

FLÁVIA HENRIQUE

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
INDICADORES DEMOGRÁFICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS, NOS MUNICÍPIOS
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FLÁVIA HENRIQUE

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
INDICADORES DEMOGRÁFICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS, NOS MUNICÍPIOS
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina
para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Maria Cristina Marino Calvo

Florianópolis

2006

FLÁVIA HENRIQUE

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
INDICADORES DEMOGRÁFICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS, NOS MUNICÍPIOS
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre em Saúde Pública" e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Florianópolis, 22 de Fevereiro de 2006.

Prof^a. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, Dr^a.
Coordenadora do CPGSP/UFSC

Banca Examinadora:

Prof^a. Maria Cristina Marino Calvo, Dr^a.
Orientador

Prof. João Carlos Caetano, Dr.
UFSC

Prof^a. Maria Célia de Almeida, Dr^a.
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Alcides Milton da Silva, Dr.
UFSC

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio, carinho, paciência e por me proporcionarem a possibilidade de fazer um curso universitário.

Aos meus familiares, pelo carinho e compreensão.

Ao meu companheiro, Fábio de Oliveira, pela paciência e pelo apoio nesta caminhada.

Ao programa de pós-graduação em saúde pública e aos colegas do mestrado.

Aos amigos da ACMFC, movimento estudantil e residência, que me proporcionaram olhar o mundo sob um novo ponto de vista.

À minha orientadora, prof^a. Maria Cristina Calvo, pelo apoio, compreensão, paciência e contribuição.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram com esta pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE SIGLAS.....	12
RESUMO	14
ABSTRACT.....	15
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 2 - REVISÃO.....	19
2.1 Breve Histórico da Atenção Primária em Saúde	19
2.2 Definição de Atenção Primária em Saúde	26

2.3 Reforma do Estado e Atenção Primária em Saúde	30
2.4 O Programa Saúde da Família.....	35
2.5 O Programa Saúde da Família em Santa Catarina	42
2.6 Avaliação da Atenção Primária em Saúde.....	46
2.6.1 Sistema de informação em saúde	50
2.6.2 Sistema de informação da atenção básica	52
2.7 Indicadores de Saúde	54
2.7.1. Porte populacional	55
2.7.2 Índice de desenvolvimento humano	57
2.7.3 Gasto público em saúde per capita.....	59
2.7.4 Bloco ideológico na gestão municipal.....	60

CAPÍTULO 3 - OBJETIVO GERAL.....	61
3.1 Objetivos Específicos.....	61
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA	62
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE.....	64
ARTIGO 1 - Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina	65
ARTIGO 2 - Associação entre a Avaliação do Programa Saúde da Família com Indicadores Políticos, Econômicos e Demográficos	92
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS.....	116
BIBLIOGRAFIA	124

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Descrição dos componentes, indicadores e parâmetros de avaliação para a Classificação dos municípios catarinenses para o Programa Saúde da Família, 2001 e 2004.....	76
--	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Programa de Saúde da Família: Evolução do Número de Equipes, da População Assistida e da Cobertura Populacional, Brasil: 1994-2002.....36
- Tabela 2: Evolução dos Recursos do Ministério da Saúde Aplicados nos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, Brasil: 1994 - 200237
- Tabela 3: Evolução do número de municípios, número de equipes do PSF e número de agentes comunitários de saúde (ACS) do Programa Saúde da Família no estado de Santa Catarina: 1997 – 2003.....46
- Tabela 4: Número de municípios instalados no Brasil no período de 1940 a 1997.....56
- Tabela 5: Distribuição dos municípios no Brasil de acordo com porte populacional, 2002.....57
- Tabela 6: Número de municípios, número de equipes e número de agentes comunitários do Programa Saúde da Família, implantados no estado de Santa Catarina: 1997 a 2003.72
- Tabela 7: Percentual de municípios catarinenses pesquisados com classificação dentro do esperado para os indicadores de consultas por visita domiciliar, exames de patologia clínica,

encaminhamento ao especialista, atendimento individual da enfermagem, Santa Catarina, 2001 e 2004.	83
Tabela 8: Número e percentual dos municípios, segundo a classificação dos componentes: estrutura, processo e resultados, para o ano de 2001 e de 2004.....	85
Tabela 9: Distribuição dos municípios segundo a classificação geral para o Programa Saúde da Família, em 2001 e 2004.	86
Tabela 10: Indicadores, sua classificação e os parâmetros correspondentes utilizados para medir a associação com a classificação para o Programa Saúde da Família, no ano de 2004.....	102
Tabela 11: Distribuição dos municípios, segundo porte populacional e classificação para o Programa Saúde da Família.....	104
Tabela 12: Distribuição percentual dos municípios, segundo porte populacional e componentes de análise da classificação do PSF.....	106
Tabela 13: Distribuição dos municípios, segundo o IDH-M e a Classificação para o Programa Saúde da Família.	107
Tabela 14: Distribuição dos municípios, segundo o Gasto em saúde per capita e a Classificação para o Programa Saúde da Família.	108

Tabela 15: Distribuição dos municípios, segundo Bloco Ideológico na gestão e a Classificação para o Programa Saúde da Família.	109
---	-----

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CAA – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CID-10 – Classificação Estatística Internacional e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSAC – Coordenação de Saúde Comunitária

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCN – Programa de Combate às Carências Nutricionais

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

Historicamente, a proposta de reformulação das bases da medicina hegemonicamente praticada, de cunho liberal, recebeu várias contribuições: por um lado, de movimentos de cunho transformador, como a medicina social; por outro, de cunho reformista, advindos do seio da própria categoria médica, como a medicina preventiva; ou ainda de parte do estado, como forma de contenção dos pobres e redução dos custos da prática médica, como a medicina comunitária. É neste cenário, complexo e contraditório, temperado pelo ajuste fiscal, garantidor de controle de gastos sociais e superávits primários, que o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família. O PSF foi implantado, a partir de 1994, inicialmente priorizando populações vulneráveis, mas expandiu-se rapidamente, recebendo, a partir de 1997, a designação de estratégia de saúde da família, como modelo de atenção primária brasileira, destinado a toda a população e munido do desafio de mudar o modelo assistencial do SUS. Neste contexto, fazem-se necessárias pesquisas que possibilitem avaliar se o PSF vem conseguindo atingir as metas previstas para o programa. Assim, desenvolve-se este trabalho, que objetiva avaliar, classificar e verificar as possíveis associações do Programa Saúde da Família com indicadores demográficos, sociais e econômicos, nos municípios do estado de Santa Catarina. O método utilizado é transversal e baseia-se em dados retroativos e secundários, obtidos através do SIAB, SIH, DATASUS e Tribunal de Contas do estado de Santa Catarina. A amostra se compõe de 125 municípios que apresentavam dados para o PSF em 2001 e 2004, os recortes realizados pela pesquisa. Os dados são apresentados sob a forma de dois artigos. No primeiro, utiliza-se proposta de avaliação com base nos componentes *estrutura, processo e resultados*, medindo, respectivamente, cobertura assistencial, mudança no modelo assistencial e internações por doenças preveníveis pela atenção primária; além disso, classificam-se os municípios catarinenses, quanto ao PSF, em *satisfatório, intermediário e insatisfatório*. No segundo artigo, utilizando a classificação obtida para o PSF, busca-se a associação desta com os indicadores: porte populacional, IDH-M, gasto per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal. A análise dos artigos possibilita inferir que houve uma ampliação estatisticamente significativa dos municípios quanto à cobertura do Programa Saúde da Família, porém sem mudanças significativas no modelo assistencial ou nas internações preveníveis pela atenção primária. É possível inferir, ainda, que a classificação para o PSF está fortemente associada com o porte populacional e o IDH-M, não apresentando associação estatisticamente significativa com os demais indicadores.

ABSTRACT

Historically, the reformulation proposal of the hegemonically practiced medicine bases, of a liberal tendency, received various contributions: on one side, from movements of transforming aspects, like social medicine; on the other, of a reformist nature, originated from the heart of the medical category itself, like preventive medicine; or even from the state, as a form of contention of the poor and reduction of the medical practice costs, like communitarian medicine. It is in this complex and contradictory scenario, tempered by fiscal adjustment, control guarantor of social expenses and primary surpluses, that the Ministry of Health proposes the Family Health Program (PSF). The PSF was implanted in 1994, initially giving priority to vulnerable populations, however it rapidly expanded and received in 1997 the designation “family health strategy”, as a model of the Brazilian primary care destined to the population and provided with the challenge of changing the healthcare model of the Unified Health System (SUS). In this context, research is necessary to evaluate if the PSF is managing to reach the targets foreseen for the program. This paper therefore ensues with the objective of evaluating, classifying and verifying the possible associations of the PSF with demographic, social and economic indicators in the cities of the State of Santa Catarina. The method used is transversal and is based on retroactive and secondary data, obtained from or Basic Care Information System (SIAB), Information Hospital System (SIH), Unified Health System Data Bank (DATASUS) and the Audit Court of the State of Santa Catarina. The sample consists of 125 cities which presented data to the PSF in 2001 and 2004, which are the profiles covered by the research. The data is presented in the form of two papers. The first one utilizes an evaluation proposal based on *structure, process and result* components, respectively measuring care cover, changes in the healthcare model and internment due to illnesses avoidable by the primary care; furthermore, the cities in Santa Catarina are classified with regard to the PSF as *satisfactory, intermediary and unsatisfactory*. In the second paper, the association of the PSF with the indicators is sought, utilizing the classification obtained for the PSF: size of population, or Municipal Human Development Index (IDH-M), per capita expenditure and ideological block in the municipal management. The analysis of the papers enables the conclusion that there has been a statistically significant amplification in the cities with regard to the Family Health Program cover, however, without significant changes in the healthcare model or in the internments avoidable by the primary care. It is possible to further conclude that the classification for the PSF is strongly associated with the size of population and the IDH-M and does not present a significant statistical association with the other indicators.

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O setor saúde no Brasil vem sofrendo importantes transformações nas últimas décadas. Entre as mudanças mais recentes, foco de inúmeras análises acadêmicas e institucionais, está a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Com o objetivo de possibilitar sua compreensão mais ampla através de novas pesquisas, desenvolve-se este trabalho.

A implantação do PSF iniciou-se há aproximadamente dez anos, em meio ao ajuste fiscal imposto pela política internacional, que exigia dos países subdesenvolvidos contenção de gastos nas áreas sociais. Assim, reformas setoriais foram sendo paulatinamente implantadas no estado brasileiro, com o objetivo de gerar políticas que resultassem na redução do déficit social.

Para o Ministério da Saúde (MS), o PSF não é uma política vertical de atenção focalizada a uma parcela carente da população; o MS considera o PSF como estratégia reestruturante da área da saúde, que reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com potencial de organizar toda atenção à saúde no Brasil. A evolução nacional dos dados relativos ao programa mostra que, apesar de sua implantação ter-se dado preferencialmente em áreas de risco, sua ampliação tem sido uma constante, estando atualmente presente em 86,1% dos municípios brasileiros e atingindo 39,4% da população (MS, 2004).

Em Santa Catarina, a implantação do PSF iniciou-se em 1994 e desde então convênios entre o Ministério da Saúde e os municípios foram paulatinamente assinados, ampliando o

número de municípios e de equipes que participam do programa. Somente a partir de julho de 1998, porém, os municípios passaram a enviar informações de maneira sistemática ao estado, para alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), relacionado ao parecer nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997, que vincula o repasse de recursos à alimentação do sistema.

Em meio a esta problemática, compreendida de diferentes formas por diversos autores na área da saúde coletiva, elegeu-se a implantação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina como objeto deste trabalho, a fim de contribuir para a pauta em discussão. Propõe-se, desta forma, uma pesquisa que avalie a evolução dos componentes: estrutura, processo e resultados do PSF, para os municípios do estado de Santa Catarina, bem como as possíveis associações desta avaliação com indicadores demográficos, políticos e econômicos.

Para subsidiar a análise dos dados, o próximo capítulo desta dissertação trata de revisão da literatura, trazendo um histórico da atenção primária, seu conceito sob a ótica de diferentes autores, a relação com as reformas setoriais e o ajuste fiscal, a implantação do programa nacionalmente e em Santa Catarina, um resumo de avaliação em saúde e seus instrumentos de análise, os sistemas de informação e em especial o sistema de informação da atenção básica, e, por fim, uma breve explanação sobre os indicadores de saúde, principalmente aqueles que serão foco de análise.

O capítulo terceiro trata dos objetivos gerais e específicos que se busca alcançar nesta dissertação. O quarto se refere à metodologia adotada na pesquisa, de recorte transversal, retrospectiva, com dados secundários fornecidos pelo SIAB, Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Departamento de Informação e Informática do SUS, (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, dos anos de

2000, 2001, 2003 e 2004.

No quinto capítulo serão apresentados os dois artigos que trazem a análise e discussão dos dados. No primeiro se desenvolve a avaliação do PSF nos municípios catarinenses, resultando na classificação do programa em três situações: satisfatório, intermediário e insatisfatório. No segundo artigo, buscam-se as possíveis associações do programa com os indicadores de porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), gasto público per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal. No sexto capítulo são apresentadas as considerações finais, seguidas das referências e bibliografia.

Os limites desta pesquisa estão relacionados à alimentação dos sistemas de informação, em especial ao SIAB, e ao uso exclusivo de dados secundários para configuração dos componentes de análise.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO

2.1 Breve Histórico da Atenção Primária em Saúde

A área da saúde vem sendo construída, a partir do século XVIII, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos. Desde então se inicia um relacionamento entre os diferentes setores sociais envolvidos com a questão saúde e o Estado, numa dinâmica de redefinição e reconstrução de práticas sanitárias e políticas de saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Nos fins do século XVIII, em um contexto de debate entre a teoria socialista, com Marx e Engels, e o capitalismo, toma corpo a idéia de causação social das doenças, ou seja, a medicina passa a buscar relação entre a proletarização e as causas das doenças, definindo assim uma teoria social da medicina. Com a derrota dos movimentos revolucionários e o surgimento da bacteriologia, a medicina social, que verdadeiramente nunca suplantou a teoria anterior, dos miasmas (em que o contágio se daria pelo ar contaminado), se vê rechaçada (GUTIERREZ, 2001).

A teoria advinda com Pasteur, em que partículas seriam as responsáveis pelo aparecimento das doenças, desloca a medicina social para segundo plano e as causas externas passam a ser os responsáveis pelo aparecimento das doenças. Assim, a categoria médica, subsidiada pelo ideário burguês vitorioso no fim do século XVIII, em resposta às questões sociais

se alia à idéia de higiene, em que o indivíduo passa ser o responsável por sua saúde e seu adoecimento.

Para Arouca (1975), a higiene é compreendida não como uma ciência, mas como conjunto de ciências responsáveis pelo bem-estar e por uma vida sem enfermidades, criando assim uma ilusão–alusão às condições reais de existência. Alusão na medida em que diz sobre o valor do uso da própria vida, e ilusão porque cria a idéia de uma solução higiênica para as condições de existência, abstraindo as causas sociais de adoecimento e afirmando uma solução normativa para os problemas sociais.

Em fins da década de 20 e início da década de 30, ocorre a quebra da bolsa de valores dos Estados Unidos e uma profunda crise de produção capitalista. Em meio a esta nova conformação econômica, a medicina é chamada a dar resposta às questões referentes aos elevados custos da atenção médica. Assim, embasada na teoria higienista e temendo a proposta de reformulação no sistema americano, a categoria médica elabora uma resposta liberal à crise: a medicina preventiva.

Durante os anos de 1935 e 1936, o serviço de saúde pública dos Estados Unidos da América publica um documento que conclui ser necessária a revisão da atenção médica, visto que as condições sócio-econômicas da população haviam piorado. Em 1944, a associação americana de saúde pública propõe a criação de um sistema nacional de saúde, o que, no entanto, não foi aprovado em sua totalidade, restando do projeto somente os investimentos para a construção de hospitais (AROUCA, 1975).

Os sujeitos de discurso da medicina preventiva partem da própria associação médica e da crise da medicina tradicional, que, temendo a possibilidade de intervenção estatal na sua prática liberal, apresentam uma proposta conciliadora –a medicina preventiva –, buscando assim,

sem transformações substanciais, a redução dos custos da atenção médica.

O grupo médico, exercendo o seu papel político, em aliança com outros grupos ou setores sociais e econômicos, bloqueiam todas as tentativas de intervenção do Estado que redundassem em uma perda de sua autonomia econômica. Por outro lado, o Estado começa a manifestar-se não somente através de projetos de lei, mas fundamentalmente através de grupos racionalizadores ligados ao setor de Saúde Pública que reivindicam o controle central da atenção médica. Porém, ao contrário do sucedido em outros países, como a Inglaterra, em que este movimento levou à criação de um Serviço Nacional de Saúde em 1946, nos Estados Unidos as alianças de classe realizadas pelos grupos médicos mantiveram seus direitos contra a intervenção estatal (AROUCA, 1975. p. 104 a 105).

O seminário de Colorado Spring, no auge da discussão preventivista, durante o ano de 1953, traçou novas responsabilidades ao profissional médico através da formação em medicina preventiva, o que preencheu o vazio deixado pela higiene no plano individual, trazendo responsabilidade social diante da família e mantendo no plano político o caráter liberal da profissão.

A medicina Preventiva é uma nova atitude incorporada à prática médica e esta atitude deve ser desenvolvida durante o processo de formação do médico através de meios e pessoal específico. Assim, este movimento encontra seu lugar natural dentro das escolas médicas onde profere seu discurso para a mudança, enfrentando a longa luta de preparar novos médicos com a nova atitude preventivista que possa mudar o atual panorama da atenção médica (AROUCA, 1975. p. 119).

Em virtude das pressões sociais geradas nos anos sessenta pela crítica ao racismo, pela pobreza das grandes cidades e pela guerra do Vietnam, surge nos Estados Unidos da América a medicina comunitária, que resgata parte do discurso da medicina preventiva e funciona em área geograficamente determinada.

Para Donnangelo (1979), a proposta de Medicina Comunitária desenvolve-se na

seqüência de outras propostas, tais como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, sendo que não se constitui como campo conceitual frente a uma nova problemática, baseia-se em princípios já elaborados em outras propostas, significando fundamentalmente uma forma de extensão dos cuidados médicos individuais.

A problematização do caráter fragmentário do ato médico, de sua eficácia e de seu encarecimento domina a literatura médica das últimas décadas, dando origem a sistemáticos modelos de reforma médica. Estas reformas não somente representam a possibilidade de interferência estatal no setor, como também compatibilizam a preservação da estrutura predominante de atenção médica.

Estes esquemas menos radicais de reforma médica incluem-se projetos tais como os da Medicina Integral, da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária. Correspondendo à busca de racionalização da prática médica por meio da manipulação de aspectos parciais da estrutura de produção de serviços implicam, ao mesmo tempo, uma tentativa de integração do social à prática, através de modalidades consistentes com os limites da reforma que se pode realizar (DONNANGELO, 1979. p. 79).

O conceito de Medicina Integral apresenta o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico – correspondente ao crescimento das especialidades – e a falta de uma concepção do indivíduo bio-psico-social, acreditando que tão somente pela possibilidade de superação desse confronto se resolveria a questão da falta de eficiência técnica, dos custos crescentes e da fragmentação da atenção.

A sistematização dos princípios que advém da superposição da Medicina Preventiva e Integral progressivamente constituiu o campo da Medicina Comunitária, centrada basicamente na organização interna do ato médico. Tais estratégias encontram, em cada profissional, o agente de excelência da reforma médica.

