

Universidade Federal de São Carlos
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Márcio Vinícius Pedro

PSF e ODM: a influência do Programa Saúde da Família para os estados brasileiros atingirem a meta de mortalidade na infância dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

São Carlos/SP - Brasil
2014

Universidade Federal de São Carlos
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Márcio Vinícius Pedro

PSF e ODM: a influência do Programa Saúde da Família para os estados brasileiros atingirem a meta de mortalidade na infância dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carolina Raquel Duarte de Mello Justo

Co-orientador: Prof. Dr. Diego Freitas Rodrigues

São Carlos/SP - Brasil
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P372po

Pedro, Márcio Vinícius.

PSF e ODM : a influência do Programa Saúde da Família para os estados brasileiros atingirem a meta de mortalidade na infância dos objetivos de desenvolvimento do milênio / Márcio Vinícius Pedro. -- São Carlos : UFSCar, 2014. 88 f.

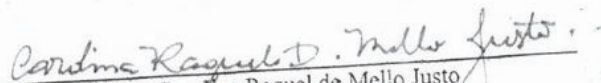
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Ciência política. 2. Programa Saúde da Família. 3. Mortalidade infantil. 4. Políticas públicas. I. Título.

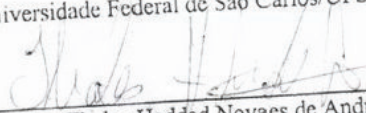
CDD: 320 (20^a)



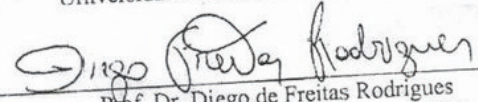
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA
BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Márcio Vinícius Pedro
24/09/2014



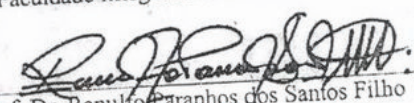
Prof. Dra. Carolina Raquel de Mello Justo
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar



Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar



Prof. Dr. Diego de Freitas Rodrigues
Faculdade Integradas Tiradentes / FITS



Prof. Dr. Ranulfo Paranhos dos Santos Filho
Universidade Federal do Alagoas / UFAL

Submetida à defesa em sessão pública
Realizada às 10 h no dia 24/09/2014.

Banca Examinadora:
Prof. Dra. Carolina Raquel de Mello Justo
Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade
Prof. Dr. Diego de Freitas Rodrigues
Prof. Dra. Ranulfo Paranhos dos Santos Filho

Homologado na CPG-PPGPOL na
39.ª Reunião no dia 03/12/14.

Prof. Dra. Vera Alves Cepêda
Coordenadora do PPGPOL

AGRADECIMENTOS

Ainda que esta pesquisa seja carregue meu nome, ela é fruto do empenho e esforço de muita gente. Agradecer nesse momento é sem dúvidas uma grande honra, pois, em anos curtos para a execução de um trabalho de mestrado, mas longos pela carga de energia que demanda sabemos o quanto é bom termos companheiros nessa jornada. Aos meus, faço o praxe pedindo desculpas aos que não forem aqui nomeados, mas que, não por isso são e/ou foram menos importantes. Aos que aqui nomearei, o faço porque a autoria deste trabalho também é de vocês, cada um a seu modo.

Primeiramente, agradeço à instituição na qual estou, e sobretudo, às pessoas que dela fazem parte. Sou grato aos professores pelo conhecimento compartilhado, aos colegas pelas discussões em sala e “em copo”, e aos técnicos institucionais, Cláudia e Giovana, que estavam prontas para me auxiliar nas horas necessárias.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes por financiar parte dessa pesquisa.

À minha orientadora, Prof. Dra. Carolina Raquel Duarte de Mello Justo, que me acolheu e me ajudou nessa caminhada com conselhos valiosos.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Diego de Freitas Rodrigues, o grande mestre Jedi que me guiou através da força (e é correto afirmar que ele teve que utilizá-la demasiadamente) nessa empreitada. Parceiro de trabalho e de “copo” foi parte fundamental para que este trabalho se realizasse, tanto no papel de co-orientador, quanto no papel de amigo.

Ao Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade que aceitou de prontidão participar tanto da banca de qualificação quanto da banca de defesa. Agradeço às contribuições para o trabalho e para minha formação ao longo dessa fase.

Mostro minha igual gratidão aos amigos de Maceió, Prof. Dr. Ranulfo Paranhos e Denisson Silva, que ajudaram nesta pesquisa desde a construção do projeto até sua execução. As conversas, reuniões e cafés foram enriquecedoras. A Ranulfo, digo que o papel do Palato está guardado como recordação do começo desse trabalho. A Denisson, digo que as calorosas discussões foram construtivas, e que conviver, ainda que rapidamente, me fez mudar minha percepção sobre a ciência e seus métodos.

Por fim agradeço àqueles que estiveram presentes cotidianamente nesse período. Agradeço ao Luis Henrique Miguel, grande irmão que tive o prazer de compartilhar lamúrias e alegrias por dois anos. À Yasmim, inesquecível pelo seu gênio forte e pelo imenso carinho que sempre recebi de você. À Amanda, pessoa que me inspira pela sua confiança e crença de que dias melhores sempre virão, tendo sempre à disposição uma palavra amiga. À Alessandra, companheira de velha data, sempre solícita e sempre irmã em todas as horas.

Agradeço também à minha família, à minha avó *em memória*, ao meu avô, Antônio do Amaral, ao qual tenho orgulho de ser neto, ao Luciano Diniz pelo companheirismo e compreensão nessa fase, à minha tia Marilda do Amaral que me apoio desde o início da minha vida acadêmica, me ajudando da graduação à pós. Aos meus irmãos João Victor e Nathan Pedro, digo que são minha inspiração para fazer sempre mais.

Em tempo, agradeço às mulheres da vida. A minha mãe peça fundamental para que este trabalho se realizasse. Agradeço infinitamente por todo o suporte moral e financeiro, por ter me impedido de desanimar todas as vezes que um percalço novo aparecia. Este trabalho é tão teu quanto meu. A minha linda Laura, agradeço pelo companheirismo, por todo o suporte e por me aturar ao longo dessa fase. Amo muito vocês.

RESUMO:

Qual a influência do Programa Saúde da Família para os estados brasileiros atingirem a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – redução da mortalidade na infância, até 2015? No ano 2000 a Organização das Nações Unidas em conjunto com líderes mundiais estabeleceu uma agenda global com oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que visavam a promoção da dignidade humana. O objetivo deste trabalho é analisar a influência do Programa Saúde da Família, principal estratégia de reformulação da atenção básica, na redução da mortalidade na infância nos estados brasileiros. Para tanto, fazemos uso de estatística descritiva e inferencial, com técnicas de análise bi e multivariada, analisando dados oriundos do DATASUS, IBGE e SIGO. O recorte temporal foi de 2000 a 2011, ano que o Brasil atingiu a meta. Nesse período dez estados bateram a meta de 17,9 de mortalidade na infância estipulada pela ODM, todos com baixa cobertura do PSF. Contudo, os estados com maior cobertura apresentaram maior média de redução da taxa de mortalidade na infância. De modo geral foi possível afirmar que hipótese se confirma, isto é, existe uma influência positiva do PSF na diminuição da mortalidade infantil havendo uma maior redução da taxa nos estados com maior proporção populacional coberta.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família, Mortalidade na Infância, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

What influence ‘Family Health Program’ (in portuguese, Programa Saúde da Família, or PSF) had on Brazilian states in their attempt to achieve the Millennium Development Goals - especially on reducing infant mortality until 2015? In 2000, the United Nations along with global leaders established an international research agenda with eight Millennium Development Goals, intending to promote human dignity. The purpose of the present thesis is to evaluate the influence of the Family Health Program - the main strategy to reformulate the basic care - in reducing child mortality within Brazilian states. For this matter, I analyze descriptive and inferential statistics, with bi and multivariate techniques, and data from DATASUS, IBGE and SIGO databases. The present thesis covers the period from 2000 to 2011, when Brazil reached the goal. Throughout this time ten states went above the goal specified by ODM (1,79): in all of them the Program had low range. However, the states with higher PSF range presented higher average rates of reduction of infant mortality. Overall, the hypothesis that PSF has a positive influence on reducing infant mortality rate can be confirmed, considering that the states with higher reduction of the rate had a higher proportion of population benefiting from the PSF.

Key-words: Family Health Program, Infant Mortality, Millennium Development Goals

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil - 1930/1990	5
Tabela 2: Números da Estratégia Saúde da Família por Regiões do Brasil em dezembro de 2011	37
Tabela 3: Números de municípios por estado com ACS, eSF e/ou eSB até dezembro de 2011	38
Tabela 4: Estatística descritiva da taxa de mortalidade na infância (grupo de mil nascidos vivos menores que 5 anos) por UF para o período de 2000-2011	54
Tabela 5: Estatística descritiva da proporção estimada da população coberta pelo PSF, por UF para o período de 2000-2011	56
Tabela 6: Correlação de Pearson no nível Brasil no período entre 2000 e 2011	62
Tabela 7: Correlação de Pearson entre Proporção da população coberta pelo PSF vs taxa de mortalidade infantil, por UF no período de 2000 a 2011	63
Tabela 8: Nível de Cobertura PSF entre 2000 e 2011	65
Tabela 9: Estatística descritiva taxa de mortalidade infantil por nível de cobertura do PSF entre 2000 e 2011	66
Tabela 10: Frequência dos Estados que Atenderam a meta no período entre 2000 e 2011	66
Tabela 11: Referencia cruzada do Nível de Cobertura PSF por Atendeu a meta para o período de 2000 a 2011	67
Tabela 12: Teste de Chi-quadrado entre Nível de cobertura do PSF e a condição “Atendeu a Meta”, no período entre 2000 e 2011	68
Tabela 13: Estatística dentro dos Grupos da variável Atendeu a meta	70
Tabela 14: Teste T para amostras independentes sendo a variável “Atendeu a meta” como grupo, para o período entre 2000 e 2011	72
Tabela 15: Estatística descritiva do Deslocamento da Taxa de Mortalidade na Infância Ano-a-Ano (2000-2011) por nível de cobertura do PSF	74
Tabela 16: ANOVA	75
Tabela 17: Comparação múltipla	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas	39
Figura 2: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas	40
Figura 3: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas ...	41
Figura 4: Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 - AGOSTO 2011	42
Figura 5: taxa de mortalidade infantil (grupo de mil nascido vivos menor que 5 anos) por UF no período entre 2000 e 2011	56
Figura 6: proporção de população coberta pelo PSF por UF no período entre 2000 e 2011 ..	60

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Gráfico 1: box-plot da taxa de mortalidade infantil entre 2000-2011.....	55
Gráfico 2: média e box-plot da entre proporção estimada da população coberta pelo PSF entre 2000-2011	59
Quadro 1: Princípios e bases organizativas do PACS e PSF	36
Quadro 2: Programa Saúde da Família - Atribuições do nível nacional	45
Quadro 3: Programa Saúde da Família - Atribuições do nível estadual.....	47
Quadro 4: Programa Saúde da Família - Atribuições do nível municipal.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CGAB - Coordenação de Gestão da Atenção Básica

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

eSF – Equipes de Saúde da Família

eSB – Equipes de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família.

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência e Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

MESP- Ministério da Educação e Saúde Pública

MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ONU - Organização das Nações Unidas

PSF – Programa Saúde da Família.

RDPC – Renda Mensal Domiciliar *per capita*

RSB – Reforma Sanitária Brasileira.

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB - Sistema de Informação à Atenção Básica

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde.

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

SUMÁRIO

Resumo:.....	vi
Abstract	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Figuras	ix
Lista de Quadros e Gráficos	x
Lista de Abreviaturas e Siglas:.....	xi
Capítulo 1 - Introdução	1
1.1 Saúde da Família: uma nova estratégia para a Atenção Básica e a expansão da cobertura a nível nacional.	2
1.2 – Saúde da Família como uma política de mudança social.....	3
1.3 - Procedimentos metodológicos e organização da dissertação	6
Capítulo 2 -O Contexto pré esf: o processo de construção de uma Política Pública e Social.....	9
2.1 – Saúde como cidadania: o desenvolvimento da cidadania no Brasil.....	9
2.2- As políticas sociais e a história das políticas de saúde no Brasil - o caminho da construção de um novo modelo de saúde.....	17
2.2.1 - A Reforma Sanitária Brasileira: um novo projeto de saúde	23
2.2.2 Constituição de 1988: a saúde como direito	24
2.2.3 O cenário governamental dos anos 1990 e os impactos na saúde pública brasileira	25
Capítulo 3 -Saúde da família – a principal estratégia de reorganização da Atenção Básica do SUS	30
3.1 – Modelo de saúde preventiva, atenção básica e PSF.....	30

3.2 – Programa Saúde da Família: a construção e expansão da estratégia de reorganização da Atenção Básica.....	34
3.3 – Estrutura, implantação e atribuições.	43
Capítulo 4 - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio número 4: o PSF como política de redução da mortalidade na infância no Brasil.	52
4.1 – Mortalidade na Infância e Programa Saúde da Família: descrição e análise	53
4.2 – O PSF como política de redução da mortalidade infantil no Brasil: um caso de sucesso?	77
Conclusão	81
Referências Bibliográficas	83

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

No ano 2000 a Organização das Nações Unidas, estabeleceu oito (8) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre eles a redução da mortalidade na infância. O Brasil, assim como outros países, se comprometeu com as metas estipuladas para 2015

No campo da saúde, desde 1994 o Ministério da Saúde brasileiro vem implementando em nível nacional o que hoje consiste na Estratégia Saúde da Família¹ (ESF). Esta tem por objetivo “reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1997, p.10). Contudo, de acordo com estudos (PERES, 2007; AQUINO *et al*, 2008; MACINKO, 2007; BRASIL, 2008) sobre o Programa Saúde da Família e seus impactos, existe uma contribuição desse programa na queda de mortalidade infantil, considerado pela ONU como um forte indicador de desigualdade social e pobreza (FRANÇA e LANSKY, 2009). Assim como tem aumentado o acesso ao sistema de saúde em localidades mais pobres e com menores taxas de desenvolvimento humano e renda familiar *per capita* baixa. Nas localidades em que o PSF está implementado notou-se, além da queda da mortalidade infantil, uma melhora em outros aspectos relacionados à saúde como ampliação da cobertura vacinal e a redução da desnutrição proteico-calórica, nos estratos de maior cobertura dessa estratégia e nos municípios de baixo IDH (BRASIL, 2008a).

Atualmente a ESF abrange grande parte dos municípios brasileiros, estando implementada em todas as unidades da federação. Sendo esta uma estratégia de proporções nacionais e tendo se mostrado capaz de transformar em certa medida a realidade social das localidades onde está implantada, o objetivo do presente trabalho é analisar a influência do Programa Saúde da Família para que os estados brasileiros conseguissem atingir a meta da ODM na redução de mortalidade na infância.

¹ Para melhor compreensão do trabalho, esclarecemos que as nomenclaturas “Estratégia Saúde da Família” e “Programa Saúde da Família” são utilizadas para descrever o mesmo fenômeno. Ainda que apenas em 2006 o Saúde da Família se torne oficialmente uma estratégia, é comum o uso dos dois termos pelo próprio Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

1.1 Saúde da Família: uma nova estratégia para a Atenção Básica e a expansão da cobertura a nível nacional.

Guiado pelas aspirações do Movimento Sanitarista das décadas de 1970 e 1980, o sistema de saúde brasileiro experimentou intensas mudanças, sendo a Constituição de 1988 um marco dessas transformações. A Carta Constitucional de 1988 trouxe no seu bojo o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), que fora delineado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e pregava a “saúde como direito de todos e dever do Estado”². Essa prerrogativa determinou que o SUS se estruturasse segundo os princípios de acesso universal, da atenção integral, da descentralização administrativa das ações, da co-responsabilização, do controle social e que visava a promoção da qualidade de vida (PERES, 2007; FILHO, 2004).

Os novos referenciais, sobretudo o de promoção da qualidade de vida, adotados pelo SUS, geraram a necessidade de mudar o foco da atenção em saúde, representando um desafio de natureza estrutural, “porque o mote dessa nova orientação implica deshospitalizar e desmedicalizar práticas de atenção à saúde, até então marcadamente dirigidas à doença, realizadas no cenário hospitalar e centradas na figura do médico” (PERES, 2007, p.67).

Em meio a esse novo contexto, o Ministério da Saúde inicia em 1994 a implementação em nível nacional do Programa Saúde da Família, que visava a reformulação da atenção básica do SUS, buscando, assim, atender aos princípios da saúde coletiva, que visa a promoção da qualidade de vida. O PSF buscou imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, de maneira a definir as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população³.

O Programa Saúde da Família (PSF), que englobou e ampliou outro programa com foco na atenção básica, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi responsável por um reforço das ações básicas de saúde, na focalização nas famílias e áreas mais carentes e proporcionou efeitos institucionais importantes. Em certa medida, “o PSF tratou-se de uma *mudança do modelo assistencial*, pela introdução de dois novos princípios ordenadores da atenção primária: a *adscrição territorial da clientela* e a *unidade familiar* como unidade de referência” (DRAIBE, 2003, p.82).

²O ideal da saúde como direito foi inspirado nas ideias e diretrizes da Conferência Internacional de Alma Ata em 1978. (PERES, 2007)

³Essa estratégia é pautada nas diretrizes da saúde coletiva que trata o sujeito como parte de um coletivo pertencente a um território onde se fará um trabalho de prevenção, ao invés de focar o indivíduo e sua doença como ocorre no modelo denominado curativista ou hospitalocêntrico.

Na década de 1990, a adoção do PSF pelos municípios evoluiu gradativamente, ampliando assim a inserção do modelo coletivista de saúde no SUS. Observando os dados do Ministério da Saúde (2013), no final de 1999 o PSF estava sendo implementado em 1870 municípios. A cobertura em 2011 passava de 100 milhões de pessoas, mais que dobrando em uma década, uma vez que no ano de 2001 a cobertura era de aproximadamente 45 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Essa cobertura atinge em maior número de pessoas com baixa renda, 62% dos domicílios cadastrados, ao passo que a cobertura dos domicílios com a renda mensal domiciliar *per capita* (RDPC) superior a cinco salários mínimos era de 16,2% (IPEA, 2010; 2011).

A ampla cobertura mostra que o Saúde da Família consiste numa estratégia consolidada nacionalmente e com inserção nas camadas mais baixas da população proporcionando acesso à saúde para esse grupo e almejando praticar o modelo de saúde coletiva. Partindo dessas premissas, trataremos a seguir do Programa Saúde da Família e de sua possível influência no combate à um forte indicador de desigualdade social: a mortalidade na infância.

1.2 – Saúde da Família como uma política de mudança social.

Segundo Ocké Reis (2002, p.104): *“o modelo de assistência médica de uma nação é, sem dúvida, um componente estratégico para se reduzirem as desigualdades sociais, manter o meio ambiente saudável e favorecer o crescimento econômico do país”*.

O Saúde da Família, desde sua implementação como PSF, além de representar um novo modelo de atenção à saúde, estabeleceu como uma de suas prioridades reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil e com isso contribuir para a diminuição das desigualdades sociais (PERES, 2007).

O Brasil é um país com alto índice de desigualdade social, com significativa concentração de riqueza que leva à exclusão social uma expressiva parcela da população. No campo da saúde, os problemas sociais enfrentados pelo país fazem-se visíveis pelas taxas de mortalidade infantil e materna. Ainda que tenha declinado de maneira significativa nas últimas décadas do século XX⁴, a taxa de mortalidade infantil ainda apresenta desafios como disparidades entre regiões e grupos sociais. (IBGE, 1999)

⁴Segundo dados do IBGE (1999) em 1940 a taxa de mortalidade infantil nacional era de 150 mortes para cada 1000 crianças nascidas vivas. Nos anos 1990 a taxa era 49 por mil e reduz a 14 por mil em 2011, de acordo com a Unicef (2013: 108).

Indicadores como a taxa de mortalidade infantil⁵ e a taxa de mortalidade materna são tradicionalmente considerados indicadores da situação de saúde das populações e são sintomas do nível de desigualdade social de um país. Melhorar tanto a saúde infantil quanto a saúde materna, a partir da redução de suas respectivas taxas de mortalidade, são consideradas metas do milênio pela ONU e visam patamares mais dignos para a população mundial. Tais indicadores resultam da combinação de fatores biológicos, culturais, sociais e relativos ao sistema de saúde. (FRANÇA e LANSKY, 2009)

Segundo estudo do IBGE (1999), a mortalidade infantil é um problema que afligiu fortemente a América Latina em geral durante o século XX. Aos poucos, ainda que de maneira desigual entre os países, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) vai caindo, impulsionada por fatos como o desenvolvimento da medicina e de políticas públicas/sociais que atendam toda a população.

No Brasil, a TMI teve forte declínio entre os anos 1930 e 1990. Com significativo decréscimo até meados dos anos 1960, a TMI estagna entre 1965 e 1970 por reflexo da crise econômica pela qual passava o país. Essa estagnação é rompida em meados da década de 70, quando retoma-se a tendência de queda da mortalidade, tanto geral como a infantil.

No caso do Brasil, a retomada do processo de declínio da mortalidade está associada, no âmbito das políticas centralizadoras do regime militar, às ações representadas pela expansão da rede assistencial e à ampliação acelerada da infraestrutura de saneamento básico - sobretudo da rede de abastecimento d'água -, que tiveram o papel principal na continuidade do processo (IBGE, 1999:17).

Porém, ainda que a mortalidade infantil tenha diminuído ao longo do tempo, tal redução foi desigual no país, permanecendo as regiões norte e nordeste com altas taxas, como mostra a tabela 1.

⁵ Neste caso consideramos tanto a mortalidade infantil (número de óbitos de crianças nascidas vivas até um ano de idade, por grupo de mil) quanto a mortalidade na infância (número de óbitos de crianças nascidas vivas até cinco anos de idade, por grupo de mil)

Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil - 1930/1990

Ano	Taxa de mortalidade infantil (‰)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1930	162,4	193,3	193,2	153,0	121,0	146,0
1935	152,7	170,0	188,0	145,0	120,0	133,0
1940	150,0	166,0	187,0	140,0	118,0	133,0
1945	144,0	156,0	185,0	130,0	113,0	123,0
1950	135,0	145,4	175,0	122,0	109,0	119,0
1960	124,0	122,9	164,1	110,0	96,0	115,0
1965	116,0	111,3	153,5	96,0	84,0	99,0
1970	115,0	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1975	100,0	94,0	128,0	86,0	72,0	77,0
1980	82,8	79,4	117,6	57,0	58,9	69,6
1985	62,9	60,8	93,6	42,6	39,5	47,1
1990	48,3	44,6	74,3	33,6	27,4	31,2

Fontes: Censo demográfico 1940-1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993, 1995. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1997.

As taxas apresentadas na tabela acima mostram as discrepâncias entre as diferentes regiões, tendo as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentado historicamente as menores taxas, enquanto no norte e nordeste a mortalidade infantil sempre esteve em níveis mais altos. Nos anos 1990 a taxa de mortalidade infantil no Nordeste (74,3) é mais do que o dobro das regiões Sudeste (33,6), Centro-Oeste (31,2) e Sul (27,4), mostrando o longo caminho na redução de óbito infantis a ser percorrido pelos estados nordestinos.

Com a generalização dos serviços de saúde e saneamento, junto com o aumento da escolarização observa-se uma redução significativa nos padrões históricos da desigualdade regional diante da morte no País. Algumas políticas e programas como saúde materno-infantil, ampliação da oferta de serviços médico-hospitalares, as campanhas de vacinação, os programas de aleitamento materno e reidratação oral contribuíram fortemente para a continuidade da redução dos níveis de mortalidade infantil e infanto-juvenil, principalmente a partir dos anos 1980 (SIMÕES e OLIVEIRA, 1997 *apud*, IBGE, 1999)

Internamente, a conjugação de vários desses programas e da queda da fecundidade intensificou o processo de declínio da mortalidade infantil, colocando-a num patamar relativamente baixo. Contudo, se comparadas com as de outros países, as taxas de mortalidade brasileiras apresentavam-se altas ainda.

Nos primeiros anos da década de 1990, ainda que em meio a "fortes oscilações no sistema de saúde pública" (IBGE, 1999, p. 17), houve uma continuidade desses programas de atenção básica. Em meio a esse contexto surge o Programa Saúde da Família, que visa melhorar a qualidade da atenção básica da saúde, assim como buscar uma redução da TMI. (PERES, 2007)

Num estudo realizado em 2005 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar a contribuição da ESF na redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil entre os anos de 1990 e 2002, observou-se uma redução de 42% da taxa, caindo de 49,7 óbitos por mil habitantes em 1990 para 28,91 por mil em 2002 (PERES, 2007). Isso mostra que nos primeiros anos de implementação a estratégia apresentou, na questão da mortalidade infantil, resultados positivos.

Segundo Peres (2007), esses dados sinalizam que grande parte da população passou a ter acesso ao sistema de saúde via atenção básica. Cabe ainda ressaltar que a cobertura da Saúde da Família atinge, em maior número, pessoas com baixa renda. Entre os domicílios cadastrados até 2009, 62% eram de baixa renda, isto é, tinham uma renda mensal domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo (IPEA, 2010). Tais dados mostram que a Estratégia Saúde da Família possibilita às famílias de baixa renda uma porta de entrada ao sistema público de saúde. Isso é significativo se levarmos em conta que populações de baixa renda dependem mais do sistema público de saúde, representando deste modo uma forma de inclusão social.

