

Ana Rosa Murad Szpilman¹
Talita Dourado Schwartz²
Anna Paula Coelli Riani²
Josélia Soares²
Rafaela das Mercês Batista²
Rita de Cássia Duarte Lima³
Marta Zorzal e Silva⁴

**The family health program
reflex in the health situation
of Espírito Santo state**

| Reflexo da estratégia saúde da família na situação de saúde do estado do Espírito Santo

ABSTRACT | *Introduction: The implementation of the Brazilian National Health System had as one of its propositions develop a decentralized integral system, which would involve the community participation with the objective of health promotion, protection and recuperation. In order to carry out the system ideals, some practices were implanted and contemplated, mostly in the Primary Health Care and Family Health Program sectors. Objective: Describe and evaluate the Family Health Program (FHP) practices reflex in the population health condition in the Espírito Santo State (ES), with emphasis in the Great Vitória Metropolitan Region (GVMR) counties. Methodology: Based on the raising of data available on the National Information Systems and its comparison with the GVMR counties data, besides the consultancy to the State Health Secretariat technical advisement, an analysis of the ES situation based on the FHP coverage and the prevention actions quality and the basic attention given was accomplished. Results: The main advances, limits and challenges were described, and the results demonstrated, in general, improvement in the quality of the population health assistance. Conclusion: The present study gives the information on the ES health situation, according to the impact of these strategies on the health condition, with major focus in the GVMR counties. In spite of many limitations to the insertion of the Family Health Program in Espírito Santo State, the advances must be acknowledged as an encouragement to a continues search for the effectiveness and efficacy of the Brazilian National Health System in the ES.*

Keywords | *Family Health Program; Primary health care; Health status indicators.*

RESUMO | *Introdução: A implementação do Sistema Único de Saúde teve como uma das suas propostas desenvolver um sistema descentralizado, integral, com a efetiva participação da comunidade, objetivando promoção, proteção e recuperação da saúde. Para efetivar os ideais do sistema, várias práticas foram implantadas e contempladas, principalmente, nos setores de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Objetivo: Descrever e avaliar o reflexo das práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condição de saúde da população do Estado do Espírito Santo (ES), com ênfase nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV). Metodologia: A partir do levantamento de dados disponibilizados pelos Sistemas de Informação Nacionais e sua comparação com dados dos municípios da RMGV, além de consultoria à assessoria técnica da Secretaria Estadual de Saúde, procedeu-se a uma análise da situação do Espírito Santo quanto à cobertura da ESF e à qualidade das ações de prevenção e da atenção básica prestadas no Estado. Resultados: Foram descritos os principais avanços, limites e desafios, e os resultados demonstraram, no geral, melhoria na qualidade de atenção à saúde da população. Conclusão: O presente estudo fornece informações sobre a situação de saúde do Espírito Santo, quanto ao impacto dessas estratégias na sua condição de saúde, com um enfoque maior aos municípios da RMGV. Apesar dos muitos limites à implantação da ESF nos Estado do Espírito Santo, os avanços devem ser vistos como incentivos à continuação da busca pela efetividade e eficácia do Sistema Único de Saúde no Estado.*

Palavras-chave | *Programa Saúde da Família; Atenção primária à saúde; Indicadores básicos de saúde.*

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); professora adjunta do Curso de Medicina do Centro Universitário de Vila Velha (UVV), Vitória, Brasil.

²Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil.

³Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; professora associada II do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil.

⁴Doutora em Ciências Políticas pela Universidade de São Paulo; professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa, desde a 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1977, lugar de destaque entre as ações de saúde empreendidas nas últimas três décadas em todo o mundo. Em 1978, após a Conferência de Alma Ata, realizada na antiga União Soviética, a APS foi reconhecida como uma ação integral e permanente que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade⁵.

