



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE – FACE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

**MÔNICA CRUZ KA FER**

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA LEGAL**

BRASÍLIA – DF  
2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE – FACE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

**MÔNICA CRUZ KA FER**

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Pedro Luiz Costa Cavalcante

BRASÍLIA – DF  
2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ka           Kafer, Mônica Cruz  
              Avaliação dos efeitos da implantação do Programa  
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia  
Legal / Mônica Cruz Kafer; orientador Pedro Luiz  
Costa Cavalcante. -- Brasília, 2016.  
              137 p.

              Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em  
Administração) -- Universidade de Brasília, 2016.

              1. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha. 2.  
Políticas de saúde . 3. Avaliação de programas. I.  
Costa Cavalcante, Pedro Luiz, orient. II. Título.

MÔNICA CRUZ KA FER

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília (PPGA/FACE/UnB) como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública da aluna **Mônica Cruz Kafer**. Aprovada em 19 de dezembro de 2016, por banca examinadora constituída por:

---

**Dr. Pedro Luiz Costa Cavalcante** – Professor Orientador  
Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília (UnB)

---

**Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva** – Membro Interno  
Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília (UnB)

---

**Dr. Antônio Ernesto Lassance de Albuquerque Júnior** – Membro Externo  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

---

**Dr. Antônio Isidro da Silva Filho** – Suplente  
Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília (UnB)

BRASÍLIA – DF  
2016

*Dedico este trabalho ao meu amado esposo Cláudio e aos meus queridos filhos Cláudio e Laura, pelo carinho, dedicação, incentivo e compreensão ao longo desta trajetória.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Pedro Luiz Costa Cavalcante, pela compreensão e dedicação ao longo da jornada de orientação.

Aos professores Suylan de Almeida Midlej e Silva e Antônio Ernesto Lassance de Albuquerque Júnior por terem aceitado participar da banca de defesa, contribuindo com seu conhecimento e experiência para o enriquecimento deste trabalho.

Aos professores Adalmir de Oliveira Gomes e André Borges de Carvalho pela importante contribuição no processo de qualificação.

Ao Ministério da Saúde por ter me proporcionado uma oportunidade única de qualificação profissional e aperfeiçoamento dos meus conhecimentos.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional em Administração Pública do PPGA/UnB pela parceria e companheirismo durante esta jornada.

Aos meus colegas da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde, principalmente à Cristiane, Rosana e Dirceu, pelo incentivo, colaboração e paciência.

Ao colega Marcílio que me orientou na coleta dos dados desta pesquisa.

A minha família e aos meus amigos por acreditarem no meu potencial e entender as ausências necessárias para o cumprimento deste trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para esta realização.

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro”.*

*(Leonardo Boff)*

## RESUMO

A dificuldade para acessar o serviço de saúde ainda é uma realidade desigual e excludente para a maioria das comunidades ribeirinhas, cuja situação geográfica é uma barreira à democratização da utilização do sistema de saúde. Desta forma, visando ampliar o acesso à Atenção Básica e reduzir a taxa de mortalidade infantil, o Ministério da Saúde criou uma nova modalidade de equipe que atenderia as necessidades diferenciadas dessa população. O presente estudo tem como principal finalidade a avaliação dos efeitos da implantação do Programa equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal, realizando uma análise comparada orientada por um delineamento quase-experimental, com uma estratégia metodológica diversificada. Foi realizada uma análise de conteúdo qualitativa da caracterização do programa e adotado o referencial Donabedian (1980) para a avaliação comparativa de estrutura, processo e resultado, com desenho pré-teste e pós-teste, em grupos de controle não-equivalentes, utilizando indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015 e do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Em relação à estrutura, foram comparados os recursos financeiros, humanos e instalações físicas, apontando para efeitos positivos no grupo caso, como um maior investimento na saúde, a ampliação dos serviços e a prática multiprofissional de ações de saúde integrais e resolutivas. Para a avaliação de processo, a qualidade do cuidado foi medida através de indicadores de acesso e cobertura que apresentaram, no grupo caso, melhor resultado no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, na média de consultas de puericultura por criança cadastrada e de consultas médicas por habitante, além de menor redução do número de teste de sífilis por gestante. A cobertura de Atenção Básica, apesar de mostrar um crescimento similar nos grupos estudados, apresentou para o grupo caso com 1 ano de implantação a maior evolução de cobertura do período. Na avaliação de resultado foi encontrada uma maior redução de internações por condição sensível à Atenção Básica e do número de casos novos de sífilis em menores de 1 ano, aumento nas proporções de gestantes com pré-natal e vacina em dia, de crianças de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, de menores de 1 ano com vacina em dia e de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, e ainda uma menor redução na proporção de parto normal. Diante da melhor avaliação de estrutura e processo e de um maior número de resultados positivos, pode-se afirmar que os municípios do grupo caso apresentaram um efeito positivo da implantação do Programa, com a ampliação do acesso às ações da Atenção Básica, como a assistência pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que impactaram na redução da mortalidade infantil. Apesar de algumas limitações apontadas e da necessidade de novas análises para avaliar os efeitos que não foram abordados nesta pesquisa, os objetivos propostos foram alcançados e a ampliação do acesso e redução da taxa de mortalidade infantil, podem ser consideradas como fortes argumentos em favor da manutenção e expansão da equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal.

**Palavras-chave:** Equipe de Saúde da Família Ribeirinha. Políticas de saúde. Avaliação de programas.



## ABSTRACT

The difficulty in accessing health services is still an unequal and excluding reality for most of the riverside communities, whose geographic context is a barrier to health system using democratization. Therefore, aiming to spread the access to Basic Attention and reduce the child mortality rate, Health Ministry has created a new health personnel model that would attend to the different necessities of the riverside population. The present study intends mainly to evaluate the Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal implantation effects, by an oriented comparing analysis through an almost-experimental outlining, with a diverse methodological strategy. A qualitative content analysis of the program characterization has been made and the Donabedian (1980) referential has been used in the comparative evaluation of structure, process and result. A pre-test and post-test delineation was established and non-equivalents control groups were applied by using the rates form Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores -2013/2015 3 from the second cycle of Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). About the structure, financial and human resources were compered, as were the facilities, indicating the presence of positive effects in the case group, such as a bigger investment in health issues, services spreading and multiprofessional practices in resolute integral health actions. The care quality was measured trough the access e coverture rates in order to evaluate the process. The case group presented better results at the health conditionality monitoring of the Programa Bolsa Família; higher childcare polls average; higher medical attending per habitant average; and lower number of syphilis test taken by pregnant women. The Basic Attention coverture, although showing similar growth in the studied groups, has presented bigger evolution in the case group after one year of implantation. It was found a bigger reduction of the hospital admission due to basic attention sensible conditions. The number of new sifilis cases in children below one year old was also narrowed; the proportion of pregnant women with proper vaccination and prenatal calendars was risen; the rates of cesarean sections were reduced; exclusive breastfeeding for children until four-month old had increased; the rate of children utilil one-year old with accurate vaccination calendar was higher and the number of live births per women with seven or more previous prenatal appointment had also risen. Due to the best evaluation of the process and the structure, and due to a higher number of positive results, it is possible to claim that the case group towns presented a positive effect as result of the program implantation, with the Basic Attention actions access expansion, such as prenatal assistance and childcare, which have influenced the child mortality reduction. Despite of some described limitations and of the necessity of new analysis in order to evaluate effects that have not been tackled in this research, the main purpose has been reached. The access enlargement and the child mortality reduction may be considered important arguments in favor to maintaining and expanding the Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha in the Legal Amazon.

**Keywords:** Riveside Family Health Team. Health policies. Evaluation of programs.

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Localização das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha no país .....	25
<b>Figura 2</b> - Histórico da evolução normativa da eSFR .....	67

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Indicadores adotados para compor o IDSUS .....	46
<b>Quadro 2</b> - Indicadores de processo utilizados no estudo .....	53
<b>Quadro 3</b> - Indicadores de resultado utilizados no estudo .....	55

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos municípios segundo os grupos caso (CA) - controle (CO) e tempo de implantação.....	43
<b>Tabela 2</b> - Receitas das transferências para a Saúde (SUS) por município.....	69
<b>Tabela 3</b> - Despesa total em Saúde por município.....	71
<b>Tabela 4</b> - Número de profissionais na AB.....	73
<b>Tabela 5</b> - Número de médicos na AB.....	74
<b>Tabela 6</b> - Número de estabelecimentos de saúde na AB.....	76
<b>Tabela 7</b> - Cobertura populacional estimada para equipes de AB.....	79
<b>Tabela 8</b> - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.....	82
<b>Tabela 9</b> - Média de consultas médicas por habitante.....	84
<b>Tabela 10</b> - Número de testes de sífilis por gestante.....	87
<b>Tabela 11</b> - Média de consultas médicas para menores de um ano.....	90
<b>Tabela 12</b> - Média de consultas de puericultura por criança cadastrada.....	92
<b>Tabela 13</b> - Proporção de internação por condição sensível a AB.....	94
<b>Tabela 14</b> - Proporção de gestantes com pré-natal no mês.....	96
<b>Tabela 15</b> - Proporção de gestantes com vacina em dia.....	99
<b>Tabela 16</b> - Proporção de parto normal nos municípios.....	101
<b>Tabela 17</b> - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal....	103
<b>Tabela 18</b> - Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo....	105
<b>Tabela 19</b> - Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia.....	107
<b>Tabela 20</b> - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade..	109
<b>Tabela 21</b> - Taxa de mortalidade infantil.....	111
<b>Tabela 22</b> - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	113

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Evolução das transferências para a Saúde (SUS) por município .....	70
<b>Gráfico 2</b> - Evolução das despesas em saúde sob a responsabilidade do município.....	71
<b>Gráfico 3</b> - Número de profissionais na AB .....	73
<b>Gráfico 4</b> - Evolução do número de médicos na AB .....	74
<b>Gráfico 5</b> - Evolução do número de estabelecimentos de saúde na AB .....	76
<b>Gráfico 6</b> - Evolução da cobertura populacional estimada para equipes de Atenção Básica – Brasil e regiões - 2011 a 2015 .....	78
<b>Gráfico 7</b> - Evolução da cobertura populacional estimada para equipes de AB .....	80
<b>Gráfico 8</b> - Evolução da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) .....	82
<b>Gráfico 9</b> - Evolução da média de consultas médicas por habitante .....	86
<b>Gráfico 10</b> - Evolução do número de testes de sífilis por gestante.....	88
<b>Gráfico 11</b> - Evolução da média de consultas médicas para menores de um ano .....	91
<b>Gráfico 12</b> - Evolução da média de consultas de puericultura por criança cadastrada.....	92
<b>Gráfico 13</b> - Evolução da proporção de internação por condição sensível a AB .....	95
<b>Gráfico 14</b> - Evolução da proporção de gestantes com pré-natal no mês.....	97
<b>Gráfico 15</b> - Evolução da proporção de gestantes com vacina em dia .....	99
<b>Gráfico 16</b> - Evolução da proporção de parto normal .....	101
<b>Gráfico 17</b> - Evolução da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal .....	104
<b>Gráfico 18</b> - Evolução da proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo.....	106
<b>Gráfico 19</b> - Evolução da proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia ...	108
<b>Gráfico 20</b> - Evolução do número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.....	110
<b>Gráfico 21</b> - Evolução da taxa de mortalidade infantil nos municípios .....	112
<b>Gráfico 22</b> - Evolução da proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	114

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AL	Amazônia Legal
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Declaração do Milênio
DOM	Diretrizes, Objetivos e Metas
DOU	Diário Oficial da União
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESFR	Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha
EUA	Estados Unidos da América
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Política Nacional de Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA LEGAL</b> .....	20
	<b>Figura 1</b> – Localização das equipes de Saúde da Família Ribeirinha no país .....	25
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	27
3.1	POLÍTICA PÚBLICA .....	27
3.2	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL .....	31
<b>3.2.1</b>	<b>Avaliação de Políticas de Saúde</b> .....	34
<b>4</b>	<b>METÓDO</b> .....	40
4.1	TIPOLOGIA DA PESQUISA .....	40
4.2	AMOSTRA .....	42
<b>4.2.1</b>	<b>Caracterização da Amostra</b> .....	42
<b>4.2.2</b>	<b>Definição da Amostra</b> .....	43
	<b>4.2.2.1 Grupo Experimental</b> .....	43
	<b>4.2.2.2 Grupo Controle</b> .....	44
4.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	47
<b>4.3.1</b>	<b>Análise Documental</b> .....	47
<b>4.3.2</b>	<b>Seleção dos Indicadores</b> .....	47
	<b>4.3.2.1 Indicadores de Estrutura</b> .....	49
	<b>4.3.2.2 Indicadores de Processo</b> .....	51
	<b>4.3.2.3 Indicadores de Resultado</b> .....	54
<b>4.3.3</b>	<b>Coleta de Dados</b> .....	56
<b>4.3.4</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	57
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	58
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA .....	58
	<b>Figura 2</b> - Histórico da evolução normativa da eSFR .....	67
5.2	INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA AMAZÔNIA LEGAL .....	68
<b>5.2.1</b>	<b>Indicadores de Estrutura</b> .....	68
<b>5.2.2</b>	<b>Indicadores de Processo</b> .....	77
<b>5.2.3</b>	<b>Indicadores de Resultado</b> .....	93
5.3	RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA PARA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO AMAZÔNICA .....	115
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	122
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	126
	<b>ANEXOS</b> .....	132



# 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a avaliação de políticas e programas assumiu grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais, desta forma, para falar sobre avaliação de políticas públicas em saúde no Brasil é necessário analisar a forma como surgiram e foram organizadas. A estruturação e evolução das políticas e instituições de saúde brasileiras estão diretamente relacionadas ao contexto político, social e econômico brasileiro (POLIGNANO, 2001).

A história da saúde pública no Brasil inicia quando, inicialmente, a população era cuidada por curandeiros, com seus ritos e remédios naturais, e pelos jesuítas (POLIGNANO, 2001). A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil provocou mudanças na Administração Pública, inclusive na área da saúde, com a criação em 1829 da Imperial Academia de Medicina, que funcionava como órgão consultivo do imperador D. Pedro I nas questões ligadas à saúde pública nacional, e da Junta de Higiene Pública. Até o início do século XX, as políticas de saúde tinham caráter de prevenção de epidemias, não apresentavam eficácia no cuidado da saúde da população que, em geral, era atendida por serviços filantrópicos, e predominava o modelo sanitarista campanhista que apresentava como objetivo preservar e manter a mão-de-obra da população.

Em 1930, surgiu a Reforma Administrativa Burocrática e o Estado passou a se responsabilizar por mais aspectos relacionados aos serviços sociais. As políticas relacionadas à saúde tornaram-se mais consistentes, com o aumento dos investimentos e melhoria das condições sanitárias. Ocorreu a institucionalização da saúde pública com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que se desdobrou em 1953 em dois Ministérios independentes. Na década de 60, a política do *Welfare State* exercia influência na ampliação dos serviços públicos de saúde, porém esses serviços ainda eram oferecidos por institutos e o Ministério da Saúde (MS) realizava apenas atividades de promoção e prevenção de doenças.

No final da década de 1970, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária em oposição ao modelo vigente e deu origem a um novo modelo de atenção à saúde no país. Influenciada por este movimento, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que consolidou os artigos sobre saúde na Constituição Federal (CF). Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde foi considerada direito universal do cidadão, garantido por meio de políticas públicas, sociais e econômicas abrangentes, com vistas à redução de riscos de doenças e agravos, proporcionando acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como reflexo do Movimento da Reforma Sanitária, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como caminho para a garantia do acesso aos serviços de saúde e implantou-se como modelo assistencial que serviria como um mecanismo de cobertura social de apoio à superação da fragmentação e da exclusão na sociedade brasileira (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nos anos de 1990, iniciou-se, então, a implantação do SUS e as primeiras ações de fortalecimento da Atenção Básica (AB) à Saúde como base para reforma da atenção em saúde. Em 1994, o MS, como estratégia de consolidação dos preceitos e diretrizes do SUS e forma prioritária para reorganização da AB no Brasil, criou o Programa Saúde da Família (PSF) que se somaria ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial brasileiro (POLIGNANO, 2001). As equipes de Saúde da Família (eSF) seriam constituídas por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que teriam jornada diferenciada de 40 horas semanais (BRASIL, 2006).

O texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconizava que a AB fosse o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na rede de serviços. Por isso, seria fundamental que ela se orientasse pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da

integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Apesar desta normativa, era notório que a “universalidade” do acesso como um princípio do SUS constituía-se como uma realidade desigual e excludente para a maioria das populações residentes em áreas rurais, que devido às suas limitações geográficas e econômico-sociais tinham dificuldade para acessar os serviços de saúde. Dentre essas populações, destacavam-se as comunidades ribeirinhas dispersas no interior da Amazônia Legal, cuja situação geográfica poderia ser considerada uma barreira à democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde, que se concentravam, na maioria das vezes, nas áreas urbanas.

Desta forma, para atender a necessidade de expansão do acesso à AB, preconizado pela PNAB/2006, e estabelecer uma estratégia interfederativa para redução da mortalidade infantil com prioridade para a Amazônia Legal, estabelecida pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil, em agosto de 2010, o Departamento da Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, publicava a Portaria nº 2.191, instituindo critérios diferenciados para uma nova modalidade de equipe que atendesse as necessidades de saúde diferenciadas das populações ribeirinhas na Região da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense (BRASIL, 2010).

De acordo com Figueiró *et al* (2010) e Worthen *et al* (2004), a avaliação emerge como um mecanismo que visa acompanhar as políticas públicas implementadas e equacionar os problemas sociais existentes, oferecendo ao gestor federal uma possibilidade de análise da política e orientação de programas existentes, a fim de efetivar seu projeto de governo. Ao longo dos últimos cinco anos, esse Programa sofreu reformulação por duas portarias e aumento de financiamento federal, entretanto, ainda não foi possível avaliar se a sua implantação atendeu aos objetivos inicialmente previstos devido à carência de informações.

Neste contexto, faz-se necessário avaliar os efeitos da implantação do programa equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) nos municípios da Amazônia Legal visando contribuir com o aprimoramento deste Programa, por conseguinte, a sua continuidade ou a necessidade de extinção devido ao não alcance dos objetivos propostos.

Dada a carência de dados sobre a implantação e evolução dessa estratégia, o presente estudo pretende contribuir para a redução dessa lacuna por meio da análise dos efeitos obtidos e propostas de ações que norteiem o aprimoramento desta Política. É de grande importância que se desenvolvam atividades relacionadas ao diagnóstico da execução e à avaliação das ações e políticas de saúde estabelecidas pelo Governo Federal para as esferas municipais, com o objetivo de embasar a formulação de políticas em saúde que atendam as necessidades e especificidades locais, bem como para subsidiar o redirecionamento das políticas públicas de saúde para esta população.

Com base no questionamento se a implantação do programa atendeu aos objetivos inicialmente previstos de ampliação do acesso à AB e redução de mortalidade infantil, propõe-se, como objetivo geral desta pesquisa, avaliar os efeitos da implantação do Programa Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal. Para alcançar tal objetivo, são propostos três objetivos específicos, descritos a seguir:

- a. Caracterizar o Programa Saúde da Família Ribeirinha;
- b. Comparar os indicadores de estrutura, processo e resultado do serviço público de saúde de municípios da Amazônia Legal, entre 2011 e 2015.
- c. Discutir os resultados da implementação da equipe de Saúde da Família Ribeirinha pra o sistema público de saúde dos municípios da região Amazônica.

Por questões didáticas, a pesquisa está dividida em 6 capítulos, contando como primeiro capítulo a introdução aqui apresentada. O segundo capítulo é destinado a fazer uma contextualização da formulação de políticas de saúde para atender as especificidades da

população ribeirinha na Amazônia Legal, seguido pelo capítulo três, que traz o referencial teórico utilizado para embasar o desenvolvimento do trabalho. No quarto capítulo é apresentado o método utilizado para a realização da pesquisa, com a definição da tipologia, caracterização da amostra e dos procedimentos de coleta e análise de dados. O capítulo quinto expõe os resultados da caracterização do programa e da análise dos indicadores, apresentando os resultados da implantação da equipe de Saúde da família Ribeirinha na Amazônia Legal. Por fim, são realizadas as considerações finais com exposição das limitações da pesquisa e propostas de novas agendas e de atividades para auxiliar a implantação e expansão do programa.

## **2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA LEGAL**

A partir da década de 90, baseado nos princípios da universalidade e equidade e organizado sob as diretrizes da descentralização, integralidade e participação da sociedade no controle da política de saúde, iniciou-se a implementação do SUS, num contexto marcado pelas políticas de ajuste neoliberal no país. A universalidade, como princípio do SUS, define que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e às respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural (LUIZ; KAYANO, 2010).

Considerando que o acesso universal em todo território nacional aos serviços de saúde é um direito garantido por lei para toda a população brasileira, e que este fator é de grande importância para auxiliar na diminuição das desigualdades existentes no país, a garantia do direito e cidadania vem gradativamente se incorporando no interior da nossa sociedade.

De acordo com Viana *et al* (2007), a regionalização se configura no marco legal do SUS como uma estratégia para a organização das ações e dos serviços públicos de saúde, associada à descentralização e à hierarquização, porém a dimensão territorial não tem sido fortemente incorporada à formulação de políticas de saúde, embora existam estratégias regionais em áreas específicas.

Apesar da expansão do atendimento à saúde no SUS para contingentes expressivos da população, que anteriormente eram excluídos do sistema, e dos avanços inegáveis na produção de serviços, no que tange às populações que vivem no campo e na floresta, o exercício dos direitos sociais nestas localidades e, em particular ao direito à saúde, encontram-se abaixo da realidade das grandes e médias cidades do país (BRASIL, 2008a).

Oliveira *et al* (2004) afirmam que as populações rurais brasileiras enfrentam barreiras em relação ao acesso aos serviços de saúde em função da menor disponibilidade destes,

particularmente em áreas esparsamente povoadas, em função também das grandes distâncias a serem percorridas, assim como das dificuldades de transporte.

De acordo com o Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2010), a área coberta pela Amazônia Legal possui uma extensão total de aproximadamente 5.020.000 km<sup>2</sup>, correspondendo a 61% do território brasileiro, mas concentra apenas 12,3% da população do país, dispersa pela grande área e vasta hidrografia. A região corresponde à área dos estados da região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), acrescidos da totalidade dos estados de Mato Grosso e dos municípios do estado do Maranhão situados a oeste do meridiano 44°, possuindo uma população de 20 milhões de habitantes e densidade demográfica de aproximadamente 3 habitantes/ km<sup>2</sup>.

No processo de reorientação do modelo assistencial a que se propõe o SUS, a realidade geográfica peculiar das populações do interior da Amazônia Legal constitui uma barreira à democratização da possibilidade de utilização dos serviços de saúde. A distância é um fator crítico na Amazônia, dificultando o acesso das pessoas aos serviços de saúde, sendo um desafio para a saúde pública o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde nas comunidades rurais à margem dos rios da Amazônia (FARIA *et al*, 2010). As distâncias físicas que são vencidas com facilidade em áreas que possuem estradas não apresentam a mesma facilidade no caso da população estudada, uma vez que dependem exclusivamente do rio. Porém, não apenas o acesso, mas diversos aspectos do SUS se configuram de maneira peculiar na Amazônia em relação à configuração que tomam em outras partes do Brasil.

As populações ribeirinhas caracterizam-se por possuir uma relação de dependência com o rio à margem do qual habitam, dependendo desse para suas necessidades básicas de locomoção, alimentação e trabalho (COHEN-CARNEIRO *et al*, 2009). Tradicionalmente, as comunidades ribeirinhas são compostas de vários agrupamentos familiares, em casas de madeiras, adaptadas ao sistema de cheias e vazantes dos rios, dispersas ao longo de um

percurso fluvial. Vivem, em sua maioria, à beira dos rios, igarapés, igapós e lagos, estando isolados, com pouco ou restrito acesso à mídia escrita e falada.

Cohen-Carneiro *et al* (2009) apontam que o acesso à saúde por essas populações se dá de forma irregular, seja com o deslocamento das pessoas até a cidade mais próxima para atendimento em postos de saúde ou através do atendimento equipes de saúde em barcos das forças armadas, das Secretarias de Saúde ou de Organizações Não Governamentais (ONG), que prestam atendimento médico e odontológico esporádicos, impossibilitando o levantamento de dados para estudo e análise de indicadores de saúde.

Teixeira *et al* (2002) afirmam que mesmo na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), uma das mais importantes pesquisas de impacto para o conhecimento da realidade da população brasileira, não há estudos que revelem as condições de vida da população do interior da Amazônia, pois a pesquisa só cobre áreas urbanas da região Norte, impedindo maior aprofundamento da análise para a população total em anos recentes.

Tamanhas peculiaridades territoriais levaram o MS a publicar, em 2010, a Portaria nº 2.191 instituindo critérios diferenciados com vistas à implantação, ao financiamento e à manutenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as populações ribeirinhas nos municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Matogrossense (BRASIL, 2010). Estes municípios poderiam optar por dois tipos de arranjos organizacionais para a ESF, além dos existentes para o restante do país. Surge, então, uma nova modalidade de eSF que atendesse as necessidades de saúde diferenciadas das populações ribeirinhas – a equipe de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, como uma estratégia do MS para ampliar o acesso à AB e reduzir a mortalidade infantil, considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2010).

As eSF para Populações Ribeirinhas constituíam-se em equipes cujo acesso à população ribeirinha ocorresse por meio fluvial, em localidades nas quais não fosse viável o



deslocamento diário da eSF da sede do município até o local de moradia dessas populações ribeirinhas, razão pela qual a equipe de saúde deveria pernoitar na localidade para o desempenho de suas funções. A equipe multidisciplinar mínima deveria ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e até um máximo de 12 agentes comunitários de saúde, com um fluxo de trabalho diferenciado, devendo cumprir, no mínimo, 112 (cento e doze) horas de trabalho mensais, prestando, no mínimo, 14 dias de atendimento à população (BRASIL, 2010).

Em outubro de 2011, a PNAB é reformulada através da Portaria nº 2.488, atualizando o conceito da estratégia para eSFR que seriam equipes que desempenhariam a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial. Foi adicionado ao incentivo mensal de custeio da equipe, um valor para o custeio de transporte a comunidades ribeirinhas dispersas no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais). Também foi ofertada a possibilidade de inclusão de um microscopista nas regiões endêmicas e, devido à grande dispersão populacional, os municípios poderiam solicitar ampliação da composição mínima das equipes, de acordo com critérios populacionais mínimos, podendo acrescentar mais 12 ACS, 4 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 1 técnico em saúde bucal e 2 enfermeiros, e fazendo jus a um incentivo para cada agregação (BRASIL, 2011a).

Em maio de 2014, é publicada a Portaria nº 837, que amplia o conceito da equipe acrescentando o seguinte texto: “que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território” (BRASIL, 2014a). A equipe mínima passa a ser composta apenas por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem e aumenta o número e tipos de profissionais que podem ser agregados à equipe mínima garantindo uma maior resolutividade a essa equipe e retira-se a exigência do critério populacional. Em áreas de dispersão populacional, poderiam ser agregados a equipe

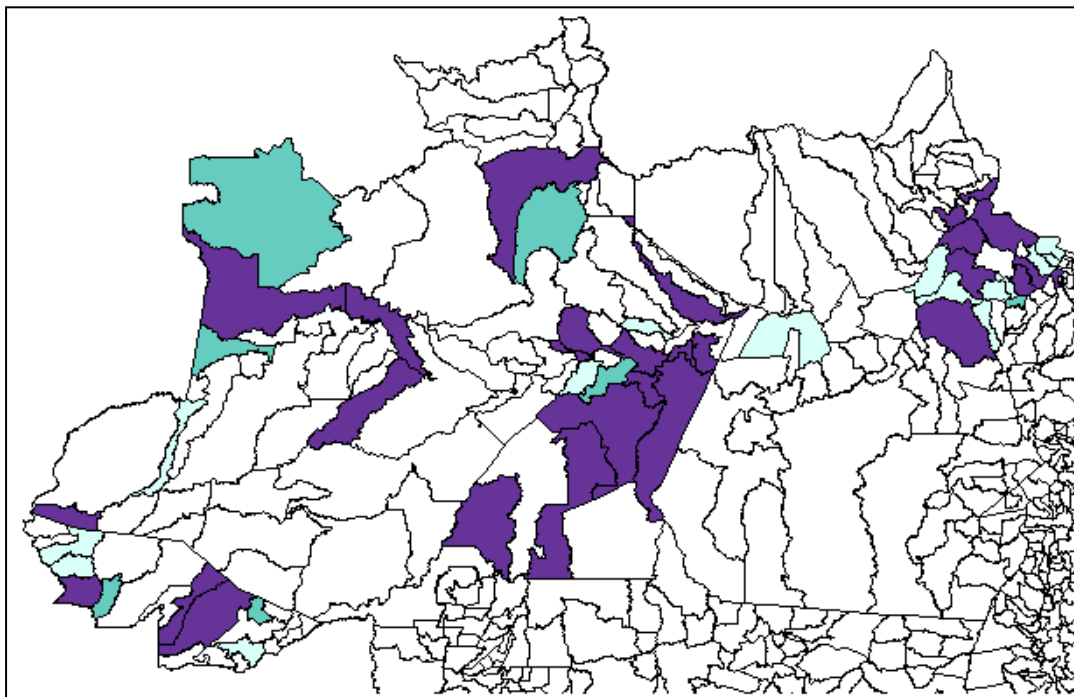
mínima até 24 ACS, 11 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, 12 microscopistas, além de poder acrescentar até dois profissionais da área de saúde de nível superior dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliando a capacidade clínica e a carteira de serviço das equipes. Para ampliar a capilaridade da equipe e operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência passam a existir um incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência de até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), para a realização do atendimento em saúde de forma descentralizada, e de até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da equipe até as comunidades atendidas (BRASIL, 2014a).