1.3 - Procedimentos metodológicos e organização da dissertação

Sendo a Estratégia Saúde da Família capaz de promover, de algum modo, inclusão social e a melhora dos indicadores de mortalidade infantil, o objetivo deste trabalho é verificar qual a influência do PSF para os estados brasileiros atingirem a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – redução da mortalidade na infância, até 2015? Como hipótese central do trabalho, acreditamos que exista uma influência ou associação positiva entre o PSF e a queda da mortalidade na infância, havendo uma maior redução do índice onde a cobertura do PSF é maior.

Para responder a essa pergunta, fazemos uso de estatística descritiva e inferencial, com técnicas de análise bi e multivariada. Tratando-se de estatística descritiva usamos: o Mínimo, que nos diz qual o menor valor de conjunto de dados; o Máximo, que informa o maior valor

do conjunto; a média, que é uma medida de tendência central e nos informa o valor central dos dados; o desvio padrão, que é uma medida de dispersão, que mostra como os valores variam em torno da média; o coeficiente de variação, que também é uma medida de dispersão, e indica quanto o desvio padrão interfere na média, ou seja, quanto os valores são homogêneos. Quanto à estatística inferencial usamos: Correlação de Pearson para testar associação entre variáveis quantitativas; Chi-quadrado para testar associação entre variáveis qualitativas; Teste t e ANOVA para comparação de médias entre os grupos, no primeiro para dois grupos e o segundo para mais de dois grupos (TRIOLA, 2014; SHIMAKURA, 2012; OLIVEIRA, 2007).

Do ponto de vista operacional, primeiro apresentamos a estatística descritiva da variável dependente (taxa de mortalidade na infância) e da variável independente (proporção estimada da população coberta pelo PSF), para só então fazer o teste de correlação de Pearson com e sem as variáveis controle. Para identificar o efeito do PSF criamos uma variável categórica em três níveis (baixa, média e alta cobertura). Criamos também uma variável categórica da taxa de mortalidade na infância que foi “Atendeu a Meta”. Essa é uma variável dicotômica, nos casos em que se atendeu a meta de 17,9 estipulada pela ODM para 2015, o estado recebeu o valor SIM, caso contrário recebeu o valor NÃO. Foram criadas também mais três variáveis quantitativas em relação à mortalidade na infância, a primeira foi a distância que a UF em determinado ano estava da meta - “Distância da Meta”; a segunda foi a distância percorrida do início da série (2000) até o fim da série (2011) - “Distância percorrida início fim”; a terceira foi o deslocamento ano-a-ano de cada UF em relação à taxa de mortalidade, ou seja, quanto que foi reduzido ou aumentado de um ano para o outro – “Descolamento ano-a-ano”.

Além dos testes de Correlação de Pearson, fizemos mais três testes de hipóteses: 1) Chi-quadrado, 2) *t Student* para amostras independentes e 3) ANOVA. O Chi-quadrado foi usado para o teste de associação entre as duas variáveis categóricas: “nível de cobertura” vs “Atendeu a meta”. O *t Student* foi usado para comparar as médias das variáveis quantitativas em relação à variável “Atendeu a meta”, ou seja, testamos se há diferença de cenário entre os estados que bateram e não bateram a meta do milênio, isto é, observamos se as médias dessas variáveis possuem valor estatístico ou não. ANOVA foi usado para testar a variância da variável “Deslocamento ano-a-ano” em relação à variável categórica “nível de cobertura”.

Para a análise foram utilizadas as seguintes variáveis: o número de óbitos infantis de crianças até cinco anos por grupo de 1.000 - variável dependente; proporção de cobertura da população estimada por Equipes do Programa Saúde da Família-ESF - variável independente;

proporção de ACS – controle; taxa de analfabetismo – controle; PIB *per capita* - controle; GINI – controle.

O banco de dados foi montado através da coleta de dados em repositórios públicos: DATASUS⁶, IBGE⁷ e SIGOBr⁸. Para tratamento dos dados usamos o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) na versão trial.

Os Estados são nossas unidades de análise e o recorte temporal acompanha o ano em que a meta foi estipulada, 2000, até 2011, ano em que o Brasil atingiu essa meta. O período escolhido nos permite ainda observar a Estratégia Saúde da Família em um momento de expansão e consolidação, que já conta com uma ampla adesão dos municípios brasileiros e se faz presente em todas as Unidades Federativas do país.

Este trabalho é composto desta introdução, de três capítulos e das considerações finais. O segundo capítulo fará uma revisão sobre o contexto de desenvolvimento de tal política, assim como abordará a Saúde da Família dentro do escopo teórico das políticas públicas/sociais, mostrando a construção dos direitos sociais no país até desembocarem na política aqui estudada. No terceiro capítulo trata-se do Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica, e como tal estratégia é operacionalizada. Por fim o quarto capítulo trará uma análise quantitativa do Saúde da Família entre os anos 2000 a 2011, apontado sua possível influência ou associação em relação à queda da mortalidade na infância no período selecionado.

⁶ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>

⁷ <http://www.ibge.gov.br/home/>

⁸ <http://sigobr.com/index.php/sobre-o-sigobr>

CAPÍTULO 2

O CONTEXTO PRÉ ESF: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA E SOCIAL

“Diferentes políticas de governo, dependendo da sua natureza, podem melhorar ou degradar a saúde e a equidade na saúde. Políticas públicas de qualidade podem produzir benefícios na saúde de forma imediata e a longo prazo.”(FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012, p. 50)

A Estratégia Saúde da Família mostra-se como principal instrumento para implementar no país um modelo de saúde coletiva e reorganizar a atenção básica de saúde do país. Essa estratégia foi sendo construída ao longo do tempo, sendo fruto de alterações em concepções e conceitos do que é saúde, assim como resultado de mudanças na ordem social do Brasil.

O presente capítulo visa abordar o caminho percorrido pelo setor da saúde pública no Brasil, mostrando as mudanças nas políticas de saúde até a formulação da Estratégia aqui abordada. Tais mudanças permeiam desde questões institucionais, a exemplo da criação de um Ministério próprio para cuidar do setor da saúde no país; como questões conceituais e técnicas ligadas às práticas de saúde, a exemplo do desenvolvimento do modelo coletivista.

Analisar o desenvolvimento da saúde pública no Brasil implica, para tanto, fazer uma revisão sobre a bibliografia que trata da saúde pública no Brasil, assim como uma leitura de referências que tratam de políticas públicas e sociais. Sendo assim, faremos ao longo do capítulo: 1) uma revisão conceitual sobre políticas públicas e sociais; 2) o histórico do desenvolvimento da saúde pública no país, focando na construção da saúde coletiva; 3) e por fim analisaremos a Constituição de 1988 como um grande passo para a viabilização do Programa Saúde da Família.

2.1 – Saúde como cidadania: o desenvolvimento da cidadania no Brasil

A saúde é frequentemente abordada no Brasil como um problema. Reportagens dos diversos meios de comunicação relatam situações em que o sistema de saúde no Brasil é visto como caótico. Por traz dessa situação encontra-se o Estado, que constitucionalmente é responsável pela saúde do cidadão brasileiro. Cabe a ele, sobretudo no âmbito federal, elaborar políticas públicas que garantam o direito que o brasileiro tem a uma saúde integral e universal, previsto pela Constituição Federal de 1988.

Ao se tratar de políticas públicas temos uma gama de autores que trabalham com o referido campo de estudos e que apresentam diferentes definições para o conceito de políticas públicas. Dentre este rol temos Thomas Dye, que sintetiza tais políticas como algo “que o governo deve escolher fazer ou não fazer” (SOUZA, 2007, p.68). Somam-se a esse autor outros clássicos no campo das políticas públicas, como Mead⁹ e Lowi¹⁰, por exemplo, que também relacionam, em suas definições, política pública às ações governamentais. Diferentemente desses autores, Laswell, que é considerado um dos pais fundadores do campo de políticas públicas, muda o teor da sua definição, considerando que decisões ou análises de políticas públicas implicam em responder questões como: quem ganha o quê? Por quê? E que diferença faz? (SOUZA, 2007).

A essas definições, consideradas mais gerais, acrescem-se definições mais específicas, como as de James Anderson e Stella Theodoulou. Para Anderson, a definição de política pública é pautada por um conjunto de características, como ser uma ação intencional e orientada para metas; ser feita por autoridades públicas; consistir em padrões de ações tomadas ao longo do tempo; ser um produto de demanda, uma ação a algum problema percebido; e ser positiva (quando é uma ação deliberadamente intencional) ou negativa (decisão deliberadamente proposital para não agir). Theodoulou, por sua vez, tem uma lista de características que se sobrepõe à lista de Anderson, contudo com o acréscimo das distintas finalidades que uma política pública pode ter (SMITH e LARIMIER, 2009).

Ainda que tais definições sejam mais específicas do que as apresentadas anteriormente, para Smith e Larimier (2009) elas podem ser reduzidas ao “o que o governo faz ou não faz”. Em se tratando de política pública, não existe uma definição precisa e universal, coesa; contudo, há um consenso geral de que a política pública inclui:

O processo de fazer escolhas e os resultados ou ações de certas decisões, que o que torna a política pública “pública” é que essas escolhas ou ações são apoiadas pelos poderes coercitivos do estado, e que em sua essência, a política pública é uma resposta a um problema percebido (BIRKLAND 2001, *apud*, SMITH e LARIMIER, 2009, p.4).

⁹ Para Lawrence M. Mead políticas públicas consiste no “campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas” (Souza, 2007, 68).

¹⁰ Lowi considera que “política pública é, ‘uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas’” (Souza, 2007, 68).

Considerando a existência de um problema percebido e a possibilidade de agir para modificar ou manter o *status quo*, pautados pela análise de Birkland (idem), ou a definição de política pública de Anderson, trazida por Smith e Larimer (2009), podemos colocar em questão a saúde no Brasil, e por consequência a Estratégia Saúde da Família. Analisando o setor da saúde, vemos que a ocorrência da ação do Estado é de longa data, e que uma política com as características da ESF, com influências da atenção primária, foi sendo construída com o tempo. O Estado brasileiro desde o movimento sanitário do começo do século XX se mostra atuante nas questões de saúde. Como exemplo:

O SUS, sem dúvida, é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária (um “movimento de movimentos”), foi afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. (BRASIL, 2011, p.13).

A saúde é, além de uma política pública, uma política social. Isto é, se política pública tem um escopo amplo, veremos que as políticas sociais são ligadas a direitos sociais e a um tipo específico de Estado, e versam sobre áreas específicas como previdência social, educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular. No aspecto teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, com foco nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos (ARRETCHE, 1999; SOUZA, 2007).

Tais políticas referem-se a ações que determinam o padrão de proteção social adotado pelo Estado, com vista à redistribuição dos “benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.” (HÖFLING, 2001, p.31)

As políticas sociais situam-se no interior de um tipo particular de Estado, sendo formas de interferência do mesmo na sociedade. Tais interferências visam à manutenção das relações sociais de determinada formação social. Portanto, assumem “feições” diferentes em diferentes sociedades e concepções de Estado. É impossível pensar o Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo. Assim governos de cunho liberal, por exemplo, tendem a desenvolver menos políticas sociais, pois se baseiam na ideia de que a interferência do Estado pode restringir direitos individuais (HÖFLING, 2001).

Políticas de cunho social visam garantir os direitos sociais de uma nação. No caso brasileiro, a Constituição de 1988 define o que são os direitos sociais constitucionais. Segundo o artigo 6 da Carta, é direito social no Brasil: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados (BRASIL, 2007).

Independente da configuração do Estado, a política social enquanto ato tem entre seus objetivos a diminuição das desigualdades sociais. Para que tal fato ocorra é necessário que direitos sociais sejam concedidos aos cidadãos, pois eles “permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos” (CARVALHO, 2002, p.10). As políticas sociais na condição de implementadoras dos direitos sociais estão ligadas à questão da cidadania.

No que tange à questão de direitos e cidadania, Carvalho (2002) faz uma leitura da teoria de Marshall (1967). No campo teórico, a discussão sobre cidadania pode ter interpretações por diversos pensadores clássicos como Marx – e a questão jurídica; Tocqueville – e a tendência à igualdade; ou Max Webber – e sua discussão sobre o desenvolvimento da cidade como o foco da cidadania (REIS, 1999). Contudo, Marshall (1967) é um dos autores de maior expressão no que concerne à teoria da cidadania. Marshall analisou, na Inglaterra, o desenvolvimento do que ele considera como cidadania, elaborando um conceito influente, porém que foi encarado como uma teoria com falhas. Este conceito divide cidadania em três partes, isto é, em três tipos de direitos – civis, políticos e sociais. Cada um desses direitos tem suas especificidades e abrangência:

O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé e o direito à justiça. Este último difere dos outros porque é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido encaminhamento processual. Isto nos mostra que as instituições mais intimamente associadas com direitos civis são os tribunais de justiça. Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos do Governo local. O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e serviços sociais. (MARSHALL, 1967, p. 63,64)

Segundo Marshall (1967), sua análise é mais ditada pela história do que pela lógica. A separação entre direitos civis, políticos e sociais, segundo Reis (1999, p.14) foi vista por Marshall como o resultado da diferenciação institucional pela qual a sociedade passa. *“Para ele, é a trajetória natural da sociedade que leva à separação entre essas três formas de direito”*.

Junto com a separação houve também um distanciamento entre os direitos, que passaram a parecer elementos estranhos entre si. Marshall (1967, p.66) diz que “o divórcio entre eles foi tão completo que é possível, sem distorcer fatos históricos, atribuir o período de formação da vida de cada um a um século diferente – os direitos civis ao século XVIII, os políticos ao XIX e os sociais ao XX.” Mas ressalta que os períodos devem ser tratados com certa elasticidade.

O objetivo de Marshall com essa análise era primordialmente a cidadania, seu interesse especial consistia em observar o impacto desta sobre a desigualdade social. Ainda que tenha deixado clara a influência histórica na sua análise e seu recorte geográfico, Marshall sofreu duras críticas a partir de diferentes argumentos.

Entre seus críticos está Bryan Turner, que difere de Marshall por preocupar-se em construir um esquema analítico que possibilite estudar o desenvolvimento da cidadania em nações com contextos históricos diferentes do caso inglês estudado por Marshall. Em resposta à contribuição de Michael Mann¹¹ com a teoria da cidadania, Turner (1994) compara a história da cidadania na Alemanha, França, Holanda, Inglaterra e Estados Unidos, sendo possível identificar em suas análises duas variáveis cruciais.

Turner (1994) propõe uma análise que sirva de método dedutivo. Seu esquema define diferentes tradições de cidadania de acordo com dois eixos analíticos, sendo um que indica a natureza ativa ou passiva da cidadania conforme a direção do movimento que a produziu – de baixo para cima ou de cima para baixo – e outro que trata da dicotomia público-privado.

No caso do primeiro eixo Turner (1994) traz exemplo de cidadanias que se constituíram tanto de baixo para cima, como casos em que a relação foi inversa, sendo a cidadania constituída de cima para baixo. Foram consideradas “de baixo para cima” as experiências históricas marcadas pelas lutas por direitos civis e políticos. Enquanto a direção oposta é marcada por países em que o Estado geriu a iniciativa de mudança e foi aos poucos

¹¹ Mann faz uma análise histórica comparativa das sociedades industriais descobrindo cinco estratégias viáveis para a institucionalização do conflito de classes: liberal, monarquista, reformista autoritária, fascista e socialista autoritário.

incorporando os cidadãos à medida que abria o guarda-chuva dos direitos. O segundo eixo, por sua vez, contrapõe à cidadania adquirida dentro do espaço público – mediante a conquista do Estado –, àquela obtida prioritariamente dentro do espaço privado – mediante a afirmação dos direitos individuais (CARVALHO, 1996).

Assim, a análise de Turner aborda quatro tipos diferentes de desenvolvimento da cidadania. O primeiro caso, de baixo para cima dentro do espaço público, é exemplificado pela experiência francesa. O segundo, de baixo para cima dentro do espaço privado, é representado pela trajetória norte-americana. No outro sentido, de cima para baixo, Turner apresenta os casos do Reino Unido, onde os direitos individuais foram universalizados constituindo assim uma cidadania dentro do espaço público, e da Alemanha onde ser cidadão era ser leal ao Estado, sendo essa uma cidadania construída dentro do espaço privado (CARVALHO, 1996).

Contudo, Carvalho (1996) acredita que Turner não foi capaz de criar um modelo analítico eficaz. Voltando-se para o caso brasileiro ele infere que a classificação de Turner não é facilmente adaptável para o Brasil, pois o fato da cultura brasileira ser estado-cêntrica: *“poderia justificar a classificação dentro do tipo de cidadania construída dentro do espaço público. Mas de imediato parece que há algo errado em colocar juntos o cidadão brasileiro e o cidadão francês, mesmo que seja apenas sob este aspecto”* (CARVALHO, 1996: 338).

É clara a diferença de França e Brasil nessa questão, pois a primeira contou com um surto revolucionário que possibilitou aos cidadãos apoderarem-se do Estado definindo a cidadania de maneira universal. No segundo caso, a centralidade do Estado brasileiro não indicou seu caráter público e universalista. Se de um lado o Estado cooptou seletivamente os cidadãos, de outro, os cidadãos buscaram no Estado uma fonte para atender seus interesses privados.

Para Carvalho (1996) parece que, nosso lugar dentro da tipologia seria melhor definido ao lado da Alemanha. Mesmo assim:

A solução ainda é insatisfatória de vez que subsistem diferenças importantes entre as cidadanias alemã e brasileira. A forte identidade nacional alemã, concebida em termos étnicos de germanidade, e a tradição de obediência rígida ao poder e às leis, segundo alguns de origem luterana, estão ausentes de nossa cultura, muito mais fragmentada e quase cínica em relação ao poder e às leis. Entre nós a grande dependência em relação ao Estado e o

extremado legalismo se contrapõem à atitude frequentemente desrespeitosa e anarquizante diante do poder e das leis¹² (CARVALHO, 1996: 339).

Não sendo o modelo de Turner capaz de dar conta do caso brasileiro, Carvalho propõe que se utilize um dos eixos de Turner, considerando assim que a cidadania no Brasil é constituída de cima para baixo, e complementando com conceito de paroquialismo presente na análise de Almond e Verba.

Almond e Verba (1965 *apud* CARVALHO, 1994) distinguem três tipos de cultura política: a paroquial, a súdita e a participativa, sendo a paroquial definida como uma completa alienação em relação ao sistema político, onde as pessoas ficam reduzidas ao mundo privado da família ou da tribo. A cultura súdita, por sua vez, seria aquela na qual existe um sistema político diferenciado com o qual as pessoas se relacionam. Já a cultura participativa acrescenta uma percepção do processo decisório em si e uma visão do indivíduo como membro de um sistema ativo (ALMOND E VERBA, 1965 *apud* CARVALHO, 1994).

Carvalho (1994), enquanto estudioso da cidadania brasileira, não vê em Turner uma solução teórica adaptável à cidadania brasileira. Seguindo esse raciocínio é fato que Marshall também não tem um estudo explicativo que se encaixe ao Brasil. Contudo, Carvalho se utiliza em *Cidadania no Brasil* do conceito de Marshall, isto é, ele faz uma análise da formação da cidadania brasileira observando o desenvolvimento dos direitos no Brasil.

Sendo assim, Carvalho (2002) ressalta três momentos ao longo do processo de construção da cidadania brasileira e por consequência da construção dos direitos sociais. O primeiro deles trata do período de 1930 a 1945, mostrando que entre esses anos os direitos sociais estão na dianteira se comparados aos direitos políticos e civis. Esse período é considerado um marco porque traz avanços significativos na legislação social no que tange às leis trabalhistas. Olhando para a Primeira República é possível notar o avanço que representa a legislação trabalhista, pois, com direitos civis e políticos precários, esse período não apresentou, ao contrário do caso inglês, as melhores condições de desenvolver os direitos sociais.

A assistência social estava quase exclusivamente nas mãos de particulares e não cabia ao Estado promover a assistência social – por exemplo, no trabalho. Mesmo representando um avanço, a legislação trabalhista do período de 1930 a 1945 deixava de lado categorias

¹² É válido salientar que a análise feita por José Murilo de Carvalho, em *Cidadania: Tipos e Percursos* é focada no século XIX.

importantes de trabalhadores e outras parcelas da população, a quem restou o *status* de “sub-cidadão”. No meio urbano ficavam de fora todos os trabalhadores autônomos e os trabalhadores domésticos, pois não eram sindicalizados e, portanto, não se beneficiavam das políticas da previdência. No meio rural a exclusão dos trabalhadores era generalizada, mesmo sendo maioria no país. Isto indica que as políticas sociais eram concebidas como um privilégio e não como um direito.

Passado o período democrático entre 1945 a 1964, Carvalho (2002) ressalta o período militar como outro momento importante para a construção dos direitos sociais. Se os direitos civis e políticos haviam sido restringidos pela violência do Regime Militar, os direitos sociais receberam ênfase, sendo unificada a previdência e o direito a ela universalizado e estendido aos trabalhadores rurais. Além desses avanços, nos anos de 1972 e 1973 são incorporados à previdência, respectivamente, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos, categorias que até então estavam dela excluídas. Nesse contexto ficavam de fora aqueles que não tinham relação formal de emprego. Com a redemocratização do país temos o terceiro período ressaltado por Carvalho (2002), que abrange a Constituição de 1988, adjetivada como Constituição Cidadã, que vai levar os direitos sociais a uma amplitude nunca antes atingida. Entre os avanços proporcionados pela Constituição está a proclamação da saúde como um direito básico do cidadão e dever do Estado.

Ao longo do tempo a saúde foi progressivamente evoluindo dentro das constituições que o país aprovou, acompanhando o processo histórico de ampliação dos direitos de cidadania. Fato que é reflexo da mudança política que o Estado sofreu desde a independência do país, passando de uma visão liberal para uma visão de Estado provedor, ao menos em termos constitucionais (BRASIL, 2008).

As políticas de saúde tiveram seu papel na construção dos Estados Nacionais e das burocracias públicas, nas mudanças das relações entre Estado e sociedade, assim como na formação das noções de cidadania. No caso brasileiro, pesquisas realizadas desde a década de 1980 atentam para o fato “de as políticas, instituições e ideias mobilizadas em torno desse tema serem constitutivas da formação do Estado Nacional, dos processos de extensão da cidadania e da imaginação social” (LIMA, *et al*, 2005, p.29).

Sabendo que os direitos sociais tiveram fases de maior ou menor expansão, faremos a seguir um breve histórico das políticas de saúde no Brasil observando se a saúde caminha junto com a expansão dos demais direitos sociais e como foi a atuação do Estado nesse setor, isto é, quais políticas foram centrais e qual a sua carga social.

2.2- As políticas sociais e a história das políticas de saúde no Brasil - o caminho da construção de um novo modelo de saúde

Os últimos anos do século XX e início do século XXI foram de significativas mudanças nas políticas sociais, seja nos países centrais, seja nos países periféricos. Entre os anos de 1980 e 2010 o Brasil vê alterações em suas políticas sociais, algumas sendo reconfiguradas por grandes reformas. Dentre essas políticas podemos salientar as de saúde, que ao longo desse período passaram por significativas mudanças. No final do século XX, dois momentos são inflexivos para as políticas de saúde no país, caracterizando-se como reformas. O primeiro deles se dá com a promulgação da Constituição de 1988, que concedeu o acesso à saúde como um direito de todos e não apenas como um privilégio das classes trabalhadoras, atribuindo às políticas de saúde uma carga social. E em um segundo momento, temos o desenvolvimento de um modelo de saúde preventiva, cujo principal meio de implementação tem sido a Estratégia Saúde da Família (VIANNA E DAL POZ, 1998).

É válido observar, antes disso, no entanto, e ainda que de forma resumida, as principais características das políticas de saúde desenvolvidas ao longo do século XX, pois, o teor dessas políticas está ligado à construção da ordem sócio-política do país. Segundo Luz (1991), as políticas de saúde ajudaram a modelar traços estruturais de tal ordem, como a tendência de “concentração do poder e à exclusão das classes-populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país” (LUZ,1991: 77).

Para Rosa e Labate (2005) as estratégias de saúde propostas pelos governos nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil eram reflexo do momento vivido, da economia vigente e das classes dominantes.

Durante a Primeira República, os problemas de saúde estavam ligados à forma como era abordada a questão nacional no Brasil desde a passagem do século XIX para o XX. O Brasil no período da Primeira República se constituía como país, mas não tinha um povo que encarnasse o sentimento de nacionalidade, o país era dominado por oligarquias estaduais e por uma coalizão federal. Os municípios eram considerados como ficção no Brasil, dentro de um contexto onde o poder econômico e local era controlado pelos coronéis. (LIMA, *et al*, 2005)

A sociedade brasileira era predominantemente rural e composta por 70% de analfabetos, segundo o censo de 1920. Fortemente federalizado, o Estado brasileiro delegava aos seus estados, segundo a Constituição de 1891, a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e educação. Medidas de proteção social em geral, e a assistência médica em

particular, só viriam a ter reconhecimento legal como política pública por parte do Estado em 1923, com a aprovação da Lei Eloi Chaves, que regulamentava a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (LIMA, *et al*, 2005).

Apesar da assistência médica só passar a ser reconhecida legalmente pelo Estado em 1923, políticas de saúde em específico (como ações sanitaristas combatendo epidemias), têm um marco inicial anterior à Lei Eloi Chaves. Já no final da década de 1910 foram executadas medidas que visavam o combate a epidemias. Mediante a um quadro sanitário negativo existente no país naquela época, as propostas de políticas de saúde e saneamento eram centradas em um Estado autoritário (na questão da saúde) e que expressava um projeto civilizatório visando a construção nacional do país (LIMA, *et al*, 2005).

