

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ

CURSO DE MEDICINA

O IMPACTO DA ESF NA SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL

FLÁVIO LUISE BRESSAN

**Cascavel, PR
2017**

FLAVIO LUISE BRESSAN

O IMPACTO DA ESF NA SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL

Artigo apresentado como requisito parcial para
aprovação no Curso de Medicina

Orientadora:

M.^a Daiane Breda

Coorientador:

M.e Izaque Pereira de Souza

Cascavel, PR

2018

O IMPACTO DA ESF NA SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL

Flavio Luise Bressan¹

Daiane Breda²

Izaque Pereira de Souza³

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro tem sua trajetória gradual para um serviço público e de amplo acesso desde o início do século XX, culminando na criação do Sistema Único de Saúde. A sua execução levou a crescentes gastos públicos e implementações de diversas técnicas para melhor atender a população brasileira de maneira mais racional. Dentro as estratégias criadas temos a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornou prioritária em 2017. Visto que no ano anterior houve a criação de uma limitação de gastos federais para a esfera da saúde, é necessário a avaliação da efetividade do serviço. Para tal, utilizamos a taxa de mortalidade infantil como indicador de melhoria na saúde por efeito da ESF, analisando sua flutuação durante os anos e observando a correlação com a literatura existente sobre o assunto. Concluimos então que o acesso da população ao serviço de saúde causa grande impacto neste indicador, assim como a cobertura da estratégia estudada e de sua aplicação técnica com maestria.

Palavras-chave: Mortalidade infantil, política de saúde, saúde da família

ABSTRACT

The Brazilian health system has its gradual path to a public service and wide access since the beginning of the twentieth century, culminating in the creation of a unified system, the *Sistema Único de Saúde*. Its implementation has led to increasing public spending and implementation of several techniques to better serve population in a more rational way. Within the strategies created, there is the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família* - ESF), which became the public health's priority in 2017. Since the previous year, there was a limitation of federal expenditures for health, it is necessary to evaluate the service's effectiveness. In this assay, we used the infant mortality rate as an indicator of health improvement by the ESF, analyzing its fluctuation over the years and observing the correlation with the existing literature on the subject. We conclude that the access of the population to the health service has a great impact on this indicator, as well as the coverage of the strategy and its technical application with mastery.

Keywords: Infant Mortality, health policy, Family Health

¹ Graduado em Farmácia pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade Assis Gurgacz. Discente de Medicina pela Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: flavioluisebressan@gmail.com

² Orientadora. Graduada em Medicina pela Universidade do Sul Catarinense, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: daianebreda@hotmail.com

³ Co-orientador. Doutorando em Educação. Mestre em Educação pela Unioeste. Professor e orientador do Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG - Cascavel, Paraná. E-mail: ipsouza.souza@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), existe o aperfeiçoamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), modificando seu funcionamento, definindo e expandindo sua estrutura com o passar dos anos (BRASIL, 2003). Em 1994, a ESF teve o início de sua formulação como Programa Saúde da Família (PSF), modificando o modelo de assistência à saúde e criando mais proatividade às ações realizadas, apresentando uma equipe multiprofissional que se responsabilizaria pelas famílias instaladas em seu território. Porém seu maior avanço, em questão de implantação foi a partir de 1998 devido ao início do recebimento de verbas instituídos pela Norma Operacional Básica de 1996, definindo repasses referente a saúde diretamente ao município, apresentando recursos variáveis referentes a implantação do PSF e do PACS (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada em 2017 pela portaria 2.436/17 nos traz a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a atenção básica, sendo que quaisquer outras estratégias devem ser estimuladas a migrarem para ela (BRASIL, 2017). Para tal, instaura que as esferas de governo devem dar suporte a sua adesão, prestando apoio no processo de implantação, qualificação, ampliação e consolidação, propiciando, assim, o seu fortalecimento para que realmente alcance o patamar de estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Frente a seu fortalecimento perguntamos como se deu a melhora da qualidade de vida da população, especialmente da infantil, devido a fundamental necessidade de cuidados médicos e vulnerabilidade social desta população, com vistas à auxiliar na melhor tomada de decisões dos gestores na hora de destinar recursos a programas específicos da saúde. Esta questão se torna ainda mais importante após a criação da Emenda Constitucional número 95 que define a nova organização dos gastos públicos em vários segmentos sociais. Tal emenda limita o orçamento ao valor do exercício do ano anterior corrigindo pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 2016), ou seja, não podendo incrementar o seu investimento, fazendo necessário ao gestor de saúde reestruturar a aplicação de recursos em estratégias que proporcionem melhores resultados a menores custos, sendo assim de interesse a análise da efetividade do modelo estruturado.