Dessa forma, abriram-se as portas à emergência de um novo paradigma de política de saúde, mais centrado nas condições e origens do adoecimento do que no combate às patologias coletivas, na busca de controle ou erradicação de doenças¹⁰. Com isso, é conformada uma abordagem que determina o trabalho dos outros níveis de atenção e aborda os problemas mais comuns da comunidade, com a finalidade de maximizar a saúde e o bem-estar do indivíduo¹⁵.

Ressalta-se que, no Brasil, utiliza-se o termo Atenção Básica à Saúde como modelo brasileiro da APS, determinando e caracterizando a assistência básica à população, reafirmando uma atenção especializada e complexa dos demais níveis de atenção.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve seu início na Região Nordeste e em alguns municípios da Região Sudeste. Hoje, configura-se como maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, com enorme potencial de estruturação consistente da atenção primária no País¹. Investimentos na APS e na ESF são importantes para viabilizar a resolução dos maiores problemas referentes à saúde, podendo reduzir o encaminhamento aos níveis de atenção secundários e terciários que requerem mais custos e tecnologias.

A APS no Brasil é organizada de forma hierarquizada em níveis de atenção à saúde, sendo primário, secundário e terciário. O sistema de encaminhamentos, chamado de “Referência e Contrarreferência”, representa um dos atributos essenciais da APS, a coordenação única da atenção à saúde, que prevê um cuidado compartilhado entre o médico generalista e o especialista, integrando as informações dos cuidados entre os diversos níveis do sistema de saúde.

Esta pesquisa propõe descrever e avaliar o reflexo das práticas da ESF na condição de saúde da população do Estado do Espírito Santo, trazendo à discussão os

indicadores dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que representam os municípios com maior destaque no Estado.

METODOLOGIA |

Trata-se de um estudo ecológico longitudinal com análises seccionais e cortes transversais nos seguintes anos: 1999, 2000, 2003, 2005, 2006, 2007 e 2008. Os anos analisados obedeceram ao critério de disponibilidade de dados acerca dos indicadores selecionados nos sistemas de informações nacionais consultados, não seguindo nenhum critério científico específico. Dito isso, para a confecção dos Gráficos 3, 4 e 5, os dados disponíveis possibilitaram a análise dos anos de 1999, 2000, 2003, 2006 e 2007; para o Gráfico 1, os anos de 1999, 2000, 2003, 2006, 2007 e 2008; e, por último, para o Gráfico 2, apenas os anos de 2000, 2003 e 2005.

Para conhecimento da realidade do Espírito Santo, em termos dos avanços e limites alcançados com a implantação da ESF, realizou-se uma consultoria com a assessoria técnica da Secretaria Estadual de Saúde. Essa consultoria foi realizada enquanto os autores cursavam o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, de modo informal, e os dados coletados foram analisados como dados secundários, de forma a reforçar os indicadores selecionados e avaliados, como retrato da saúde do Estado. Dito isso, dispensou-se a submissão e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, já que o presente estudo não se tratava de pesquisa com seres humanos, e a assessoria técnica representou uma consultoria para coleta de dados secundários e não sujeitos de pesquisa.

Para a descrição e análise da situação do Espírito Santo, quanto à cobertura da ESF e à qualidade das ações de prevenção e da atenção básica prestadas, foram estudadas a população coberta pela ESF, a cobertura de imunizações e a cobertura de consultas de pré-natal.

O indicador de cobertura de imunizações tem sua importância, dentre outras, por subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil, ao controle de doenças evitáveis por imunização, contribuindo para a avaliação operacional e de impacto dos programas de imunização, bem como para o delineamento de estratégias de vacinação¹³.

A cobertura de consultas de pré-natal é um indicador importante a ser analisado, pois, além de contribuir com a

análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, como a mortalidade materna e infantil, auxilia no subsídio e na avaliação dos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a atenção à saúde da criança. Esse indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas. A proporção de gestantes com mais de seis consultas de pré-natal foi mensurada a partir do indicador proposto pelo DATASUS¹³.