Em meio às epidemias nas cidades, duas das principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública no país são criadas – Instituto Soroterápico Federal (que depois seria transformado no Instituto Oswaldo Cruz) no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan em São Paulo. “Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública” (LIMA, *et al*, 2005, p.33).

O cenário permite o surgimento no Brasil de um ativo movimento de Reforma Sanitária sob a liderança da nova geração de médicos higienistas que constatava, mediante pesquisas, o grave quadro de doenças endêmicas existente no país. O quadro de doenças mostrava dois países, o Brasil do litoral e o Brasil do sertão, onde o segundo apontava fortes sinais de abandono pelo poder público. “A doença generalizada passou, então, a ser apontada como razão para o atraso nacional, permitindo que fossem revistas ideias sobre a inferioridade racial dos brasileiros” (Lima, 1999, p. 35).

No que tange ao modelo de saúde empregado na época, tem-se que o modelo de campanhas sanitárias foi o principal pilar da política pública de saúde no país. Repressivo e autoritário, tal modelo tinha por objetivo combater epidemias urbanas e posteriormente rurais. Sua estrutura administrativa era centralista, tecnoburocrática e corporativista, estando ligada a um corpo médico, geralmente, proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha (LUZ, 1991).

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder pela Revolução de 1930, temos o fim da hegemonia política das oligarquias e a aparição das “massas urbanas” na arena política, que representou o marco de surgimento de políticas sociais no Brasil. (AZEVEDO, 1988, p.107).

O estado nacional sofreu alterações nos campos político, ideológico e institucional, assim como na recomposição do formato de interação entre eles:

Na esfera política, observa-se o aguçamento das diferenças intra-oligárquicas, com o redesenho dos poderes federativos e de seu papel na dinâmica política nacional. Na esfera ideológica, assistiu-se a um gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação. E na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações (LIMA *et al*, 2005, p.38).

O contexto político no início da década de 1930 sofria reformulações, assim como o projeto de formação nacional que passava por mudanças¹³. Já no primeiro ano dessa década é criado por Getúlio Vargas o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), mas em meio a este contexto e diante da instabilidade política que marcou os primeiros anos da década de 1930, apenas em 1934 mudanças significativas na esfera institucional da saúde começaram a ser efetivadas. É nesse ano que Gustavo Capanema assumiu o Mesp, tendo passado a trabalhar em uma ampla reforma nas instituições que compunham essa agência estatal. Novos órgãos e leis são criados tentando centralizar e hierarquizar a saúde nos estados. Em 1941 o Mesp passa por uma reforma administrativa conduzida por Barros Barreto, que implicou em uma verticalização das ações de saúde, a centralização e ampliação da base territorial da ação do governo federal (LIMA *et al*, 2005).

Assim, entre as décadas de 1930 e 1950, caracterizadas pelo populismo, a saúde, assim como o Estado, passaram por processos de centralização. Nesse período as políticas de saúde estavam organizadas por categorias profissionais, o que implicava na necessidade de um emprego formal como requisito para ter direito à saúde pública. Em sua dimensão institucional, a saúde dividia-se entre o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), que ficava responsável pela saúde dos inseridos no mercado formal de trabalho, e o Mesp, que era responsável por tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não era abrangido pela medicina previdenciária, isto é, dos pobres, desempregados, trabalhadores informais, etc. Essa divisão categorizava a população em duas classes de cidadãos, os primeiros eram

¹³De um lado a corrente dos que defendiam maior poder da União (dentre eles os tenentes que apoiaram Vargas no golpe), de outro os setores oligárquicos que defendiam o federalismo ideal, garantindo maior poder aos estados.

reconhecidos como cidadãos “caracterizando o que foi definido por Wanderley Guilherme dos Santos como ‘cidadania regulada’, e os segundos eram considerados como pré-cidadãos” (LIMA, *et al*, 2005, p.41)

Por mais que os direitos sociais garantidos aos trabalhadores formais possam ser considerados como um avanço na cidadania do país, o reconhecimento de direitos sociais a esse grupo implicou a “associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços voltados predominantemente para a população rural” (LIMA, *et al* 2005, p.42). Essa, que era maioria no país, só teve seus direitos reconhecidos em 1973, de modo que esta trajetória de construção da política de saúde no país foi marcada por reafirmação de desigualdades, seja entre as áreas urbanas e rurais, seja entre trabalhadores formais, “cidadãos”, e todos os demais, “sub-cidadãos”, seja entre os tipos de assistência médica, previdenciária e pública. Segundo Lima *et al* (2005, p.42) o primeiro governo de Getúlio Vargas iniciou “a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil”, do lado de instituições de previdência social e atenção médica.

Entre 1950 e 1960 tentou-se implementar no país um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno. O período era de democracia, favorecendo que os rumos da saúde pública e da assistência médica, ainda que com limites, fossem debatidos e decididos pela primeira vez em um ambiente pautado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação (LIMA *et al*, 2005).

Além do contexto democrático, a busca pelo desenvolvimento do país pautava a área da saúde. A questão econômica é relacionada à saúde do país, uma vez que os custos econômicos das doenças eram vistos como obstáculo ao desenvolvimento dos países, sobretudo no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho (LIMA *et al*, 2005).

Ainda que não ocupasse o mesmo lugar que tivera nas últimas duas décadas da Primeira República, em um discurso civilizador, a saúde foi integrada à ideologia desenvolvimentista e esteve presente nas iniciativas de planejamento estatal, assim como nos projetos de desenvolvimento no país. A saúde e a doença entre 1945 e 1964 eram associadas, em todos os pronunciamentos oficiais, aos problemas do desenvolvimento e da pobreza (LIMA *et al*, 2005).

Na prática, a realidade de uma nação com cidadãos diferenciados exprimia nas políticas de saúde uma dupla realidade através de uma dicotomia institucional progressivamente acentuada. De um lado encontrava-se a saúde pública que cuidava dos pobres, desempregados, trabalhadores informais e populações rurais que ainda constituíam maioria populacional. De outro, encontravam-se trabalhadores formais, que protegidos pelo sistema previdenciário podiam usufruir da assistência médica. Cada um desses “lados” era pautado em um modelo de saúde: do lado da saúde pública empregava-se o velho modelo sanitarista, enquanto do outro o modelo curativista se fazia dominante nos serviços previdenciários de atenção médica (LUZ, 1991).

Durante o milagre econômico ocorrido nos anos 1970, houve uma reorganização dos traços institucionais dos dois modelos, sintetizando-os: *“A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país”* (LUZ, 1991: 81).

As políticas desenvolvidas pelo governo dos militares possibilitaram a formação de uma sólida estrutura privada de atenção médica, que privilegiava a medicina curativa. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo *médico*. O Sistema Nacional de Saúde implantado nesse período era caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela ação de uma burocracia técnica que se fazia hegemônica e atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (LUZ, 1991; ROSA e LABATE, 2005).

O debate sobre alternativas políticas na área da saúde era suprimido pela lógica centralista que predominava nesse período. A falta de debate e a lógica centralista favoreciam amplos investimentos do setor público no setor privado. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência e Social (INPS) que unificava os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Com os recursos do INPS a assistência médica conheceu seu período de maior expansão. Expandiu-se o número de leitos disponíveis, a cobertura e o volume de recursos arrecadados. Contudo, os serviços médicos prestados aos previdenciários pelas empresas privadas eram pagos por Unidade de Serviço (US), forma de pagamento que se tornou uma incontrolável fonte de corrupção (ESCOREL *et al*, 2005).

Mais de 80% da rede privada recebeu financiamento do Estado durante o regime militar (ESCOREL *et al*, 2005), e a previdência social financiou a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público. Tais medidas favoreciam a lógica da medicina curativa. Associado ao enfoque curativista houve também uma expansão em todo o

país das faculdades particulares de medicina. Tais cursos voltavam-se para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as descobertas mais recentes da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Em contrapartida, desconheciam a realidade sanitária da população brasileira (ESCOREL *et al*, 2005).

Mesmo com a expansão do setor médico/hospitalar, para os usuários as políticas de saúde da ditadura geraram grande insatisfação, sobretudo após o fim do milagre econômico. Duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas tomaram o contexto da saúde: 1) a ineficácia do sistema Previdenciário; 2) a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde. As verbas de saúde pública despencaram, e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência. Com isso a imagem da medicina como solução miraculosa apresentada durante o milagre econômico passou a ser socialmente percebida como miragem, sendo publicamente denunciada e desmascarada (LUZ, 1991; ROSA e LABATE, 2005).

Enquanto no Brasil a saúde curativa sinaliza problemas, no âmbito internacional a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, na cidade Alma-Ata no Cazaquistão, propunha um modelo de atenção primária de saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. A promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade, era prioritária nesse modelo (ROSA e LABATE, 2005).

Esse modelo serviu de base ideológica para o movimento sanitarista que lutava pela Reforma Sanitária Brasileira. Com a abertura do regime entre o fim dos anos 1970 e começo dos 1980, o anseio por democracia toma conta da sociedade englobando também a saúde. Entre os anos de 1975 e 1982, os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente. A partir de 1983 as manifestações populares incluíram nas suas demandas novas políticas sociais que assegurassem os direitos de cidadania aos brasileiros, incluindo o direito à saúde, que pela primeira vez na história do país era visto socialmente como um direito universal e dever do Estado (ROSA e LABATE, 2005).

O resultado das manifestações da sociedade foi a elaboração da nova carta constitucional brasileira em 1988, que adotou o lema "Saúde é direito de todos e dever do Estado", garantindo por lei a todo brasileiro o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, fortemente influenciado pelo movimento de Reforma Sanitária (PAIM, 2008), idealizou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por base os

princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e que dá abertura para a inserção do modelo de atenção defendido em Alma-Ata (ROSA e LABATE, 2005).

2.2.1 - A Reforma Sanitária Brasileira: um novo projeto de saúde

Dada a importância da Reforma Sanitária Brasileira para a construção do modelo de saúde atual, cabe abordar com mais detalhes esse movimento que não se reduzia, em sua ideia original, a ser exclusivamente uma proposta de política de saúde. Seu intuito era promover uma democratização da vida social, o que implicaria em uma reforma democrática do Estado. Originalmente, segundo Schraiber (*apud* PAIM, 2008, p.15), buscava-se uma reforma geral da sociedade brasileira, transpondo a ideia de política de proteção social ou de reforma setorial (da Saúde). Prova disso são seus constantes subtítulos: “melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de sociabilidade)”.

Em meio ao cenário de autoritarismo e forte desigualdade social surge, na década de 1970 no Brasil, um movimento que postulava a democratização da saúde, composto de estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde¹⁴ (PAIM, 2008).

Um dos resultados desse movimento foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, que por meio da sua revista *Saúde em Debate* denunciava as iniquidades da organização econômico-social e a perspectiva do sistema de saúde privatizado e antissocial que preponderava no governo militar. Outro fruto desse movimento foi a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, que atua junto ao CEBES em muitos fóruns da sociedade civil (ESCOREL *et al*, 2005).

Ao longo das décadas de 1970 e 1980 o movimento sanitário foi participativo institucionalmente, atuando nos debates sobre a saúde pública brasileira, assim como, propondo novas políticas. Sua participação é ativa durante a 8ª Conferência Nacional de

¹⁴Para Paim (2008), os quatro segmentos que integraram movimentos no setor da saúde são: estudantes (Semana de Estudos de Saúde Comunitária), populares (Movimentos do Custo de Vida e Movimento Popular de Saúde), profissionais (mobilizações em prol da regularização da residência médica e posteriormente o Movimento de Renovação Médica) e intelectuais ou da academia (sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) da Fiocruz, o Mestrado em Medicinal Social do IMS/UERJ, da Faculdade de Medicina da UFMG, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) da USP, o Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA e o recém-criado DMP da Universidade Federal da Paraíba.

Saúde (CNS) realizada em março de 1986, sendo possível destacar no seu relatório final os principais elementos constitutivos do *projeto* da Reforma Sanitária: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2008). Ainda que não tenha saído nenhum documento oficial com a proposta de um novo sistema de saúde, os conteúdos apresentados na 8ª CNS serviram de base para o texto constitucional no que concerne à saúde. (ESCOREL *et al*, 2005).

Para Paim (2008), ainda que a Reforma Sanitária não tenha implementado todo seu projeto de reforma social, parte de suas propostas serviram de conquistas, exemplos são a universalização do direito à saúde e a criação do SUS.

2.2.2 Constituição de 1988: a saúde como direito

Tanto a universalização do direito à saúde, quanto a criação do Sistema Único de Saúde são abordados pela Constituição de 1988, que representa um marco para a saúde pública do país em específico e para a cidadania em geral.

Segundo Draibe (2003), durante os anos 1980 e 1990 o sistema de Proteção Social brasileiro passa por dois ciclos de reformas, sendo possível observar em tal sistema reformas radicais e parciais. Draibe (2003) distingue dois momentos no exame dessas reformas - o da introdução e o da implementação. Para tanto, dois ciclos são descritos pela autora. O primeiro referente às transformações ocorridas na década de 1980 e o segundo referente às reformas da década de 1990.

Setores diferentes do Sistema de Proteção Social brasileiro apresentaram modificações em graus diversos. Analisando os casos com base em um conceito estrito de reforma (mudança completa de princípio e estrutura, afetando toda a política e não apenas um ou outro de seus níveis), foram consideradas como reformadas, de acordo com o estudo em questão, apenas as áreas da saúde e assistência social.

No caso da saúde, Draibe (2003) considera que no primeiro ciclo (década de 1980) a grande reforma que ocorreu trouxe o modelo sanitário como grande vitorioso. Tal modelo ganha contornos na Constituição de 1988 e impulsiona a criação do Sistema Único de Saúde. Essa primeira reforma introduziu modificações expressivas e significativas nas estruturas e diretrizes da saúde pública podendo ser considerada uma reforma do tipo *big bang*, pois, ocorreu de forma rápida e pontual, em contraste com o que seria uma reforma incremental

(VIANNA E DAL POZ, 1998). Além disso, garantiu à saúde um sistema nacional, fato que não ocorreu com todos os setores sociais, contudo isso não implicou que a saúde se tornasse o setor mais bem estruturado.

As ideias que proporcionaram a reforma apresentada pela Constituição de 1988 vieram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, conforme mencionado mais acima. O teor dessa conferência reverbera no capítulo II da Constituição de 1988 que trata dos Direitos Sociais e, logo, da saúde. Por meio dessa carta constitucional o país reconhece que a saúde é um direito de todos, e o Estado lança esforços para alcançar a saúde como direito universal, sob luz de um novo paradigma, que visa “a múltipla determinação do processo saúde/doença e a inter-relação da política de saúde com outras áreas sociais e com as políticas econômicas” (PEDROSA, 2004, p.621).

Essas diretrizes, traçadas na Constituição brasileira deveriam dar um novo formato para a saúde no Brasil. Contudo, segundo Bodstein (2002, *apud* PEDROSA, 2004) no país, muitas vezes compromissos políticos assumidos e documentados representam possibilidades, mas não uma efetivação da intenção em gesto. Constitucionalmente o Sistema de Saúde brasileiro deveria ser descentralizado e universalizado. Dentre essas diretrizes a primeira encontrou maiores dificuldades, pois dependia de um “processo de municipalização dos serviços que implicava um processo de reestruturação da estrutura nacional de organização dos serviços”, que como consequência teria a transferência de atividades desempenhadas pelo nível federal para os municípios. Ainda assim, conseguiu ser implementada, pois: “*em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal*” (ARRETCHE, 2002, p. 41).

Apesar da descentralização alcançar bons resultados nos anos 2000, as diretrizes do SUS, elaboradas durante a Constituinte de 1988, e reforçadas por legislação “infraconstitucional” (Leis 8.080 e 8.142 de 1990), não encontram na década de 1990 o mesmo contexto democrático dos anos 1980 que favoreceu o debate político na área da saúde e a incorporação das demandas que vinham da sociedade, como especialmente aquelas canalizadas pelo movimento sanitário, à legislação maior do país, norte que passa a direcionar a formulação de políticas públicas no setor, mas cujo teor e implementação dependem de outros fatores políticos, abordados a seguir.

2.2.3 O cenário governamental dos anos 1990 e os impactos na saúde pública brasileira

Ainda no período do governo do presidente Sarney (1985-1990), o movimento da Reforma Sanitária, que viu a aprovação do SUS como uma vitória, já questionava, dada a complexidade de sua proposta, se de fato a reforma teria forças para seguir com o curso planejado e continuar como um projeto que ia muito além do SUS, uma vez que se tratava de um projeto civilizador que buscava democratizar a sociedade através da saúde (PAIM, 2008).

A instabilidade econômica, com hiperinflação e crise fiscal do Estado, contribuiu para os impasses por que o *processo* de Reforma vinha passando. Lidar com os problemas fiscais e econômicos, com “um conjunto de dispositivos jurídicos e administrativos que compunham a sua ossatura e com uma cultura política assentada no clientelismo, fisiologismo e patrimonialismo” era parte do desafio de implantar a Reforma Sanitária Brasileira e que afetaria também o SUS (PAIM, 2008, p. 176).

E se nos últimos anos do governo Sarney a implantação da Reforma torna-se difícil, ela fica ainda pior com o fim desse governo e início do mandato Collor. No início dos anos 1990 a onda neoliberal chega ao Brasil, minando o projeto sanitarista. Além disso, as forças e partidos políticos que se identificavam com o *projeto* da RSB perderam o segundo turno da eleição presidencial de 1989. Dessa forma, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária foram, por ironia do destino, aqueles que passaram a ser responsáveis pela implantação do SUS (PAIM, 2008).

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde é implementado nos anos 1990 em um ambiente com condições precárias, dado o cenário de turbulência econômica e de expansão das ideias neoliberais. Tais fatos fizeram com que o SUS se desenvolvesse de maneira incompleta, desvirtuando a concepção do conceito de saúde dos seus autores. A crise fiscal e os cortes públicos propiciaram o subfinanciamento, que contribuiu para a implementação defasada do sistema de saúde público do país, fortalecendo o sistema privado de saúde. (LEVCOVITZ, 2001; MENICUCCI, 2006; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Por outro lado, Draibe (2003, p. 81) salienta o processo notável de construção institucional, “de criação de capacidades administrativas, gerenciais e de prestação dos serviços de saúde, em todo o país e, especialmente, em suas regiões mais pobres”, para por em prática um sistema que atendia na época mais de cem milhões de pessoas com realidades socioeconômicas e regionais diferentes. Até mesmo por essa grandeza o SUS esbarrou em dificuldades de todo tipo, como:

as costumeiras dificuldades financeiras, institucionais e de baixa eficácia, e também as relativas às iniquidades com que grupos da população se beneficiam dos seus serviços, refletindo em boa parte a dificuldade maior

de se reverter o antigo modelo “hospitalocêntrico” e implantar de fato o modelo assistencial preconizado pelo seu desenho original, com ênfase na atenção preventiva e primária” (DRAIBE, 2003: 81).

No período em que o país foi governado por Itamar Franco (1992-1995), o SUS, apesar do pouco tempo de existência, já sofria com pontos positivos e negativos. Ao mesmo tempo que os recursos escassos dificultavam sua viabilização, alguns fatos aparentavam reforçar o Sistema, como: influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde, assim como nos conselhos estaduais e municipais; municipalização da saúde, reconhecendo a diversidade das situações (NOB-93); a busca de modelos assistenciais alternativos por governos estaduais e municipais; reativação de certos movimentos da cidadania que lutavam contra a fome e a miséria, defesa da vida e contra a violência (PAIM, 2008).

É produto desse governo, também, a extinção formal do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o desenvolvimento de uma interlocução com os movimentos sociais, o avanço na descentralização com a NOB-93, o início da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM, 2008).

Nos anos seguintes, o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) assume o poder e se compromete a dar ênfase nas áreas da saúde e educação: porém, na prática seu governo dedicou maior preocupação com a situação econômica e administrativa do país. Com um governo focado no ajuste macroeconômico e na Reforma do Estado, a saúde continuou com problemas no projeto de implantação do SUS, devido à falta de recursos (PAIM, 2008).

O SUS, por sua vez, ainda que subfinanciado e influenciado por um clientelismo político-partidário, gerou uma extensão da cobertura de serviços de saúde para a população brasileira. Na onda da Reforma Administrativa, Fernando Henrique diz que o problema da saúde não é a falta de recursos e sim a administração. Ainda que os recursos da área tenham diminuído¹⁵, o presidente troca o Ministro da Saúde, sai Asid Janete e entra Carlos César Silva de Albuquerque, médico que fora presidente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que tinha uma grande experiência administrativa (PAIM, 2008).

¹⁵ Cerca de R\$ 17,9 bilhões do Cofins e do imposto sobre o lucro das empresas deixaram de ir para as áreas de Saúde, Previdência e Assistência Social no ano de 1996.

Com ordens de fazer uma “cirurgia” no SUS, o novo ministro focou na mudança do modelo de atenção, através do Programa Saúde da Família (PSF) propondo uma ampliação de 847 para 3.500 equipes de Saúde da Família (eSF¹⁶). A expansão desse programa foi um dos objetivos¹⁷ do governo FHC, tanto em seu primeiro mandato, quanto no segundo. Segundo Paim (2008), o projeto de democratizar a saúde, proposta pela Reforma Sanitária, foi aos poucos perdendo espaço para questões institucionais e para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde.

No que tange aos anos 2000, sobretudo o período de 2003 a 2010, que corresponde aos 8 anos do governo Lula, é possível notar que houve a preocupação do Ministério da Saúde de expandir o SUS, sobretudo, por meio do Programa Saúde da Família. No fim de 2003, realizou-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a qual tinha por objetivo deliberar sobre as diretrizes nacionais do setor. O resultado da Conferência é o Plano Nacional da Saúde – 2004/2007, lançado pelo Ministério da Saúde em 2004 (FAGNANI, 2011).

Para Menicucci (2011), Lula e sua equipe colocam a implementação gradativa do Sistema Único de Saúde na agenda governamental. O Plano apresentado para a Saúde nessa gestão (2004/2007) incluía dentro das suas propostas a ampliação do Programa Saúde da Família, o reforço da atenção básica, o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência. Algumas ações são inovadoras como: a Política de Saúde Bucal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular. Outras são incrementais, como: ampliação da atenção básica por meio do PSF, aumento do piso dos recursos da Atenção Básica, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde.

O momento histórico influencia no SUS. Fagnani (2011) salienta que houve tensões paradigmáticas - Estado Mínimo *versus* Estado de Bem Estar Social – entre os anos de 1990 e 2002, que se fizeram presentes entre os anos de 2003 e 2005, arrefecendo-se entre 2006 e 2010, quando a crise financeira internacional (2008) mitiga a hegemonia do pensamento neoliberal, fazendo com que o Estado Mínimo perca suas forças e dê espaço para que os princípios básicos do SUS possam ser implementados. Mesmo com empecilhos, o SUS

¹⁶ Seguimos a abreviatura utilizada pelo Ministério da Saúde. O mesmo adota eSF para as equipes de Saúde da Família e ESF para Estratégia Saúde da Família.

¹⁷ A descentralização com gestão plena, a saúde da mulher e da criança, regulamentação dos planos de saúde, a revisão da tabela do SUS, Reforma Psiquiátrica, direito sanitário, bioética, produção farmacêutica e de imunobiológicos, foram temas e objetivos que estiveram na pauta do governo FHC (1995-2002). (PAIM, 2008)

consegue se estruturar ao longo do tempo, e aos poucos esse gigantesco sistema foi sendo formulado e reformulado. Como exemplo da estrutura e reorganização do SUS, temos o Programa Saúde da Família, que, como veremos no próximo capítulo, visa reorganizar a Atenção Básica do sistema de saúde brasileiro, buscando implementar os preceitos da saúde preventiva.

CAPÍTULO 3

SAÚDE DA FAMÍLIA – A PRINCIPAL ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS

O processo de construção social do Sistema de Saúde brasileiro, visto no capítulo anterior, mostra que ocorreram transformações significativas quanto ao direito à saúde, passando a ser universal no pós-Constituição, assim como no próprio sistema de saúde que foi organizado na figura do SUS. O contexto em questão trouxe ainda para a agenda da saúde o modelo de saúde preventiva, no qual a saúde está relacionada ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da sociedade.

Cabe, portanto, neste capítulo, abordar algumas nuances do modelo de saúde preventiva que, no Sistema Único de Saúde, tem a atenção básica como seu principal meio de implementação. Institucionalmente, as políticas de saúde no Brasil são organizadas pelo Ministério da Saúde nas seguintes categorias: níveis de atenção – assistência farmacêutica, atenção básica, média e de alta complexidade; grupos populacionais específicos – mulheres, crianças, idosos, trabalhadores, entre outros; ações de vigilância em saúde – vigilância de doenças, agravos e seus fatores de risco e vigilância ambiental. Em se tratando de implementação está prevista a atuação das três esferas do governo (União, Estados e Municípios), por meio de seus órgãos setoriais – o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e as secretarias municipais de saúde (IPEA, 2011).

A atenção básica, considerada porta de entrada do sistema de saúde, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS é uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Sua principal estratégia de ação é o Programa Saúde da Família, que é formulado em âmbito federal e implementado na esfera municipal. Sendo assim, o presente capítulo abordará: 1) o modelo de saúde preventiva, a atenção básica e o PSF; 2) a construção e expansão do Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Básica; 3) estrutura e organização do PSF.