Para avaliar se um serviço de saúde está funcionando de maneira eficiente, neste caso a ESF, devemos nos atentar a eventos negativos que podem ser mensurados, como o surgimento de doenças e aumento de mortalidade que são passíveis de prevenção (RUTSTEIN, 1976). Para o presente trabalho, será utilizado como evento negativo a mortalidade infantil, tal escolha se dá pois esta estatística consegue nos esclarecer como se apresenta o acesso e a qualidade do

recurso de saúde prestado à população, além de seu desenvolvimento e desigualdade econômica, sendo uma combinação de diversos determinantes sociais diretamente relacionados com a população e a política de saúde (RIPSA, 2008; BRASIL, 2009). Para tanto, é necessário compreender o processo de modificação dos padrões a serem analisados e o desenvolvimento político-social brasileiro que nos levou à criação da ESF, podendo assim observar se as mudanças no padrão mortalidade se dá realmente pelas novas técnicas aplicadas ou se enquadra como uma tendência mundial.

O trabalho realizado visa, dentro da perspectiva de revisão bibliográfica de abordagem qualitativa explicativa, abordar os processos de criação do SUS e da ESF, para então analisarmos se há modificação no padrão de mortalidade infantil, e se esta taxa é influenciada pela Estratégia estudada.

2 Traçando um histórico da Política de Saúde

Com a constituição brasileira de 1891 e um Estado menos intervencionista no mercado e nas relações de trabalho (SEGATTO, 2010). O acesso médico se apresentava cada vez mais precário e de caráter particular, tendo acesso apenas pela alta sociedade das grandes cidades que se beneficiavam deste sistema, restando à população mais pobre as Santa Casas de Misericórdia e algumas instituições de controle de epidemias (PAIN *et al.*, 2011; ESCORES & TEIXEIRA, 2008).

Nas primeiras décadas do século XX, com as experiências dos movimentos comunistas e anarquistas trazidos por imigrantes, o país passa a experimentar uma grande agitação social – por meio de mobilizações sindicais e greves (PASTOR & BREVILHERI, 2009) – e destas movimentações resultam ações por parte do Estado como a criação da Lei do Acidente de Trabalho⁴.

Com o decreto 4.682 de 1923, também conhecido como Lei Eloy Chaves, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) voltadas para os operários das empresas ferroviárias, organizadas e administradas por estas. Tal decreto garante benefícios ao funcionário desta categoria, dentre eles, o privilégio do acesso à saúde (dele e de todos seus dependentes) bem como da aquisição de medicamentos a preços especiais (BRASIL, 1923). Na

⁴ Esta lei foi criada pelo decreto nº3.724 de 15 de janeiro e dispõe sobre indenizações em consequência de acidentes ocorridos durante o trabalho, levando a morte ou incapacidade do colaborador, e a obrigatoriedade de prestação de socorro médico pelo patrão em todas as ocorrências (BRASIL, 1919)

década seguinte, com o decreto 20.465 de 1931, todos os servidores públicos se tornam beneficiários de suas respectivas CAPs (BRASIL, 1931) sendo que em 1933, inicia-se a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), com finalidade semelhante porém organizados por categoria de trabalho (BRASIL, 1933)⁵.

No entanto, todo este processo ainda estava em construção uma vez que até este momento apenas algumas categorias eram contempladas. Os direitos dos trabalhadores são reafirmados e reorganizados na Lei Orgânica da Previdência Social em 1960 (BRASIL, 1960), que buscou uniformizar os benefícios para todas as categorias e classes. Porém vale ressaltar que esse processo não se deu por iniciativa popular, e sim por uma mentalidade desenvolvimentista fomentada por lideranças trabalhistas e de esquerda no governo (VIANNA, 1989).