Segundo fluxo de implantação e credenciamento das equipes de AB definido pela PNAB, para que uma equipe seja credenciada é necessário que o município elabore um projeto que descreva e planeje as ações da eSFR e envie para análise da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e posterior aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) / Comissão Intergestores Regional (CIR). A SES após a aprovação envia a resolução para homologação do MS, que publica o credenciamento da equipe eSFR do município para recebimento de incentivo financeiro. O município inscreve os profissionais da eSFR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e começa a receber os recursos referentes ao número de equipes credenciadas informadas, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais. É considerada implantada a equipe credenciada pelo MS que está devidamente informada no SCNES e recebendo incentivo de custeio federal (BRASIL, 2011a). Porém, em 2013, com o surgimento do Programa Mais Médicos (PMM), surge uma nova forma de credenciamento e de repasse de incentivo que não segue o fluxo definido pela PNAB. Passam a ter credenciamento

automático todas as eSF com médicos do PMM que estejam devidamente informadas no SCNES (BRASIL, 2014b).

Com base nessas informações, foram pesquisadas todas as portarias de credenciamento de equipes publicadas no Diário Oficial da União (DOU) no período de 2010 a 2016, analisados os dados de equipes implantadas no SCNES e levantados no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS) os repasses de custeio para os municípios com eSFR implantadas. Foi levantada a informação de credenciamento de 134 equipes em 49 municípios da Amazônia Legal distribuídos nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Pará e Roraima. Destas, em setembro/2016, encontravam-se devidamente implantadas 93 equipes em 35 municípios distintos.

**Figura 1** – Localização das equipes de Saúde da Família Ribeirinha no país



UF	MUNICÍPIOS com ESFR credenciada	MUNICÍPIOS com ESFR implantada	% de implantação	ESFR credencia das	ESFR implantada s	% de implantação	ESFR implantada s MM	% de MM em relação às implantadas
AC	8	5	62,50%	14	8	57,14%	5	62,50%
AM	21	18	85,71%	53	43	81,13%	29	67,44%
AP	1	1	100,00%	1	1	100,00%	1	100,00%
MA	***	***	***	0	3	****	3	100,00%
PA	17	9	52,94%	64	36	56,25%	28	77,78%
RR	2	2	100,00%	2	2	100,00%	1	50,00%
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>35</b>	<b>71,43%</b>	<b>134</b>	<b>93</b>	<b>69,40%</b>	<b>67</b>	<b>72,04%</b>

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, setembro/2016.

Pode-se verificar a baixa capilaridade da Política, que não foi implantada na maior parte dos municípios da Amazônia Legal, ficando restrita a algumas regiões dos 6 estados que aderiram a eSFR. Desses estados, o Amazonas é o que mais tem municípios com equipes implantadas, provavelmente por ter uma maior extensão territorial, composta pela Floresta Amazônica e entrecortada por uma extensa bacia hidrográfica, o que indicaria um grande número de população ribeirinha. Das equipes implantadas, 72% é composta por médicos do PMM, o que pode ser explicado pela dificuldade de alocação de profissionais nestas regiões vulneráveis e de difícil acesso.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está dividido em 2 seções. A primeira seção deste capítulo é destinada a discutir a importância do campo de política pública, apresentando os diversos conceitos e modelos explicativos trazidos pela literatura. A seção seguinte aborda as estratégias de avaliação de políticas públicas utilizadas no Brasil, trazendo as principais definições e concepções desta etapa do ciclo de política pública, e as diferentes abordagens sobre o uso da avaliação em programas de saúde trazidas pelas principais referências nesta área, abordando as definições, características e técnicas utilizadas para avaliar a implantação de um programa de saúde.

#### 3.1 POLÍTICA PÚBLICA

A partir da década de 80, alguns países passaram a discutir sobre a importância do campo de conhecimento de políticas públicas para o desenvolvimento econômico e a promoção da inclusão social (SOUZA, 2006). Esse campo de conhecimento como disciplina acadêmica e ferramenta das decisões do governo surge nos Estados Unidos da América (EUA) e apresenta quatro fundadores: H. Laswell (1936), que introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública); H. Simon (1957), que trouxe o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*); C. Lindblom (1959; 1979), que propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas; e D. Easton (1965), que definiu a política pública como um sistema.

Souza (2006) afirma que, embora não haja consenso quanto à melhor definição do seja uma política pública, a mais conhecida continua sendo a de Laswell, que propõe que as decisões e análises sobre política pública sejam orientadas para responder as seguintes perguntas: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Para a autora não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública e pode-se, então, conceituá-la como o

campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações.

De acordo com Saravia e Ferrarezi (2007), uma política pública é um fluxo de decisões públicas orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Já para Rua (2004), as políticas públicas são os *outputs* resultantes da atividade política e compreendem o conjunto de decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos.

Muitos modelos foram desenvolvidos para explicar como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida do cidadão. Souza (2006) apresenta em seu estudo os principais modelos explicativos: tipo de política pública, incrementalismo, *garbage can*, coalizão de defesa, arenas sociais, equilíbrio interrompido e ciclo da política pública.

A tipologia de política pública criada por Theodor Lowi (1964; 1792) entende que cada tipo de política terá diferentes formas de apoio e rejeição, podendo assumir quatro formatos: distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas. No modelo do Incrementalismo desenvolvido por Lindblom (1979), Caiden e Wildavsky (1980) e Wildavsky (1992) afirma-se que as decisões dos governos seriam apenas incrementais e pouco substantivas. Já no modelo *garbage can* (lata de lixo) desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972), diz que as escolhas de políticas públicas são feitas como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo na qual vários tipos de problemas e soluções são colocados pelos participantes à medida que eles aparecem. O modelo de coalizão de defesa (*advocacy coalition*), de Sabatier e Jenkins-Smith (1993), propõe que a política pública deva ser concebida como um conjunto de subsistemas compostos por um número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e ideias e pelos recursos de que dispõem. Modelo de arenas sociais vê a política pública como uma iniciativa dos chamados

empreendedores políticos e descreve três principais mecanismos para chamar a atenção dos decisores e formuladores de políticas públicas: (a) divulgação de indicadores que mostrem a dimensão do problema; (b) eventos tais como desastres ou repetição continuada do mesmo problema; e (c) *feedback*, ou informações de falhas da política atual ou de seus resultados medíocres. Já o modelo do equilíbrio interrompido (*punctuated equilibrium*), elaborado por Baumgartner e Jones (1993), utiliza noções de biologia e computação, caracterizando a política pública por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade que geram mudanças nas políticas anteriores. Novos modelos voltados para a busca de eficiência surgem nos dias atuais influenciados pelo novo gerencialismo público.

Para efeitos didáticos, este trabalho utilizará para fundamentar a sua análise o último modelo proposto, o ciclo da política pública, que é um estudo do processo das políticas públicas que vê a política como um ciclo deliberativo, formado por várias etapas e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado, sendo elas: a definição da agenda, a formulação, a tomada de decisão, a implementação e avaliação da política pública. Na prática, essas etapas se misturam entre si e nem sempre seguem a sequência proposta. Kingdon (1984 apud SOUZA, 2006) combinou este modelo como o do *garbage can*, com ênfase na definição da agenda, e criou um novo modelo, o do *multiple stream* (múltiplos fluxos).

Frey (2009) propõe a divisão do processo de políticas públicas em cinco fases: a percepção e definição de problemas, quando algumas questões são consideradas apropriadas para um tratamento político e, conseqüentemente, acabam gerando uma política pública; a *agenda-setting*, responsável pela decisão de excluir da agenda ou adiar para uma data posterior os pleitos que não estão sendo inseridos na pauta política atual; a elaboração de programas e de decisão, que consiste na escolha mais apropriada entre as várias alternativas de ação; a implementação de políticas, que se refere ao planejamento da ação considerada mais conveniente; e a avaliação de políticas e eventual correção de ação (*evaluation*) que

consiste na mensuração do impacto e dos efeitos colaterais indesejados da ação, de forma a oferecer subsídios para o estabelecimento de ações e programas futuros.

O estudo do processo das políticas públicas é uma moderna ferramenta estratégica para lidar com as incertezas decorrentes das rápidas transformações de cenário (SARAVIA; FERRAREZI, 2007). Este processo está dividido em sete diferentes estágios (agenda, elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação) e em cada um deles são diferentes os atores, as coalizões, os processos e as ênfases.

Nesta visão sequenciada do ciclo de política pública, o primeiro momento é o da agenda ou da inclusão de determinado pleito ou necessidade social na lista de prioridades do poder público. Xun Wu *et al* (2014) afirmam que a política pública começa quando a agenda é definida, ou seja, quando for decidida uma lista de questões ou problemas e quais os agentes governamentais e outros membros na comunidade de política pública que estarão atentando em certo momento. Logo após, temos a tomada de decisão e a formulação da política pública com a delimitação de um problema atual ou potencial e a determinação das possíveis alternativas para ação governamental, com a definição dos objetivos e efeitos esperados e a avaliação de custos. Em seguida, temos a fase de implementação que é um processo dinâmico e não linear em que se põe em prática efetiva a política pública. E, por fim, a avaliação que consiste na mensuração e análise dos efeitos produzidos na sociedade pela política pública.

Para Hill (2006) é necessário ter cautela com o modelo de etapas do processo político, principalmente no que diz respeito à distinção entre a formulação e a implementação, que aborda duas perspectivas distintas: a visão de Cima para Baixo (*top-down*), baseada num modelo hierarquizado e centralizado no ponto de vista do formulador de política, apresentando um déficit na forma como transmitir essa intenção fielmente para baixo, na linha de comando burocrático; e a de Baixo para Cima (*bottom-up*), baseada num modelo descentralizado, em que os favorecidos pelas políticas são chamados para participar do



processo, porém a ambiguidade das políticas, os recursos limitados e as pressões de tempo podem tornar impossível a implementação conforme o esperado.

Para ser coerente na sua implementação, um projeto de política pública necessita de um planejamento operacional com objetivos bem definidos e metas específicas e mensuráveis de implementação para as intervenções. Esse planejamento deve abranger a utilização de várias ferramentas analíticas como a compreensão dos interesses envolvidos, a identificação de uma variedade de fontes de recursos necessários e a análise da dinâmica complexa dos *stakeholders* interessados (XUN WU *et al*, 2014).

Saravia e Ferrarezzi (2007) destacam que o processo nem sempre observa a sequência do ciclo de políticas públicas e que esta divisão é mais uma esquematização teórica do que ocorre na prática. Para os autores, dentre as etapas previstas, a avaliação é a fase que mais tem se desenvolvido nos dias atuais, pois representa o instrumento de análise adequado para se perceber como uma política pública está sendo implementada e, ao mesmo tempo, verificar se há relação entre as metas estabelecidas e os resultados alcançados.

### 3.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Historicamente, a Administração Pública brasileira não tinha preocupação em avaliar programas públicos, em geral, e programas sociais, em particular, estando voltada mais para os processos de formulação de programas do que para os relacionados à sua implementação e avaliação. Todavia, as últimas décadas são marcadas por transformações políticas e econômicas e por um movimento de reorientação do papel do Estado na execução de políticas públicas sociais, o que mudou este panorama (COSTA; CASTANHAR, 2003).

De acordo com Saravia e Ferrarezi (2007), a descentralização e a participação democrática nas decisões políticas ficaram mais fáceis, sob a perspectiva operacional, e as demandas sociais tornaram-se possíveis. Essas transformações exigiram um fortalecimento das práticas de gestão das organizações públicas, principalmente no que diz respeito à

avaliação das metas alcançadas e de uma maior eficiência e eficácia das ações governamentais.

Para Worthen *et al* (2004), na literatura não há consenso quanto à definição e à concepção sobre o que seja avaliação de políticas públicas e eles definem como a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios. Já Weiss (1998) propõe a avaliação como uma forma de medir os efeitos de um programa em relação aos objetivos propostos, contribuindo para a tomada de decisão sobre o programa e aperfeiçoamento de planejamento futuro.

A avaliação é uma etapa fundamental do processo de políticas públicas e reúne o conjunto de todas as atividades realizadas pelos diversos atores estatais e sociais com o objetivo de determinar como uma política pública foi desenvolvida na prática, examinando tanto os meios utilizados como os objetivos alcançados, bem como estimando seu provável desempenho no futuro, através da análise dos seus resultados (XUN WU *et al*, 2014). A análise das políticas públicas possibilita o levantamento de informações sobre a sua eficiência que dará origem a proposta de solução ou a medida corretiva que retroalimentará o processo, contribuindo para o seu aprimoramento ou revogação.

Segundo Secchi (2010), a avaliação envolve o julgamento deliberado sobre a validade da proposta para a ação governamental e, também, sobre o alcance do planejamento executado, e, dessa forma, é a fase do ciclo da política mais favorável para a produção de *feedback* sobre as etapas anteriores. O autor afirma que as avaliações necessitam de critérios lógicos para as escolhas e julgamentos, operacionalizados por meio de indicadores, sendo os principais: economicidade (nível de utilização dos recursos), eficiência econômica (relação entre recursos utilizados e produtividade), eficiência administrativa (nível de conformação da execução dos métodos preestabelecidos), eficácia (nível de alcance das metas ou objetivos

preestabelecidos) e equidade (homogeneidade de distribuição de benefícios/punições entre os destinatários de uma política pública).

Costa e Castanhar (2003) apontam que existe uma longa lista de critérios de avaliação para a aferição dos resultados obtidos e a escolha depende do aspecto que se deseja privilegiar na avaliação, quer seja aprimorar os programas em andamento ou dar subsídios para o planejamento, a programação e a tomada de decisões futuras. Os autores afirmam que de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF - 1990), os mais comuns são os seguintes: eficiência, eficácia, impacto (ou efetividade), sustentabilidade, análise custo-efetividade, satisfação do beneficiário, e equidade. Quanto à categoria de medidas (indicadores), dependendo da área e do propósito da avaliação, podem ser utilizadas diferentes formas para definir e utilizar essa medida.

As avaliações de políticas públicas podem ser classificadas em função do tempo (antes, durante ou depois da implementação), da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto avaliado (contexto, insumos, processos e resultados) (COTTA, 2001).

Xun Wu *et al* (2014) apontam que o impacto ou desempenho de uma política pode ser afetado por diversos fatores internos e externos e seus efeitos e resultados não devem ser interpretados de forma isolada. Sob esse aspecto, Frey (2009) ainda destaca que o controle do impacto das políticas públicas não tem que ser realizado apenas no final do seu processo, mas pode acompanhar suas diversas fases e conduzir a adaptações contínuas e permanentes das formas e instrumentos da ação pública e, com isso, propiciar uma reformulação ou, até mesmo, a suspensão da ação governamental.

As modificações no desenho das políticas sociais ocorridas nas últimas décadas – a descentralização administrativa de programas, o aumento da participação social e a busca por maior coordenação de ações entre os diferentes níveis de governo – tornaram o processo de

avaliação mais complexo. Nesse sentido, verifica-se que, apesar da avaliação de políticas públicas estar mais presente no cotidiano dos gestores públicos, ainda acontece de forma lenta e de maneira desigual entre as três esferas de governo e as regiões do país (SARAVIA; FERRAREZI, 2007).

### **3.2.1 Avaliação de Políticas de Saúde**

Nas últimas décadas, diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. A necessidade de se avaliar os serviços e programas de saúde surgiu, inicialmente, como uma consequência da implantação de instrumentos de monitoramento de custos e gastos com saúde devido a uma diminuição do crescimento econômico (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). A necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde tornou imprescindível à realização de avaliações no intuito de subsidiar a elaboração ou a reorientação de políticas e programas. Essas avaliações podem abordar diversas vertentes como, por exemplo, a produção de serviços, processo de trabalho e forma de gestão.

Para Patton (2008), a realização de uma avaliação deve permitir um julgamento não só sobre a eficácia de uma intervenção, mas também sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos. Contandriopoulos *et al* (1997) e Hartz *et al* (1997) afirmam que avaliar consiste, essencialmente, em realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção, visando orientar a tomada de decisões. Entende-se que intervenção seja o conjunto dos recursos (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados com um determinado objetivo em um dado contexto e momento, com o intuito de alterar uma situação problemática, e que o julgamento de valor possa ter abordagens distintas resultando em uma avaliação normativa ou uma pesquisa avaliativa (elaborada a partir de um procedimento científico).

A avaliação normativa caracteriza-se pelo julgamento sobre uma intervenção comparando seus elementos com a aplicação de critérios e normas, podendo ser realizada a

apreciação da estrutura (recursos empregados e organização), do processo (atividades, bens ou serviços produzidos) e de resultado (índices dos resultados obtidos). Na apreciação do processo podem ser analisadas três dimensões distintas: técnica dos serviços (adequação do serviço à necessidade), relações interpessoais (interação psicológica e social) e organizacionais (referente à acessibilidade, à extensão da cobertura, à globalidade e à continuidade dos serviços). A avaliação normativa é uma atividade comum em uma organização ou programa, correspondendo às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade (CLEMNHACEN; CHAMPAGNE, 1986).

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex post* de uma intervenção usando métodos científicos com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Contandriopoulos *et al* (1997) afirmam que a realização de uma pesquisa avaliativa em uma intervenção pode ser feita a partir de uma ou de várias análises, podendo considerar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

A pesquisa avaliativa em saúde apresenta seis tipos de análise, que serão utilizadas a depender da perspectiva dos diferentes atores envolvidos (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). O primeiro tipo é o da Análise da Estratégia que se preocupa com a pertinência da intervenção, ou seja, com a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que a originou. Dever e Champagne (1984) apontam que este tipo de avaliação pode ser realizado através de análises de mercado, de necessidade ou de métodos de determinação de prioridades. Em seguida, tem-se a Análise da Intervenção que estuda a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para sua realização. Há também a Análise da Produtividade que estuda a maneira como os recursos são usados para a

produção dos serviços, podendo ser medida em unidades físicas (produtividade física) ou em unidades monetárias (produtividade econômica).

Na área de saúde é difícil definir e medir a produtividade do serviço, pois toda intervenção produz diferentes tipos de resultados e por isso a Análise da Produtividade pode ser feita em vários níveis: capacidade dos recursos para produzir serviços de suporte, produtividade dos recursos profissionais em serviços clínicos, produtividade dos recursos para produzir tratamentos e produtividade dos recursos para produzir efeitos de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Como quarto tipo, a Análise da Implantação que consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. Este tipo de análise é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. Ela pode ser realizada sob duas óticas diferentes, sendo que uma avaliará a influência da variação no grau de implantação da intervenção nos diversos contextos e na outra será questionado os efeitos da interdependência existente entre o contexto da intervenção e a intervenção em si. Para a análise de implantação existem três tipos de estratégias de pesquisa mais apropriadas: o estudo de caso, o estudo comparativo e a experimentação. Yin (2001) define estudo de caso como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto. Esta técnica normalmente é utilizada quando o pesquisador vai utilizar uma unidade de análise pequena. O estudo comparativo, por sua vez, utiliza um grande número de unidades de análise, desde que seja em número maior que o número de atributos estudados, preocupando-se com as variações concomitantes entre um conjunto de variáveis dependentes e uma ou mais

variáveis dependentes. E a experimentação é um procedimento para testar o efeito de uma variável sobre uma ou várias outras.

Em seguida, a Análise dos Efeitos que examina as relações causais entre uma intervenção e seus efeitos, avaliando a influência dos serviços sobre os estados de saúde, definindo a sua eficácia para modificá-los. Os efeitos de uma intervenção são, frequentemente, mais amplos que os objetivos almejados pelos seus idealizadores e a medida dos efeitos depende do tipo de pesquisa adotada (em laboratório ou diretamente na população que é seu objeto de atuação), desta forma, o conceito de eficácia não tem um significado absoluto, podendo, então, ser uma eficácia teórica, experimental, de utilização e populacional (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). Por fim, tem-se a Análise do Rendimento que consiste em uma combinação da análise da produtividade econômica e da análise dos efeitos. Este tipo de avaliação é, geralmente, realizado com ajuda de análises custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade.

Hartz (1999, p. 342) conceitua programa como um “conjunto de ações visando favorecer comportamentos adaptativos requeridos por diferentes áreas ou atividades humanas relacionadas com vida comunitária, escola, trabalho, saúde e bem-estar”. Na avaliação de programas, ela defende um modelo de avaliação denominado *theory-driven evaluation* que busca explicar como, supostamente, determinado programa funcionaria, através da resposta de questões relativas ao problema visado pelo programa, à caracterização da população, às condições do contexto onde se implementará a ação e ao conteúdo do programa necessário para produzir os efeitos desejados.

Rossi *et al* (1999) identificam cinco tipos de avaliações para responder a diferentes questões sobre um programa: avaliação de necessidade, se o programa é necessário para atender ao público que está destinado; avaliação da teoria do programa, se o programa proposto atende de forma adequada à necessidade da população; avaliação de processo, se o

programa atinge seus objetivos; avaliação do resultado, se os resultados pretendidos estão sendo atingidos; e avaliação de eficiência, se o programa se justifica, se sua existência é necessária.

Apesar da grande variedade de métodos e técnicas para avaliar programas de saúde, em todos os tipos de avaliação apresentados está presente o conceito de qualidade. Para Travassos (1999), o resultado da avaliação de qualidade na atenção à saúde não depende exclusivamente de um determinado serviço de saúde, decorre da natureza complexa do processo de produção saúde-doença, em que interagem diferentes sistemas e processos. Para especialistas como Pereira (1995) e Reis *et al* (1990), a avaliação de resultados de programas públicos, assim como a mensuração da qualidade das ações de saúde prestadas à população, ainda se constitui em um desafio metodológico, e o referencial teórico bastante utilizado na avaliação de qualidade em atenção à saúde é o de Donabedian (1980).

Para Donabedian (1990), a qualidade é verificada quando da atribuição de juízo ao objeto avaliado resulta um valor positivo, e estabelecer o juízo de valor positivo implica na utilização de critérios implícitos e explícitos. Ele identificou sete critérios de definição de qualidade em atenção à saúde (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) e desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos da tríade estrutura-processo-resultado.

A avaliação de estrutura diz respeito a todos os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para proporcionar a atenção à saúde. Donabedian (1980) tinha como pressuposto que a atenção à saúde necessita de um nível mínimo de estrutura para o desenvolvimento das ações propostas. Vários autores afirmam que a existência de determinada estrutura não indica, por si só, que processo e resultado esperados serão atingidos. A avaliação de processo inclui todas as atividades desenvolvidas pelos



profissionais de saúde, bem como a habilidade com que realizam as tarefas. Diversamente de estrutura, o processo determina como o sistema realmente funciona. Já a avaliação de resultado mede o produto final da assistência prestada.

Para Pereira (1995), avaliar resultados da assistência à saúde pressupõe saber o que ocorre com as pessoas após passarem pelos serviços de saúde. O autor propõe o uso da avaliação dos níveis de saúde e doença das pessoas como uma forma de mensuração de resultados. Já Trad e Bastos (1998) defendem que a avaliação de resultado implica em uma análise da evolução do estado de saúde da população, para melhor ou para pior. Perrin (2002) afirma que a maior dificuldade a ser vencida na avaliação de resultados é o estabelecimento de uma razoável correlação entre estrutura e processo e o resultado desejado.

O modelo proposto por Donabedian (1980) apresenta uma simplificação da complexa realidade onde se insere o processo saúde-doença e, de acordo com o próprio autor, apresenta limitações por se basear em probabilidades estabelecidas previamente à avaliação, e desta forma, o avaliador deve buscar minimizar esta limitação através da proposição de indicadores caracterizados por validade causal, pertinência, sensibilidade, inclusividade, oportunidade e custo relativo.

Para efeitos didáticos, a pesquisa sobre a avaliação do Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal, realizará uma análise de efeitos utilizando o desenho teórico proposto por Donabedian (1980) para examinar as relações causais entre a implantação do Programa e a sua eficácia na ampliação do acesso à Atenção Básica e redução da mortalidade infantil para esta população específica, que são os objetivos propostos na sua normativa.

## 4 METÓDO

O presente trabalho propõe-se a avaliar os efeitos da implantação do Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal, realizando uma análise comparada orientada por um delineamento quase-experimental, sendo utilizada uma estratégia metodológica diversificada, detalhada a seguir.

### 4.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Um dos pontos fundamentais na avaliação de eficácia ou efetividade de programas é verificar se os resultados alcançados pelo programa podem ser atribuídos a sua implantação ou a outros fatores relacionados. Dentre os desenhos utilizados para essa avaliação destacam-se os delineamentos experimentais e quase-experimentais.

O delineamento experimental é muito útil para demonstrar a relação causa-efeito, porém apresenta limitações éticas e de custos na avaliação de um programa de saúde. Segundo Selltiz *et al* (1987), os quase-experimentos são planejados para responder questões sobre causas e efeitos em situações em que os experimentos não podem ser realizados.

Cozby (2009) afirma que os delineamentos quase-experimentais surgiram da necessidade de realizar pesquisas aplicadas, em situações em que não é possível atingir o mesmo grau de controle dos delineamentos experimentais, e que este tipo de estudo é muito útil na avaliação de programas. Para Campbell (1969), os programas sociais são de fato experimentos planejados para atingir certos resultados, sendo necessário avaliar constantemente se obteve os efeitos pretendidos ao ser implantado.

O estudo quase-experimental pode ser implementado concomitante à execução do programa, não necessitando de interrupção das suas ações para a sua avaliação. O emprego deste estudo pode ser realizado com grupos experimental e de controle, de comparação externa ou interna, não se exigindo a equivalência entre os dois, apenas a maior similaridade

possível entre ambos. Um dos delineamentos utilizados para comparação interna é o estudo caso-controle que compara grupos com diferentes exposições a um determinado programa.

Segundo Posavac e Carey (2003), a validade interna deste tipo de método pode aumentar quando são realizadas duas medições, uma antes e outra após a implementação do programa, em dois grupos (um que tenha recebido a intervenção e outro não), utilizando tanto variáveis que possam ser afetadas pelo programa, quanto outras que não o sejam.

Quanto maior a similaridade entre os grupos, maior a validade interna, e para diminuir as diferenças pode ser utilizado o pareamento entre os participantes dos grupos experimental e de controle.

Vaz e Pires (2013) recomendam a utilização da metodologia de pares contrafactuais, ou *matched-pair analysis*, para a formação de grupos de comparação entre municípios. Para o sucesso da comparação, a metodologia propõe a escolha de casos pertencentes a estados e regiões iguais, que possuam características similares socioeconômicas e demográficas e partilhem de características importantes dos seus contextos econômico, político e social, permitindo a análise dos resultados alcançados de alguns componentes de políticas públicas, advindos ou não da presença da intervenção.

Vale a pena ressaltar que a pesquisa apresenta limitações metodológicas, que impossibilitaram uma análise mais profunda em relação ao estudo realizado, como o tempo curto de realização da pesquisa e de implantação da política. Outra limitação importante é a dificuldade de isolar o efeito da política de outros fatores que possam ter interferido nos resultados da pesquisa como, por exemplo, a oferta de medicamentos mais eficazes e desenvolvimento de ações de saúde por outras entidades ou esferas de governo. Visando realizar uma ampla análise das diversas questões envolvidas na avaliação do programa, o trabalho foi realizado em duas etapas complementares no período de março a novembro de 2016:

- A primeira etapa realizou uma análise de conteúdo qualitativa para a caracterização do programa;
- A segunda etapa realizou uma análise comparativa de indicadores de estrutura, processo e resultado, baseada no referencial teórico proposto por Donabedian (1980), orientada por um delineamento quase-experimental, com desenho pré-teste e pós-teste em grupos de controle não-equivalentes.

O referencial teórico do modelo Donabedian (1980) tem sido muito utilizado em todo o mundo como referência fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo feitas comparações do tipo antes e depois (PEREIRA, 1995).

## 4.2 AMOSTRA

### 4.2.1 Caracterização da Amostra

Como este Programa é específico para municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Matogrossense e existe um reduzido número de municípios que aderiram a Política, por economia de tempo e de recurso, foi utilizada uma amostra não-probabilística intencional no intuito de estudar um subgrupo que fosse o mais representativo possível. Esta pesquisa utilizou uma amostra de 29 pares contrafactuais de municípios desta região, sendo:

- Grupo experimental – municípios da região Amazônica que implantaram o Programa até dezembro/2014, para se ter um período mínimo para verificar a produção de efeitos dessa implantação e dados públicos acessíveis para realizar a comparação.
- Grupo controle - municípios da região Amazônica que não implantaram o Programa, mas que possuem características similares aos municípios do grupo experimental.

**Tabela 1** - Distribuição dos municípios segundo os grupos caso (CA) - controle (CO) e tempo de implantação

IBGE	MUNICÍPIOS	GRUPO	IBGE	MUNICÍPIOS	GRUPO
120034	MANOEL URBANO	1 CA	150280	CURRALINHO	1 CO
130030	AUTAZES	1 CA	150210	CAMETÁ	1 CO
130050	BARREIRINHA	1 CA	150275	CONCÓRDIA DO PARÁ	1 CO
130068	BOA VISTA DO RAMOS	1 CA	171570	PALMEIRANTE	1 CO
130210	JAPURÁ	1 CA	150805	TRAIRÃO	1 CO
130190	ITACOATIARA	1 CA	150345	IPIXUNA DO PARÁ	1 CO
130185	IRANDUBA	1 CA	250600	ESPERANÇA	1 CO
130290	MAUÊS	1 CA	150350	IRITUIA	1 CO
130300	NHAMUNDÁ	1 CA	171245	LUZINÓPOLIS	1 CO
130310	NOVA OLINDA DO NORTE	1 CA	150510	ÓBIDOS	1 CO
130380	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	1 CA	150195	CACHOEIRA DO PIRIÁ	1 CO
150030	AFUÁ	1 CA	171395	MURICILÂNDIA	1 CO
150180	BREVES	1 CA	110010	GUAJARÁ-MIRIM	1 CO
150250	CHAVES	1 CA	171875	RIO SONO	1 CO
150400	LIMOEIRO DO AJURU	1 CA	150040	ALENQUER	1 CO
150450	MELGAÇO	1 CA	150610	PRIMAVERA	1 CO
150490	MUANÁ	1 CA	160080	VITÓRIA DO JARI	1 CO
150570	PONTA DE PEDRAS	1 CA	140070	UIRAMUTÃ	1 CO
150580	PORTEL	1 CA	150470	MOJU	1 CO
150790	SOURE	1 CA	170720	DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS	1 CO
120035	MARECHAL THAUMATURGO	2 CA	110146	PIMENTEIRAS DO OESTE	2 CO
130330	NOVO ARIPUANÃ	2 CA	171195	LAGOA DO TOCANTINS	2 CO
130370	SANTO ANTONIO DO IÇÁ	2 CA	172020	SÃO MIGUEL DO TOCANTINS	2 CO
130420	TEFÉ	2 CA	150613	REDENÇÃO	2 CO
160030	MACAPÁ	2 CA	120040	RIO BRANCO	2 CO
120013	BUJARI	3 CA	120042	RODRIGUES ALVES	3 CO
120032	JORDÃO	3 CA	140017	CANTÁ	3 CO
130080	BORBA	4 CA	150630	SALVATERRA	4 CO
130170	HUMAITÁ	4 CA	150230	CAPITÃO POÇO	4 CO

Fonte: Elaborado pela autora baseada no cruzamento de informações de municípios com equipes implantadas até 12/2014 e municípios do grupo controle com características similares.