3.1 – Modelo de saúde preventiva, atenção básica e PSF

Ainda que o Brasil tenha um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva oferecer serviços de saúde para todos os cidadãos, a saúde pública é mal

vista no país. Segundo o Índice de Confiança Social do IBOPE¹⁸, que mede desde 2009 a confiança da sociedade em relação a 18 instituições, tanto públicas quanto privadas, o sistema público de saúde sempre esteve na penúltima colocação, à frente apenas do Congresso Nacional e dos Partidos Políticos, dos quais mais desconfia a população brasileira. As críticas, reclamações e descrédito são dirigidos a um dos maiores sistemas públicos e gratuitos de saúde do mundo, o SUS, que tem como marco inicial formal a Constituição Federal de 1988 – CF/88.

Mais de duas décadas após sua “criação”, o Sistema Único de Saúde tornou-se um complexo sistema que traz dentro do seu bojo diferentes modelos de atenção à saúde. Sua configuração não rompeu “com o modelo capitalista periférico de organização dos serviços de saúde fortemente identificados com a medicina curativa” (HEIMANN e MENDONÇA, 2005, p. 484), modelo que marcou predominantemente a formação histórica da área de saúde no Brasil, conforme visto anteriormente, ainda que com as reformas que deram origem ao SUS seja evidente a busca por implementar e fortalecer a saúde coletiva no país.

A Reforma Sanitária, como notado, propunha uma nova maneira de significar a saúde, que se baseava nos princípios sobre cuidados primários, buscando alternativas ao modelo curativista predominante na época. O movimento sanitário reconhecia o movimento preventivista como fundamento teórico que embasaria a Reforma Sanitária. Esta recomposição conceitual representava, para além disso, renovação nas práticas de saúde, com proposição de um modo tecnológico de intervenção e a articulação entre o processo saúde/doença no plano coletivo com as intervenções centradas sobre danos, riscos e determinantes socioambientais, a vigilância da saúde estimulando, assim, “uma reatualização da reflexão sobre promoção da saúde e qualidade de vida” (PAIM, 2008, p. 170). Sendo assim, a CF/88 baseia seus princípios no modelo de saúde coletiva defendido pela Reforma Sanitária que visa por em prática uma atenção à saúde voltada aos cuidados primários.

De acordo com o relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizado em 1978 na cidade de Alma-Ata, cuidados primários dizem respeito aos:

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

¹⁸<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Cai-a-confianca-dos-brasileiros-nas-instituicoes-.aspx>

em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (OMS, 1978, p.1)

Os cuidados primários tratam dos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. Dentro do seu escopo, inclui-se:

educação, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas, alimentação adequada, saneamento, provisão de água potável, cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais (BOTAZZO, 2008, p.2).

O modelo de saúde preventivista – adotado como base conceitual do SUS e que visa aplicar os cuidados primários - modifica tanto as políticas de saúde, quanto a própria prática dos cuidados à saúde, incluindo uma reformulação conceitual, ressignificando assim a saúde enquanto um todo. Segundo Almeida Filho (2011, p.7, 8), conceituar saúde tornou-se ainda mais complexo quando líderes e intelectuais prometeram ‘saúde para todos’. Adventos como a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946 – que tratava a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” –, e o lançamento da campanha mundial pela atenção primária à saúde na cidade de Alma-Ata, em 1978, que reforçou a definição de 1946 e enfatizou a saúde como um direito humano fundamental (OMS, 1978), colocaram em cheque a concepção da saúde como a arte de curar, que prevalecia num contexto onde “a epidemiologia era apenas uma das ciências básicas da saúde”.

Para Almeida Filho (2011), a saúde é um conceito amplo e complexo podendo ser encarado como um problema que é simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Isto é:

a saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático, probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível sobre seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas). (ALMEIDA FILHO, 2011: 26)

Desde que a saúde passou a ser um direito constitucional, o Estado buscou desenvolver estratégias que possibilitassem a implementação desses princípios. A atenção básica tornou-

se, assim, um dos eixos estruturantes do SUS e uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atenção básica enquanto modelo diz respeito a um modo de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde que faz menção contínua aos cuidados primários e à saúde coletiva. Para Botazzo (2008, p.1) a atenção básica faz parte do rol de conceitos que “ao longo do tempo tornaram-se problemáticos, isto é, ao invés de propiciarem escalas de problematizações da realidade tornam-se eles mesmos um problema teórico e prático”. Para o autor existe no país uma infinidade de textos que tratam de Atenção Básica. Tais estudos somam-se aos inúmeros artigos e publicações internacionais que tratam de cuidados primários ou atenção primária, assim como promoção da saúde ou políticas saudáveis. Contudo, segundo Botazzo (2008), existe um descompasso entre a literatura nacional e a internacional, pois o termo Atenção Básica só existe no país.

O movimento no sentido de fomentar a atenção básica foi um caminho tomado não só pelo sistema de saúde brasileiro. Segundo Chiesa, *et al* (2008), baseado em um estudo realizado por Starfiel (*apud*, 2004), quando comparadas as estruturas de saúde de diferentes países e observado o impacto dos distintos níveis de saúde de suas populações, é possível ver que as melhores condições de saúde foram obtidas nos países que fortaleceram a atenção básica em seus respectivos sistemas de saúde.

Ao tratamos de sistemas de saúde podemos identificar/verificar uma multiplicidade de características que definem como um sistema opera. Tal multiplicidade permite inúmeras permutas e combinações, de maneira que nenhum sistema de saúde atua exatamente como outro. Apesar das diferenças, todos têm em comum o desafio de prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa (STARFIELD, 2004).

Segundo Starfield (2004), é constante em todos os países a alteração em seus sistemas de saúde para que eles mantenham um bom desempenho na saúde face às mudanças nos perfis demográficos - como envelhecimento da população - e mudanças nos padrões e riscos de enfermidade, isso sem onerar demais a economia do país. Para tanto, diversos países empreenderam reformas nos seus sistemas.

No caso brasileiro, como foi dito acima, a principal reforma do setor da saúde se deu via CF/88, que embasada no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, deu origem ao atual sistema de saúde do país, assim como trouxe para a pauta institucional do setor o modelo preventivo que visa o coletivo.

Sendo assim, o modelo preventivista ou coletivista, pautado nos cuidados primários de atenção à saúde passou a ser estruturado no país via o eixo da atenção básica, que por sua vez tem no Programa Saúde da Família como principal estratégia de implementação.

3.2 – Programa Saúde da Família: a construção e expansão da estratégia de reorganização da Atenção Básica

Se nos anos 1980 o país conseguiu aprovar uma Constituição Federal que garantia a saúde como um direito e propunha as bases do SUS, seguindo, em certa medida, os anseios do Movimento Sanitarista, os anos 1990 não foram tão auspiciosos para essas conquistas. Para sua implementação e consolidação o SUS precisou lidar com questões como: a criação de capacidades administrativas, gerenciais e de prestação dos serviços de saúde, em todo o território nacional, sobretudo nas regiões mais pobres; problemas financeiros (DRAIBE, 2003); e o contexto neoliberal que seguia na contramão do projeto constitucional de saúde¹⁹ (GOLVEIA E PALMA, 1999).

Apesar das dificuldades de implementação do SUS, algumas políticas e programas que buscavam atender aos princípios constitucionais de saúde foram criados. Como exemplo, durante a primeira metade dos anos 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Saúde da Família, cujo principal objetivo era organizar “a prática da atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional, fazendo a saúde chegar mais perto das famílias, a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros” (ROCALLI E LIMA, 2006, p. 715).

A reorganização da Atenção Básica, contudo, se inicia antes da nacionalização do Programa Saúde da Família, pois, com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, a família entra no foco das ações programáticas de saúde que antes eram

¹⁹ A exemplo desse contexto neoliberal, podemos citar a declaração dada pelo então diretor da Organização Panamericana de Saúde - OPS, George Alleyne, em 1998. Em tal declaração o dirigente propunha que “o governo brasileiro, em meio à crise, abandonasse os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas uma cesta básica (*sic*) de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da gratuidade dos serviços. Para além disso, o mercado de planos e seguros. [...] A tese afronta, de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a *universalidade*, uma política focalista; contra a *integralidade*, uma cesta básica; contra a *igualdade*, o favor e a porta do fundo de alguns hospitais; contra o *controle público*, as leis do mercado”. (Golveia e Palma, 1999: 141)

voltadas exclusivamente para o indivíduo. O PACS foi nacionalizado a partir da experiência realizada desde 1987 no estado do Ceará (TOMAZ, 2002), que visava “estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, sobretudo para a população materno-infantil” (BODSTIEN, 2002, p. 407).

O mesmo processo se deu com o Programa de Saúde da Família. Em 1993, o PSF é desenvolvido com o mesmo foco. Sua concepção se deu em uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema "Saúde da Família", convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde, Henrique Santillo, com apoio do UNICEF. O tema foi colocado em pauta mediante a demanda de secretários municipais de saúde que queriam apoio financeiro para modificar a forma de operação da rede básica de saúde (ROSA e LABATE, 2005).

A solução para a demanda dos secretários, o Programa Saúde da Família, agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS. Teve também como fator importante o interesse da UNICEF de apoiar programas de atenção básica. Cabe ressaltar, ainda, que esse movimento de "olhar a família" se deu em muitos países e que a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. Assim o ministro da saúde reuniu uma demanda com uma solução já existente (tanto em outros países como em alguns estados) e desenvolveu um novo programa (VIANA e DAL POZ, 1998; ROSA e LABATE, 2005).

O Programa Saúde da Família era a resposta para o problema do modelo assistencial médico que opera centralmente na produção do cuidado e da cura, processo que é mais caro para os cofres públicos e mais doloroso para o cidadão. Na prática esse programa trazia a inovação de vincular a população a uma equipe básica de saúde. As equipes são compostas por: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Seu papel é identificar, mediante diagnóstico, as necessidades e organizar as demandas a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios²⁰. Cabe a essas

²⁰ “Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.” (Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso: 24/03/14)

equipes prestar assistência integral e realizar atividades de informação, de orientação e de promoção da saúde (BODSTEIN, 2002).

O quadro abaixo traz os princípios e bases organizativas do PACS e PSF:

Quadro 1 - Princípios e bases organizativas do PACS e PSF

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social.

FONTE: SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014

Embora rotulado como programa, o PSF foge à concepção dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, pois não constitui uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Sendo assim, o “Programa” está mais para uma estratégia de ação (VIANA e DAL POZ, 1998; ROSA e LABATE, 2005).

Ao longo do tempo o PSF se expandiu e incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, consolidando-se como o principal programa da atenção básica. Assim, se a Constituição pode ser considerada uma reforma de grandes proporções, ao definir um novo marco institucional, Programa Saúde da Família constitui uma reforma incremental. Grandes nomes da área de políticas públicas, como Lindblom, Caiden e Wildavsky, consideram que os governos não partem do zero quando desenvolvem um programa ou política, e sim de decisões marginais e incrementais. (VIANA e DAL POZ, 1998; SOUZA, 2007).

Segundo Viana e Dal Poz (1998) o processo de reforma incremental define-se como um conjunto de modificações no desenho e operação da política. No Brasil, tanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) quanto o Programa Saúde da Família (PSF) provocaram alterações nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde e na forma de organização de serviços. Assim, Viana e Dal Poz (1998)

consideram que o PSF se constitui em um programa de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil:

Tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remunerações das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização. (VIANA E DAL POZ 1998, p.16).

Em 2010, mais de uma década após sua nacionalização, a cobertura das Equipes Saúde da Família passou a marca de 100 milhões de pessoas, cobrindo mais de 50% da população brasileira naquele período. Os Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, cobriam aproximadamente 120 milhões de habitantes no mesmo período, uma cobertura equivalente a mais de 60% da população do país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Na tabela 2 temos as regiões e a quantidade de municípios com Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal:

Tabela 2: Números da Estratégia Saúde da Família por Regiões do Brasil em dezembro de 2011

Região	Nº de Municípios com ACS	Nº de Municípios com eSF	Nº de Municípios com eSB	Nº de Municípios por Região
CENTRO-OESTE	465	462	460	467
NORDESTE	1793	1774	1762	1794
NORTE	448	437	426	450
SUDESTE	1565	1515	1271	1668
SUL	1133	1097	964	1191

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

Quando o recorte é feito por estados da federação, verifica-se que a adesão ao programa é ampla na maioria dos estados.

Tabela 3: Números de municípios por estado com ACS, eSF e/ou eSB até dezembro de 2011

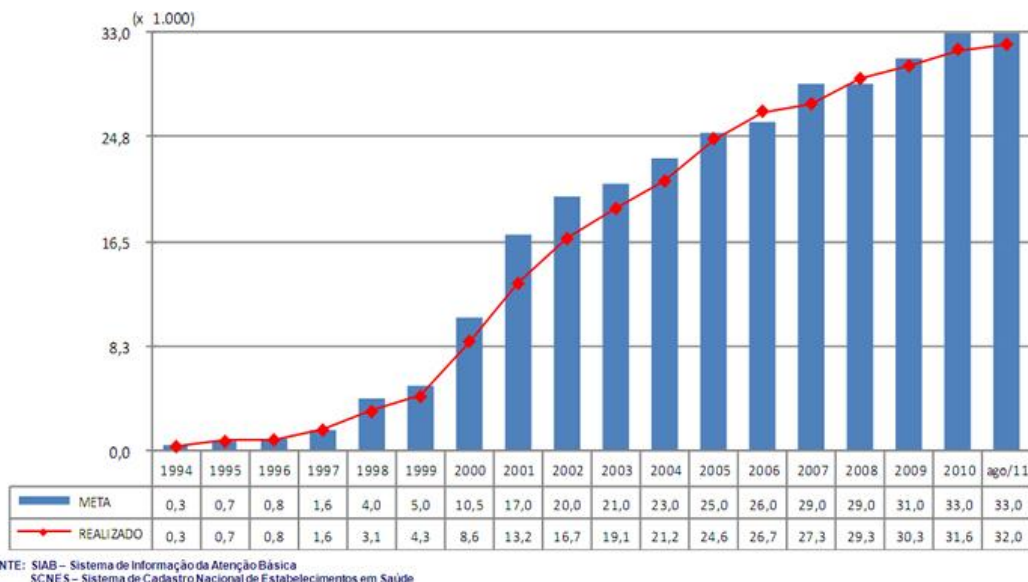
Estado	Nº de Municípios com ACS	Nº de Municípios com eSF	Nº de Municípios com eSB	Nº Municípios por Estado
Acre	22	22	22	22
Alagoas	102	101	102	102
Amapá	15	15	15	16
Amazonas	62	61	62	62
Bahia	417	413	398	417
Ceará	184	183	182	184
Distrito Federal	1	1	1	1
Espírito Santo	78	75	71	78
Goiás	246	244	243	246
Maranhão	217	215	213	217
Mato Grosso	140	139	138	141
Mato Grosso do Sul	78	78	78	79
Minas Gerais	850	843	726	853
Pará	143	135	130	144
Paraíba	223	221	222	223
Paraná	393	384	347	399
Pernambuco	185	185	184	185
Piauí	224	220	220	224
Rio de Janeiro	91	90	76	92
Rio Grande do Norte	166	164	166	167
Rio Grande do Sul	449	422	340	497
Rondônia	52	51	47	52
Roraima	15	15	14	15
Santa Catarina	291	291	277	295
São Paulo	546	507	398	645
Sergipe	75	72	75	75
Tocantins	139	138	136	139

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

As figuras a baixo mostram dados do Sistema de Informação à Atenção Básica – SIAB - e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – SCNES - e estão disponíveis na plataforma do Ministério da Saúde (2013b), sobre a expansão da Saúde da Família até agosto de 2011. A tabela que segue mostra um crescimento constante no número

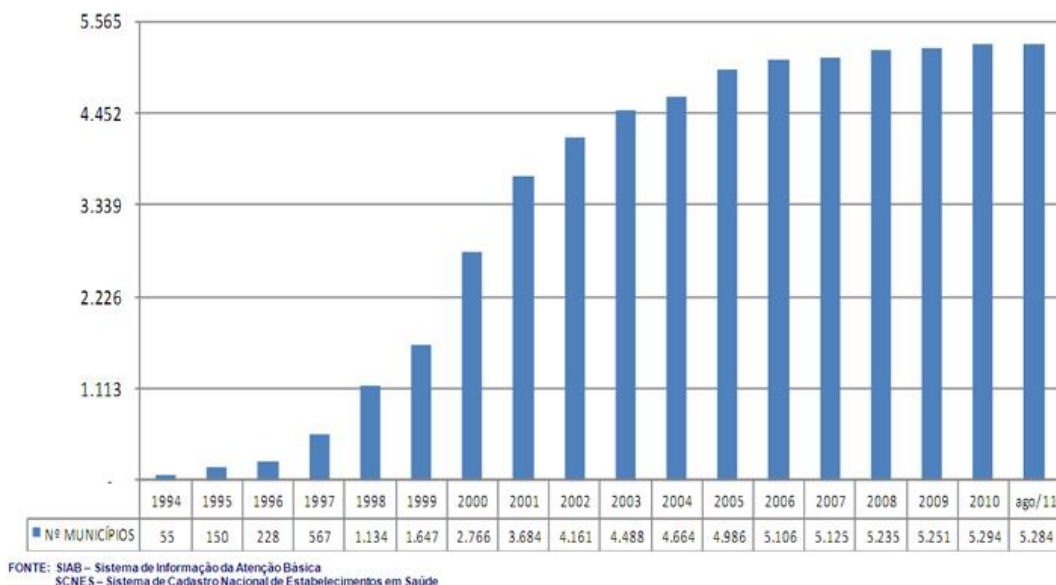
de equipes da Saúde da Família, ainda que em alguns anos esse crescimento tenha ficado abaixo da meta esperada.

Figura 1: Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas



Entre 1994 e 2011 o número de equipes de Saúde da Família cresceu consideravelmente, de 300 equipes para 32.000, mostrando a força com que essa estratégia de reformulação da atenção básica foi sendo implementada no Sistema de Saúde. O destaque deste crescimento se dá entre os anos 1999 e 2000, em que o número de equipes dobra, passando de 4.300 para 8.600 equipes. Este crescimento simboliza também a adoção dessa estratégia por um número maior de municípios no país. Até agosto de 2011, 5.284 municípios contavam com pelo menos uma equipe de saúde da família, crescimento significativo quando comparado com os 55 municípios que aderiram às equipes de Saúde da Família em 1994. O gráfico abaixo mostra a evolução em números dos municípios que nesse mesmo período passaram a contar com equipes de saúde da família.

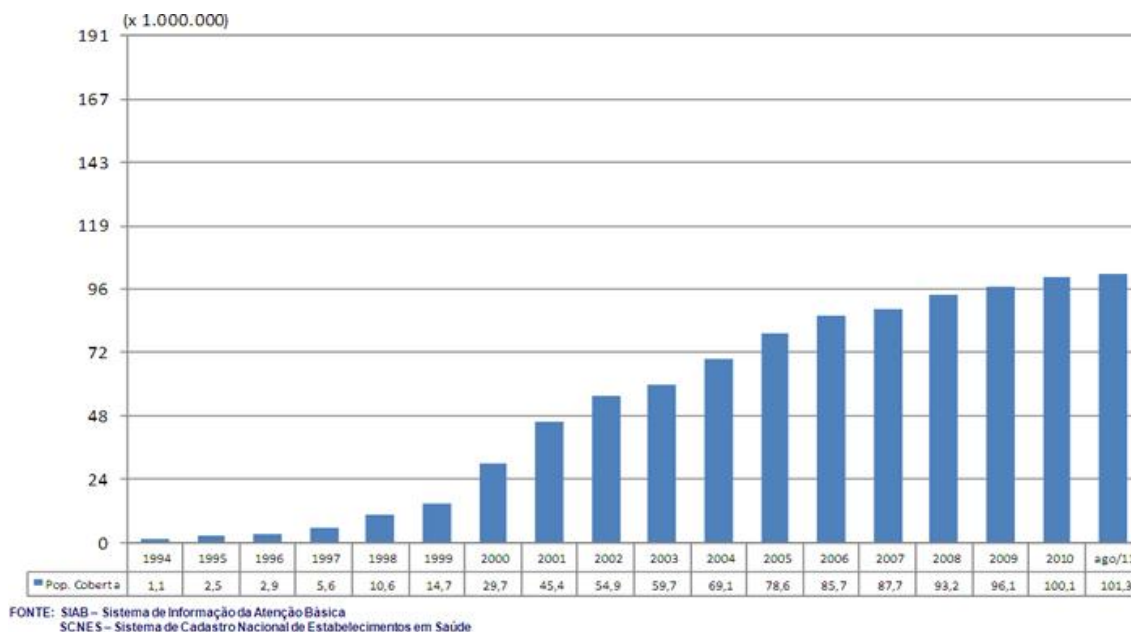
Figura 2: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas



Entre 1999 e 2000 tem-se um vertiginoso crescimento também no número de municípios que implantaram equipes de Saúde da Família. O crescimento no número de cidades e de equipes implicou no aumento da cobertura, fazendo crescer o número de famílias cadastradas e acompanhadas. Em 1994 o total de 300 equipes de Saúde da Família espalhadas em 55 municípios cobriam um contingente populacional de 1,1 milhão de habitantes. Em agosto de 2011, o aumento da cobertura populacional chega a ser quase cem vezes maior, totalizando 101.3 milhões de pessoas.

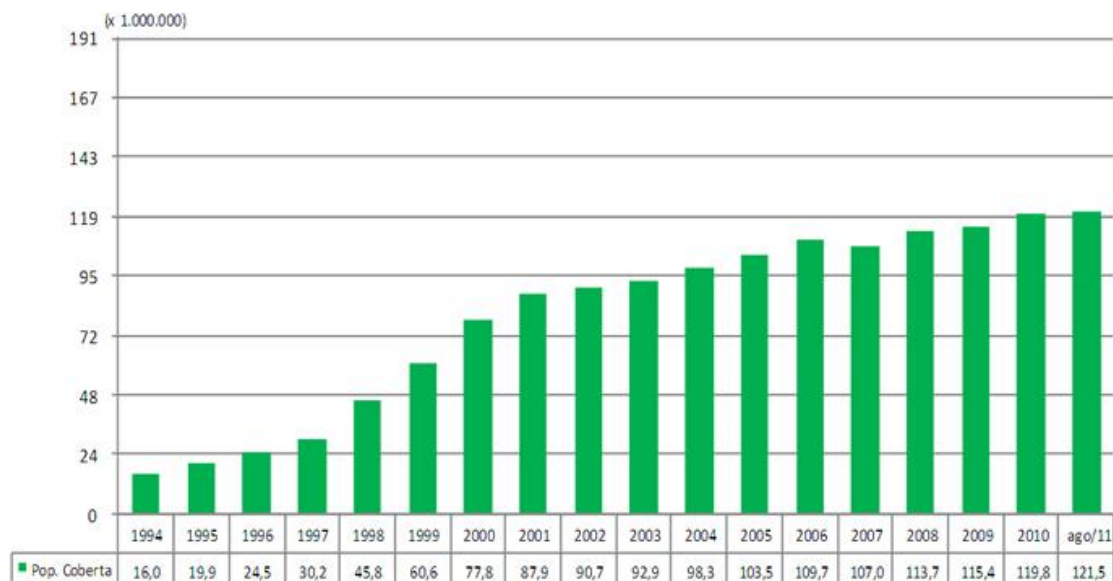
A figura abaixo descreve a evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família entre os anos de 1994 a 2011.

Figura 3: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas



O mesmo se deu com os Agentes Comunitários de Saúde, programa um pouco mais antigo e com maior nível de cobertura do que as equipes de Saúde da Família. Os gráficos a seguir mostram a evolução desses dois programas entre os anos de 1994 e agosto de 2011, quando a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde chegou a 62% da população e a das equipes Saúde da Família passou os 50%, cobrindo respectivamente 121,5 e 101,3 milhões de habitantes.

Figura 4: Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 - AGOSTO 2011



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Os dados acima mostram que a Estratégia de Saúde da Família lançada em nível nacional pelo Ministério da Saúde em 1994 recebeu ampla adesão dos municípios, assim como cresceu vertiginosamente em número de equipes e cobertura populacional.

Esses números mostram a dimensão de uma política de saúde que busca implementar um modelo de atenção fundamentado nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, assim como num contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, que se dão consignados à legislação constitucional e infraconstitucional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Oficialmente, a partir de 2006, por meio da Portaria nº 648, o Saúde da Família passou a ser reconhecido como a principal estratégia de implementação da atenção básica (BRASIL, 2007). Esse caso é representativo da continuidade que foi dada às ações do sistema de saúde, caracterizando-se como uma política de Estado (FAGNANI, 2011), e que ademais atesta a sua consolidação institucional ao longo do tempo. Segundo Machado (2006), o PSF é uma das

três políticas que ganharam destaque do Ministério da Saúde entre os anos de 1990 e 2002 (as outras duas são a política de descentralização e política de combate a AIDS) e entra na agenda governamental impulsionada por algumas experiências locais prévias com modelos similares e pelo apoio de diferentes atores.

Seu processo de implementação envolveu a descentralização da saúde no país, bem como regras e organização especial do Sistema Único de Saúde. No tópico seguinte veremos o funcionamento desse programa/estratégia pautando as atribuições de cada ente da federação, assim como seu o processo de implantação, abordando suas estruturas e principais atores.

3.3 – Estrutura, implantação e atribuições.

