

O IMPACTO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE DOIS TERRITÓRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Autores: Agrimeron Cavalcante da Costa; Andreia Ferreira Alves; Cristiane Reimondini Daniele Bucky; Lucilene Renó Ferreira; Mario Silva Monteiro; Olivia Marie Gaube; Roberta de Almeida Soares; Sônia Maria de Almeida Figueira.

- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM

Resumo:

O presente estudo aborda duas Supervisões de Saúde do Município de São Paulo: STS Pirituba, localizada na região norte do município de São Paulo e STS Vila Prudente/Sapopemba, localizada na região sudeste do município de São Paulo, onde houve uma significativa expansão da atenção primária a saúde a partir de 2001 com a implantação da Estratégia Saúde da família. Nestes territórios, parte significativa dos Serviços da Atenção Primária e a totalidade dos serviços de Estratégia Saúde da Família são gerenciados pela Associação Paulista de Medicina – Programa de Atenção Integral à Saúde (SPDM/PAIS), através da modalidade Contrato de Gestão desde 2008 em Sapopemba e desde 2015 em Pirituba e desde 2001 através de convênio firmado entre a SMS e a SPDM para implantação da ESF. O estudo descreve a evolução dos indicadores de saúde Coeficiente de Mortalidade e Mortalidade Proporcional por Diabetes Mellitus, Doenças Cerebrovasculares, Doenças isquêmicas do Coração na faixa etária de 30-59 anos e Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose entre os anos de 2001 a 2016, além dos dados de Mortalidade Infantil de 2002 a 2016, dos referidos territórios buscando identificar relação com a expansão dos serviços de atenção básica a saúde. Identifica-se que nos referidos territórios houve melhora significativa dos indicadores estudados.

O IMPACTO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE DOIS TERRITÓRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Introdução

No Brasil, a Atenção Básica (AB) à saúde, ou Atenção Primária à Saúde compreende atividades que consomem tecnologia simples e estão direcionadas para a promoção e prevenção da saúde para a população distribuída em áreas geográficas predefinidas (VICTORA, BARRETO, e DO CARMO LEAL, 2011). No contexto de acesso, é caracterizada como a porta de entrada para o SUS, é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas e deve ser o contato preferencial do usuário com o Sistema de Saúde, uma vez que sua competência implica em promover ações que abordem não apenas o contexto da doença, mas também permita boas práticas de hábitos saudáveis e a longevidade (MENDES,2011; BRASIL, 2010; CUNHA e GIOVANELLA,2011).

Em 2006, foi lançado no Brasil, o Pacto pela Saúde que fortaleceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no país, estabelecendo as diretrizes e normas para sua organização e fortalecendo suas ações através da Portaria nº 648 de 2006, que foi revista em suas diretrizes, na Portaria 2436 de 2017 (BRASIL, 2017a).

Dentre os eixos norteadores definidos pelo Ministério da Saúde para a PNAB e para a Estratégia Saúde da Família (ESF), temos:

Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. (BRASIL, 2017.a p. 70).

Na sequência histórica da implantação do Sistema Único de Saúde, precedendo legalmente a Política da Atenção Básica, em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) no Ceará e em 1994 o PACS foi estendido para todo país, já permeado pela lógica da atuação no território e nos determinantes de saúde individuais e coletivos. O Programa, porém, apenas foi regulamentado em 1997 com a descentralização dos recursos do SUS e permitiu suporte de saúde à comunidade, mesmo nos locais mais remotos, reorientando a assistência domiciliar e ambulatorial subsidiando e fortalecendo o caminho para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) que é a estratégia fundamental da Atenção Básica no cenário atual (VICTORA, BARRETO, e DO CARMO LEAL, 2011; LIMA,2008; BRASIL, 2001).

A cobertura populacional estimada na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família no país mostram resultados satisfatórios associados as condições de vida e de saúde da população.

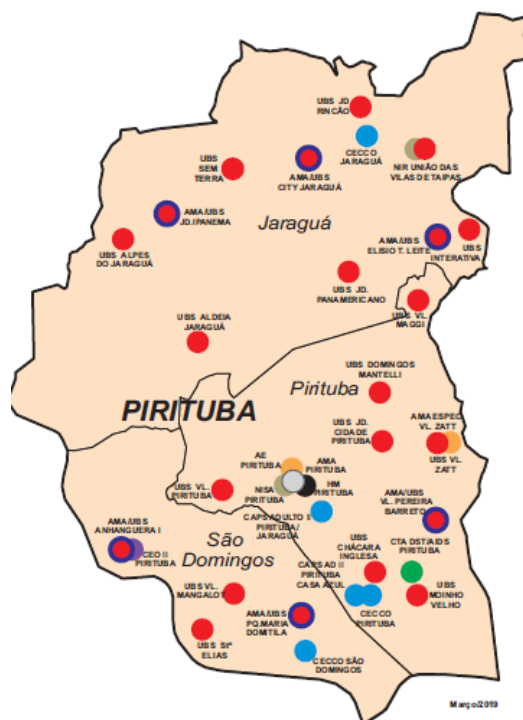
No contexto da implantação de serviços de Atenção Básica, no município de São Paulo, o Programa de Saúde da Família foi implantado em 1996, com a parceria entre os Governos Federal, Estadual e o Hospital Santa Marcelina, no bairro de Itaquera (FILHO, 1999). No entanto, foi por meio do decreto nº 44.544, de 16 de dezembro de 1999, que instituiu no Estado de São Paulo o Programa de Saúde da Família, sob a denominação de QUALIS/PSF, com objetivo de reorientar a assistência à saúde mediante ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, com áreas de abrangência definidas, que o novo modelo se instala de forma definitiva (SÃO PAULO, 1999). Porém é em 2001 que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo assume a implantação deste modelo de atenção à saúde e para tal estabelece convênios de parcerias com organizações sociais da sociedade civil. E a partir de 2008 estes convênios foram substituídos por contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde e ampliados em 2015.

O município de São Paulo, dada a sua dimensão, com uma população de 11.696.088 habitantes (2017) teve o seu território dividido em instâncias regionais, atualmente constituídas de Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, para desenvolvimento e gestão das ações de Saúde com descentralização da gestão dos serviços.

A cobertura de Atenção Básica no município de São Paulo no ano de 2007 era de 25,12% com uma população de 11.016.703 habitantes, sendo 2.766.900 inseridos no escopo de ações da Atenção Básica/ESF. Em março de 2019 esta cobertura encontra-se em 38,7%, por Estratégia de Saúde da Família (4.712.355 pessoas) e 63,01% de cobertura por Equipes de Atenção Básica (7.672.785 pessoas), numa população total de 12.176.866 (BRASIL b, 2017).

Neste estudo, abordamos duas Supervisões de Saúde: STS Pirituba, localizada na região norte da cidade e STS Vila Prudente/Sapopemba, localizada na região sudeste da cidade, onde houve uma significativa expansão da atenção primária à saúde a partir de 2001 com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Nestes territórios, parte significativa dos Serviços da Atenção Primária e a totalidade dos serviços de Estratégia Saúde da Família são gerenciados pela Associação Paulista de Medicina – Programa de Atenção Integral à Saúde (SPDM/PAIS), através da modalidade Contrato de Gestão desde 2008 em Sapopemba e desde 2015 em Pirituba, e desde 2001 através de Contrato por Convênio firmado entre a SMS e a SPDM para implantação da ESF.