No ano de 1966, inicia-se um processo no qual todas as instituições anteriormente existentes são agrupadas no Instituto Nacional de Previdência Social (BRASIL, 1966). Dessa forma vemos que a prestação da saúde aos poucos é criada e centralizada nas mãos do Estado, porém, até este momento, apenas como seguro e voltada somente à população que contribuía para o sistema os trabalhadores e seus dependentes. No entanto embora esta centralização tenha trazido uma expansão da prestação do serviço, o que se vê em contrapartida é o sucateamento dos hospitais próprios da previdência – estimulando o aumento no credenciamento das instituições particulares, uma mudança no sistema que resultou em um rápido crescimento dos custos, pelo emprego de técnicas nada racionais e fraudes (CPDOC, s.d.).

Com vistas a reorganizar esta sistemática, em 1977 a assistência pública à saúde começa a ser regida por uma organização própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ainda vinculado ao Ministério de Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1977). Esta autarquia foi criada com a pretensão de racionalizar e reorganizar todo o sistema de prestação à saúde, realizando o combate às fraudes para o controle de gastos, assim como a uso inteligente dos recursos, diminuindo a contratação do serviço privado e privilegiando o setor público em todas as esferas (CPDOC, s.d.).

Após 1981, com a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), segue-se a implantação do programa Ações Integradas de Saúde (AISs), com a ideia de racionalizar o serviço prestado, articulando as esferas governamentais,

⁵ A implementação da saúde em cada Instituto ocorreu em épocas e de maneiras diferentes, pois levavam em conta os interesses e recursos que cada classe dispunha, ao se tratar de um instrumento representativo e político de seus contribuintes (VIANNA, 1989).

e regionalizando e hierarquizando a rede (CPDOC, s.d.). Este programa, gerou grandes expectativas pois abria espaço para o Sistema Unificado de Saúde através de seu processo de democratização da saúde ao criar locais para negociação e participação popular, inexistentes anteriormente devido à ditadura militar, sendo anteriormente a saúde estruturada com práticas autoritárias e tecnocratas, migrando neste momento para um sistema de planejamento e administração descentralizado, beneficiador do combate às doenças regionais e de atividades básicas (PAIN, 1986).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, são listados como promotores da ineficiência e anarquização do sistema público de saúde a mercantilização da doença para privilegiar o setor privado, uma vez que isso não levava em consideração as necessidades da população. Junto a isso a falta de transparência das aplicações dos recursos também foi identificado como um problema por gerar um sistema corruptor e por se tratar de um modelo excludente, gerador de discriminação (BRASIL, 1986).

Para superar os problemas citados, é compactuado nesta conferência a obrigatoriedade do controle social, com a criação de conselhos que admitem a participação de populares e a garantia da informação ao dar transparência aos gastos. A modificação da visão em relação aos profissionais cria a necessidade de instaurar equipes multiprofissionais admitidas por concurso e incentivo à dedicação exclusiva ao serviço público, adicionando ainda agentes populares para trabalhar nos cuidados primários e educação em saúde. Por fim, a mudança da organização de todo setor é vista com base em pilares ainda utilizados em nossos dias, como sendo um sistema universal, integralizado, igualitário, equitativo, descentralizado, com fortalecimento do papel do município, com respeito à dignidade, e com qualidade, sendo que em seu relatório é pedida a mobilização popular para luta de que todos esses princípios fossem incorporados na instituição que viria a ser elaborada em 1988 (BRASIL, 1986).

Com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, ocorre a lenta dissolução do INAMPS, que se desdobraria em sua extinção oficial em 1993, e a mudança da ideia da saúde no formato de seguro social para seguridade social (CPDOC, s.d.).