No intuito de abordar de forma mais detalhada a situação de saúde do Espírito Santo, seguiu-se com um enfoque na Região Metropolitana da Grande Vitória, que representa os municípios de maior destaque do Estado. Ressalta-se que os municípios que compõem a RMGV são: Vitória, Fundão, Viana, Vila Velha, Cariacica, Guarapari e Serra.

Para análise da situação dos municípios que compõem a RMGV, quanto ao impacto da ESF, foram estudados os coeficientes de mortalidade infantil, internações por doenças cardiovasculares e o total de internações.

O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador que reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materna e da população infantil. Esse indicador contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais, visto que as crianças são mais vulneráveis às condições sociais de saúde e ambientais de uma população¹³.

O número de internações por doenças do aparelho circulatório é um indicador relevante para a análise da atenção primária, pois, além de ser um agravado de grande acometimento da população, trata-se também de uma questão passível de prevenção e acompanhamento na atenção básica. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. O acompanhamento e o controle da HAS e do DM, no âmbito da atenção básica, evitam o agravamento dessas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares.

O número de internações por causas gerais é um bom indicador da qualidade das ações de promoção e prevenção,

visto que a atuação da ESF quanto mais efetiva for, mais reduzirá o número de internações. Essa é uma das consequências da atuação em prevenção e promoção da saúde desejada, para que haja uma diminuição de custos para o setor saúde e um impacto na qualidade de saúde da população de fato.

Foi realizado um levantamento de dados secundários no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e no Programa Nacional de Imunizações, no Datasus e nos dados da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. A análise desses dados foi realizada por meio da apresentação de indicadores, taxas e índices de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

A ESF repercute em componentes técnicos, políticos e comportamentais, de forma que uma proposta de avaliação deve debruçar-se sobre esses eixos, numa perspectiva organicamente política e técnica, incluindo aspectos quantitativos e qualitativos⁹. Para melhor compreensão, serão aqui citados os avanços alcançados e os limites encontrados após a implantação da ESF no Espírito Santo, com dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado¹.

Em municípios com 100% de cobertura pela ESF, observam-se avanços em termos de perfil epidemiológico, como a redução de uso de medicamentos, do uso de consultas especializadas e do uso de exames laboratoriais. Foram desenvolvidas redes de Atenção à Saúde, como a Rede da Mulher e Rede da Criança no Macronorte (2008), a Rede de Urgência e Emergência na Macrocentro (2008), além da Rede da Hipertensão e Diabetes (2009). Também ocorreu o Estabelecimento das Linhas Guias que abarcam a Atenção Primária – Hipertensão, DIABETES, DTS/AIDS, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde Mental.

Foram elaborados projetos para o fortalecimento da APS, com investimento de R\$ 40 milhões para a construção de mais 176 Unidades de Saúde da Família (USF) e mais 30 Prontos-Atendimentos até 2011; Projeto de educação em saúde na APS, com a capacitação de 5.000 profissionais em Curso de Especialização, além da implantação da Avaliação

1 - Portugal, M.S. **Limites e avanços da estratégia saúde da família no Estado do Espírito Santo**. Consultoria técnica concedida aos alunos do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo pela assessora técnica da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, Vitória, set. 2008.

da Melhoria da Qualidade.

Os principais desafios apontados giram em torno de: ampliar a cobertura da ESF em todo o Espírito Santo até 2010; impactar a qualidade de vida das pessoas; reduzir o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) a um dígito (atualmente: 16,3); reduzir o Coeficiente de Mortalidade Materna em 20%; ampliar o financiamento da APS; promover a desprecarização das relações da gestão do trabalho em saúde por meio de concursos públicos; desenvolver e dar publicidade às novas linhas guias; implantar gradualmente todas as redes de atenção à saúde e expandir a atenção pré-hospitalar móvel para todas as regiões.