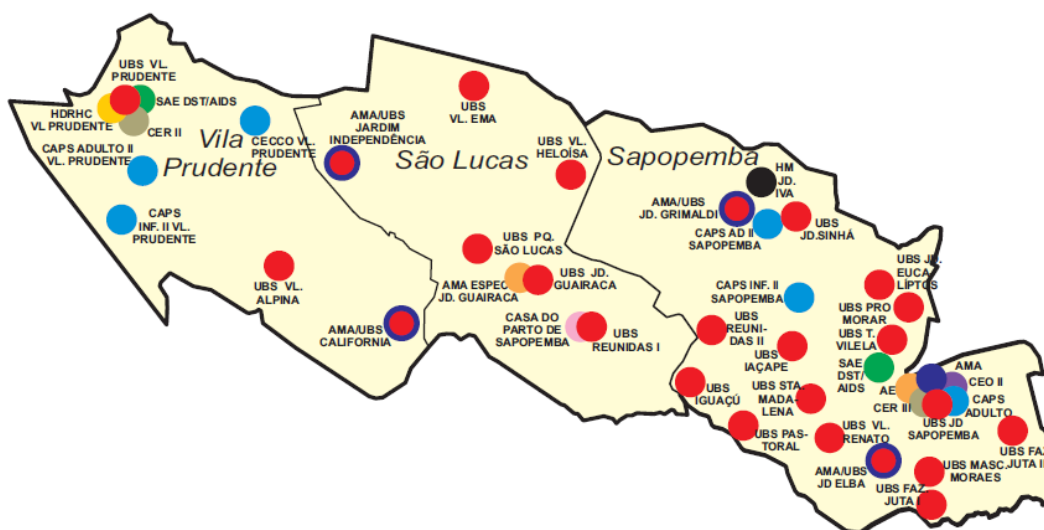
STS Pirituba



Fonte: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19281#nor

Na STS Pirituba a cobertura de ESF em 2017 apresentava-se em 40,5% e em 59,3% quando considerada a ESF/EAB, com 56 Equipes de Saúde da Família e 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A região abrange os distritos de Pirituba, Jaraguá e São Domingos e segundo dados estimados para 2019 da Prefeitura Municipal de São Paulo, totaliza uma população de 467.415 habitantes com predomínio na faixa etária de 25-34 e 35-44 anos, seguida da população de 15-24 anos respectivamente. Apresentou coeficiente de mortalidade geral (/1.000 hab) de 6,2 (maior que do que o município – 5,8) e coeficiente de incidência de Tuberculose (/100.000 habitantes) de 44,6 em 2017. A região tem duas aldeias indígenas, Tekoa Ytu e Tekoa Pyau.

STS Vila Prudente/Sapopemba



Fonte: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19281#nor

Na STS VP/Sapopemba a cobertura de ESF em 2017 apresentava-se em 59,6% e em 82,5% quando considerada a ESF/EAB com 108 Equipes de Saúde da Família e 23 Unidades Básicas de Saúde. A região abrange o distrito de Sapopemba, São Lucas e Vila Prudente, totalizando 536.905 habitantes, segundo dados estimados para 2019 da Prefeitura Municipal de São Paulo com predomínio na faixa etária de 25-34 e 35-44 anos, seguida da população de 15-24 anos respectivamente. Apresentou coeficiente de mortalidade geral (/1.000 hab) de 5,8 (igual ao valor apresentado pelo município) e coeficiente de incidência de Tuberculose (/100.000 habitantes) de 37,9 em 2017.

Objetivos

Descrever a expansão da cobertura de Atenção Básica, especialmente da ESF e a evolução dos indicadores de saúde nos territórios das STS Pirituba e Vila Prudente/Sapopemba.

Metodologia

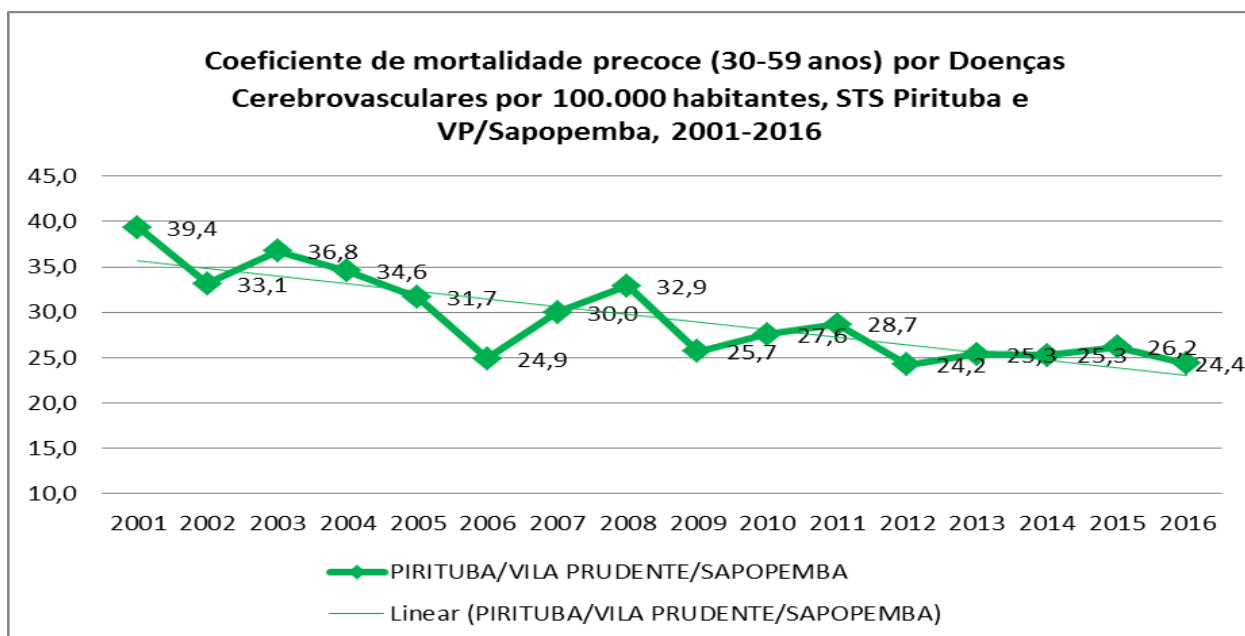
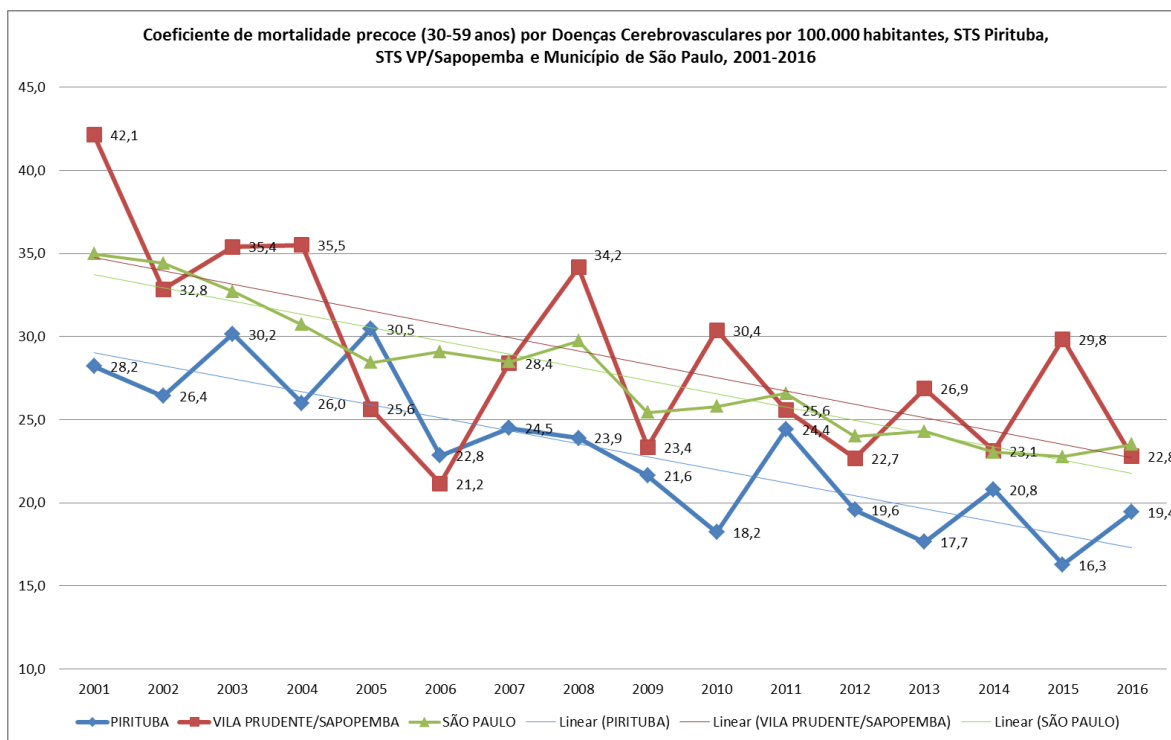
Estudo descritivo dos indicadores de saúde: Coeficiente de Mortalidade e Mortalidade Proporcional por Diabetes Mellittus, Doenças Cerebrovasculares, Doenças isquêmicas do Coração na faixa etária de 30-59 anos e Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose entre os anos de 2001 a 2016, além dos dados de Mortalidade Infantil de 2002 a 2016, dos territórios definidos, a partir de fonte de dados secundários.

Resultados

Apresentamos a seguir os resultados do estudo da evolução dos indicadores de saúde definidos, nas duas Supervisões Técnicas de Saúde, a partir de 2001 quando se deu a expansão da

atenção básica com a implantação da ESF nestes territórios comparados aos valores do Município de São Paulo no mesmo período.