Incorporando ao processo de trabalho os princípios referentes ao indivíduo e às suas relações com o meio, bem como o correspondente reconhecimento de que a doença constitui o momento de um processo que envolve a interação de um conjunto de agentes naturais e sociais, o médico superará, pelo estabelecimento de novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade, as deficiências resultantes do caráter fragmentário de sua prática, assegurando que a acumulação dos atos médicos assim corrigidos modifique a totalidade da atenção médica e as necessidades de saúde (DONNANGELO, 1979. p. 80).

Como o foco é o profissional, a reforma educacional passa a fazer parte desta estratégia, dado que a prática dominante da escola médica contribui para a formação fragmentária, curativa e distante das necessidades sociais.

Fica claro que, ao se limitar à formação, o potencial das reformas se torna extremamente restrito, o que não isenta por si só dos obstáculos dentro do próprio meio acadêmico. No entanto, estas reformas têm o caráter peculiar, assim como outras reformas já ocorridas, a exemplo da medicina preventiva, de introduzir fatores corretivos, sem modificar o essencial da estrutura de produção dos serviços.

A Medicina Comunitária americana representa, portanto, uma tentativa de incorporação da assistência médica individual a grupos descaracterizados como consumidores, não se limitando a isso, mas apresentando esta característica como fundamental.

É como forma de prestação de assistência e prática de saúde que a Medicina Comunitária surge nos Estados Unidos da América (EUA) e, através do suporte de agências internacionais de saúde como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, se difunde para países dependentes. Na América Latina, o projeto ganha força na década de 70, resultando em uma proposta de extensão da assistência para populações pobres, urbanas e rurais, que representa também uma atividade paralela à assistência médica dominante (FRANCO

e MERHY, 2003).

Nos países da América Latina, diferentemente dos localizados na América do Norte, a atenção em saúde tem marcada participação do estado, como produtor e financiador dos serviços de saúde, além de características diferenciadas epidemiologicamente, com a coexistência de doenças crônicas e infecto-contagiosas. Assim, o projeto de reforma médica praticada nestes países apresenta outras soluções que não se localizam somente nas deficiências da atenção do ato médico individual, mas também em aspectos organizacionais da estrutura médica, superáveis através de novos modelos de organização em saúde, que tomem como base os cuidados dos grupos sociais, não somente os dos indivíduos (DONNANGELO, 1979).

A partir dos anos setenta, a proposta de reformulação dos sistemas de saúde com base no primeiro nível de atenção, a atenção primária, espalha-se para países do terceiro mundo, impulsionada por agências de financiamento internacional, como o Banco Mundial. No Brasil, a medicina preventiva e a familiar foram introduzidas na década de 60 com a reforma universitária de 68 (TEIXEIRA, 2002).

Foi fundamental, para a proposta de medicina familiar, a articulação do conceito de níveis de prevenção, oriundo da medicina preventiva, com as idéias de participação comunitária, utilização de pessoal auxiliar, hierarquização e regionalização dos serviços que advêm da medicina comunitária. Assim, atuando neste primeiro nível de atenção, estaria o médico de família, que surge como contraposição à desumanização e especialização constante da medicina conservadora, mantendo, contudo, as características clínicas e hospitalocêntricas do médico liberal.

Um dos pilares na construção da proposta de atenção primária em saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978.

Elevou-se, assim, a atenção primária em saúde como a estratégia para se alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, definida pela assembleia mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1977, assumindo uma proposta de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automeadiação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.2).

A conferência de Alma-Ata apresentou, como componentes fundamentais e mínimos da atenção primária em saúde, a educação, no tocante aos problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; a promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; a provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; os cuidados de saúde materno-infantil, inclusive o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e o controle de doenças localmente endêmicas; o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais.

Seguiu-se a Alma-Ata uma série de conferências de promoção à saúde, em Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997. A promoção à saúde se diferencia da proposta de atenção primária à saúde, pois amplia a visão da saúde, fugindo da discussão dos serviços de saúde para o debate acerca da justiça social e equidade como fatores essenciais para a promoção da saúde.

Simultaneamente no Brasil, durante o ano de 1976, surge o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) e, em 1978, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que representarão espaços de análise crítica e resistência da situação de saúde brasileira (NUNES, 1994).

Os técnicos brasileiros e os professores dos departamentos de saúde pública, medicina social ou preventiva das universidades conjugaram-se em torno de uma proposta de medicina social latino-americana, dando origem à chamada reforma sanitária brasileira. Esta importa, principalmente da Europa, os princípios que deveriam nortear o sistema de saúde brasileiro: equidade, integralidade, regionalidade, acesso universal e descentralização.

A reforma sanitária conseguiu, com base no engajamento em torno do movimento pela redemocratização do país e através de uma articulação junto aos deputados federais, a implementação de seus pressupostos na carta constitucional de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde.

Em relação à proposta de atenção primária, que tem sua historicidade descrita sumariamente acima, cabe ainda entender como diferentes autores a conceituam e a compreendem, bem como a utilização do termo atenção básica como sinônimo de atenção primária.

2.2 Definição de Atenção Primária em Saúde

O Relatório Dawson, de 1920, apresentou uma estrutura organizacional baseada em diferentes níveis de atenção, sendo a mais básica o centro de atenção primária à saúde. Apoiado

por um nível secundário, consistindo de especialistas que forneciam atenção por consultas que, era, por sua vez, apoiado por um nível terciário baseado em hospitais-escola para atenção às doenças mais incomuns e complicadas. A declaração de Alma-Ata, de 1978, codificou a “santidade” da atenção primária à saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo (STARFIELD, 2002).

Neste relatório, Dawson apresenta os conceitos de regionalização e distritalização do sistema de saúde e recebe como sugestão que o sistema seja hierarquizado, do mais simples para o mais complexo, com serviços domiciliares que deveriam ser suporte para centros de saúde primários dirigidos por profissionais gerais, com a ajuda de laboratório e radiografia (DAWSON, 1964).

Starfield (2002), citando Alpert e Charney (1974) e Parker (1974), conceitua a atenção primária, na década de 70, assim:

A atenção primária é, agora, amplamente aceita como a oferta da medicina ao primeiro contato; a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde. Tal descrição foi proposta no relatório Millis (1966) e condiz com as principais características da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (ou integração) (ALPERT e CHARNEY (1974); PARKER (1974) apud STARFIELD (2002) p. 46).

A atenção primária foi definida pela Organização Mundial de Saúde (2004) como acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios aceitáveis, através de sua participação integral e a custos que a comunidade e o país possam absorver.

Um relatório mais recente sobre atenção primária do Institute of Medicine (Washington)

definiu-a como “a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade” (DONALDSON, 1996 apud STARFIELD, 2002, p. 50-51).

A Canadian Medical Association (Associação Médica Canadense) considera, explicitamente, a atenção primária como o ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde, estando inter-relacionada aos outros componentes do sistema. Define a atenção primária como consistindo de “avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir a abordagem de problemas de saúde, e apoio continuado, com intervenções familiar e comunitária, quando necessário”. Difere, assim, do relatório do Instituto de Medicina, ao distinguir a atenção ao primeiro contato como uma função crucial e ao incluir intervenções comunitárias na definição das funções (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994 apud STARFIELD, 2002, p. 52).

Alguns autores utilizam o termo atenção primária como sinônimo de atenção básica. Internacionalmente, o primeiro nível de atenção – ou seja, a porta privilegiada para acesso ao sistema de saúde – é convencionalmente conhecido como atenção primária. Este conceito traz consigo a inserção deste nível em um sistema hierarquizado que não se restringe ao básico e está organizado em forma crescente de densidade tecnológica.

O Ministério da Saúde utiliza, de forma sistemática em seus documentos relacionados ao primeiro nível de atenção à saúde, o termo “atenção básica”. No documento sobre avaliação da atenção básica, produzido pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA, 2003), o MS coloca que “atenção básica” é a denominação adotada no país para o

que internacionalmente se chama de atenção primária, com o seguinte intuito:

Construir uma identidade institucional própria capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção, concepção esta que compreende a atenção primária como a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica (primária) de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (MS, 2003, p.7).

O Ministério da Saúde, através da CAA, apresenta assim o conceito de atenção básica:

Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (MS, 2003, p.7).

Mesmo sendo aparentemente semelhantes as concepções que subsidiam a interpretação do primeiro nível de atenção, entre atenção primária ou atenção básica, mantendo os princípios do SUS, optou-se, neste trabalho, pelo termo atenção primária, visto que esta concepção adotada pela CAA do Ministério da Saúde é extremamente atual. Além disso, por ser o Ministério um produtor não só de conhecimentos, mas também de práticas, esta concepção necessita ser

verificada na prática para ser consolidada.

Como forma de compreender como se concretiza na prática a proposta apresentada para a atenção primária/básica pelos diferentes atores, convém compreender em qual contexto social e econômico esta proposta foi desenvolvida.

2.3 Reforma do Estado e Atenção Primária em Saúde

A diferenciação de organização e forma de como se dá a prática médica em diferentes classes e estratos sociais é a base para caracterizar esta prática nas sociedades capitalistas. Uma das formas possíveis de atuação da medicina no processo de acumulação capitalista é a intervenção sobre seu objeto, o corpo, garantindo assim a reprodução da força de trabalho. Obviamente as condições de continuidade da reprodução da força de trabalho não bastam para explicar as diversas atuações e ações em que a prática médica está inserida, visto que as relações de produção e de classe se processam através de contradições (DONNANGELO, 1979).

A exemplo destas contradições, a proposta da Atenção Primária em Saúde vem sendo desenvolvida e implementada com base em diferentes concepções. Testa (1992) questiona sua forma de implementação, principalmente para países subdesenvolvidos, em função da existência de serviços de saúde diferentes para grupos sociais também diferenciados, de forma que o serviço não é voltado para o atendimento de toda a população; e pela contenção de custos que a atenção primária representa, sendo apresentada como alternativa à diminuição dos gastos em saúde.

Para que o serviço de atenção primária possa representar a porta de entrada para o

sistema de saúde, é necessário que o sistema de saúde apresente duas características:

Regionalização – Atenção primária inserida em um sistema de atenção que se responsabilize por atender a determinada área geográfica.

Referência – Possibilidade de que qualquer paciente seja atendido em qualquer nível de atenção.

Assim, os sistemas de saúde de países desenvolvidos, que apresentam o primeiro nível como porta de entrada do sistema, desenvolvem a atenção primária; os países subdesenvolvidos em que este primeiro nível é todo o acesso que uma população de segunda categoria possui, podem se caracterizar pela atenção primitiva à saúde. “O mais importante a ser elucidado, a respeito da atenção primária de saúde, é se ela é uma atenção primária ou primitiva, isto é, se seus estabelecimentos fazem ou não parte da rede assistencial. Isto não depende de uma definição legal do estabelecimento em questão, mas do direito real do usuário a aceder a toda a rede assistencial” (TESTA, 1992, p. 172).

Países subdesenvolvidos dependentes copiam, numa tentativa técnico-organizativa, modelos de saúde que dependem não somente de organização, mas de financiamento adequado. Nestes países verifica-se um misto de centro de saúde soviético, hospital comunitário norte-americano, os médicos de pés descalços chineses e mais atualmente o médico de família, em caráter de especialista em generalidades. Esta proposta, originária dos Estados Unidos, representa uma resposta liberal da organização médica ao questionamento constante sobre sua prática e é colocada para os países subdesenvolvidos como a salvação para os seus problemas.

Almeida (1999) coloca que a necessidade do profissional médico da família americano

está intimamente vinculada às inovações gerenciais introduzidas com intuito de controlar os custos dos serviços hospitalares como a atenção gerenciada (managed care) e a competição administrada (managed competition), com subordinação da prescrição médica a rígidas padronizações elaboradas segundo avaliação custo-benefício.

Para Misoczky (1994), a medicina de família representa uma revisita à medicina comunitária, tratando-se de um modelo destinado aos pobres, que está muito aquém da proposta de atenção à saúde formulada pela reforma sanitária brasileira.

Durante os anos 80 e 90, uma agenda de reforma estrutural foi imposta para a América Latina e ajustes fiscais foram paulatinamente implementados. Almeida (1999) coloca que a agenda de reformas estruturais no setor saúde vem sendo fortemente influenciada pelo Banco Mundial e possui dois grandes eixos: contenção de custos da assistência médica, traduzido pela busca de maior eficiência, e reestruturação do mix público privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades, tanto para os níveis subnacionais do governo como para o aumento da participação financeira do usuário.

No que diz respeito ao setor saúde, no caso brasileiro, partindo do pressuposto da escassez de recursos, propõe-se uma reforma administrativa, voltada para assistência médico-hospitalar com intensificação da descentralização, flexibilizando a forma de habilitação dos estados e municípios; montagem de um sistema de saúde constituído por dois subsistemas: de entrada (atenção básica) e de controle (referência ambulatorial e hospitalar), e montagem de um sistema de informação capaz de avaliar resultados e a qualidade da atenção.

O mecanismo indutor destas políticas é constituído por incentivos financeiros (Normas operacionais, Piso de Atenção Básica) e recursos destinados a programas previamente

determinados, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF.

O Banco Mundial (1993), citado por Aguiar (1998), traz, em seu relatório sobre o desenvolvimento mundial, uma prescrição de combate à pobreza, que é composta de duas estratégias principais: o trabalho e o acesso a atendimento médico, educação e nutrição básicos. Para tanto seriam necessárias restrições, visto que quando se oferece saúde gratuita a todos, os serviços acabam sendo racionados por área geográfica ou em função da qualidade.

A partir dos anos 80, o Banco Mundial assume a liderança no desenvolvimento de uma política global para a área da saúde, com o intuito de apoiar projetos que pudessem servir aos interesses instrumentais do Banco em ampliar a sua missão estrutural. Sua agenda para a saúde tem, como característica, subordinar a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países em processo de ajuste estrutural (COSTA, 1998).

Para o Banco, o financiamento público irrestrito elevaria demasiadamente os custos da assistência, acarretando racionamento do atendimento médico. O papel do governo seria, portanto, o de ofertar um pacote de ações e serviços essenciais e capacitar melhor o seguro de saúde para atender a clientela capaz de optar pela iniciativa privada. A crença do Banco Mundial na focalização se dá em virtude das teses de ineficácia das políticas públicas sociais, que tenderiam inercialmente a beneficiar os estratos de maior renda, cabendo ao estado atuar na correção destes desequilíbrios.

Este pressuposto de restrição assumido pelo Banco Mundial está baseado na análise de que é possível melhorar os indicadores de saúde com número relativamente pequeno de intervenções, de baixo custo, capazes de serem realizadas por profissionais de nível médio, ou por médicos não especializados. No documento World Development Report de 1997, o Banco propõe uma melhor utilização dos recursos públicos se adotadas medidas pluralistas de prestação

de serviços, permitindo a prestação privada e participação comunitária com os gastos nas áreas sociais (COSTA, 1998).

Desta forma, as propostas do Banco Mundial prevêm a provisão de um pacote básico de atenção à saúde, fornecido pelo estado, com a possibilidade de ser cofinanciado pela iniciativa privada e pelas organizações civis, gerando intervenções consideradas de alta efetividade e custos reduzidos.

Esta proposta de pacote básico de saúde apresenta a idéia de que as necessidades de cuidados clínicos que demandam os pobres podem ser completamente sanadas com alguns procedimentos simplificados e que os agravos de maior complexidade seriam encontrados somente nas camadas ricas e de classe média. Esta proposta seria factível, se o perfil epidemiológico da população fosse segmentado entre ricos e pobres, o que de forma nenhuma se verifica na prática, onde populações carentes apresentam um elevado índice de doenças crônico-degenerativas, necessitando de acesso a outros setores de assistência (COSTA, 1998).

Para Costa (1998), com a implantação do SUS os governos locais foram fortalecidos, gerando um aumento significativo de estabelecimentos de saúde com repercussões positivas sobre o acesso da população aos serviços e reduzindo significativamente as diferenças inter-regionais de oferta de serviços. No entanto, a principal conquista do SUS com a massificação e ampliação da oferta foi elevar o acesso à saúde para os indivíduos na condição de cidadãos, e não de “pobres”. A principal condição normativa, apresentada pelo Banco Mundial, é o abandono destas conquistas.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde entra os anos 90 com seu rol de propostas de caráter universalizante e eqüitativas, em meio ao ajuste fiscal e reformas setoriais que colocam em jogo seus princípios. É neste contexto de ajuste, reformas e reordenamento do setor saúde que

ganha espaço o Programa Saúde da Família, transformando-se em um programa de ampla aceitação nacional, com o objetivo de transformar o modelo assistencial do SUS.

2.4 O Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família foi articulado a partir de uma reunião ocorrida em 27 e 28 de Dezembro de 1993, em Brasília, com o tema “saúde da família” convocado pelo Ministro da saúde vigente, Henrique Santilho. O PSF teve como precursor o programa de agentes comunitários de saúde, que iniciou em 1991. A família passa a ser foco de ação em saúde (VIANA e DAL POZ, 1998).

Desta reunião participaram vários técnicos de diversas regiões do país, recebendo apoio importante, inclusive financeiro, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Partia-se do êxito do PACS e também da experiência do programa Médico de Família de Niterói, e desta forma emergiu a proposta de Programa Saúde da Família. Simultaneamente, foi criada na Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), uma gerência específica para o programa.

O primeiro documento que traça as diretrizes do programa data de setembro de 1994, trazendo a proposta de tornar o programa instrumento de reorganização da atenção à saúde, respeitando os princípios do SUS. No entanto, sua aplicação se deu preferencialmente em áreas de risco, selecionadas a partir do “Mapa da Fome”, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas.

Em 1995, o PSF foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de

Assistência à Saúde, onde se inicia uma discussão sobre a remuneração do PSF através da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). No entanto, com a Norma Operacional Básica (NOB), de 96/1996, acontece a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que institui a remuneração per capita. O Ministério da Saúde mantém, desde então, em suas publicações, a intencionalidade de reorganização da atenção à saúde no país com o PSF, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação de indivíduos e famílias, do recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua (MS, 2001).

O MS salienta ainda que o PSF é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades sanitárias em um determinado território, com caráter substitutivo. Não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, nem destinada a determinado grupo populacional.

Tabela 1: Programa de Saúde da Família: Evolução do Número de Equipes, da População Assistida (em milhões de habitantes) e da Cobertura Populacional, Brasil: 1994-2002.

Anos	Número de Equipes	População Assistida	% de Cobertura Populacional
1994	328	1,1	0,7
1995	724	2,5	1,6
1996	847	2,9	1,8
1997	1.623	5,6	3,5
1998	3.063	10,6	6,5
1999	4.254	14,7	8,7
2000	8.604	29,7	17,5
2001	13.168	45,4	26,3
2002	15.201	50,3	29,2

Fonte: Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família e atenção básica no Brasil, junho de 2002.

Desde 1994, quando foram implantadas as primeiras equipes, o programa vem se ampliando em número de equipes e cobertura populacional. Dados de setembro de 2004 demonstram que as equipes já perfazem 21.474, atendendo uma população de 69.884.206 brasileiros, o que representa 39,4% de cobertura populacional (MS, 2004).

Tabela 2: Evolução dos Recursos do Ministério da Saúde Aplicados nos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, Brasil: 1994 - 2002

Ano	R\$ Milhões Nominais	% da Atenção Básica
1994	55,8	3,2
1995	78,6	5,0
1996	111,4	7,4
1997	161,4	7,2
1998	225,6	8,6
1999	323,9	10,2
2000	655,5	18,5
2001	968,5	23,0
2002	1300,0	25,2

Fonte: Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família e atenção básica no Brasil, junho de 2002.