**Legenda:** 1 CA - 1 ano de implantação da estratégia, grupo caso caso;  
 2 CA - 2 ano de implantação da estratégia, grupo caso caso;  
 3 CA - 3 ano de implantação da estratégia, grupo caso caso;  
 4 CA - 4 ano de implantação da estratégia, grupo caso caso;  
 1 CO - 1 ano de implantação da estratégia, grupo caso controle;  
 2 CO - 2 ano de implantação da estratégia, grupo caso controle;  
 3 CO - 3 ano de implantação da estratégia, grupo caso controle;  
 4 CO - 4 ano de implantação da estratégia, grupo caso controle.

## 4.2.2 Definição da Amostra

### 4.2.2.1 Grupo Experimental

Para realizar a seleção dos municípios deste grupo foi necessário pesquisar todas as portarias de habilitação publicadas no DOU no período de 2010 a 2014 e cruzar com a

consulta de dados secundários de implantação de equipes no SCNES e de repasse de custeio no Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Segundo o fluxo de implantação e credenciamento das equipes de AB definido pela PNAB, para que uma equipe seja credenciada, é necessário que o município elabore um projeto que descreva e planeje as ações da eSFR e envie para análise da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e posterior aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) /Comissão Intergestores Regional (CIR). A SES após a aprovação envia resolução para homologação do MS, que publica a habilitação da equipe eSFR do município para recebimento de incentivo financeiro. O município inscreve os profissionais da eSFR no SCNES, que é uma base de informações de todos os estabelecimentos que prestam algum tipo de assistência à saúde, e começa a receber os recursos referentes ao número de equipes credenciadas informadas, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais. É considerada implantada a equipe credenciada pelo MS que está devidamente informada no SCNES e recebendo incentivo de custeio federal repassado pelo FNS.

Os municípios de Manaus/AM e Belém/PA foram excluídos da pesquisa devido à impossibilidade de selecionar pares contrafactuais na Amazônia Legal com o mesmo porte populacional para fins de comparação. Cruzeiro do Sul/AC também foi eliminado, pois a equipe esteve implantada por apenas alguns meses, impossibilitando a análise de seus resultados.

#### *4.2.2.2 Grupo Controle*

A seleção dos municípios para este grupo empregou a metodologia de pares contrafactuais, utilizando algumas variáveis para traçar o perfil dos municípios do grupo caso e, em seguida, selecionando aleatoriamente os municípios com o mesmo perfil para o grupo controle. As variáveis utilizadas para o perfil foram:

- **Municípios pertencentes à Amazônia legal** – Municípios definidos conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- **IDSUS/2011** - O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) é um conjunto de indicadores simples e compostos que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS nos municípios quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Para a realização desta pesquisa foi utilizado o IDSUS/2011 por ser o último ano com o cálculo do referido índice disponível.

O IDSUS é um índice de avaliação de desempenho dos municípios criado pelo MS em 2010, que compreende a avaliação da vigilância e do cuidado à saúde por meio de indicadores capazes de mensurar o acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações e serviços de saúde para a sua população. O método avaliativo do IDSUS utiliza uma série de métodos estatísticos e a caracterização dos municípios brasileiros, conformando seis grupos homogêneos pela análise de semelhanças socioeconômicas, condições de saúde da população e estrutura do sistema de saúde do município (BRASIL, 2012a).

Para a avaliação de desempenho foram selecionados 24 indicadores das áreas de saúde do adulto, bucal, da mulher e da criança, distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência. Destes 14 visam aferir o acesso potencial, que permite inferir a oferta potencial de atendimentos e o obtido, que pode ser medido por meio dos atendimentos realizados; e 10 pretendem medir a efetividade, que mostra o grau com que os serviços e as ações atingem os resultados esperados. Esses indicadores foram testados e selecionados dentre aqueles mais confiáveis, relevantes e calculáveis para todos os municípios brasileiros e foram calculados a partir de dados fornecidos, pelos gestores do SUS, aos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde e de outros sistemas de informações (BRASIL, 2012a).

**Quadro 1 - Indicadores adotados para compor o IDSUS**

<b>Indicadores de Acesso Potencial ou Obtido</b>	<b>Atenção Básica</b>
	1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde. 2. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. 3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
	<b>Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade</b>
	4. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária. 5. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária. 6. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente. 7. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
<b>Indicadores de Acesso Potencial ou Obtido</b>	<b>Atenção Básica</b>
	1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde. 2. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. 3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
	<b>Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade</b>
	4. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária. 5. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária. 6. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente. 7. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
	<b>Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, referência da média e alta e urgência e emergência</b>
	8. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente. 9. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente. 10. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes. 11. Proporção de internações de média complexidade para não residentes. 12. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes. 13. Proporção de internações de alta complexidade para não residentes. 14. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
	<b>Indicadores de Efetividade</b>
15. Cobertura com a vacina tetravalente. 16. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita. 17. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (TBC). 18. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase. 19. Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB). 20. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. 21. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	
<b>Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade, urgência e emergência</b>	
22. Proporção de parto normal. 23. Proporção de óbitos em menores de 15 anos que usaram Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). 24. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	

Fonte: Ministério da Saúde/2016



### 4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

#### 4.3.1 Análise Documental

Visando atender ao objetivo específico (a) de realizar a caracterização do Programa, foi realizada uma análise qualitativa com a realização de uma pesquisa documental de normativas, publicações, pesquisas e registro de atividades sobre a Política, aos quais tive acesso devido a minha condição de trabalhadora do DAB, mais precisamente na Coordenação de Gestão da Atenção Básica, atuando na formulação e acompanhamento de Programa.

Além disso, foram levantadas todas as portarias de habilitação de equipes ribeirinhas publicadas no DOU, além de consulta nos registros disponibilizados nos sítios eletrônicos do Fundo Nacional de Saúde e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para verificar a implantação destas equipes.

#### 4.3.2 Seleção dos Indicadores

Para atender ao objetivo específico (b) de comparar os indicadores de estrutura, processo e resultado do serviço público de saúde de municípios da Amazônia Legal, entre 2011 e 2015, foi realizada uma análise quantitativa comparada de indicadores de estrutura, processo e resultado em municípios do grupo experimental e de controle, utilizando uma abordagem *ex ante* e *ex post* da implantação do Programa, utilizando como recorte temporal os anos de 2011 e 2015.

Os indicadores de estrutura, processo e resultado utilizados atendem à lógica de causa e efeito necessária para validação interna deste tipo de estudo e os parâmetros avaliados são tradicionalmente usados na avaliação de qualidade em sistemas de saúde (DONABEDIAN, 1980). A primeira análise realizada compara os indicadores em 2011, primeiro ano de implantação do programa, e o ano de 2015. A segunda análise realizada leva em consideração o ano imediatamente anterior à implantação até o ano de 2015.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, para a avaliação de desempenho de um programa de saúde é necessário uma seleção de critérios para aferir e julgar o grau de consecução dos objetivos e metas que se deseja atingir. Esses critérios constituem-se em indicadores de saúde, que podem ser consideradas medidas-sínteses que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde da população (BRASIL, 2008b).

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (1999), os indicadores podem ser úteis para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações em saúde. O Ministério da Saúde afirma que os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão, contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais e analisar comparativamente o desempenho (BRASIL, 2013a).

Considerando que a Portaria nº 2.191/2010 indica que a expansão do acesso à Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família e a estratégia interfederativa do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil na região Amazônica foram parâmetros observados na criação do Programa, para fins de realização dessa pesquisa, serão utilizados os indicadores de ampliação de acesso à Atenção Básica e organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, propostos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015 do MS e os indicadores e dimensões utilizados na certificação das equipes do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de equipes de saúde. Os indicadores de saúde materna serão utilizados por serem considerados como fatores essenciais para o acompanhamento da gravidez, parto e puerpério que garantem a intervenção oportuna e reduzem a possibilidade de complicações ou desfechos favoráveis a mortalidade infantil.

#### 4.3.2.1 Indicadores de Estrutura

Este item corresponde às características relativamente estáveis para alcançar a qualidade na assistência à saúde, aos aspectos necessários para possibilitar o funcionamento dos serviços e às práticas das equipes de saúde, tais como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Donabedian (1980) ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e obtenção de resultados, porém é difícil quantificar a influência desse componente na qualidade final da assistência prestada.

A escolha dos indicadores analisados atendeu a lógica de aspectos necessários para possibilitar o alcance da finalidade do programa avaliado, realizando a coleta dos seguintes indicadores de estrutura: recursos financeiros, recursos humanos e instalações físicas, no período de 2010 a 2015.

##### *a. Recursos financeiros*

Foram levantados os dados referentes ao quantitativo de recursos das transferências para a saúde (SUS) destinado aos municípios e despesa total com saúde sob a responsabilidade do município, nos anos de 2010 a 2015, mediante acesso aos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) disponível na internet em páginas específicas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Desde 2000, o SIOPS coleta as informações de receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde, obtidas a partir de dados contábeis ou de informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira informadas pelos governos estaduais, distrital e municipais. Estas informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, via internet, para o banco de dados do DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas pelos entes federados. Os

indicadores são agrupados em três categorias: os indicadores que relacionam valores de receita entre si; os indicadores que relacionam valores de despesa entre si e aqueles que relacionam valores de despesa e receita. Estão discriminadas as receitas de transferência para o SUS do setor saúde e saneamento nos três estágios: prevista, arrecadada e orçada, e as despesas em cinco estágios: dotação atualizada, empenhada, liquidada, paga e orçada (BRASIL, 2009).

*b. Recursos humanos*

A expansão de cobertura da Atenção Básica pressupõe o aumento do quadro de profissionais de saúde dos municípios. Desta forma, para avaliar o incremento de recursos humanos nos municípios estudados, foi analisada a evolução da quantidade total de profissionais previstos para a composição de eSF na PNAB: médicos da eSF, médico de família e comunidade, médico generalista, enfermeiro, enfermeiro de eACS, enfermeiro de ESF, técnico ou auxiliar de enfermagem de ESF e agentes comunitários de saúde. Além dessas categorias, foram incluídos também os médicos das especialidades clínico, pediatra, ginecologista e obstetra, utilizados para o cálculo da carga horária da Atenção Básica, conforme legislação específica. Em relação a médicos, também foi comparada a evolução do número desses profissionais para avaliar a influência do programa de provimento Mais Médicos na implantação da Estratégia.

Foram colhidos no SCNES apenas os dados de profissionais que estavam lotados em centro de saúde/unidade básica, postos de saúde, unidades mistas e unidades móveis fluviais e terrestres, estabelecimentos previstos para o cadastramento de equipes da ESF conforme estabelecido na Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011, no período de 2010 a 2015, utilizando como referência o mês de dezembro. Vale lembrar que o SCNES é um sistema público que disponibiliza informações atualizadas das condições de infraestrutura, recursos

humanos, equipamentos e serviços dos estabelecimentos de saúde, que são alimentados mensalmente pela gestão federal, estadual e municipal.

*c. Instalações físicas*

A PNAB preconiza ser responsabilidade da gestão municipal oferecer infraestrutura adequada à realidade local, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, de modo a acolher com qualidade às demandas espontâneas e realizar as atividades e consultas programadas. Instalações físicas adequadas são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho das eSF e, conseqüente, melhora da atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2011a).

Para a análise deste item foram colhidos no SCNES os dados sobre a evolução do número de estabelecimentos de saúde na AB no período de 2010 a 2015, levando em conta apenas os estabelecimentos onde poderiam ser cadastrados a eSF.

*4.3.2.2 Indicadores de Processo*

Correspondem ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários e, para Donabedian (1980), sua análise é o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Este componente analisou a adequação dos serviços oferecidos para o alcance dos resultados esperados, comparando os mesmos com critérios e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. As categorias utilizadas foram baseadas nos indicadores de ampliação de acesso à Atenção Básica e de organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, propostos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015 e utilizados no processo de certificação das equipes do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O caderno de diretrizes dispõe sobre o rol único de indicadores a ser utilizados pelos gestores nos instrumentos de planejamento, que serão pactuados em forma de metas e ações

a serem seguidas. Todos os indicadores pactuados são apurados e avaliados anualmente e seus resultados compõem o Relatório Anual de Gestão. Esses resultados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS através dos sistemas de informações, simplificando a coleta de dados e aumento da confiabilidade da informação.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado pelo MS em 2011 como objetivo de induzir a ampliação do acesso e incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Na certificação do PMAQ-AB, o conjunto de indicadores monitorados foi extraído da base de dados dos Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) e utilizadas as competências de julho, agosto e setembro de 2013.

Para este item, serão analisados os indicadores relacionados no Quadro 2.

**Quadro 2 - Indicadores de processo utilizados no estudo**

(Continua)

INDICADOR	META	MÉTODO DE CALCULO	FONTE
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes de AB</b>	Aumentar a cobertura das equipes de AB à saúde para a população residente de um determinado município.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ médio de eSF}^* + \text{N}^\circ \text{ médio de eSF equivalente}^{**}) \times 3.000}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100$ <p>* N° de eSF - Total de eSF com carga horária de trabalho de 40 horas semanais implantadas, ou seja, número médio de eSF credenciadas pelo MS e que receberam o incentivo mensal de custeio repassado por esse.  ** N° de eSF equivalente – n° equipes formadas pela soma do total anual das horas semanais da clínica médica e, ou de ginecologia/obstetrícia e, ou de pediatria, dividida por 60 horas. São consideradas apenas as equipes lotadas nos centros de saúde, unidades básicas de saúde, posto de saúde, unidades móveis terrestres e fluviais, independente da esfera administrativa de vínculo dos médicos.</p>	<p>SCNES</p> <p>Histórico de cobertura disponibilizado no site do DAB/SAS/MS (<a href="http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php">http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php</a>).</p>
<b>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)</b>	Aumentar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF cadastradas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde acompanhadas pela AB na última vigência do ano}}{\text{Número total de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$	Sistema de Gestão do PBF
<b>Média de consultas médicas por habitante</b>	Aumentar a oferta das consultas médicas realizadas por residente cadastrado na área de abrangência da equipe, em determinado período.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de consultas médicas, em determinado local e período}}{\text{População residente cadastrada no mesmo local e período}}$	SIAB
<b>Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada</b>	Aumentar a oferta desse atendimento diante da demanda potencial das gestantes cadastradas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos de pré-natal, em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes cadastradas no mesmo local e período}}$	SIAB
<b>Número de testes de sífilis por gestante</b>	Aumentar o número de testes de sífilis realizados nas gestantes usuárias do SUS.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local de atendimento}}{\text{N}^\circ \text{ de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local}}$	<p>SIA</p> <p>SIH</p>

**Fonte:** Criado pela autora a partir das informações do Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas -2013/2015 (BRASIL, 2013b) e do Manual instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a).

**Quadro 2 - Indicadores de processo utilizados no estudo**

(Conclusão)

INDICADOR	META	MÉTODO DE CALCULO	FONTE
<b>Média de consultas médicas para menores de 1 ano</b>	Aumentar a oferta de consultas médicas em relação à demanda potencial das crianças menores de 1 ano acompanhadas pelas equipes AB.	$\frac{\text{Nº de consultas médicas para menores de 01 ano, em determinado local e período}}{\text{Nº de menores de 01 ano acompanhados no mesmo local e período}}$	SIAB
<b>Média de consultas de puericultura por criança cadastrada</b>	Aumentar a oferta de consultas médicas em relação à demanda potencial das crianças menores de 2 anos acompanhadas pelas equipes AB.	$\frac{\text{Nº de atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos, em determinado local e período}}{\text{Nº de menores de 2 anos acompanhados no mesmo local e período}}$	SIAB

**Fonte:** Criado pela autora a partir das informações do Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas -2013/2015 (BRASIL, 2013b) e do Manual instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a).

*4.3.2.3 Indicadores de Resultado*

Correspondem às mudanças verificadas no estado de saúde dos usuários que possam ser atribuídas a um cuidado prévio. Para Donabedian (1980), os resultados refletem os efeitos do cuidado podendo ser um indicador para a avaliação indireta da qualidade. Ele torna-se relevante por intervir nos outros dois elementos e realizar mudanças significativas no sistema.

A avaliação de resultado tomou como base indicadores escolhidos pelo seu potencial de avaliar os efeitos da implantação da Estratégia para o sistema de saúde público do município. Foram utilizados indicadores de ampliação de acesso à Atenção Básica e de organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, propostos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015 e utilizados no processo de certificação das equipes do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), relacionados no Quadro 3.



**Quadro 3 - Indicadores de resultado utilizados no estudo**

(Continua)

INDICADOR	OBJETIVO	MÉTODO DE CALCULO	FONTE
<b>Proporção de internações por condição sensível a Atenção Básica</b>	Diminuir o percentual de internações mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município, no período considerado.	$\frac{\text{Nº de internações por causas sensíveis à AB, em determinado local e período}}{\text{Total de internações por todas as causas, em determinado local e período}} \times 100$	SIH
<b>Proporção de gestantes com pré-natal no mês.</b>	Aumentar a adesão da gestante e regularidade ao acompanhamento Pré-Natal	$\frac{\text{Nº de gestantes que fez consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período}}{\text{Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	SIAB
<b>Proporção de gestantes com vacina em dia</b>	Aumentar a cobertura vacinal de toxóide tetânico entre as gestantes cadastradas na área da equipe de AB.	$\frac{\text{Nº de gestantes com vacina em dia, em determinado local e período}}{\text{Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	SIAB
<b>Proporção de parto normal</b>	Aumentar a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em um determinado município no período considerado	$\frac{\text{Nº de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$	SINASC
<b>Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal</b>	Aumentar a proporção de consultas de pré-natal para as gestantes cadastradas	$\frac{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano}} \times 100$	SINASC
<b>Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo</b>	Aumentar a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo, pelo menos nos primeiros quatro meses de vida, das crianças acompanhadas pelas equipes AB.	$\frac{\text{Nº de menores de 04 meses com aleitamento materno exclusivo, em determinado local e período}}{\text{Nº de menores de 04 meses acompanhadas no mesmo local e período}} \times 100$	SIAB

**Fonte:** Criado pela autora a partir das informações do Caderno de Diretriz, Objetivo e Metas -2013/2015 e do Manual instrutivo do PMAQ-AB.

**Quadro 3 - Indicadores de resultado utilizados no estudo**

(Conclusão)

<b>INDICADOR</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>MÉTODO DE CALCULO</b>	<b>FONTE</b>
<b>Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia</b>	Aumentar a cobertura do esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) para crianças menores de 1 ano.	$\frac{\text{Nº de menores de 01 ano com vacina em dia, em determinado local e período}}{\text{Nº de menores de 01 ano acompanhados no mesmo local e período}} \times 100$	SIAB
<b>Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade</b>	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.	<b>Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado local de residência e ano</b>	SINAN
<b>Taxa de mortalidade infantil</b>	Aumentar a oferta desse atendimento diante da demanda potencial das gestantes cadastradas.	$\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes nesse mesmo local e ano}} \times 1.000$	SIM SINASC
<b>Proporção de óbitos infantis e fetais investigados</b>	Aumentar percentual de investigação de óbitos infantis e fetais	$\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais ocorridos}} \times 100$	SIM

**Fonte:** Criado pela autora a partir das informações do Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas -2013/2015 (BRASIL, 2013b) e do Manual instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a).

**4.3.3 Coleta de Dados**

As fontes de material da pesquisa foram os bancos de dados secundários públicos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Os dados foram coletados através do acesso aos referidos sistemas pela Internet no período de junho a outubro de 2016.

#### **4.3.4 Análise dos Dados**

A análise de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2016. Todas as informações levantadas foram sistematizadas e submetidas à análise estatística descritiva, possibilitando a verificação de variações significativas das distribuições das amostras nos dois períodos do quase-experimento que possam influenciar a análise dos efeitos da implantação do Programa. Dessa forma, foi possível constituir uma interpretação acerca dos dados coletados que estabelecesse relações que possibilitassem explicações e interpretações a cerca da realidade pesquisada.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa secção serão apresentados os resultados encontrados na pesquisa. Inicialmente, será apresentada a caracterização do programa, seguida da análise comparativa dos indicadores de estrutura, processo e resultado do serviço público de saúde de municípios da Amazônia Legal e, no final, serão identificados os efeitos da implantação da eSFR nos municípios da Amazônia Legal.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), preocupada com o desenvolvimento mundial, convidou a sociedade civil e governos para discutir alguns problemas que estavam afetando o desenvolvimento do planeta. Esta reunião culminou com a Declaração do Milênio (DM) adotada pelos 191 países membros com o compromisso concreto de combater a extrema pobreza e outros males da sociedade como meio ambiente, direito das mulheres e desenvolvimento social. Surgem então os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com suas 22 metas (no Brasil eram 24) que deveriam ser alcançados com prazo determinado até 2015 e acompanhados por 48 indicadores quantitativos pré-estabelecidos. Desses objetivos, três estavam diretamente ligados à área da saúde: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

Em março de 2004, a Presidência lançou, em articulação com atores sociais mobilizados, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de reduzir os elevados índices de mortalidade no Brasil para atingir os índices aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a médio e longo prazo. Os princípios do Pacto, entre outros, são o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades

sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais.

O Pacto foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e contou com a adesão das 27 unidades federadas, pactuado nos seminários realizados em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), entre outras instituições governamentais e da sociedade civil.

Em março de 2007 foi publicado um balanço dos três anos e em julho de 2008 foi realizada a 8ª Reunião Plenária da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Apesar de o Brasil ter apresentado uma queda nas taxas de mortalidade materna e infantil, ainda estava longe de cumprir a meta do milênio e seria necessário criar estratégias para fortalecimento do Pacto, principalmente na região Norte e Nordeste que apresentavam índices maiores do que as demais regiões.

A redução dos indicadores de mortalidade infantil e materna só poderia ser alcançada em um contexto de promoção integral à saúde, principalmente para as populações mais pobres e vulneráveis, com acesso e utilização dos serviços de saúde (BRASIL, 2008a). A ampliação do PSF surge como alternativa para criar situações favoráveis de prevenção das causas, porém a sua expansão nos municípios da Amazônia Legal era muito difícil devido à singularidade que a distinguia das outras regiões do Brasil. O homem nativo da Amazônia é chamado de amazônida ou caboclo amazônico, e pode ser também denominado como ribeirinho quando mora ao longo das margens dos rios (GUIMARÃES; BICHARRA, 2013). Tradicionalmente,

as comunidades ribeirinhas são compostas de vários agrupamentos familiares, em casas de madeiras, adaptadas ao sistema de cheias e vazantes dos rios, dispersas ao longo de um percurso fluvial. Vivem, em sua maioria, à beira dos rios, igarapés, igapós e lagos, estando isolados, com pouco ou restrito acesso à mídia escrita e falada.

A saúde da população rural apresenta particularidades que difere da urbana, exigindo habilidades e recursos que envolvem peculiaridades em relação às características da AB à saúde. Esse fato, somado à dificuldade do acesso por meio fluvial, a infraestrutura inapropriada e a escassez de profissionais de saúde adequados aos diferentes cenários que esta população apresenta, contribuiu para que essa região tivesse os piores resultados no Pacto. Diante dessa realidade, em reunião do Conselho Intergestores Tripartite, os Conselhos Nacionais de Gestores Estaduais e Municipais solicitaram ao MS que fossem criadas políticas de saúde que atendessem as especificidades da região Amazônica.

Em agosto de 2010, o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir a Atenção Básica à Saúde por meio da Saúde da Família na Região da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense, publicou a Portaria nº 2.191, instituindo critérios diferenciados para uma nova modalidade de equipe de Saúde da Família que atendesse as necessidades de saúde diferenciadas das populações ribeirinhas. Esta Portaria vem atender a solicitação antiga dos gestores de adequar a Estratégia de Saúde da Família às suas especificidades locais, além de ser uma estratégia do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade infantil, considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2010).

As equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas constituíam-se em equipes cujo acesso à população ribeirinha ocorresse por meio fluvial, em localidades nas quais não fosse viável o deslocamento diário da equipe de Saúde da Família da sede do município até o local de moradia dessas populações ribeirinhas, razão pela qual a equipe de

saúde deveria pernoitar na localidade para o desempenho de suas funções. Elas tinham um fluxo de trabalho diferenciado, devendo cumprir, no mínimo, 112 (cento e doze) horas de trabalho mensais, sendo no mínimo 14 dias de atendimento à população (BRASIL, 2010).

Em 03 de junho de 2011 foi instituído um grupo de trabalho no MS para discutir a revisão da Portaria nº 2.191/2010 e elaboração de nova proposta do DAB para populações ribeirinhas a ser incluída na nova PNAB, a partir de ponderações realizadas por alguns gestores da AL. Os técnicos do MS realizaram uma oficina em 09 de junho com gestores estaduais para discutir as mudanças necessárias no Programa. No VII Congresso Nacional do CONASEMS, realizada em 11 de julho de 2011, o DAB fez uma apresentação intitulada “Desafios da Organização da Saúde na Amazônia” sobre a reformulação da referida Portaria. Neste evento, ficou combinada uma oficina com gestores municipais da AL para discutir a proposta de composição de equipe, processo de trabalho e financiamento adequado no dia 24 de Agosto. O DAB/MS, então, elaborou uma minuta de alteração da Portaria que foi discutida em um Grupo de Trabalho na Câmara Técnica do CIT em setembro/2011 e avaliada por gestores locais. Foram feitas sugestões e encaminhamentos para o texto final nesta oficina que seriam incorporadas ao texto da PNAB.

Em outubro de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.488 com o texto na nova PNAB, cuja proposta, de acordo com a Nota Técnica nº 42/2011 publicada pelo CONASS, atendia a demanda dos gestores do SUS no que se referia à adequação da política naquele momento. A PNAB atualiza o conceito das eSF Ribeirinhas para equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial. Foi ofertada a possibilidade de inclusão de um microscopista nas regiões endêmicas e, devido à grande dispersão populacional, os municípios poderiam solicitar ampliação da composição mínima das equipes de acordo com critérios populacionais mínimos, fazendo jus a um incentivo para cada

agregação. Também foi adicionado ao incentivo mensal de custeio da equipe um valor para o custeio de transporte da equipe a comunidades ribeirinhas dispersas no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) (BRASIL, 2011a).

Somente no final do mês de dezembro de 2011 é publicada a portaria nº 941 que possibilitaria o cadastramento das equipes no SCNES para credenciamento e recebimento de incentivo de custeio. Devido às dificuldades encontradas pelos gestores municipais para esse registro, neste ano, foram implantadas equipes em apenas 3 municípios.

Em reuniões com gestores locais no ano de 2012 foi relatado que, apesar da ideia de um novo formato de equipe para a AL ser interessante, não atendia as suas necessidades, pois o custo com a locomoção dos profissionais para atendimento nas comunidades ribeirinhas era muito alto. Então, eles preferiam não implantar o serviço e continuar aguardando que esta população procurasse atendimento nas unidades de saúde na sede do município.

No período até maio/2013 foi informada no SCNES a implantação de 7 equipes ribeirinhas em 4 municípios do estado do Amazonas. Neste mesmo ano, é publicada uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) confirmando que o maior problema do SUS, segundo os próprios usuários, era a falta de médicos e o MS, junto com a Presidência, cria vários programas para aumentar o número de médicos nas regiões carentes, como o Programa Mais Residência Médica e o Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil.

A grande dificuldade de acesso às comunidades ribeirinhas, a falta de infraestrutura adequada, as condições climáticas extremas devidas ao calor e as chuvas constantes e o isolamento geográfico na região torna muito complicado e oneroso o deslocamento e a fixação de profissionais de saúde, dificultando a implantação e manutenção do serviço para esta população. Então, em julho de 2013 foi publicada a Portaria Interministerial nº 1.369, permitindo a inserção do médico do PMM nas equipes ribeirinhas possibilitando alocação de



profissionais de saúde para garantir atenção à saúde às populações que vivem em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade. Em um período de 8 meses foram implantadas 43 equipes ribeirinhas, sendo 25 com profissionais do Programa Mais Médicos.

Com a possibilidade real de implantar o serviço, pois agora possuíam o profissional médico para compor a equipe, os gestores municipais, através de seus Conselhos Municipais de Secretários de Saúde (COSEMS), começaram a pleitear ao Ministério da Saúde a revisão da Portaria para adequar o custeio e a composição da equipe para a realidade local. Neste mesmo período, lideranças do Conselho Nacional da População Extrativista também pressionam pela reformulação da PNAB com vistas a ampliar o acesso aos serviços de saúde para as populações ribeirinhas. Então, no final de novembro/2013 foi anunciado pelo MS no II Chamado da Floresta a ampliação e adequação da modelagem e financiamento das equipes de AB para estas populações.

Baseado nas diversas demandas da realidade local, nas dificuldades que os municípios tinham de implantar essas equipes, ainda era necessário fazer algumas adaptações, no que dizia respeito à necessidade de ampliar o número de profissionais (ACS, microscopista e auxiliar/técnico de enfermagem), vinculados a essas equipes e fixados no território disperso e criar incentivo para unidades de apoio e embarcações para transporte das equipes, uma vez que havia gastos elevados com logística e transporte, e o custeio existente assegurava apenas o financiamento das equipes. Foi então elaborada pelo DAB/MS uma minuta de portaria com mudanças na equipe mínima e criação de financiamento de logística diferenciado, baseado em formatos de equipe já existente. Para o cálculo do número máximo de profissionais na equipe ampliada foi utilizado o Modelo de Atenção Integral à Saúde das comunidades extrativistas isoladas geograficamente da Terra do Meio, considerando a relação de 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem e 8 (oito) ACS para cada enfermeiro. O número de microscopista teve como referência o teto máximo de técnicos ou

auxiliares de enfermagem. Já para o componente de logística de transporte da equipe foram considerados os custos da equipe de Saúde Volante que atende a população ribeirinha afetada pela Usina de Belo Monte e o número de profissionais que podem ser agregados à equipe para estabelecer a quantidade e o valor do custeio das embarcações. Para as unidades de apoio foram utilizadas como referência a quantidade e o valor para custeio das embarcações.