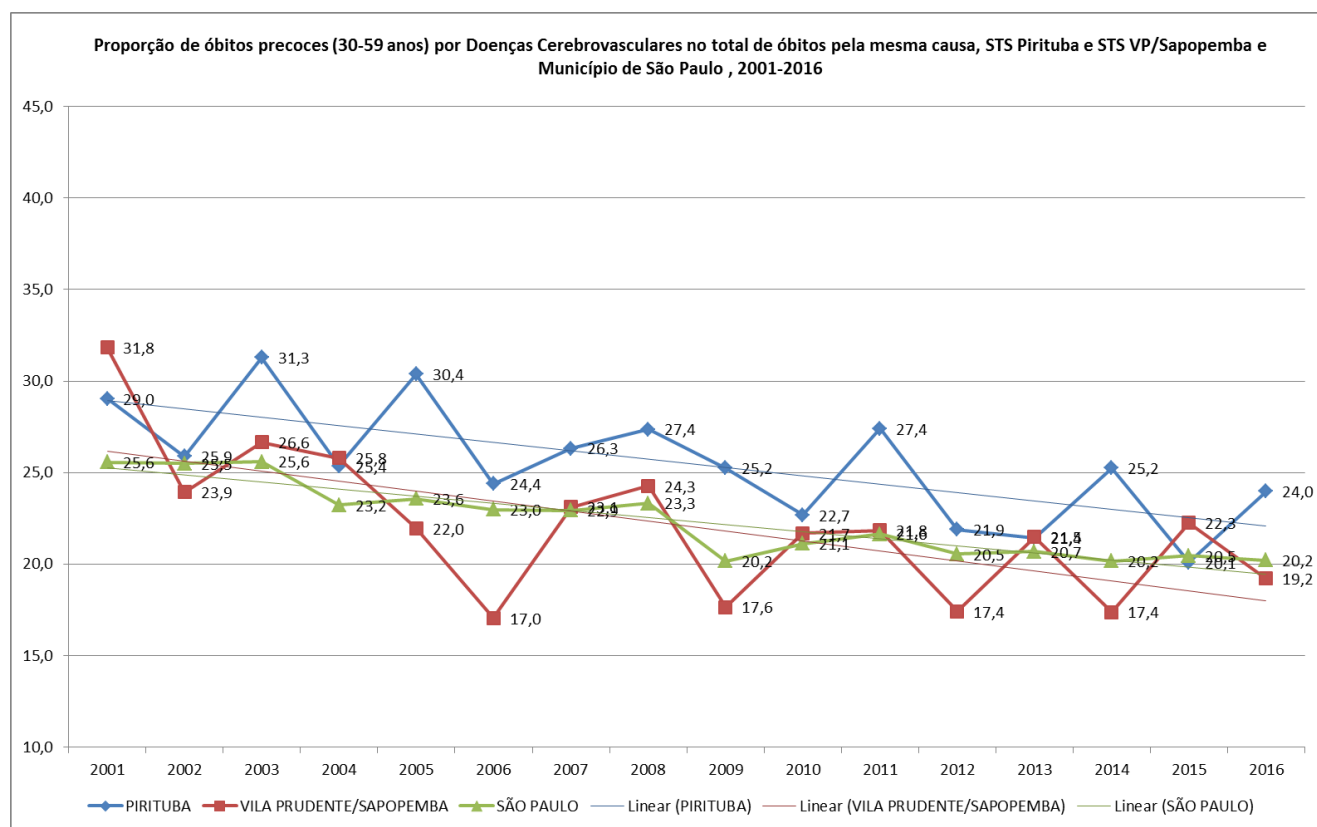
Seguem os dados de Coeficiente de Mortalidade e Taxa de Mortalidade Proporcional por Doenças Cerebrovasculares.

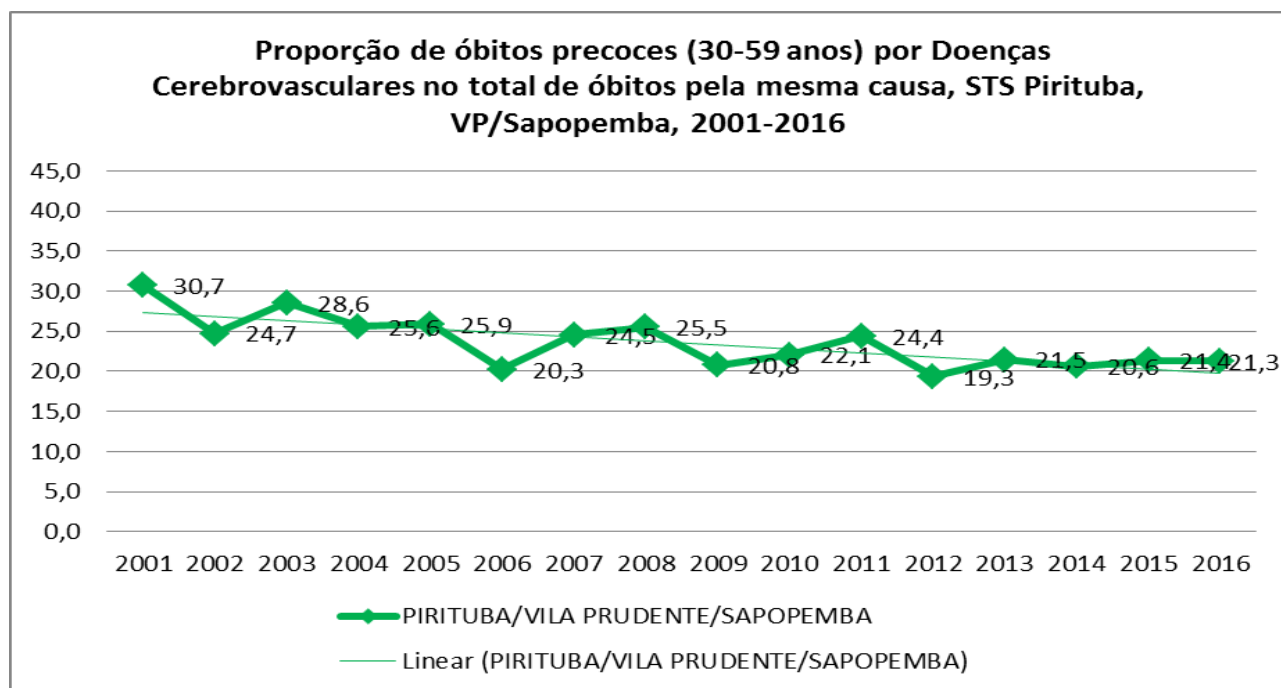


Ao analisarmos os coeficientes de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares na faixa etária de 30-59 anos, observamos uma redução de 31,2% na STS Pirituba e 45,8% na STS

Sapopemba. Na análise conjunta das duas STSs observamos uma redução de 38% entre os anos de 2001 a 2016. O que nos permite inferir, embora sem evidência metodológica de causalidade, que as ações de atenção básica a saúde, privilegiando ações de prevenção e promoção a saúde, além de ações assistenciais contribuíram para esta curva descendente da mortalidade por doenças cerebrovasculares na população abaixo de 60 anos de idade.