Os gastos com incentivo para o Programa Saúde da Família – juntamente com PAB (Fixo e Variável), PACS, Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), Programa de Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Vacinação e Programa de Combate às Endemias – compõe o total de recursos federais diretamente destinados às ações de atenção básica à saúde da população.

Progressivamente, o Governo Federal vem aumentando os recursos para a atenção básica:

Em 1996, foi aplicado R\$ 1,511 bilhão (preços nominais); em 2001, foram aplicados R\$ 4,208 bilhões, o que representa um crescimento de R\$ 2,697 bilhões ou 178%. Para 2002, estão previstos R\$ 5,163 bilhões, incluindo-se R\$ 300 milhões do Programa Bolsa Alimentação e mais R\$ 100 milhões para aquisição e distribuição de medicamentos para os programas de hipertensão e diabetes (MS, 2002, p. 5).

No primeiro documento do MS (1994) sobre o PSF, há a preocupação com as diretrizes do programa, definindo sua cobertura populacional – de 800 a 1000 famílias –; a composição da equipe – com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde –; profissionais que residam e trabalhem na comunidade; atuação em parceria com outros segmentos da sociedade; salários diferenciados; dedicação exclusiva; controle de qualidade dos serviços por supervisão comunitária e do conselho, entre outros.

Já no documento de 1997, o MS propõe uma nova interpretação para o “saúde da família”, compreendido desta vez como estratégia de atenção e não mais programa, capaz de modificar o modelo assistencial vigente. Traz, em suas diretrizes operacionais, o caráter substitutivo do PSF, entendendo-o não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema. Neste manual estão detalhados os papéis de cada membro da equipe, bem como orientações sobre seleção, treinamento, supervisão e avaliação das equipes (MS, 1997).

No ano de 2000, o Ministério lança a série denominada “Cadernos de Atenção Básica”. O primeiro número trata da implantação da unidade de saúde da família com definições conceituais e operacionais; o segundo apresenta uma proposta de treinamento introdutório para as equipes de saúde da família; o terceiro trata da educação permanente dos profissionais que atuam no programa; os demais cadernos versam sobre assuntos específicos pertinentes à atenção básica, como a saúde do idoso, a saúde da criança, diabetes e hipertensão, dermatologia na atenção básica, entre outros.

Neste primeiro caderno de atenção básica, o MS reafirma a compreensão do programa como estratégia e a necessidade do trabalho interdisciplinar com ações humanizadas e articulação intersetorial.

No Guia Prático do Programa Saúde da Família (2001), diferentemente das publicações anteriores, há apresentação de exemplos da atuação da estratégia em diferentes municípios brasileiros e apresentação dos programas de acordo com a Norma Operacional da Atenção Básica (MS, 2001).

Nos documentos mais atuais, como “Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos” (2002), “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil” (2004), entre outros, percebe-se a preocupação do Ministério da Saúde com a avaliação da atenção básica no Brasil, inclusive pela criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica ligada ao Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, instituída por portaria GM/MS nº 676 publicada em 04 de junho de 2003 e instalada em 02 de julho de 2003. A principal atribuição desta Coordenação é a definição de critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da atenção básica (MS, 2002, MS, 2004).

A implantação do PSF vem se dando de acordo com o processo de descentralização do SUS, através de Normas Operacionais Básicas, que paulatinamente reestruturam a alocação de recursos para o SUS e para o programa.

A NOB 01/91 foi a primeira a ser promulgada e, apesar de passados três anos da aprovação dos princípios e diretrizes do SUS, mantinha a mesma estrutura centralizadora do MS. Nesta NOB, os municípios se restringiam à gerência das unidades locais e os pagamentos eram efetuados por produção, gerando distorções relacionadas à avaliação do sistema de acordo com a

produção de procedimentos.

Já a partir da NOB 01/93, resultado das discussões da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal foi a descentralização do SUS, os municípios ganham maior autonomia gerencial, habilitando-se a uma forma de gestão. Foram instituídas comissões intergestoras, Comissão Intergestora Bipartite e Tripartite, propiciando um cenário para negociação e pactuação entre gestores, potencializando a descentralização.

A Comissão Intergestora Bipartite é formada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade representativa dos secretários municipais de saúde do Estado. Por outro lado, a Comissão Intergestora Tripartite é constituída por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (CARVALHO, MARTIN, CORDONI, 2001).

A NOB 01/93 deu grande impulso à habilitação municipal nos modelos de gestão, de forma que, em 1996, 63% dos municípios estavam habilitados em alguma forma de gestão. No entanto, três quartos dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde mantinham-se repassados por produção de procedimentos, igualando estados e municípios com prestadores privados de serviço (OLIVEIRA, 1998).

Um passo importante dado para consolidação do SUS e para o fim da dicotomia entre atenção preventiva e curativa foi a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através da lei nº 8689, de 27 de julho de 1993. Avançando no sentido da descentralização, propõe-se a NOB/96, com mudança na forma de repasse dos recursos, com transferência regular fundo a fundo, que possibilitou maior autonomia dos municípios; cria-se também o Piso de Atenção Básica, valor per capita repassado fundo a fundo

ao município, modificando a lógica do financiamento por produção de procedimentos.

O PAB era calculado de acordo com o número de habitantes do município, podendo variar de 13 a 18 reais, com duas partes: o PAB fixo – valor per capita – e o PAB variável – valor pago de acordo com a implantação de ações e programas, como o Programa de Agentes Comunitários, Programa de Saúde da Família, Programa de combate às carências nutricionais, entre outros.

A habilitação municipal em algumas das formas de gestão propostas pelo MS atingiu, em fins de 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros, demonstrando a capacidade indutora do governo federal no desenvolvimento de políticas setoriais. A NOB/96 também propunha a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como forma de regulação das questões relacionadas à heterogeneidade dos municípios e sua possibilidade ou não de oferecer serviços de assistência, mas a PPI não foi implementada. Para sanar esta situação, o MS propõe a Norma Operacional de Atendimento à Saúde (NOAS) 01/2000, que, através do processo de regionalização municipal, busca garantir a assistência para os pequenos municípios. A NOAS traz a organização dos serviços de média e alta complexidade; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a definição de papéis de cada ente federativo e do processo de controle, avaliação e regulação da assistência, e revisão de critérios de habilitação.

Para Viana e Dal Poz (1998), o PSF vem sendo implementado preferencialmente em áreas de população carente, rural e com menor poder aquisitivo, o que na prática reflete uma política de focalização da atenção. Esta prática, associada a uma política de universalização da atenção, confirma a hipótese de que o PSF apresenta caráter complementar e não substitutivo.

Para Aguiar (1998), os limites e possibilidades do PSF estão ligados à sua inserção nos serviços locais de saúde, podendo servir tanto como forma de simplificação da assistência quanto

como motivação para mudança do modelo médico-assistencial. Coloca ainda que o PSF parece não introduzir inovações significativas, visto que não difere de outras propostas de organização da atenção primária, como a medicina comunitária ou familiar, na busca para superar o caráter fragmentário do ato médico, conter custos e melhorar o desempenho dos serviços de saúde.

Segundo Ronzani e Stralen (2003), não há uma atuação uniforme das equipes do PSF, de forma que, mesmo com um discurso travestido de novo, o modelo de atenção individual curativa continua se perpetuando de forma hegemônica.

Ao objetivar com o programa a racionalidade do uso dos serviços, diminuição dos gastos hospitalares e intervenção mais precoce sobre o processo saúde-doença, a saúde da família pretende menos uma mudança na prática assistencial e mais o controle sobre a utilização de serviços médicos, privilegiando a reorganização da oferta pela via da contenção de custos (AGUIAR, 1998).

2.5 O Programa Saúde da Família em Santa Catarina

A municipalização da atenção à saúde no Estado de Santa Catarina iniciou em Lages, no ano de 1983, com o Programa de Ações Integradas de Saúde. Ainda na década de 80, os municípios de Lages, Criciúma, Joinville, Itajaí e Blumenau foram os primeiros a possuir estruturas próprias de atendimento. No entanto, somente a partir da Lei Orgânica de Saúde, no início da década de 90, os municípios se tornaram responsáveis pela gestão e execução da assistência individual e coletiva (ORTIGA, 1999).

Com a publicação da NOB/93, a descentralização da assistência ganhou novo impulso.

Com o estabelecimento das normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, ficaram previstas as seguintes formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Há evidências de que esta NOB/93 estimulou os municípios ao processo de descentralização, em virtude de atrelar o repasse dos recursos financeiros ao cumprimento dos requisitos necessários à gestão, de forma que, em 1996, havia 214 municípios habilitados, o que correspondia a 82% dos municípios catarinenses (ORTIGA, 1999).

O PSF foi introduzido em Santa Catarina, a partir de 1994, através de um convênio estabelecido entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, (nº 817/94), para formar 28 equipes de Saúde da Família em todo o estado. Para tanto, foi criada a Coordenação Estadual do PSF, com a finalidade de coordenar a implantação e implementação do programa (SANTOS, 1998).

A diretoria de Assuntos Ambulatoriais da Secretaria Estadual assumiu a coordenação do PSF em junho de 1994 e formou a equipe para desenvolver as atividades do programa. Em julho do mesmo ano foi elaborado o Projeto Estadual do PSF, incluindo os municípios que faziam parte do “Mapa da Fome”. Em dezembro aconteceu o primeiro treinamento do PSF para as equipes dos Municípios de Joinville, Siderópolis, Lages, Rio do Sul, Chapecó, Campo Alegre, São Bento do Sul e Canoinhas.

Em 1995, o Ministério da Saúde destinou verba de R\$90.625,00 (noventa mil, seiscentos e vinte e cinco reais) para a implantação de três equipes, abrangendo as cidades de Florianópolis, Criciúma e Joinville. No entanto, o PSF teve suas primeiras equipes implantadas em Criciúma e Joinville, e somente em fevereiro de 1996 iniciou-se a implantação do PSF em Florianópolis.

Em fevereiro de 1995, um documento elaborado pela equipe técnica do PSF aponta os

pontos positivos e negativos do PSF em SC:

Positivos:

A estratégia do programa é resgatar a família como uma unidade, concebendo-a numa visão integral e não fragmentada como acontece tradicionalmente na definição das políticas públicas.

Permitiu a integração dos programas da Diretoria de Assuntos Ambulatoriais e demais diretorias.

Viabilizou o repasse de recursos financeiros para o desenvolvimento de atividades específicas do programa.

O apoio financeiro serviu como mecanismo incentivador para implementação das atividades básicas de saúde nos municípios.

Impulsionou os municípios à elaboração dos mecanismos gerenciais do SUS.

Oportunizou a proximidade do programa com os municípios e regionais de saúde.

Negativos:

A diretoria de Assuntos Ambulatoriais demorou a assumir a Coordenação Estadual do Programa que, a princípio, foi delegada a um profissional ligado especificamente ao município.

Os critérios do Ministério da Saúde não foram respeitados: divulgação do PSF no Estado; Adesão dos Municípios; Distribuição das equipes por município.

A credibilidade do programa sofreu desconfianças por parte dos técnicos, por coincidir com o momento político de eleições no país.

Ocorreu morosidade na elaboração do Projeto Estadual que viabilizava recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de coordenação.

As atividades de treinamento e supervisão só aconteceram após o repasse do apoio financeiro do Ministério da Saúde.

A instituição não oportunizou capacitação técnica ou troca de experiência com outros Estados para os técnicos envolvidos no programa.

As atribuições da Coordenação Estadual, prioritariamente, detiveram-se na análise e encaminhamento da documentação dos municípios ao Ministério da Saúde, para celebração de convênios (SANTOS, 1998, p. 68-70).

Segundo o Ministério da Saúde, os procedimentos efetuados pela equipe na época eram contemplados na tabela SIA/SUS, com custo unitário diferenciado; entretanto, restringiu-se apenas essa diferenciação ao valor das consultas médicas, não se estendendo aos demais procedimentos. Entre 1994 e 1996, os primeiros convênios realizados com o Ministério da Saúde destinavam-se para a aquisição de equipamentos, para reformas das unidades básicas e para capacitação de recursos humanos.

No ano de 1994, o PSF possuía 29 equipes; em 1996, eram 64, o que representa um aumento de mais de 100%. O PACS, no entanto, teve sua implantação mais acelerada somente durante o ano de 1998, sendo considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre serviços de saúde e a população (SES, 2004).

A tabela 3 traz dados relativos ao número de municípios com Programa de Saúde da Família, número de equipes do PSF e número de Agentes Comunitários de Saúde no estado de Santa Catarina, de dezembro de 1997 a dezembro de 2003.

Em 1999, houve um crescimento do número de ACS, devido à implantação de equipes de PACS. O financiamento do MS foi um fator importante, visto que cobria boa parte dos gastos com os agentes. Em novembro de 1999, a nova modalidade de financiamento estimulou a implantação das equipes de PSF, havendo conversão de equipes de PACS para equipes de PSF. Esse crescimento acelerado foi até o ano de 2002. A partir de 2003, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) sinalizou para o cumprimento das diretrizes da estratégia, o que pode ter influenciado na diminuição do número de novas equipes.

Atualmente, o Programa de Saúde da Família possui 1053 (um mil e cinqüenta e três) equipes atuantes no estado e atende a uma população de 3.307.262 (três milhões, trezentos e sete mil e duzentos e sessenta e duas) pessoas, com uma cobertura de 59% da população catarinense

(MS, 2004). Apesar de vários estudos abordarem o Programa de Saúde da Família em diferentes aspectos, o estado carece de um estudo avaliativo que possibilite compreender como tem se dado a evolução e implantação do programa.

Tabela 3: Evolução do número de municípios, número de equipes do PSF e número de agentes comunitários de saúde (ACS) do Programa Saúde da Família no estado de Santa Catarina: 1997 – 2003.

Mês/Ano	Nº de municípios	Equipes do PSF	Nº de ACS
12/1997	-	-	-
12/1998	42	103	348
12/1999	103	164	2.215
12/2000	190	381	4.501
12/2001	272	658	7.012
11/2002	286	889	7.535
12/2003	292	996	8.027

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, 2004.

2.6 Avaliação da Atenção Primária em Saúde.

A avaliação no setor público surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando o estado assumiu seu papel como fornecedor de educação, saúde e trabalho, para determinadas camadas sociais. Desde então, economistas desenvolveram formas de gastar de maneira mais efetiva os recursos públicos, sendo os pioneiros na área da avaliação (CONTRADIOPOULOS, et al, 1997).

A partir dos anos 70, intensificou-se a necessidade de avaliar as ações sanitárias, visto que a mudança na conformação política do estado, no sentido do estado mínimo, resultou na redução nos investimentos sociais em saúde de forma significativa.

O termo “avaliação” apresenta vários significados e diversas classificações, podendo ser entendida de maneira diferente por cada avaliador; no entanto, propõe-se duas formas de avaliação: a baseada em normas, avaliação **normativa**; e a elaborada a partir de um conhecimento científico, a pesquisa **avaliativa**. A avaliação normativa destina-se a estudar cada componente de uma intervenção, de forma a compará-la com um modelo, enquanto a pesquisa avaliativa busca conhecer as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção, de forma que a mesma intervenção possa sofrer as duas formas de avaliação (CONTRADIOPOULOS, et al, 1997).

Por intervenção compreende-se um conjunto de meios (físicos, humanos, entre outros) organizados em um momento específico, capaz de produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática. A intervenção pode ser uma prática, uma técnica, uma política, um programa, entre outros.

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção acerca dos recursos empregados (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultado), com base em um critério previamente estabelecido (CONTRADIOPOULOS, et al. 1997).

Esta proposta avaliativa é conhecida como a concepção sistêmica de Donabedian (1980), modificada. Nesta, os componentes **Estrutura, Processo e Resultado** apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do "sistema", que faz parte integrante do Processo, influenciando e sendo influenciado por esse e, por conseguinte, trazendo para dentro dos

componentes as características do contexto imediato. O Resultado é a característica do cliente-usuário que foi modificada na interação do Processo (TANAKA, 2001).

Na avaliação da estrutura busca-se verificar se a estrutura, ou organizações, oferece a possibilidade de alcançar os objetivos pré-estabelecidos. A avaliação do processo busca saber em que medida os serviços são adequados para se alcançar os resultados desejados. Pode ter caráter técnico, quando esta avaliação tem relação com a qualidade dos serviços prestados; pode ser das relações interpessoais, quando se refere à relação interpessoal dos clientes e produtores do cuidado; por fim, a avaliação de processo pode ter caráter organizacional, quando diz respeito a questões como acessibilidade, extensão da cobertura, entre outros. Por fim, a apreciação de resultados busca verificar se os resultados alcançados foram os desejados, ou seja, se os objetivos a que a intervenção se propôs foram atingidos.

Vários são os desafios de se avaliar as intervenções no âmbito da saúde. O primeiro deles está no próprio objeto de intervenção – o processo saúde-doença – que, pela sua complexidade característica (questões biológicas, sociais, diversas concepções, etc), dificulta a análise. Segundo, a própria complexidade que representa a intervenção que se deseja avaliar. Mesmo que se limitando ao campo de análise de um programa específico, este é determinado por inúmeros fatores e gera uma série de conseqüências de difícil identificação no todo. Terceiro, o fato de a intervenção ser complexa, também sobre uma realidade complexa, o que pode acarretar resultados imprevisíveis. O quarto e quinto itens estão inter-relacionados: a subjetividade inerente à contribuição do avaliador à pesquisa e o objetivo de subsidiar uma tomada de decisão.

A avaliação deve estar presente nos diversos espaços institucionais, intimamente relacionada com o planejamento e a gestão e desenvolvida pelos atores comprometidos com a execução das políticas. Segundo Medina e Aquino, “Para subsidiar os processos de decisão, a avaliação deve permitir o acompanhamento sistemático de indicadores de estrutura, processo e

resultados atinentes a cada espaço institucional da família, estabelecendo um elenco comum e um conjunto específico, permitindo a cada instância definir indicadores pertinentes e adequados às suas necessidades” (MEDINA e AQUINO, 2002, p. 141).

A avaliação normativa possui vários limitantes que não podem ser ignorados. Para Vuori (1991), citado por Medina, Aquino e Carvalho (2000), a abordagem de estrutura tem sua fragilidade no pressuposto de que uma boa estrutura leva a um bom processo e este a um bom resultado, enquanto que se encontram resultados excelentes onde há uma excelência profissional, independente da estrutura. O processo vem sendo criticado, pela dificuldade de estabelecer relações causais entre processos e resultados, visto que, devido à complexidade dos processos relacionados à intervenção em estudo, somente através de ensaios controlados poderíamos de fato relacionar processos com resultados.

Enfim, a avaliação de resultados seria a que pode mensurar com maior fidedignidade a intervenção executada, porém os resultados são difíceis de medir, visto que muitas vezes o impacto resultante de uma intervenção requer um tempo longo para que possa ser observado (MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000).

Mendes (2002) analisa especificamente o campo da atenção primária em saúde e sugere que um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde é o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Este indicador captaria internações desnecessárias ou que poderiam ter sido evitadas se houvesse uma atenção primária de qualidade.

Um estudo de Alfradique e Mendes (2002), apud Mendes (2002), mostrou que, se retirarmos os partos, que não são condições patológicas, o percentual de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial é de 33,8% do total de internações realizadas no

Brasil, no ano de 2001. Dessas internações, 23,9% foram por pneumonias bacterianas, 15,7% por gastroenterites infecciosas, 11,8% por insuficiências cardíacas, 11,7% por asma. Verifica-se ainda uma alta concentração das internações sensíveis à atenção primária nos hospitais de pequeno porte.