Na 2ª Reunião Extraordinária da CIT em março de 2014 é apresentada a proposta de modelagem para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e fica estabelecido um Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde para adequações e viabilizar o lançamento e a assinatura no II Congresso de Secretarias Municipais de Saúde das Regiões Norte e Nordeste que seria realizado em 14 a 17 de abril, em Manaus – AM.

Representantes do CONASS e dos COSEMS dos estados do Amazonas e do Pará foram convidados a apresentar a realidade do atendimento nestas comunidades no grupo de trabalho criado e participar da reelaboração da política para atender a necessidade local.

Em maio de 2014 foi publicada a Portaria nº 837, que ampliava o conceito da equipe acrescentando o seguinte texto: “que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território”. A equipe mínima passa a ser composta apenas pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Aumenta ainda mais o número e tipos de profissionais que podem ser agregados à equipe mínima garantindo uma maior resolutividade a essa equipe e retira-se a exigência do critério populacional. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as equipes passam a receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência de até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), para a realização do atendimento em saúde de forma descentralizada, e de até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da equipe até as

comunidades atendidas. Esse incentivo tem o valor de ¼ da modalidade I (R\$ 2.673,75) por unidade de apoio ou embarcação vinculada (BRASIL, 2014a).

Em setembro/2014, com o objetivo de levantar informações para auxiliar a implantação do programa, o DAB/MS formula e envia, aos gestores estaduais de AB e representantes dos COSEMS, um questionário eletrônico sobre as ações de apoio desenvolvidas. Somente 5 estados responderam ao questionário, sendo 4 respostas de gestores estaduais e 4 de COSEMS. Em relação à existência de ações específicas para apoiar os municípios na implantação da eSFR, apenas 2 estados confirmaram desenvolver atividades neste sentido e só 3 afirmaram ter um mapeamento dos municípios elegíveis a habilitação do Programa, porém todos informaram não haver no Estado ações de co-financiamento para apoiar os municípios na implantação de eSFR. Os respondentes apontaram o desconhecimento do Programa pelos gestores municipais e a dificuldade de entendimento da nova portaria.

Após um ano de publicação da nova portaria, subiria o número de credenciamento para 120 equipes no país e, em relação à implantação do serviço, haviam 89 equipes informadas no SCNES. A adequação do SCNES para o cadastramento das embarcações e unidades de apoio vinculadas às equipes ribeirinhas foi concluída em abril/2015. No III Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, junho/2015, houve uma oficina sobre a implementação de ações da AB para populações ribeirinhas com representantes das três esferas de governo. Neste evento, gestores locais expressaram dificuldade no projeto de implantação adequado à nova portaria e representantes do COSEMS e Secretarias Estaduais não entendiam quais informações precisavam ser enviadas na resolução para credenciamento. Ficou acordado, então, que o DAB/MS publicaria uma Nota Técnica com a definição dos critérios para disciplinar o credenciamento das eSFR e para a adequação das equipes existentes à nova portaria.

A referida Nota Técnica foi assinada em setembro/2015 e, além das informações referentes ao projeto de implantação e às resoluções de credenciamento ou adequação de equipes, foram apresentados também um passo-a-passo de credenciamento no SCNES das unidades de apoio e embarcações vinculadas às equipes implantadas e um folder informativo para explicar a nova modelagem e custeio da equipe. Apesar de todo o material de suporte para orientar a criação de novas equipes, nenhuma nova portaria de credenciamento foi publicada até 2016.

A visão da política pública como um projeto ordenado por ciclos, tal qual propõem Xun Wu *et al* (2014), por mais que seja passível de críticas ou outras interpretações, possui ao menos um efeito didático para o exercício da interpretação dos processos de elaboração da mesma. A ideia do ciclo da política possibilita a percepção de que existem diferentes etapas no processo de sua construção, permitindo o estudo das especificidades envolvidas em cada fase e a ampliação do conhecimento sobre a temática estudada.

Na análise realizada da evolução da estratégia eSFR, em seu curto processo histórico, percebe-se elementos que corroborem com o olhar cíclico das políticas públicas, como a entrada na agenda da temática de ampliação do atendimento à saúde para a população ribeirinha, a formulação de diversas ações para atender a este objetivo e a tomada de decisão do gestor federal em implementar uma política específica para este fim. Foi percebida também a tentativa de avaliar a adequação da política à realidade local, porém sem resultados efetivos para a implementação da estratégia.

Vários foram os atores que participaram de discussões que embasaram e permitiram a construção da eSFR, porém, os instrumentos normativos foram pactuados apenas na Comissão Intergestores Tripartite com o MS, CONASS e CONASEMS, sem a participação do CNS, movimentos sociais e outras instituições também interessadas na ampliação do acesso e ampliação do cuidado da AB para as populações vulneráveis, reportando para uma

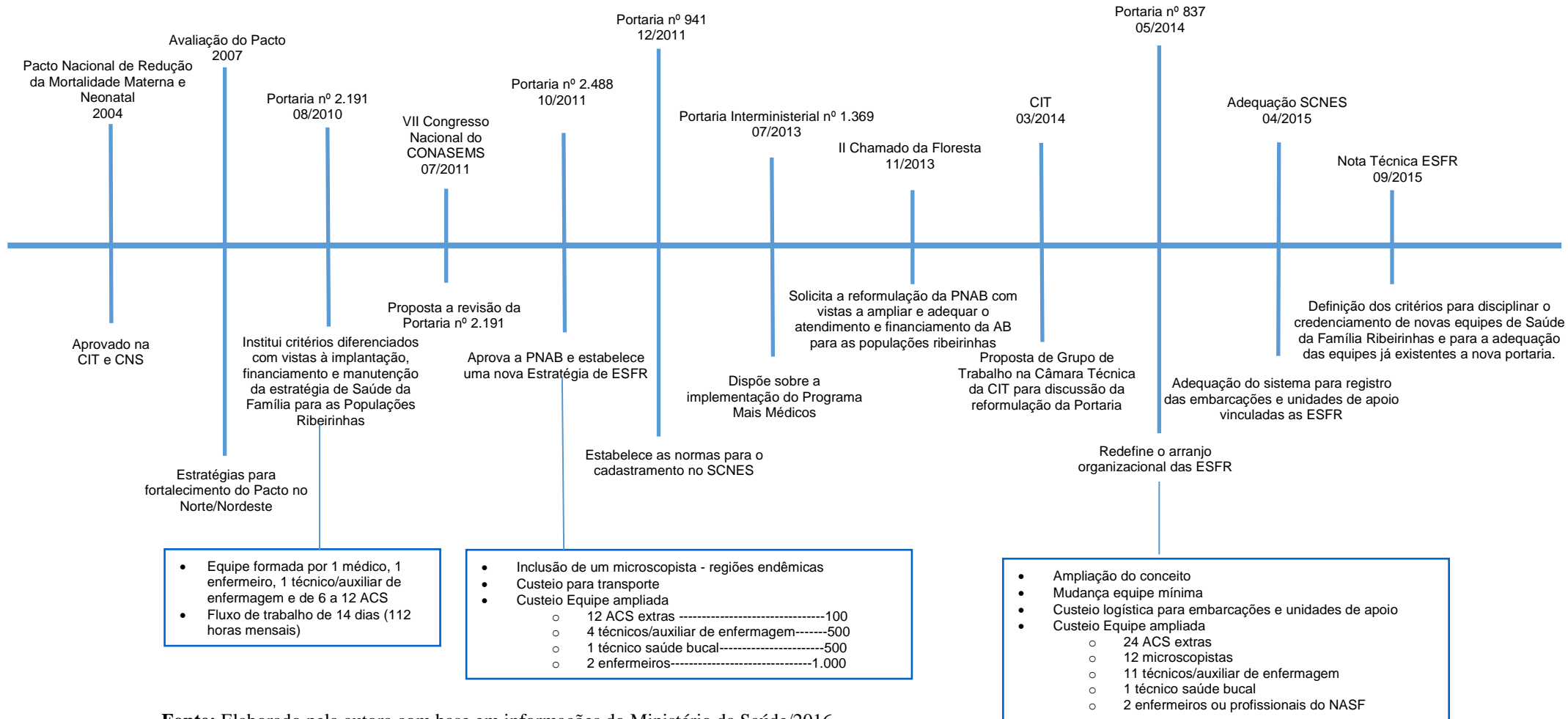
perspectiva de Cima para Baixo (*top-down*), apresentada por Hill (2006), com participação menor dos favorecidos pelas políticas no processo de formulação e, conseqüentemente, da sua efetiva implementação.

Para Saravia e Ferrarezzi (2007), a avaliação é o instrumento adequado para verificar como a política está sendo implementada e se há relação entre as metas estabelecidas e os resultados alcançados. Na análise normativa da Estratégia foi verificada a convergência entre os pressupostos das portarias e documentos oficiais publicados, com a priorização do governo federal de investimento em ações que possibilitassem o alcance das metas pactuadas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de ampliar o acesso e reduzir os elevados índices de mortalidade infantil no Brasil, principalmente na região da Amazônia Legal.

Com o aumento progressivo dos valores de custeio mensal, com a inclusão de custeio para embarcações e unidades de apoio, e a flexibilização da composição da eSF, com ampliação do número de profissionais e diversificação de categorias, o Governo Federal cria mecanismos para que os municípios concretizem uma rede de atenção em saúde integral e igualitária às populações ribeirinhas, potencializando a possibilidade de ampliação do acesso e o aumento da resolutividade do atendimento em saúde feito por essas equipes. Porém, ainda não se pôde observar a adesão dos municípios às mudanças ocorridas e, até o momento, não havia sido realizada uma avaliação dos efeitos da implantação da estratégia eSFR nos municípios da Amazônia Legal para o alcance dos objetivos do Programa.

**Figura 2 - Histórico da evolução normativa da eSFR**

# Histórico Evolução Normativa da Estratégia



**Fonte:** Elaborado pela autora com base em informações do Ministério da Saúde/2016.

## 5.2 INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA AMAZÔNIA LEGAL

Patton (2008) afirma que a realização de uma avaliação deve permitir um julgamento não só sobre a eficácia de uma intervenção, mas também sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos. Desta forma, para a avaliação dos efeitos da implantação da estratégia foi utilizado o modelo proposto por Donabedian (1980) de avaliação da qualidade da assistência à saúde com a análise da estrutura, processo e resultados para a evolução dos indicadores de acesso e saúde materno-infantil.

De acordo com Donabedian (1980), a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população envolve seleção de indicadores para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de serviços ou programas de saúde.

### 5.2.1 Indicadores de Estrutura

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) aponta a barreira financeira (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%) como as principais dificuldades para o acesso aos serviços de saúde no Brasil (IBGE, 2005). Cohen-Carneiro *et al* (2009) sinalizam para a pouca utilização dos serviços de saúde para populações ribeirinhas, e dificuldade da gestão municipal em manter o serviço para esta população, devido às dificuldades relacionadas aos custos de deslocamento e à manutenção da equipe de trabalho, acesso limitado pela sazonalidade dos rios, dispersão da população ao longo de rios e igarapés.

A dificuldade de custeio, estrutura inadequada e indisponibilidade de recursos humanos são alguns dos pontos desfavoráveis que mais impactam na organização dos serviços de saúde e podem influenciar negativamente nos resultados alcançados na avaliação de um programa de saúde. A reestruturação do serviço de saúde para atender a essas

dificuldades tem como uma das suas consequências a ampliação do acesso e, conseqüentemente, a melhoria nos indicadores de saúde da população.

*a. Recursos financeiros*

Na organização do SUS, a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde é dividida entre governo federal, estadual e municipal, geralmente de acordo com o nível de complexidade e, em regra, a AB é realizada pelos municípios. Com o processo de descentralização das ações e serviços proposto pela Constituição de 1988, e decorrente municipalização, os municípios assumiram as funções de coordenação e gestão da política de saúde local, tendo em vista o alcance das metas dos programas nacionais. Os recursos financeiros passaram a ser transferidos para os fundos municipais de saúde, ficando a administração dos recursos destinados pelas três esferas de governo sob a responsabilidade do gestor municipal.

A receita de transferências do SUS é o valor total das receitas vinculadas à saúde de transferências de outras esferas de governo (transferências regulares e automáticas, serviços e convênios) para os municípios. A Tabela 2 apresenta uma evolução no indicador para os dois grupos de municípios, com um aumento maior das transferências para a saúde no grupo caso.

**Tabela 2** - Receitas das transferências para a Saúde (SUS) por município

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
99.068.869	138.112.340	39	85.749.445	118.048.547	38	75.308.805	139.233.968	85	54.686.504	78.009.635	43

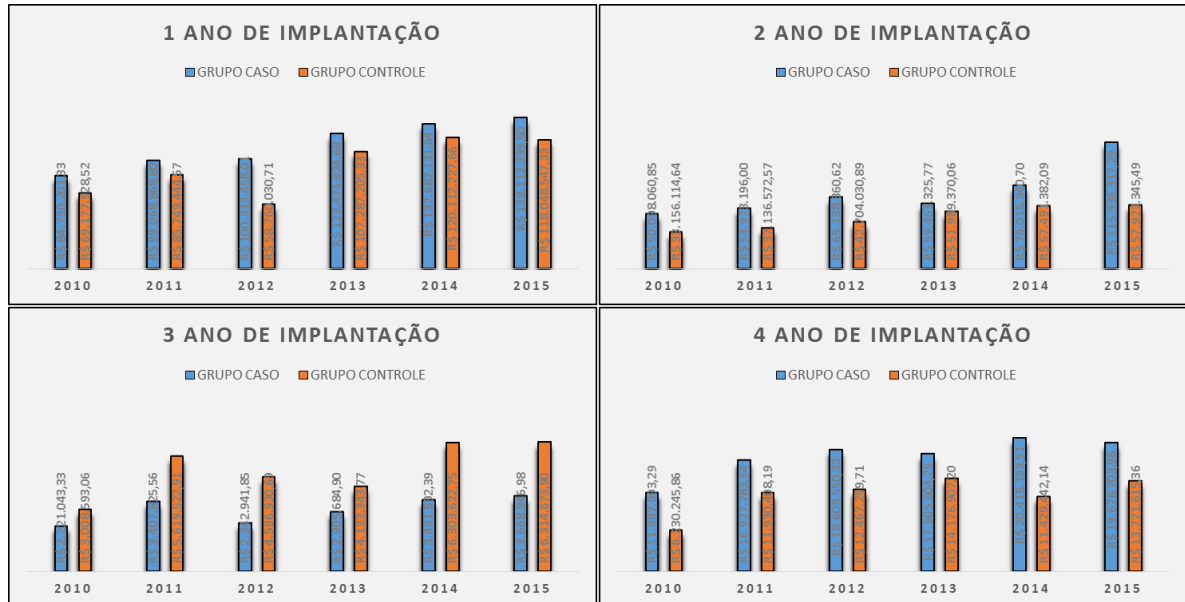
Fonte: Ministério da Saúde/2016

No Gráfico 1, se analisadas as transferências realizadas apenas no período de implantação da Estratégia, é verificado um aumento progressivo dos recursos transferidos para todos os municípios, podendo inferir que houve um investimento maior do governo



federal e estadual para a saúde dos municípios do grupo controle, com investimento médio de 44,8%, enquanto o grupo caso obteve uma média de 40,3%.

**Gráfico 1 - Evolução das transferências para a saúde (SUS) por município**



**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

O SUS teve um incremento considerável após a implementação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que impulsionou uma maior participação dos municípios e estados no financiamento do sistema. De acordo com Travassos e Martins (2004), esse aporte de recursos, associado à mudança no modelo de atenção passou a fortalecer a AB, contribuindo para ampliação do acesso e utilização dos serviços de saúde, especialmente pelas populações de menor poder aquisitivo.

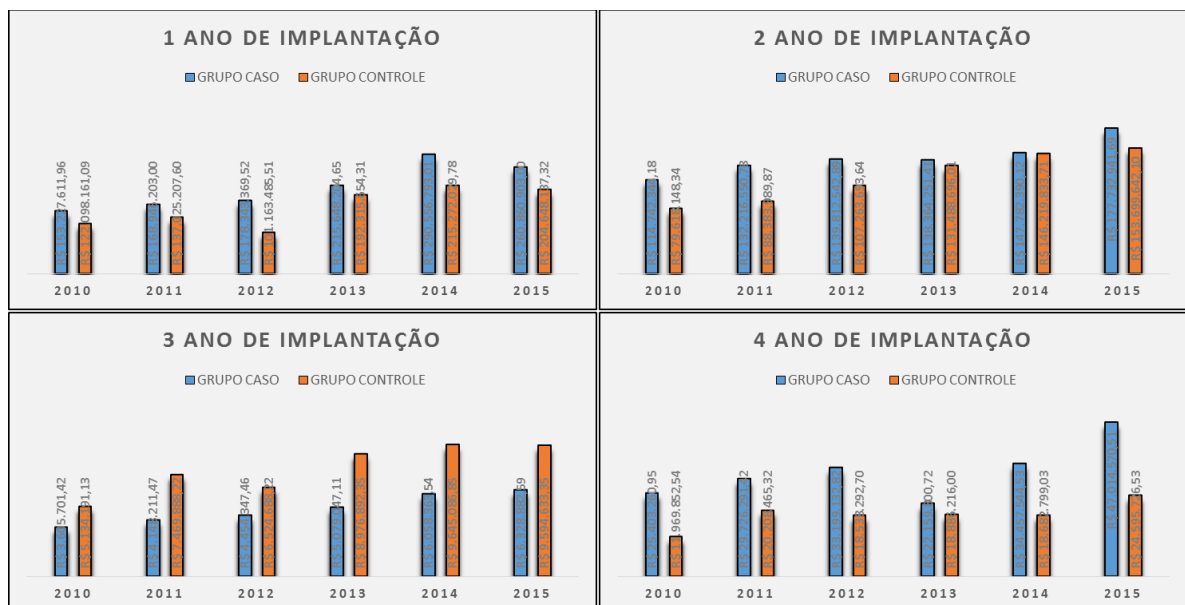
A Tabela 3 apresenta a despesa total em saúde (exceto inativos) sob a responsabilidade do município, incluindo todos os gastos em ações e serviços públicos de saúde, inclusive os financiados por outras esferas de governo. Verifica-se uma evolução do indicador, com crescimento dos gastos em saúde nos dois grupos de municípios, sendo maior no grupo controle.

**Tabela 3** - Despesa total em saúde por município

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
168.946.203	260.860.903	54	137.025.208	204.648.137	49	166.091.054	231.076.395	39	116.062.343	187.890.002	62

Fonte: Ministério da Saúde/2016

No Gráfico 2 foi observado, no período de implantação da Estratégia, um aumento menor nos gastos com saúde dos municípios do grupo controle, apresentando uma média de 45,9% de crescimento das despesas em saúde sob a responsabilidade do município no período estudado, enquanto os municípios do grupo caso tiveram um acréscimo médio de 46,4%, situação inversa à apresentada na análise das receitas recebidas neste mesmo período.

**Gráfico 2** - Evolução das despesas em saúde sob a responsabilidade do município

Fonte: Ministério da Saúde/2016

De acordo com estudos do Banco Mundial, embora os índices de saúde brasileiros tenham avançado nos últimos anos, o país ainda ostenta um desempenho mediano em relação ao seu nível de gasto. A comparação entre nível de gasto e indicadores de saúde, como mortalidade infantil e materna, coloca o Brasil em um nível médio de desempenho na América Latina e entre outros países de renda média, pois muitos países gastam menos e atingem indicadores de saúde iguais ou superiores.

As informações apresentadas são validadas pelos dados apresentados de predomínio aumento de gastos em saúde superior ao acréscimo no percentual de transferências recebidas pelos municípios no mesmo período. A alocação e disponibilidade de recursos financeiros destinados à saúde, em cada município, são fatores cruciais para a efetiva instrumentalização do sistema de saúde municipal. Dessa forma, é possível afirmar que os municípios do grupo caso mostram um maior investimento na área da saúde, validado pelo aumento do investimento de recursos próprio dos municípios para despesas em saúde, pois apesar de ter apresentado um índice médio de transferências, 4,5% menor que o grupo controle, teve um gasto com saúde apenas 1,4% menor que o mesmo grupo.

*b. Recursos humanos*

A Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), destacou a necessidade da AB ser efetivamente a principal porta de entrada do SUS e da criação de políticas que garantissem profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde (BRASIL, 2011b).

O MS preconiza que as equipes de AB sejam multiprofissionais, atuem em território definido, prestem um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, relacionadas à promoção, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, provendo atenção integral à saúde da população. As ações no território e com a comunidade também são fundamentais, tais como a visita domiciliar, ações intersetoriais e o controle social. Essas equipes são normalmente compostas por médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e ACS (BRASIL, 2011a).

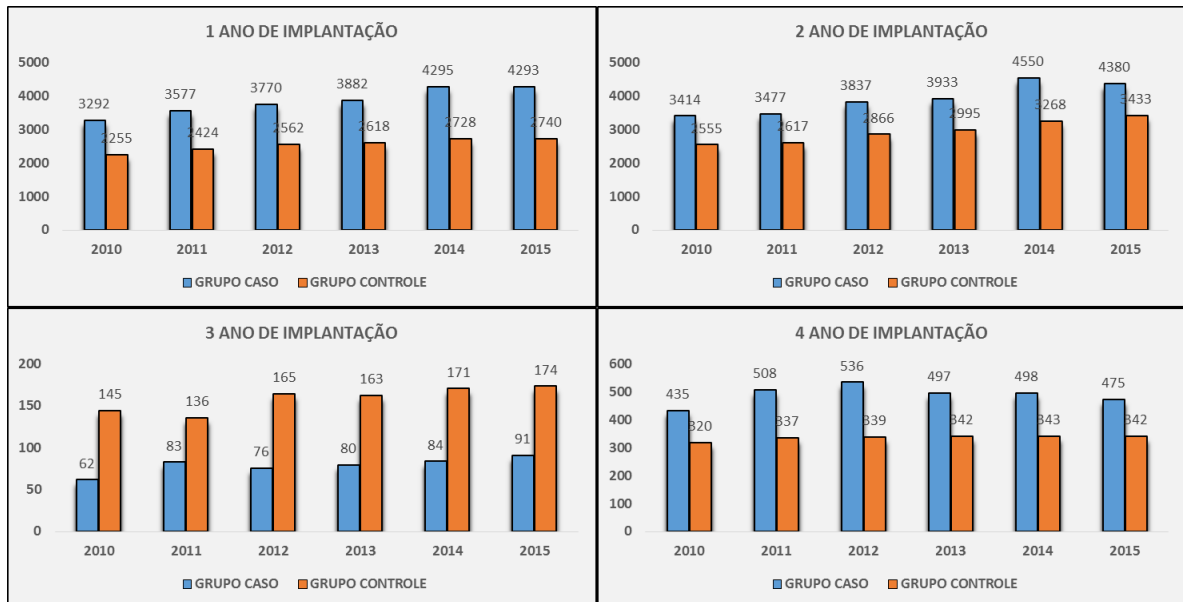
Os dados apresentados na Tabela 4 mostram a evolução similar do número de profissionais que atuavam na AB nos dois grupos estudados.

**Tabela 4** - Número de profissionais na AB

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
3.577	4.293	20	2.424	2.740	13	4.068	4.946	22	3.090	3.949	28

Fonte: Ministério da Saúde/2016

De acordo com o Gráfico 3, todos os municípios apresentaram aumento do número de profissionais no período relativo à implantação, sendo que os do grupo controle tiveram um maior acréscimo, com um aumento de 14,8% profissionais em relação aos 10,9% acrescidos pelo grupo controle no mesmo período.

**Gráfico 3** - Número de profissionais na AB

Fonte: Ministério da Saúde/2016

Araújo e Maeda (2013) afirmam que os profissionais de saúde se concentram nas áreas urbanas e mais ricas, independentemente do desenvolvimento econômico ou mesmo do grau de organização de seu sistema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. Dados da OMS em 2012 estimam que metade da população mundial reside em áreas rurais ou remotas, contudo, menos de 25% da força de trabalho médica e 38% de enfermagem se encontram alocação nestas regiões. Neste contexto, em 8 de julho de 2013, foi instituído o

PMM, para responder ao problema de déficit de médicos e a necessidade de formação específica para atuação na AB.

Analisando a distribuição dos profissionais médicos na Tabela 5, no período de 2011 e 2015, percebe-se um aumento maior nos municípios com 1 ano de implantação.

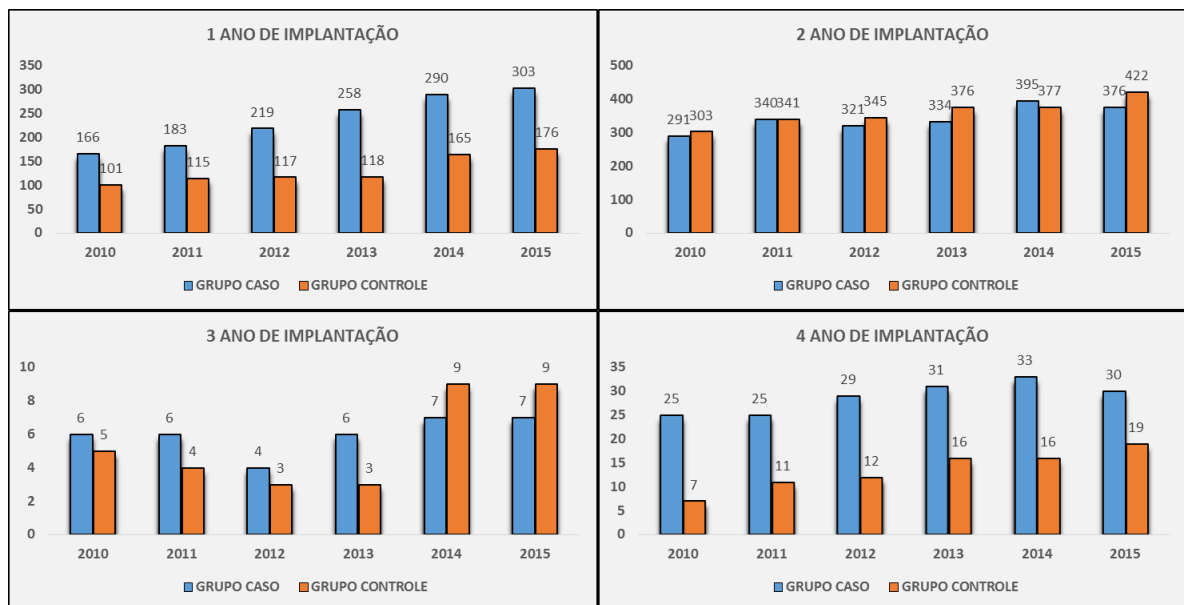
**Tabela 5** - Número de médicos na AB

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
183	303	66	115	176	53	371	413	11	356	450	26

Fonte: Ministério da Saúde/2016

No Gráfico 4, se analisado apenas o período de implantação, verifica-se um maior crescimento nos municípios do grupo controle, com 152 médicos, quase 50% a mais que o grupo caso, que aumentou em 106 médicos no mesmo período. Esses dados são inversos ao aumento de profissionais apresentados na análise anterior.

**Gráfico 4** - Evolução do número de médicos na AB



Fonte: Ministério da Saúde/2016

Vale a pena destacar que, apesar dos municípios comparados apresentarem características geográficas e econômico-financeiras bem parecidas e pertencerem ao mesmo grupo de municípios prioritários do PMM, a distribuição dos médicos atendia a solicitação do

gestor e obedecia a criterios como a oferta de AB que o municípios já tinha, a população ainda não coberta e atendida pela AB disponível no município e a infraestrutura de unidades de saúde já disponível para receber os médicos do Programa.

Segundo Pinto *et al* (2014), a insuficiência de médicos, tanto para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB quanto para a expansão de novos, levava a uma alta rotatividade de profissionais e a competição entre municípios que disputavam os poucos disponíveis, interferindo negativamente no acesso e na qualidade da AB. De acordo com os autores, o aumento do número de profissionais médicos, além de ampliar o acesso, deverá demandar uma progressiva estruturação e qualificação da rede de apoio diagnóstico e terapêutico e consequente ampliação da resolutividade da AB.

*c. Instalações físicas*

Os serviços de saúde na AB são realizados por equipes de profissionais vinculadas a estabelecimentos com estrutura adequada para a execução das ações e atividades necessárias a garantir a qualidade da assistência para a população ou região adscrita. A PNAB preconiza que as ações da AB sejam oferecidas em locais o mais próximo possível da população adscrita, de forma a dar melhores condições de acesso geográfico (BRASIL, 2011a).

A existência de estabelecimentos em número suficiente e com instalações necessárias para acomodar as equipes de saúde é condição necessária para a expansão da AB nos municípios. Para dar conta da demanda por espaço físico, muitos municípios realizam adaptações em unidades já existentes, em imóveis locados e/ou cedidos.

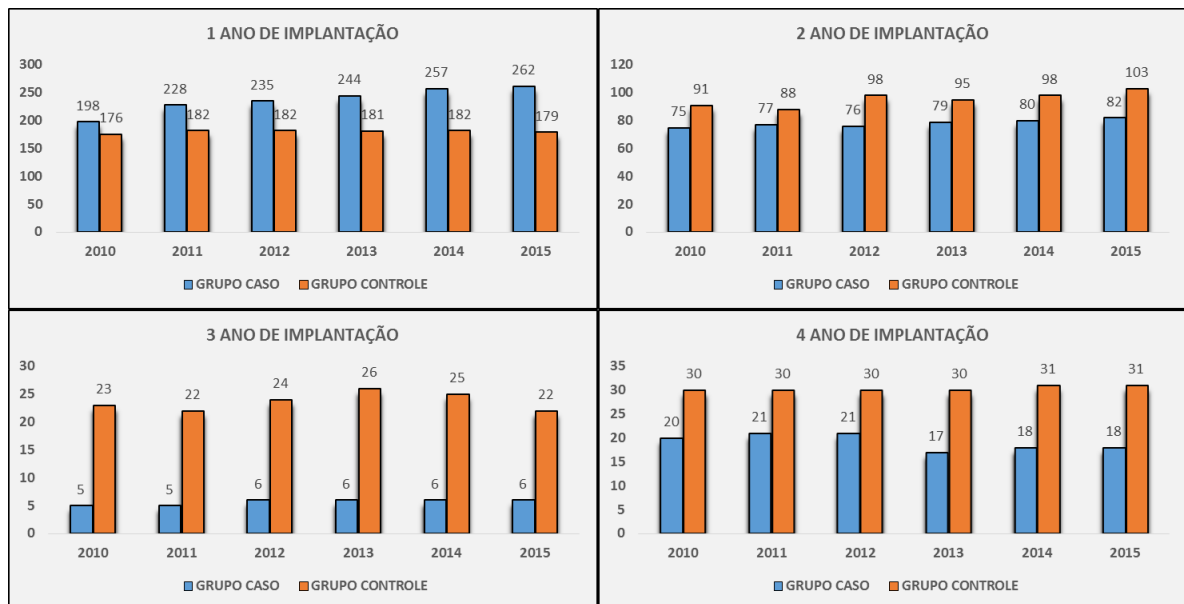
Nos dados apresentados na Tabela 6, observa-se uma discreta redução do número de estabelecimentos nos municípios com 1 ano de implantação do grupo controle e um acréscimo em todos os municípios do grupo caso no período estudado.