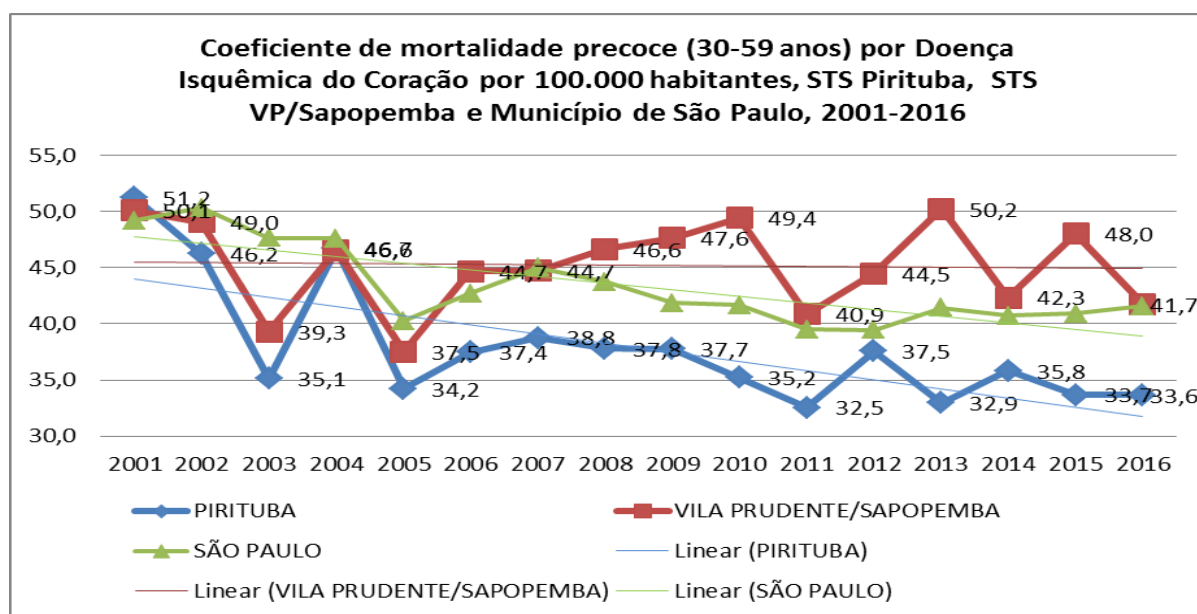
Em estudo desenvolvido por Rasella et al. 2014, sobre o impacto da Atenção Primária na mortalidade por doenças cerebrovasculares entre os anos de 2000 a 2009, foi identificado que a mortalidade por AVC foi 31% menor e por doenças cardiovasculares foi 36% menor nos municípios com cobertura ESF >70%, corroborando com os resultados encontrados em nosso estudo.

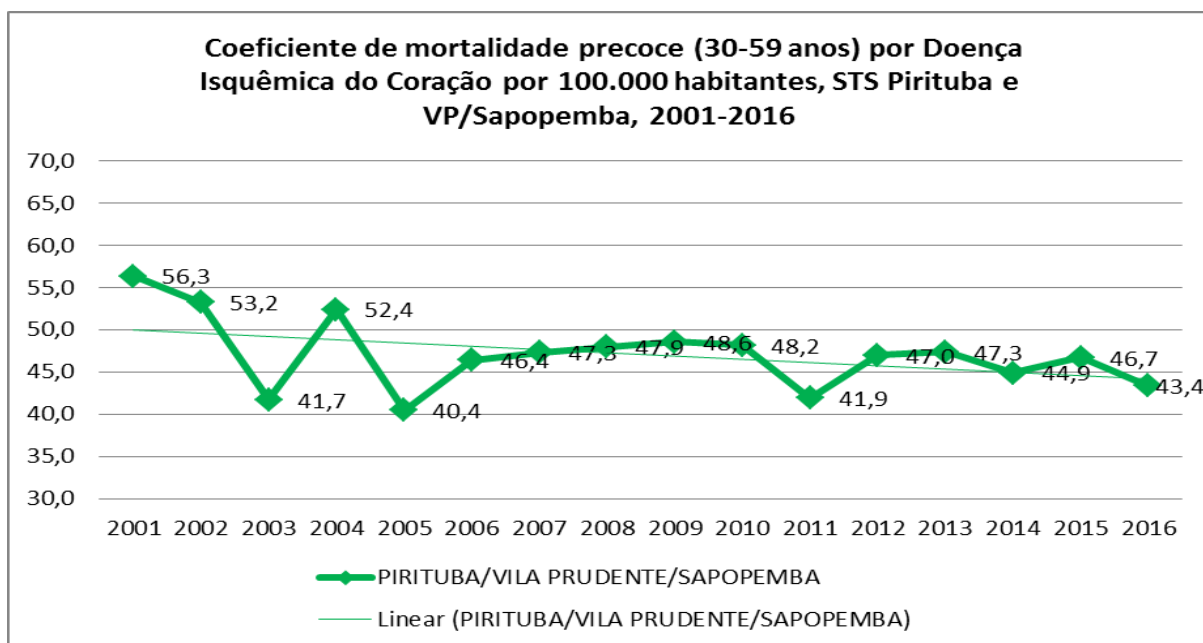




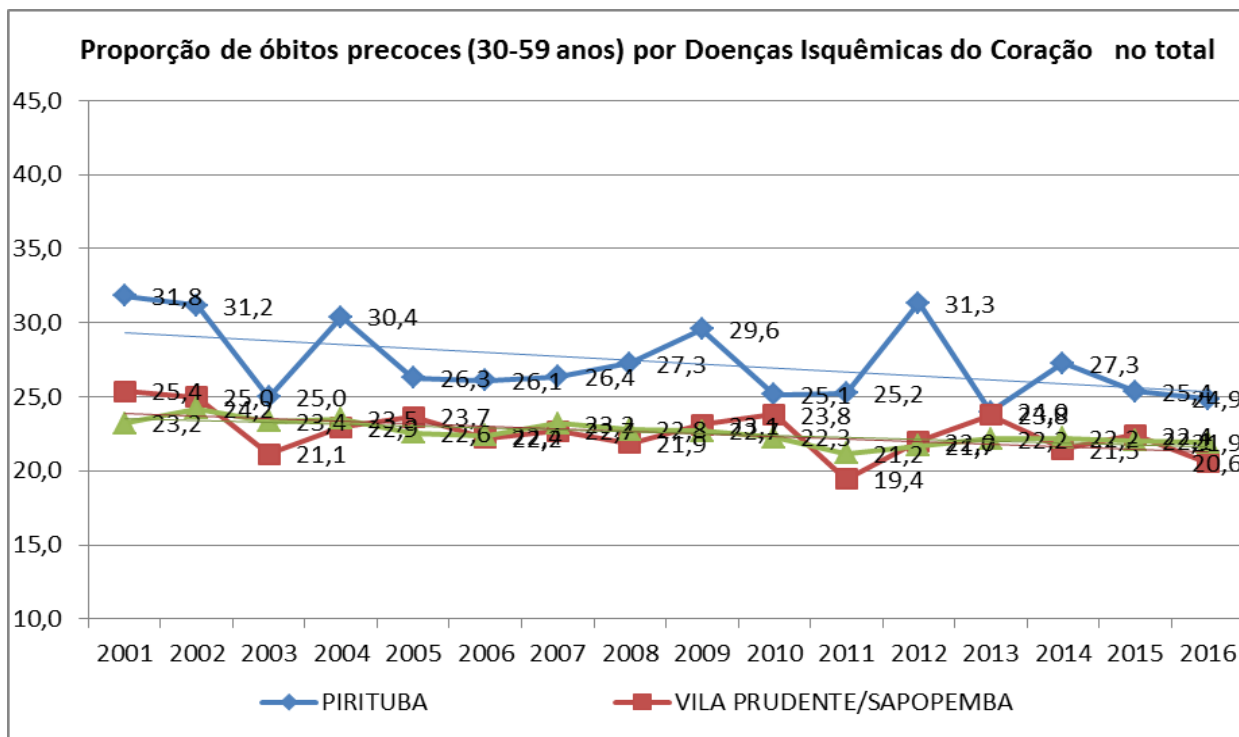
Na análise da Mortalidade proporcional também é observada uma redução de 39,6% na STS VP/Sapopemba e 17,2% na STS Pirituba. E ao analisarmos as duas STSs temos uma redução de 30,6%. Dessa forma, verificamos uma redução de menor intensidade quando avaliamos a mortalidade dos jovens pelas Doenças Cerebrovasculares de forma proporcional às demais causas, sendo importante a intensificação das ações de prevenção e promoção de saúde associadas às Doenças Crônicas e controle de fatores de risco entre os adultos jovens.