Assim, é possível aferir que as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no Brasil estão determinadas pela conjunção de dois fenômenos: a baixa resolatividade da atenção primária à saúde e as internações desnecessárias em hospitais pequenos que precisam ter seus leitos ocupados para cobrir seus custos fixos.

2.6.1 Sistema de informação em saúde

Os sistemas de informação em saúde têm uma história recente no Brasil. O primeiro a ser utilizado foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 1975, sendo o pioneiro no uso de instrumentos padronizados para a coleta de dados. No mesmo ano, surgiu o sistema da vigilância epidemiológica e posteriormente o sistema de informações hospitalares. A maior parte destes bancos de dados foi construída com a proposta de trabalhar com alto nível de agregação dos dados, apoiando decisões centrais e demonstrando pouca utilidade para avaliações locais (FRANÇA, 2001).

Uma análise desenvolvida por Tasca, Greco e Villarosa (1995) demonstrou que os dados coletados pelos sistemas de saúde vigentes na época apresentavam como característica a elevada centralização dos dados. Essa centralização dificultava o acesso; causava duplicações de coleta; gerava desperdício de ações e de recursos; produzia dados pouco utilizáveis ao nível local;

ênfatizava a coleta de dados médicos ou de doenças, esquecendo dos dados socioeconômicos e sanitários, além de dificultar a compreensão da situação de saúde local e o trabalho intersetorial; e não contemplava a participação da comunidade na geração e no uso das informações.

Com a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, acelera-se o processo de descentralização das ações em saúde, bem como a organização de um sistema nacional de informação para o setor. Com a NOB/96, o repasse financeiro aos municípios em gestão plena ficou vinculado à operação dos sistemas de informação ao nível local, o que gerou importante impulso para a descentralização dos sistemas de informação (FRANÇA, 2001).

A descentralização da informação seria um importante instrumento de decisão ao nível local, contribuindo para o diagnóstico da situação de saúde local e para o aperfeiçoamento das ações executadas. Por vezes, no entanto, os municípios têm seu papel limitado à coleta de dados a serem analisados somente pelo nível central.

O SIH-SUS dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital. Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica em âmbito nacional e estão disponíveis para consulta.

Essas bases de dados permitem, às Secretarias de Saúde, aos Conselhos e ao público em geral, o acesso às informações referentes às internações ocorridas no município, estado ou país, e ainda a interferência da auditoria nas internações indevidas, antes do efetivo pagamento (IDS-SAÚDE, 2005). O SIAB, por se tratar do sistema voltado especificamente para a atenção

primária, será mais detalhado a seguir.

2.6.2 Sistema de informação da atenção básica

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi antecedido pelo Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), que começou a ser implantado no primeiro semestre de 1993 e foi informatizado somente no fim de 1995, destinado principalmente aos instrutores/supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O SIPACS tinha como proposta a construção de alguns indicadores a partir da visita domiciliar realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Com o advento do PSF, surgiu a necessidade de se ampliar o sistema de informação existente. Assim, o DATASUS e a COSAC desenvolveram uma proposta que associou informações pertinentes ao PACS e ao PSF, e a denominaram Sistema de Informação da Atenção Básica. O SIAB aprofundou pontos do SIPACS, mantendo a proposta de um sistema que tem como referência uma determinada base populacional.

O SIAB tem como funções: dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados das equipes de saúde da família; gerar informações essenciais para a Secretaria municipal, estadual e o Ministério da Saúde; auxiliar e agilizar a tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias; apoiar e priorizar as ações dirigidas às comunidades ou a distritos sanitários; permitir uma avaliação do trabalho dos membros da equipe de saúde; observar os impactos das ações de saúde desenvolvidas junto à comunidade.

O PACS e o PSF somente iniciaram a alimentação do SIAB, regularmente, a partir do primeiro semestre de 1998. Em Santa Catarina, o SIAB passou a ser alimentado durante o ano de 1998, com informações de quatro municípios sobre o PACS e de vinte e dois municípios sobre o PSF (MS, 2003).

Para França (2001), através do SIAB é possível acompanhar nas microáreas de saúde, que são área de atuação de um agente comunitário, o número de famílias cadastradas, sua condição de moradia e saneamento e a participação comunitária. Pode-se acompanhar, ainda, a situação de saúde para as doenças crônicas (diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase), as gestantes e crianças, além da produção da unidade de saúde e os indicadores de assistência, entre outros.

Para a coleta de informações, o SIAB possui várias planilhas, que podem ser agrupadas em quatro tipos:

FICHA A – Correspondente ao cadastramento familiar.

FICHA B – Acompanhamento para grupos de risco: diabetes, hipertensão, gestação, tuberculose e hanseníase.

FICHA C – Acompanhamento de crianças, através do cartão da criança.

FICHA D – Referente à produção da equipe de saúde.

Tendo em vista regulamentar o uso do SIAB como sistema de informações pelos municípios, o Ministério da Saúde editou diversas portarias. Destacamos abaixo as portarias que determinam o uso e alimentação regular do SIAB pelos municípios.

Portaria nº 1886/GM de 18/12/97, (que regulamenta o PACS e o PSF), no tocante ao sistema de informação, coloca as responsabilidades de cada esfera de governo e estabelece diretrizes operacionais, como: a não alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados implicará na suspensão do cadastramento do programa e suspensão da alocação de recursos.

Portaria nº 157 de 19/02/98, em relação ao sistema de informação, determina prazos para implantação do SIAB e vincula sua alimentação ao recebimento de recursos.

Além destas, outras portarias e publicações foram editadas pelo Ministério da Saúde, o que demonstra seu empenho para implementar o SIAB e transformar o processo gerencial no nível local, possibilitando ao município a execução, a avaliação e o planejamento das ações em saúde.

Utilizar as informações contidas no SIAB como forma de avaliar a implantação do Programa Saúde da Família, torna-se estratégico para valorizar sua alimentação, acompanhar a evolução da cobertura e do cadastramento das famílias e equipe e contribuir para uma avaliação do próprio sistema de informação, apontando seus alcances e limites.

2.7 Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde fazem parte de um rol de indicadores de caráter social, que têm como conceito ser uma medida de caráter substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse para a pesquisa acadêmica ou para a formulação de políticas públicas. Os indicadores de saúde têm a peculiaridade de representar as

condições gerais de vida e saúde prevalentes em uma região ou segmento populacional (JANNUZZI, 2004).

Vários indicadores sociais, de saúde ou determinantes geopolíticos podem interferir no desenvolvimento das políticas públicas municipais. Podem ser citados indicadores demográficos, educacionais e culturais, de renda e pobreza, infra-estrutura urbana, entre outros. Para investigar as associações dos indicadores sociais, econômicos e políticos que possam estar implicados com o bom desempenho do Programa Saúde da Família, aprofundar-se-á o conhecimento sobre os indicadores de: porte populacional do município, Índice de Desenvolvimento Humano, gasto per capita público com saúde e grupo político na gestão municipal.

2.7.1. Porte populacional

Um fenômeno que vem chamando a atenção atualmente é o aumento, nos últimos 20 anos, do número de municípios no Brasil. No entanto, esta prática se constata antiga, pois os municípios tiveram uma progressão acentuada em número, desde a década de 40, diminuindo somente no período de regime militar, como demonstrado na tabela 4. “Isto nos leva a levantar a tese de que é exatamente em períodos de mais abertura democrática e com eleições livres e diretas, que as oportunidades para os pedidos de emancipações municipais proliferam, demonstrando uma relação direta entre o processo eleitoral e o uso da bandeira da autonomia municipal como elemento de ação política” (CARVALHO, 2002, p. 542).

Esta expansão também foi significativa na década de 1990. Em um período de sete anos, surgiram cerca de 1000 novos municípios, em especial de pequeno porte com até cinco mil

habitantes. Configura-se, assim, uma situação em que a maioria dos municípios brasileiros – cerca de 72,61% – possui menos de 20.000 habitantes; os municípios com mais de 500 mil habitantes são apenas 0,59%, mas possuem 27% da população brasileira (MS, 2002). A tabela 5 apresenta a distribuição dos municípios de acordo com o porte populacional para o ano de 2002.

Tabela 4: Número de municípios instalados no Brasil no período de 1940 a 1997.

Anos	Número de Municípios
1940	1.574
1950	1.889
1960	2.766
1970	3.952
1980	3.991
1991	4.491
1993	4.974
1997	5.498

Fonte: Carvalho, 2002.

Esta classificação geopolítica dos municípios brasileiros, de acordo com o porte populacional, foi escolhida para ser pesquisada em função de sua estreita relação com a implantação do Programa Saúde da Família, haja vista que os dados mais atuais demonstram que o programa já atingiu 90% dos municípios brasileiros. Predominaram, porém, municípios de pequeno porte, onde uma equipe do PSF responde por elevada cobertura populacional (MS, 2002).

Tabela 5: Distribuição dos municípios no Brasil de acordo com porte populacional, 2002.

Porte Populacional	Número de Municípios	Percentual de Municípios
Até 5000	1371	24,66%
De 5001 a 20000	2666	47,95%
De 20001 a 100000	1292	23,24%
De 100001 a 500000	198	3,56%
Mais de 50000	33	0,59%
Total	5560	100,00%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002.

2.7.2 Índice de desenvolvimento humano

O progressivo desgaste do Produto Interno Bruto per capita como indicador de desenvolvimento social e econômico gerou diversos estudos e pesquisas com intuito de construir outros indicadores mais adequados na mensuração quantitativa do desenvolvimento de um país. Assim, em 1990, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento publicou pela primeira vez o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O indicador, idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, pretende ser uma medida geral e sintética, do desenvolvimento humano. O IDH é a aglutinação de três indicadores, considerados as dimensões básicas do desenvolvimento humano, os quais fornecem informações mais regulares nos diversos

países: o nível educacional, a esperança de vida e o produto interno bruto (PNUD, 2003).

Para a avaliação da dimensão educação, utiliza-se um indicador composto da taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolarização, com pesos diferentes: taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade (com peso dois) e a taxa bruta de frequência à escola (com peso um) (JANNUZZI, 2004).

Para a avaliação da dimensão longevidade, o IDH considera a esperança de vida ao nascer. Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida naquela localidade, no ano de referência, deve viver. O indicador de longevidade sintetiza as condições de saúde e salubridade daquele local, uma vez que quanto mais mortes houver nas faixas etárias mais precoces, menor será a expectativa de vida observada no local (PNUD, 2003).

Para a avaliação da dimensão renda, o critério usado é o produto interno bruto per capita, ajustado segundo uma técnica específica, de modo a refletir melhor a necessidade de recursos monetários para compra de bens e serviços indispensáveis à sobrevivência material de um povo (PNUD, 2003).

No Brasil, tem sido utilizado, pelo governo federal e por administrações, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), que pode ser consultado no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, um banco de dados eletrônicos com informações sócio-econômicas sobre os 5.507 municípios do país, os 26 Estados e o Distrito Federal. Apesar de ter sido publicado pela primeira vez em 1990, o índice foi recalculado para os anos anteriores, até 1975.

2.7.3 Gasto público em saúde per capita

O gasto público com saúde, em cada esfera de governo, corresponde ao somatório das despesas efetuadas com saúde pela administração pública direta e indireta, mais as transferências a instituições privadas. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde.

A avaliação do gasto em saúde e de seu impacto sobre os indicadores de saúde de uma população é importante fonte de pesquisa e informação para a adequação entre gastos e necessidade de saúde da população, bem como para o cumprimento do preceito constitucional de saúde como direito de todos e dever do estado (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003).

Schieber e Maeda (1999) demonstraram que os países desenvolvidos consomem 89% do total de gastos mundiais com saúde, representando apenas 16% da população mundial e 7% da carga mundial de doenças (medida em anos de vida perdidos). De forma que o gasto per capita com saúde varia, entre os países do mundo, de 1.777 dólares a 65 dólares anuais, refletindo diretamente nos indicadores de saúde, pois países subdesenvolvidos apresentam taxa de mortalidade 10 vezes maior entre as crianças menores de 5 anos. No entanto, esta pesquisa evidencia também uma grande variação nos indicadores de saúde entre países com gasto semelhante, demonstrando que fatores culturais, sociais e organizacionais também afetam o nível de saúde.

O indicador gasto público em saúde per capita é considerado um indicador sócio-econômico e de recursos, muito utilizado pelo IBGE e demais institutos de pesquisa nacionais e internacionais para comparar diferentes unidades administrativas quanto à ênfase dada ao atendimento das necessidades de saúde de sua população. Representa um indicador de insumo ou

estrutura e está associado ao êxito das políticas públicas em saúde (JANNUZZI, 2004).

2.7.4 Bloco ideológico na gestão municipal

Figueiredo e Limongi (1995), avaliando a participação dos partidos políticos e dos parlamentares pertencentes ao congresso, verificaram uma considerável coesão média no período em estudo, muito acima do considerado aceitável, e observaram que o grau de coalizão partidária é consistente com a disposição dos partidos em um contínuo ideológico — direita, centro e esquerda. Estes blocos apresentam características divergentes entre si, podendo gerar diferentes condutas no encaminhamento das políticas públicas.

Ao avaliar os partidos políticos no poder, classificados de acordo com o bloco ideológico e as preferências alocativas de recursos públicos, Rodrigues (2002) busca refutar ou confirmar a hipótese de que, dependendo do bloco ideológico de que o partido faça parte, pode-se supor as preferências de investimentos de um governo em determinado tempo. No entanto, compreendendo que apenas 15% do total arrecadado no município deve-se a sua arrecadação tributária e que 85% deve-se a repasses federais e estaduais, e que estes repasses chegam com destino previamente estabelecido, pode-se supor um certo engessamento no aporte de recursos para as políticas públicas, o que dificulta a análise das preferências alocativas de recursos de acordo com o bloco ideológico do qual faz parte a gestão municipal.

CAPÍTULO 3 - OBJETIVO GERAL

Avaliar e classificar o PSF quanto à sua implantação nos municípios catarinenses e verificar as associações entre esta classificação e os indicadores de porte populacional, índice de desenvolvimento humano municipal, gasto per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal.

3.1 Objetivos Específicos

Avaliar o PSF, utilizando como recorte dois períodos — 2001 e 2004 —, a partir da evolução da estrutura, do processo e dos resultados.

Desenvolver indicadores de estrutura, processo e resultados, a partir dos dados coletados nos sistemas de informação já existentes.

Compor um indicador de processo que possa, de forma aproximada, verificar a mudança no modelo assistencial.

Desenvolver uma classificação para o Programa Saúde da Família que permita mensurar a implantação do programa, de acordo com os indicadores de estrutura, processo e resultados.

Verificar as possíveis associações do programa com indicadores citados na literatura como possíveis limitadores ou potencializadores do programa.

Categorizar os indicadores escolhidos de porte populacional, IDH-M, gasto per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal, com o apoio da literatura, porém voltados para a realidade do estado de Santa Catarina.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA

A metodologia baseia-se na proposta de Donabedian (1988) para avaliação dos serviços de saúde, composta da análise de estrutura, processo e resultados. Para construção dos parâmetros de comparação, utilizou-se o método conhecido como Tipo Ideal, que consiste em estabelecer um modelo imaginário a ser adotado, que possui, como requisito básico, ser coerente com a realidade (TOBAR, 2002).

A avaliação é transversal, retrospectiva, com dados secundários, obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Informação Hospitalar, Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina e Departamento de Informação e Informática do SUS, dos municípios que forneceram dados aos sistemas utilizados no ano de 2000, 2001, 2003 e 2004. A amostra foi de 125 municípios catarinenses que cumpriram os requisitos para fazer parte da pesquisa: apresentar equipes de saúde da família para os anos de 2000/2001 e 2003/2004 registradas no SIAB.

Os resultados da pesquisa são apresentados na forma de dois artigos, intitulados “Avaliação da Implantação do PSF nos Municípios do Estado de Santa Catarina” e “A Relação do PSF com os Indicadores Políticos, Econômicos e Demográficos”. Os artigos têm o seguinte formato: título, resumo, introdução, metodologia, resultados/discussão, considerações finais e referências.

No primeiro artigo, o indicador escolhido para o componente estrutura foi a cobertura populacional do programa. O componente processo teve como objetivo verificar a mudança no modelo assistencial, utilizando os seguintes indicadores: visitas domiciliares do médico, exames de patologia-clínica solicitados, encaminhamentos ao especialista e atendimento individual do enfermeiro. O componente resultados teve como objetivo verificar o percentual de internações por doenças preveníveis pela atenção primária e usou os dados de internação por Asma, Insuficiência Cardíaca, Pneumonia, Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível. Após análise de cada componente da avaliação, os municípios tiveram o Programa Saúde da Família classificado em satisfatório, intermediário ou insatisfatório.

No segundo artigo foram verificadas as relações entre a classificação atribuída aos municípios pelo primeiro artigo e indicadores econômicos, políticos e demográficos. Os indicadores escolhidos à luz da literatura, que exerceriam maior poder de indução sobre o Programa Saúde da Família, são: porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal.

Para o indicador de porte populacional, os municípios foram agregados de acordo com o modelo que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou em sua publicação “Perfil dos Municípios Brasileiros”, modificado para a realidade catarinense. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi utilizado com os mesmos parâmetros classificatórios do IDH. O gasto público per capita com saúde dos municípios foi categorizado através da amplitude quartil entre os municípios da amostra. Para o bloco ideológico do qual faz parte o partido político na gestão municipal, utilizou-se a proposta de Limongi e Figueiredo (1995), que define os partidos em três blocos ideológicos: de direita, centro e esquerda. Por fim, a metodologia será melhor detalhada na descrição dos dois artigos.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE

A análise é apresentada por dois artigos, intitulados de “Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina” e “Associação entre a avaliação do Programa Saúde da Família com indicadores políticos, econômicos e demográficos”.

ARTIGO 1 - Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina

Flávia Henrique – Universidade Federal de Santa Catarina.

Maria Cristina Marino Calvo – Universidade Federal de Santa Catarina.

Flávia Henrique – Rua Vereador Walter Borges, 228, ap. 802, Bloco B. Campinas, São José, SC. CEP: 88101030

RESUMO

Criado pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) inicialmente destinou-se às populações vulneráveis, porém tornou-se a estratégia de atenção primária brasileira. Em Santa Catarina (SC), o PSF foi implantado em 1994, e em 2004 assistia cerca de 59% da população. Esta pesquisa transversal e retrospectiva desenvolveu-se com o propósito de avaliar a implantação do PSF em SC para, a partir dos componentes de estrutura, processo e resultados, classificar os municípios em três situações para o PSF – satisfatória, intermediária e insatisfatória –, em 2001 e 2004. Para o componente estrutura, os municípios foram avaliados quanto à cobertura populacional; para o processo, quanto à mudança no modelo assistencial; e para os resultados, quanto às internações para doenças preveníveis pela atenção primária. Os resultados demonstraram que o componente estrutura teve uma alteração significativa entre 2001 e 2004 ($p < 0,0001$), no que se refere à ampliação da alta cobertura, apresentando um incremento de 26,4%. O processo não apresentou alterações significativas entre 2001 e 2004, mantendo, nos dois períodos, 81,6% dos municípios com fraco indício de mudança. No componente resultados, observou-se um aumento no número de municípios que se classificaram com baixo número de internações: de 25,6% em 2001, para 32,6% em 2004. Esta mudança, entretanto, não foi estatisticamente significativa. Associando os componentes para definir a classificação final, observou-se que, da amostra de 125 municípios para o ano de 2001, tem-se 48% em situação insatisfatória, 45% em situação intermediária e 7% em situação satisfatória, enquanto que em 2004 tem-se 29%, 58% e 13%, respectivamente. Esta alteração, entre 2001 e 2004, no que concerne à melhor classificação, mostrou-se estatisticamente significativa ($p = 0,0061$). Por fim, observando o conjunto de dados, verifica-se que as alterações na classificação final resultaram fundamentalmente do componente estrutura, uma vez que os componentes processo e resultados não apresentaram alterações significativas no período pesquisado. Assim, pode-se inferir que o PSF, nos municípios pesquisados de SC, vem recebendo importante incremento no número de equipes, com ampliação de cobertura, mas não conseguiu gerar as mudanças no modelo assistencial como proposto e atingir resultados estatisticamente significativos.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Programa Saúde da Família, Municípios, Classificação.