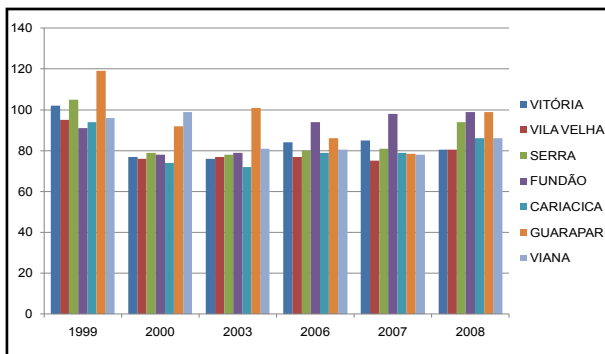
Como limites para a implantação da ESF, podem-se apontar as barreiras geográficas, físicas, financeiras, culturais, religiosas, étnicas, devido tanto ao tamanho do território de abrangência, como à falta de discussão do controle social a partir da ESF implantada, sem pactuar com os Conselhos de Saúde.

A implantação da ESF nos municípios de Vitória, Fundão, Viana, Vila Velha, Cariacica, Guarapari e Serra (RMGV) ocorreu em, respectivamente, 1998, 1998, 2000, 2002, 2002, 2003 e 2004, de acordo com o Relatório de Repasse de Incentivo DAB-MS. Dos 78 municípios do Espírito Santo, existem 31 com cobertura de 100%. Dentre eles, nenhum se situa na RMGV. Os municípios que compõem a RMGV – Vitória, Fundão, Viana, Vila Velha, Cariacica, Guarapari e Serra – apresentaram, conforme o Relatório de Repasse de Incentivo DAB-MS, uma cobertura de ESF, respectivamente, de 63%, 68%, 51%, 27%, 12%, 29% e 20%. Nota-se que, apesar de a implantação da ESF ter se iniciado em 1994 no Brasil, e em 1998 no Espírito Santo, a cobertura ainda é pequena e insuficiente no Estado como um todo, mas, particularmente, nos municípios da RMGV, por se tratar de municípios importantes, incluindo a Capital do Estado.

O Gráfico 1 relata a Cobertura de Imunização nos Municípios da RMGV. Pode-se observar que ocorreu uma queda na cobertura de imunização em quase todos os municípios estudados, excetuando-se o município de Fundão.

Comparando os dados apresentados nos municípios estudados com os do Espírito Santo, segundo o Datasus³, há uma concordância de uma ligeira queda entre os anos de 1999 e 2007, 94,67% para 91,3%, respectivamente. Já os dados do Brasil confirmam um leve aumento nesse mesmo período, de 86,57% para 88,82%.

Gráfico 1 – Cobertura de imunização nos municípios da RMGV nos anos de 1999, 2000, 2003, 2006, 2007 e 2008

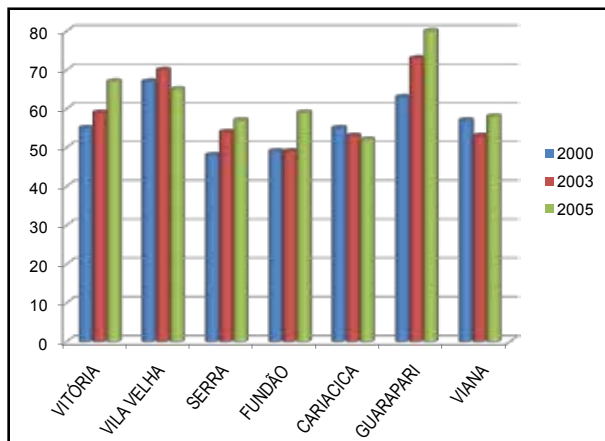


Fonte: Programa Nacional de Imunização.

Pode-se aqui sugerir que essa pequena queda no número de imunizações pode ser devido ao fato de que, anteriormente à implantação da ESF, a população residente dos municípios interioranos, também sem a ESF, quando em dificuldades de obter assistência à saúde em sua região, usufruía desses serviços na região metropolitana, causando uma demanda da população não residente aos postos de vacinação, sobretudo em campanhas. Assim, com a ESF implantada na região metropolitana e interiorana, esses dados podem ter se tornado mais precisos e reais.