**Tabela 6** - Número de estabelecimentos de saúde na AB

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
228	262	15	182	179	-2	103	106	3	140	156	11

Fonte: Ministério da Saúde/2016

Utilizando como parâmetro apenas o período de implantação da Estratégia, percebe-se, no Gráfico 5, um aumento maior da oferta de estabelecimentos de saúde para o grupo caso, com o acréscimo de 23 novas unidades em relação às 4 do grupo controle.

**Gráfico 5** - Evolução do número de estabelecimentos de saúde na AB

Fonte: Ministério da Saúde/2016

Para atender a demanda de estruturação da AB, o MS instituiu, em 2011, um programa de incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de unidades de saúde, com o objetivo de prover condições adequadas para o trabalho em saúde e melhoria do acesso e da qualidade da AB. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física mais acolhedora das unidades de saúde, dentro dos melhores padrões de qualidade e atendendo aos requisitos mínimos das normas de vigilância sanitária. Este programa alavancou um crescimento do número de unidades de saúde da AB no país.

Os dados apresentados fazem menção somente à quantidade de estabelecimentos e, desta forma, não permitem analisar diferenças dos serviços com relação a sua oferta de atividades ou, muito menos, na sua composição de recursos tanto materiais quanto humanos.

### **5.2.2 Indicadores de Processo**

Os indicadores de processo são utilizados para saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). Desta forma, este estudo utilizou indicadores de cobertura e número de consulta e exames para analisar a adequação dos serviços oferecidos para o alcance dos resultados esperados.

#### *a. Cobertura populacional estimada pelas equipes de AB*

Indicador utilizado para medir a cobertura das equipes da AB à saúde para a população residente de um determinado município, mensurando a disponibilidade de recursos humanos da AB para a população residente em um determinado território (BRASIL, 2013b).

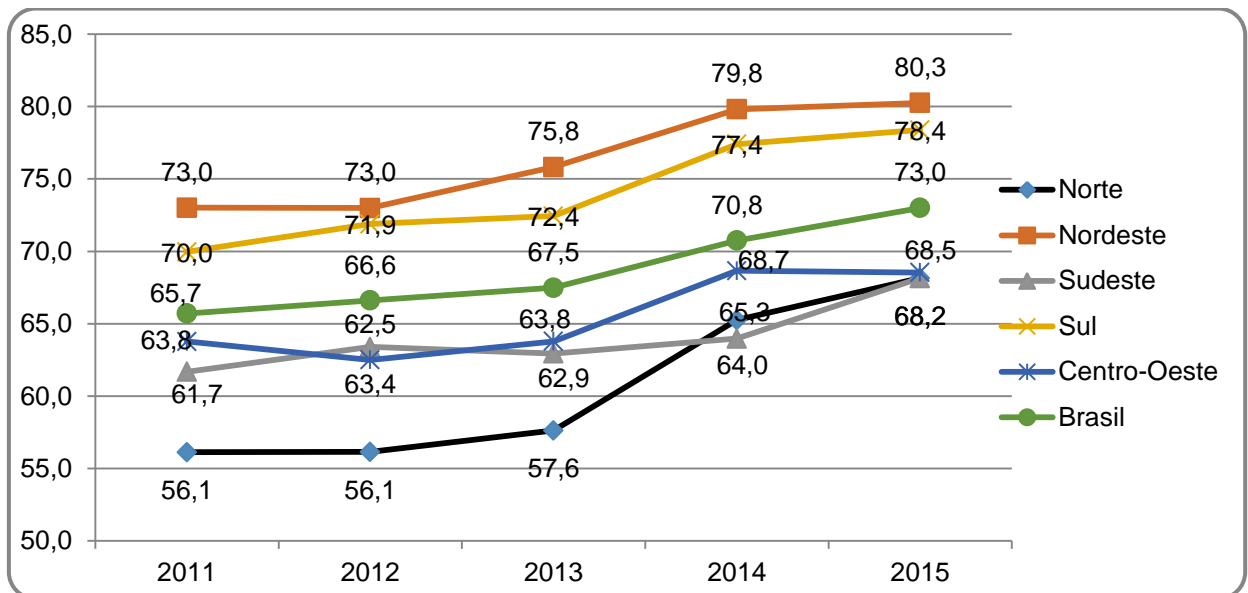
Considerando a centralidade da AB no SUS e sua função de constituir-se como ordenadora do cuidado nas redes de atenção, a PNAB preconiza que uma maior cobertura das equipes da AB à saúde, indica um maior potencial de oferta de ações e serviços básicos para a população e, também, uma maior facilidade de acesso a esse nível de atenção, considerando adequado haver pelo menos uma equipe da AB à saúde para cada 3.000 pessoas residentes (BRASIL, 2011a).

O Gráfico 6 mostra que a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB oscila significativamente no período de 2011 a 2015, mas apresenta uma ligeira tendência de aumento a partir do ano de 2014, coincidindo com o registro da lotação dos profissionais do Programa Mais Médicos nas equipes de Saúde da Família. De acordo com Pinto *et al* (2014), a Saúde da Família desde 2006 vinha apresentando um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano, e um dos fatores que vinham condicionando essa expansão era a



dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de AB, tanto devido à carência de profissionais quanto a sua má distribuição. A alta rotatividade de profissionais e a redução progressiva da carga horária efetivamente cumprida impactavam negativamente no acesso e na qualidade da AB. A ampliação da cobertura em 2014, proporcionada pelo PMM, possibilitou que milhares de municípios começassem a compor as equipes de AB já existentes que estavam incompletas ou que formassem novas equipes, sinalizando um aumento da oferta de serviços e repercutindo nos resultado em saúde da população.

**Gráfico 6** – Evolução da cobertura populacional estimada para equipes de Atenção Básica – Brasil e regiões - 2011 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde/2016

A região Norte do país foi a que apresentou maior elevação da taxa de cobertura em 2015, com crescimento de 21,44% em relação a 2011, quase o dobro do percentual nas demais regiões. De acordo com dados de alocação de médicos obtidos na página do Programa (<https://maismedicos.saude.gov.br/>), esta região foi a que, proporcionalmente, recebeu o maior número de profissionais e teve o maior número de municípios contemplados pelo Programa, porém ainda apresenta cobertura de 68,15%, inferior a média de cobertura nacional de 73%.

É importante salientar a importância do programa de provimento Mais Médicos para a expansão e consolidação da eSFR. Com a alocação de profissionais de saúde para compor as equipes e atender essa região de difícil acesso e maior vulnerabilidade, foi possível a implantação e manutenção do serviço, garantindo atenção à saúde às populações que vivem em áreas ribeirinhas.

Lotta (2010) afirma que a dinâmica do território nem sempre segue os parâmetros estabelecidos pela PNAB, havendo uma grande variação da população adscrita de cada equipe. Algumas equipes tem que cobrir mais do que 4.000 mil usuários, sobretudo em municípios de baixa cobertura da ESF ou em grandes aglomerações urbanas, e outras equipes, nas áreas rurais e remotas, possuem uma população adscrita menor que os 3.000 padronizados pela PNAB. Não é possível estabelecer uma clara relação, mas é interessante pontuar que a região Norte possui a maior extensão territorial do país e uma grande dispersão populacional, o que pode trazer maior dificuldade para a expansão da cobertura.

A Tabela 7 apresenta uma análise comparativa da evolução deste indicador nos municípios definidos para esta pesquisa, no período de 2011 a 2015, apresentando uma evolução da cobertura nos dois grupos estudados, com menor crescimento nos municípios do grupo caso com mais de 1 ano de implantação.

**Tabela 7 - Cobertura populacional estimada para equipes de AB**

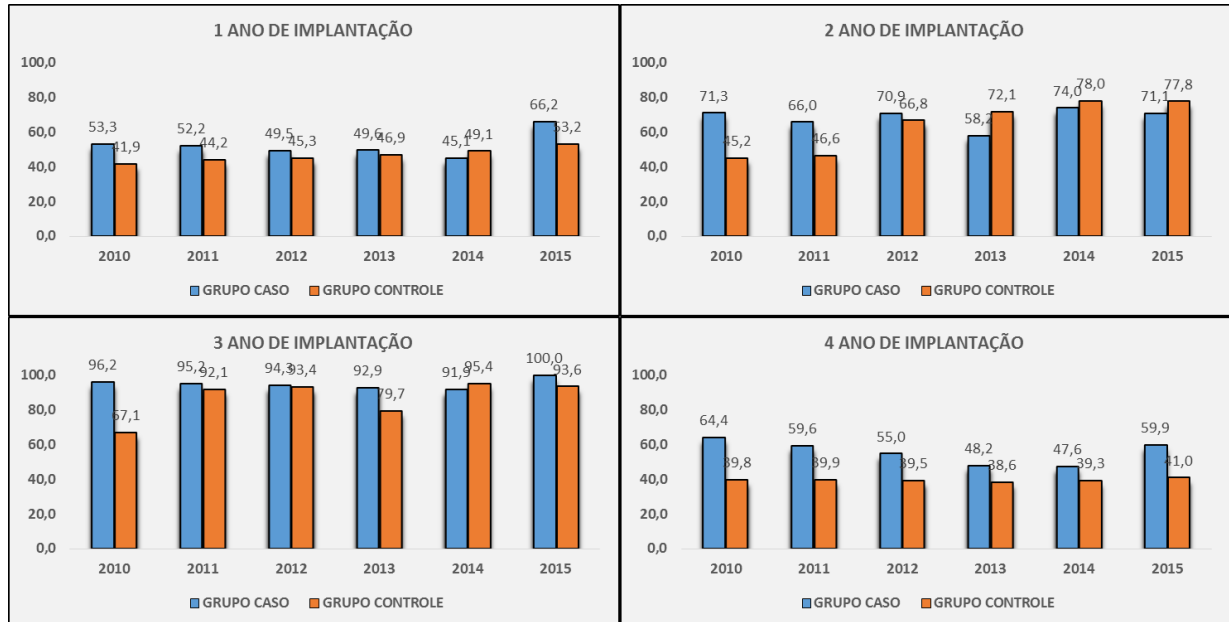
1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
52,2	66,2	26,8	44,2	53,2	20,4	65,9	70,3	6,8	48,2	73,9	53,5

Fonte: Ministério da Saúde/2016

O Gráfico 7 apresenta a evolução do indicador, por grupos com tempo de implantação semelhantes, mostrando um decréscimo na cobertura dos municípios do grupo caso até 2013. Observando-se apenas o período de 2014 e 2015, percebe-se um aumento da cobertura para os dois grupos, fato que pode ser explicado devido à concomitância com o período de chegada

dos profissionais do PMM, possibilitando a formação de novas equipes ou reativação de equipes incompletas.

**Gráfico 7 - Evolução da cobertura populacional estimada para equipes de AB**



Fonte: Ministério da Saúde/2016

Os resultados apresentados coincidem com a elevação de cobertura ocorrida em todo o país e, principalmente, na região Norte no mesmo período. Os municípios do grupo caso com 1 ano de implantação obtiveram o maior índice de crescimento no período e os demais, apesar de apresentarem um crescimento pouco menor que o grupo controle, obtiveram índices maiores de cobertura em 2015. O grupo caso apresentou uma média de 74,3% de cobertura em relação a 66,4% do grupo controle.

De acordo com o relatório final do Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, no campo da saúde, o acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando relacionado diretamente às características da oferta e da disponibilidade de recursos, ou seja, a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequado, em quantidade suficiente e a um custo razoável (VIACAVA, 2011). Destaca-se que o indicador estudado mensura apenas existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por elas, devendo ser analisado

complementarmente com as informações sobre a quantidade e a qualidade dos atendimentos realizados ou sobre os procedimentos produzidos. Além disso, apresenta algumas limitações, como a utilização de duas medidas na sua composição (equipes e carga horária) e a dependência da qualidade do preenchimento e agilidade na atualização do SCNES pelo gestor municipal, o que pode gerar eventuais falhas na sua interpretação.

*b. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)*

O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) cadastradas que foram acompanhadas para as condicionalidades de saúde pela AB, tendo por objetivo a oferta de ações básicas que potencializem a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuam para a sua inclusão social (BRASIL, 2013b).

A Portaria Interministerial nº 2.509, publicada em 2004, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde no cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF e delega aos municípios a oferta das ações básicas de saúde que fazem parte dessas condicionalidades. As ações de saúde acompanhadas abrangem a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização para as famílias beneficiárias do PBF com mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade (BRASIL, 2004).

O acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias com perfil saúde é feito no Sistema de Gestão do PBF, devendo o município, a cada vigência, registrar no sistema as informações sobre vacinação, peso e altura de crianças menores de 7 anos, além da realização do pré-natal de gestantes. A primeira vigência compreende o período entre 1º de janeiro a 30 de junho e a segunda, de 1º de agosto a 31 de dezembro de cada ano.

A falta de acompanhamento das condicionalidades pode ter repercussão sobre o recebimento do benefício pelas famílias, assim como percentuais municipais de acompanhamento de famílias inferiores a 20% repercutem no recebimento dos recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) pelo município (BRASIL, 2012b).

Conforme a Tabela 8, tem-se a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família, em que foi observada, no período, uma elevação do indicador em todos os municípios estudados, sendo maior para os municípios do grupo caso com maior tempo de implantação.

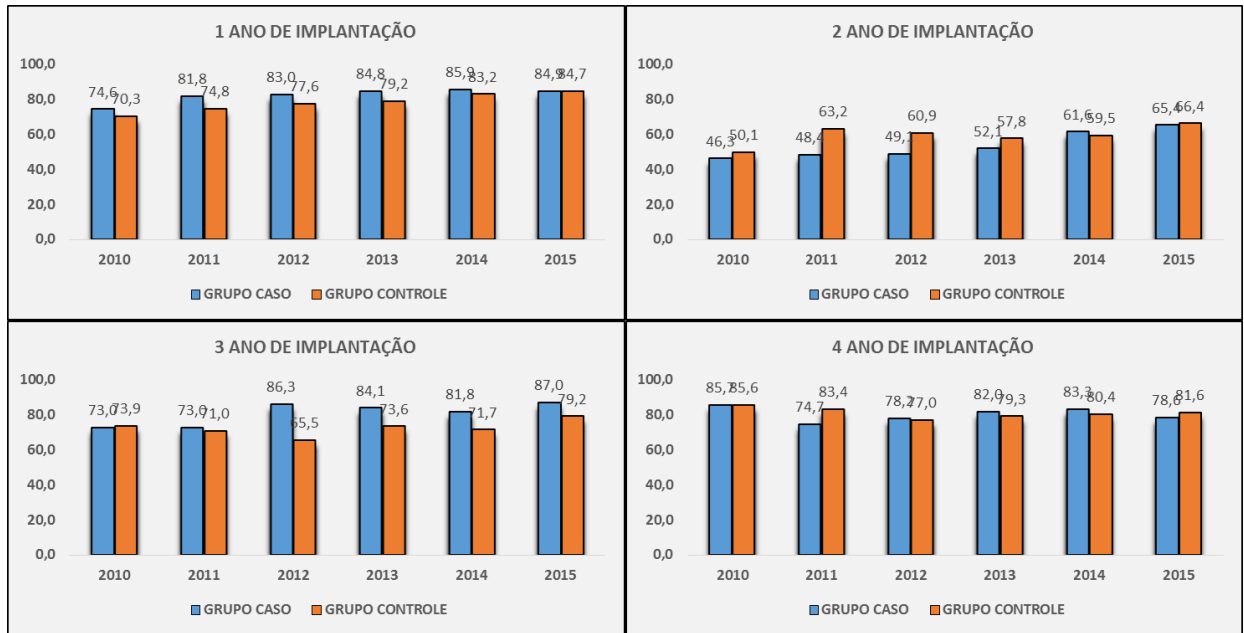
**Tabela 8** - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
81,8	84,9	3,9	74,8	84,7	13,3	53,5	68,9	28,7	68,6	71,3	4,0

Fonte: Ministério da Saúde/2016

O Gráfico 8 apresenta uma evolução gradual do indicador para os dois grupos estudados, porém se analisado o período de implantação, verifica-se que o grupo caso apresentou um aumento médio de 11,1% no período em relação aos 5,8% do grupo controle.

**Gráfico 8** - Evolução da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF



Fonte: Ministério da Saúde/2016

A PNAB preconiza que as ações relativas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades criado pelo Governo Federal, estadual ou municipal faz parte das atividades atribuídas aos ACS (BRASIL, 2011a).

Travassos (2004) aponta que o acompanhamento, por si só, não garantiria melhoria de indicadores de saúde, pois ir à unidade de saúde para acompanhar condicionalidades do PBF não necessariamente significa inclusão nas ações de cuidado oferecidas pelas equipes de AB. O potencial em promover o acesso das famílias beneficiárias aos serviços de saúde dependeria do processo de trabalho das equipes e da organização dos municípios e dos serviços.

Segundo Lindert *et al* (2007), o indicador apresenta limitações em relação à precariedade dos dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde repassadas pelos municípios, devido à má administração e transmissão de dados relativos aos atendimentos prestados, observando-se que o número de pessoas monitoradas é baixo e, entre as pessoas monitoradas, observa-se um elevado nível de comparecimento. De acordo com os autores, os ACS são responsáveis por coletar informações sobre os beneficiários que, posteriormente,

serão consolidadas pela gestão municipal e enviadas ao MS duas vezes por ano, essa consolidação com menor frequência, poderia ocasionar discrepâncias entre o índice apresentado e a realidade do acompanhamento local.

*c. Média de consultas médicas por habitante*

Este indicador informa a média de consultas médicas realizadas por residente cadastrado na área de abrangência da equipe, em determinado período, fornecendo uma estimativa da suficiência da oferta total diante da demanda potencial, e, desta forma, analisando a capacidade da rede básica em prestar assistência médica individual à população cadastrada (BRASIL, 2012b).

No Brasil, o acesso à consulta médica é considerado um importante indicador de acesso, dado que, por um lado, o caráter universal do sistema de saúde significa que todos os brasileiros têm direito à assistência à saúde, mas, por outro lado, as desigualdades sociais neste acesso são muito grandes (VIACAVA, 2011). A média de consultas médicas por habitante por ano, sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS, é de 2 a 3 consultas por habitante/ano. No 2º ciclo do PMAQ-AB foi verificada uma média nacional de 1,44 consultas por habitante na avaliação do indicador.

Na média de consultas médicas realizadas, expressa na Tabela 9, observa-se uma queda do indicador em todos os municípios dos grupos estudados, porém com percentuais de consulta maiores nos municípios do grupo caso.

**Tabela 9** - Média de consultas médicas por habitante

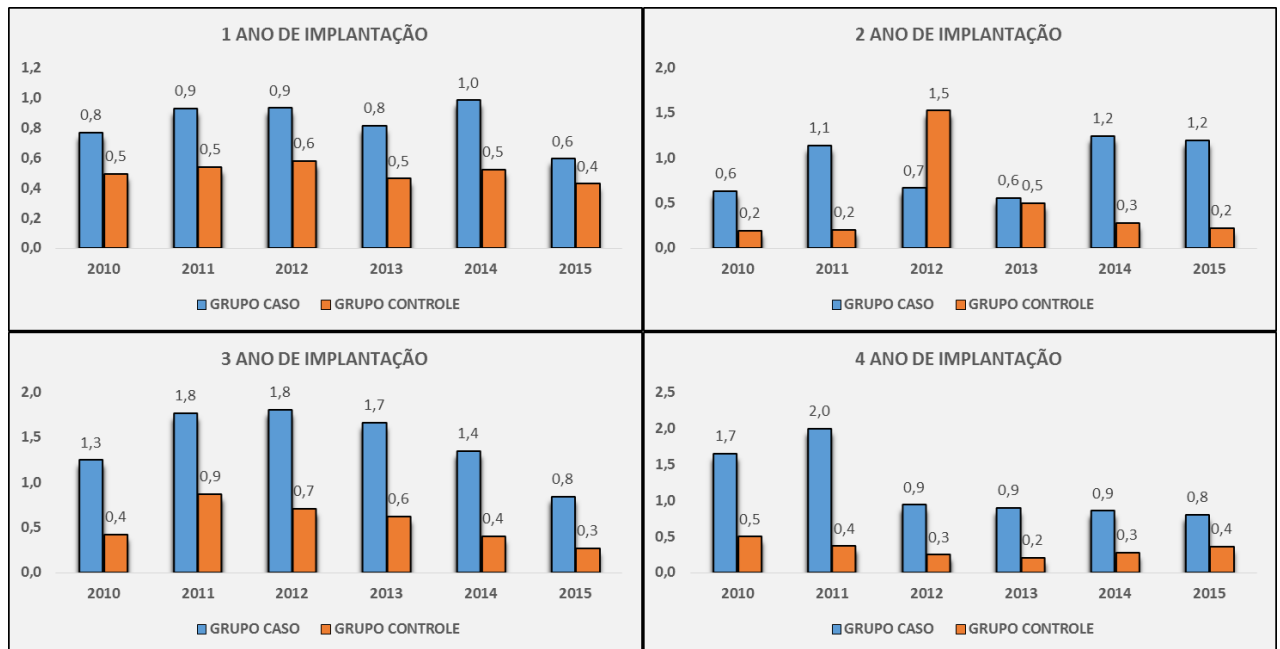
1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
0,9	0,6	-35,9	0,5	0,4	-20,6	1,4	1,0	-26,8	0,3	0,2	-7,6

Fonte: Ministério da Saúde/2016

Em relação aos dados apresentados, vale ressaltar que desde 2013 o MS está realizando uma migração de sistema, que pode ter influenciado nos resultados encontrados. O SIAB era o sistema de informações oficial disponibilizado para consolidação e envio dos dados de produção das equipes de AB até 2012. Desde 2013, o MS passou a ofertar aos gestores municipais um novo sistema de informação para a Atenção Básica, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que se propunha a sanar algumas inconsistências apresentadas pelo SIAB e seria progressivamente implantado. De acordo com informações colhidas no site do DAB, o estágio de implantação deste novo sistema em 2014/2015 ainda era insuficiente, o que impossibilitaria gerar dados em volume suficiente para análise, e a alimentação do SIAB vinha sendo progressivamente reduzida devido à migração da alimentação de dados de algumas equipes para o novo sistema. Desta forma, podemos inferir que a redução apresentada em 2015 pode ser proveniente da migração para o novo sistema.

No Gráfico 9, percebe-se uma leve oscilação na evolução do indicador durante o período estudado e uma redução em 2015 na maioria dos municípios. O indicador apresentado busca traduzir o acesso e a capacidade resolutiva dos cuidados básicos e, desta forma, se considerar os dados apresentados até 2014, pode-se verificar que os municípios que implantaram a Estratégia não alcançaram os parâmetros preconizados pelo MS, mas obtiveram índices mais próximos da média nacional do PMAQ-AB de 1,44 consultas, apontando para melhores resultados de acesso a consultas médicas que os municípios do grupo controle.



**Gráfico 9** - Evolução da média de consultas médicas por habitante

Fonte: Ministério da Saúde/2016

A Portaria nº 1.631/2015 que regulamenta os parâmetros para a programação das ações de saúde recomenda a atualização dos parâmetros para a realidade local, pois podem ser influenciados por fatores socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos, bem como pelas desigualdades existentes na cobertura assistencial no município (BRASIL, 2015). O número médio de consultas médicas é um indicador importante para ser monitorado para avaliar a qualidade da oferta de atenção à saúde nas equipes de AB, mas deve ser analisado em conjunto com outros indicadores como encaminhamentos para especialistas, atendimentos do enfermeiro e solicitação de exames complementares.

Os usuários buscam a AB por ser um serviço próximo da sua residência e de rápido atendimento e a maior demanda que chega a esses serviços é por consultas médicas e atendimentos de enfermagem, principalmente para as ações programáticas em saúde, como o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil e da realização do pré-natal.

*d. Número de testes de sífilis por gestante*

Este indicador expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto. Contribui para a análise das condições de acesso e de qualidade da assistência pré-natal quando associado a outros indicadores como, por exemplo, a taxa de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013b).

O indicador possui parâmetro nacional para referência a realização de, pelo menos, dois testes de sífilis por gestante, conforme preconizado em normativa específica do MS, pois o tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita).

Como os dados de 2015 não estavam disponíveis, a evolução do indicador foi analisada comparando os dados do ano de 2011 e 2014. Dados da Tabela 10 mostram que os municípios com 1 ano de implantação tiveram redução do indicador nos dois grupos. Para os municípios com mais de 1 ano de implantação, houve uma redução no grupo controle e no grupo caso um discreto aumento do percentual de testes de sífilis realizados por gestante.

**Tabela 10** - Número de testes de sífilis por gestante

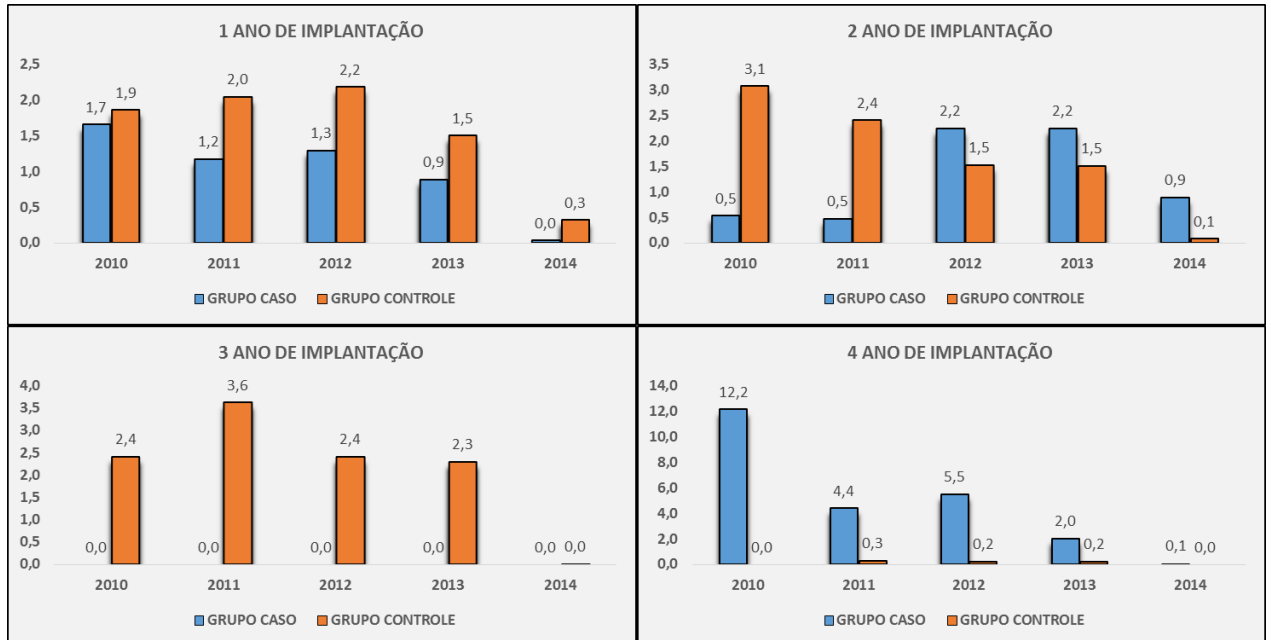
1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)
1,2	0,0	-97,0	2,0	0,3	-84,1	0,7	0,7	2,9	2,2	0,1	-96,5

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

Se observar a evolução deste indicador no Gráfico 10, verifica-se que o ano de 2014 apresentou uma grande redução de número de testes para todos os grupos, podendo apontar para a não realização do procedimento ou erro no seu registro, situação que pode ser observada na ausência de informação dos municípios do grupo caso com 3 anos de implantação. Considerando os dados até 2013, é necessário descartar os municípios com 1

ano de implantação e o grupo caso apresentará mais faixas dentro do parâmetro estabelecido pelo MS de 2 testes de sífilis por gestante.

**Gráfico 10** - Evolução do número de testes de sífilis por gestante



Fonte: Ministério da Saúde/2016

A implantação dos testes rápidos na AB faz parte do conjunto de estratégias do MS para qualificar e ampliar o acesso da população brasileira ao diagnóstico e detecção da sífilis. O MS preconiza a realização dos exames para verificação de soropositividade para sífilis no início da gravidez e do terceiro trimestre para que se possa tratar a doença no mínimo 30 dias antes do parto. O início tardio do pré-natal impede que as gestantes se beneficiem de várias vantagens da assistência e ocasione o atraso do diagnóstico inicial, na execução dos exames de triagem e na realização do teste. A adequada assistência pré-natal requer, por parte dos profissionais de saúde, atenção especial aos registros no prontuário e no cartão da gestante. O objetivo desses registros é permitir o acompanhamento sistemático da gestante e subsidiar a atuação dos diferentes profissionais envolvidos no atendimento (ARAÚJO *et al*, 2008).

De acordo com estudo realizado por Araújo *et al* (2008), no Brasil existe uma escassez de registros de testagem sorológica para sífilis durante a gestação e essa subnotificação constante pode indicar uma grande possibilidade da falta de realização desse procedimento. Percebe-se que, apesar de o SUS oferecer os testes para o diagnóstico, os medicamentos e o auxílio para campanhas de prevenção, a realidade nos serviços de saúde está distante das recomendações do MS e políticas de saúde vigente.

Quanto às limitações do indicador, cabe destacar que os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) são relativos aos procedimentos realizados, limitando a análise à utilização dos serviços e não à qualidade da assistência. O SIA-SUS foi implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, porém com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que estabeleceu um valor per capita para o custeio das ações e serviços da Atenção Básica, muitas equipes deixaram de alimentar corretamente o sistema, o que pode ter interferido no resultado encontrado de registro do número de testes realizados por gestante, pois em muitos municípios foram encontrados dados zerados em relação a essa informação.