ABSTRACT

Created by The Health Ministry in 1994, Family Health Program (FHP) initially aimed helpless populations; however it became a primary care strategy in Brazil. In Santa Catarina state (SC). FHP was implemented in 1994, and in 2004 assisted almost 59% of the population. This cross-sectional and retrospective research was carried out with the aim of assess the implementation of FHP in SC so to, beginning from structural components, process and result, classify the towns into three situations for FHP during the period of 2001 and 2004, which are: satisfactory, intermediate, and unsatisfactory. As for the structural component, the towns were assessed by population coverage; for the process, assessed changes in the aid model and for the results assessed admission into hospital for forecasted illnesses by the primary care. Results showed that the structural component had a significant variation between 2001 and 2004 ($p < 0.0001$), due to the amplification of a higher coverage, therefore presenting an increase of 26.4%. The process did not present significant variation between 2001 and 2004, maintaining in both periods 81.6% of towns in a low index of change. For the component result, this research showed an increase in the number of towns who were classified as low admission into hospital: from 25.6% in 2001, to 32.6% in 2004. Such change however was not statistically significant. So to define the final classification, the components were associated showing that from the sample of 125 towns for the year of 2001 there were 48% towns in unsatisfactory situation, 45% in intermediate situation and only 7% in satisfactory situation, while for the year of 2004 there were 29%, 58% and 13%, respectively. This change between 2001 and 2004, as regarded to the classification, showed to be statistically significant ($p = 0.0061$). As a conclusion, results from the final classification of data showed alterations, basically in the structural component, as the components process and result did not present significant variation in the periods researched. Therefore, we can infer that FHP in the towns of SC, subject of this study, has received important raise in the number of teams and has increased its health coverage, but without creating changes in the proposed aid model, and without reaching statistically significant changes.

Key words: assessment, Family Health Program, towns, classification.

INTRODUÇÃO

A análise atenta da história e do desenvolvimento do setor saúde demonstra que não é recente a crise do modelo de atenção centrado na cura das doenças, superespecializado e hospitalocêntrico; mas as propostas oriundas dessas críticas, principalmente aquelas voltadas para o desenvolvimento do primeiro nível de atenção ou da atenção primária, têm seu surgimento atrelado às crises do sistema capitalista e aos elevados gastos sociais em saúde^{1,2,3}.

O Relatório Dawson⁴, de 1920, foi um dos primeiros documentos a apresentar uma estrutura organizacional baseada em diferentes níveis de atenção para o sistema de saúde inglês. O nível mais básico é o centro de atenção primária à saúde, apoiado por um nível secundário, o qual consiste de especialistas que fornecem atenção através de consultas. Este, por sua vez, é apoiado por um nível terciário, formado por hospitais-escola para dar atenção às doenças mais incomuns e complicadas.

Em fins da década de 1920 e início da década de 1930, em função da profunda crise de produção capitalista, expressa pela quebra da bolsa de valores dos Estados Unidos, uma nova conformação econômica impôs a necessidade de resposta às questões referentes aos elevados custos da atenção médica. A categoria médica elaborou, então, uma resposta liberal para a crise: a Medicina Preventiva¹.

Nos Estados Unidos da América, na década de sessenta, em função das pressões sociais geradas pela crítica ao racismo, à pobreza das grandes cidades e à guerra do Vietnam, surge a medicina comunitária, que resgata parte do discurso da Medicina Preventiva e funciona em área

geograficamente determinada.

Para Donnangelo², a proposta de medicina comunitária desenvolve-se na seqüência de outras propostas, tais como a Medicina Preventiva. Ela não se constitui como campo conceitual frente a uma nova problemática e baseia-se em princípios já elaborados em outras propostas, significando fundamentalmente uma forma de extensão dos cuidados médicos individuais.

A partir dos anos de 1970, a proposta de reformulação dos sistemas de saúde, com base no primeiro nível de atenção, espalha-se para países do terceiro mundo, impulsionados por agências de financiamento internacionais, como o Banco Mundial. No Brasil, a medicina preventiva e a familiar foram introduzidas na década de sessenta, com a reforma universitária de 1968⁵.

A principal colaboradora para a proposta de medicina familiar foi a articulação do conceito de níveis de prevenção, oriundo da Medicina Preventiva, com as idéias de participação comunitária, utilização de pessoal auxiliar, hierarquização e regionalização dos serviços, que advêm da Medicina Comunitária. Assim, atuando neste primeiro nível de atenção estaria o médico de família, que surge como contraposição a desumanização e à especialização da medicina conservadora. Contudo, são mantidas as características clínicas e hospitalocêntricas do médico liberal.^{1,2}

Um dos pilares na construção da proposta de atenção primária em saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978. Elevou-se a atenção primária em saúde como a estratégia para se alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, definida pela assembléia mundial da OMS, em 1977, assumindo uma proposta de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde. A declaração de Alma Ata, de 1978, codificou a “santidade” da atenção

primária à saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo⁶.

A proposta da Atenção Primária em Saúde vem sendo desenvolvida e implementada com base em diferentes concepções. Testa⁷ questiona sua forma de implementação, principalmente para países subdesenvolvidos, em função da existência de serviços de saúde diferentes para grupos sociais também diferenciados, de forma que este serviço não é voltado para o atendimento de toda a população; e pela contenção de custos que a atenção primária representa, sendo apresentada como alternativa à diminuição dos gastos em saúde.

Como forma de reorganizar a atenção primária no Brasil, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa Saúde da Família, em meio ao processo de ajuste fiscal e reformas setoriais na saúde, desencadeado como forma de controle dos gastos sociais, que colocam em questão seus princípios. É neste contexto de ajuste, reformas e reordenamento que este programa ganha ampla aceitação nacional, com o objetivo de transformar o modelo assistencial do SUS^{8,9}.

Vários documentos produzidos pelo Ministério da Saúde indicam a direção que a mudança proposta na forma de organizar a atenção primária no Brasil deveria seguir. O primeiro documento, editado pelo MS, que data de 1994, apresenta o PSF como instrumento de reorganização da atenção à saúde respeitando os princípios do SUS, mas atendendo prioritariamente os grupos mais vulneráveis da comunidade⁸.

Já no documento de 1997, o MS propõe uma nova interpretação para o “Saúde da Família”, compreendido desta vez como estratégia de atenção e não mais programa, e com capacidade de modificar o modelo assistencial vigente. Traz em suas diretrizes operacionais o caráter substitutivo do PSF, entendendo-o não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema. Neste manual estão detalhados os papéis dos membros da equipe, bem como orientações sobre a seleção, treinamento, supervisão e

avaliação das equipes¹⁰.

Para o MS, as atividades que possibilitariam mudança no modelo assistencial a ser desenvolvido pela equipe do Programa Saúde da Família são:

Visita Domiciliar – Tem a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos agentes comunitários de saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de saúde da família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção.

Internação domiciliar – Não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada com o intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitirem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe.

Participação em grupos comunitários – A equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Diferentes autores apresentam seus posicionamentos frente ao programa. Misocky¹¹ declara que a proposta significa um retrocesso para o SUS, visto que, pela complexidade e perfil epidemiológico da população, seriam necessários serviços de saúde mais estruturados para o atendimento qualificado. Autores como Aguiar¹² e Conill¹³ apontam para as contradições

encontradas na implantação e execução do programa, com imensas variações dependentes da política municipal em que está inserido e também de sua própria concepção ao nível ministerial, que vem sofrendo transformações ao longo destes dez anos.

Em Santa Catarina, a implantação do PSF iniciou-se em 1994 e, desde então, convênios entre o Ministério da Saúde e os municípios foram paulatinamente assinados, ampliando o número de municípios e de equipes que participam do programa. Sobre o PSF no estado^{14,15}, porém, tem-se dados somente a partir do parecer nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que vincula os recursos financeiros à alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica.

A tabela 6 traz dados relativos ao número de municípios com PSF, equipes de saúde da família e Agentes Comunitários, de dezembro de 1997 a dezembro de 2003.

Tabela 6: Número de municípios, número de equipes e número de agentes comunitários do Programa Saúde da Família, implantados no estado de Santa Catarina: 1997 a 2003.

Competência	Número de Municípios	Equipes do PSF	Nº de ACS
12/1997	-	-	-
12/1998	42	103	348
12/1999	103	164	2.215
12/2000	190	381	4.501
12/2001	272	658	7.012
11/2002	286	889	7.535
12/2003	292	996	8.027

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde/Santa Catarina, 2005¹⁵.

Atualmente, o Programa Saúde da Família possui 1053 (um mil e cinquenta e três) equipes atuantes no estado e atende a uma população de 3.307.262 (três milhões, trezentos e sete mil e duzentos e sessenta e duas) pessoas, com uma cobertura de 59% da população catarinense¹⁶. Apesar de vários estudos abordarem o Programa Saúde da Família em diferentes aspectos, o Estado carece de um estudo avaliativo que possibilite compreender como tem se dado a evolução e a implantação do programa.

Com o intuito de acompanhar e avaliar o PSF, o Departamento de Informação e Informática em Saúde, em conjunto com a Coordenação de Saúde Comunitária, desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Básica, que congrega dados pertinentes ao PACS e ao PSF.

São funções do SIAB dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados das equipes de saúde da família, gerar informações essenciais para as Secretarias de Saúde e o Ministério da Saúde, auxiliar e agilizar a tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias, apoiar e priorizar as ações dirigidas às comunidades ou a distritos sanitários, permitir uma avaliação do trabalho dos membros da equipe de saúde e observar os impactos das ações de saúde desenvolvidas junto à comunidade^{17,18}.

Assim, com dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Informações Hospitalares e DATASUS, este estudo desenvolveu uma avaliação da implantação do PSF entre os municípios catarinenses, utilizando como recorte dois períodos - os anos de 2001 e de 2004 -, a partir da evolução de indicadores representativos de estrutura, processo e resultados, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

O método adotado seguiu a abordagem proposta por Donabedian¹⁹ para avaliação dos serviços de saúde, composto da análise de estrutura, processo e resultados.

Propõe-se uma avaliação transversal, retrospectiva, com dados secundários, obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Informação Hospitalar e DATASUS, dos municípios que forneceram dados aos sistemas em 2001 e 2004.

Para a construção dos parâmetros necessários à análise de estrutura, processo e resultado, foi utilizado um método proposto por Tobar²⁰ conhecido como Tipo Ideal, que consiste em estabelecer um modelo imaginário, cujo requisito básico é ser coerente com a realidade.

Para analisar a estrutura, o indicador escolhido foi o percentual de cobertura populacional. Esta escolha se assenta na necessidade de verificação da cobertura populacional do PSF, visto que este originalmente destinava-se a uma parcela da população e atualmente representa o modelo de atenção primária adotado no país para toda a população.

Para o cálculo da cobertura populacional, utilizou-se a proposta do Ministério da Saúde²¹, na qual o número de residentes no município se dá de acordo com os dados do IBGE, através da fórmula: *Cobertura populacional=Número de Equipes*3450*100/Número de Residentes no Município.*

O percentual de cobertura do PSF foi identificado nos dois momentos da pesquisa, bem como sua evolução. A cobertura foi categorizada em: alta (maior que 70%), média (entre 50 e

70%) e baixa (menor que 50%). A evolução foi classificada em aumento, nenhuma alteração, ou diminuição, de acordo com a mudança de categoria entre os anos analisados. Os pontos de corte foram definidos a partir da análise de cobertura do PSF no Brasil em 2004²².

Para o componente processo, o intuito foi verificar se houve, nos anos de 2001 e 2004, sinais de mudança no modelo assistencial. Foram analisadas as atividades da equipe de PSF preconizadas pelo Ministério da Saúde^(8,10,21), que podem ser medidas através de dados secundários. Assim, foram constituídos, como indicadores, as visitas domiciliares do médico, os exames de patologia-clínica solicitados, os encaminhamentos ao especialista e o atendimento individual do enfermeiro.

A análise do indicador de visitas domiciliares do médico busca compreender o quanto o município valoriza este instrumento de trabalho em saúde da família como agente facilitador do vínculo do profissional médico com a comunidade. Não foram utilizados os dados de visitas domiciliares do profissional de enfermagem, em virtude de este instrumento já estar bem estabelecido entre estes profissionais, e ser prática corrente em sua atuação na atenção primária, mesmo anteriormente ao PSF²³.

Os indicadores de exame de patologia clínica e encaminhamento ao especialista foram escolhidos, visto que a adequação destes procedimentos significa a inserção do PSF na rede assistencial como porta de entrada do sistema, e não como um modelo paralelo destinado a uma parcela da população e com um conjunto pré-determinado de serviços passíveis de ser ofertados. Por fim, utilizou-se o indicador de atendimento individual do profissional de enfermagem, pois a construção do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família pressupõe a participação ativa do enfermeiro na assistência da população adscrita.

Para cada município foi atribuído escore 1 (um) para o indicador com valor dentro do

intervalo esperado e escore 0 (zero) para valores acima ou abaixo deste intervalo. Desta forma, os municípios foram classificados, nos anos de 2001 e 2004, quanto ao modelo assistencial, em três tipos: forte indício de mudança, médio indício de mudança e fraco indício de mudança, de acordo com o somatório dos indicadores alcançados.

Quando a soma dos indicadores foi de 0 a 1, o município foi classificado, quanto ao modelo assistencial, como em fraco indício de mudança; para soma de valores entre 2 a 3, a classificação foi de médio indício de mudança; e, no caso de valor 4, a classificação foi de forte indício de mudança.

Quadro 1: Descrição dos indicadores e parâmetros dos componentes de avaliação para a Classificação dos municípios catarinenses quanto ao Programa Saúde da Família, 2001 e 2004.

	Indicador	Parâmetros
Estrutura	Porcentagem de Cobertura Populacional	=50% Baixa Cobertura 50 a 70% Média Cobertura =70% Alta Cobertura
Processo*	Visitas Domiciliares (VD) Exames de Patologia Clínica (EPC) Encaminhamento ao Especialista (EE) Atendimento de Enfermagem (AE)	1 VD para 12 a 24 Consultas Médicas 1 EPC para 3,15 a 5,46 Consultas Médicas 1 EE para 5,05 a 10 Consultas Médicas 1 AE para 2,07 a 3,89 Consultas Médicas
Resultado	Internações por Doenças Sensíveis à Atenção Primária	=8,23 Baixo nº de Internações >8,23 e <18,29 Médio nº de Internações =18,29 Alto nº de internações

* Os intervalos são os valores esperados para os indicadores.
Fonte: DATASUS, 2005^{30,31,32,33}.

Para a confecção dos parâmetros, construíram-se taxas, em que o numerador é o número médio de consultas médicas individuais realizadas por uma equipe, e o denominador é o valor encontrado para os indicadores descritos acima, no mesmo local e período de tempo. Escolheu-se esta forma de construir os parâmetros, pelo entendimento de que o total de consultas médicas é um importante indicador de assistência à saúde, mas deve estar em equilíbrio com as outras atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família, para propiciar mudança no modelo assistencial.

Para o cálculo de consultas médicas esperadas, estabeleceu-se um tempo médio de 20 minutos de consulta por paciente, multiplicado por 24 horas de atendimento semanais, totalizando 72 consultas médicas por semana. As 24 horas foram calculadas para um contrato de trabalho de 40 horas, exigido na maior parte dos municípios brasileiros para atuação no PSF. As 16 horas restantes destinam-se às atividades em equipe para promoção, prevenção e reabilitação da saúde, quais sejam: grupos de atenção, visitas domiciliares, educação continuada e planejamento e avaliação das ações.

Para o indicador de visitas domiciliares do médico, foi considerado o tempo de deslocamento e de maior interação com o paciente em seu domicílio, resultando em 40 a 80 minutos por consulta, em 4 horas semanais. Este cálculo estabelece a possibilidade de realização de 3 a 6 visitas domiciliares semanais, que resultaria na proporção de uma visita domiciliar para 12 a 24 consultas médicas.

Não foram encontrados parâmetros estabelecidos pelo MS para exames de patologia clínica e para consultas de enfermagem. Assim, adotaram-se como parâmetros para esses indicadores os intervalos entre primeiro e terceiro quartis, dos valores encontrados em todos os estados brasileiros em 2001.

Para os exames de patologia clínica, o valor esperado é de um exame solicitado para 3,15 a 5,46 consultas médicas realizadas. Para atendimentos individuais do profissional de enfermagem, o esperado é de um atendimento para 2,07 a 3,89 consultas médicas realizadas.

Quanto à medida dos encaminhamentos ao especialista, utilizou-se o preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção primária, que é um grau de resolutividade médio de 85% dos atendimentos²³. Assim, padronizou-se um intervalo aceitável de 10% a 20% de encaminhamentos, resultando em um encaminhamento para 5,05 a 10,00 consultas médicas realizadas.

O cálculo da variação aceitável dos parâmetros baseou-se na variação dos indicadores, com o objetivo de respeitar as variações municipais, na forma de implementar e executar as ações preconizadas a partir de sua realidade, sem perder de vista a qualidade das atividades da equipe

Para avaliação do componente resultado, utilizou-se a proposta de Mendes²⁴, de avaliar o PSF através da medida das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

A análise sistemática de alguns artigos, que abordam as internações evitáveis de pacientes por condições sensíveis à atenção ambulatorial, demonstra que pacientes com uma fonte rotineira de cuidados ambulatoriais apresentam um número menor de internações, mesmo controlando a amostra por renda, raça e sexo^{25,26,27,28,29}.

Para tanto, foram utilizados dados secundários disponíveis no site do DATASUS sobre morbidade hospitalar, por local de residência, no período de 2001 e de 2004. Os dados obtidos foram selecionados com base na lista de morbidade da Classificação Estatística Internacional e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10).

As principais causas de internações apontadas por Mendes²⁴ como sensíveis à atenção primária, são: Asma, Insuficiência Cardíaca, Pneumonia, Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Para constituição do parâmetro, desenvolveu-se uma razão entre a soma das internações dessas doenças e o número de pessoas residentes no município, no mesmo período de tempo, multiplicado por mil. Constitui-se assim uma taxa de internações por doenças sensíveis à atenção primária, para um conjunto de mil habitantes, no período de um ano.

Na literatura ainda não há, de forma consistente, a determinação do valor médio esperado de internações por condições sensíveis à atenção primária. Assim, para classificar os municípios quanto aos resultados, foram utilizados os dados de internações em Santa Catarina, para o ano de 2001. Os valores menores que o primeiro quartil foram considerados como baixo número de internações; os valores entre o primeiro e o terceiro quartil foram considerados como médio número de internações, os maiores que o terceiro quartil foram considerados como alto número de internações, por condições sensíveis à atenção primária. Os valores estão descritos no quadro 1.

Busca-se assim verificar quais municípios apresentam baixo, médio ou alto número de internações, em 2001 e 2004, comparando-os entre si em cada momento da pesquisa e durante o período estudado.

