde da Família – QUALIS/PSF – No estado de São Paulo e da outras providências.
- SÃO PAULO. Resolução SS n.º 14, de 09-02-2006, que institui, no âmbito da Secretaria da Saúde, Coordenação da Gestão da Atenção Básica, visando a adoção de ações estratégicas e medidas de aperfeiçoamento para o acesso ordenado da população aos correspondentes serviços de saúde.
- SÃO PAULO; Plano Plurianual 2000-2003, lei N° 10.694, de 8 de dezembro de 2000.
- SÃO PAULO; Plano Plurianual 2004-2007, lei N° 11.605, de 24 de dezembro de 2003.
- SÃO PAULO; Plano Plurianual 2008-2011, lei N° 13.123, de 8 de julho de 2008.

- SÃO PAULO; Plano Plurianual 2012-2015, lei N° 14.676, de 28 de dezembro de 2011.
- SÃO PAULO, Secretaria Estadual da Fazenda; site: [www.fazenda.sp.gov.br](http://www.fazenda.sp.gov.br) ; SIAFEM; acessado em 29 de junho de 2013.
- SARTI, Cynthia; “*O Lugar da Família no Programa Saúde da Família*”; In: TRAD, L. A. B.(org.); “Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas”, – Rio de Janeiro, editora: FIOCRUZ, 2010.
- SILVA, H.C e VIANA, A.L.A., “*O financiamento do Sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização*”, In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.
- SOUZA, Â. C.; MARQUES, D. e SILVA, D. S.; “*Contextualizando a Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica em Saúde*”; In: ABRAHÃO, A. L., SOUZA, Â. C. e MARQUES D. (org.); “Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde”, – Niterói: editora da UFF, 2012.
- TEIXEIRA, C. F. e VILASBÔAS, A. L. Q. “*Desafios da Formação Técnica e Ética dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família*”; In: TRAD, L. A. B.(org.); “Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas”, – Rio de Janeiro, editora: FIOCRUZ, 2010.
- TRAD, L. A. B.; “*Desafios Éticos e Tecnológicos do trabalho com família: Reflexões em torno da Estratégia de Saúde da Família*”; In: TRAD, L. A. B.(org.); “Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas”, – Rio de Janeiro, editora: FIOCRUZ, 2010.
- VALLIM, S.; VIEIRA, A. M. L. e OSIANO, V. L.; “*Qualis – A Estratégia Saúde da Família em 101 municípios do Estado de São Paulo*”, RAS \_ Vol. 8, No 32 – Jul-Set, 2006
- VIANA, A.L.A e SILVA, H.C., “*Economia e Saúde*”, In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.), Política e gestão pública em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2012.