Com a formulação da constituição brasileira de 1988, temos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma listagem de atribuições, trazendo a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, um ambiente de acesso universal e igualitário, voltado a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário (BRASIL, 1988). Assim, em 1990 com a lei 8080, se inicia a organização do novo sistema, conferindo as competências e atribuições de cada uma das três esferas governamentais, estipulando princípios e diretrizes para o SUS e orientando como este seria financiado (BRASIL, 1990a). No mesmo ano, a lei 8142, definiu como seriam

transferidas as verbas para o seu local de aplicação, criando-se as Conferências e Conselhos de saúde, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a formulação da política de saúde, e controlar a execução da mesma, respectivamente. Junto a isso houve a inclusão da população no processo decisório, pois há a exigência da participação dos usuários nos Conselhos e Conferências (BRASIL, 1990b).

Desta forma, o SUS se estrutura como um sistema com propósitos de inclusão, equidade, racional em seus processos através da descentralização e a hierarquização dos serviços, com meios de fiscalização e transparência das contas na tentativa de coibir fraudes, e a inclusão da população na roda decisória, tentando criar uma real democracia após décadas de autoritarismo.

Compreendendo a ESF

Em 1991 houve a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se baseou na concepção de intervir na saúde da população antes do adoecimento, agindo de maneira ativa na cultura da saúde e contribuindo na prevenção através da propagação da informação (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 2001b). Tal programa foi criado objetivando a redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nas regiões mais pobres do Brasil, e o aumento da cobertura de saúde, conseguindo alcançar um patamar de extrema importância na organização do serviço básico. Este passo é altamente relevante, pois com a criação do PACS existe a transferência da atenção voltada ao indivíduo, para um enfoque na família, um objeto mais complexo de trabalho, abrindo assim espaço para a futura criação do Programa Saúde da Família (PSF) (VIANA & DAL POZ, 2005).

Ainda que práticas similares já fossem empregadas em algumas regiões, como Ceará e Niterói, o início documental deste programa se dá em 1994 com a publicação de “Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde” com o intuito de reorganizar o SUS e sendo guiada em sua implantação pelo Mapa da Fome, priorizando áreas de risco. Porém o método de convênio instituído na época, pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, se mostrava limitado e burocrático, mesmo diante das diferentes modalidades existentes, devido a requisitos impostos aos municípios (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1993), o que demonstrou não ser este o melhor cenário para o fomento do programa. Mesmo diante destes empecilhos, tal norma foi de grande importância para o início da articulação e pactuação entre as esferas governamentais, gerando corresponsabilidade entre os gestores diante de metas e deveres.

Sob a NOB-93, ambos os programas – PACS e PSF - apresentam seu crescimento, parte devido à interação entre eles, dado a inserção do agente comunitário naquele programa, e também remuneração mais interessante relacionada à vários de seus procedimentos, que eram atreladas necessariamente ao enquadramento do município na norma para se habilitarem aos repasses específicos, pressionando sua adesão (VIANA & DAL POZ, 2005).

Com a NOB-96 há a mudança da forma de financiamento do SUS, o que ocasionou um impacto positivo na sua implantação (SOUZA, 2007). Nesta nova norma, diferente do modelo utilizado pelo antigo INAMPS, o repasse tinha como diferencial o “Piso da Atenção Básica” (PAB), um valor relacionado a pactuações e de cunho *per capita* que rompe com o mecanismo de pós-pagamento anterior (SOUZA, 2002), e de extrema importância aos programas já citados, o “Incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, que concedia benefícios razoáveis diante da cobertura da população por estes programas. O incentivo dado ao PSF poderia chegar a 80% do PAB, e do PACS até 30%, não recebendo por cobertura sobreposta (BRASIL, 1996). Até o ano de 2000, 99% dos municípios se encontravam habilitados nesta norma, sendo que a grande maioria se concretizou no ano de 1998, quando houve a real realização da mudança orçamentária prevista pela NOB, havendo assim, a responsabilização dos entes e o repasse de verba devido (SOUZA, 2002). Este modelo de remuneração foi criado para romper com o pagamento por procedimentos e com o intuito de causar uma rápida expansão de cobertura (VIANA & DAL POZ, 2005), agindo como uma ferramenta de mudança do modelo curativo para uma visão de promoção da saúde.