Em resumo: para o componente estrutura, os municípios foram classificados de acordo com a alta, média ou baixa cobertura populacional; para o processo, a classificação se relaciona com o índice de mudança no modelo assistencial, podendo ser forte, médio ou fraco; e, para o resultado, a classificação se deu de acordo com as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, conforme o baixo, médio ou alto número de internações. Essas classificações

receberam escores diferenciados:

Escore 5 - Para alta cobertura populacional, para forte indício de mudança no modelo assistencial e para baixo número de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Escore 3 - Para média cobertura populacional, para médio indício de mudança no modelo assistencial e para médio número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Escore 0 – Para baixa cobertura populacional, para fraco indício de mudança no modelo assistencial e para alto número de internações por condições sensíveis à mudança no modelo assistencial.

Do cruzamento dos dados para as três variáveis, os municípios foram classificados em três categorias, conforme a implantação do PSF: Satisfatória, Intermediária e Insatisfatória, como demonstrado abaixo:

Satisfatória – Municípios com somatória de escores maior que 10 (dez).

Intermediária - Municípios com somatória de escores de 7 (sete) a 10.

Insatisfatória – Municípios com somatória de escores inferior a 7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primeiros dados registrados do SIAB/SC datam de julho de 1998 e trazem o número de equipes de apenas dois municípios: Chapecó, com nove equipes, e Cocal do Sul, com uma equipe. Em dezembro de 1998, eram 17 os municípios que forneciam dados ao SIAB, e esse número aumentou para 46, em dezembro de 1999, e para 175, em dezembro de 2000. Destes últimos, foram eliminados os que não apresentavam os dados necessários para a pesquisa, no período de 2000 a 2004. Isto resultou em uma amostra de 125 municípios acompanhados, que representam 42,6% dos municípios catarinenses.

A descrição e análise dos dados foram realizadas para cada componente (estrutura, processo e resultados) e posteriormente para a classificação final, resultado da relação entre os componentes estudados.

Componente estrutura

Para o ano 2001, foram encontrados os seguintes dados de cobertura: 39 municípios (31,2%) com cobertura baixa, 21 (16,8%) com cobertura média, e 65 (52,0%) com cobertura alta. Para o ano 2004, foram encontrados 17 (13,6%) com cobertura baixa, 10 (12,5%) com cobertura média e 98 (78,4%) com cobertura alta. Estes dados podem ser melhor observados na Tabela 8³⁰.

Analisando os dados encontrados nos dois momentos da pesquisa, pode-se observar um aumento significativo ($p < 0,0001$) no número de municípios que alcançaram alta cobertura do Programa Saúde da Família e uma diminuição naqueles com média e baixa cobertura, para o ano de 2004. Essa ampliação de cobertura do programa nos municípios catarinenses, atende a um dos

objetivos do programa, que é ampliar o acesso da população aos serviços de saúde³¹.

As mudanças ocorreram em 38 municípios (30,4%), no período observado, e foram sempre no sentido da ampliação da cobertura: 17 (13,6%) mudaram de cobertura baixa para alta, 16 (12,8%) de cobertura média para alta, e 5 (4%) passaram de cobertura baixa para média. Dos municípios que não apresentaram mudança no período, 65 (52%) tinham cobertura alta, 5 (4%) tinham média cobertura e 17 (36%) tinham baixa cobertura.^{32,33,34}

Componente processo

Verificou-se um número maior de municípios que apresentavam número de consultas por visita domiciliar dentro do esperado para o ano de 2001 (29,6%) em comparação a 2004 (24%). As consultas por exames de patologia clínica realizados e o percentual de consultas por encaminhamento ao especialista, tiveram pouca alteração no período, sem mudanças estatisticamente significativas. A literatura demonstra que a dificuldade de encaminhamento ao especialista interfere na qualidade da atenção à saúde das populações e está expresso no percentual baixo de consultas por encaminhamento ao especialista dentro do esperado⁹. Para o indicador de número de consultas por atendimento individual do profissional de enfermagem, observa-se que houve um aumento no percentual de municípios com o valor esperado para esta variável. Esta mudança, no entanto, não é estatisticamente significante ($p > 0,05$).

A tabela 7 apresenta o percentual de municípios que apresentaram os valores esperados para o ano de 2001 e de 2004.

Ao realizar a soma dos escores dos indicadores, encontramos, para o ano de 2001: um município (0,8%) com forte, 22 (17,6%) com médio e 102 (81,6%) com fraco indício de mudança. Para o ano de 2004, registrou-se: nenhum município (0%) com forte, 23 municípios (18,4%) com médio e 102 (81,6%) com fraco indício de mudança no modelo assistencial. Estes

resultados podem ser melhor observados na tabela 8.^{31,32}

Tabela 7: Percentual de municípios catarinenses pesquisados com classificação dentro do esperado para os indicadores de consultas por visita domiciliar, exames de patologia clínica, encaminhamento ao especialista, atendimento individual da enfermagem, Santa Catarina, 2001 e 2004.

Tipo de Indicador	Ano	
	2001	2004
Visita Domiciliar	29,60	24,00
Exames de Patologia Clínica.	17,60	19,20
Encaminhamento ao Especialista	8,80	7,20
Atendimento Individual de Enfermagem.	24,00	31,20

Fonte: DATASUS, 2005.^{31,32,33}

A comparação do componente processo, entre os anos de 2001 e 2004, demonstrou que não houve diferença significativa no período investigado, indicando que o modelo assistencial não foi alterado com o Programa Saúde da Família, de acordo com o preconizado pelo MS¹³. Este comportamento foi relatado por Conill (2002), que, ao avaliar o PSF no município de Florianópolis, coloca que as práticas integrais, apesar de terem viabilidade e efeitos positivos, mantêm-se marginalizadas, não sendo suficientes para imprimir mudança no modelo assistencial⁹.

Na classificação dos municípios quanto à mudança, encontramos que 94 (75,2%) não apresentaram alteração no período investigado, permanecendo 87 (69,6%) em fraco e 7 (5,6%) em médio índice de mudança no modelo assistencial. Houve alteração na classificação de 31

municípios (24,8%), sendo que 15 (12%) passaram de fraco para médio e o mesmo número passou de médio para fraco, e um (0,8%) passou de forte para médio índice de mudança no modelo assistencial.

Componente resultados

Para o ano de 2001, encontrou-se: 32 municípios (25,6%) com baixo, 62 (49,6%) com médio e 31 (24,8%) com alto número de internações por condições sensíveis à atenção primária. Para 2004, os resultados foram: 41 (32,8%) em baixo número, 63 (50,4%) em médio número e 21 (16,8%) em alto número. Os dados podem ser visualizados na tabela 8.³⁵

Comparando os dados de 2001 e 2004, percebe-se que 75 municípios (60%) não apresentam mudanças em termos de classificação, ou seja, mantêm sua classificação para esta variável, enquanto que 50 (40%) modificaram sua classificação. Destes, 34 mudaram no sentido da melhoria na classificação: um (0,8%) de alto para baixo, 16 (12,8%) de alto para médio e 17 (13,6%) de médio para baixo. Enquanto que 16 (12,8%) migraram para uma pior classificação: nove (7,2%) de baixo para médio e sete (5,6%) de médio para alto.

Estes dados demonstram uma diminuição na taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, no período estudado; no entanto, esta mudança não é estatisticamente significativa. Esta variação pode ser aleatória, estar relacionada com medidas administrativas de diminuição da liberação de AIHs para os hospitais gerais, ou, ainda, representar parcialmente o impacto da reorganização da atenção à saúde causada pelo PSF que está sendo medida em um curto espaço de tempo. Além disso, o indicador utilizado é facilmente influenciado por pequenas alterações em municípios pequenos.

Tabela 8: Número e percentual dos municípios, segundo a classificação dos componentes: estrutura, processo e resultados, para o ano de 2001 e de 2004.

Variável	Classificação	2001		2004	
		N	%	N	%
Estrutura (Cobertura Populacional)	Baixa	39	31,2	17	13,6
	Média	21	16,8	10	8,0
	Alta	65	52,0	98	78,4
Processo (Indício de Mudança no Modelo Assistencial)	Fraco	102	81,6	102	81,6
	Médio	22	17,6	23	18,4
	Forte	1	0,8	-	-
Resultados (Internações por Doenças Sensíveis à Atenção Primária)	Baixo	32	25,6	41	32,8
	Médio	62	49,6	63	50,4
	Alto	31	24,8	21	16,8

Fonte: DATASUS, 2005.^{32,33,34,35}

Classificação final dos municípios

Para classificar os municípios, realizou-se o cruzamento dos dados para os componentes estrutura, processo e resultados, classificando-os em três categorias: Satisfatória, Intermediária e Insatisfatória, conforme tabela 9.

Percebe-se uma mudança estatisticamente significativa ($p=0,0061$) na classificação final dos municípios para o Programa Saúde da Família, entre os anos 2001 e 2004, em função de uma redução de 19,2% no número de municípios que se classificaram como em situação insatisfatória, os quais passaram para a classificação intermediária (13,6%) e para a situação satisfatória (5,6%).

Tabela 9: Distribuição dos municípios segundo a classificação geral para o Programa Saúde da Família, em 2001 e 2004.

Classificação	2001		2004	
	Nº	%	Nº	%
Insatisfatória	60	48,0	36	28,8
Intermediária	56	44,8	73	58,4
Satisfatória	9	7,2	16	12,8
Total	125	100,0	125	100,0

Fonte: DATASUS, 2005.^{32,33,34,35}

Do total de municípios, 43,2% mudaram de classificação: 32,8% para uma melhor classificação e 10,4% para um pior desempenho em 2004, se comparados com 2001. Somente um município permaneceu em situação satisfatória durante todo o período estudado e 56,8% do total pesquisado não mudaram de classificação, permanecendo 24,8% em classificação insatisfatória e 31,2% em situação intermediária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos componentes estrutura, processo e resultados permite conhecer, independentemente e em conjunto, como estes se comportam para os municípios pesquisados do estado de Santa Catarina.

Avaliando o componente estrutura, percebe-se que as mudanças operadas entre 2001 e

2004 são estatisticamente significativas e representam uma ampliação em 26,4% no número de municípios com alta cobertura para o PSF. Esta ampliação significativa na cobertura não permite afirmar que este programa destina-se somente à parcela mais carente da população, sendo necessários estudos aprofundados acerca do acesso ao programa, para verificar se está sendo utilizado por parcelas distintas da população.

Em relação ao componente processo, constata-se um grande número de municípios com fraco indício de mudança no modelo assistencial – 81,6% para o ano de 2001, que se mantém no ano de 2004. Isto demonstra que este percentual de municípios catarinenses pesquisados dispõe de um modelo assistencial diferente daquele preconizado para o Programa Saúde da Família e que no período estudado não houve mudanças a fim de adequar o modelo de atenção. Para corroborar esta constatação, basta observar que somente um município apresenta-se com forte indício de mudança no modelo assistencial para o ano de 2001 e este não se mantém em 2004.

Analisando o componente resultados, observa-se que, houve aumento (7,2%) no número de municípios com baixo número de internações preveníveis pela atenção primária. Esta mudança, entretanto, não se mostra estatisticamente significativa, podendo significar apenas uma variação aleatória, medida administrativa de redução do número de AIHs ou resultado parcial de mudanças que necessitam de um período maior de tempo para serem observadas.

Avaliando a classificação final dos municípios pesquisados, verifica-se que há mudança estatisticamente significativa no que diz respeito ao aumento do percentual de municípios que obtiveram melhor classificação para o PSF em 2004. No entanto, comparando a classificação final com o resultado dos componentes analisados, verifica-se que esta mudança se deu basicamente devido ao componente estrutura da avaliação, uma vez que o componente processo não mostrou alteração e o componente resultados indicou uma alteração não significativa.

Estes dados fazem supor que o Programa Saúde da Família vem apresentando uma significativa ampliação de sua cobertura populacional, mas carece de qualificação para mudança do modelo assistencial e para obter resultados significativos.

REFERÊNCIAS

1. AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 261 p. Tese (Doutoramento) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
2. DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976. 124 p.
3. FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias, et al. (Org.). **O Trabalho em Saúde**: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-125.
4. PENN, Dawson de. **El Futuro De Los Servicios Medicos Y Afines**. Washington: Organización Panamericana de La Salud. 1964. 38 p.
5. TEIXEIRA, Carmem. Passado, presente e futuro da prevenção. **Revista APS**, v.5, p. 92-101, jul/dez. 2002.
6. STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
7. TESTA, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre. Artes Médicas/ABRASCO. 1992. 226 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**: Saúde Dentro de Casa. Brasília – DF, 1994. 18 p.

9. VIANA Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 225-264, 1998.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1997. 34 p.
11. MISOCZKY, Maria Ceci. A medicina de Família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.42, p. 40-44, março, 1994.
12. AGUIAR, Dayse Santos de. **A 'Saúde da Família' no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?**. 1998. 125 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
13. CONILL, Eleonor Milho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 suplemento, p. 191-202, 2002.
14. SANTOS, Rozilda dos. **Saúde da Família: Possibilidade e Limites para Viabilização do PSF na Região do Monte Cristo**. 1998. 126 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina.
15. **ESTRATÉGIA do Programa Saúde da Família-PSF e Programa Agentes Comunitários-PACs no estado de Santa Catarina**. Florianópolis: Santa Catarina, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/Estrat%20E9gia%20Programa%20Sa%20FAd%20da%20Fam%20EDlia%20e%20Programa%20de%20Agentes%20Comunit%20rios%20-%20PACS.doc>>. Acesso em: 07 março 2005.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agentes comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde bucal em atuação**. Competência: Setembro de 2004. <www.saude.gov.br> Acesso em: 02 novembro 2004.
17. FRANÇA, Tânia. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um Estudo Exploratório**. 2001. 247 p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

18. BRASIL. Ministério da Saúde/SAS/DAB. **Manual do SIAB**: Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília – DF. 2003. 96 p.
19. DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**. 260(12): p. 1743-1748. Sep., 1988.
20. TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2004, 172 p.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001. 125 p.
22. DATASUS. **Indicadores de Cobertura**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/f02.def>> Acesso em: 19 de março 2005.
23. ALBIERO, Cleci Elisa. **Assistência Domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. 2003. 182 p. Dissertação de Mestrado, PGSS/UFSC. Florianópolis.
24. MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.
25. WEISSMAN, Joel S.; GATSONIS, Constantine, EPSTEIN, Arnold M. Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland. **The Journal of the American Medical Association**. V. 268, n. 17, p. 2388-2394, 1992.
26. FYLKESNES, Knut. Determinants of Health Care Utilization – Visits and Referrals. **Scandinavian Journal of Social Medicine**. Oslo – Stockholm, vol. 21, n. 1, 1993.
27. BINDMAN, Andrew B.; GRUMBACH, Kevin; OSMOND, Dennis; et. al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. **The Journal of the American Medical Association**. US EDITION, vol. 274, n. 4. p. 305-311, 1995.

28. KUPOR, Scott A.; LIU, Yong-chuan; LEE, Jungwoo, et. al. The Effect of Copayments and Income on the Utilization of Medical Care bi Subscribers to Japans National Healt Insurance System. **International Journal of Health Services**, vol. 25, n. 2. p. 295-312, 1995.
29. HALFON, Neal; Newacheck, Paul W.; Wood, David L. Routine Emergency Departament Use for Sick Care by Children in the United States. **American Academy of Pediatrics**. V. 98, n. 1, p. 28-38. 1996.
30. BRASIL. SIAB. **Número de Equipes de Saúde da Família**. Florianópolis, 10 outubro 2004, 48 arquivos, Disquete. SIAB.EXE.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista brasileira saúde materno-infantil**. Recife, 3 (1): p. 113-125, jan.-mar., 2003.
32. BRASIL. DATASUS. **Produção e Marcadores**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siabp.htm?saude=http%3A%2F%2Fwww.datasus.gov.br%2Fsiab%2Fsiabp.htm&obj=%24VObj&botaoook=OK>>. Acesso em: 18 maio 2005.
33. BRASIL. DATASUS. **Cadastramento Familiar**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siabp.htm?saude=http%3A%2F%2Fwww.datasus.gov.br%2Fsiab%2Fsiabp.htm&obj=%24VObj&botaoook=OK>>. Acesso em: 22 junho 2005.
34. BRASIL. DATASUS. **População Residente**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsc.htm>>. Acesso em: 22 junho 2005.
35. BRASIL. DATASUS. **Morbidade Hospitalar**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mrsc.htm>>. Acesso em: 09 julho 2005.

ARTIGO 2 - Associação entre a Avaliação do Programa Saúde da Família com Indicadores Políticos, Econômicos e Demográficos

Flávia Henrique – Universidade Federal de Santa Catarina.

Maria Cristina Marino Calvo – Universidade Federal de Santa Catarina.

Flávia Henrique – Rua Vereador Walter Borges, 228, ap. 802, Bloco B. Campinas, São José, SC. CEP: 88101030

RESUMO

O setor saúde no Brasil sofreu uma importante transformação, há cerca de 12 anos, com a implantação do PSF. Com o intuito de monitorar as equipes de saúde da família e oferecer um instrumento de acompanhamento dos indicadores de saúde da população, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informação da Atenção Básica. Com base nos dados coletados por este sistema e pelo Sistema de Informação Hospitalar, e à luz da metodologia proposta por Donabedian, Henrique e Calvo, desenvolveram um modelo de avaliação para o PSF nos municípios catarinenses, classificando sua situação como satisfatória, intermediária e insatisfatória, no ano de 2004. Sabe-se que as políticas públicas, como o PSF, podem ser influenciadas pelos indicadores sociais. Esta pesquisa foi desenvolvida para verificar a associação destes indicadores com os resultados encontrados naquela avaliação do programa. Os indicadores escolhidos foram: Porte populacional dos municípios, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Gasto per capita com saúde e Grupo político na gestão municipal. Os resultados encontrados demonstraram que há uma forte associação entre porte populacional e classificação do PSF, caracterizada pelo número significativamente superior de municípios menores (até 20 mil habitantes) em situação satisfatória e intermediária ($p < 0,05$). Os municípios maiores apresentam condição insatisfatória, para o PSF. O teste de associação entre o IDH-M e a classificação do PSF detectou uma relação inversa entre os fatores ($p < 0,05$). Essa relação pode ser explicada em função da implantação do programa, que se deu preferencialmente em municípios de pequeno porte e com poucos recursos assistenciais, conseqüentemente estes municípios apresentariam pior classificação para o IDH-M. Em relação ao gasto per capita em saúde, não houve associação estatisticamente significativa com o Programa Saúde da Família, sugerindo que avaliar este indicador de maneira isolada não é suficiente para compreender o desenvolvimento das políticas públicas municipais. Analisando a relação da categorização para o bloco ideológico na gestão municipal com a classificação para o Programa Saúde da Família, observa-se que os municípios administrados por partidos de esquerda obtiveram a pior distribuição para a classificação do PSF, apresentando maior concentração na situação insatisfatória e intermediária que os municípios pertencentes a blocos categorizados como de direita e centro, mas esta alteração não se mostrou estatisticamente significativa. Por fim, pode-se inferir que as características dos municípios em que o programa será implantado interferem nos resultados por eles alcançados, como demonstram as associações da classificação para o PSF com IDH-M e porte populacional, sugerindo que mudanças e adaptações ao nível municipal do programa são necessárias à sua implantação adequada.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, PSF, Indicadores Sócio-demográficos.

