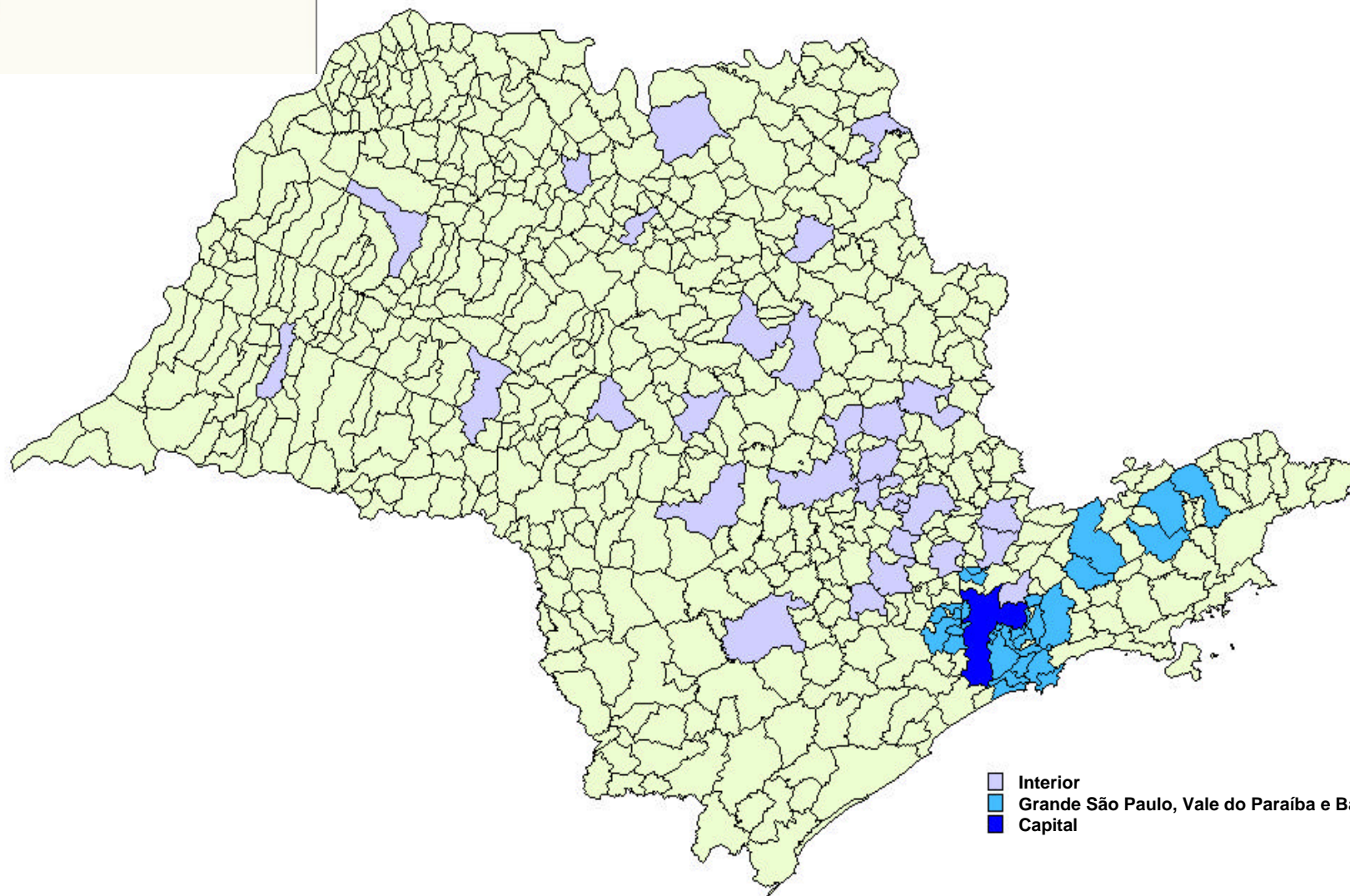




PROJETO DE EXPANSÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA PROESF Estado de São Paulo

Municípios PROESF - São Paulo



- Interior
- Grande São Paulo, Vale do Paraíba e Baixada Santista
- Capital



(A)

FORTALEZAS E FRAGILIDADES

da Atenção Básica e

da Expansão do Saúde da

Família

- 1. Atenção Básica e Dinâmicas Urbanas dos grandes municípios paulistas**
- 2. Eficácia x Sustentabilidade x Efetividade na Atenção Básica**



Consórcio MEDICINA USP
Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROESF

*Atenção Básica e
Dinâmica Urbana
dos grades municípios
paulistas*

Antiguidade de existência dos municípios

- Estado de São Paulo tem uma urbanização antiga.
- A concentração da população nos grandes centros urbanos paulistas acompanhou as principais modernizações: café (séc. XIX), indústria (início e meados do séc. XX), difusão do meio técnico-científico-informacional (meados do séc. XX).