O Gráfico 2 se refere à porcentagem de nascidos vivos com seis ou mais consultas de pré-natal. Observa-se o aumento da cobertura de consultas de pré-natal, com queda apenas nos municípios de Vila Velha e de Cariacica. O mesmo aumento é evidenciado nos dados do Datasus em relação ao Espírito Santo e ao Brasil³. No Espírito Santo foi evidenciado um aumento entre 2000 e 2005, de 52,8% para 57,68%, enquanto no Brasil foi de 43,71% para 52,76%.

Gráfico 2 – Porcentagem de nascidos vivos com seis ou mais consultas de pré-natal nos anos de 2000, 2003 e 2005



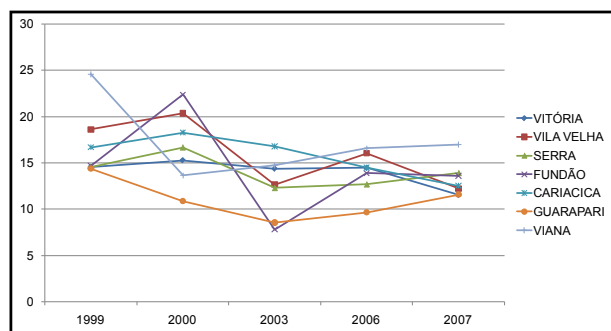
Fonte: Ministério da Saúde/IBGE

O MS², no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, refere-se ao calendário de consultas médicas, destacando que o início do acompanhamento pré-natal deverá ser obrigatoriamente até a 14^a semana de gravidez, com o número mínimo de seis consultas de pré-natal.

A assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos⁸. Entretanto, mesmo que haja um aumento no número de pessoas cobertas pela assistência pré-natal, ainda são evidenciados obstáculos importantes a uma boa qualidade do pré-natal, como um percentual significativo de gravidez na adolescência e a ausência de padronização na dinâmica das consultas médicas e de enfermagem, o que merece uma reflexão a respeito da assistência oferecida¹².

O Gráfico 3 apresenta o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) nos municípios da RMGV. Pode-se perceber a diminuição da mortalidade infantil em todos esses municípios, ao se comparar o ano de 1999 com o de 2007, sendo mais evidente nos municípios de Viana, seguido de Vila Velha e Cariacica. Esse fato pode ser traduzido em aumento na qualidade da atenção à saúde, visto que as crianças menores de um ano são mais sensíveis às condições socioeconômicas que repercutem no meio ambiente onde elas vivem¹⁴.

Gráfico 3 – Coeficiente de mortalidade infantil nos municípios da RMGV, nos anos de 1999, 2000, 2003, 2006 e 2007



Fonte: SIM e Sinasc Estaduais.

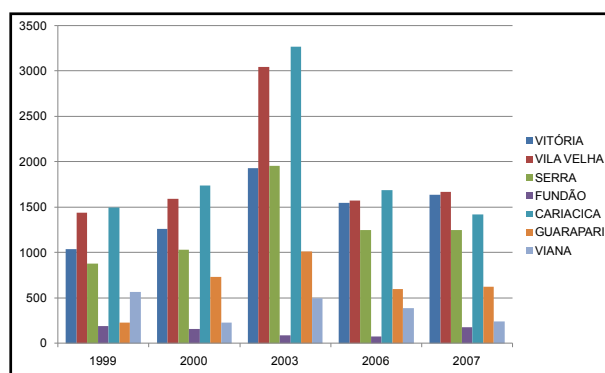
Ao relacionar os dados desses municípios estudados com o Espírito Santo e com o Brasil, nota-se que eles estão em consonância, pois, segundo o Datasus³, o CMI do Espírito Santo é 15,4 e o do Brasil é de 16,4.