ABSTRACT

Health sector in Brazil has suffered important changes in the last 12 years with the implementation of FHP (Family Health Program). In order to supervise family health teams and offer a tool for the follow up of the population health indexes, the Health Ministry has created a data basis system for Basic Aid. Based upon data collected by this system and by General Hospital Information System, in the light of the methodology proposed by Donabedian, Henrique and Calvo have developed an assessment model for FHP in towns of Santa Catarina state, classifying their situation as satisfactory, intermediate and unsatisfactory during the year of 2004. Public programs as FHP may be influenced by social indexes. This research was carried out aiming to verify the association of these indexes with results found in the assessment of the program. The chosen indexes were: population capacity of towns, human development index of the town (HDIT), per capita expenses with health and the political party in the management of the town house. Findings showed a strong association between population capacity and the classification of FHP featured by a significant higher number of smaller towns (till 20 thousand inhabitants) presenting satisfactory and intermediate situation ($p < 0.05$). Bigger towns present a condition which is considered unsatisfactory for the FHP. The association test for HDIT and the classification of FHP detected a converse correlation among investigated factors ($p < 0.05$). This correlation may be explained by the fact that the program implementation was done mainly in towns of smaller size and with scant aid resources, consequently this towns would present a worse classification for HDIT. Regarding to per capita expenses with health, there was no statically significant association with the Family Health Program, suggesting that isolated assessment of this index is not enough to understand the development of public policy of towns. When analyzing the categorization correlation of ideological blocks in the management of towns with the classification for Family Health Program, the authors observed that towns managed by left wing parties had the worse distribution for the classification of FHP than in towns which belonged to blocks of center right wing, presenting bigger concentration on unsatisfactory and intermediate situation. Such change did not show to be statistically significant. As a conclusion, we may infer that the features of the towns in which the program is implemented interfere with the desired results, as demonstrated by the associations for FHP with HDIT and population capacity suggesting that changes and adaptations at a town level are necessary so to reach an adequate program implementation.

Key words: Health evaluation, FHP, Indexes.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o setor saúde no Brasil vem sofrendo importantes transformações, como a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Este programa, que iniciou em 1994, propõe-se a desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na unidade de saúde, ao nível da atenção primária^{1,2}.

Vários documentos produzidos pelo Ministério da Saúde indicam as atribuições da equipe de saúde da família, entre elas a territorialização, o cadastramento da população, a composição multiprofissional da equipe, o planejamento local, a educação continuada e a avaliação das ações e dos indicadores de saúde^{1,3,4,5}.

O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com o intuito de possibilitar a avaliação das atividades da equipe e o acompanhamento contínuo dos marcadores e situação de saúde da população. Este sistema permite agregações contínuas de dados, desde a microárea até o município.

Com o propósito de avaliar os diferentes municípios catarinenses, quanto à implantação do Programa Saúde da Família, com base nos dados coletados pelo SIAB, DATASUS e também pelo Sistema de Informação Hospitalar, Henrique e Calvo⁷ desenvolveram e aplicaram um modelo de avaliação para o PSF, em 125 municípios catarinenses, que foram classificados, quanto à implantação do programa, em: satisfatório, intermediário e insatisfatório.

Neste trabalho foi analisada a associação da classificação para o PSF, desenvolvida por Henrique e Calvo⁷, com indicadores sociais e determinantes geopolíticos, pois sabe-se que estes

podem interferir no desenvolvimento das políticas públicas municipais. Assim, foram utilizados os indicadores de porte populacional do município, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, o gasto per capita público com saúde e o grupo político na gestão municipal.

Os municípios no Brasil caracterizam-se por serem uma unidade político-administrativa autônoma da Federação e por serem o local privilegiado de prestação de serviços públicos, bem como de participação política dos cidadãos. A constituição de 1988 fez uma opção radical pelo município, como mostra seu artigo 30, atribuindo-lhe a responsabilidade por todos os interesses ao nível local. Na promulgação do SUS, esta afirmativa é reiterada, com o princípio da descentralização dos serviços e ações de saúde, em que o município passa a ter papel fundamental na política de saúde, bem como ser objeto de avaliação na prestação destes serviços⁸.

A criação de um grande número de novos municípios é um fenômeno que vem chamando atenção nos últimos 20 anos. No entanto, os dados demonstram que esta prática não é recente. Uma pesquisa realizada pelo Banco de Dados Municipais do Instituto Brasileiro de Administração Municipal demonstra que, na década de 1940, foram criados 315 novos municípios; na década de 1950, foram criados 877; na década de 1970, surgiram 1.187 novas unidades municipais; e na década de 90, foram criados 1.007 novos municípios⁹.

Esta expansão tem sido muito significativa, em especial dos municípios de pequeno porte, com até cinco mil habitantes. Assim, configurou-se uma situação em que a maioria dos municípios brasileiros, cerca de 75%, possuía menos de 20.000 habitantes, em 1999¹⁰.

O PSF foi implantado inicialmente em áreas de risco nutricional, mas expandiu-se rapidamente e, em janeiro de 2001, já existiam equipes do PSF nos 27 estados da Federação, atingindo cerca de 90% dos municípios brasileiros. Apesar disto, a cobertura populacional pelo

PSF situa-se em torno de um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, à maior dificuldade de sua implantação nas maiores cidades, que concentram um grande contingente populacional¹¹.

No processo de implantação do programa predominaram municípios de pequeno porte, onde uma equipe do PSF responde por elevada cobertura populacional. Uma equipe do PSF cobre praticamente 100% da população de municípios com menos de 5.000 habitantes; em municípios na faixa de 5 a 10 mil habitantes, uma equipe cobre de 30 a 50% do contingente populacional.

Apesar das persistentes afirmações em torno dos resultados do programa e dos mecanismos indutores de financiamento, em poucos municípios com sistemas de saúde complexos o PSF foi introduzido como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente. Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF persiste com as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias¹¹. Desta forma e à luz da literatura, optou-se pelo indicador demográfico de porte populacional para verificar sua associação com o Programa Saúde da Família.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado nos anos 80 pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD). Seu objetivo foi constituir um contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que leva em consideração somente a dimensão econômica do desenvolvimento¹². Para o PNUD, o desenvolvimento humano deve ser compreendido como processo dinâmico e permanente de ampliação das oportunidades e bem-estar dos indivíduos; para tanto, o desenvolvimento deveria fornecer acesso à educação e cultura e a uma vida saudável e longa, possível de ser desfrutada¹².

Assim sendo, o IDH mede o desenvolvimento humano através da análise de três

dimensões: educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) mantém essas mesmas dimensões; no entanto, a metodologia utilizada é mais específica para avaliar grupos sociais menores. Busca-se investigar a associação deste indicador, relacionado diretamente às condições de vida da população, com a classificação para o PSF.

O indicador “gasto público em saúde per capita” é um dos indicadores mais utilizados para comparar diferentes unidades administrativas quanto à ênfase dada ao atendimento das necessidades de saúde de sua população. Representa um indicador de insumo ou estrutura e está associado ao êxito das políticas públicas em saúde¹².

A influência do bloco ideológico ao qual pertence o partido político na gestão municipal está demonstrada na literatura, indicando que os partidos posicionam-se de acordo com um *continuum* ideológico entre direita e esquerda. Estes blocos apresentam características divergentes entre si, podendo gerar diferentes condutas no encaminhamento das políticas públicas em saúde¹³.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar as relações entre porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto com saúde per capita e bloco ideológico na gestão municipal e a classificação da implantação do Programa Saúde da Família em municípios catarinenses, a partir da evolução dos indicadores de estrutura, processo e resultados.

Essa investigação é importante porque verificará as possíveis associações entre o desenvolvimento das políticas públicas, especialmente do PSF, em meio ao contexto sócio, econômico e demográfico em que está inserido, o que possibilita traçar estratégias de ajustes ao programa, tornando-o mais efetivo.

METODOLOGIA

Neste trabalho foram utilizados dados secundários e retrospectivos dos municípios catarinenses, nos anos de 2000, 2003 e 2004. As variáveis utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa foram: Classificação do Programa Saúde da Família, desenvolvida por Henrique e Calvo⁷; porte populacional; IDH Municipal; gasto per capita com saúde, e bloco ideológico na gestão municipal. Estes indicadores serão detalhados abaixo.

Henrique e Calvo⁷ construíram uma classificação dos municípios catarinenses, quanto à implantação do Programa Saúde da Família, com base nos componentes de estrutura, processo e resultados, de Donabedian¹⁴, estabelecendo três categorias: insatisfatória, intermediária e satisfatória. Os parâmetros utilizados basearam-se no método proposto por Tobar¹⁵, conhecido como Tipo Ideal, já que não existiam publicações utilizando indicadores sintéticos de avaliação do PSF até 2005.

O indicador utilizado para o componente estrutura foi o percentual de cobertura populacional. Para o processo, foram utilizadas as razões entre consultas médicas e: a) visitas domiciliares do médico, b) encaminhamento ao especialista, c) exames de patologia clínica, e d) atendimento do profissional de enfermagem. Para o componente resultado foi utilizada a taxa de internação pelas doenças preveníveis pela atenção primária.

Agregando os escores para os componentes de estrutura, processo e resultados nos 125 municípios da amostra, verificou-se, em 2004, que a implantação do Programa Saúde da Família apresentava 29% dos municípios em situação insatisfatória, 58% em situação intermediária e 13% em situação satisfatória. Essa classificação foi utilizada para as associações com os demais indicadores selecionados.

Para o indicador de porte populacional, os municípios foram agregados com base no modelo apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em sua publicação Perfil dos Municípios Brasileiros⁹. Para melhor adequar-se à realidade catarinense, que não possui municípios acima de 500 mil habitantes e em que prevalecem pequenos municípios, modificou-se a proposta do IBGE, construindo novas categorias de análise. Desta forma, os municípios foram divididos, de acordo com o porte populacional, em: com até 5 mil habitantes, de 5 a 20 mil habitantes, de 20 a 50 mil habitantes, de 50 a 100 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes, como demonstrado na tabela 10.

O IDH-M utiliza como parâmetro classificatório os mesmos critérios do IDH. Internacionalmente, o IDH exige dados com diferentes parâmetros de medidas entre os povos, sendo transformado em uma medida adimensional, com magnitude entre zero e um. Para isso, cada indicador que compõe o IDH é transformado em um valor entre zero e um e ao final é calculada a média desses indicadores, gerando o índice.

O mesmo se aplica ao IDH-M. São calculados os índices específicos de cada uma das três dimensões analisadas: IDH-M-E para educação; IDH-M-L para saúde (ou longevidade); IDH-M-R para renda. Os valores são determinados pela referência de mínimo (0) e máximo (1) de cada categoria, e os sub-índices de cada município serão valores proporcionais dentro dessa escala: quanto melhor o desempenho municipal naquela dimensão, mais próximo o seu índice estará de 1. O IDH-M de cada município resulta da média aritmética simples desses três sub-índices¹².

Nesse estudo foi utilizado o IDH-M do ano de 2000, disponibilizado no link do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina¹⁶. Os municípios foram classificados, utilizando os mesmos critérios do IDH, em: baixo - valores até 0,499; médio - valores entre 0,5 e 0,799 e alto -

valores acima de 0,8, como na tabela 10¹².

O gasto per capita com as políticas públicas representa um importante indicador de insumo para o seu desenvolvimento e pode ser utilizado para comparar países, estados ou municípios. No estado de Santa Catarina, o gasto público per capita com saúde está disponível na página da internet do Tribunal de Contas do Estado, no rol de indicadores financeiros, desagregado por município, no período de 2000 a 2003, recebendo atualização de acordo com o Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas. Para o desenvolvimento desse artigo, considerou-se o gasto per capita em saúde para o ano de 2003, o dado mais atualizado disponível¹⁶. Os 125 municípios foram classificados pela amplitude quartil dos valores, em: baixo gasto – mínimo ao 1º quartil, médio gasto – 1º ao 3º quartil, alto gasto – 3º quartil ao máximo (tabela 10).

A literatura indica que o bloco ideológico ao qual faz parte o partido político na gestão municipal pode influenciar no desenvolvimento de programas sociais; conseqüentemente, pode influenciar também o Programa Saúde da Família nos municípios catarinenses. Os dados dos partidos políticos na gestão municipal durante o ano de 2004 foram coletados na página do tribunal de contas do Estado de Santa Catarina¹⁶. O ano de 2004 representou o último ano de gestão partidária daquele mandato, atenuando os efeitos que a ação do partido político que antecedeu essa gestão pudesse imprimir à análise.

Os partidos foram classificados, de acordo com a proposta de Limongi e Figueiredo (1995), em três blocos ideológicos: direita, centro e esquerda, sendo que algumas adaptações foram realizadas para poder classificar a conformação dos partidos que fazem parte da amostra. Segundo o autor, os principais partidos considerados de direita são: PDS (Partido Democrático Social), PFL (Partido da Frente Liberal), PTB (Partido Trabalhista Brasileiro); os de centro: PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) e PSDB (Partido da Social Democracia

Brasileira); e os de esquerda: PDT (Partido Democrático Trabalhista) e PT (Partido dos Trabalhadores). As adaptações realizadas dizem respeito à alteração na sigla do PDS para o atual PP (Partido Progressista) e o PPS (Partido Popular Socialista), que é considerado como pertencente do bloco de esquerda, em função de ter surgido pelo fracionamento do PCB (Partido Comunista Brasileiro), considerado pelo autor como pequeno partido de esquerda.

Tabela 10: Indicadores, sua classificação e os parâmetros correspondentes utilizados para medir a associação com a classificação para o Programa Saúde da Família, no ano de 2004.

Indicadores	Classificação dos indicadores	Parâmetro utilizado
Porte Populacional (2004)	Até 5 mil habitantes	0 a 5000 habitantes
	De 5 a 20 mil habitantes	5001 a 20000 habitantes
	De 20 a 50 mil habitantes	20001 a 50000 habitantes
	De 50 a 100 mil habitantes	50001 a 100000 habitantes
	Acima de 100 mil habitantes	100001 a 999999 habitantes
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2000)	Baixo	0 a 0,499
	Médio	0,5 a 0,799
	Alto	0,8 a 1
Gasto Municipal em Saúde Per Capita (2003)	Baixo	0 a 86,11
	Médio	86,12 a 160,68
	Alto	160,69 a 999,99
Bloco ideológico na gestão municipal	Esquerda	PT, PDT, PPS
	Centro	PSDB, PMDB
	Direita	PFL, PP, PTB

Fonte: IBGE, 2002; JANUZZI, 2004; FIGUEIREDO e LIMONGI, 1995.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Ao classificar os municípios catarinenses que compõem a amostra, em relação ao porte populacional, os resultados encontrados foram: 48 municípios (38%); com até cinco mil habitantes; 49 (39%) com 5 a 20 mil; 14 (11%) com 20 a 50 mil; 7 (6%) com 50 a 100 mil; e 7 (6%) acima de 100 mil habitantes.

Se comparado com a realidade nacional, vê-se que, no ano de 2004, 24% dos municípios brasileiros tinham até cinco mil habitantes; no Estado de Santa Catarina, 36%; enquanto que na amostra pesquisada, 38%. No entanto, o percentual de municípios que apresentam até 100 mil habitantes é semelhante: no Brasil foram 96%, no estado de Santa Catarina, 96,5% e, na amostra pesquisada, 94%^{9,17}.

As diferenças encontradas entre os dados nacionais e catarinenses podem ser explicadas pelo fato de que, na constituição do espaço geográfico, Santa Catarina se caracteriza pelo predomínio de municípios de pequeno porte populacional. Em relação à diferença encontrada entre a amostra utilizada e os dados catarinenses, pode-se supor que, pelo fato de a amostra ter sido determinada pela existência ou não de equipe de saúde da família para o ano de 2001, e a implantação das equipes ter-se dado principalmente em municípios de pequeno porte, a amostra acabou selecionando um número maior de municípios nesta condição.

A associação do porte populacional com a classificação para o PSF está apresentada na tabela 11. Percebe-se que 75% dos municípios com classificação satisfatória possuem até 20 mil habitantes e que nenhum nesta condição possui mais de 50 mil. A situação intermediária concentra a maioria dos municípios, e 88% dessa categoria são municípios com até 20 mil habitantes. Nenhum município com mais de 100 mil habitantes foi classificado como em situação “intermediária”.

Os municípios em situação insatisfatória concentram-se percentualmente entre aqueles com maior porte populacional, sendo que os municípios com mais que 100 mil habitantes estão todos nessa categoria. Este progressivo aumento do percentual de municípios em situação insatisfatória, de acordo com o aumento de porte populacional, aponta para a associação entre porte e classificação do PSF.

Tabela 11: Distribuição dos municípios, segundo porte populacional e classificação para o Programa Saúde da Família.

Porte	Classificação para o PSF						Total	
	Satisfatório		Intermediário		Insatisfatório		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Até 5 mil habitantes	5	10	36	75	7	15	48	100
5 a 20 mil habitantes	7	14	28	57	14	29	49	100
20 a 50 mil habitantes	4	28	5	36	5	36	14	100
50 a 100 mil habitantes	-	-	4	57	3	43	7	100
Acima de 100 mil habitantes	-	-	-	-	7	100	7	100
Total	16	13	73	58	36	29	125	100

O teste de associação entre porte populacional e classificação do PSF indicou que há significativamente mais municípios menores (até 20 mil habitantes) em situação satisfatória e intermediária ($p < 0,05$). Os municípios maiores apresentam-se associados à condição “insatisfatória”, para o PSF. Esse resultado demonstra que o porte populacional é um fator limitador para a classificação, estando associado com a classificação insatisfatória nos municípios

acima de 20 mil habitantes.

Os dados encontrados na literatura demonstram que há uma correlação entre a classificação do Programa Saúde da Família com o porte populacional, a qual pode ser explicada pela tendência inicial de implantação do programa em áreas menos assistidas, conhecidas como “vazios sanitários”¹¹. Esses locais caracterizavam-se por serem municípios de pequeno ou médio porte, onde o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família tinha grande poder de indução da política de saúde. Isto gerou uma rápida ampliação da cobertura do programa nos pequenos municípios, inclusive porque uma ou duas equipes são o bastante para se ter valores acima de 75% de cobertura, em municípios com até 10 mil habitantes¹¹.

O esperado para a amostra pesquisada era um maior número de municípios com até 5 mil habitantes no grupo classificado como “satisfatório”, mas os 16 municípios nessa classificação ficaram distribuídos homogeneamente entre as três primeiras categorias de porte populacional. No entanto, nos municípios que atingem boa cobertura populacional, outros componentes da classificação, como processo e resultados, podem estar diretamente associados com porte populacional.

Para investigar essas outras influências, analisou-se a relação entre o porte populacional dos municípios e os componentes estrutura, processo e resultado, utilizados para a classificação final dos municípios. A tabela 12 demonstra que os municípios menores apresentam-se melhor classificados quanto à estrutura; mas, quanto ao processo e resultado, ocorre o contrário, estando os municípios maiores melhor classificados.

Observa-se que, na categoria de porte populacional “acima de 100 mil habitantes”, o componente estrutura está categorizado como baixa cobertura em 100% dos municípios e o componente resultado apresenta o melhor desempenho, em comparação com outras categorias de

porte populacional. Sendo o componente resultado (número de internações preveníveis pela atenção primária) uma medida indireta da qualidade da atenção primária, este dado faz refletir sobre a necessidade de expansão do Programa Saúde da Família para todos os municípios, independente do porte populacional e conseqüentemente dos serviços de saúde que já dispõem.

Tabela 12: Distribuição percentual dos municípios, segundo porte populacional e componentes de análise da classificação do PSF.

Porte	Componente								
	Estrutura			Processo			Resultado		
	baixa	média	alta	baixa	média	alta	baixo	médio	alto
Até 5 mil habitantes	-	-	100	85	15	-	27	54	19
5 a 20 mil habitantes	6	12	82	86	14	-	31	47	22
20 a 50 mil habitantes	21	21	58	57	43	-	29	64	7
50 a 100 mil habitantes	57	14	29	57	43	-	43	57	-
Acima de 100 mil habitantes	100	-	-	100	-	-	86	14	-

Costa e Pinto, avaliando o incentivo à descentralização no Brasil, de acordo com o porte populacional dos municípios, concluem que, na década de 90, houve um notável crescimento da atenção ambulatorial e básica nos pequenos municípios brasileiros e crescimento equivalente desse nível de atenção no setor não SUS (seguros de saúde) nas médias e grandes cidades¹⁰.