*e. Média de consultas médicas para menores de 1 ano*

O indicador permite analisar a adequação da produção de consultas médicas para menores de um ano, calculando o número médio de consultas médicas realizadas em relação à demanda potencial de crianças nessa faixa etária acompanhadas pela equipe de AB (BRASIL, 2012b). Dados do 2º ciclo no PMAQ-AB apontam para parâmetro nacional de 3,75 consultas.

Falhas na identificação e captação precoce das crianças pelos profissionais de saúde além de atrapalhar o início oportuno das ações da puericultura na AB, ocasionam o registro inadequado dos atendimentos nos sistemas de informação e, conseqüentemente, a subestimação da oferta de atendimentos médicos que esse indicador pretende mensurar. O atendimento de puericultura demanda um acompanhamento periódico e sistemático das

crianças para avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, permitindo o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, além da atualização do esquema vacinal e orientações aos pais.

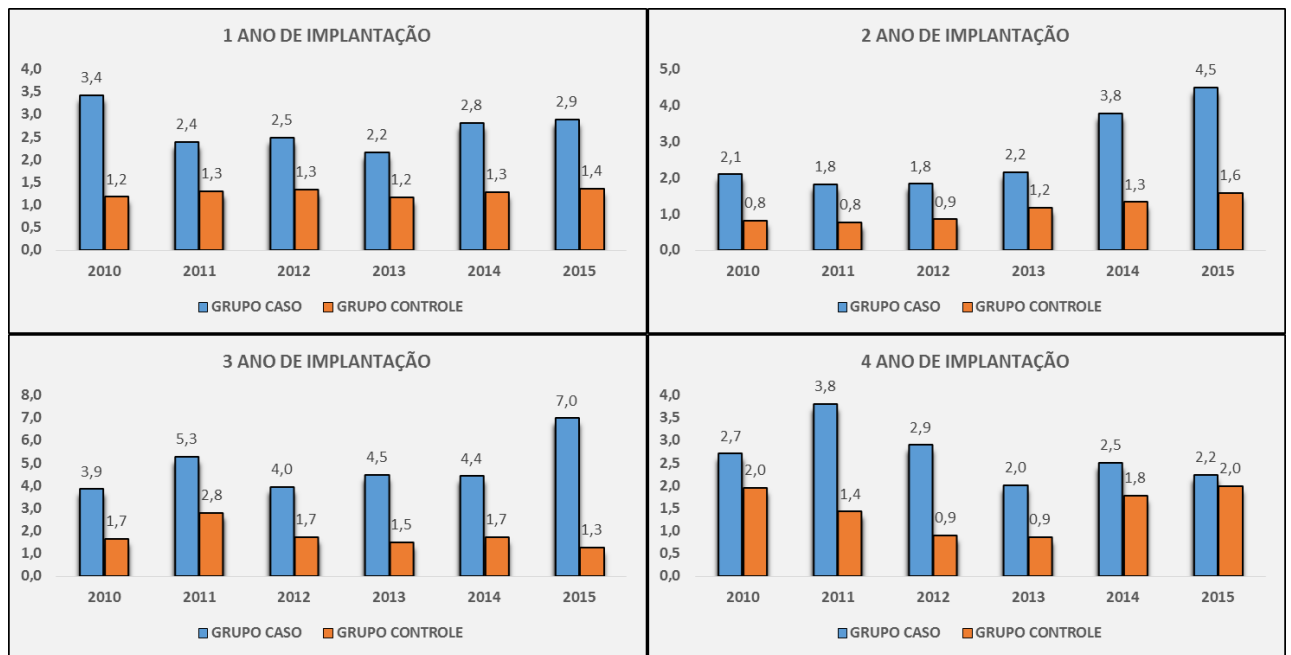
Para a média de consultas médicas para menores de um ano, é possível observar na Tabela 11, que no grupo caso houve uma maior evolução do indicador que no grupo controle, com índices mais próximos do preconizado pelo MS.

**Tabela 11 - Média de consultas médicas para menores de um ano**

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
2,4	2,9	20,7	1,3	1,4	4,2	2,3	3,8	63,6	1,1	1,7	56,6

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

Analisando a evolução do indicador no período de implantação da estratégia, observa-se uma oscilação muito grande em todos os grupos, porém com maior crescimento no grupo caso, com uma média 48,3% em relação ao 12,1% do grupo controle. O grupo caso também apresenta melhores índices em 2015, se comparado ao grupo controle, levando a crer num melhor desempenho do indicador.

**Gráfico 11 - Evolução da média de consultas médicas para menores de um ano**

Fonte: Ministério da Saúde/2016

f. *Média de consultas de puericultura por criança cadastrada*

Esse indicador mede a relação entre o número de atendimentos de puericultura (acompanhamento de crescimento e desenvolvimento) realizados por médico ou enfermeiro e o número de crianças menores de 2 anos cadastradas na equipe de AB, em determinado local e período, avaliando a suficiência da oferta deste atendimento (BRASIL, 2012b).

As ações de puericultura não se limitam às crianças menores de 2 anos, porém as crianças na faixa etária de até 23 meses e 29 dias devem ter acompanhamento domiciliar pelo ACS registrado e tem o monitoramento priorizado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2012b).

Considerando o número de atendimentos de puericultura, realizados por médicos e enfermeiros, preconizados para menores de 1 ano (7 / ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2 / ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças nessa faixa etária seria de 4,5 atendimentos por criança ao ano (BRASIL, 2012b).

Conforme a Tabela 12, em relação às consultas de puericultura, foi observado um acréscimo substancial nos municípios do grupo caso com mais de um ano de implantação, com um aumento de 170,1%, e uma redução de 20,3% nos municípios com um ano.

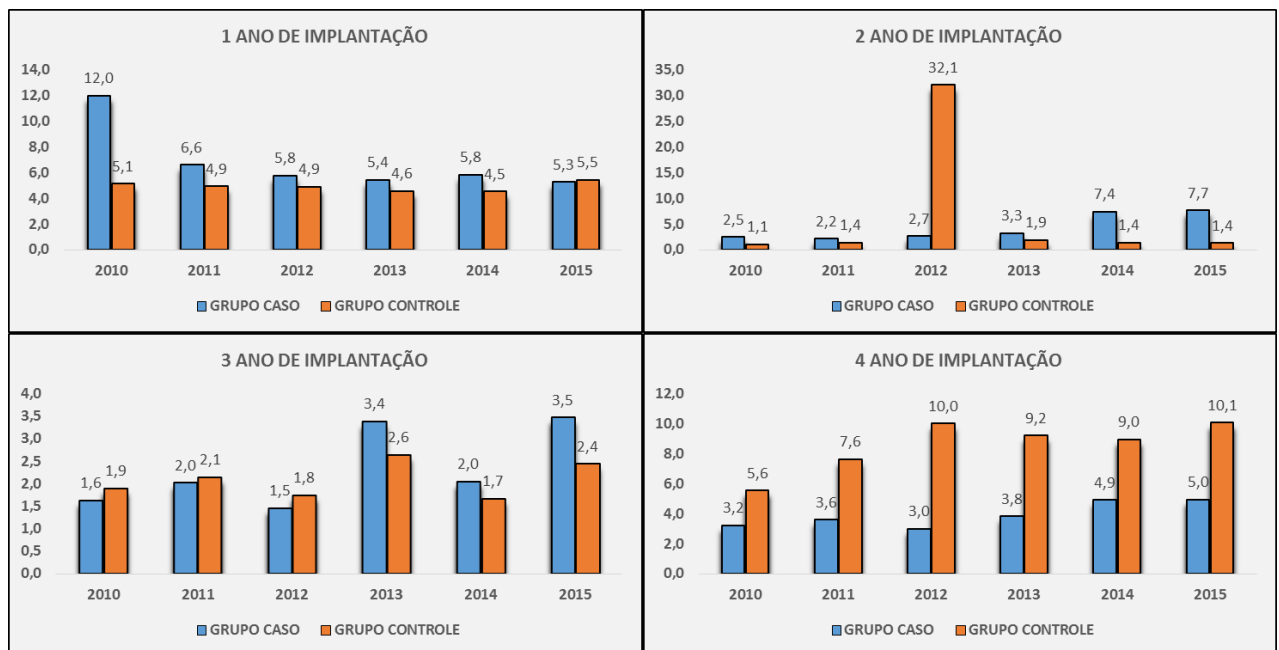
**Tabela 12** - Média de consultas de puericultura por criança cadastrada

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
6,6	5,3	-20,3	4,9	5,5	10,6	2,5	6,6	170,1	3,1	3,6	17,7

Fonte: Ministério da Saúde/2016

No Gráfico 12, se for considerado o período anterior à implantação até 2015 em cada grupo, verifica-se uma discreta redução nos municípios com 1 ano de implantação do grupo caso e um acentuado decréscimo nos municípios com 2 anos do grupo controle. Os municípios do grupo caso apresentam melhor desempenho, mostrando uma maior evolução do indicador, com 78,1% de aumento em relação ao 4,6% do grupo controle. Apesar do município com 4 anos de implantação do grupo controle apresentar maior índice em 2015, o grupo caso apresenta mais municípios acima do parâmetro estabelecido pelo MS.

**Gráfico 12** - Evolução da média de consultas de puericultura por criança cadastrada



Fonte: Ministério da Saúde/2016

O monitoramento desse indicador serve para avaliar a expansão do acesso das crianças às ações de saúde e o seu resultado é utilizado para organizar as ações de puericultura e o processo de trabalho, com vistas a garantir condições adequadas para realização dessas ações pelas equipes de AB, com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais a sua execução de forma resolutiva (BRASIL, 2012b).

### **5.2.3 Indicadores de Resultado**

Para avaliação dos resultados alcançados foram utilizados indicadores da qualidade das ações de saúde prestadas à população que, de acordo com Donabedian (1990), representam o produto final da assistência prestada. Para Patton (2008), a realização de uma avaliação deve permitir um julgamento não só se o programa alcançou os resultados esperados, mas também sobre os fatores que influenciaram os resultados obtidos.

Desta forma, para avaliar os resultados obtidos pela implantação da eSFR foram analisados, além da taxa de mortalidade infantil, os indicadores que refletissem os efeitos da expansão da cobertura e do número de consulta e exames ofertados para a ampliação da atenção à saúde materno infantil na Amazônia Legal.

#### *a. Proporção de internações por condição sensível a Atenção Básica*

Este indicador mede o percentual de internações mais sensíveis à Atenção Básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município, no período considerado, apresentando como meta a redução dessas internações (BRASIL, 2013b).

A literatura aponta que a expansão da cobertura da AB no país tem reduzido as internações hospitalares. Pressupõe-se que são necessárias internações para tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da Atenção Básica e que, portanto, proporções dessas internações



podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde (BRASIL, 2013b). Em 2008, o MS validou uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, composta por 20 grupos de diagnósticos que, segundo Alfradique *et al* (2009), representavam 28,5% das hospitalizações realizadas pelo SUS em 2006. Os exemplos mais típicos são as doenças evitáveis pela imunização, as infecciosas intestinais, pneumonias, asma, diabetes e hipertensão, entre outras.

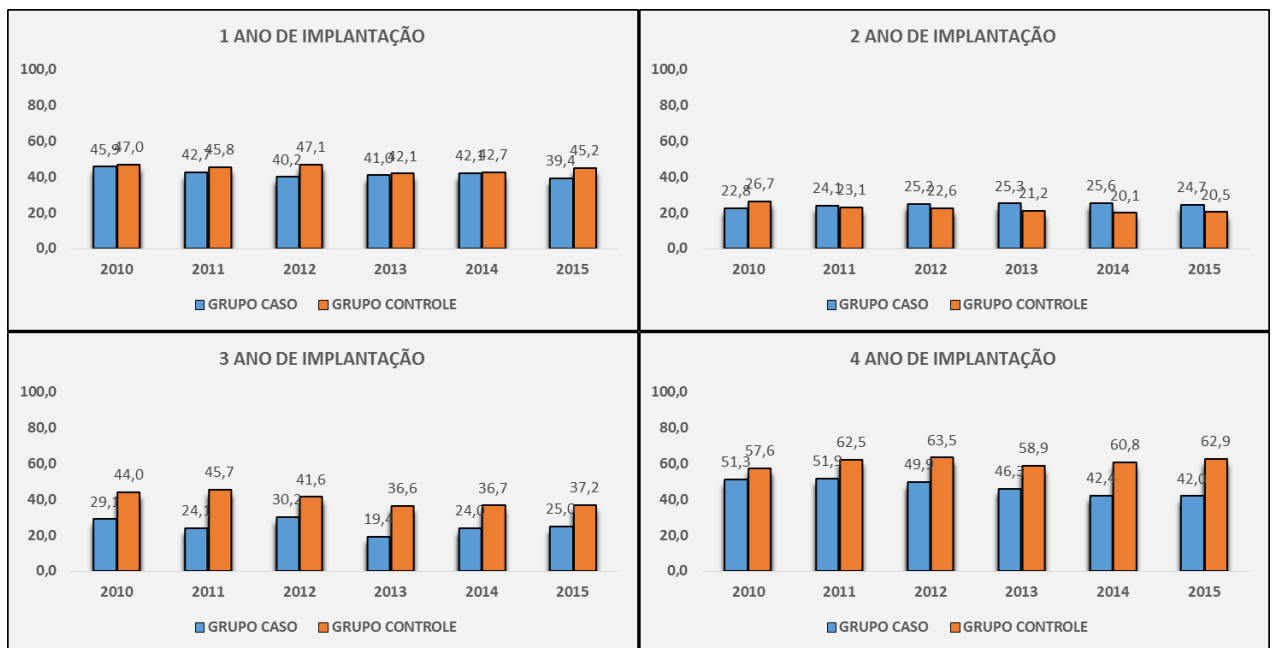
Na Tabela 13, comparando-se a evolução do indicador, observa-se que no grupo caso, os municípios com 1 ano de implantação tiveram um decréscimo maior que o grupo controle, porém nos municípios com mais de 1 ano houve um pequeno aumento do indicador no mesmo período.

**Tabela 13** - Proporção de internação por condição sensível a AB

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
42,7	39,4	-7,7	45,8	45,2	-1,3	26,9	27,4	1,6	36,2	32,5	-10,1

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

Quando se observa, no Gráfico 13, a evolução desse indicador em relação ao tempo de implantação, o grupo caso apresenta melhor desempenho que o grupo controle apresentando índices menores e decréscimo maior da proporção de internações no período estudado.

**Gráfico 13** - Evolução da proporção de internação por condição sensível a AB

Fonte: Ministério da Saúde/2016

Alfradique *et al* (2009) afirmam que em áreas onde historicamente o acesso aos serviços de saúde estava limitado, um aumento temporário nas internações pode ser resultado de uma melhora de acesso e que, após esse aumento do acesso inicial, pode-se esperar que as internações por condições sensíveis à AB decresçam.

Já Starfield (2002) afirma que 80% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos no âmbito da AB, portanto, é de se esperar que o número de internações realmente diminua, à medida que a AB se fortaleça.

Para o cálculo do indicador foram utilizados dados obtidos no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS). Rodrigues-Bastos *et al* (2013) apontam para a limitação comum deste indicador àqueles que utilizam dados secundários como o do SIH-SUS, pois, dependendo da política de saúde vigente em determinado momento dos períodos estudados, pode-se encontrar aumento de algumas taxas de internações por disponibilidade e melhoria da qualidade no registro de informações de determinadas morbidades da qualidade das informações geradas pelos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil.

*b. Proporção de gestantes com pré-natal no mês*

Esse indicador avalia o acesso ao acompanhamento pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança (BRASIL, 2012b).

Segundo dados extraídos do SIAB (2010), em média, 79% das gestantes acompanhadas pelos ACS teriam começado o pré-natal no 1º trimestre. O PMAQ-AB, no seu 2º ciclo, estabeleceu, como parâmetro para avaliação do indicador, o índice de 80% de acompanhamento.

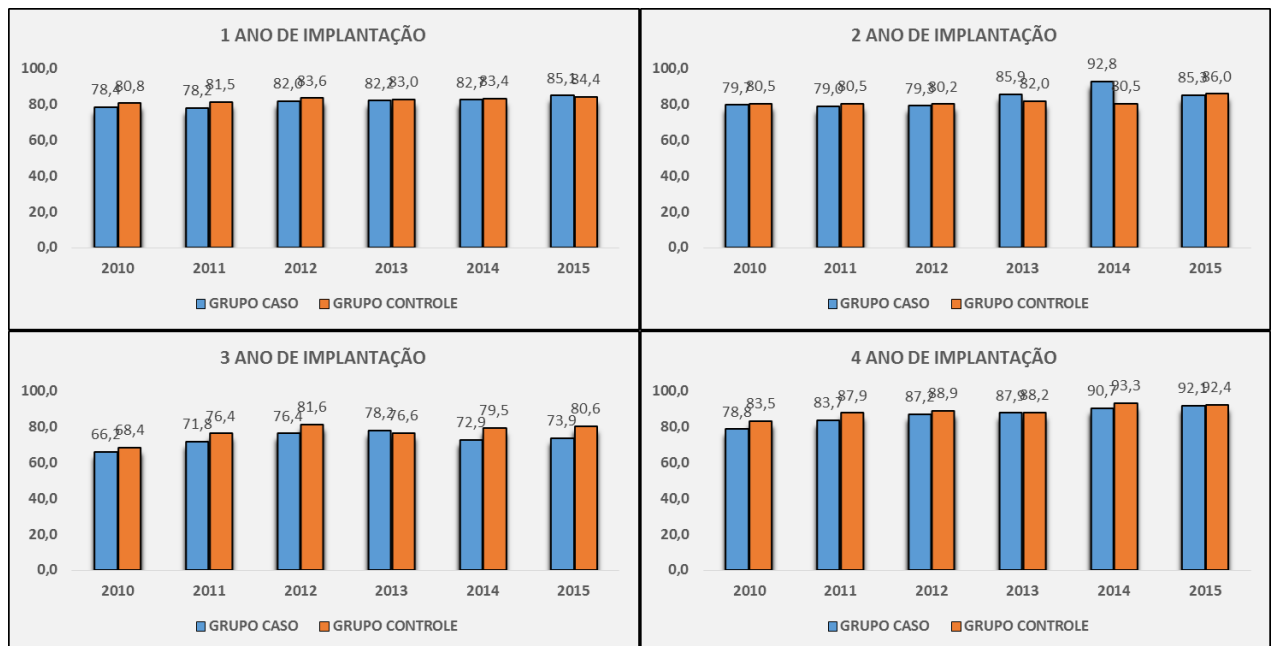
Para a proporção de gestantes com pré-natal no mês, na Tabela 14, nota-se que todos os grupos tiveram evolução do indicador no período estudado, alcançado o parâmetro estabelecido pelo MS, porém os municípios do grupo caso apresentaram um aumento maior e índices melhores em 2015.

**Tabela 14** - Proporção de gestantes com pré-natal no mês

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
78,2	85,1	8,9	81,5	84,4	3,5	79,8	87,2	9,2	82,0	86,9	5,9

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

No Gráfico 14, quando analisado o período de implantação, confirma-se a maior evolução do indicador para o grupo caso, apesar dos municípios com 2 anos de implantação não alcançarem o parâmetro estabelecido pelo PMAQ-AB e dos municípios do grupo controle alcançaram índices mais altos em 2015.

**Gráfico 14** - Evolução da proporção de gestantes com pré-natal no mês

Fonte: Ministério da Saúde/2016.

O acesso ao acompanhamento pré-natal é o principal indicador do prognóstico ao nascimento e tem o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O MS recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes de baixo risco, com início precoce, até o quarto mês de gestação, e realizadas de forma periódica, com intervalo entre duas consultas de no máximo oito semanas. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2012b).

As taxas de mortalidade infantil são diretamente influenciadas pela adequada assistência ao pré-natal e ao parto. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006, apontam que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas, e as desigualdades no uso desta assistência ainda persistem, havendo grande diferença na cobertura por região e o maior percentual de mulheres que não realizam o pré-natal está na zona rural (BRASIL, 2008c).

A busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, por meio de visitas domiciliares regulares, para cadastramento e início precoce do pré-natal, assim como a capacitação dos profissionais de saúde para a qualificação dessa ação e a alimentação do sistema de informação da Atenção Básica, são ações que auxiliam o monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes.

*c. Proporção de gestantes com vacina em dia*

Esse indicador mede o percentual de cobertura vacinal de toxóide tetânico entre as gestantes cadastradas na área da equipe de AB no período considerado, independente do local onde tenha sido imunizada. A cobertura de planos privados e a utilização de clínicas privadas de vacinação não devem interferir de forma significativa nesse indicador, considerando que a imunização é uma das ações básicas mais utilizadas por todas as classes sociais na rede pública de serviços do SUS (BRASIL, 2012b).

O resultado do indicador pode ser influenciado por fatores socioeconômicos e culturais, assim como pelas condições de acesso da população ao serviço de saúde. Em geral, os segmentos populacionais com níveis socioeconômicos menos favorecidos apresentam menores coberturas vacinais. Dados de 2010, obtidos do SIAB, apontam que 93% das gestantes acompanhadas pelos ACS (vinculados à ESF) estariam com a vacinação em dia.

A prevenção do tétano neonatal pode ser alcançada por meio de vacinação das mulheres em idade fértil e grávidas com o toxóide tetânica. A vacinação durante a gestação objetiva a proteção da gestante e do feto. A portaria nº 569, de 01 de junho de 2000, institui o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal, que recomenda um calendário para a vacinação da gestante e traz, como um dos seus indicadores de qualidade do cuidado pré-natal, o percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica (VIACAVA, 2011).

A Tabela 15 apresenta um maior crescimento do indicador nos municípios do grupo caso no período estudado, sendo que somente os municípios com mais 1 ano de implantação do grupo caso alcançaram o índice previsto pelo SIAB.

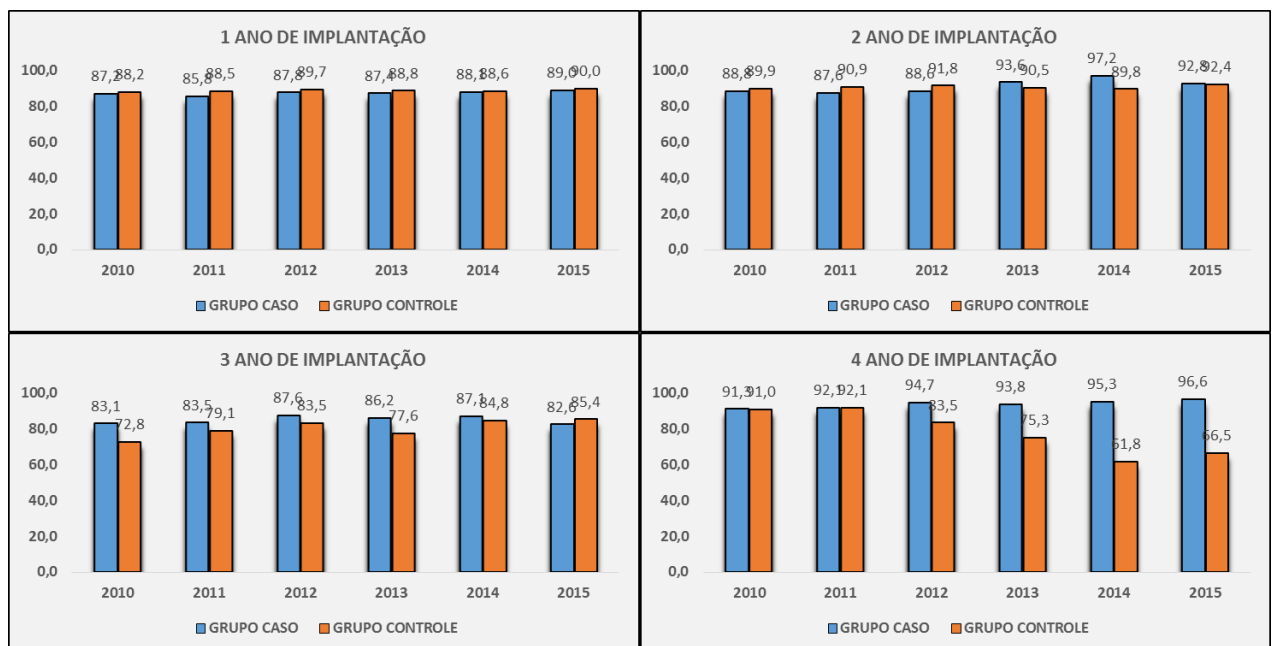
**Tabela 15** - Proporção de gestantes com vacina em dia

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
85,8	89,0	3,7	88,5	90,0	1,7	88,5	93,8	6,0	90,4	86,1	-4,7

Fonte: Ministério da Saúde/2016.

O Gráfico 15 reitera a análise anterior de melhor desempenho do indicador no grupo caso, apresentando, inclusive, uma grande redução nos municípios do grupo controle com 4 anos de implantação no mesmo período estudado e um índice bem abaixo do esperado em 2015.

**Gráfico 15** - Evolução da proporção de gestantes com vacina em dia



Fonte: Ministério da Saúde/2016.

No Brasil, entre 1990 a 2007, houve uma tendência decrescente do número de casos de tétano neonatal, e a diminuição foi atribuída à vacinação sistemática com a vacina antitetânica, a melhoria da AB, aumento da cobertura e da qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2008b). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia

e Saúde (PNDS) apontam para uma baixa cobertura da imunização antitetânica (com três doses da vacina), muito inferior a necessária para erradicar o tétano neonatal no país (BRASIL, 2008c).

*d. Proporção de parto normal*

O indicador mede a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em um determinado município no período considerado, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui para a análise da qualidade da assistência pré-natal e ao parto, e das condições de acesso aos serviços de saúde, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais (BRASIL, 2013b).

O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido. A OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de até 15%. O aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão definido, pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. O MS utiliza como parâmetro para este indicador, o percentual de 70% de partos normais, considerando que, em geral, entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto.

O indicador utiliza dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), portanto, estão somados tanto os partos pagos pelo SUS como os pagos pelos planos privados de saúde ou pelo desembolso direto. Os dados de 2015 ainda não haviam sido disponibilizados pela Secretaria de Vigilância à Saúde/MS, impossibilitando o cálculo do indicador para este período.

A Tabela 16 mostra uma redução da proporção de partos normais para os dois grupos em 2014, porém o grupo caso apresenta um decréscimo menor que o grupo controle.

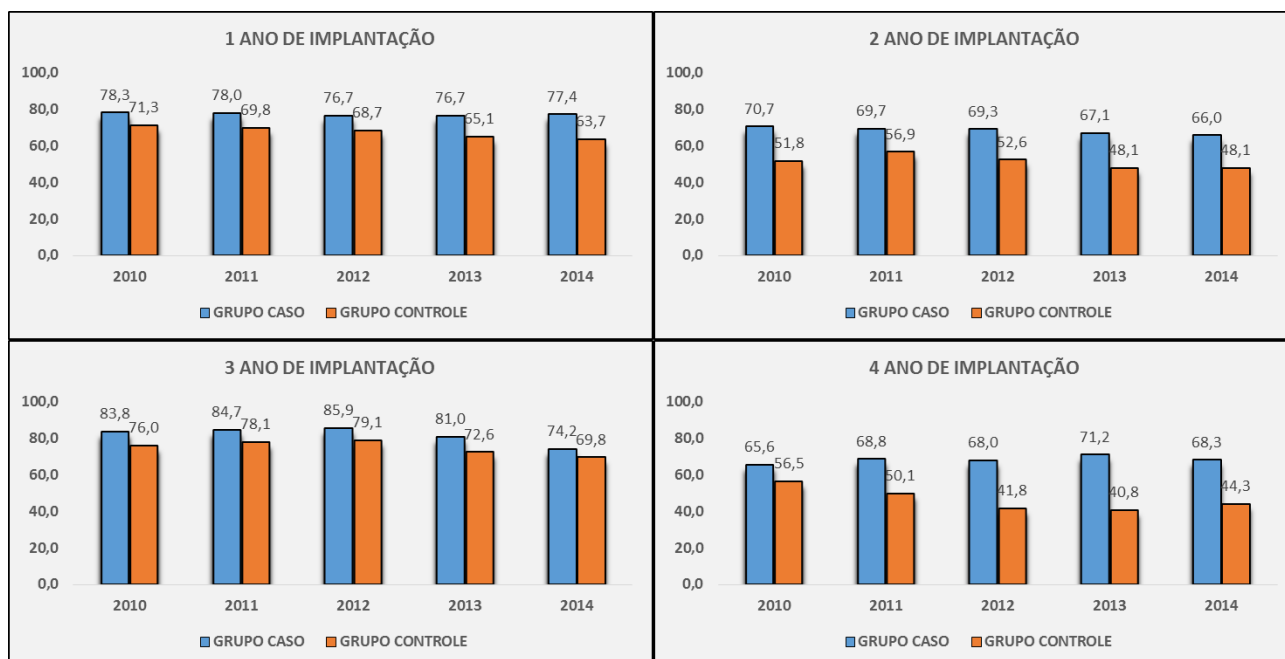
**Tabela 16** - Proporção de parto normal nos municípios

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)
78,0	77,4	-0,7	69,8	63,7	-8,8	70,0	66,6	-4,9	57,6	49,2	-14,5

Fonte: Ministério da Saúde/2016

A evolução dos indicadores, apresentada no Gráfico 16, valida a análise anterior, apresentando índices superiores nos municípios do grupo caso se comparados ao do grupo controle e indicadores mais próximos ao parâmetro preconizado pelo MS.

**Gráfico 16** - Evolução da proporção de parto normal



Fonte: Ministério da Saúde/2016.

Toda gestante deve ser informada qual o tipo de parto mais adequado às condições de sua gravidez. De modo geral, o parto normal tem uma série de vantagens em relação à cesárea, tem menor custo, propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida e ajuda a completar a maturidade da criança, diminuindo o risco de problemas respiratórios.



De acordo com dados do MS, nas Regiões Norte e Nordeste do país, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, em meio às populações quilombolas e indígenas, o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais é muito frequente. Entretanto, o modelo atual de atenção não considera a grande diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do país e esse procedimento não está incluído no SUS, não sendo reconhecido como uma ação de saúde, ocorrendo de forma precária e não fazendo parte dos registros dos sistemas de informação (BRASIL, 2012c). Faz-se necessário a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade. É fundamental a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, entre as ações para a atenção integral à saúde da mulher e da criança e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012c).