Em janeiro de 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que visava a ampliação do acesso da população à atenção básica. Para tanto, adotou-se uma estratégia de regionalização dentro dos estados, com o intuito de criar melhor descentralização e gestão. Ficou a cargo dos estados e municípios a elaboração de regiões e microrregiões de saúde, definidos por critérios de acessibilidade, epidemiológico e de oferta de serviços, formando fluxos de referência mais ágeis para o atendimento a todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2002). A Norma instaura que o plano de regionalização deve dar acesso o mais próximo possível da residência do cidadão, principalmente para serviços considerados de maior importância, entre eles estando o pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do desenvolvimento infantil, e o Programa Nacional de Imunizações. (BRASIL, 2001a). Para que tais processos fossem implantados, a NOAS presumiu um aumento do financiamento federal, havendo ampliação no valor da PAB (SOUZA, 2002).

Após todo este processo, em 2006 há a criação do “Pacto pela Saúde”, pela portaria 399(BRASIL, 2006a), e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria 648

(BRASIL, 2006b). Ambas se tornam de extrema importância pois aquela já tratava o PSF como estratégia, e esta consolidou legalmente tal mudança. Além disso, a portaria 399/06 lista prioridades para a atuação do SUS, definidas diante da situação de saúde do país, estando entre elas a redução da mortalidade infantil e materna, a promoção da saúde, e a qualificação e consolidação da – agora – ESF como base da atenção básica. No âmbito da mortalidade infantil, o documento cria as metas de *“Reduzia a mortalidade neonatal em 5%, em 2006. (...) Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006”*

Assim, é possível notar que, com o amadurecimento do SUS, existe o crescimento gradativo da complexidade da saúde diante de todas as competências, desde a resolubilidade e integração entre os trabalhadores, até gestão e financiamento, culminando ao final na ESF. Tais ações vieram acompanhadas de metas e responsabilidades, sendo uma das mais citadas e objetivamente mensuradas a mortalidade infantil, sendo, então, um bom indicador para a observação de sua implantação e efetividade de serviço.

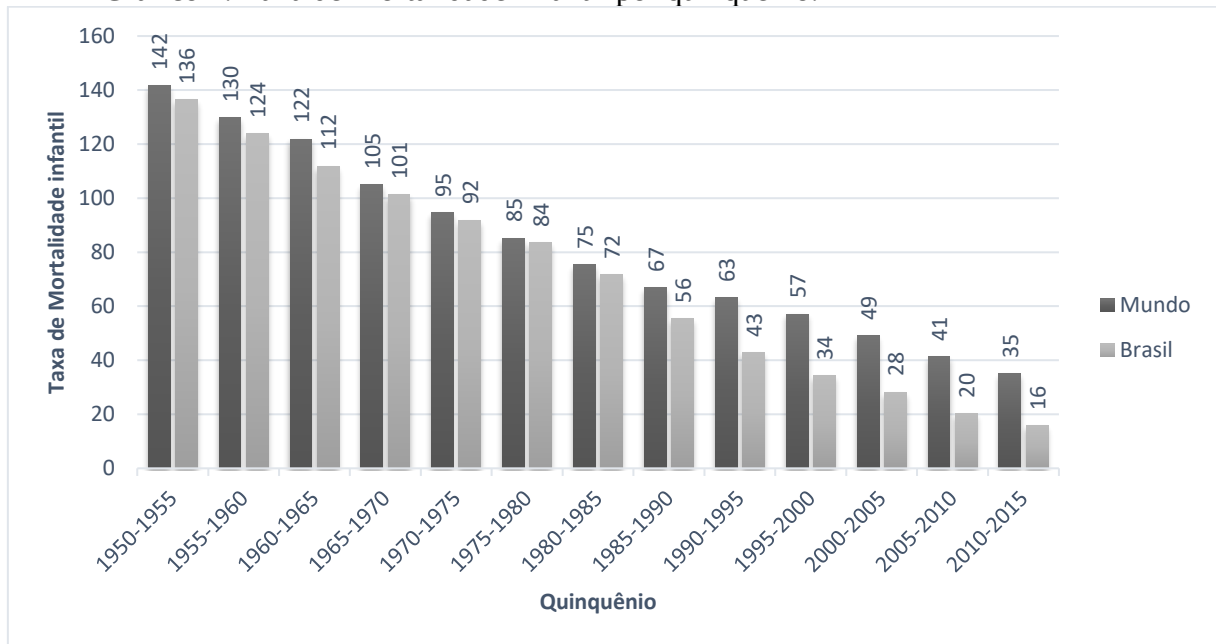
O impacto da ESF na melhoria da saúde da População Infantil