Em relação ao indicador IDH-M, 51 municípios (41%) pesquisados classificaram-se com IDH-M alto e 74 (59%) com médio. É importante salientar que nenhum município catarinense possui IDH-M baixo. Os dados relativos à distribuição dos municípios com IDH-M alto e médio, de acordo com a classificação para o PSF, estão apresentados na tabela 13.

O teste de associação entre o IDH-M e a classificação do PSF detectou uma relação inversa entre os fatores ($p < 0,05$). Essa relação entre o IDH-M e a classificação para o PSF pode ser explicada em função da implantação do programa, que se deu preferencialmente em municípios de pequeno porte e com poucos recursos assistenciais; conseqüentemente, estes municípios apresentariam pior classificação para o IDH-M, mas uma boa classificação para o PSF^{1,11}. Além disso, o IDH-M comporta-se melhor nos municípios de maior porte populacional, que geralmente obtiveram pior classificação para o programa.

Tabela 13: Distribuição dos municípios, segundo o IDH-M e a Classificação para o Programa Saúde da Família.

IDH -M	Classificação para o PSF						Total	
	Satisfatório		Intermediário		Insatisfatório			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médio	12	16	47	64	15	20	74	100
Alto	4	8	26	51	21	41	51	100
Total	16	13	73	58	36	29	125	100

Em relação ao gasto público com saúde per capita, a categorização dos municípios indicou que 32 (26%) apresentam baixo gasto, 62 (50%) apresentam médio gasto e 31 (25%) apresentam alto gasto. A variação dos valores per capita entre as três categorias é pequena, e isso pode explicar a homogeneidade de distribuição nas categorias de classificação do PSF, conforme tabela 14. A análise dos dados demonstrou que não há associação entre maior gasto e melhor classificação para o programa.

Na associação entre o gasto com saúde per capita e porte populacional, encontrou-se que 90% dos municípios que apresentam alto gasto com saúde per capita possuem até cinco mil habitantes e 79% que possuem médio gasto com saúde têm até 20 mil habitantes. Esse dado revela que os municípios menores, que apresentam maiores dificuldades na arrecadação tributária, têm despesas maiores para garantir serviços de saúde a sua população.¹⁸

Tabela 14: Distribuição dos municípios, segundo o Gasto em saúde per capita e a Classificação para o Programa Saúde da Família.

Gasto em saúde per capita	Classificação para o PSF						Total	
	Satisfatório		Intermediário		Insatisfatório		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Baixo	3	9	21	66	8	25	32	100
Médio	10	16	30	48	22	35	62	100
Alto	3	10	22	71	6	19	31	100
Total	16	13	73	58	36	29	125	100

Por fim, buscou-se a associação entre classificação para o PSF e bloco ideológico na gestão municipal. Inicialmente, calculou-se o percentual de municípios de acordo com a categorização para o bloco ideológico na gestão municipal e verificou-se que 58 municípios (46%) categorizaram-se como de direita, 55 (44%) como de centro e 12 (10%) como de esquerda. A distribuição dos municípios, segundo bloco ideológico e classificação para o PSF, está apresentada na tabela 15.

Os dados mostraram que o bloco ideológico de esquerda apresentou maior concentração dos municípios na classificação insatisfatória e intermediária que os demais e, por conseguinte, um menor percentual em situação satisfatória; no entanto, as diferenças apresentadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 15: Distribuição dos municípios, segundo Bloco Ideológico na gestão e a Classificação para o Programa Saúde da Família.

Bloco Ideológico	Classificação para o PSF						Total	
	Satisfatório		Intermediário		Insatisfatório			
	N	%	N	%	N	%		
Esquerda	1	8	7	58	4	33	12	100
Centro	7	13	34	62	14	25	55	100
Direita	8	14	32	55	18	31	58	100
Total	16	13	73	58	36	29	125	100

Estes dados demonstram pouca relação entre o bloco ideológico na gestão municipal e a classificação para o Programa Saúde da Família, resultado que encontra respaldo na literatura, visto que Rodrigues¹⁹, ao avaliar a prioridade dada a determinadas políticas sociais, por parte dos blocos ideológicos nas gestões municipais, percebe que as preferências alocativas independem das preferências ideológicas. Nas administrações públicas, todos os partidos acabam agindo de maneira semelhante em suas preferências alocativas. A não-liberdade na aplicação dos recursos parece dever-se ao fato de que a maior parte dos recursos vindos da União e do Estado chega com destinos previamente decididos, restando pouco a ser aplicado livremente¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou as possíveis associações entre a classificação desenvolvida por Henrique e Calvo para o Programa Saúde da Família e os indicadores porte populacional, IDH-M, gasto com saúde per capita e bloco ideológico na gestão municipal.

Verificou-se que a classificação para o PSF apresentou associação significativa com porte populacional. Outro fato observado é que o programa se comporta de forma diferenciada nos municípios, de acordo com suas características, alcançando níveis de maior cobertura em municípios com até 50.000 habitantes, maiores percentuais de mudança no modelo assistencial em municípios de 20 a 100 mil habitantes, e menor número de internações por doenças preveníveis pela atenção primária em municípios acima de 100 mil habitantes.

Em relação ao IDH-M, observou-se associação estatisticamente significativa entre a categoria IDH-M alto e classificação para PSF insatisfatória. O gasto per capita em saúde, dos municípios pesquisados, não demonstrou associação estatisticamente significativa com a classificação para o Programa Saúde da Família, sugerindo que a avaliação deste indicador, de forma isolada, não é suficiente para medir o grau de compromisso municipal com as políticas

públicas. Não houve associação entre bloco ideológico na gestão municipal e o Programa Saúde da Família.

Sabe-se, contudo, que alguns questionamentos levantados por esta pesquisa só poderão ser respondidos através de pesquisas qualitativas, triangulação de dados ou ainda com informações mais pormenorizadas sobre o programa.

Assim, é possível afirmar que o IDH-M e o porte populacional estão associados à classificação do PSF. Novas investigações permitiriam conhecer outros indicadores que influenciam o desempenho do programa. Essas informações contribuiriam para que o PSF recebesse adaptações que melhor respondessem às necessidades em saúde das diferentes realidades municipais.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1994. 18 p.
2. VIANA Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 225-264, 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1997. 34 p.
4. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Caderno 3 – Educação Permanente. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000. 32 p.
5. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**.

- Caderno 2 – Treinamento Introdutório. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000. 16 p.
6. _____. Ministério da Saúde/SAS/DAB. **Manual do SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília – DF. 2003. 96 p.
 7. HENRIQUE, Flávia. CALVO, Maria Cristina Marino. **Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina**. Florianópolis. 2005.
 8. CAMARGO, Aspásia Brasileiro Alcântara. **Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira**. In: Proposta para uma Gestão Pública Municipal Efetiva. Corrêa, Vera Lucia de Almeida e Vergara, Sylvia Constant (Org.). 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 39-47.
 9. BRASIL. IBGE. **Pesquisa de informações básicas municipais. Perfil dos municípios brasileiros**. Gestão Pública 2002.
 10. COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 903-923, 2002.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custos e Formas de Financiamento**. Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 98 p.
 12. JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil: Conceito, Fontes de Dados e Aplicações**. 3ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004. 141 p.
 13. LIMONGI, Fernando. FIGUEIREDO, Argelina Cheibub. Partidos Políticos na Câmara dos Deputados: 1989-1994. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 38, n.3, p. 497-526, 1995.
 14. DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, n. 12, v 260, p. 1743-1748, Sep, 1988.

15. TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2004, 172 p.
16. BRASIL, Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. <<http://www.tce.sc.gov.br>> Acesso em: 13 Outubro 2005.
17. BRASIL. DATASUS. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.htm>> Acesso em: 31 Outubro 2005.
18. CARVALHO, Ailton Motta de. Estado, Descentralização e Sustentabilidade dos governos locais do Brasil. **Economía, Sociedad y Territorio**, vol. III, nº. 12, 2002, p. 539-556.
19. RODRIGUES, Gilmar. **Análise da Evolução dos Gastos Públicos Municipais em Santa Catarina na Década de 90: Um Perfil Das Preferências Alocativas nas Funções de Governo.** 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina ofereceu uma visão geral de como se comporta o conjunto de municípios pesquisados quanto à cobertura do programa, à mudança do modelo assistencial e às internações preveníveis pela atenção primária, além das possíveis relações do programa com indicadores demográficos, sociais e políticos que podem interferir nos resultados alcançados.

No primeiro artigo, percebe-se, entre os dois períodos pesquisados, uma mudança estatisticamente significativa da classificação para o Programa Saúde da Família; no entanto, observando a evolução de cada componente, conclui-se que esta mudança deveu-se basicamente à ampliação da cobertura assistencial do programa. Isto porque não houve alteração no percentual de municípios com fraco indício de mudança no modelo assistencial e ocorreu pequena variação na categorização dos municípios quanto às internações por doenças preveníveis pela atenção primária.

No segundo artigo, verificou-se que a classificação para o PSF apresentou associação significativa com porte populacional. Em relação ao IDH-M, observou-se associação estatisticamente significativa entre a categoria IDH-M alto e classificação para PSF insatisfatória. O gasto per capita em saúde dos municípios pesquisados não demonstrou associação estatisticamente significativa com a classificação para o Programa Saúde da Família; por fim, não

houve associação entre bloco ideológico na gestão municipal e o PSF.

Verifica-se, assim, que o Programa Saúde da Família vem apresentando uma expressiva expansão, sem, no entanto, ter modificado o modelo assistencial ou alcançado os resultados esperados, e que está associado ao porte populacional dos municípios e ao IDH-M.

Considera-se, por fim, a necessidade de observar, nas diferentes realidades municipais, os indicadores associados ao programa, o processo de trabalho das equipes e os resultados alcançados com a rede já instalada, para que o modelo de atenção primária a ser implantado receba adaptações e reorganize-se, a fim de responder às diversas demandas sociais como preconizado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dayse Santos de. **A 'Saúde da Família' no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?** 1998. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

ALBIERO, Cleci Elisa. **Assistência Domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais.** Dissertação de Mestrado, PGSS/UFSC. Florianópolis, 2003.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e Reforma do Sistema de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** 1975. 261p. Tese (Doutoramento) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

BINDMAN, Andrew B.; GRUMBACH, Kevin; OSMOND, Dennis; et. al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. **The Journal of the American Medical Association.** US EDITION, vol. 274, n. 4. p. 305-311, 1995.

BRASIL. IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros: Finanças Públicas 1998-2000.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/financasmunic/19982000/financasmunic.pdf>>. Acesso em: 24 Dezembro 2005.

_____. **Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.** Disponível em

<<http://www.tce.sc.gov.br>> Acesso em: 13 Outubro 2005.

_____. DATASUS. **Cadastramento Familiar**. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/siab/siabp.htm?saude=http%3A%2F%2Fwww.datasus.gov.br%2Fsiab%2Fsiabp.htm&obj=%24VObj&botaoook=OK>>. Acesso em: 22 junho 2005. (Padronizar.)

_____. DATASUS. **Indicadores de Cobertura**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/f02.def>> Acesso em: 19 Março 2005.

_____. DATASUS. **Morbidade Hospitalar**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mrsc.htm>>. Acesso em: 09 julho 2005.

_____. DATASUS. **População Residente**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsc.htm>>. Acesso em: 22 junho 2005.

_____. DATASUS. **Produção e Marcadores**. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/siab/siabp.htm?saude=http%3A%2F%2Fwww.datasus.gov.br%2Fsiab%2Fsiabp.htm&obj=%24VObj&botaoook=OK>>. Acesso em: 18 maio 2005.

_____. IBGE. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde bucal em atuação: Competência: Setembro de 2004**. Disponível em:
<www.saude.gov.br> Acesso em: 02 Novembro 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001. 125 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília – DF, 2003. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília: Editora MS, 2002. 11 p.

- _____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Editora MS, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1994. 18 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custos e Formas de Financiamento**. Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 98 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **CNESNET**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em:
<<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=800&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>>. Acesso em: 08 Março 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**. Recife, 3 (1). p. 113-125, janeiro, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Indicador de dados básicos – Brasil – 2002**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm#cober>> . Acesso em: 17 Março 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>>. Acesso em: 08 Março 2005.
- _____. Ministério da Saúde/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília – DF. Outubro. 2003.
- _____. SIAB. **Número de Equipes de Saúde da Família**. Florianópolis, 10 outubro 2004, 48

arquivos, Disquete. SIAB.exe.

CARVALHO, Ailton Mota de. Estado, Descentralização e Sustentabilidade dos Governos Locais do Brasil. **Economía, Sociedad y Territorio**, Rio de Janeiro, v. III , n. 12, p.539-556, 10 jul. 2002.

CONILL, Eleonor Milho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suplem. p. 191-202, 2002.

COSTA, Nilson do Rozário. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação. Saúde e Saneamento na Agenda Social**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 173.

_____. Política social e ajuste macroeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento). p. 13-21, 2002.

COSTA, Nilson do Rozário; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, v. 4, p. 907-923, 2002.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Alma-Ata: OPAS, 1978. 3 p. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2005.

DENIS, J. L .;CHAMPAGNE, E. 1997. Análise de Implantação. **In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z.M.A. Hartz, org.) p. 49-88, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**. 260(12): 1743-1748. Sep. 23-30, 1988.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976. 126 p.

FRANÇA, Tânia. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um Estudo Exploratório**. 2001.

247 p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias, et al. (Org.). **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-125.

FYLKESNES, Knut. Determinants of Health Care Utilization – Visits and Referrals. **Scandinavian Journal of Social Medicine**. Oslo – Stockholm, vol. 21, n. 1, 1993.

HALFON, Neal; Newacheck, Paul W.; Wood, David L. Routine Emergency Department Use for Sick Care by Children in the United States. **American Academy of Pediatrics**. V. 98, n. 1, p. 28-38. 1996.

IDS-SAÚDE. **Saúde e Cidadania: Sistema de Informação em Saúde para o Município**. Disponível em: < http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_06/03_03_01.html>. Acesso em: 08 Março 2005.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil: Conceito, Fontes de Dados e Aplicações**. 3ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004. 141 p.

KUPOR, Scott A.; LIU, Yong-chuan; LEE, Jungwoo, et. al. The Effect of Copayments and Income on the Utilization of Medical Care by Subscribers to Japan's National Health Insurance System. **International Journal of Health Services**, vol. 25, n. 2. p. 295-312, 1995.

LIMONGI, Fernando; FIGUEIREDO, Argelina Cheibub. Partidos Políticos na Câmara dos Deputados: 1989-1994. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 38, n.3, p. 497-526, 1995.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rozana. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: Sousa, Maria Fátima. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 135-151.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rozana; CARVALHO, André Luiz B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde para**

Debate. Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-28, Dez. 2000.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MISOCZKY, Maria Ceci. A medicina de Família, os ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.42, p. 40-44, março, 1994.

OPAS. Informe Dawson: **El Futuro de Los Servicios Médicos y Afines.** Traducción por la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: OPAS/OMS, 1964. 38 p.

ORTIGA, A. M. B. **Efeitos da Municipalização no Acesso e na Integralidade dos Serviços de Saúde, Blumenau, SC, 1994 – 1998.** 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

PAIM, Jair Nilson; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil – 2003:** Entenda o cálculo do IDH Municipal (IDH-M) e saiba quais os indicadores usados. <http://www.pnud.org.br/atlas/PR/Desenvolvimento_e_Desigualdades_Raciais_no_Brasil.doc>. Acesso em: 14 junho 2005.

RODRIGUES, Gilmar. **Análise da Evolução dos Gastos Públicos Municipais em Santa Catarina na Década de 90:** Um Perfil Das Preferências Alocativas nas Funções de Governo. 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes van. Dificuldades de Implantação do Programa Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS.** v. 6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003.

SANTOS, Rozilda dos. **Saúde da Família: Possibilidade e Limites para Viabilização do PSF na Região do Monte Cristo.** 1998. 126p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. Florianópolis.

SCHIEBER G. MAEDA, A. Health Care Financing and Delivery *In: Developing Countries. Health Affairs*, Vol. 18, N. 3, 1999.

SOUSA, Maria de Fátima. **Os Sinais Vermelhos do PSF**. Saúde em Debate 148. São Paulo: Hucitec, 2002. 219 p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TASCA, Renato; GRECO, Cláudio; VILLAROSA, Francesco Notarbartolo di. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: Mendes, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 267-310.

TEIXEIRA, Carmem. Passado, presente e futuro da prevenção. **Revista APS**, v.5, p. 92-101, jul/dez. 2002.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência e saúde coletiva**, 2003, vol.8, no.2, p.379-391. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf>>. Acesso em: 25 dezembro 2005.

TESTA, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre. Artes Médicas/ABRASCO. 1992. 226 p.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em Saúde Pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2004, 172 p.

VIANA.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de

Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2., 1998.

WEISSMAN, Joel S.; GATSONIS, Constantine; EPSTEIN, Arnold M. Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland. **The Journal of the American Medical Association**. V. 268, n. 17, p. 2388-2394, 1992.

BIBLIOGRAFIA

BERTONCINI, J.H. **Da Intenção ao Gesto – Análise da Implementação do Programa Saúde da Família em Blumenau**. 2000. 128p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Caderno 2 – Treinamento Introdutório. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000. 16 p.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI, Luiz Jr. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. *In: Bases da Saúde Coletiva*. ABRASCO/Editora da UEL. 2001.

CONILL, Eleonor Milho **Análise da implantação e perfil das práticas do programa de saúde da família no município de Florianópolis, Santa Catarina**. 1994-2000. Relatório CNPq. UFSC. 2000.

FREESE, Eduardo. (Org.). **Municípios: A Gestão da Mudança em Saúde**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004. 338 p.

FELISBERTO, Eronildo; CARVALHO, Eduardo Freese de; MAGGI, Ruben Schendier; SAMICO, Isabella. Avaliação do Processo de Implantação da estratégia de AIDIP no PSF, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 18(6). p. 1737-1745, nov-dez, 2002.

HARTZ, Zulmira M^a de Araújo. **Avaliação em Saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo I.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo II.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p.

Os Caminhos do PSF no Brasil. Revista Divulgação em Saúde para Debate n.º 21.

PAIM, Jair Nilson; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva.** Casa da Qualidade Editora, 2000. 123 p.

POSSAMAI, Osmar. **Manual para Elaboração de Dissertação/Tese.** Florianópolis: UFSC, 2004. 31 p. Disponível em: <<http://www.egc.ufsc.br/documentos/manual-dissertacao-tese.doc>>. Acesso em: 10 dezembro 2005.

SAGUARIO, Elisandrêa; PEZZINI, Rafael Bittencourt. **Programa Saúde da Família: de onde viemos, para onde vamos.** 2004. 88 p. Monografia (Especialização em Saúde da Família) Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Pública, Florianópolis, 2004.

SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês; COHEN, Diane Debe. Metodologia de Avaliação do trabalho na APS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (4). p. 741-751. 1998.

SANTOS, Gildenir Carolino; PASSOS, Rosemary. Citação Bibliográfica Padrão ABNT. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2004. 08 p. Disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br/suporte/citacao.doc>>. Acesso em: 05 janeiro 2005.

SOARES, Laura Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil. **El ajuste estructural en América Latina**, p. 171-184.