É importante salientar que o indicador desconsidera, por restrição da fonte de dados, os partos que deram origem a natimortos e abortos, e ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos. O indicador está sujeito à subnotificação, principalmente em áreas rurais de municípios que apresentam insuficiente implantação e alimentação do SINASC, podendo ficar com a sua representatividade populacional comprometida (VIACAVA, 2011).

*e. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal*

Este indicador mede a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, contribuindo para a análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal quando associado com outros indicadores, tais como a mortalidade infantil (BRASIL, 2012a).

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. O MS preconiza que a qualidade e

periodicidade da assistência pré-natal previne a morbimortalidade perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de doenças, além da redução de complicações para a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2012c).

De acordo os dados da Tabela 17, os municípios do grupo caso com 1 ano de implantação apresentaram maior evolução que os do grupo controle, apesar do índice apresentado pelos dois grupos ser bem similar. Já nos municípios com mais de 1 ano de implantação, o grupo controle mostrou um crescimento maior que o do grupo caso, que teve uma ligeira redução para o mesmo período.

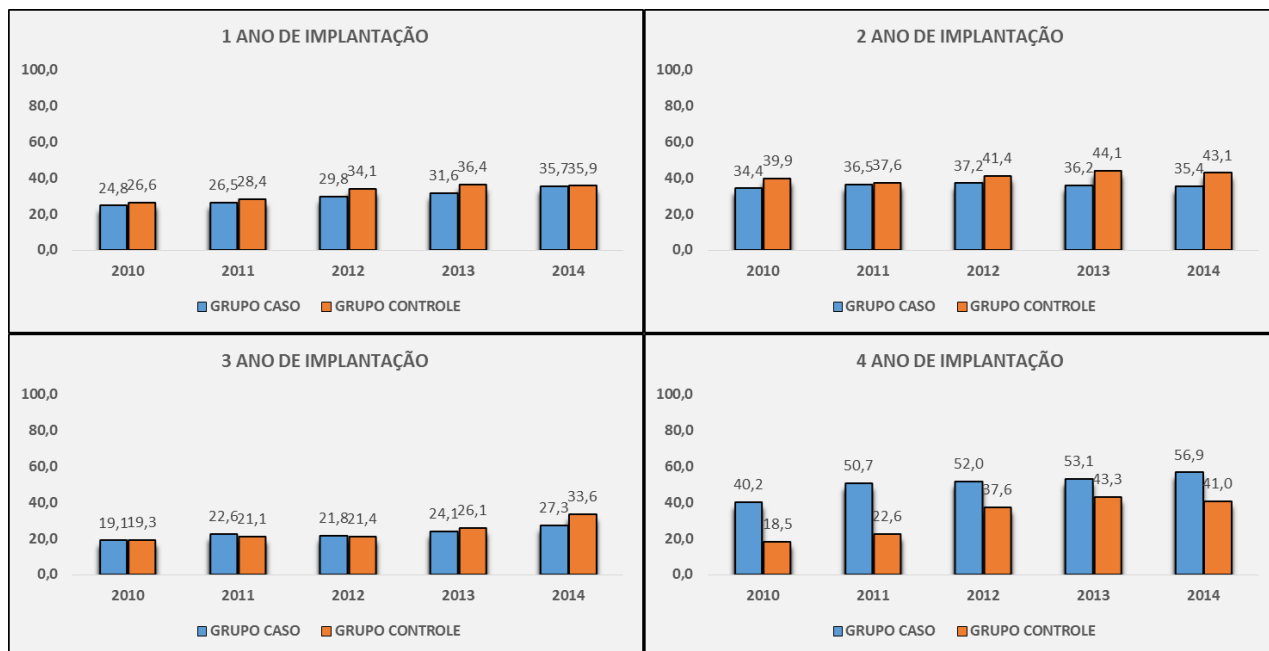
**Tabela 17** - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)
26,5	35,7	34,6	28,4	35,9	26,6	37,7	37,6	-0,3	34,6	42,2	21,9

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

Ao analisar o Gráfico 17, percebe-se a evolução do indicador ao longo dos anos para ambos os grupos, com uma ligeira queda nos municípios do grupo caso com 2 anos de implantação e do grupo controle com 1 ano. O grupo controle apresentou um maior crescimento no período, porém o maior índice foi o dos municípios do grupo caso com mais de 4 anos de implantação.

**Gráfico 17** - Evolução da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal



Fonte: Ministério da Saúde/2016.

Em estudos realizados em diversos municípios no Brasil, foi verificada uma associação entre um maior risco de morte infantil e o baixo número de consultas pré-natal. Dados do SINASC, em 2010, apontam uma melhoria na atenção à saúde das gestantes, com um aumento contínuo da proporção de nascidos vivos, mas deve-se destacar as diferenças inter-regionais apresentadas pelo indicador, com a região Norte apresentando 36,8% dos nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, enquanto na região Sul essa proporção foi de 75,3%.

Deve observar as limitações dos dados obtidos pelo SINASC e a possibilidade de equívoco da informação do número de consultas realizadas pela gestante.

*f. Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo*

Este indicador é utilizado para estimar frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida, medindo o percentual de crianças

acompanhadas no domicílio que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período (BRASIL, 2012b).

É atribuição da equipe de AB a análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e o desenvolvimento de ações e atividade que visem à orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e suporte às possíveis dificuldades das mães em aleitamento. Percentuais elevados de crianças com aleitamento exclusivo estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções (BRASIL, 2012b).

A faixa etária recomendada para o aleitamento materno exclusivo é até 6 meses, porém, devido à atual forma de agregação das faixas etárias no sistema de informação do MS, esse indicador foi monitorado para a faixa de até 4 meses. Segundo resultados do SIAB, 2010, em média 76% das crianças acompanhadas pelos ACS nessa faixa etária estariam em aleitamento materno exclusivo.

A Tabela 18 mostra um aumento maior no grupo caso da proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo no período estudado.

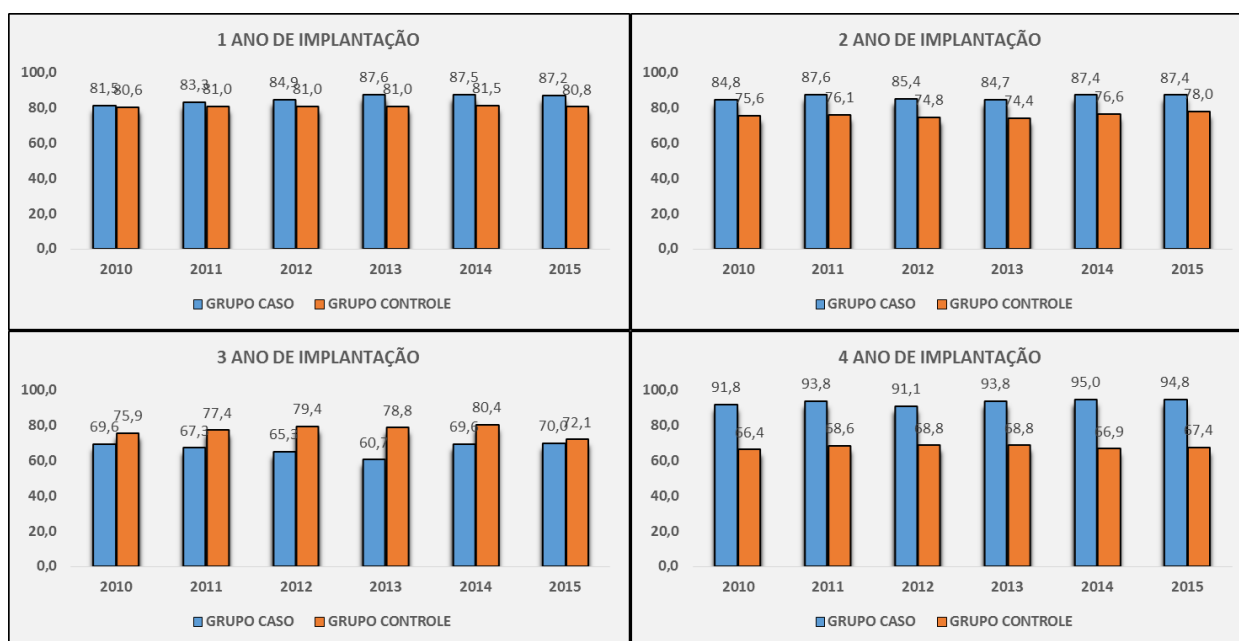
**Tabela 18** - Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
83,3	87,2	4,7	81,0	80,8	-0,2	88,3	89,3	1,2	74,4	75,0	0,8

Fonte: Ministério da Saúde/2016

Analisando a evolução do indicador no Gráfico 18, verifica-se que os municípios do grupo caso tiveram um melhor desempenho que os do grupo controle, apresentando índices maiores, principalmente se forem avaliados somente os últimos dois anos de implantação.

**Gráfico 18** - Evolução da proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo



Fonte: Ministério da Saúde/2016.

De acordo com Sardinha (2014), diversos estudos mostram que a ação de promoção do aleitamento materno realizada pelas equipes de AB é uma estratégia eficiente para a melhoria da saúde infantil, pois o aleitamento exclusivo até os 6 meses proporciona boas condições gerais de saúde e nutrição das crianças e potencial resistência a infecções ao longo da vida, produzindo um efeito protetor a mortalidade infantil.

*g. Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia*

O indicador estima a proporção de crianças menores de 1 ano imunizadas de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) para essa faixa etária, em determinado local e período. Devem ser considerados os seguintes tipos de vacinas e respectivo esquema, de acordo com o período de análise: Tetravalente (3 doses), Poliomielite oral (3 doses), Tuberculose – BCG (1 dose) e Hepatite B (3 doses) (BRASIL, 2012b).

A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico, porém a cobertura de vacinação para DTP e HIB em 2010 estava em torno de 95%. Dados extraídos do SIAB, 2010, informam que 97% das crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS estariam com a vacinação em dia. A partir dos dados obtidos no SIAB, não se propõe aqui avaliar cobertura vacinal segundo o tipo de vacina, mas sim a atualização do calendário vacinal do primeiro ano de vida (vacinação em dia ou não).

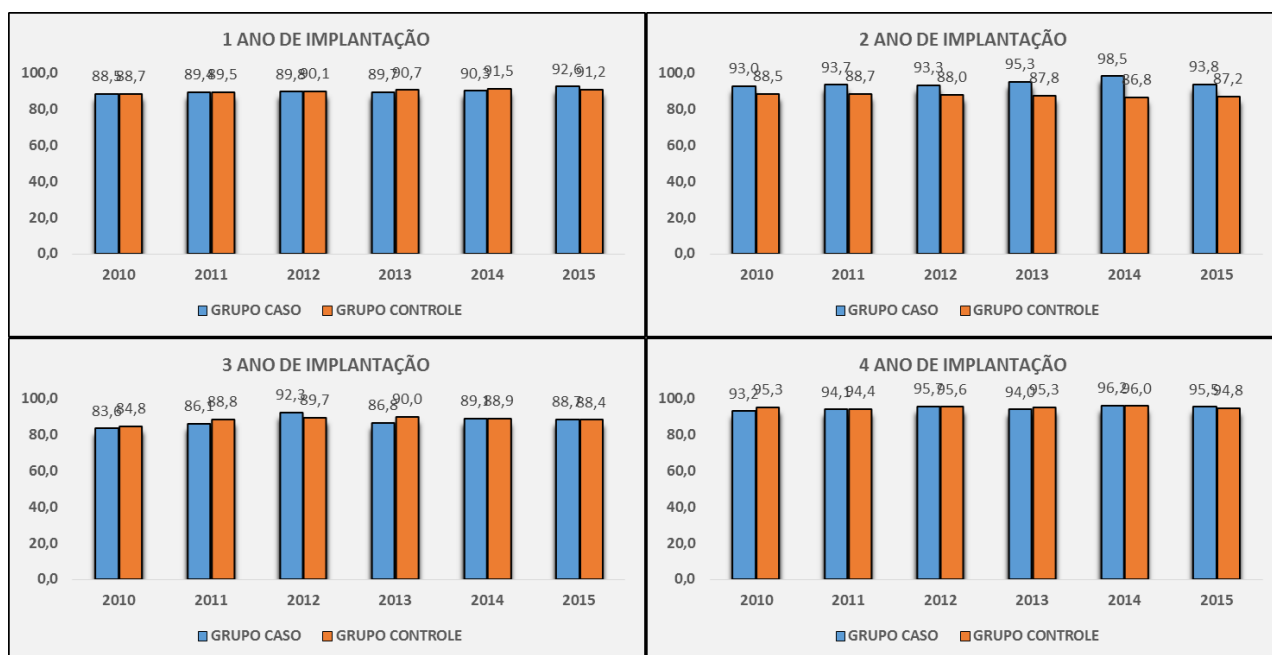
Na Tabela 19 temos um crescimento maior da proporção de crianças de um ano com vacina em dia nos municípios do grupo caso que no grupo controle.

**Tabela 19** - Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)	2011	2015	(%)
89,4	92,6	3,6	89,5	91,2	1,9	93,6	94,2	0,7	90,1	89,1	-1,1

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016.

No Gráfico 19, observa-se uma queda do indicador no ano de 2015 para a maioria dos municípios, fato que pode ser explicado pela migração de alguns municípios para o preenchimento do novo sistema de informação da AB. Analisando o período de implantação até 2014, verifica-se uma evolução do indicador no grupo caso em todos os municípios e uma redução em alguns municípios do grupo controle no mesmo período. Melhores índices também foram apresentados em pelos municípios do grupo caso.

**Gráfico 19** - Evolução da proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia

Fonte: Ministério da Saúde/2016.

A busca ativa, a verificação da situação vacinal na Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos, aproveitando oportunidades para atualizar o esquema vacinal e orientar as famílias sobre a sua importância, além da atualização periódica do cadastro nos sistemas de informações, são ações dos profissionais da AB que contribuem para o monitoramento do indicador e a programação de ações para a melhoria da cobertura vacinal de crianças nesta faixa etária.

Para Starfield (2002), a vacinação realizada de forma rotineira contribui para a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, podendo ser considerada uma ação simples, mas de elevado impacto na saúde da criança e com melhor relação custo-efetividade no setor saúde.

#### *h. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade*

Indicador composto pelo número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. Este dado revela a

qualidade da assistência e do pré-natal, uma vez que casos novos de sífilis congênita podem ser evitados com o diagnóstico e tratamento da gestante durante a gravidez (BRASIL, 2013b).

É recomendado um parâmetro nacional menor ou igual a um caso novo por mil nascidos vivos, sendo utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para o cálculo do indicador. Os resultados, Brasil e por região, mostram uma tendência de aumento do número de casos por mil, o que pode ser considerado um indicativo da melhoria do diagnóstico, e o primeiro passo para o controle da doença.

Observa-se na Tabela 20 que houve uma redução no número de casos novos em todos os municípios do grupo caso no período estudado, sendo maior nos municípios com mais tempo de implantação.

**Tabela 20** - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

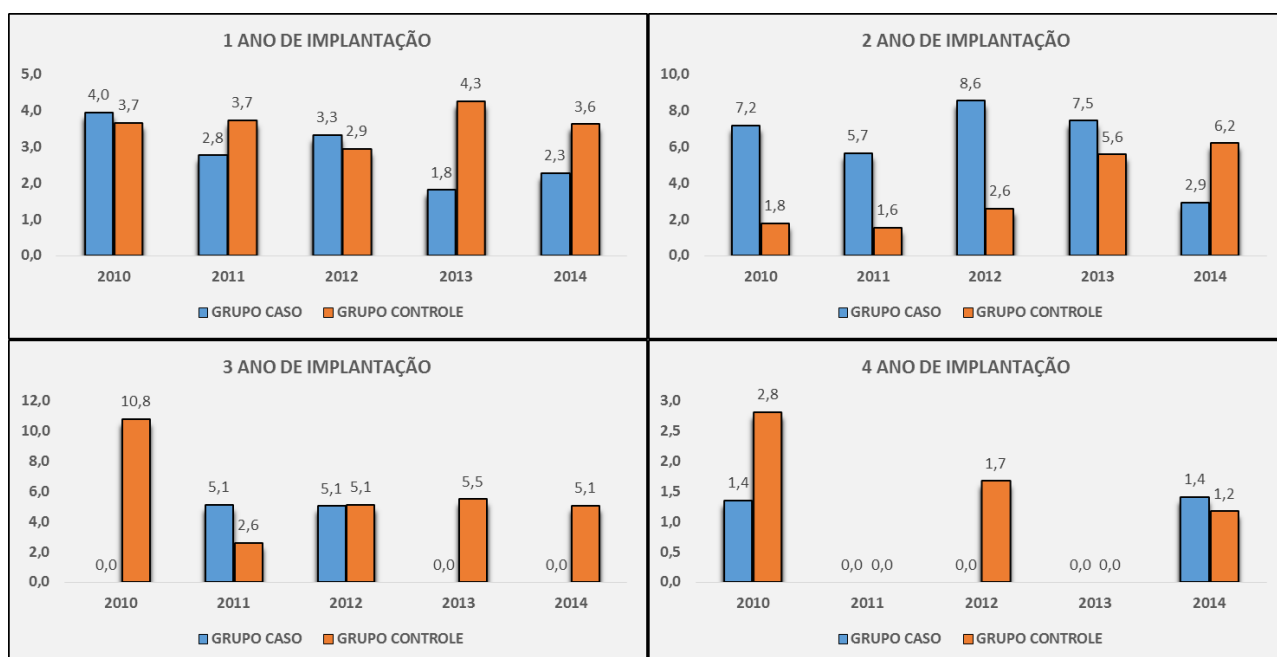
1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)
2,8	2,3	-17,8	3,7	3,6	-3,1	5,7	2,8	-49,9	1,7	5,7	245,7

Fonte: Ministério da Saúde/2016

No Gráfico 20 podemos observar uma ausência de informações em vários municípios, apontando para uma ausência de casos ou falha no registro que pode enviesar o resultado encontrado. Os municípios do grupo caso mostram um desempenho melhor que os do grupo controle, apresentando, em 2014, índices menores que a maioria dos municípios do grupo caso.



**Gráfico 20** - Evolução do número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade



Fonte: Ministério da Saúde/2016.

Estudos realizados por Saraceni *et al* (2005) mostram que a sífilis congênita é uma das grandes causas de mortalidade infantil. Ela faz parte das causas evitáveis, pois é possível o diagnóstico e tratamento efetivo na gestação, evitando a prematuridade e baixo peso ao nascer, condições que elevam o risco de mortalidade perinatal.

A análise correta do indicador depende do registro no sistema de vigilância epidemiológica e da qualidade da assistência na detecção, investigação e realização de testes e exames laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.

#### *i. Taxa de mortalidade infantil*

O termo mortalidade infantil refere-se à morte de crianças no primeiro ano de vida e a taxa de mortalidade infantil consiste na mortalidade infantil observada durante um ano, referida ao número de nascidos vivos do mesmo período. Altas taxas de mortalidade infantil

refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida (BRASIL, 2013b).

Este indicador é utilizado para avaliar a assistência pré-natal, a relação da gestante ao local de ocorrência do parto e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Além disso, é possível também avaliar o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e estimar o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2013b).

A OMS considera que a taxa de mortalidade infantil não deve ser superior a 10 mortes para cada mil nascidos vivos, e avalia como baixa as taxas entre 10 e 20 óbitos, média as entre 20 e 49 e alta as acima de 50. Há uma tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, que reflete o declínio da fecundidade nas últimas décadas e a efetividade de políticas públicas nas áreas de saúde e saneamento. No ano de 2011, dados da SVS apontam para uma taxa de 15,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos no Brasil.

A Tabela 21 mostra que uma redução da taxa de mortalidade nos municípios do grupo caso no período estudado, inverso ao aumento apresentado no grupo controle, porém, nenhum dos grupos estudados alcançou o índice preconizado pela OMS.

**Tabela 21** - Taxa de mortalidade infantil

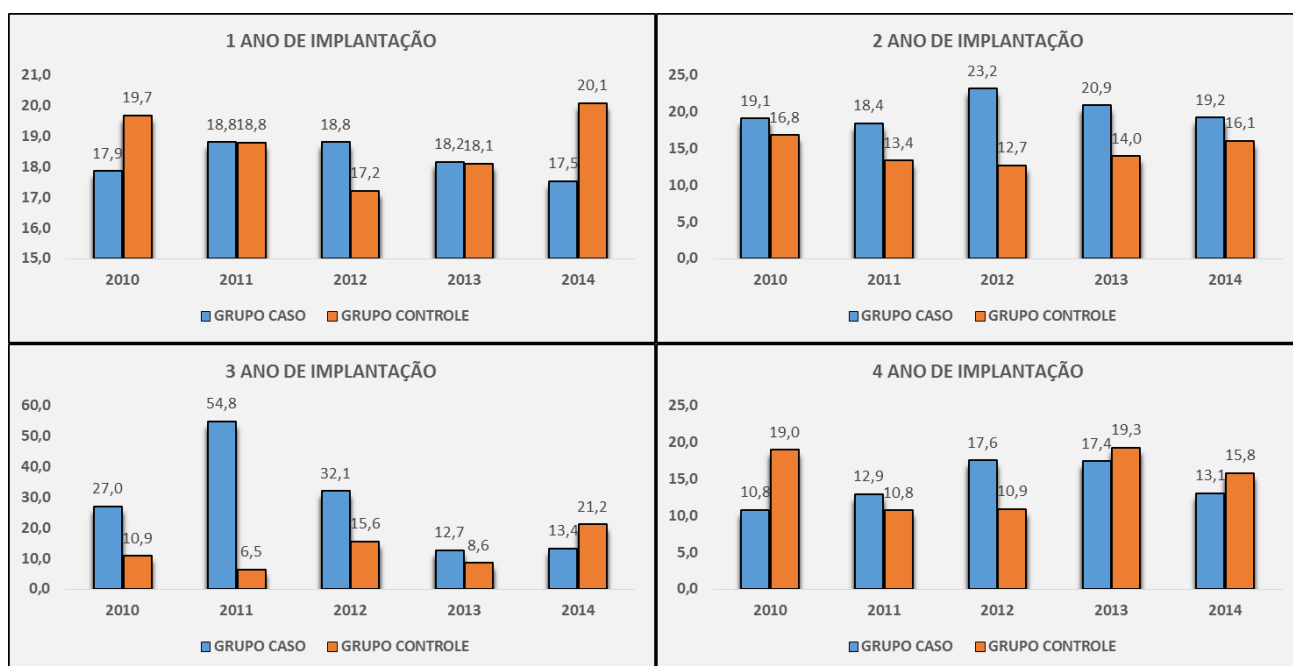
1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)
18,8	17,5	-6,8	18,8	20,1	6,9	18,9	18,3	-3,0	12,6	16,4	30,5

**Fonte:** Ministério da Saúde/2016

Na evolução dos indicadores do Gráfico 21, vemos que a redução da taxa observada nos municípios do grupo caso com 2 e 3 anos de implantação é inversa ao aumento apresentado nos municípios com mesmo tempo no grupo controle. Mesmo nos municípios do grupo caso com 4 anos de implantação que tiveram um aumento de 21,3% em relação a taxa de 2010, pode-se verificar que em relação aos dois últimos anos, houve uma redução de

24,7% do índice apresentado em 2013. Todos os municípios do grupo caso são considerados com taxa baixa pela OMS, enquanto nos municípios do grupo controle, duas faixas apresentam taxas médias.

**Gráfico 21** - Evolução da taxa de mortalidade infantil nos municípios



Fonte: Ministério da Saúde/2016

Estudos realizados pelo MS, entre os anos de 1996 e 2007, demonstraram que 70% das causas de óbitos infantis seriam preveníveis por condições de vida e de atenção à saúde adequadas. As atividades desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS como ações de imunização, assistência à mulher no pré-natal e no parto e acompanhamento das crianças nos primeiros anos de vida deveriam ter evitado a maioria dos óbitos infantis ocorridos no país no período estudado (MALTA *et al.*, 2010).

Sardinha (2014) afirma que embora tenha havido uma melhora em relação ao risco de morte infantil no Brasil, ainda persistem as grandes disparidades regionais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, que se refletem na relação ao acesso e a atenção à saúde da população. O cálculo direto da taxa, a partir de dados derivados de sistemas de registro

contínuo, pode exigir correções dos números de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente em municípios de pequeno porte, o que pode induzir a análises errôneas.

*j. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados*

O percentual de investigação de óbitos infantis e fetais mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e à identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares. O indicador possui o índice de 70% como parâmetro acional para referência (BRASIL, 2013b).

O numerador é composto pelos casos investigados cadastrados no Módulo de Investigação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o denominador é composto por todos os casos notificados e registrados no mesmo Módulo. Falhas na alimentação da informação no SIM e em especial do módulo de investigação deste sistema podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação (BRASIL, 2013b).

De acordo com a Tabela 22, para o ano 2014, o grupo caso mostrou um aumento maior na proporção dos óbitos infantis e fetais investigados que o grupo controle, porém apresentou índices menores em 2015.

**Tabela 22** - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

1 ANO DE IMPLANTAÇÃO						MAIS DE 1 ANO DE IMPLANTAÇÃO					
GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE			GRUPO CASO			GRUPO CONTROLE		
2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)	2011	2014	(%)
40,6	52,3	28,7	66,3	60,9	-8,0	27,6	60,8	120,8	43,6	78,3	79,4

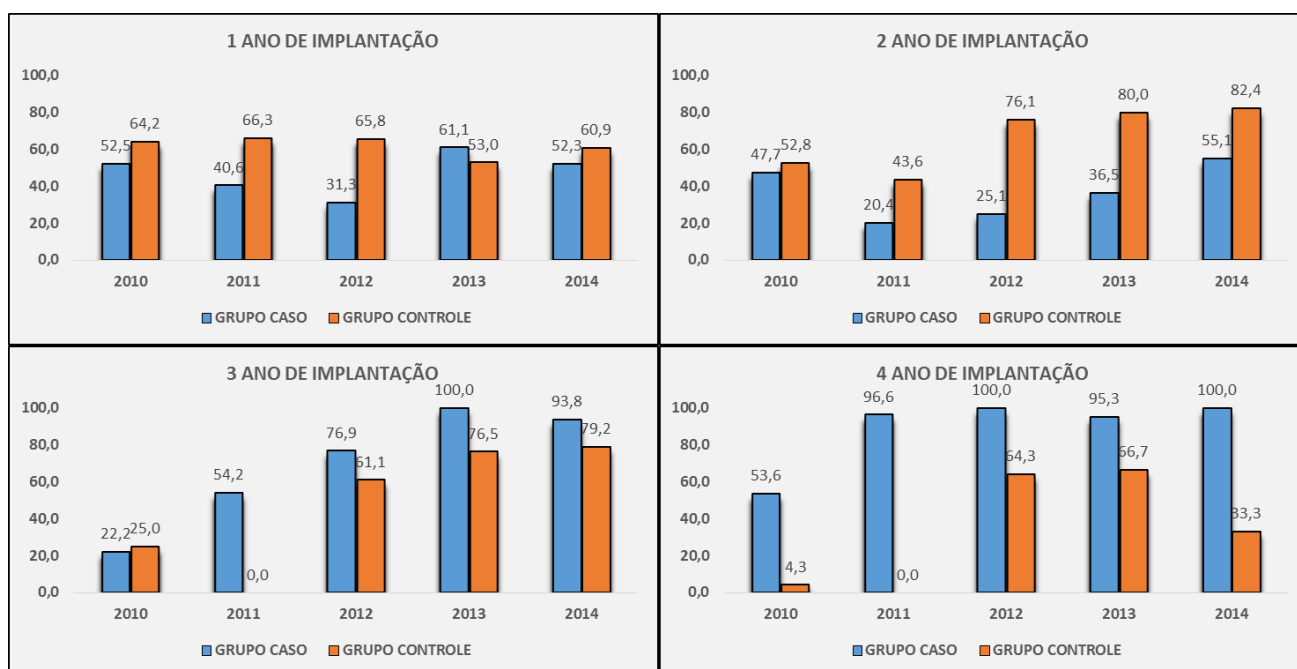
Fonte: Ministério da Saúde/2016

O Gráfico 22 mostra, no grupo caso, uma discreta redução nos municípios com 1 ano de implantação, porém apresenta melhores índices de investigação que os do grupo controle. O grupo controle com 4 anos de implantação, apesar de ter alcançado a maior evolução do

indicador no período, apresentam o pior índice de investigação de óbitos infantis e fetais, bem abaixo do parâmetro estabelecido pelo MS.

Pode-se notar que alguns municípios não apresentaram informações em alguns períodos, o que pode resultar numa análise distorcida do indicador. A análise do indicador permite inferir que nos municípios do grupo caso, quanto maior o tempo de implantação aumenta a proporção de investigações realizadas.

**Gráfico 22** - Evolução da proporção de óbitos infantis e fetais investigados



Fonte: Ministério da Saúde/2016.

Santana *et al* (2012) afirmam que as ações desenvolvidas no âmbito da AB, como atenção pré-natal, incentivo ao aleitamento materno exclusivo e imunização de crianças e gestantes, têm contribuído para a redução da mortalidade infantil. Entretanto, faz-se necessário intensificar as ações de vigilância nos serviços de saúde, como a investigação dos óbitos infantis, que contribuem para a prevenção de óbitos evitáveis, identificando os pontos de estrangulamento que requerem alterações no processo e organização do trabalho para a melhoria do cuidado, além de contribuir para a melhoria da informação, especialmente em

contextos em que o registro dos óbitos constitui-se como importante problema de saúde pública.

### 5.3 RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA PARA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO AMAZÔNICA

A avaliação de estrutura mostra que a expansão da cobertura da AB, apresentada no período de implantação da eSFR, determinou um significativo aumento do volume de gastos na saúde, com ampliação das despesas pagas em todos os grupos estudados, porém, neste mesmo período, foi verificada uma evolução progressiva dos recursos provenientes de transferências para a saúde das outras esferas de governo para a gestão municipal. O grupo caso apresentou um acréscimo nos gastos em saúde de 45,9% e um aumento menor do percentual de transferências em 40,3%. No grupo controle foi verificado um aumento 0,5% maior nos gastos que o grupo caso e nas transferências recebidas teve uma evolução superior em 4,5%. Esses dados apontam para uma maior alocação e disponibilidade de recursos próprios para despesas com saúde nos município do grupo caso, que tiveram um aumento dos gastos com saúde superior à evolução das receitas provenientes da transferência no mesmo período, inferindo-se um maior investimento na melhoria das condições de saúde da população.