Segundo Castro (2009), o caso do Saúde da Família mostra a capilaridade de um programa que se transformou em Estratégia e se consolidou como uma política de Estado, com que também concorda Fagnani (2011). Incorporando os princípios e diretrizes básicas do SUS, esse programa/estratégia descentraliza a saúde fazendo de estados e municípios entes participantes e responsáveis pela saúde da população, competência e atribuições que antes estes entes subnacionais não detinham. Dessa forma cada ente da federação tem suas responsabilidades seguindo a lógica de atribuições do SUS, que atribui, *grosso modo*, o papel de formulador à união e implementador a estados e municípios. Para entender a lógica de funcionamento do PSF é válido abordar antes as atribuições que cada ente da federação tem na operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Assim, na operacionalização do SUS cabe à União o papel de formulador das políticas nacionais de saúde (que, geralmente, são implementadas por estados e municípios). A gestão federal dessa área fica a cargo do Ministério da saúde - MS -, que organiza as políticas de saúde nas seguintes categorias: níveis de atenção – assistência farmacêutica, atenção básica, média e de alta complexidade; grupos populacionais específicos – mulheres, crianças, idosos, trabalhadores, entre outros; ações de vigilância em saúde – vigilância de doenças, agravos e seus fatores de risco e vigilância ambiental (IPEA, 2011). A estrutura central do MS é composta por seis secretarias²¹, que têm a incumbência de elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, dessa forma, as executoras das atividades finalísticas do órgão²². A

²¹ 1) Secretaria de Atenção à Saúde; 2) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 3) Secretaria de Vigilância em Saúde; 4) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 5) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 6) Secretaria Especial de Saúde Indígena. (Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm. Acesso em: 26/07/14)

²² <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>. Acesso: 26/07/14.

atenção básica, nível de atenção ao qual o PSF está vinculado, fica a cargo da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS -, que se subdivide em sete departamentos²³, sendo o Departamento de Atenção Básica – DAB - o responsável pelas ações vinculadas ao PSF.

Ao governo estadual cabe implementar as políticas nacionais e estaduais de saúde, bem como organizar o atendimento em seu território. Nessa esfera, a gestão fica a cargo das Secretarias de Saúde. Cada estado deve aplicar recursos próprios, assim como os repassados pela União, e ser parceiro dos municípios tanto na aplicação das políticas nacionais de saúde, quanto na implementação das suas próprias políticas. Cabe ainda aos gestores estaduais se responsabilizarem pela organização do atendimento à saúde em seu território (Cartilha Entendendo o SUS, 2007).

Os municípios, por sua vez, são considerados os principais responsáveis pela saúde de sua população. Com o Pacto pela Saúde de 2006 o município se tornou o principal responsável pela saúde pública de sua população, cabendo ao gestor municipal assumir a "plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território" (Cartilha Entendendo o SUS, 2007, p.4). A gestão municipal fica a cargo das secretarias municipais de saúde e essas devem utilizar tanto os recursos próprios quanto os repassados pelos estados e União para implementar as políticas da área. O município deve implementar as políticas federais e estaduais, seguindo as diretrizes definidas pelos níveis superiores, detendo maior ou menor autonomia de ação conquanto menor ou maior seja, respectivamente, o grau de regulamentação estabelecido por União e estados para constranger os municípios a seguirem suas diretrizes, inclusive através da normatização do repasse de recursos. Por outro lado, os municípios também, podem formular e implementar suas próprias políticas de saúde, quando supostamente detêm maior autonomia de formulação, gestão e implementação, mas o que depende, para muitos deles, do tamanho do orçamento – e da economia (PIB) – locais. Em caso do município não possuir todos os serviços de saúde, de não dispor de recursos para criá-los e colocá-los em funcionamento, ele pode fazer um pacto com cidades de sua região, buscando, assim, cumprir a diretriz do SUS de atendimento integral à saúde.

²³ 1) Departamento de Atenção Básica; 2) Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência; 3) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 4) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; 5) Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro; 6) Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde; 7) Departamento de Atenção Especializada e Temática. (Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm. Acesso em: 26/07/14)

Institucionalmente, não existe uma hierarquia entre os entes federados, a relação se dá via pactuação intergestores, isto é, "os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde" (Cartilha Entendendo o SUS, 2007, p.8). Essas negociações podem ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (composta por representantes dos três entes federados).

O sistema de saúde nacional, como um todo, tende a organizar o atendimento postulando a atenção básica como porta de entrada. Assim o usuário deve, preferencialmente, passar por postos de saúde, centros de saúde e, unidades de Saúde da Família em um primeiro atendimento, sendo encaminhado em casos de necessidade para outros serviços de maior complexidade, como hospitais e clínicas especializadas.

O Programa Saúde da Família, por sua vez, segue a lógica do SUS no que tange às atribuições dos entes federativos. De acordo com o "Saúde da Família - estratégia para a reorientação do modelo assistencial", publicado pelo Ministério da Saúde em 1997, federação, estados e municípios possuem atribuições específicas no que concerne às ações do referido programa/estratégia. Os quadros abaixo trazem a função e papel de cada ente da federação no funcionamento do PSF.

Quadro 2: Programa Saúde da Família - Atribuições do nível nacional

- Estabelecer normas e diretrizes que definam os princípios da estratégia do PSF.
- Definir mecanismos de alocação de recursos federais para a implantação e manutenção das unidades de Saúde da Família, segundo a lógica de financiamento do SUS.
- Negociar com a Comissão Intergestores Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para a implantação e ou implementação da estratégia do PSF.
- Acompanhar e avaliar a implantação e resultados da estratégia do PSF nos estados e municípios.
- Assessorar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de Saúde da Família no que se refere à elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.
- Articular, com as universidades e instituições de ensino superior, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e ou a implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação lato sensu.
- Incentivar a criação de uma rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em Saúde da Família.
- Promover articulações com outras instâncias da esfera federal, visando garantir a consolidação da estratégia de Saúde da Família.
- Identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família.
- Contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando a reorientação do modelo assistencial.

- Identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.

FONTE: Ministério da Saúde, 1997.

A atuação da União no Programa Saúde da Família tem, *grosso modo*, as funções de formulação, financiamento e apoio na implementação do PSF. A operacionalização dessa política no âmbito da gestão federal do SUS se dá via Departamento de Atenção Básica - DAB -, que está vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS²⁴. O DAB, por sua vez, está subdividido em Coordenações, sendo a Coordenação de Gestão da Atenção Básica – CGAB a principal responsável pelas ações do PSF. O CGAB tem por função "formular e implementar políticas que melhorem a gestão, ampliem a oferta e a resolubilidade das ações e serviços de Atenção Básica / Saúde da Família no SUS, mediante cooperação político-institucional e técnica com estados e municípios"²⁵.

No âmbito estadual, boa parte das atribuições se assemelham às atribuições da esfera nacional, como nos mostra o quadro 3. Salvas as proporções regionais, federação e estados apresentam incumbências em comum, excetuando-se prerrogativas como: promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência, e prestar assessoria técnica aos municípios para a implantação e desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A estrutura organizacional dessa esfera compete às Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo a elas definir qual setor terá a responsabilidade de articular a estratégia de Saúde da Família, assim como executar o papel de interlocutor com o Ministério da Saúde e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

As Secretarias Estaduais podem, no âmbito da assessoria aos municípios, fornecer incentivos para a implementação do PSF, como equipamentos, recursos humanos, insumos/medicamentos, material didático/educativo e recursos financeiros. (MENDES e MARQUES, 2004).

²⁴ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>. Acesso em: 28/07/2014

²⁵ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cgab/cgab.php>. Acesso: 27/07/2014

Quadro 3: Programa Saúde da Família - Atribuições do nível estadual

- Participar, junto ao Ministério da Saúde, da definição das normas e diretrizes da estratégia de Saúde da Família - planejar, acompanhar e avaliar a implantação da estratégia de Saúde da Família em seu nível de abrangência
- Negociar com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prerrogativas técnicas e financeiras para implantação e ou implementação da estratégia de Saúde da Família
- Integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para a equipe do PSF no que se refere à elaboração, execução, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações
- Articular, com as universidades e instituições de ensino superior, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e ou a implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós - graduação *lato sensu*
- Participar da rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em Saúde da Família
- Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência
- Promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, visando garantir a consolidação da estratégia de Saúde da Família
- Identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família
- Contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando a reorientação do modelo assistencial
- Identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais
- Prestar assessoria técnica aos municípios para a implantação e desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família

FONTE: Ministério da Saúde, 1997

A esfera municipal, por sua vez, difere em atribuições dos outros entes da federação. Aos municípios fica a incumbência de implementar o Programa Saúde da Família, cabendo-lhes desde a elaboração do projeto de implantação até sua execução. O quadro número 4 sintetiza suas atribuições:

Quadro 4: Programa Saúde da Família - Atribuições do nível municipal

- Elaborar o projeto de implantação da estratégia de Saúde da Família para a reorientação das unidades básicas de saúde
- Eleger áreas prioritárias para a implantação do projeto
- Submeter o projeto à aprovação do Conselho Municipal de Saúde
- Encaminhar o projeto para parecer da Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite
- Selecionar e contratar os profissionais que comporão a equipe de Saúde da Família
- Promover, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde, a capacitação das equipes de saúde
- Implantar o sistema de informações e avaliação da estratégia de Saúde da Família
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das unidades de Saúde da Família
- Inserir o financiamento das ações das unidades de Saúde da Família na programação ambulatorial do município, definindo a contrapartida municipal
- Garantir a infraestrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da estratégia de Saúde da Família
- Definir os serviços responsáveis pela referência e contrareferência das unidades de Saúde da Família

FONTE: Ministério da Saúde, 1997

Implementar ou não a estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do município é uma decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e debater o assunto com as comunidades onde o programa será implantado. Como foi visto nos quadros acima, ao Ministério da Saúde, junto com as Secretarias Estaduais de Saúde, cabe dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação. (VALENTIM e KRUEL, 2007, p.781)

O município fica responsável por identificar as áreas prioritárias para a implementação do programa, devendo ainda mapear o número de habitantes de cada área e calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários ou apropriados. O processo de implantação envolve também a adequação dos espaços e equipamentos necessários para o funcionamento do programa, a contratação e capacitação dos profissionais e a solicitação formal à Secretaria Estadual de Saúde. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014²⁶).

²⁶ Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.htm>

Como já mencionado, quando implementadas, cabe à cada equipe se responsabilizar pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área²⁷.

Ao médico cabe atender a todos os integrantes da família, independente de sexo e/ou idade, e desenvolver ações preventivas e de promoção da qualidade de vida junto com os demais integrantes da equipe. O enfermeiro tem a função de supervisionar o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, bem como realizar consultas nas unidades de saúde e assistir às pessoas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio. Sobre a responsabilidade do auxiliar de enfermagem está a execução de ações visando à orientação sanitária e a realização de procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde e no domicílio. Aos agentes comunitários de saúde, cabe por sua vez, realizar visitas a cada domicílio ao menos uma vez por mês, mapear e cadastrar cada área, assim como orientar a sociedade para práticas que estimulem hábitos mais saudáveis. Os ACS representam a ligação entre as famílias e o sistema de saúde, e junto com o restante da equipe eles têm função de conhecer a realidade das famílias acompanhadas, buscando assim identificar os principais problemas de saúde e situações de risco que aflijam tais famílias.²⁸

Atualmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS -, é considerado parte da Estratégia Saúde da Família: contudo, existem municípios que ainda contam apenas com os agentes comunitários. Nesses casos o PACS é considerado um programa de transição para a Saúde da Família. Em situações como essas cabe a um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde acompanhar e orientar os agentes comunitários de saúde. Duas situações distintas podem pautar a relação do ACS com à rede do SUS: 1) ACS ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica do Saúde da Família; e 2) ACS ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. O fato de nem toda equipe de agentes comunitários estar ligada à uma equipe de saúde da família que explica o número maior de municípios com Agentes Comunitários da Saúde, comparado ao número de municípios com Equipes de Saúde da Família²⁹.

²⁷ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso: 06/07/2014

²⁸ Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.htm>. Acesso: 06/07/2014

²⁹ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso: 06/07/14

Em municípios onde o PSF está implementado existe a possibilidade de implantar equipes de saúde bucal³⁰, assim como expandir as equipes de saúde da família no que tange aos seus integrantes. Em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família - NASF -, com o objetivo de “apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações”³¹.

Profissionais de diferentes áreas do conhecimento compõem a equipe do NASF, atuando em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família. Nos municípios em que o NASF foi implementado, cabe ao gestor municipal definir a composição das equipes levando em conta a modalidade do núcleo que será implementado. Até 2012, existiam duas modalidades, sendo: o NASF 1 composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior³², vinculado a de oito a vinte Equipes de Saúde da Família; e o NASF 2 composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes³³, vinculado a no mínimo três Equipes de Saúde da Família. Contudo, através da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma nova modalidade e reformulou as já existentes^{34,35}.

³⁰ A adoção da Estratégia Saúde da Família é prerrogativa dos municípios: alguns possuem apenas os Agentes Comunitários, outros aderiram ao Saúde da Família, implantando as Equipes de Saúde da Família. Em outros casos, além dos agentes comunitários e das equipes de saúde da família encontram-se implementadas as equipes de saúde bucal, que fazem parte do Brasil Sorridente – Programa Nacional de Saúde Bucal, e que foram vinculadas à Saúde da Família. O Brasil Sorridente, programa iniciado em 2003, constitui-se em uma série de medidas que buscam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, sendo a reorganização em atenção básica à saúde bucal, com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família, uma das principais ações desse programa. (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>. Acesso: 06/07/2014). Em dezembro de 2010, todos os estados possuíam municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas, o que correspondia a 4830 municípios. (http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

³¹ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php Acesso: 06/07/2014

³² “Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra”. (<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em: 09:08 07/07/14).

³³ “Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional”. (<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em: 09:08 07/07/14).

³⁴ (http://bvms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso: 06/07/14

³⁵ Com a nova formulação o NASF passa a configurar-se da seguinte forma: NASF 1 está vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica. A equipe NASF 1 é equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior, atendendo às seguintes condições: I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais; II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal. Sendo assim, nesta modalidade é possível que uma equipe tenha, no mínimo, de 3 a 10 ocupações.

O NASF 2 vincula-se a no mínimo 3 e a no máximo 4 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica. Sua equipe é formada por uma composição de profissionais de nível superior que devem atender às condições que seguem: I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve

O NASF, assim como a ampla implantação dessa estratégia em grande parte dos municípios do país, são fatos que demonstram a consolidação do Saúde da Família, que desde 1994 vem sendo implantado em nível nacional e atuando na reorganização da atenção básica, possivelmente contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a partir de seu duplo enfoque, preventivo e coletivista. Interessa a este trabalho, pois, oferecer contribuições para a avaliação do sucesso, do referido programa/estratégia quanto à melhoria das condições de saúde da população e, mais especificamente, de acordo com o recorte de pesquisa já definido, para a diminuição dos índices de mortalidade na infância, que vêm sendo constatados nos últimos anos. Será que há uma relação de causa e efeito entre a difusão da implementação descentralizada da ESF e das eSF nos municípios brasileiros e a diminuição das taxas de mortalidade na infância? Em que medida a implementação do programa pode ter contribuído pra isso? Em que condições os resultados do programa se mostram mais efetivos? E que fatores contribuem ou trazem dificuldade para o sucesso do programa? Visando responder a algumas destas questões e apresentar elementos e análises que auxiliem a responder a outras, apresentaremos no próximo capítulo os resultados da pesquisa aqui proposta. Como veremos, os dados obtidos e as análises realizadas trazem evidências que sugerem que, sim, o programa/estratégia Saúde da Família, tem contribuído para uma melhoria das condições de saúde das populações dos estados brasileiros, especificamente no que se refere à diminuição da mortalidade na infância, sendo possível supor uma associação positiva, provavelmente de causa e efeito, entre a expansão das eSF e a diminuição dos índices de mortalidade na infância, com variações que serão explicitadas e analisadas a seguir. Sendo assim, analisaremos no próximo capítulo a influência do Saúde da Família na redução da taxa mortalidade na infância tendo como base a meta da ODM no que tange à essa taxa.

acumular, no mínimo, 120 horas semanais; II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal. Assim as equipes possuem no mínimo de 3 a 6 ocupações.

Por fim, o NASF 3 está vinculado a uma ou duas equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As condições para a composição são: I – mínimo de 80 horas semanais quando somadas as cargas horárias semanais dos membros da equipe; II – Nenhum profissional poderá ter carga horária inferior a 20 horas; III cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

CAPÍTULO 4

Objetivo de Desenvolvimento do Milênio número 4: o PSF como política de redução da mortalidade na infância no Brasil.

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas, em conjunto com líderes mundiais estabeleceu uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana. Buscava-se com essa agenda combater "inimigos históricos da humanidade, como pobreza e fome, desigualdade de gênero, doenças transmissíveis e evitáveis, destruição do meio ambiente e condições precárias de vida" (IPEA, 2014, p.10).

Com base nesses compromissos foram criados os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que buscam cumprir "a difícil missão de representar em números as múltiplas dimensões do contexto socioeconômico de cada país" (IPEA, 2014, p.17). Dentre esses objetivos estava a preocupação com a redução da mortalidade na infância (meta número 4), que estipulava uma redução em dois terços do nível, de 1990 até 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos.

De 1990 a 2012 a taxa de mortalidade na infância mundial caiu 47%, passando de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos. Essa evolução representou menos 17 mil crianças morrendo por dia. Contudo, esta taxa ainda é alta e acima da meta de 17,9, estipulada para 2015 (IPEA, 2014).

O Brasil aderiu à agenda e se comprometeu com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e em 2011, quatro anos antes do prazo, alcançou a taxa de 17,9 óbitos de crianças menores de cinco anos nascidas vivas por grupo de mil. No país, mais de 85% das mortes de crianças com menos de 5 anos ocorre ainda no primeiro ano de vida. Essa mortalidade que consiste na taxa de mortalidade infantil é considerado o segundo indicador oficial do ODM 4, sendo a taxa de mortalidade na infância o primeiro. O país também obteve sucesso no que concerne a esse segundo indicador. Entre 1990 a 2011, a taxa de mortalidade infantil brasileira caiu de 47,1 para 15,3, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015 (IPEA, 2014).

Apesar da taxa nacional de mortalidade na infância chegar à meta estipulada pela ONU, as taxas estaduais são consideravelmente variadas, assim como seu ritmo de redução, conforme já alertado. A taxa diminuiu em todas as regiões do país, tendo o Nordeste apresentado uma redução de 76% da mortalidade na infância, mostrando, assim, um ritmo mais acelerado na redução.

Segundo o Relatório Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, parte do sucesso brasileiro em alcançar a meta A (taxa de mortalidade na infância) do ODM 4 seu deu graças às melhorias das condições sanitárias e sociais, bem como por conta das mudanças demográficas. O Relatório salienta também a importância do SUS, criado após a Constituição de 1988, na qual a saúde se torna um direito, e "a ampliação da atenção básica, principalmente por meio da estratégia de Saúde da Família" (IPEA, 2014, p.69).

Entre os anos de 2000 e 2011, como foi visto nos capítulos anteriores, o Programa Saúde da Família fez-se presente em todos os estados do país. Sendo assim, neste capítulo será analisada a possível influência do Programa Saúde da Família para que os estados brasileiros lograssem atingir a meta de redução de mortalidade na infância.

4.1 – Mortalidade na Infância e Programa Saúde da Família: descrição e análise

Os resultados que seguem mostram uma diminuição da taxa de mortalidade na infância e um aumento da proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família por estado. Eles contemplam as taxas de mortalidade na infância dos estados ano-a-ano, portanto, temos vinte e sete unidades da federação que apresentaram doze taxas de mortalidade na infância cada. Cada estado/ano é considerado um caso na nossa análise. Contemplamos assim, o fato que ao longo do recorte temporal, a situação de cada estado foi modificando-se ano-a-ano. Assim, foi possível categorizar situações como o nível da proporção da população dos estados a cada ano, bem como observar em quais anos um determinado estado cumpriu a meta, podendo ainda relacionar o nível de cobertura aos anos em que a meta foi ou não atingida.

Em relação à análise, primeiramente apresentamos os dados sobre a taxa de mortalidade na infância, em sequência trazemos os dados sobre o PSF e, feito isso, analisamos os resultados dos testes de correlação de Pearson, Chi-quadrado, T *Student* e ANOVA. O teste de Pearson foi utilizado para testar a correlação entre as variáveis, testando a associação entre as variáveis quantitativas³⁶. Esse teste foi feito tanto para o nível nacional, quanto para os estados em específicos. O Chi-quadrado, por sua vez, testou a associação entre as duas variáveis categóricas: “Nível de cobertura” (a proporção da população coberta pelo PSF em

³⁶ Proporção de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; Proporção de cobertura populacional dos Agentes comunitários de Saúde (ACS); Taxa de Mortalidade na Infância a cada 1000 crianças menor que 5 anos nascidas vivas; Distância da meta de 17,9 até 2015; Deslocamento Final da Taxa de Mortalidade na Infância em relação ao Início da Série (2000-2011); Deslocamento da Taxa de Mortalidade na Infância Ano-a-Ano (2000-2011); Índice de GINI; PIB per capita; Taxa de Analfabetismo.

um estado num determinado ano, classificada entre três níveis, baixa, média e alta cobertura) vs “Atendeu a meta” (indica que um estado que num determinado ano apresentou taxa de mortalidade na infância abaixo de 17,9). Após fazer a descritiva e apresentar a correlação dessas variáveis, testamos se dentro de cada variável categórica – “Nível de Cobertura” e “Atendeu a meta” – existe uma diferença estatística entre as médias das variáveis quantitativas e qual o tipo de variação que elas apresentam. Para a variável “Atendeu a meta”, usamos o teste *T Student*, que testou se há diferença de cenário entre os estados que bateram e não bateram a meta do milênio. ANOVA foi usado para testar a variância da variável “Deslocamento ano-a-ano” em relação à variável categórica “Nível de cobertura”, observando em quais dos níveis de cobertura a taxa variou mais.

Sendo assim, iniciamos com a descrição das taxas de mortalidade na infância nos diferentes estados brasileiros entre os anos de 2000 a 2011.

Tabela 4: Estatística descritiva da taxa de mortalidade na infância (grupo de mil nascidos vivos menores que 5 anos) por UF para o período de 2000-2011

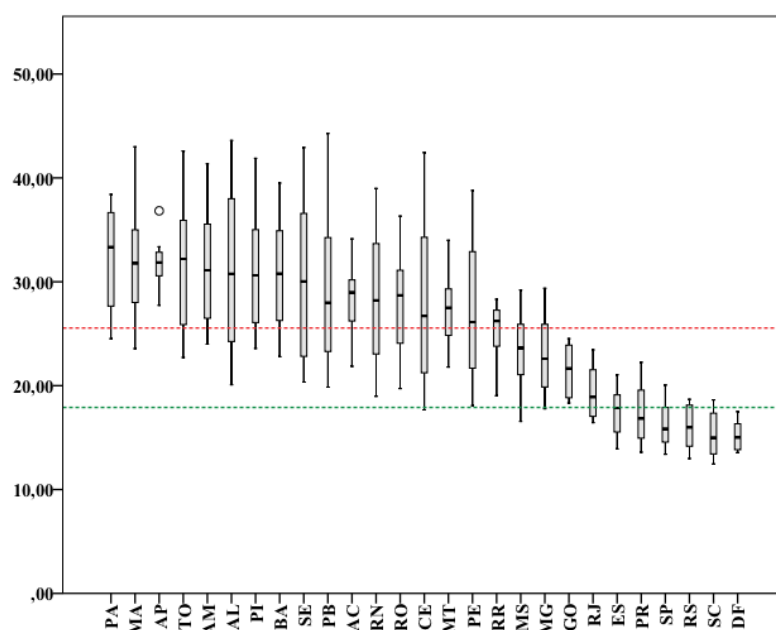
UF	N	Min.	Max.	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
AC	12	21,86	34,14	28,52	3,57	0,13
AL	12	20,09	43,61	31,19	7,99	0,26
AM	12	23,99	41,36	31,62	5,74	0,18
AP	12	27,73	36,83	31,80	2,26	0,07
BA	12	22,79	39,50	30,92	5,57	0,18
CE	12	17,66	42,43	27,96	7,84	0,28
DF	12	13,56	17,50	15,15	1,42	0,09
ES	12	13,91	21,04	17,52	2,34	0,13
GO	12	18,33	24,53	21,45	2,43	0,11
MA	12	23,57	43,00	32,02	5,48	0,17
MG	12	17,78	29,37	22,99	3,78	0,16
MS	12	16,55	29,20	23,33	3,74	0,16
MT	12	21,79	33,99	27,33	3,50	0,13
PA	12	24,52	38,41	32,25	4,95	0,15
PB	12	19,86	44,27	29,47	7,82	0,27
PE	12	18,08	38,79	27,28	6,75	0,25
PI	12	23,58	41,88	31,05	5,99	0,19
PR	12	13,60	22,25	17,31	2,86	0,17
RJ	12	16,43	23,44	19,32	2,45	0,13
RN	12	18,97	38,99	28,29	6,53	0,23
RO	12	19,72	36,33	28,12	5,07	0,18
RR	12	19,03	28,31	25,27	2,73	0,11
RS	12	12,98	18,68	16,05	2,10	0,13
SC	12	12,47	18,62	15,33	2,16	0,14
SE	12	20,34	42,92	30,24	7,83	0,26
SP	12	13,39	20,06	16,26	2,13	0,13
TO	12	22,72	42,58	31,74	6,47	0,20

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

Como podemos observar na tabela acima, ao longo do período analisado os estados do Pará (32,25), do Maranhão (32,02) e do Amapá (31,8) apresentaram as maiores médias de mortalidade na infância. Na posição oposta aparecem Distrito Federal (15,15), Santa Catarina (15,33) e Rio Grande do Sul (16,05) com as menores médias do período. Esses números mostram a realidade discrepante entre os estados brasileiros quando observada a mortalidade na infância. Observando as taxas máximas de mortalidade na infância das unidades da federação, dentro do período estudado³⁷, algumas estavam próximas da meta estipulada pela ODM (17,9), enquanto em outros casos, o valor mais alto do número de óbitos infantis foi muito superior à meta. No Distrito Federal em especial, a maior taxa atingida (17,5) esteve abaixo da meta estipulada. Situação que se difere muito da realidade de Paraíba (44,27), Alagoas (43,61) e Maranhão (43), cujas maiores taxas apresentadas estavam muito distantes da meta.