Estudos⁶ nos mostram que a implantação da ESF foi um dos fatores que contribuiu para a queda das taxas de mortalidade infantil, entretanto vale lembrar que o impacto das medidas assistenciais e sanitárias sobre a mortalidade infantil é limitado, provocando uma redução até um

patamar que tende a não ser ultrapassado, a não ser que incidam sobre as desigualdades sociais existentes⁷.

O Gráfico 4 mostra o número do total de internações por doenças do aparelho circulatório dos municípios da RMGV, nos anos de 1999, 2000, 2003, 2006 e 2007. Ao analisar o gráfico, nota-se que Vitória, Vila Velha, Serra e Guarapari sofreram aumento, enquanto Fundão, Cariacica e Viana tiveram queda nesses números, comparando o ano de 1999 com o de 2007.

Gráfico 4 – Número do total de internações por doenças do aparelho circulatório dos municípios da RMGV, nos anos de 1999, 2000, 2003, 2006 e 2007



Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

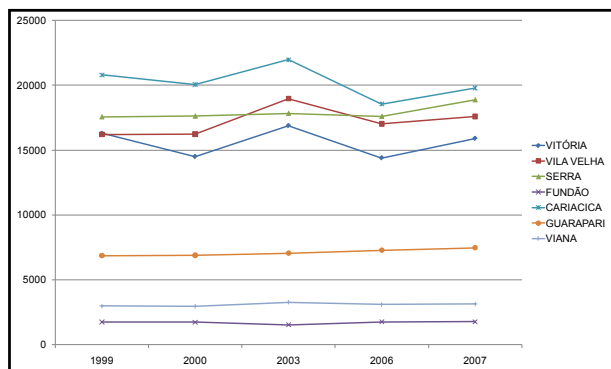
Dados do Ministério da Saúde mostram que 300 mil pessoas morrem anualmente de doenças cardiovasculares no País. Em 2005, esse agravo foi responsável pela morte de 283.927 mil brasileiros, o dobro do número de mortes por todos os tipos de câncer, representando 28,2% dos óbitos, sendo a primeira causa de morte também no Brasil³.

Espera-se que a expansão da cobertura da atenção primária reduza o número de internações por doenças e agravos passíveis de promoção da saúde e prevenção de doenças. É de se esperar a queda desse indicador, pois a ação da ESF não foca somente o controle das patologias mais prevalentes, mas também o desenvolvimento de programas de atividade física, cessação do tabagismo, educação em saúde, prevenção primária e rastreamento de fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou cerebrovasculares¹⁶.

O Gráfico 5 representa o total de internações por ano de competência. É possível constatar que os municípios de Vitória, Fundão e Cariacica tiveram queda no número total, enquanto os municípios de Vila Velha, Serra, Guarapari e Viana apresentaram aumento. Pode-se atribuir essa queda ao fato de patologias antes tratadas em regime hospitalar serem passíveis de atenção ambulatorial ou domiciliar com

o acompanhamento da ESF, além de a ESF aumentar o acompanhamento da população, ajudando a prevenir doenças⁴.

Gráfico 5 – Número do total de internações por ano de competência dos Municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, nos anos de 1999, 2000, 2003, 2006 e 2007



Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao contrário desse fato, nos municípios com aumento nessa taxa, pode-se supor que há uma melhora do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), com um aumento nas notificações ou mesmo pela melhoria do acesso a esses serviços. É importante considerar também que, com a implantação da ESF, há um aumento da demanda gerado pela reorganização da atenção básica, criando pressão sobre o sistema de referências para a atenção secundária e terciária¹¹, por estar atendendo a uma demanda que até então era inexistente ou reprimida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Dentro da expectativa de uma nova abordagem das políticas de saúde, as práticas em saúde contempladas nos setores da APS, principalmente as inseridas na ESF, são meios de fortalecimento da participação dos indivíduos e de grupos populacionais em processos decisórios que dizem respeito às ações de saúde.