Além da ampliação do quantitativo de recursos gastos na saúde, a oferta de recursos humanos ampliou significativamente na comparação entre o período anterior e posterior a implantação da estratégia. O déficit e a rotatividade dos médicos dificultavam a expansão da cobertura da AB, porém, com o aumento da oferta oportunizado pelo PMM, em 2013, foi possível ampliar o número de equipes e, conseqüentemente, melhorar o acesso e a resolutividade da equipe. Os dois grupos apresentaram uma evolução similar do número de profissionais no período, pouco maior que 12%, porém o grupo caso apresentou um número absoluto de 1002 profissionais, quase 50% superior aos 749 do grupo controle. Em relação à

oferta de médicos, o grupo controle apresentou um crescimento superior tanto em porcentagem quanto em número absolutos, apresentado um aumento de 32,1% em relação aos 17,4% do grupo caso. Esses dados mostram uma evolução maior do quantitativo dos demais profissionais que compõem a equipe mínima no grupo caso, o que pode apontar para uma prática multiprofissional e interdisciplinar de ações de saúde integrais e resolutivas para a população.

Em relação às instalações físicas, na comparação entre os momentos, houve aumento de 6,7% de estabelecimentos no grupo caso e de 1,2% no grupo controle. Esse acréscimo no grupo caso pode ser explicado pela construção e ampliação de unidades de apoio em comunidades ribeirinhas distantes da sede do município.

Em relação à expansão da cobertura da AB, foi observado um aumento similar do indicador para os dois grupos. De acordo com estudos apresentados, a cobertura de AB crescia 1,5% ao ano até o lançamento do PMM. No estudo foi observado um aumento similar na expansão da cobertura da AB para os dois grupos, porém o grupo caso apresentou índices mais próximos do parâmetro nacional de 73%, apesar de ter recebido um número menor de médicos, com cobertura de 74,3% e o grupo controle com 66,4%. Quanto ao acompanhamento do PBF, verificou-se uma evolução média de 11,1% no grupo caso em relação aos 5,8% no grupo controle, apontando para um melhor acompanhamento das ações relativas à saúde materno-infantil nestes municípios.

O indicador média de consultas médicas por habitante busca traduzir o acesso e a capacidade resolutiva dos cuidados. A redução da média de consultas médicas para os dois grupos, não está condizente com a ampliação da cobertura da AB e ampliação do número de profissionais e estabelecimentos de saúde apresentados no mesmo período, podendo ser explicada pela migração na alimentação dos sistemas de informação. Apesar do resultado apresentado, o grupo caso apresentou uma redução de 12,5%, bem menor que o decréscimo

de 47,3% do grupo controle, apontando para uma melhor oferta e capacidade de prestar assistência.

Já na média de consultas de puericultura e de consultas médicas para menores de um ano foi verificado um melhor desempenho do grupo caso, apresentando um crescimento de 78,1% e 48,3% respectivamente, enquanto o grupo controle apresentou um acréscimo de 4,6% e 12,1%.. As consultas de puericultura realizadas por médicos e enfermeiros e as consultas médicas realizadas para menores de um ano têm o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, monitorar a execução do esquema vacinal, além da orientação aos pais sobre cuidados infantis e aleitamento materno. Essas ações aumentam a qualidade da assistência realizada, com a identificação e intervenção precoce de situações de risco para a saúde e tem papel fundamental na prevenção da mortalidade infantil.

Em relação ao número de teste de sífilis realizados, não foi possível avaliar corretamente o indicador, devido à fragilidade dos dados coletados, com aparente subnotificação no ano de 2014, porém é possível verificar uma menor redução dos índices no grupo caso, com decréscimo de 53,2% em relação ao crescimento de 90,9% do grupo controle.

O MS aponta que houve redução perceptível no número de internações hospitalares por causas sensíveis à AB em âmbito nacional. Na análise realizada foi verificada uma tendência geral de redução da proporção de internações, porém com maior decréscimo de 5,1% no grupo caso e de 2,9% no controle. Verifica-se uma tendência de aumento pontual no início da implantação da estratégia, sugestiva da ampliação do acesso às consultas médicas em municípios de maior vulnerabilidade, com progressiva redução dos índices no período posterior.

Para avaliar os resultados da ampliação do atendimento e da qualidade do cuidado pré-natal têm-se os indicadores de proporção de gestantes com pré-natal no mês e com vacinas em



dia, número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas e o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano. Para a avaliação do cuidado infantil e do acesso às consultas de acompanhamento e desenvolvimento foram analisadas a proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia e menores de quatro meses com aleitamento exclusivo.

Foi verificado, no grupo caso, um aumento de 2,8% em gestantes com vacina em dia, de 2,2% em menores com aleitamento exclusivo e de 2,3% em menores com vacina em dia. Para o grupo controle, foi apresentada para estes indicadores uma redução de 4,1%, 0,3% e 0,4%, respectivamente. Em relação às gestantes com pré-natal no mês, foi verificado no grupo caso um aumento de 7,7%, superior aos 6,3% apresentado pelo controle. E para o número de casos novos de sífilis houve uma redução de 34% no grupo caso, inversa ao aumento de 80,9% apresentado pelo grupo controle. Esses dados indicam uma adequada assistência à saúde nos municípios que implantaram o Programa, com acompanhamento do calendário vacinal e diagnóstico precoce de alterações e intervenções sobre condições que podem fragilizar a saúde materno-infantil, além de contribuir para uma boa condição de saúde e nutrição infantil, reduzindo a morbidade por doenças imunopreveníveis. Em relação à proporção de nascidos vivos, houve aumento nos dois grupos estudados, porém o grupo controle obteve 45,9% de crescimento, maior que os 17,6% do grupo caso.

A orientação e o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, assim como a orientações e acompanhamento do calendário vacinal, contribuem para uma boa condição de saúde e nutrição infantil, além de potencial resistência a infecções, reduzindo a morbidade por doenças imunopreveníveis.

Tendo em vista, o resultado de redução da mortalidade infantil esperado pela implantação do Programa, foi analisada a taxa de mortalidade infantil e o grupo caso apresentou uma redução de 18,8%, inversa ao aumento de 61,8% do controle. Recentes

achados divulgados pelo MS apontam para uma tendência de queda neste indicador, atribuída ao acesso às ações e serviços de saúde, como imunização, assistência pré-natal e incentivo ao aleitamento materno.

A partir do compromisso pactuado pelo governo federal de redução da mortalidade infantil, houve um reconhecimento do papel da vigilância dos óbitos, resultando na organização da investigação dos óbitos ocorridos e na criação e fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Infantil, nas três esferas de governo. Com o objetivo de analisar a causa do óbito e a identificação de fatores determinantes que o originaram, aprimorando a informação e oportunizando aos gestores locais a adoção de medidas de prevenção a eventos similares, foi proposto o indicador de investigação de óbitos infantis e fetais. Esse indicador apresentou uma tendência de aumento nos dois grupos estudados, porém com uma evolução de 192,3% no grupo controle, maior que a de 66,3% do caso, provavelmente devido à maior taxa de mortalidade infantil apresentada por este grupo.

De acordo com Contandriopoulos *et al* (1997), quando analisado os indicadores de estrutura, busca-se saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Desta forma, a maior ampliação dos estabelecimentos de saúde aliada ao acréscimo de profissionais e a melhor alocação de recursos financeiros apontam para efeitos positivos nos municípios do grupo caso, como o maior investimento na saúde, a ampliação dos serviços da AB e a prática multiprofissional e interdisciplinar de ações de saúde integrais e resolutivas para a população.

Para Donabedian (1980), o processo é o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado e a estrutura corresponde às condições adequadas para o desenvolvimento do processo e obtenção do resultado. Na avaliação de processo realizada, a ampliação do acesso e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde municipais foi medida através de indicadores de cobertura e da oferta de consultas no período estudado. Foi

verificado um melhor resultado do grupo caso no acompanhamento de PBF, consultas de puericultura e consultas médicas para menores de 1 ano. Nos indicadores de consultas médicas por habitante e número de teste de sífilis, o grupo caso apresentou uma menor redução que o grupo controle, e na cobertura AB, apesar de mostrar um crescimento similar, apresentou para os municípios com 1 ano de implantação a maior evolução de cobertura do período. O grupo caso também apresentou índices melhores e mais próximos dos parâmetros estabelecidos pelo MS.

A ampliação do acesso está diretamente ligada à dificuldade ou facilidade da população em obter atendimento médico. Desta forma, o aumento da cobertura e da disponibilidade de prestar assistência apresentados pelo grupo caso apontam para efeitos positivos da implantação do programa como a ampliação do acesso e melhoria da qualidade das ações relativas à saúde materno-infantil, que vão impactar na redução da morbimortalidade infantil nestes municípios.

Na avaliação de resultado foi verificada a relação positiva ou negativa do produto final da assistência prestada, neste caso, foram consideradas as mudanças observadas na ampliação do acesso e melhoria da qualidade do cuidado em saúde materno-infantil, como a redução de internações, o aumento da proporção de vacinação e o aleitamento materno exclusivo, com vistas à redução das taxas de mortalidade infantil.

Após a análise dos indicadores de resultado foi possível verificar um maior decréscimo de internações por condição sensível à AB e do número de casos novos de sífilis em menores de 1 ano. Além disso, foi mostrado um aumento mais elevado nas proporções de gestantes com pré-natal no mês e vacina em dia, e de crianças de 4 meses com aleitamento materno exclusivo e menores de 1 ano com vacina, e uma redução inferior na proporção de parto normal. Vale a pena ressaltar que o grupo caso apresentou um aumento menor na proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em relação aos

índices alcançados pelo grupo controle. Dentre os diversos efeitos positivos apresentados pela ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, como a adequada assistência pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pode-se destacar como mais importante resultado a maior redução da taxa de mortalidade infantil nos municípios que implantaram a Política.

**Figura 3** – Tabela-síntese com os resultados encontrados na pesquisa

	INDICADORES	GRUPO CASO	GRUPO CONTROLE
<b>Estrutura</b>	Transferências recebidas		X
	Gastos com saúde	X	
	Profissionais	X	
	Médicos		X
	Estabelecimentos	X	
<b>Processo</b>	Cobertura AB	X	
	Acompanhamento PBF	X	
	Consultas médicas	X	
	Testes de sífilis	X	
	Consultas 1 ano	X	
	Consultas Puericultura	X	
<b>Resultado</b>	ICSAB	X	
	Gestante pré-natal em dia	X	
	Gestante vacina em dia	X	
	Parto Normal	X	
	Nascidos Vivos		X
	Aleitamento exclusivo	X	
	Menores vacina em dia	X	
	Casos novos sífilis	X	
	Mortalidade infantil	X	
Investigação óbitos		X	

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos resultados encontrados nos grupos caso e controle/2016

Os dados analisados mostram um melhor desempenho do grupo caso, ou seja, dos municípios que implantaram a estratégia eSFR na Amazônia Legal, com melhor avaliação da estrutura e processo, e um maior número de resultados positivos encontrados, inferindo um resultado positivo da implantação da Política para a ampliação do acesso e redução da mortalidade infantil.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da universalidade do acesso ser um dos princípios do SUS, a dificuldade para acessar o serviço de saúde ainda é uma realidade desigual e excludente para a maioria das comunidades ribeirinhas dispersas no interior da Amazônia Legal, cuja situação geográfica poderia ser considerada uma barreira à democratização da possibilidade de utilização do sistema de saúde. Desta forma, visando ampliar o acesso à AB e reduzir a taxa de mortalidade infantil, o MS criou uma nova modalidade de equipe que atenderia as necessidades de saúde diferenciadas dessa população, a equipe de Saúde da Família Ribeirinha.

Visto que ao longo dos últimos seis anos, esse Programa sofreu reformulação por duas portarias e aumento de financiamento federal, e que ainda existe um número grande de municípios que não aderiram à Política, o presente estudo teve como principal finalidade a avaliação dos efeitos da implantação do PSFRibeirinha na Amazônia Legal, visando contribuir com o aprimoramento deste Programa, por conseguinte, a sua continuidade ou a necessidade de extinção devido ao não alcance dos objetivos propostos.

Foi realizada uma pesquisa comparada orientada por um delineamento quase-experimental, sendo utilizada uma estratégia metodológica diversificada, com análise de conteúdo qualitativa da caracterização do programa e avaliação comparativa baseada no modelo Donabedian (1980), investigando sistemicamente indicadores de estrutura, processo e resultado, com desenho pré-teste e pós-teste em grupos de controle não-equivalentes, no período de 2011 a 2015.

De acordo com Donabedian (1980), a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população envolve a seleção de indicadores para julgar e comparar a adequação, os benefícios, os efeitos adversos e os custos de serviços ou programas de saúde. Demonstrar resultados de uma intervenção sem relacioná-las necessariamente ao que se esperava dela, ou mesmo sem haver definido com clareza os objetivos e metas, faz com que o processo de

avaliação perca sentido prático ou forneça informações imprecisas para a tomada de decisões (PATTON, 2008).

A análise utilizou-se um conjunto de indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015 e do 2º ciclo do PMAQ-AB para traduzir os efeitos dos cuidados em saúde inerentes à implantação do programa eSFR para a ampliação do acesso e redução da mortalidade infantil, que podem ser definidos na redução da taxa de mortalidade infantil apresentada e nos ganhos com estado de saúde, como, por exemplo, o aumento da proporção de crianças e gestantes imunizadas e menores de 4 meses com aleitamento exclusivo.

Em relação à estrutura, foram comparados os recursos financeiros (transferências para a saúde e despesa total com saúde), recursos humanos (número de profissionais de saúde e de médicos) e instalações físicas (número de estabelecimentos de saúde), apontando para efeitos positivos nos municípios do grupo caso, como o maior investimento na saúde, a ampliação dos serviços da AB e a prática multiprofissional e interdisciplinar de ações de saúde integrais e resolutivas.

Para a avaliação de processo, a qualidade do cuidado nos serviços de saúde municipais foi medida através de indicadores de acesso e cobertura que apresentaram índices melhores e mais próximos dos parâmetros estabelecidos pelo MS nos municípios do grupo caso, com melhor resultado no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, média de consultas de puericultura por criança cadastrada e de consultas médicas por habitante, além de uma menor redução do número de teste de sífilis por gestante. A cobertura de AB, apesar de mostrar um crescimento similar nos dois grupos estudados, apresentou para os municípios com 1 ano de implantação a maior evolução de cobertura do período.

Na avaliação de resultado foi encontrada uma maior redução de internações por condição sensível à AB e do número de casos novos de sífilis em menores de 1 ano, aumento

nas proporções de gestantes com pré-natal no mês e vacina em dia, de crianças de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, de menores de 1 ano com vacina em dia e de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, e ainda uma menor redução na proporção de parto normal.

A avaliação de resultado envolve análises mais complexas e, do ponto de vista do exame de efeitos nos indicadores de saúde, é necessário apontar que a pesquisa incorreu em algumas limitações, como o período curto de maturidade do Programa e o prazo exíguo do estudo, que impossibilitaram uma avaliação mais profunda dos resultados da implantação da eSFR e da utilização de outras estratégias de análise. A avaliação conjunta dos indicadores resulta em alguns questionamentos com necessidade de estudo posterior, mais detalhado, sobre questões como a fragilidade dos dados informados nos diversos sistemas de informação do MS, usados para averiguar a qualidade da assistência em saúde, e a pouca capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento desses sistemas, podendo gerar subregistro ou supervalorização dos dados informados, e enviesando o resultado de estudos e pesquisas realizados.

É de grande importância que se desenvolvam atividades relacionadas ao diagnóstico da execução e à avaliação das ações realizadas pela eSFR em território, além de atividades de apoio à implementação do Programa visando à ampliação do quantitativo de municípios com equipes implantadas. Desta forma, recomenda-se o apoio à implementação do Programa por meio das seguintes estratégias:

- Desenvolvimento de um processo regular de avaliação com os municípios selecionados nesta pesquisa para verificar a evolução da implantação do programa e, conseqüentemente, de possíveis mudanças nos indicadores de saúde locais e resultados obtidos;

- Adequação do PMAQ-AB para certificação das eSFR para atender as especificidades do seu processo de trabalho;
- Realização de pesquisa qualitativa com os municípios selecionados para uma análise em profundidade sobre a lógica da implantação do programa, abordando a influência de outros efeitos que não foram alvo desta pesquisa como fatores políticos, ideológicos, econômicos e sociais, que podem ter influenciado o resultado encontrado;
- Realização de pesquisa de campo com vistas a entender a sistemática da implantação do programa e as diferenças diametrais entre os municípios que implantaram e não implantaram o programa.

Ressalta-se que, apesar das limitações apontadas e do tempo curto da análise e de existência da Política, os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados e os achados deste estudo permitiram estabelecer algumas conclusões baseadas na evidência resultante dos efeitos positivos da implantação da estratégia eSFR. A ampliação do acesso às ações e aos serviços da AB, como assistência pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e a redução da taxa de mortalidade infantil, podem ser consideradas como fortes argumentos em favor da manutenção e expansão da eSFR na Amazônia Legal.

Em função da reconhecida complexidade relativa à avaliação de programas de saúde, espera-se que o presente trabalho tenha contribuído e sirva como motivação para novas reflexões e avaliações sobre outras temáticas envolvidas com a qualidade do cuidado ofertado pela eSFR, como o processo de trabalho da equipe, a suficiência e adequação dos avanços apresentados e a satisfação do usuário, analisando outras vertentes e atores não considerados nesta análise e que possibilitem uma agenda futura de pesquisa.



## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP–Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6): 1337-49 2009.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Análise dos dados epidemiológicos. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, p. 171-81, 1999.
- ARAÚJO, E; MAEDA, A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. **A Guidance Note**. 2013.
- ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 61, seção 1, p. 71-5, 29 de março de 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. 2ª Ed.. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Nota técnica 2009 – SIOPS/DES/SCTIE/MS**. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20Indicadores%20a%20partir%20do%201%C2%BA%20semestre%20de%202007.pdf> Acesso em 11 nov. 2015, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010. Institui critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 148, seção 1, p. 51, 4 de agosto de 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 204, seção 1, p. 48, 24 de outubro de 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ: Manual instrutivo – Anexo. Ficha de qualificação dos indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ: Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 88, seção 1, p. 24, 12 de maio de 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.131, de 23 de maio de 2014. Disciplinar o repasse do Piso de Atenção Básica Variável a ser transferido aos Municípios/Distrito Federal que não efetuaram o cadastramento dos profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil junto ao Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 98, seção 1, p. 77-8, 26 de maio de 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 189, seção 1, p. 38, 2 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa família. **Diário Oficial da União**, 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**, 2013c

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988.

CAMPBELL, D. T. Reforms as experiments. **American psychologist**, v. 24, n. 4, p. 409, 1969.

CLEMENHACEN, C; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads. **Quality Review Bulletin**, v.12, n.11, p. 383-87, 1986.

COHEN-CARNEIRO, F. *et al.* Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (org.). **Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 29-48, 1997.

COSTA, F. L; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, 2003.

COTTA, T. C. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). **Revista do Serviço Público**, ano 52, n. 4, 2001.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

DEVER, G. A; CHAMPAGNE, F. Epidemiology in health services management. **Jones & Bartlett Learning**, 1984.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. 1980.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, n.11, p. 1115 -8, 1990.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. S. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, p. 333-84, 2008.

FARIA, I. B. R. *et al.* O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A. C; FRIAS P. G (org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 1-13, 2010.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, 2009.

GUIMARÃES, A. G. M; BICHARRA, C. N. C. O processo de construção de políticas públicas em prol do ribeirinho vítima de escalpelamento na Amazônia. **Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, v. 2, n. 6, 2013.

HARTZ, Z. M. A. de. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais**. Ciência & saúde coletiva, v. 4, n. 2, p. 341-53, 1999.

HILL, M. Implementação: uma visão geral. In: SARAVIA, E; FERRAREZI, E (org.). **Políticas públicas**. Coletânea. v. 2, p. 61-90, ENAP, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 11 nov. 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LINDERT, K. *et al.* The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família Program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. **Social Protection Discussion Paper**, 2007.

LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. 295f. Tese (Doutorado em Ciência Política). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Ciências Políticas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, 2010.

LUIZ, O. C; KAYANO, J. Saúde e direitos: princípios para a ação. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, p. 115-121, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* **Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. 2010.

OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 386-402, 2004.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. 2. ed. Beverly Hills: Sage publications, 2008.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos serviços de saúde. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 538-560, 1995.

PERRIN, E. **Some thoughts on outcomes research, quality improvement, and performance measurement**. *Medical Care*, p. 89-91, 2002.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 105-120, 2014.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

POSAVAC, E. J.; CAREY, R. G. The assessment of need. **Program evaluation: Methods and case studies**, p. 114-31, 2003.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

- RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 2, p. 120-7, 2013.
- ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; HOWARD, E. F. Evaluation: A Systematic Approach. **Aufl., Thousand Oaks ua Kapitel**, v. 7, 1999.
- RUA, M.G. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES, 1997.
- SANTANA, M; AQUINO, R; MEDINA, M. G. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância de óbitos infantis. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 59-67, 2012.
- SARACENI, V. *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1244-50, 2005.
- SARDINHA, L. M. V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. 2014.
- SARAVIA, E; FERRAREZI, E. **Políticas públicas**. Coletâneas. Volumes, v. 1, 2007.
- SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, v. 133, 2010.
- SELLTIZ, W; JAHODA, D. C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. v. 2, p. 2, 1987.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, E; CASTRO, E. M. R. de; MARIN, R. A. **Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano da saúde entre ribeirinhos**. Universidade Federal do Pará. Núcleo de Estudos Amazônicos, 2002.
- TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.
- TRAVASSOS, C. Debate on the paper by Zulmira M. A. Hartz. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 246-247, apr. 1999.
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.
- VAZ, A. C. N., PIRES, R. R. C. Comparações entre municípios: avaliação dos efeitos da participação por meio de pares contrafactuais. In: PIRES, R. R. C. (org.) **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011.

VIACAVA, F. *et al.* **PROADESS**: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VIANA, A. L. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. sup. 2, p. S117-S31, 2007.

XUN WU, *et al.* **Guia de Políticas Públicas**: gerenciando o processo. ENAP, 2014.

WEISS, C. H. Have we learned anything new about the use of evaluation? **American Journal of Evaluation**, v.19, p. 21-34, 1998.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. Edusp, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. 2 eds. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

Para levantamento dos municípios credenciado pelo Ministério da Saúde a receber custeio pela implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, foram pesquisadas no site do Diário Oficial da União, todas as portarias de credenciamento de equipes ribeirinhas publicadas no período de 2010 a 2015. Com estas informações, foi obtido o número total de ESFR credenciadas em portaria por município e a data de habilitação para recebimento de custeio.

**Quadro 1** - Quadro síntese com as Portarias, data de publicação e mês de efeito para credenciamento por município e número de ESFR credenciadas

UF	MUNICÍPIOS	nº Portaria	Data Publicação Portaria	Mês efeito	nº eSFR Credenciadas
AC	CRUZEIRO DO SUL	3.274	30/12/2011	novembro-11	1
AC	BUJARI	2.504	01/11/2012	setembro-12	1
AC	JORDÃO	1.788	22/08/2012	julho-12	1
AC	MARECHAL THAUMATURGO	1.827	27/08/2013	janeiro-13	4
AC	PORTO WALTER	1.230	06/06/2014	abril-14	1
AC	SENA MADUREIRA	2.564	09/11/2012	outubro-12	1
AC	XAPURI	1.230	06/06/2014	abril-14	1
AM	AUTAZES	1.985	12/09/2014	junho-14	3
AM	BARREIRINHA	1.230	06/06/2014	abril-14	3
AM	BORBA	3.274	30/12/2011	novembro-11	2
AM	CAREIRO DO CASTANHO	1.985	12/09/2014	junho-14	3
AM	GUAJARÁ	1.985	12/09/2014	junho-14	1
AM	HUMAITÁ	3.274	30/12/2011	novembro-11	1
AM	JAPURÁ	2.301	23/10/2014	outubro-14	1
AM	IRANDUBA	713	02/05/2014	março-14	4
AM	ITACOATIARA	2.301	23/10/2014	outubro-14	2
AM	ITAPIRANGA	2.301	23/10/2014	outubro-14	1
AM	MANAUS	2.097	24/09/2013	julho-13	3
AM	MARÁ	2.301	23/10/2014	outubro-14	1
AM	NHAMUNDA	2.454	17/10/2013	setembro-13	2
AM	NOVA OLINDA DO NORTE	1.230	06/06/2014	abril-14	1
AM	NOVO ARIPUANA	1.320	05/07/2013	maio-13	1
AM	SANTO ANTONIO DE IÇÁ	2.769	19/11/2013	outubro-13	1
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	3.204	26/12/2013	novembro-13	1
AM	TEFÉ	2.769	19/11/2013	outubro-13	1
AP	MACAPÁ	3.046	27/12/2012	novembro-12	1
PA	AFUA	3.204	26/12/2013	novembro-13	1
PA	BAGRE	3.204	26/12/2013	novembro-13	2
PA	BREVES	3.204	26/12/2013	novembro-13	7
PA	CACHOEIRA DO ARARI	3.204	26/12/2013	novembro-13	1
PA	CHAVES	3.204	26/12/2013	novembro-13	1
PA	CURRALINHO	3.204	26/12/2013	novembro-13	2
PA	GURUPÁ	3.204	26/12/2013	novembro-13	3
PA	LIMOEIRO DO AJURU	3.204	26/12/2013	novembro-13	1
PA	MELGAÇO	243	14/02/2014	fevereiro-14	1

PA	MUANA	3.204	26/12/2013	novembro-13	3
PA	PONTA DE PEDRAS	3.204	26/12/2013	novembro-13	3
PA	PORTEL	3.204	26/12/2013	novembro-13	7
PA	SALVATERRA	3.204	26/12/2013	novembro-13	5
PA	SANTARÉM	243	14/02/2014	fevereiro-14	2
PA	SOURE	3.204	26/12/2013	novembro-13	3
RR	CARACARAÍ	2.301	23/10/2014	outubro-14	1
RR	RORAINÓPOLIS	2.301	23/10/2014	outubro-14	1
<b>TOTAL</b>					<b>96</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado nas portarias de credenciamento de equipes publicadas no Diário Oficial da União no período de 2010 a 2015.

Foi necessário também levantar o número de equipes que tiveram credenciamento automático pelo Programa Mais Médicos e que não tiveram portaria de credenciamento publicada, a partir do cruzamento de repasses para os municípios de custeio para o ESFR no site do FNS e da informação de funcionamento de equipes com médicos do PMM no SCNES.

**Quadro 2** - Quadro síntese com os municípios que tiveram credenciamento automático por implantar equipes com médicos do Programa Mais Médicos

UF	MUNICÍPIOS	Nº ESFR CREDENCIADAS
AC	MANOEL URBANO	1
AM	BOA VISTA DO RAMOS	1
AM	ITACOATIARA	2
AM	MAUES	6
AM	MARAÃ	1
AM	NOVA OLINDA DO NORTE	1
AM	TEFÉ	1
PA	BELÉM	7
PA	CHAVES	1
PA	MELGAÇO	2
PA	MUANA	3
PA	PONTA DE PEDRAS	2
PA	SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA	2
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseada no cruzamento de informações de equipes sem portaria de credenciamento com profissionais do Programa Mais Médicos informadas no SCNES na competência Outubro/2015 e de repasse de recurso de custeio de ESFR no site do FNS.

Após o levantamento das equipes credenciadas por município, foram pesquisadas no SCNES quais equipes eram informadas em funcionamento, e no site do FNS, foram levantados os repasses de custeio para os municípios com objetivo de obter o número de equipes implantadas na competência outubro/2015. A partir do cruzamento das informações levantadas obteve-se então o número total de equipes credenciadas por município e identificou-se quantas dessas equipes estavam devidamente implantadas.



**Quadro 3** - Quadro síntese com o número de ESFR credenciadas e implantadas por Município

UF	MUNICÍPIOS	Nº ESFR CREDENCIADAS	Nº ESFR IMPLANTADAS
AC	CRUZEIRO DO SUL	1	0
AC	BUJARI	1	1
AC	JORDÃO	1	1
AC	MANOEL URBANO	1	1
AC	MARECHAL THAUMATURGO	4	4
AC	PORTO WALTER	1	0
AC	SENA MADUREIRA	4	3
AC	XAPURI	1	0
AM	AUTAZES	4	4
AM	BARREIRINHA	3	2
AM	BOA VISTA DO RAMOS	1	1
AM	BORBA	2	2
AM	CAREIRO DO CASTANHO	3	0
AM	GUAJARÁ	1	0
AM	HUMAITÁ	2	2
AM	JAPURÁ	1	1
AM	IRANDUBA	4	4
AM	ITACOATIARA	4	4
AM	ITAPIRANGA	1	0
AM	MANAUS	3	3
AM	MAUES	6	6
AM	MARAA	2	2
AM	NHAMUNDA	3	3
AM	NOVA OLINDA DO NORTE	5	5
AM	NOVO ARIPUANA	1	1
AM	SANTO ANTONIO DE IÇA	1	1
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	1	1
AM	TEFÉ	2	2
AP	MACAPÁ	1	1
PA	AFUA	1	1
PA	BAGRE	2	0
PA	BELÉM	7	7
PA	BREVES	7	5
PA	CACHOEIRA DO ARARI	1	0
PA	CHAVES	2	2
PA	CURRALINHO	2	0
PA	GURUPÁ	3	0
PA	LIMOEIRO DO AJURU	1	1
PA	MELGAÇO	3	3
PA	MUANA	6	6
PA	PONTA DE PEDRAS	5	5
PA	PORTEL	7	7
PA	SALVATERRA	5	0
PA	SANTARÉM	2	0
PA	SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA	2	0
PA	SOURE	3	3
RR	CARACARAÍ	1	0
RR	RORAINÓPOLIS	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>96</b>

Fonte: Informações consolidadas pela autora através do cruzamento de informações das portarias de credenciamento de equipes publicadas no Diário Oficial da União no período de 2010 a 2015, das equipes implantadas disponíveis no SCNES na competência Outubro/2015 e do repasse de recurso de custeio para ESFR disponível no site do FNS.