Paraíba (0,27) e Alagoas (0,26), junto com Ceará (0,28) e Sergipe (0,26), destacam-se também por fazerem parte do grupo de estados com maior coeficiente de variação. O box-plot abaixo ilustra tais informações.

Gráfico 1: box-plot da taxa de mortalidade infantil entre 2000-2011



Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

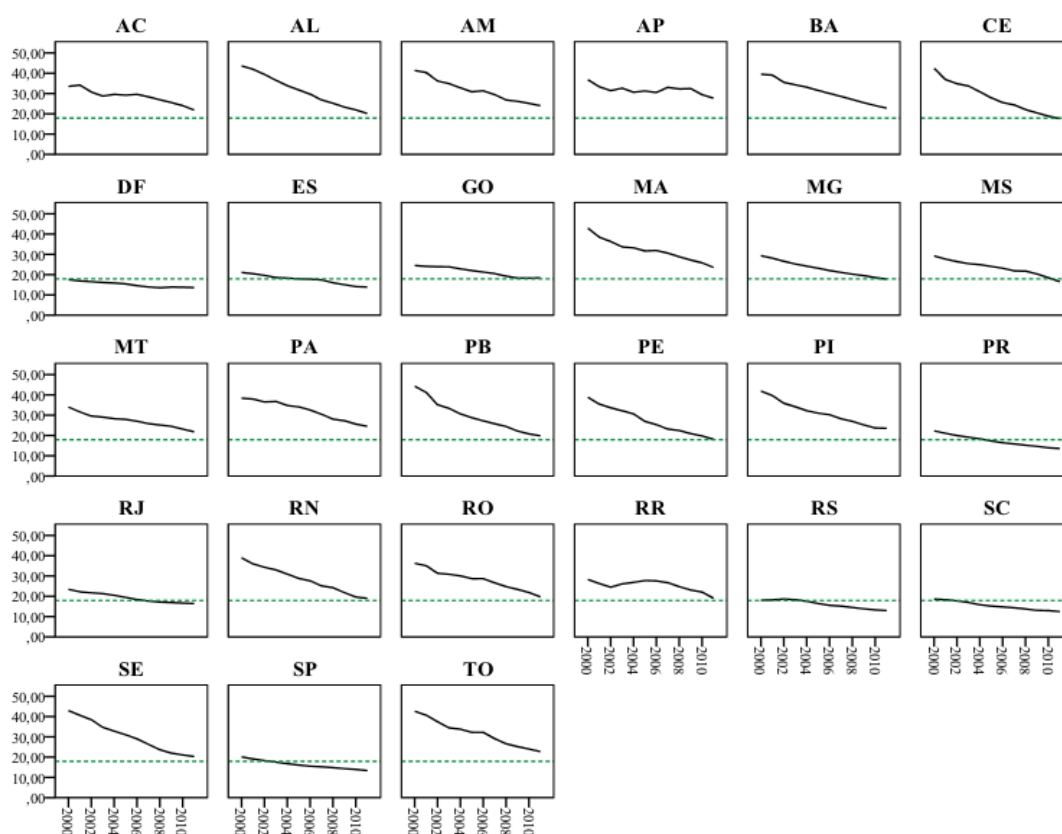
Obs: A linha vermelha é a média para o período e a linha verde é a meta (17,9) para redução de mortalidade.

³⁷ Isto é, entre 2000 e 2010, a taxa máxima representa o ano em que o estado teve a maior mortalidade na infância do recorte.

No gráfico 1 podemos visualizar os Estados em que houve menor variação nas taxas de mortalidade infantil, assim como os estados que já alcançaram a meta para o milênio representada pela linha verde. Tais fatos serão melhor explorados na análise da próxima figura.

Na Figura 5 apresentamos um painel da taxa de mortalidade, verificando a evolução das taxas ano-a-ano por estado, bem como observando os estados que conseguiram ou não atingir a meta.

Figura 5: Taxa de mortalidade infantil (grupo de mil nascido vivos menor que 5 anos) por UF no período entre 2000 e 2011



Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

Obs: A linha verde é a meta de 17,9 estipulada até 2015

Aqui podemos observar como a taxa de mortalidade na infância variou ano-a-ano nos estados, de onde se infere que todos os estados brasileiros apresentaram redução da taxa entre 2000 e 2011, porém muitos continuaram acima da meta estipulada pela ODM.

Das 27 unidades da federação, 17 não obtiveram sucesso em alcançar a meta (17,9 por cada grupo de mil). Em 2011, o Amapá foi o estado que esteve mais longe de alcançar o

Objetivo do Milênio em questão, tendo apresentado uma taxa de 27,73 mortes por grupo de mil. Em situação semelhante aparece um grupo de estados composto por Pará (24,52), Amazonas (23,99), Piauí (23,58), Maranhão (23,57), Bahia (22,79), Tocantins (22,72), Acre (21,86), Mato Grosso (21,79), Sergipe (20,34), Alagoas (20,09), Paraíba (19,86) e Rondônia (19,72), que em 2011 apresentavam números acima da meta. Completando o grupo dos que não alcançaram a meta, estados como Roraima (19,03), Rio Grande do Norte (18,97), Goiás (18,42) e Pernambuco (18,08), destacam-se por chegarem perto, necessitando reduzir aproximadamente apenas um óbito de crianças com até cinco anos, por grupo de mil nascidos vivos³⁸ entre 2011 e 2012, para atingirem a meta.

Em situação oposta, temos estados como Santa Catarina (12,47), Rio Grande do Sul (12,98), São Paulo (13,39), Paraná (13,6), Distrito Federal (13,64), Espírito Santo (13,91), Rio de Janeiro (16,43), Mato Grosso do Sul (16,55), Ceará (17,66), e Minas Gerais (17,78), que conseguiram ficar abaixo da meta em 2011. Dentre esse grupo vale destacar o desempenho do Ceará, que apresentou uma queda vertiginosa da mortalidade na infância em seu território, reduzindo sua taxa de 42,43 para 17,66 óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos.

Com isso, o Ceará foi o único estado da Região Nordeste do país a bater a meta. Os outros estados que cumpriram a meta estão concentrados no sul e sudeste do Brasil, com exceção do Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Este último por sua vez, foi a única unidade federativa do país a ter já no ano 2000 o número de óbitos infantis menor do que o estipulado pela meta. Nos anos seguintes outros estados passaram a constituir o grupo dos que atingiram a meta, como Santa Catarina em 2002, que atinge a meta registrando naquele ano uma taxa de 17,74 óbitos infantis. Em 2003, São Paulo chega a taxa de 17,52 e passa a fazer parte desse grupo. Em sequência tem-se: o Rio Grande do Sul (17,55) em 2004; Paraná (17,31) em 2005; Espírito Santo (17,92) em 2006; Rio de Janeiro (17,64) em 2007; e Mato Grosso do Sul (16,55), Ceará (17,66) e Minas Gerais (17,78) em 2011.

Nessa descrição ficam salientes as diferenças regionais do país. Observando as unidades federativas que não atingiram a meta nota-se a predominância de estados das regiões Norte e Nordeste, e parte do Centro-Oeste. Entre os que cumpriram a meta encontram-se todos os

³⁸ Considerando as médias de redução da taxa de mortalidade na infância a cada ano que esses estados apresentaram (Pernambuco – 1,8827; Rio Grande do Norte - 1,8200; Roraima – 0,8436; e Goiás – 0,555) a meta seria batida até 2015.

estados das regiões Sul e Sudeste, além de Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, da região Centro-Oeste, e Ceará.

Se levarmos em conta as médias do período, disponíveis na tabela 4, a análise se mantém. As maiores taxas de mortalidade na infância estão concentradas entre os estados do Norte e do Nordeste. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram médias mais baixas, porém, com números superiores à meta, apenas o Distrito Federal possui média abaixo do estipulado pela ODM para 2015.

Sabendo, por meio dessa descrição, que a meta foi batida em dez estados e que nota-se diferenças regionais nesse aspecto, cabe voltarmos o olhar para outro ponto da nossa análise, a cobertura do Programa Saúde da Família.

Tabela 5: Estatística descritiva da proporção estimada da população coberta pelo PSF, por UF para o período de 2000-2011

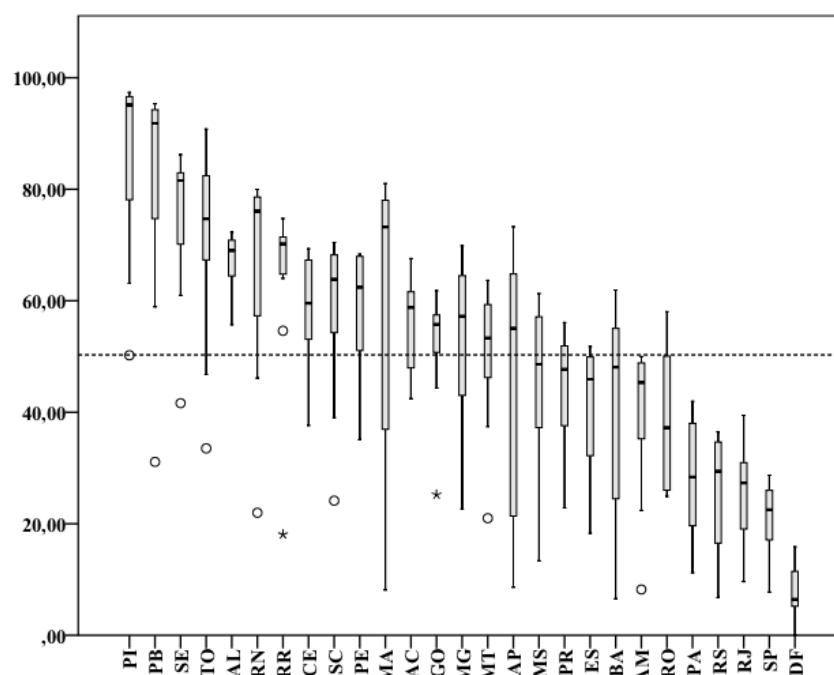
UF	N	Min.	Max.	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
AC	12	42,44	67,55	55,96	8,49	0,15
AL	12	55,71	72,30	66,97	5,15	0,08
AM	12	8,22	49,97	39,50	12,89	0,33
AP	12	8,63	73,28	45,74	23,41	0,51
BA	12	6,56	61,91	40,09	18,64	0,46
CE	12	37,66	69,32	58,77	9,65	0,16
DF	12	0,00	15,87	8,02	4,73	0,59
ES	12	18,33	51,78	40,84	11,03	0,27
GO	12	25,24	61,79	52,45	9,82	0,19
MA	12	8,14	81,01	57,35	26,35	0,46
MG	12	22,63	69,84	52,30	15,28	0,29
MS	12	13,36	61,27	45,15	14,98	0,33
MT	12	21,00	63,64	50,63	12,14	0,24
PA	12	11,23	41,94	27,98	10,40	0,37
PB	12	31,10	95,34	82,14	19,93	0,24
PE	12	35,07	68,34	58,28	10,86	0,19
PI	12	50,22	97,37	85,95	15,62	0,18
PR	12	22,85	56,09	44,12	10,09	0,23
RJ	12	9,62	39,45	25,46	8,42	0,33
RN	12	21,98	79,97	66,51	18,09	0,27
RO	12	24,91	58,05	38,42	12,99	0,34
RR	12	18,10	74,73	64,31	15,53	0,24
RS	12	6,77	36,50	25,50	10,60	0,42
SC	12	24,14	70,46	58,35	14,04	0,24
SE	12	41,64	86,21	75,04	12,98	0,17
SP	12	7,75	28,72	20,85	6,66	0,32
TO	12	33,53	90,78	71,24	16,67	0,23

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

A tabela 5 descreve a proporção estimada de população coberta por equipes do Programa Saúde da Família. Como podemos observar nos dados acima, o Piauí (85,95%), a Paraíba (82,14%), o Sergipe (75,14%) e o Tocantins (71,24%) foram os estados que tiveram

as maiores médias de cobertura no período analisado. Esses estados apresentaram também as maiores taxas de cobertura em um determinado momento do recorte temporal - Piauí (97,37%), Paraíba (95,34%), Tocantins (90,78%), Sergipe (86,21%). Já Distrito Federal (15,87%), São Paulo (20,85%), Rio de Janeiro (25,46%), Rio Grande do Sul (25,5%) apresentaram as menores médias de cobertura. O gráfico 2 ilustra estas informações.

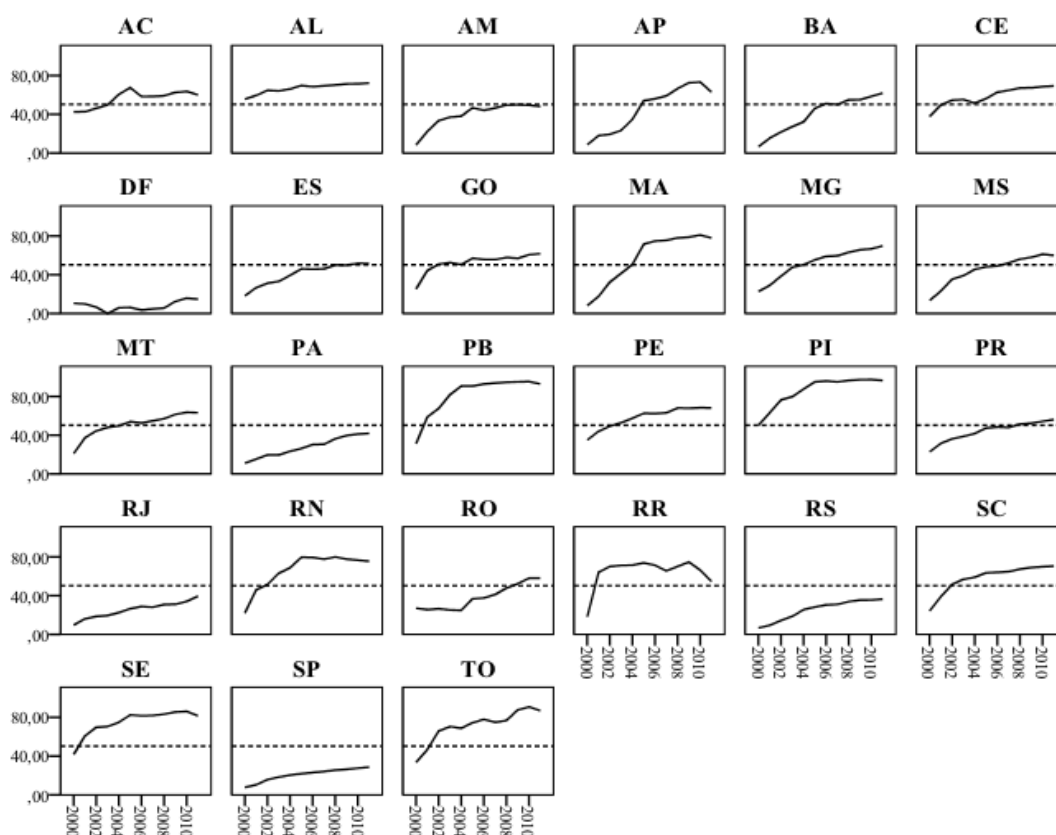
Gráfico 2: média e box-plot da proporção estimada da população coberta pelo PSF entre 2000-2011



Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

No box-plot acima podemos visualizar a variação na proporção da população atendida pelo Programa Saúde da Família por estados. Abaixo, na figura 6 apresentamos um painel da proporção de famílias cobertas pelo PSF por estado e ano, assim podemos ver como a cobertura populacional evoluiu ao longo dos anos, destacando os estados onde houve menor e maior crescimento.

Figura 6: Proporção de população coberta pelo PSF por UF no período entre 2000 e 2011



Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

Observando os estados ano-a-ano no painel, nota-se que houve crescimento da proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família em todas as unidades da federação, porém, de maneira não linear. Enquanto alguns estados apresentaram uma vertiginosa expansão da cobertura, outros tiveram uma adesão ao programa mais retraída. Considerando a cobertura do ano de 2000, que marca o ano que a meta da ODM para a taxa de mortalidade na infância foi estipulada, e portanto, marco inicial do recorte temporal aqui adotado, vemos que naquele ano as equipes de Saúde da Família apresentavam baixa cobertura populacional na maior parte dos estados. Apenas em Alagoas e Piauí a proporção de cobertura passava dos 50% da população (55,71% e 50,22%, respectivamente). Em outros oito estados a proporção da população coberta ultrapassava 25% da população – Acre (42,44%), Sergipe (41,64%), Ceará (37,66%), Pernambuco (35,07%), Tocantins (33,53%), Paraíba (31,1%), Rondônia (27,07%) e Goiás (25,24%). Nas demais dezessete unidades da federação a proporção da cobertura não passava de $\frac{1}{4}$ da população.

Ao final do período estudado, 2011, temos que Piauí (96,65%), Paraíba (92,92%), Tocantins (86,94%), Sergipe (81,41) e Maranhão (77,94) se destacam com as maiores proporções de população coberta por equipes de Saúde da Família. Alagoas, que possuía a segunda maior taxa em 2000, aumenta sua cobertura, porém a proporção da população atendida é de 72,3%, ficando atrás dos estados citados acima e do Rio Grande do Norte (75,47%). O Distrito Federal, por sua vez, foi a unidade federativa com menor cobertura, 14,77%, apresentando uma ligeira queda em relação a 2010, que apresentou, dentro da cobertura temporal analisada, o maior valor, 15,87. Além do DF, apenas em São Paulo (28,72%), Rio Grande do Sul (36,5%), Rio de Janeiro (39,45%), Pará (41,94) e Amazonas (48,14%) a cobertura não atingia metade da população.

Quando observamos a proporção da população coberta por regiões, não é possível encontrar um padrão tão claro quanto na mortalidade na infância. Ainda assim é possível fazer alguns destaques, como a ampla cobertura na maior parte dos estados do Nordeste³⁹, e uma cobertura mais variada nas outras regiões, a exemplo do Norte, onde Tocantins (86,94%) apresentou a terceira maior taxa de cobertura em 2011 e o Pará a quinta menor (41,94%). Levando em conta as médias de cobertura do período, disponíveis na tabela 5, o efeito é semelhante, as maiores médias encontram-se nos estados do Norte e Nordeste, ainda que se encontre a presença de Santa Catarina com a nona maior média de cobertura e estados do Norte como Amazonas, Rondônia e Pará, com pequenas médias de cobertura.

Apresentando padrões distantes, cabe verificar como se correlacionam essas variáveis. Para tanto, a tabela 6 apresenta o teste de correlação de Pearson das variáveis dependente e independente descritas anteriormente, bem como das variáveis de controle: Proporção da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde; Índice de GINI; Taxa de Analfabetismo; e PIB *per capita* em nível Brasil. As variáveis controle, no caso, acrescentam um outro fator de cobertura da Estratégia Saúde da Família, além de aspectos socioeconômicos.

“O coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida de associação linear entre variáveis.” (FIGUEIREDO FILHO & SILVA JR., 2009, p.118), ou seja, é uma medida que verifica o grau em que duas variáveis estão associadas (correlacionadas) de forma linear (diretamente relacionadas). Este coeficiente varia entre -1 e 1, sendo estes valores correlação perfeita, e zero falta de correlação. Segundo Cohen (1988), valores entre 0,10 e 0,29 são

³⁹ Todos os estados contavam, ao menos, com mais de 50% da população coberta pelas equipes de Saúde da Família em 2011

pequenos (e a correlação considerada fraca); de 0,30 a 0,49 podem ser considerados moderados (média correlação); e valores entre 0,50 e 1 são grandes (correlação forte). Essa lógica é usada em módulo, ou seja, independente do sinal, que serve para indicar se os valores das variáveis, quando correlacionadas, crescem ou diminuem juntas (correlação positiva), ou, ao contrário, variam de forma inversa – quando uma cresce a outra diminui, ou vice-versa (correlação negativa), que é a que supostamente se deva obter, no caso aqui em análise, se verificada correlação entre as variáveis dependente e independente, isto é, que a taxa de mortalidade da infância diminua conforme a taxa de cobertura do PSF aumente.

Tabela 6: Correlação de Pearson no nível Brasil no período entre 2000 e 2011

		Mortalidade na infância	Prop. Pop. ESF	Prop. Pop. ACS	GINI	Taxa de analfabetismo	PIB per capita
Mortalidade na infância	r	1,000	0,057	0,513	0,442	0,661	-0,709
	p-valor		0,303	0,000	0,000	0,000	0,000
Prop. Pop. ESF	r		1,000	0,709	-0,139	0,480	-0,283
	p-valor			0,000	0,012	0,000	0,000
Prop. Pop. ACS	r			1,000	-0,014	0,550	-0,568
	p-valor				0,805	0,000	0,000
GINI	r				1,000	0,500	-0,201
	p-valor					0,000	0,000
Taxa de analfabetismo	r					1,000	-0,641
	p-valor						0,000
PIB per capita	r						1,000
	p-valor						

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS, IBGE e SIGOBr.

Analisando os resultados no nível nacional, vemos que a variável dependente apresenta forte correlação com as variáveis PIB *per capita* (-0,709), Taxa de analfabetismo (0,661), Proporção da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde (0,513), e Índice GINI (0,661). Segundo este teste, a correlação entre as variáveis Mortalidade na Infância e Proporção da População Coberta por equipes de Saúde da Família é baixa (0,057).

Outro aspecto a ser observado quanto a estes testes estatísticos, além dos valores do coeficiente de Pearson (r), são os valores dos p-valores, pois estes indicam a probabilidade de um determinado fenômeno acontecer aleatoriamente ou ser uma evidência. Consideramos como evidência, ou seja, estatisticamente significantes os testes em que o p-valor foi menor que 0,05 (p-valor < 0,05), como recomenda Figueiredo Filho et. al. (2013). Nesse caso, observamos que a correlação entre a Mortalidade na Infância e a Proporção da População

Coberta por equipes de Saúde da Família não é significativa, pois o p-valor está acima de 0,05.

Observando a correlação por estados vemos que a associação entre as variáveis se diferencia caso a caso. Na tabela seguinte temos os testes de correlação de Pearson no nível das Unidades Federativas.

Tabela 7: Correlação de Pearson entre Estimativa da Proporção da população coberta pelo PSF vs taxa de mortalidade na infância, por UF, no período de 2000 a 2011

UF		Sem Controle	Cont. ACS	Cont. GINI	Cont. PIB per capita	Cont. Taxa de Analfabetismo	C/ todos controles
AC	r	-0,712	-0,015	-0,632	-0,075	-0,770	-0,031
	p-valor	0,009	0,964	0,037	0,826	0,006	0,941
AL	r	-0,935	0,376	-0,915	-0,811	-0,887	-0,737
	p-valor	0,000	0,254	0,000	0,002	0,000	0,037
AM	r	-0,922	-0,588	-0,938	-0,911	-0,971	-0,890
	p-valor	0,000	0,057	0,000	0,000	0,000	0,003
AP	r	-0,580	0,027	-0,550	-0,008	-0,510	0,064
	p-valor	0,048	0,937	0,080	0,982	0,109	0,881
BA	r	-0,969	-0,661	-0,971	-0,811	-0,661	-0,492
	p-valor	0,000	0,027	0,000	0,002	0,027	0,216
CE	r	-0,962	-0,907	-0,932	-0,860	-0,690	-0,718
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,001	0,019	0,045
DF	r	-0,256	0,158	-0,380	0,773	-0,092	0,675
	p-valor	0,421	0,643	0,250	0,005	0,787	0,067
ES	r	-0,913	-0,788	-0,812	-0,491	-0,589	-0,166
	p-valor	0,000	0,004	0,002	0,125	0,057	0,695
GO	r	-0,732	0,526	-0,476	-0,089	-0,356	-0,643
	p-valor	0,007	0,096	0,139	0,794	0,283	0,085
MA	r	-0,921	-0,077	-0,896	-0,584	-0,756	0,115
	p-valor	0,000	0,823	0,000	0,059	0,007	0,786
MG	r	-0,981	0,340	-0,959	-0,966	-0,877	-0,660
	p-valor	0,000	0,306	0,000	0,000	0,000	0,075
MS	r	-0,923	0,301	-0,885	-0,682	-0,663	0,055
	p-valor	0,000	0,368	0,000	0,021	0,026	0,897
MT	r	-0,956	-0,105	-0,891	-0,805	-0,905	-0,919
	p-valor	0,000	0,759	0,000	0,003	0,000	0,001
PA	r	-0,983	-0,858	-0,990	-0,799	-0,982	-0,874
	p-valor	0,000	0,001	0,000	0,003	0,000	0,005
PB	r	-0,905	-0,041	-0,868	-0,945	-0,857	-0,842
	p-valor	0,000	0,906	0,001	0,000	0,001	0,009
PE	r	-0,961	-0,345	-0,920	-0,917	-0,912	-0,842
	p-valor	0,000	0,299	0,000	0,000	0,000	0,009
PI	r	-0,927	0,125	-0,875	-0,966	-0,935	-0,794
	p-valor	0,000	0,715	0,000	0,000	0,000	0,019
PR	r	-0,982	-0,748	-0,940	-0,927	-0,740	-0,866
	p-valor	0,000	0,008	0,000	0,000	0,009	0,005
RJ	r	-0,970	-0,610	-0,966	-0,652	-0,778	-0,692
	p-valor	0,000	0,046	0,000	0,030	0,005	0,057
RN	r	-0,822	-0,200	-0,781	-0,891	-0,889	-0,904
	p-valor	0,001	0,556	0,005	0,000	0,000	0,002
RO	r	-0,929	-0,444	-0,957	0,045	-0,944	-0,428
	p-valor	0,000	0,171	0,000	0,895	0,000	0,290
RR	r	-0,124	0,335	-0,082	0,144	0,043	-0,036
	p-valor	0,702	0,314	0,810	0,672	0,899	0,933

RS	r	-0,897	-0,479	-0,823	-0,326	0,261	-0,360
	p-valor	0,000	0,136	0,002	0,328	0,438	0,381
SC	r	-0,897	-0,275	-0,885	-0,711	-0,639	-0,136
	p-valor	0,000	0,413	0,000	0,014	0,034	0,749
SE	r	-0,867	-0,186	-0,893	-0,744	-0,236	-0,482
	p-valor	0,000	0,584	0,000	0,009	0,486	0,226
SP	r	-0,988	-0,392	-0,978	-0,967	-0,948	-0,903
	p-valor	0,000	0,233	0,000	0,000	0,000	0,002
TO	r	-0,928	-0,337	-0,897	-0,763	-0,845	-0,312
	p-valor	0,000	0,311	0,000	0,006	0,001	0,452

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS, IBGE e SIGOBr.