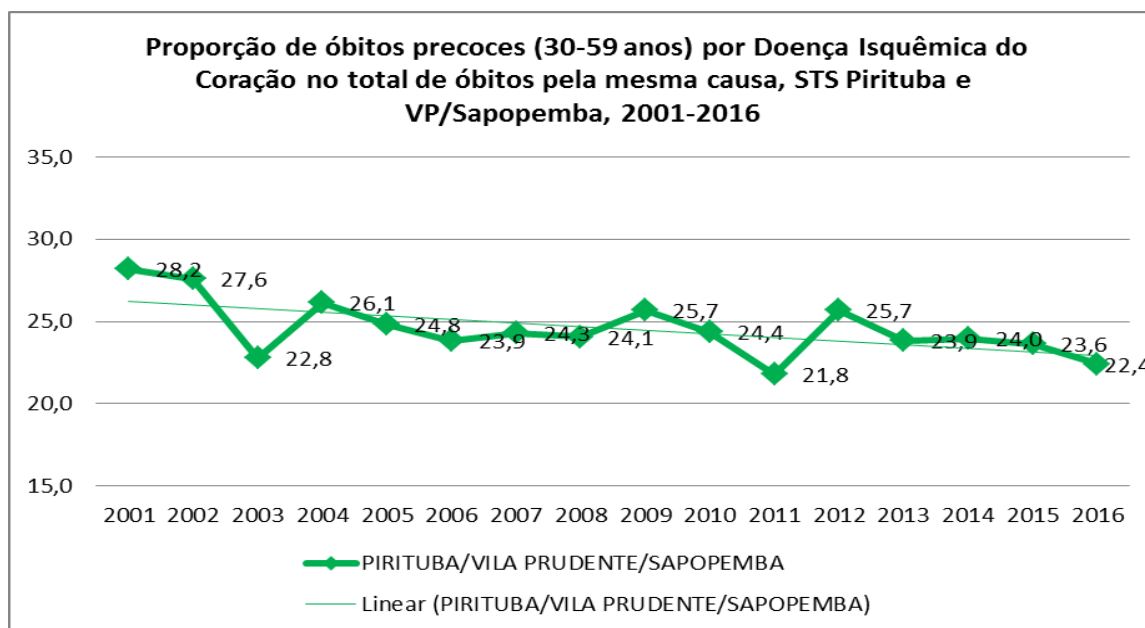
Apresentamos a seguir os dados de Coeficiente de Mortalidade e taxa de Mortalidade Proporcional por Doenças Isquêmicas do Coração.





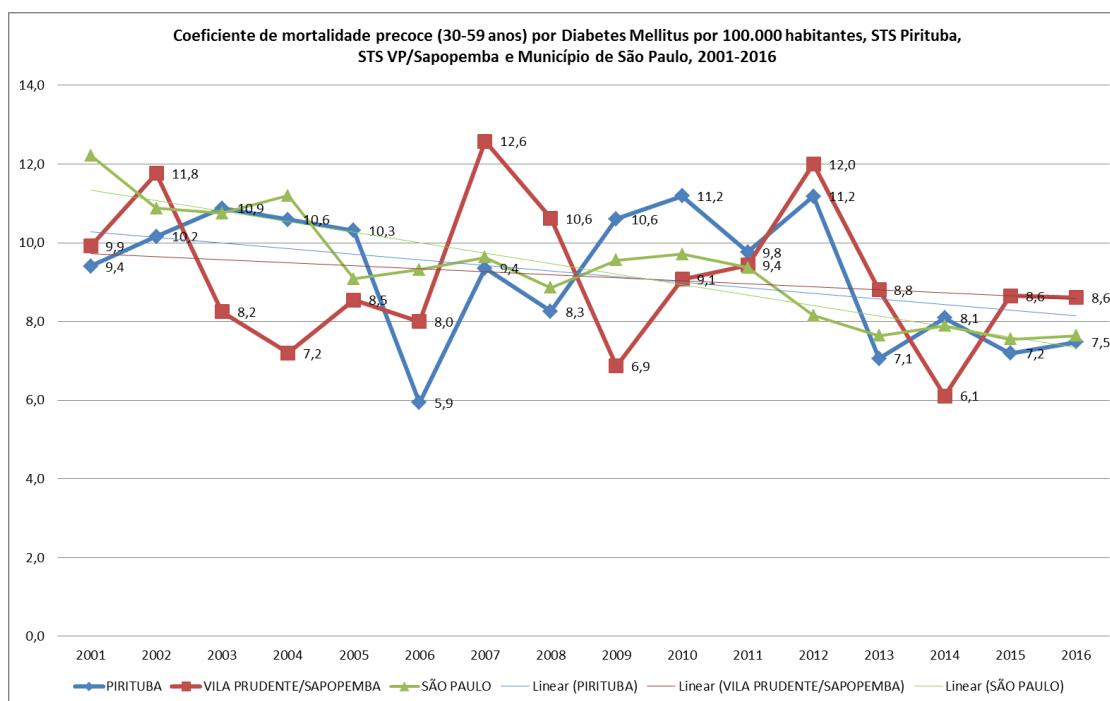
Ao analisarmos os coeficientes de mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração na faixa etária de 30-59 anos, observamos uma redução de 34,3% na STS Pirituba e 16,7% na STS Sapopemba. Na análise conjunta das duas STS observamos uma redução de 23% entre os anos de 2001 a 2016. Na região Sudeste do Brasil, houve um aumento de 5% do coeficiente entre os anos de 2001 e 2011(BRASIL, 2011).