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, tendo como influência o perfil socioeconômico e a qualidade da atenção à saúde oferecida para essa população, como atendimentos à saúde materna e ao puerpério (RIPSA, 2008). Além disso, serve como um indicador muito sensível para avaliar a qualidade de vida e a organização do serviço de saúde referente à toda população (SES/SP, 2007).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) (UN, 2017), o Brasil apresentava no quinquênio de 1950-1955 uma taxa estimada de mortalidade infantil de 136‰, comparada com a média mundial de 142‰, enquanto nos anos de 2010-2015 a estimativa brasileira decaiu para 16‰, enquanto a mundial para 35‰. Os dados como um todo estão representados no Gráfico 1.

Os dados nos mostram que os valores de mortalidade infantil brasileira se mantinham em aproximadamente 90% da média mundial desde 1950 até 1985, quinquênio este que alcançou a razão de 0,8287. Após esta data, a diferença apresentou a tendência de distanciamento, quando em 2010-2015 baixou a menos da metade da média mundial.

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade infantil por quinquênio.



Fonte: UN, 2017

A literatura nos traz informações conflitantes quanto ao impacto da cobertura e instalação da ESF na TMI, hora relatando sua efetividade, hora negando qualquer impacto positivo ou negativo. Temos a relação do trabalho da ESF em comparação com o PACS, relatando que o trabalho deste apresentou redução de quase 90% na mortalidade infantil em sua população de cobertura, enquanto a ESF não apresentou modificação no perfil enquanto sua cobertura se expandia (PEDROZA, 2014). Também é encontrado que a ampliação da cobertura assistencial dos profissionais sem a aplicação adequada das técnicas incorporadas a este modelo assistencial⁶ não se reflete em benefício para a população (HENRIQUE & CALVO, 2008). Tal afirmação é corroborada quando o modelo de assistência médica individual é visto como não exitoso na modificação do padrão, enquanto as ações coletivas impactam diretamente, mesmo quando ambos são realizados pelos profissionais da ESF (CRUZ, 2005).

Paralelo a tais dados, temos que o aumento de investimento em saúde não resulta em melhorias nos indicadores quando não há a aplicação correta da estratégia de assistência ou os esforços para a melhoria do cuidado oferecido. O aumento do gasto *per capita* e a introdução de novos profissionais apenas tem importante correlação na mortalidade infantil quando há a mudança do modelo biomédico para o modelo estruturado pela ESF (NETO, 2017; MACINKO,

⁶ Tal modelo é marcado por uma relação mais horizontalizada entre médico e paciente, e o equilíbrio entre as consultas médicas individuais, visitas domiciliares, consultas de enfermagem, e solicitação de encaminhamentos à especialistas e exames complementares (COSTA & CALVO, 2014)

GUANAIS & SOUZA, 2006). Entretanto, a melhora dos indicadores em relação aos gastos realizados difere dependendo da localidade (DAVID, 2015).

Sendo assim, temos no outro extremo que a expansão da cobertura de assistência da ESF pode reduzir a taxa mortalidade infantil entre 0,8% a 66%, dependendo do nível de cobertura inicial e final, e apresenta a correlação da queda média de 0,61% desta taxa com o aumento da cobertura em 1% após dois anos de implementação da nova organização (BASTOS, 2017; CHUNG & FOCHEZATTO, 2015; BARRETO, 2010; MACINKO, GUANAIS & SOUZA, 2006). Os trabalhos também nos mostram que a mortalidade infantil apresenta queda gerada pela diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária, e que esta sofre influência da ação da ESF, sendo que a correlação entre eles apresenta significância estatística (BARRETO, 2010; HENRIQUE & CALVO, 2008).