Quando observamos a correlação entre Mortalidade na Infância e Proporção da População Coberta por eSF por estados, sem as variáveis de controle, nota-se forte correlação na maioria das unidades federativas, excetuando Roraima (-0,124), Distrito Federal (-0,256) que apresentam r fraco, e Amapá (-0,580) que apresenta r médio. Os dois primeiros estados também apresentam alto p-valor, - 0,702 e 0,421, respectivamente. As correlações são negativas em todos os estados, o que não diz respeito à força da correlação, mas indica a relação inversa entre uma variável e outra. O sinal negativo significa que, quando uma variável crescer a outra irá diminuir, o positivo, por sua vez, indica que as variáveis possuem movimentos iguais, quando uma variável cresce a outra cresce também, ou se uma diminui a outra também diminui.

Aos observarmos as correlações com as variáveis controle as correlações se mostram menos fortes para um número maior de estados. Nesse cenário o Acre, Amapá, Mato Grosso do Sul e, Santa Catarina apresentam correlação menor do que 0,10. No Espírito Santo, Maranhão e Roraima os valores estiveram entre 0,10 e 0,29, indicando fraca correlação. Bahia, Rondônia, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins tiveram uma correlação moderada, com valores acima de 0,30. Os p-valores também se modificaram quando analisados todas as variáveis, sendo alto na maior parte dos estados. Dos vinte e seis estados que apresentavam p-valor abaixo de 0,05, apenas onze (em negrito na tabela) permaneceram nessa faixa.

Além da correlação de Pearson, observamos também o nível de cobertura do PSF entre 2000 e 2011, categorizando a cobertura em nível baixo, médio e alto, como sumariza a tabela 8, abaixo.

Tabela 8: Nível de Cobertura PSF entre 2000 e 2011

	Frequência ⁴⁰	%	% Acumulado
Baixo	60	18,5	18,5
Médio	223	68,8	87,3
Alto	41	12,7	100,0
Total	324	100,0	

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS.

Consideramos para essa análise as vinte e sete unidades da federação multiplicadas por doze anos, que nos dá um N de trezentos e vinte e quatro. Cada caso, portanto, representa um estado em um determinado ano. Assim classificamos o nível de cobertura de cada estado/ano em três níveis: baixo - até 25,99% de cobertura, médio - 26% a 75,99% de cobertura, e alto - 76% a 100% de cobertura. Nessa escala, 18,5 % dos casos apresentaram baixa cobertura, 68,8% média e 12,7% alta cobertura.

Os casos com baixa cobertura ocorrem com maior frequência: no Distrito Federal, doze casos, o que indica que a cobertura do programa foi baixa nos doze anos em análise; São Paulo, nove casos ou anos de baixa cobertura; Rio de Janeiro, Pará e Rio Grande do Sul cinco casos; Bahia e Rondônia, três casos. Com coberturas entre 26% e 75,99% da população destacam-se: Alagoas, Acre, Ceará e Pernambuco com doze casos cada; e Paraná, Minas Gerais, Mato Grosso e Espírito Santo com onze casos ou anos cada. No grupo com alta cobertura, acima de 76%, aparecem: Piauí, dez anos; Paraíba, nove anos; Sergipe, sete anos; Rio Grande do Norte, com seis anos; Tocantins e Maranhão com cinco e quatro casos respectivamente. Observa-se que, exceto pelo Tocantins, todos os estados com alto nível de cobertura são do nordeste do país, região que possuía, no ano 2000, a maior taxa de mortalidade na infância do país, 41,15 óbitos⁴¹.

Entre 2000 e 2011 houve, portanto, um maior número de estados que durante o período de um ano tiveram cobertura populacional pelo PSF média, e frequências menores tanto para estados que tiveram baixa quanto para os que tiveram alta cobertura. Cabe então observar qual impacto o nível de cobertura teve na mortalidade da infância. A tabela 9 nos mostra a estatística descritiva da taxa de mortalidade infantil dentro de cada nível de cobertura.

⁴⁰ A frequência em questão representa os doze anos estudados por cada uma das vinte e sete unidades da federação, sendo assim, cada caso representa um estado em um determinado ano.

⁴¹ As demais regiões apresentaram as seguintes taxas para o ano 2000: Região Norte – 38,62; Região Centro-Oeste – 25,96; Região Sudeste – 23,08; Região Sul – 19,84. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c16b.htm>. Acesso em: 28/08/14

Tabela 9: Estatística descritiva da taxa de mortalidade infantil por nível de cobertura do PSF entre 2000 e 2011

Nível de Cobertura PSF	N	Min.	Max.	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Baixo	60	13,56	43,00	25,02	9,37	0,37
Médio	223	12,47	44,27	25,54	7,61	0,30
Alto	41	19,63	35,88	26,36	4,12	0,16

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

As médias de taxa de mortalidade na infância apresentadas pelos estados entre os anos de 2000 e 2011 foram de: 25,02 para os estados e anos com nível baixo de cobertura, 25,54 para os estados e anos com nível médio de cobertura e 26,36 para os estados e anos com nível alto de cobertura. Nota-se que, onde o nível de cobertura foi maior, a média da taxa de mortalidade na infância também é maior; contudo, o desvio padrão e o coeficiente de variação foram menores, indicando maior homogeneidade ou pouca variação desta taxa nestes anos e estados. Onde e quando o nível de cobertura foi alto, não ocorreram casos de meta alcançada, dado que a taxa de mortalidade na infância mínima foi de 19,63. Locais e anos com baixa ou alta cobertura variaram mais, apresentando tanto casos de meta alcançada quanto de taxas muito acima do esperado para 2015.

Outro aspecto observado foi a frequência da variável dicotômica “atendeu a meta” ou não, ou seja, quantos estados bateram a meta estipulada pela ODM em algum momento (ano) no período entre 2000 e 2011.

Tabela 10: Frequência dos Anos/Estados que Atenderam a meta no período entre 2000 e 2011

	Frequência	%	% Acumulado
Sim	60	18,5	18,5
Não	264	81,5	100,0
Total	324	100,0	

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

Ao longo do período histórico aqui estudado, os estados atenderam a meta em 18,5% dos casos ou anos, contra 81,5% em que ela não foi atingida. Como foi visto anteriormente (na análise da figura 5), apenas o Distrito Federal cumpria a meta já no ano 2000, condição que se manteve ao longo da década, a despeito de ter sido o estado, como notado, com menor cobertura do PSF durante todo o período aqui analisado. Pouco a pouco outros estados foram alcançando a taxa estipulada pela ODM, de um máximo de 17,9 mortes a cada grupo de mil

crianças nascidas vivas até completarem 5 anos de idade, e uma vez atingida a meta, não houve casos de retrocessos⁴². Nenhum estado que atendeu a meta teve um posterior aumento da taxa de mortalidade na infância. Dos 60 casos em que esta taxa foi menor que 17,9, o Distrito Federal aparece em doze, Santa Catarina em dez, São Paulo em nove vezes, Rio Grande do Sul em oito, Paraná em sete vezes, Espírito Santo em seis, e Mato Grosso do Sul e Minas Gerais uma vez cada. Isso significa que estes dois últimos estados só atingiram a meta no último ano do período analisado, 2011.

Como nos mostra a tabela 10, na maior parte do tempo a meta não foi batida pelos estados. Sabendo que nos casos onde a proporção da cobertura populacional pelo PSF era alta a média de mortalidade na infância foi maior (como explica a tabela 9), veremos a seguir a proporção em que a meta foi atendida por nível de cobertura, assim, a tabela seguinte apresenta uma referência cruzada entre o nível de cobertura do PSF e a condição se bateu ou não a meta.

Tabela 11: Referência cruzada da Relação entre o Nível de Cobertura do PSF e a variável categórica que descreve a condição do estado e ano de ter atendido ou não a meta da ODM de redução da mortalidade na infância para o período de 2000 a 2011

		Atendeu a meta		Total
		Sim	Não	
		19	41	60
Baixo		31,7%	68,3%	100,0%
		31,7%	15,5%	18,5%
		41	182	223
Nível de Cobertura PSF	Médio	18,4%	81,6%	100,0%
		68,3%	68,9%	68,8%
		0	41	41
Alto		0,0%	100,0%	100,0%
		0,0%	15,5%	12,7%
		60	264	324
Total		18,5%	81,5%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS

Ao olharmos a proporção de metas atingidas por nível de cobertura, notamos que nos quarenta e um casos onde a cobertura da população esteve acima de 75% não houve casos

⁴² Em 2008 a taxa de mortalidade na infância no Distrito Federal era de 13,56, nos anos seguintes, 2009 e 2010, o número de óbitos infantis aumentou para 13,88 e 13,78 respectivamente, voltando a cair em 2011, 13,64. Mesmo com esse ligeiro aumento, o Distrito Federal ainda permaneceu abaixo da meta considerando o período em análise como um todo, não configurando o que estamos considerando como retrocesso.

com queda da taxa de mortalidade na infância abaixo de 17,9 óbitos. Nos estados e anos com baixa cobertura, 68,3% não atingiram a meta para o milênio. Entre as unidades da federação com nível médio de cobertura 81,3% não alcançaram meta número 4 da ODM. Vemos então que onde a cobertura foi mais baixa a quantidade de casos em que se atendeu a meta foi proporcionalmente maior. A tabela 12 nos mostra o quão significativo é esses valores apresentados na tabela 11.

Tabela 12: Teste de Chi-quadrado entre Nível de cobertura do PSF e a condição “Atendeu a Meta”, no período entre 2000 e 2011

	Valor	df	p-valor
Pearson Chi-quadrado	16,195 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	22,752	2	,000
Linear-by-Linear Association	15,853	1	,000
N of Valid Cases	324		

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Diante dos resultados apresentados na tabela 12 podemos considerar que há uma associação entre nível de cobertura e a condição atendeu a meta, pois o p-valor de Chi-quadrado é menor que 0,05 indicando que o resultado encontrado é uma evidência, e não uma obra da aleatoriedade.

Ainda que os dados mostrem uma taxa de sucesso nula do PSF nos locais com alta cobertura no sentido de alcançar a meta, cabe ressaltar que os estados com maior incidência de alta cobertura (Piauí, Paraíba, Sergipe, Rio Grande do Norte, Maranhão e Tocantins) estavam entre as dez maiores taxas de mortalidade na infância do país⁴³ no ano 2000. Por outro lado, estados pertencentes ao grupo “baixo nível de cobertura que cumpriram a meta” integravam o grupo das unidades da federação com menor taxa de mortalidade na infância em 2000. Dos dezenove casos com baixo nível de cobertura em que a meta foi alcançada, o Distrito Federal aparece em doze vezes (de 2000 a 2011), São Paulo em seis (2003 e 2008) e Rio Grande do Sul uma vez (2004). A taxa de mortalidade na infância nessas unidades federativas, em 2000, era de 17,5 óbitos para o primeiro, 20 para o segundo e 18 para o terceiro.

O grupo dos que “atenderam a meta e possuem nível médio de cobertura”, por sua vez,

⁴³ Dez maiores taxas de mortalidade na infância no ano 2000: Paraíba, 44,27; Alagoas, 43,61; Maranhão, 43; Sergipe, 42,92; Tocantins, 42,58; Ceará, 42,43; Piauí, 41,88; Amazonas, 41,36; Bahia, 39,5; Rio Grande do Norte, 38,99.

é composto por oito estados, que exceto pelo Ceará⁴⁴ e Mato Grosso do Sul⁴⁵, são todos das regiões sul⁴⁶ e sudeste⁴⁷ do país. A taxa de mortalidade na infância no ano 2000 nessas regiões era de 19,84 e 23,08, respectivamente.

Nos sessenta casos onde a meta foi atendida foram observadas baixas e médias taxas de cobertura populacional pelo Programa Saúde da Família. Porém, observando os casos em que a meta foi atingida nota-se que, exceto pelo caso do Ceará, no início da série temporal esses estados já haviam cumprido a meta (como o Distrito Federal) ou apresentavam taxas próximas à meta⁴⁸. Na sequência abordaremos com maior profundidade o grupo da variável “atendeu a meta” observando as médias tanto para as variáveis dependente e independente, quanto para as variáveis de controle. A tabela 13 sumariza a média da variável quantitativa dentro das duas categorias da variável “Atendeu a meta”.

⁴⁴ Ano de 2011.

⁴⁵ Ano de 2011.

⁴⁶ Santa Catarina (2002-2011); Rio Grande do Sul (2005-2011); Paraná (2005-2011).

⁴⁷ Minas Gerais (2011); Rio de Janeiro (2007-2011); São Paulo (2009-2011); Espírito Santo (2006-2011).

⁴⁸ Dentre os dez estados que atingiram a meta, oito estavam entre as dez melhores taxas de mortalidade na infância no ano 2000. Se considerarmos a distância da meta naquele ano temos: Distrito Federal, -0,4; Rio Grande do Sul, 0,12; Santa Catarina, 0,72; São Paulo, 2,16; Espírito Santo, 3,14; Paraná, 4,35; Rio de Janeiro, 5,54; Mato Grosso do Sul, 11,3; Minas Gerais, 11,47; e Ceará, 24,53. Mesmo apresentando uma grande distância da meta Mato Grosso do Sul e Minas Gerais estavam entre as onze melhores taxas de mortalidade na infância, apresentando um cenário melhor do que outros estados.

Tabela 13: Estatística dentro dos Grupos da variável Atendeu a meta

	Atendeu a meta	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão Médio
Proporção de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família	Sim	60	37,041	20,549	2,652
	Não	264	53,304	22,457	1,382
Proporção de cobertura populacional dos Agentes comunitários de Saúde (ACS)	Sim	60	46,11	23,914	3,087
	Não	264	76,02	17,947	1,104
Taxa de Mortalidade na Infância a cada 1000 crianças menor que 5 anos nascidas vivas	Sim	60	15,397	1,536	0,198
	Não	264	27,853	6,474	0,398
Distancia da meta de 17,9 até 2015	Sim	60	-2,502	1,536	0,198
	Não	264	9,953	6,474	0,398
Deslocamento Final da Taxa de Mortalidade na Infância em relação ao Início da Série (2000-2011) ⁴⁹	Sim	10	9,352	6,061	1,916
	Não	17	16,574	5,398	1,309
Deslocamento da Taxa de Mortalidade na Infância Ano-a-Ano (2000-2011)	Sim	59	-0,585	0,351	0,045
	Não	229	-1,335	1,774	0,117
Índice de GINI	Sim	60	0,531	0,054	0,007
	Não	264	0,565	0,042	0,002
PIB per capita	Sim	60	23262,003	10777,918	1391,423
	Não	264	8256,542	3930,632	241,913
Taxa de Analfabetismo	Sim	60	5,472	2,027	0,261
	Não	264	15,086	6,919	0,425

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS, IBGE e SIGOBr.

A média da proporção de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família para o grupo “atendeu a meta” foi de 37,04%. Média inferior à do grupo que não cumpriu a meta, 53,3% da população coberta pelas equipes. Quando observada as médias da Proporção de cobertura populacional dos Agentes comunitários de Saúde observa-se que a média da cobertura também é menor no grupo que atendeu à meta, 46,1% em relação ao grupo que não atendeu a meta, 76%.

Com relação às taxas de mortalidade na infância temos que a média para o grupo que cumpriu a meta é de 15,3 e de 27,8 para o grupo que não cumpriu a meta. Para os que não cumpriram a meta, a média da distância até a taxa de 17,9 estipulada para 2015 é de 9,9. Em 2000, apenas o Distrito Federal conseguia cumprir a meta; ao final de 2011, como foi visto anteriormente, outros nove estados cumpriam a meta. Nesse grupo a média do deslocamento

⁴⁹ Nesse caso a frequência é relativa às vinte e sete unidades da federação.

final da Taxa de Mortalidade na Infância em relação ao início da série (2000-2011) foi de menos 9,3 óbitos de crianças com até cinco anos nascidas vivas por grupo de mil. Para o grupo que não cumpriu a meta, a média do deslocamento foi de menos 16,5 óbitos de crianças com até cinco nascidas vivas por grupo de mil. Já para o deslocamento da Taxa de Mortalidade na Infância Ano-a-Ano (2000-2011) as médias foram de -0,585 para o grupo da meta alcançada e de -1,335 para o grupo dos que não cumpriram a meta.

Quanto às variáveis socioeconômicas, foram observados números mais positivos para o grupo que alcançou a meta. A média do Índice de GINI foi de 0,53 para o grupo que cumpriu a meta e de 0,56 para os que não cumpriram a meta, indicando que no segundo grupo a desigualdade social foi maior no período estudado. O PIB apresentou média de 23.262 reais para o grupo que cumpriu a meta e 8.256 reais para o grupo que não atingiu a taxa de 17,9 óbitos de crianças com até cinco anos nascidas vivas por grupo de mil. E a taxa de analfabetismo teve médias de 5,4% da população com 15 anos ou mais de idade no grupo que alcançou a meta e de 15% no grupo que não atingiu a meta.

Como foi visto no teste de correlação de Pearson, a mortalidade na infância tem forte associação como a taxa de analfabetismo (0,661) e com o PIB *per capita* (-0,709), além de associação média com o Índice de GINI (0,442). A correlação da variável Mortalidade na Infância é positiva em relação ao Índice de GINI e à taxa de analfabetismo, e negativa em relação ao PIB *per capita*, sinalizando que um aumento no Índice de GINI e na taxa de analfabetismo pode gerar aumento da taxa de mortalidade na infância. Já um aumento no PIB *per capita* pode significar uma diminuição da taxa de mortalidade na infância.

Abaixo, na tabela 14, veremos se as diferenças das médias acima são significativamente diferentes. Essa tabela vai confirmar se as diferenças nas médias são reais, se fazem sentido ou se são fruto do acaso.

Tabela 14: Teste T para amostras independentes sendo a variável “Atendeu a meta” como grupo, para o período entre 2000 e 2011

		Teste Levene's para igualdade das Variâncias				Teste t para igualdade das médias				
		F	p-valor	t	df	p-valor (2-extremidade)	Diferença das Médias	Diferença do Erro Padrão	95% Intervalo de confiança das diferenças	
									Inferior	Superior
Proporção de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família	Assumindo a igualdade da Variância	0,192	0,662	-5,141	322	0,000	-16,263	3,163	-22,487	-10,039
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-5,437	93,826	0,000	-16,263	2,991	-22,203	-10,324
Proporção de cobertura populacional dos ACS	Assumindo a igualdade da Variância	23,467	0,000	-10,904	322	0,000	-29,912	2,743	-35,309	-24,515
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-9,122	74,797	0,000	-29,912	3,278	-36,444	-23,379
Taxa de Mortalidade Infantil a cada 1000 crianças < 5 anos nascidas vivas	Assumindo a igualdade da Variância	74,749	0,000	-14,792	322	0,000	-12,456	0,842	-14,113	-10,799
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-27,983	321,486	0,000	-12,456	0,445	-13,332	-11,580
Distancia da meta de 17,9 até 2015	Assumindo a igualdade da Variância	74,749	0,000	-14,792	322	0,000	-12,456	0,842	-14,113	-10,799
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-27,983	321,486	0,000	-12,456	0,445	-13,332	-11,580
Deslocamento Final da Taxa de Mortalidade Infantil em relação ao Início da Série (2000-2011)	Assumindo a igualdade da Variância	0,018	0,893	-3,210	25	0,004	-7,222	2,250	-11,856	-2,588
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-3,111	17,244	0,006	-7,222	2,321	-12,115	-2,330
Deslocamento da Taxa de Mortalidade Infantil Ano-a-Ano (2000-2011)	Assumindo a igualdade da Variância	9,871	0,002	3,225	286	0,001	0,749	0,232	0,292	1,207
	Não Assumindo a igualdade da Variância			5,956	277,488	0,000	0,749	0,125	0,502	0,997
Indice de GINI	Assumindo a igualdade da Variância	6,896	0,009	-5,331	322	0,000	-0,034	0,006	-0,046	-0,021
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-4,547	75,882	0,000	-0,034	0,007	-0,049	-0,019
PIB per capita	Assumindo a igualdade da Variância	60,428	0,000	18,019	322	0,000	15005,460	832,756	13367,130	16643,791
	Não Assumindo a igualdade da Variância			10,625	62,608	0,000	15005,460	1412,296	12182,865	17828,055
Taxa de Analfabetismo	Assumindo a igualdade da Variância	121,683	0,000	-10,647	322	0,000	-9,613	0,902	-11,390	-7,837
	Não Assumindo a igualdade da Variância			-19,233	305,151	0,000	-9,613	0,499	-10,597	-8,630

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS, IBGE e SIGOBr.

Em todas as variáveis observadas comprovou-se que existe variância entre as médias dos grupos que “atenderam” e “não atenderam” a meta. O teste de Levene’s apresentou p-valor acima de 0,05 nas variáveis “Proporção de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família” (0,662) e “Deslocamento Final da Taxa de Mortalidade Infantil em relação ao Início da Série (2000-2011)” (0,873). Contudo, ao olharmos para o Teste t, o p-valor foi menor que 0,05 em todos os casos e nenhum intervalo de confiança não passa por zero, indicando que a variância tem valor estatístico. Assim, podemos dizer que existem diferenças entre o grupo que “atendeu a meta” e o que “não atendeu”.

Os estados que atingiram a meta apresentam bons números nas variáveis com forte correlação com mortalidade na infância, como PIB *per capita* e taxas de analfabetismo. As melhores médias do país nesses indicadores estão concentradas em uma parcela significativa das unidades da federação que atingiram o Objetivo do Milênio em questão⁵⁰. Dentre os dez estados que cumpriram a meta, apenas o Ceará destoa, apresentando um analfabetismo alto e renda baixa. É o caso que merece destaque e ser estudado com mais cuidado a fim de descobrir os fatores responsáveis por esta queda significativa da taxa de mortalidade na infância, a despeito da persistência destes indicadores socioeconômicos que tendem a agravá-la. Com relação ao Índice de GINI, que apresentou correlação média com a mortalidade na infância, o cenário é mais diversificado⁵¹, destacando-se o Distrito Federal na última posição com a maior média do período.

Em relação aos estados que não atingiram a meta, dada a grande quantidade de casos, focaremos naqueles que possuem alta taxa de cobertura do PSF. No Pará, Tocantins, Piauí, Paraíba, Sergipe, Rio Grande do Norte, e Maranhão, os indicadores sociais apresentam médias indesejáveis socialmente, estando esses estados entre os que apresentaram mais

⁵⁰ PIB *per capita*: Distrito Federal (R\$ 38733,72), São Paulo (R\$ 20090,94), Rio de Janeiro (R\$ 17479,28), Santa Catarina (R\$ 16072,11), Espírito Santo (R\$ 15153,42) Rio Grande do Sul (R\$ 15152,21), Paraná (R\$ 13879,6). Os três estados que atingiram a meta de mortalidade na infância estipulada pela ODM encontram-se mais abaixo na classificação dos maiores PIB *per capita* do Brasil: Mato Grosso do Sul (R\$ 11391,06) em nono lugar; Minas Gerais (R\$ 11295,17) em décimo primeiro lugar; e Ceará (R\$ 5833,97) em vigésimo terceiro lugar. Taxa de analfabetismo: Distrito Federal (4,3%), Rio de Janeiro (4,69%), Santa Catarina (4,91%), São Paulo (5,10%) e Rio Grande do Sul (5,31%). Na classificação das menores taxas de analfabetismo temos ainda: Paraná (7,27%) em sexto; Mato Grosso do Sul em novo; Espírito Santo em décimo; Minas Gerais em décimo primeiro; e Ceará em vigésimo terceiro.

⁵¹ Classificando as médias do Índice de GINI, temos que da menor para a maior os estados que cumpriram a meta estão assim ranqueados: 1° - Santa Catarina (0,4414); 2° - Rio Grande do Sul (0,5261); 3° - São Paulo (0,5285); 4° - Paraná (0,5304); 8° - Minas Gerais (0,5387); 12° - Mato Grosso do Sul (0,5454); 13° - Espírito Santo; 15° - Rio de Janeiro; 20° Ceará (0,5769); 27° Brasília (0,6198).

elevadas taxas de analfabetismo⁵², PIB *per capita*⁵³ e Índice de GINI⁵⁴. Ainda que apresentem alta cobertura do Programa Saúde da Família, esses estados têm consideráveis problemas sociais que pesam na taxa de mortalidade na infância.