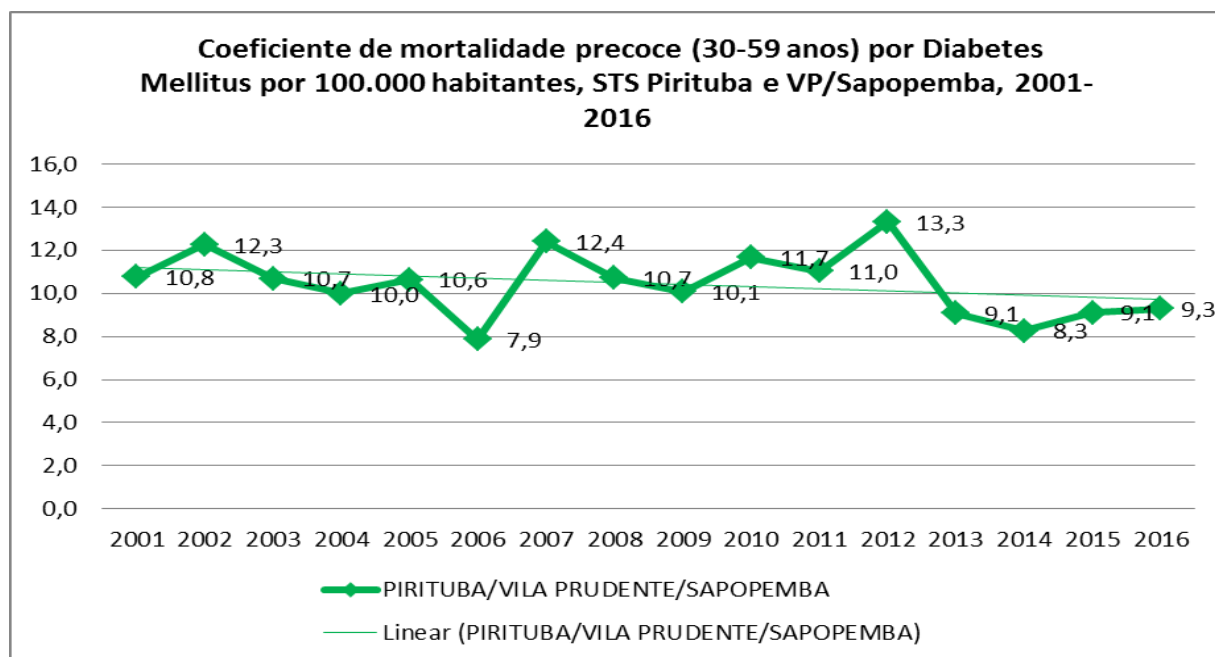




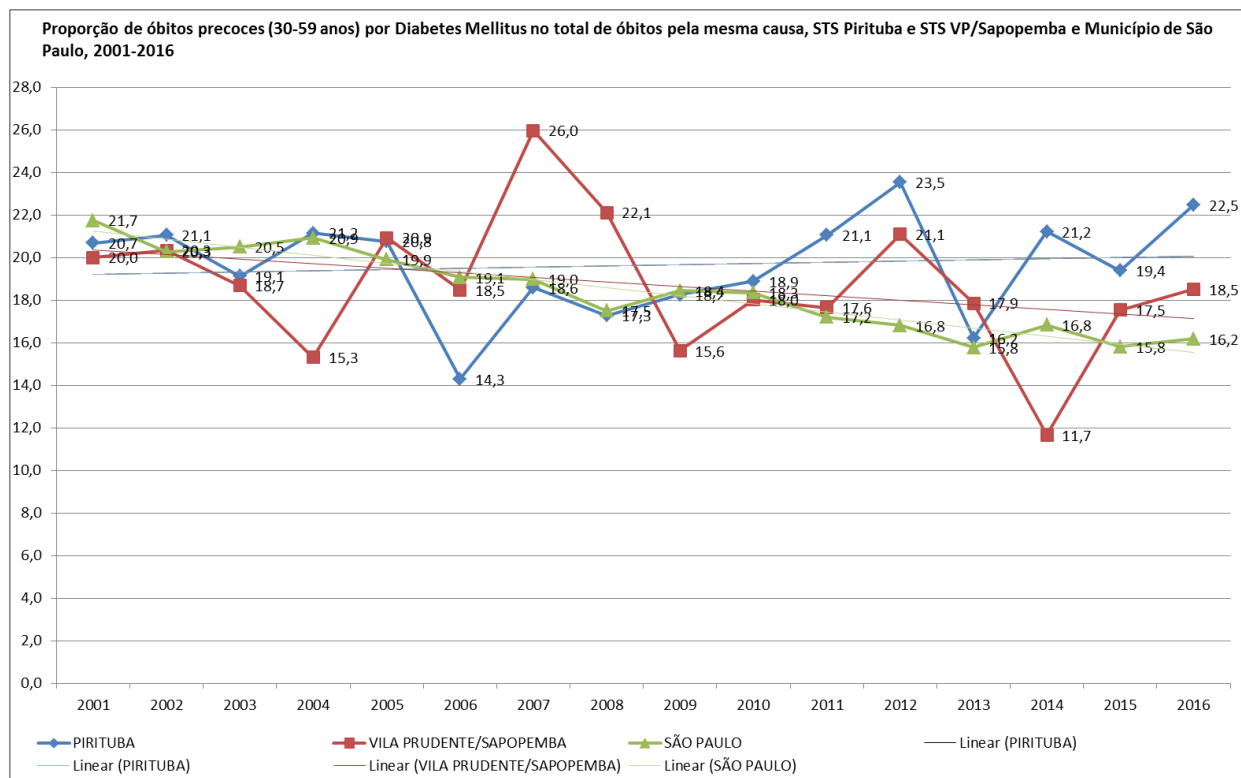
Ao analisarmos os dados de Mortalidade proporcional por Doenças Isquêmicas do Coração, observamos que a redução foi de 18,9% na STS VP/Sapopemba e 21,7% na STS Pirituba. E ao analisarmos as duas STSs temos uma redução de 20,6%. Dessa forma, verificamos uma redução semelhante, porém de menor intensidade quando avaliamos a mortalidade dos jovens pelas Doenças Isquêmicas do Coração de forma proporcional as demais causas de mortalidade.

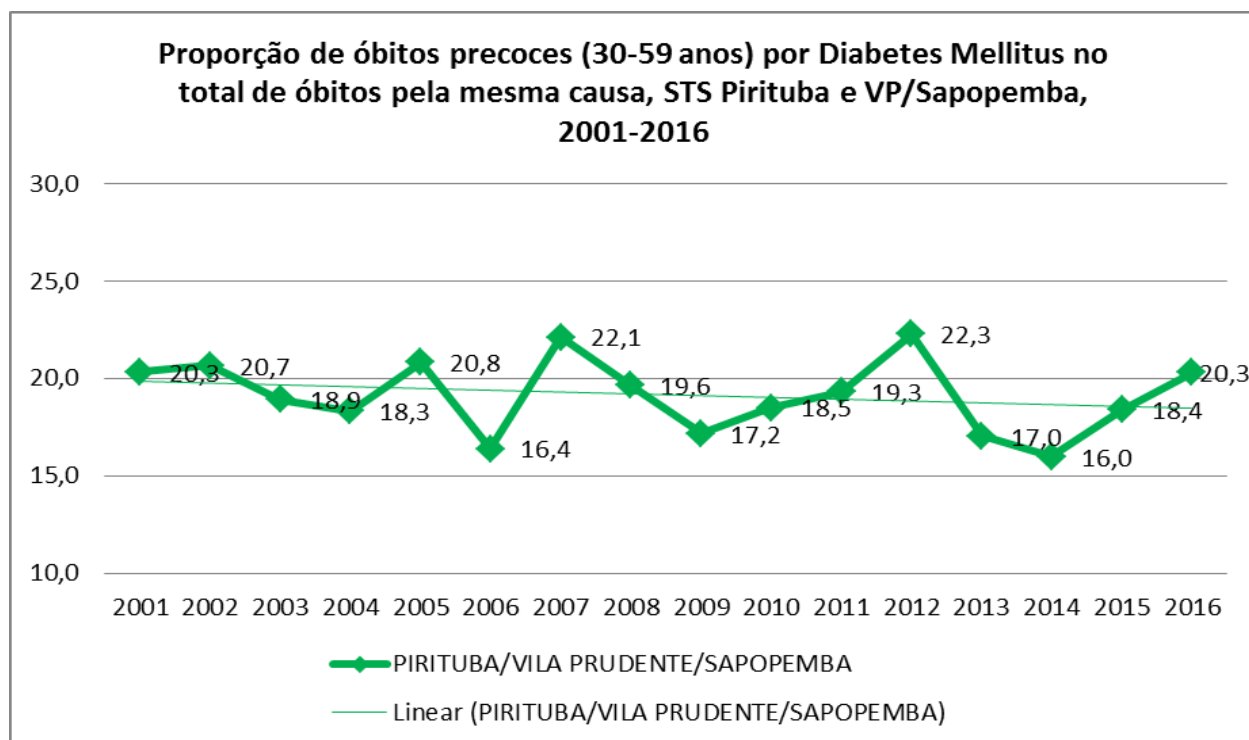
Apresentamos a seguir os dados de Coeficiente de Mortalidade e taxa de Mortalidade Proporcional por Diabetes Mellittus.





Ao analisarmos os coeficientes de mortalidade por Diabetes Mellitus na faixa etária de 30-59 anos, observamos uma redução de 11,4% na STS Pirituba e 13,1% na STS Sapopemba. Na análise conjunta das duas STS observamos uma redução de 13,8% entre os anos de 2001 a 2016. Na região Sudeste do país, o coeficiente de Mortalidade por DM aumentou em 23,2% entre os anos de 2001 a 2011(Brasil, 2011).