Outra relação encontrada com a queda da TMI se refere às mudanças socioeconômicas da população, principalmente relacionadas à escolaridade e saneamento básico (CHUNG & FOCHEZATTO, 2015; BARRETO, 2010). Complementar a isso, é sabido que a aplicação de programas de transferências de renda pode atuar na melhora dessas taxas, tanto de maneira isolada quanto sinérgica com a ESF (BASTOS, 2017). Sendo assim, devemos considerar que variáveis socioeconômicas exercem grandes efeitos no indicador de estudo, e sua modificação pode se mostrar como fator de confusão, gerando piores indicadores para áreas de maior vulnerabilidade social (RONCALLI & LIMA, 2006).

Porém, assim como a ESF, o investimento em programas de cunho socioeconômico, como o Bolsa Família e o Programa de Combate às Carências Nutricionais, apresentam seu impacto efetivo atrelado não somente a cobertura de assistência, mas tem grande importância a maneira de que é aplicada esta estratégia. Sua eficiência não se mostra suficiente quando a prática não engloba elementos de articulação na intersetorialidade e mobilização social, (OLIVEIRA, 2008), indo ao encontro da característica de mudança do perfil da TMI encontrada no modelo de assistência à saúde.

Se torna possível observar que o aumento de cobertura da saúde para o modelo universal, partindo de seguro para seguridade social, criou efeitos extremamente desejáveis nos indicadores de mortalidade infantil, mesmo sem a aplicação de um modelo de assistência à saúde que se distingue do biomédico vigente na época. Tal dado nos afirma que o acesso universal à saúde se apresenta como importante estratégia para o combate à desfechos ruins na saúde da criança, conseguindo extrapolar seu efeito para a população geral devido ao indicador utilizado, podemos abordar esta estratégia como objeto chave para a melhora da qualidade de vida em todas as faixas etárias.

Porém, nos é mostrado que tal queda não se sustenta. O investimento na saúde universal sem a mudança do modelo atinge um patamar de estabilidade, mesmo diante da alocação de maiores recursos, sendo seu padrão de decrescimento modificado após introdução da atenção básica com foco na saúde da família. Corroborando com a premissa de que o acesso é determinante para o bom desempenho no indicador estudado, o aumento da cobertura pela estratégia se reflete na saúde infantil, mesmo que tal reflexo possa vir a levar 2 anos para os estudos identificarem (CHUNG & FOCHEZATTO, 2015), mostrando a importância da realização de pesquisas não transversais na análise do sistema.

Vemos que tais afirmativas de melhora da TMI apontam para a mudança do modelo, pois a razão da média do Brasil e mundo se mostra em contínua tendência de distanciamento, sendo que a condição socioeconômica brasileira não parece se refletir como um fator de confusão, visto que o padrão de crescimento do IDH do Brasil se mostra paralelo à média mundial (ROSER, 2018).

CONCLUSÃO

Diante aos dados apresentados, é notável a importância da mudança do padrão de atendimento de saúde, com a criação do SUS, ao levar o acesso a toda a população antes marginalizada pelo sistema, sendo de impacto relevante tal cobertura de saúde, mesmo quando desconsideramos a atuação da ESF. Vimos também, que tais efeitos são confundidos por questões socioeconômicas aplicáveis a sociedade estudada, porém não dependem diretamente desta, podendo servir como potencializadores ou atenuantes dos efeitos estudados.

É notável que, mesmo com escassa literatura sobre o tema, diversos autores concordam que a cobertura e a aplicação do modelo de saúde da família, juntas, intensificam os resultados referentes à universalização do sistema, com efetividades diferentes em cada caso analisado, porém sempre com efeitos positivos à população adscrita ao serviço.