Além das diferenças entre as médias dos grupos “atendeu a meta” e “não atendeu a meta” analisaremos também, quais foram as diferenças da redução entre as médias da mortalidade na infância por nível de cobertura. A tabela 15 descreve o descolamento ano-a-ano da taxa de mortalidade na infância dentro de cada nível de cobertura do PSF, para que possamos comparar em qual grupo a redução da taxa foi maior.

Tabela 15: Estatística descritiva do Deslocamento da Taxa de Mortalidade na Infância Ano-a-Ano (2000-2011) por nível de cobertura do PSF

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	95% Intervalo de Confiança para média		Min.	Max.	Between-Component Variance
					Inferior	Superior			
Nível de Cobertura PSF									
Baixo	40	-0,748	0,970	0,153	-1,058	-0,437	-4,51	1,20	
Médio	207	-1,168	1,811	0,125	-1,416	-0,919	-6,12	19,64	
Alto	41	-1,671	0,732	0,114	-1,902	-1,439	-3,76	0,01	
Total	288	-1,181	1,618	0,095	-1,369	-0,993	-6,12	19,64	
Mode	Fixed Effects		1,605	0,094	-1,367	-0,995			
1	Random Effects			0,249	-2,253	-0,109			0,095

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS, IBGE e SIGOBr.

Entre os anos de 2000 e 2011, a média da taxa de mortalidade na infância deslocou-se para baixo indicando sua redução no país. Independentemente do nível de cobertura populacional dos estados, os níveis de óbitos de crianças como menos de cinco anos por grupo de mil, declinaram. O tamanho da diminuição, porém, foi diferente nos estados conforme estejam classificados por níveis de cobertura do PSF. No grupo com baixa cobertura, a taxa de mortalidade infantil diminuiu -0,748 em média, por ano. Entre os casos

⁵² Os estados em questão apresentam alta taxa de analfabetismo. Classificando as médias dos estados entre os anos de 2000 e 2011, da menor para a maior, temos: 18° Tocantins (15,64%); 19° Sergipe (18,81%); 23° Rio Grande do Norte (20,91%); 24° Maranhão (22,79%); 25° Paraíba (24,01%); 26° Piauí (25,84%).

⁵³ Piauí e Maranhão apresentaram as menores médias do PIB *per capita*, R\$ 4344,68 e R\$ 4567,92, respectivamente. Comparando com todos os estados, Tocantins tem o décimo sexto PIB *per capita* do país (R\$ 7796,89). Sergipe tem o décimo sétimo (R\$ 7646,62) e Rio Grande do Norte o vigésimo primeiro (R\$ 7433,45)

⁵⁴ Apresentam elevado Índice de GINI. Classificando-os (do menor para o maior), temos: 16° - Tocantins (0,655); 17° - Sergipe (0,655); 18° - Maranhão (0,657); 20° - Rio Grande do Norte (0,655); 22° - Paraíba (0,644); 24° - Piauí (0,658).

com nível de cobertura médio a redução foi em média de -1,168 por ano. E nos estados com maior cobertura a redução foi de -1,671.

Como foi visto, os estados que bateram a meta estavam com baixa cobertura, contudo, ao olharmos o deslocamento da taxa de mortalidade na infância, verifica-se que nos estados com maior cobertura do PSF houve o maior descolamento da taxa de mortalidade infantil, ou seja, o PSF teria tido mais impacto nesses lugares. Tal fato corrobora as correlações iniciais que indicavam uma associação negativa na maioria dos estados entre a proporção de população coberta pelo PSF e Mortalidade na Infância, ou seja, onde aumenta a proporção do Programa Saúde da Família tende a diminuir a mortalidade na infância. Mesmo não tendo atingido a meta, os estados com maior cobertura (Tocantins, Piauí, Paraíba, Sergipe, Rio Grande do Norte, e Maranhão), apresentaram significativas médias de descolamento do número de óbitos infantis.⁵⁵ Em geral, as médias de deslocamento desses estados foram maiores do que médias de deslocamento dos estados que cumpriram a meta⁵⁶.

Em sequência apresentamos a tabela 16, que sumariza os valores do teste ANOVA que testa as médias apresentadas na tabela 15 apontando sua significância estatística.

Tabela 16: ANOVA

Deslocamento da Taxa de Mortalidade Infantil Ano-a-Ano (2000-2011) , sendo os grupos os Níveis de Cobertura do PSF

	Soma dos Quadrados	df	Média dos Quadrados	F	p-valor.
Entre Grupos	17,368	2	8,684	3,370	0,036
Dentro dos Grupos	734,460	285	2,577		
Total	751,828	287			

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados do DATASUS, IBGE e SIGOBr.

Com o ANOVA testamos se as diferenças de médias apresentadas na tabela 15 são estatisticamente diferentes. Como podemos visualizar na tabela 16, o p-valor é 0,036, ou seja, menor que 0,05, assim podemos afirmar que existe diferença das médias do descolamento ano-a-ano da taxa de mortalidade na infância entre os estados, e que elas não são obra do

⁵⁵ Média de deslocamento ano-a-ano: Paraíba -2,2191; Sergipe - 2,0527; Rio Grande do Norte - 1,8200; Tocantins - 1,8054; Maranhão -1,7664; Piauí -1,6636.

⁵⁶ Dos dez estados que cumpriram a meta, apenas o Ceará apresentou uma média de deslocamento ano-a-ano maior do que os estados com alta cobertura do PSF, -2,2518. Os demais apresentaram as seguintes médias: Mato Grosso do Sul -1,1500; Minas Gerais -1,0536; Paraná -0,7864; Espírito Santo 0,6482; Rio de Janeiro -0,6373; São Paulo - 0,6064; Santa Catarina - 0,5591; Rio Grande do Sul - 0,4582; e Distrito Federal - 0,3509.

acaso. Contudo o ANOVA não compara a diferença existente entre os grupos. Para tanto, apresentamos na tabela 17 os testes Tukey e Bonferroni que comparar cada grupo, informando qual é a diferença entre eles. Para garantir a confiabilidade dos resultados utilizou-se os dois testes (MAROCO, 2007) que apresentaram resultados semelhantes.

Tabela 17: Comparação múltipla

Variável dependente: Deslocamento da Taxa de Mortalidade Infantil Ano-a-Ano (2000-2011)

	(I) Nível de Cobertura	(J) Nível de Cobertura	Diferença de Médias (I-J)	Std. Error	p-valor	95% Intervalo de Confiança	
	PSF	PSF				Inferior	Superior
Tukey HSD	Baixo	Médio	0,419	0,277	0,286	-0,233	1,073
		Alto	0,922*	0,356	0,027	0,082	1,763
	Médio	Baixo	-0,419	0,277	0,286	-1,073	0,233
		Alto	0,502	0,274	0,161	-0,143	1,149
	Alto	Baixo	-0,922*	0,356	0,027	-1,763	-0,082
		Médio	-0,502	0,274	0,161	-1,149	0,143
Bonferroni	Baixo	Médio	0,419	0,277	0,393	-0,247	1,087
		Alto	0,922*	0,356	0,031	0,063	1,781
	Médio	Baixo	-0,419	0,277	0,393	-1,087	0,247
		Alto	0,502	0,274	0,204	-0,158	1,163
	Alto	Baixo	-0,922*	0,356	0,031	-1,781	-0,063
		Médio	-0,502	0,274	0,204	-1,163	0,158

*. A diferença de média é significativa até 0,05.

Ao observarmos as diferenças de médias entre os níveis de cobertura vemos que, quando os grupos com baixo e médio nível são comparados, o p-valor é maior que 0,05, não apresentando assim significância estatística. Portanto, não existe diferença estatisticamente significativa do deslocamento da taxa de mortalidade entre os grupos de baixo e médio nível de cobertura. Quando comparamos os grupos com níveis médio e alto de cobertura, o p-valor também é maior do que 0,05 tanto no teste Tukey (0,161) quando no Bonferroni (0,204), não apresentando significância estatística.

A diferença entre as médias só possui significância estatística quando comparamos os níveis baixo e alto. Em ambos os testes foi possível afirmar a existência de diferença entre as médias, sendo que no Tukey o p-valor é de 0,027 e no Bonferroni é de 0,031. Portanto, entre os grupos com baixa e alta cobertura temos médias estatisticamente destoantes que representam os diferentes resultados obtidos pelos estados com essas situações de cobertura. O grupo de casos com nível médio de cobertura, por sua vez, apresenta enquanto grupo, um

deslocamento ano-a-ano mais heterogêneo da taxa de mortalidade na infância, como mostra o desvio padrão apresentado pela tabela 15 - baixa cobertura 0,97092; média cobertura, 1,81181; e alta cobertura, 0,73265 - ou como podemos observar pelas médias mínima (-6,12) e máxima (19,64).

A análise como um todo mostrou que estados com alta cobertura não atingiram a meta de 2015 até o final do recorte temporal da pesquisa, e que nos estados onde a meta foi alcançada a cobertura era média ou baixa. Esse cenário nos levaria a pensar que o Programa Saúde da Família não seria significativo para a diminuição da mortalidade na infância. Contudo, como observou-se em seguida, os estados com alta cobertura apresentaram baixas condições socioeconômicas – como altas taxas de analfabetismo, elevado Índice de GINI e baixo PIB *per capita* - além das altas taxas de mortalidade na infância no ano 2000. Já os estados que cumpriram a meta (exceto pelo Ceará, em que caberia um estudo à parte), chamam a atenção pela boa condição socioeconômica que apresentam e as baixas taxas de mortalidade na infância no ano 2000. Estes fatos demonstram que os estados, além de possuírem históricos socioeconômicos distintos, não estavam no mesmo ponto de partida. Nesse sentido coube observar o deslocamento percorrido pelos diferentes estados, apontando que nas unidades da federação com maior cobertura as médias de deslocamento da taxa de mortalidade na infância foram maiores. Em contrapartida nos estados com menor cobertura essa redução é menos expressiva. Isto é, ainda que nos estados com alta cobertura a meta não tenha sido atingida até 2011, merece ser destacado o progresso ocorrido, mostrando que o Programa Saúde da Família influenciou na redução da mortalidade na infância desses estados.

4.2 – O PSF como política de redução da mortalidade infantil no Brasil: um caso de sucesso?

De modo geral foi possível afirmar que a hipótese se confirma, existe uma influência positiva do PSF na diminuição da mortalidade infantil, havendo uma maior redução da taxa nos estados com maior proporção populacional coberta. Embora não tenham sido o suficiente para atingir a meta para o milênio, os dados apontaram que nos locais com maior cobertura populacional ocorreram significativos deslocamentos da taxa ano-a-ano. No grupo de casos onde o nível de cobertura foi alta, a média de deslocamento ano-a-ano foi maior do que nos grupos com níveis médio e baixo de cobertura.

Observando as taxas de mortalidade infantil entre os anos de 2000 e 2011, ficam claras as diferenças dos estados brasileiros, podendo ainda identificar-se as diferenças regionais. A taxa brasileira no ano 2000 era de 30,13 óbitos de crianças menores de cinco anos por grupo de mil, havendo uma concentração dos estados do Sul, Sudeste e Centro-oeste com valores abaixo dessa taxa, e uma concentração de estados do Norte e do Nordeste com valores acima desta taxa média⁵⁷. Naquele ano, apenas o Distrito Federal apresentavam taxa de mortalidade na infância menor que os 17,9 estipulados pela ODM como a meta a ser atingida até 2015. Ao final do período abordado - 2011- dez estados haviam alcançado tal meta. E passados onze anos, estados do centro-sul do país, isto é, regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, ainda eram a maioria dos estados com valores de mortalidade na infância abaixo da taxa nacional. O Ceará é a exceção, sendo o único estado nordestino a atingir a meta previamente. Entre os estados do Norte, nenhum diminui a taxa de mortalidade na infância abaixo dos 17,9 óbitos por mil crianças nascidas vivas e menores de 5 anos de idade.

A análise das variáveis socioeconômicas (taxa de analfabetismo, PIB *per capita*, e Índice de GINI), indicou que nos estados onde a meta foi atendida encontra-se um maior desenvolvimento social. Como visto no teste de correlação de Pearson (tabela 6), considerando o cenário nacional a taxa de analfabetismo e o PIB *per capita* possuem alta correlação com a mortalidade na infância. Portanto, a melhor condição social e econômica de certos Estados contribuiu para a redução do número de óbitos de crianças menores que cinco anos de idade por grupo de mil.

Em relação à cobertura do PSF, paralelamente, verificou-se que ela cresceu entre os anos de 2000 e 2011, em todos os estados. Ainda que variando ano-a-ano, o nível de cobertura populacional do Programa Saúde da Família nos estados foi maior ao final da série temporal do que no início. Os maiores níveis ficaram por conta de Piauí, Paraíba, Sergipe, Rio Grande do Norte, Maranhão e Tocantins que apresentaram maior número de casos em que a proporção da população coberta foi maior que 76%. Vale destacar que, exceto pelo Tocantins, esses estados são pertencentes à região Nordeste do país que, como foi visto, apresentava no início da série temporal a maior taxa de mortalidade infantil por região. Por outro lado, o nível de cobertura apresentou-se menor em grande parte dos estados do Centro-Sul do país. Dos dez estados que cumpriram a meta, apenas no Ceará, único estado nordestino do grupo, o PSF

⁵⁷ Além dos estados do Norte e Nordeste, o Mato Grosso também estava acima da taxa nacional, com 33,99 óbitos de crianças como menos de cinco anos por grupo de mil.

cobria mais de 26% da população no ano 2000⁵⁸. No Distrito Federal, a cobertura nunca chegou a passar dos 15,87%, e em São Paulo apenas em 2009 ela ultrapassou dos 26% da população coberta.

A análise mostra também que o PSF tem alguma influência, mas que definitivamente não é única causa do declínio da taxa de mortalidade na infância, e possivelmente, nem a mais relevante. A redução das desigualdades sociais, o aumento da renda *per capita* e menores índices de analfabetismo contribuem de maneira estatisticamente mais significativa para a redução da taxa de mortalidade na infância. Além dessas, outras causas, como melhorias no saneamento básico e na redistribuição de renda, como através do Programa Bolsa Família, podem contribuir para a redução da mortalidade na infância. Segundo o relatório nacional dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Bolsa Família “*também vem contribuindo significativamente para redução da mortalidade infantil no País*” (IPEA, 2014, p.70). É válido frisar que nosso objetivo aqui não era medir a influência que variáveis como taxa de analfabetismo, PIB *per capita*, Índice de GINI, saneamento básico, ou o Bolsa Família têm sobre a redução da mortalidade na infância. Ainda que tenhamos utilizado as três primeiras variáveis citadas, a função delas na análise era de servirem como controle.

Cabe destacar ainda, a significativa redução da mortalidade na infância que estados com baixos indicadores sociais, como Piauí, Paraíba, Sergipe, Rio Grande do Norte, Maranhão e Tocantins, conseguiram. Sendo assim, há algumas evidências de que o Programa Saúde da Família esteja se mostrando eficaz, indicando que o modelo de saúde coletiva implementado pelo PSF é capaz de melhorar indicadores de saúde, em realidades socioeconômicas mais críticas.

Além disso, a meta foi estipulada para 2015, e como foi visto anteriormente, alguns dos estados com taxa acima de 17,9 estavam próximos de cumprir a meta. Estados como Roraima (19,03), Rio Grande do Norte (18,97), Goiás (18,42) e Pernambuco (18,08), necessitavam reduzir apenas um óbito de crianças com até cinco anos nascidas vivas por grupo de mil por ano para atingirem a meta. Isso sinaliza que em anos posteriores ao recorte temporal dessa pesquisa a taxa de mortalidade na infância pode ter reduzido, aumentando o número de estados que alcançaram a meta⁵⁹.

Mediante aos fatos apresentados acreditamos que o Programa Saúde da Família é um caso de sucesso na redução da mortalidade na infância dos estados brasileiros. Junto com uma

⁵⁸ A cobertura era de 37,66 % da população.

⁵⁹ Os dados utilizados aqui estão disponíveis no DATASUS e se limitam ao ano de 2011.

melhora socioeconômica do ambiente é possível que as equipes de Saúde da Família, com seus médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, contribuam para que a mortalidade na infância caia ainda mais no país.

Conclusão

O Programa Saúde da Família, entre 2000 e 2011 mostrou uma influência positiva na diminuição da mortalidade na infância. Trazendo uma concepção de saúde baseada na prevenção de doenças e considerando o sujeito como parte de um território, o PSF, vem reorganizando a atenção básica de saúde do país e contribuindo para a melhora de aspectos relacionados à saúde, e por consequência, de aspectos sociais.

O trabalho em questão analisou a relação do Saúde da Família com a diminuição da taxa de mortalidade na infância, tendo como parâmetro a meta número quatro estipulada pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Sabemos que esta análise não contempla todos os aspectos do Programa Saúde da Família e da vastidão de realidades nas quais ele está inserido. Outras metodologias de análise e recortes poderiam ser utilizados, contudo, acreditamos que a metodologia aqui adotada, junto com o recorte por estados, joga luz em um Programa que é implementado por mais de cinco mil municípios com realidades econômicas, sociais e geográficas diferentes e que apresentam, por consequência, problemas na área da saúde relacionados às suas respectivas realidades. Qualquer estudo nesse sentido deixaria escapar nuances sobre o real impacto do Programa Saúde da Família, seja no que tange à mortalidade infantil, seja relacionada a outros aspectos do impacto desta política. Um recorte por estados, por outro lado, nos permite um olhar sobre o todo, possibilitando observar como uma política nacional influencia em uma questão que tangencia os setores social e de saúde, como a mortalidade na infância.

O recorte temporal por sua vez, tratou de um período de doze anos de atuação do Programa. Tal período diz respeito ao ano em que a meta foi estipulada, 2000, até o ano em que o Brasil como um todo, isto é, na média, atingiu a meta, 2011, ainda que alguns estados e municípios particularmente ainda não a tenham alcançado. Contudo, este programa vem sendo implementado em nível nacional desde o ano de 1994, e seu processo de construção é anterior a esse ano, sendo fruto de um grande projeto de reestruturação da saúde pública brasileira.

Como foi visto, a Constituição de 1988, que trazia em seu bojo ideais do Movimento Sanitarista, representou um marco na saúde pública brasileira por estipular a saúde como um direito universal e criar o Sistema Único de Saúde. Ligado à construção social do país, o SUS foi um passo em direção à cidadania e a expansão dos direitos, tornando-se um gigantesco e complexo sistema de saúde. Porém, apresenta problemas estruturais e de outras naturezas que

comprometem sua eficácia em garantir o direito à saúde. Tais problemas poderiam ser objeto de estudo, o que não é objetivo deste trabalho. Pelo contrário, o estudo do Programa Saúde da Família aqui desenvolvido mostra que aquém dos seus problemas o SUS também é capaz de gerar bons resultados em termos de melhoria das condições de saúde da população brasileira.

A nosso ver, o Programa Saúde da Família apresenta aspectos positivos do Sistema Único de Saúde. Em lugares onde as condições socioeconômicas são precárias, essa estratégia de reorganização da Atenção Básica se mostrou positiva em relação à diminuição da mortalidade na infância. Esse indicador social, que aponta também aspectos relacionados à saúde da população, demonstra a incapacidade de sociedades garantirem o direito à vida. Acreditamos que, contribuir para a diminuição das mortes infantis é colaborar com o desenvolvimento social e da cidadania. Portanto, o Programa Saúde da Família representa não apenas uma estratégia que reestrutura parte do Sistema Único de Saúde, mas uma política que interfere positivamente na expansão da cidadania e efetivação dos direitos sociais, sobretudo, no direito à saúde promulgado pela Constituição Federal.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é Saúde?** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011: 160 p.
- AQUINO, R, OLIVEIRA, N F; BARRETO, M L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**: Nov. 13, 2008.
- ARRETCHE, Marta TS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.
- ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.
- BARBALET, Jack M. *A Cidadania*. Lisboa: Editorial Estampa, 1989.
- BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.
- BOTAZZO, Carlos. Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A. (Orgs). **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras, p. 1-12, 2008.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94**. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, p. 462, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006** Brasília: Ministério da Saúde, (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), p.200, 2008a.
- BRASIL. **Ensaio sobre impactos da Constituição Federal de 1988 na sociedade Brasileira**. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, v.2 (Série coleções especiais. Obras comemorativas; n. 2), p.1005, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, p.36, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica** n. 28, Volume I), p.56, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília, Série Histórica do CNS; n. 1, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério Saúde, p.44, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Entendendo o SUS. Brasília: p.30, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler Flávio Coelho, Suárez Júlio Manuel, Orgs. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. Cidadania: tipos e percursos. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.18, p. 337-359, 1996.

CASTRO, Ana Luísa Barros de. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. 2009.

CHIESA, AnaMaria ; FRACOLLI, Lislaine Aparecida ; BARBOZA, Tatiane Aparecida Venancio . A complexidade tecnológica da Atenção Básica: um estudo de caso sobre a assistência às pessoas portadoras de lesões de pele crônicas. In: Carlos Botazzo e Maria Aparecida de Oliveira. (Org.). **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo - SP: Páginas & Letras Editora e Gráfica, v. 1, p. 13-29, 2008.

COHEN, Jacob. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale, NJ, Erlbaum. 1988.

DRAIBE, Sonia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo social**. v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003.

SCOREL, Sara; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Fábio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; EDLER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2005.

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Revista SER Social**, v. 13, n. 28, p. 41-80, 2011.

FILHO, Antonio Dercy Silveira. O SUS e a Saúde da Família. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafio**. Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília, p.84,2005.

FRANÇA E. e LANSKY S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Brasília: RIPSAs; 2009

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto et al. (2013). **When is statistical significance not significant?**. *Bras. Political Sci. Rev.* vol.7, n.1, pp. 31-55. ISSN 1981-3821.

FIGUEIREDO Filho, D. B., & SILVA Junior, J. A. (2010). “**Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r)**”. *Revista Política Hoje*, 18(1).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estud. Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, Apr. 1999.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, 2003.

HEIMANN, Luiza Stermann, MENDONÇA Maria Helena Mendonça. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. Lima NT, Gerschmann S, organizadores. **Saúde e democracia. História e Perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedex**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

IBGE. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Departamento da População e Indicadores Sociais, - Rio de Janeiro : IBGE, 1999.

IPEA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise**, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5729>. Último acesso: 25/07/2012

IPEA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise**, n. 18, 2010. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_18_cap04.pdf> . Último acesso: 25/07/2012.

IPEA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise**, n. 19, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_19_cap03.pdf>. Último acesso: 25/07/2012.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

LEVCOVITZ, Eduardo; DE LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristini Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2), p. 269-291, 2001.

DE LIMA, Luciana Dias; MACHADO, CristiniVieira; GERASSI, Camila Duarte.O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p.111-137, 2011.

LIMA, Nídia Trindade; FONSECA, Cristina. M. O. & HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. **Saúde em Debate**, 1991.

MACINKO, J. **Analysis of the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2007)**. Draft Text. New York University. 2009.

MACHADO, Cristiani Vieira. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. **Rev Panam Salud Pública**, v. 20, n. 1, 2006.

MAHONEY, James. Path dependence in historical sociology. **Theory and society**, v. 29, n. 4, p. 507-548, 2000.

MANN, Michel. Ruling Class Strategies and Citizenship. In **Sociology (The Journal of the British Sociological Association)**, Vol. 21, n. 3, pp. 339-354, 1987.

MARSHALL, Thomas H. Cidadania e Classe Social. In Cidadania, **Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MAROCO, J. **Análise Estatística, com utilização do SPSS**. 3ª Edição. Edições Sílabo, 2007.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, R. M. De olho no financiamento da Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de Saúde da Família** (Brasília), Brasília, v. V, n. 7, p. 72-85, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde soc.** v. 15, p. 72-87, 2006.

_____. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.320, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, p.36, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>. Acesso em: 15/09/2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 25/07/2013

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.htm>. Acesso em 06/07/2014

OCKÉ REIS, Carlos Octávio. A Regulamentação dos Planos de Saúde: uma questão de Estado. In: **Boletim de Políticas Sociais**, Brasília: IPEA, n. 4, 2002.

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso: 21/08/2013.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Set. 2004.

PERES, Ellen M. O Programa Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Aquichan**, v. 7, n. 1, p. 24-9, 2007.

REIS, Elisa. Cidadania: história, teoria e utopia. **Cidadania, justiça e violência.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p. 11-17, 1999.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A Saúde nos Planos de Desenvolvimento no Brasil (1948 – 1984). In NOGUEIRA, FRANCIS MARY GUIMARÃES e RIZZOTTO, MARIA LUCIA FRIZON. **Políticas Sociais e Desenvolvimento: América Latina e Brasil.** São Paulo, Xamã, 2007.

ROSA Walisete de Almeida Godinho, LABATE Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, 2005.

ROCHA, Roberto. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE. Br**, v. 2, n. 1, p. 01-12, 2004.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713-24, 2006.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 725 p.

SMITH, Kevin B. e LARIMER, Christopher. W. **The Public Policy Theory Primer**. Boulder-CO, Westview Press, 2009.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In HOCHMAN, G., ARRETCHE, M. e MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.65-86, 2007.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface comun saúde educ**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

TURNER, Bryan S. Outline of a theory of citizenship. In: TURNER, Bryan S. e HAMILTON, Peter (editore). **Citizenship – Critical Concepts**. Vol. 1, Londres e Nova York: Routledge, 1994.

UNICEF. **Relatório Situação Mundial da Infância 2013**. In: Unicef, 2013. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/PT_SOWC2013.pdf

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Junho 2007

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.