Essas políticas fornecem espaços coletivos de discussão, com o objetivo de potencializar os sujeitos para a ação e transformação de suas condições de vida, uma vez que o usuário é o membro da comunidade com direitos e deveres, e não um receptor passivo de benefícios do Estado.

A partir da análise dos principais avanços, desafios e limites para a efetiva implantação da ESF no Espírito Santo, mais especificamente, nos municípios da RMGV, e do estudo dos indicadores selecionados, pode-se concluir que o

Estado ainda conta com uma cobertura insuficiente da ESF, especialmente considerando os municípios da RMGV, que representam os municípios em condições de maior desenvolvimento, incluindo a Capital do Estado.

Os dados levantados em relação à Cobertura de Imunização nos Municípios da RMGV demonstraram uma queda na cobertura de imunização, caracterizando uma maior organização dos serviços e maior cobertura nos municípios do interior do Estado.

O aumento da Cobertura de consultas de pré-natal corresponde a um avanço esperado com a implantação da ESF, porém ressalta-se que ainda há grandes entraves para que esse acompanhamento pré-natal seja de boa qualidade e acessível a toda a população.

Quanto aos dados do impacto da ESF pelo CMI, nota-se um claro avanço na prestação de assistência à saúde das crianças menores que um ano, demonstrando o impacto da implantação da ESF no CMI.

Houve uma pequena queda no número de internações por doenças cardiovasculares de 1999 a 2007, o que pode ser explicado pelo enfoque da ESF no desenvolvimento de programas de atividade física, cessação do tabagismo, educação em saúde, dentre outros já citados.

Finalizando a análise dos indicadores, o total de internações por ano de competência, tanto apresentou queda como aumento para os municípios da RMGV, o que comprova que a melhora da assistência na APS acarreta diminuição nas necessidades de internações hospitalares, uma vez que, ao focar a prevenção, evitam-se muitas situações mais graves, enquanto, por outro lado, ao se organizar os serviços pela função de coordenação que a APS possui, com a melhoria do SIH e aumento da notificação, pode-se observar um discreto aumento do número de internações.

Portanto, a partir do conhecimento da realidade do Estado do Espírito Santo em termos de metas alcançadas com a implantação da ESF, são inegáveis os inúmeros avanços conquistados, porém ainda há muito para se progredir, e a expansão da ESF é de fundamental importância para se atingir metas propostas e para alcançar uma melhor qualidade da atenção à saúde.

AGRADECIMENTOS |

À Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, representada pela assessora técnica, Márcia Siqueira Portugal, pela sua contribuição essencial à concretude deste trabalho.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Aleixo MLJ. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Rev Mineira de Saúde Pública* 2002; 1: 2-16.
- 2 - Brasil. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadernos de informações de saúde. Brasil. [citado 2009 ago 19]. Disponível em: URL: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls.
- 4 - Castro MSM. A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- 5 - Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida Can. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 739-43.
- 6 - Cruz MGB. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da Saúde da Família. *Rev Esc Enferm* 2005; 39(1): 28-35.
- 7 - Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(7): 1511-28.
- 8 - Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 303-10.
- 9 - Lourenção LG, Soler ZASG. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. *Arq Ciênc Saúde* 2004; 11(3):158-62.
- 10 - Luz M. Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: Editora CEPESC – IMS/UERJ - ABRASCO; 2007.
- 11 - Machado ENM, Fortes FBCTP, Somarriba, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Cien Saúde Colet* 2004; 9(5):99-111.
- 12 - Moura ERF, Holanda F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6):1791-99.
- 13 - RIPSAs. Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.
- 14 - Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda.; 1994.
- 15 - Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- 16 - Xavier AJ, Reis SS, Paulo EM, d'Orsi E. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1543-51.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Rosa Murad Szpilman

Rua Desembargador Carlos Xavier Paes Barreto, nº 380, apto 904

Mata da Praia - Vitória- ES

CEP: 29065-330

e-mail: szpanarm@yahoo.com.br