Sendo assim, a estratégia se mostra como importante investimento para a constante melhora das condições de saúde da população brasileira, com o contínuo esforço para a mudança do modelo biomédico vigente e aumento da facilidade do acesso pela população. A partir desta análise sugere-se novos estudos acerca do tema, que possam avaliar, com uma visão a longo prazo, a efetividade da ESF.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, Jorge Otávio Maia. **Avaliação De Efetividade Da Estratégia Saúde Da Família Redução Da Mortalidade Infantil Em Piripiri-PI**. 175 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, 2010.
- BASTOS, Mayara Lisboa; *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, v.12, n.8:e0182336, 2017. DOI:10.1371/journal.pone.0182336
- BRASIL. Decreto nº3.724, de 15 de janeiro de 1919. **Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho**. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 1013, 1919.
- _____. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados**. 1923.
- _____. Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931. **Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões**. Diário Oficial da União, seção 1, p. 15578, 1931.
- _____. Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933. **Crêa o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências**. Diário Oficial da União, seção 1, p. 12917, 1933.
- _____. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. **Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social**. 1960
- _____. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. **Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social**. Brasília, 1966.
- _____. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. **Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências**. 1977.
- _____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- _____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990a.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. 1990b.
- _____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93**. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 6.961, 21 de maio de 1993.
- _____. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Diário Oficial Da União, Seção 1, P. 22.932, 06 de novembro de 1996.

_____. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001**. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, n.3, v.1, p. 113-25, 2003.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 2006a.

_____. Portaria nº 648/GM 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)**. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**, 2.ed. Brasília, 2009.

_____. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União Seção 1, Brasília, n.241, p. 2-3, 16 dez. 2016.

_____. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União Seção 1, Brasília, n. 831, p. 68-76, set. 2017.

CHUNG, Alessandra; FOCHEZATTO, Adelar. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde infantil em municípios do Rio Grande do Sul. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 343-362, 2015.

COSTA, Filipe Ferreira; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. **Rev. bras. epidemiol.**, v.17, n.2, p.557-70. 2014. DOI: 10.1590/1809-4503201400020020

CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social (INAMPS). **Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro**. s/d. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>> Acesso em: 10 de janeiro de 2018

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo da. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**; São Paulo, v.39, n. 1, p.28-35, 2005.

DAVID, Grazielle Custódio. **Atenção primária nos municípios brasileiros entre 2007-2010: desempenho, gasto, eficiência e disparidades**. 75 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, p. 333-384. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino Calvo. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.809-19, 2008.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico C; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health**, v.60, p.13–19, 2006. DOI: 10.1136/jech.2005.038323

NETO, José Drummond de Macedo. **Recursos financeiros e indicadores de saúde: um estudo ecológico em municípios do estado do Rio Grande do Sul**. 61 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande, 2017.

OLIVEIRA, Ariane Rose Souza De Macêdo. **Análise De Qualidade Da Atenção À Criança Na Estratégia Saúde Da Família: o óbito infantil evitável**. 149 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008

PAIN, J S. Ações integradas de Saúde(AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-83, 1986.

PAIN, J; *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97. 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

PASTOR, Márcia; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. Estado e política social. **Serviço Social em revista**, Londrina, v.12, n.1, 2009.

PEDROZA, Robervam De Moura. **Análise comparativa da tendência na Mortalidade Infantil em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família no município de Garanhuns entre 2003 e 2012**. 86 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, 2014

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília, 2008.

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

ROSER, Max. **Human Development Index (HDI)**. *Published online at OurWorldInData.org*. 2018. Acesso em: <<https://ourworldindata.org/human-development-index>>

RUTSTEIN, D. D.; *et al.* Measuring the quality of medical care. **N Engl J Med**, v.294, n.11, p.582-8, 1976.

SEGATTO, José Antonio. Organizações Sindicais, Estado E Sociedade Civil No Brasil. **Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, Araraquara, v.3, n.1, 2010.

SES/SP – Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. **Monitoramento de indicadores de Saúde: uma proposta conceitual e metodológica**. Porto Alegre, 2007.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE - Ministério Da Saúde. Brasília, 2002.

_____. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 765-770, 2007. DOI: 10.1590/S0080-62342007000500004.

UN - United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). **World Population Prospects: The 2017 Revision**, DVD Edition.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005. DOI: 10.1590/S0103-73312005000300011.

VIANNA, M. L. T. W. **Política social e transição democrática: o caso do INAMPS**. UFRJ/IEI, Rio de Janeiro, 1989.