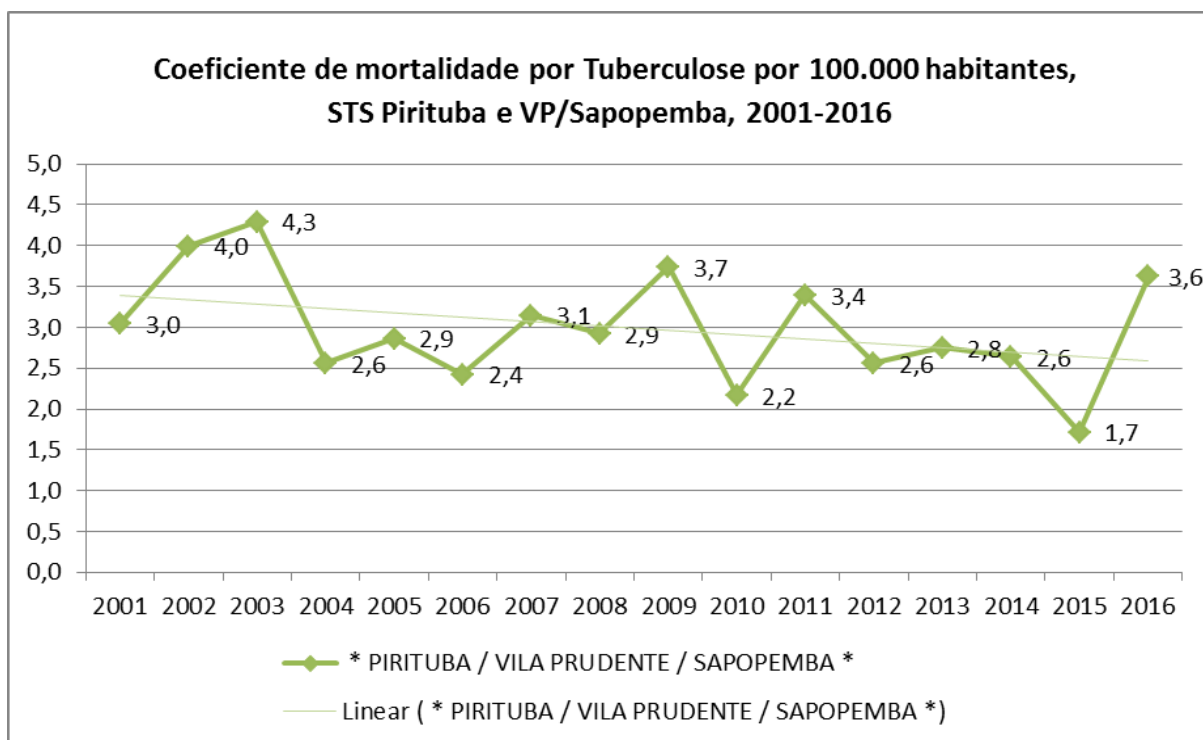
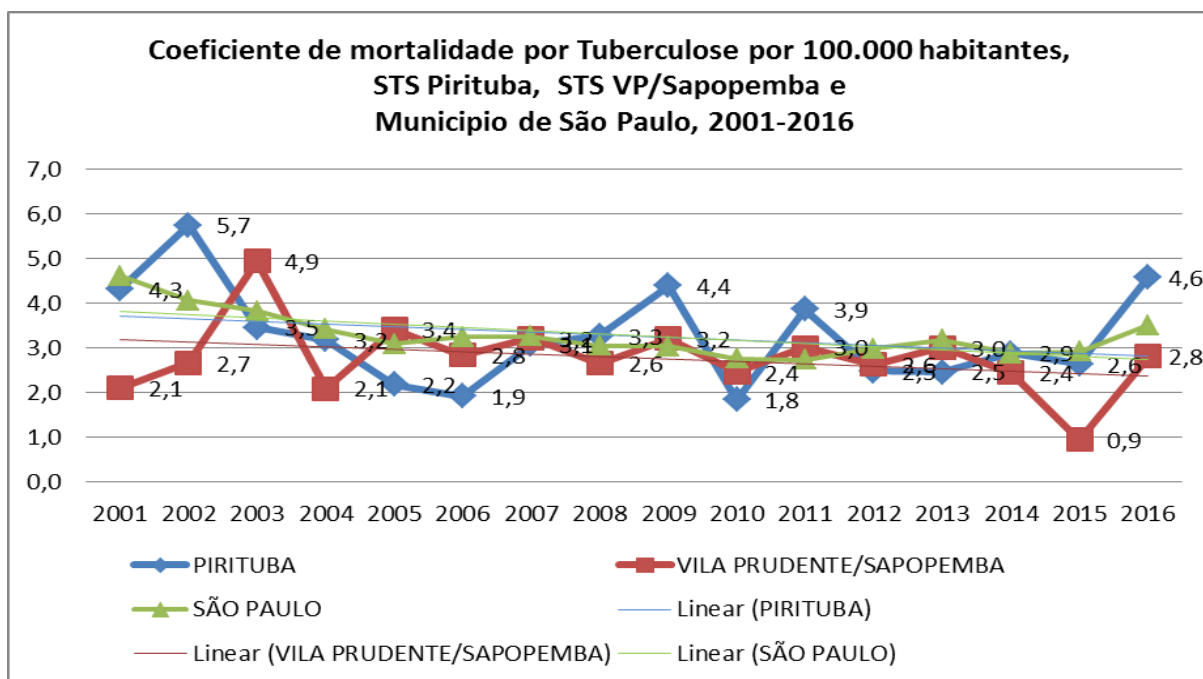




Ao analisarmos os dados de Mortalidade proporcional por DM, observamos que a redução foi de 7,5% na STS VP/Sapopemba e um aumento de 8,7% na STS Pirituba. E ao analisarmos as duas STSs observamos uma manutenção no número de casos. Dessa forma, embora tenha havido uma redução discreta do coeficiente de mortalidade, com redução de óbitos por DM entre adultos jovens, entre os indivíduos que morrem por DM, a população de adultos jovens continua estável. Considerando a condição crônica do DM e suas repercussões fisiológicas na ausência do controle adequado, incluindo fatores alimentares, de atividade física, de redução do tabaco, dentre outros, é importante avaliar quais são as ações que podem e devem ser intensificadas para a melhoria dos índices. Destaca-se também que nessa faixa etária podem estar inseridos os indivíduos portadores de Diabetes Mellitus Tipo I adquiridos na infância, bem como indivíduos portadores de Diabetes Mellitus Tipo II que adquiriram a doença já na idade adulta, apresentando impacto das repercussões, tratamento, abordagens terapêuticas e preventivas distintas, bem como possibilidades de prevenção do aparecimento da doença distintas.

De qualquer modo a evolução deste indicador nos territórios estudados apresenta resultados melhores que a média nacional.

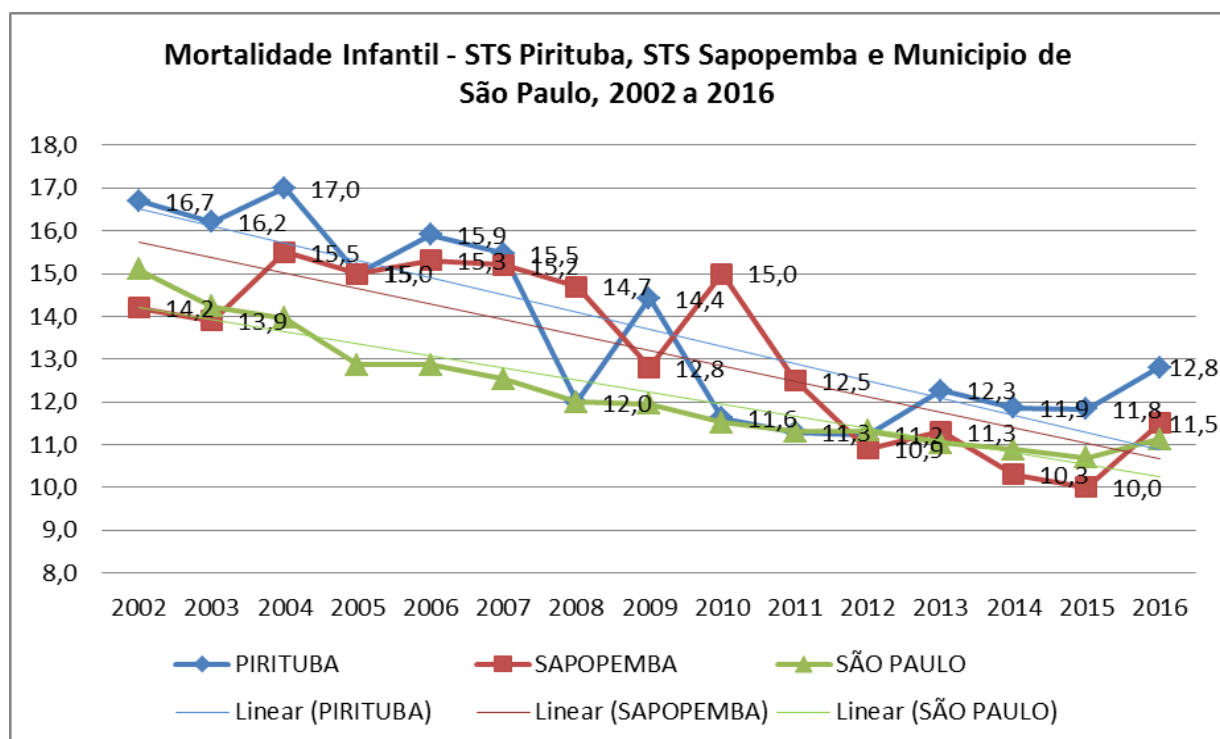
Apresentamos a seguir os dados de Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose.



Ao analisarmos os coeficientes de mortalidade por Tuberculose, observamos um aumento de 6,9% na STS Pirituba e 33% na STS Sapopemba. Na análise conjunta das duas STSs observamos um aumento de 20% entre os anos de 2001 a 2016. Destacamos que mesmo observando o aumento dos coeficientes, em todas as situações observa-se uma linha de tendência de redução no período. Também reforça-se a importância de avaliar essa informação de forma conjunta

com o coeficiente de incidência, à medida em que tais índices podem aumentar à medida em que aumentam-se os casos notificados a partir de busca ativa e ações de conscientização e orientações. Ainda assim, reforçamos que os óbitos por Tuberculose devem ser trabalhados à medida em que normalmente repercutem as dificuldades de adesão ao tratamento, abandono que gera a resistência antimicrobiana, bem como questões associadas à condição nutricional e tabagismo do doente. Ações devem ser intensificadas na Atenção Primária, com o objetivo de controlar os fatores de risco e intensificar a busca ativa de casos e o tratamento adequados desses usuários.

Apresentamos a seguir os dados de Mortalidade Infantil nos territórios.



Nos gráficos acima podemos observar uma redução de 23,3% na STS Pirituba e de 19% na STS Sapopemba entre os anos de 2002 e 2016.

As ações na APS exercem papel fundamental na redução das taxas de Mortalidade Infantil, à medida em que ofertam um acompanhamento de Pré-Natal com qualidade, garantindo assistência à saúde adequada à gestante, garantindo a oferta de consultas, exames, detecção precoce e tratamento de doenças maternas, além do acompanhamento próximo da puérpera e recém-nascido, acompanhando o processo de aleitamento materno, nutrição adequada e desenvolvendo ações de orientação de cuidados e prevenção de doenças no primeiro ano de vida. Na região Sudeste do Brasil, a taxa de mortalidade foi de 22,01 no ano de 2001 para 15,01 no ano de 2011 (BRASIL, 2011). No Município de São Paulo, a taxa de Mortalidade Infantil foi de 15,1 para 11,13 entre os anos de 2001 a 2016 (SÃO PAULO, 2016).

Discussão

Macinko e Claunara (2018) em seu artigo sobre resultados a partir do modelo de Atenção Primária à Saúde da Estratégia Saúde da Família, em revisão de artigos publicados

com a temática de resultados em cada um dos atributos da Atenção Básica, também comparados a países desenvolvidos, mostrou evidências da expansão da ESF sobre o impacto na redução da Mortalidade Infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária.

Em relação à Mortalidade Infantil, Macinko, Guanais e Souza, 2006, destacaram que em 20 anos, a MI no Brasil caiu 61,7% entre os anos de 1990 e 2010 e que a expansão da ESF teve grande influência nesses índices à medida em que desenvolveu atividades voltadas à cobertura vacinal, controle das questões nutricionais e de acesso e qualidade ao pré-natal e aleitamento materno. Brentani et al, 2016, também destaca ao avaliar a mortalidade infantil a partir de dados de um hospital de grande porte do município de São Paulo, uma redução na mortalidade em 42% com destaque ao período neonatal. Aquino, Oliveira e Barreto, 2009, também destacam em levantamento comparativo com a cobertura de ESF e dados de Mortalidade Infantil uma redução das taxas entre 1996 e 2004 proporcional ao aumento da cobertura do Programa, embora sem significância estatística apresentada.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, é importante destacar que essa temática e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, correspondem a duas das prioridades estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde para 2019, reforçando os compromissos determinados pela Declaração de Astana de 2018 em conferência global no Cazaquistão, co-organizada pela OMS onde todos os países renovaram seu compromisso com a atenção primária de saúde oficializado anteriormente na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (OMS, 2018a).

Segundo a OMS as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares – são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes no mundo (o equivalente a 41 milhões de pessoas). Isso inclui 15 milhões de pessoas que morrem prematuramente, ou seja, com idade entre 30 e 69 anos e mais de 85% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda, sendo imprescindível a atuação da APS nos fatores de risco principais como o tabagismo, alimentação inadequada e inatividade física. Ainda em relação às doenças crônicas, uma das metas mundiais prevista no Relatório Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 2014, refere-se a Redução relativa da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou pelas doenças respiratórias crônicas em 25% até 2030 (OMS, 2014).

Em pesquisa desenvolvida em 27 países da União Europeia, a partir de entrevistas com usuários, Hansen et al, 2015, demonstraram que os pacientes com condições crônicas (incluindo Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, dentre outras) foram mais beneficiados no controle de sua saúde, em países com modelos mais fortalecidos de Cuidado Primário, com destaque à coordenação do cuidado, continuidade e maior oferta de serviços e procedimentos nesse nível de atenção.

Ishitani et al. 2006, em levantamento de dados de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, entre 35 e 64 anos entre os anos de 1999 e 2001 de 98 municípios, associando-os a indicadores sócio econômicos demonstraram associação positiva entre os indicadores de mortalidade e de taxa de pobreza e condições precárias de moradia (óbitos por doenças cerebrovasculares) e a associação inversa com taxa de pobreza e escolaridade e direta com condições precárias de moradia nos óbitos por doenças isquêmicas do coração. Refletimos dessa forma a importância da expansão da ESF nas regiões

de vazios assistenciais e locais de maior vulnerabilidade social para maior contribuição ao acesso e qualidade do cuidado.

Em estudo descritivo ecológico, referente ao período de 2010 a 2017, a partir de dados referentes à hospitalização, desenvolvimento pela Coordenação de Epidemiologia e Informação do município de São Paulo, evidenciou-se uma redução média anual de 3,6% das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, entre os anos de 2010 e 2017. Com destaque para as condições de Hipertensão Arterial Sistêmica e Deficiências Nutricionais em mais de 40%. O estudo também evidenciou, embora sem evidência metodológica de causalidade, que houve no mesmo período estudado um crescimento médio anual de 5,7% da cobertura da APS, podendo indicar relações de aumento do acesso ao cuidado em saúde. Também no período houve redução de mais de 40% nas internações por deficiências nutricionais e por hipertensão, embora as doenças imunopreveníveis ainda estivessem ainda em níveis a serem aperfeiçoados (SÃO PAULO, 2018).

Conclusão

A importância e o impacto das ações da Atenção Primária em Saúde são destacados em diversos estudos e avaliações relacionadas aos índices de morbi mortalidade na população. Cabe refletirmos sobre o caminho já percorrido em relação ao alcance das ações em áreas de maior risco e vulnerabilidade social desde o período de sua implantação com alcances visíveis. Atualmente cabe que novas estratégias sejam desenvolvidas no intuito de garantir oferta integral, longitudinal e de qualidade do cuidado, considerando o perfil da população atual, em especial associadas à transição demográfica e aumento das doenças crônicas não transmissíveis para que novos avanços sejam alcançados. Em relação às doenças infecto contagiosas cabe aprofundar os mecanismos de captação de pacientes, intensificação da cobertura vacinal, tratamento e acompanhamento intensivo desses pacientes garantindo a redução da mortalidade como nos casos de tuberculose. Em relação à Mortalidade Infantil, merecem destaques o avanço da cobertura de pré-natal e acesso aos serviços de saúde para acompanhamento materno-infantil, bem como a intensificação de ações de incentivo ao aleitamento materno e alimentação. Cabe agora aprofundarmos e aumentarmos os esforços nas ações de qualidade do pré-natal, captação precoce das gestantes, qualificando a assistência prestada. A Estratégia de Saúde da Família trouxe uma amplitude no acesso aos serviços, e sua expansão, garantindo maior proximidade do Serviço de Saúde à comunidade, continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, deve ser acompanhada de melhoria dos índices de saúde, para além dos já alcançados até o momento.

Referências Bibliográficas

AQUINO R, OLIVEIRA NF, BARRETO ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.

BRASILa. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Relatório de Cobertura da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2436, 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**, Brasília, DF, 227 de setembro de 2017. Edição: 183. Seção: 1, p.68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. ISBN 85-334-0271-6.

BRENTANI A, GRISI S, TANIGUCHI MT, et al. Rollout of community-based family health strategy is associated with large reductions in neonatal mortality in Sao Paulo, Brazil. *SSM Popul Health*. 2016; 2:55-61.

CUNHA, E. M.; GIOVANELA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.16, Suppl 1, p.1029- 42, 2011.

HANSEN J, GROENEWEGEN PP, BOERMA WG, et al. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*. 2015; 34(9):1531-7.

ISHITANIL LM, FRANCOLL GC, PEPÉTUO IHO, et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4).

LIMA, P. V. P. S., et al. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará. In: **V Conferência Encontro & Economia do Ceará em Debate** - Ipece. Fortaleza, 2008.

MACINKO J, MENDONÇA CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 18-37, SETEMBRO 2018**

MACINKO J, GUANAIS F, SOUZA F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60:13-9

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p., ISBN: 978-85-7967-075-6.

ORGANIZAÇÃO MUDIAL DE SAÚDE. Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018. Disponível em:

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.

Acesso em: 18 de junho, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019>. Acesso em: 16 de junho, 2019.

RASELLA D, HARHAY MO, PAMPONET ML et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349: g4014.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. TABNET. Tecnologia DATA SUS.2016. Disponível em

<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/minf/mortinf.def>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. **Decreto nº 44.544, de 16 de dezembro de 1999**. Implantação do Programa de Saúde da Família - QUALIS/PSF - no Estado de São Paulo. São Paulo, 1999.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; DO CARMO LEAL M.; et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, Londres, v.377, n. 9782, p. 2043-2053, 2011.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Boletim CEInfo Análise. Internações por condições sensíveis a atenção primária em saúde (ICSAPS) no município de São Paulo, 2010 a 2017. Ano XIII, nº 15 Abril de 2018. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_15.pdf> acesso em: 16 de junho, 2019.