Concentração desses municípios no Sudeste brasileiro e em São Paulo

- Predomínio municípios com mais de 100 mil habitantes na região Sudeste – 51% do total
- Concentração destes municípios no Estado de São Paulo e nas suas regiões metropolitanas
- Representam pouco mais de 9% do total de municípios existentes no estado
- Concentram 70% da população
- Destaque para o município de São Paulo, com população superior a 10 milhões de habitantes

Predomínio de municípios com porte entre 100-200 mil habitantes (porte 1)

- 48% dos municípios pertence ao porte populacional 1;
- 85% possui menos de 500 mil habitantes (portes 1 e 2).
- No entanto, estes municípios abrigam apenas 40% do total da população em municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes.

Indicadores sociais e econômicos analisados

❑ As heterogeneidades se devem, sobretudo, ao caráter seletivo da configuração e do acesso às infra-estruturas, aos investimentos e serviços básicos urbanos.

Maiores heterogeneidades inter-municipais em relação à:

- Taxa de crescimento populacional (saldo migratório);
- Renda domiciliar;
- Escolaridade;
- Condições de moradia;
- Saneamento básico (rede de esgoto);
- Mortalidade por causas externas;
- Mortalidade infantil.

❑ As homogeneidades se devem, entre outras coisas, ao desenvolvimento das cidades ligado às novas divisões do trabalho no Estado, no Brasil e no mundo.

Maiores homogeneidades inter-municipais em relação à:

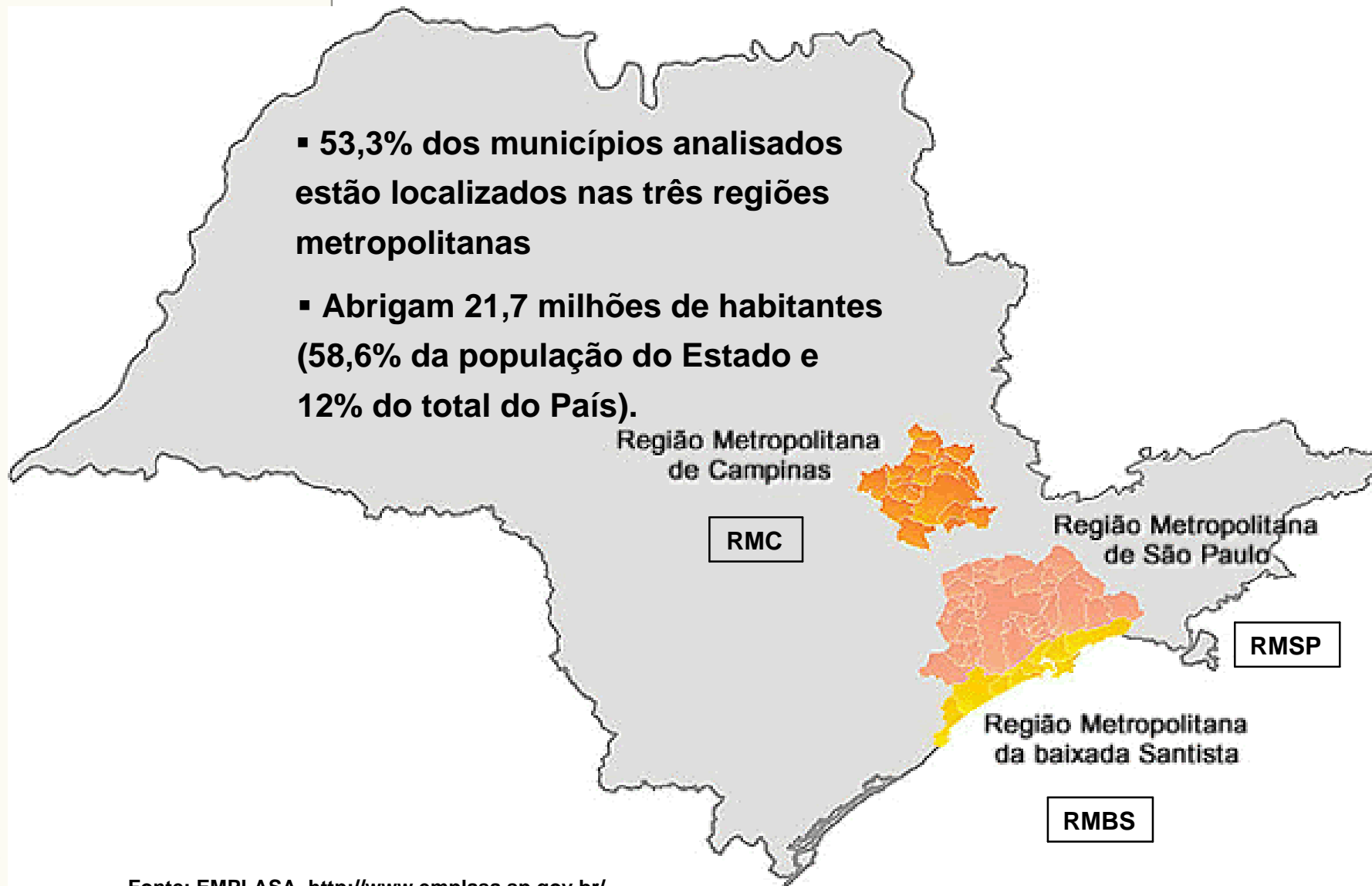
- Razão de dependência;
- PEA ocupada;
- Níveis de fecundidade;
- Saneamento básico (água e lixo).

Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Principais Características

Regiões Metropolitanas do Estado:

- 53,3% dos municípios analisados estão localizados nas três regiões metropolitanas
- Abrigam 21,7 milhões de habitantes (58,6% da população do Estado e 12% do total do País).

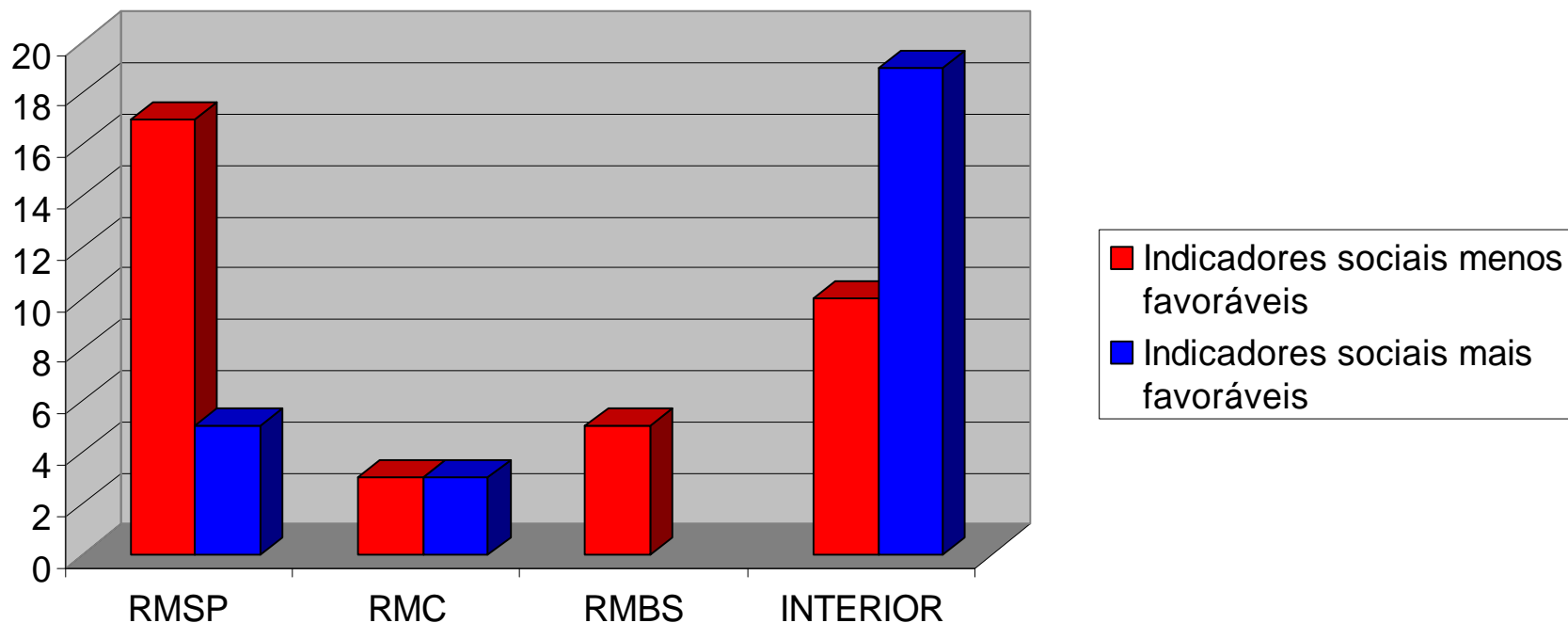


Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Principais Características por *clusters* da pesquisa

As regiões metropolitanas abrigam a grande maioria (71,4%) dos municípios com indicadores sociais menos favoráveis (*clusters* 1, 2 e 3), independentemente da complexidade da produção ambulatorial

PROESF - Municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes segundo os indicadores sociais (*clusters* da pesquisa) e localização. 2006.

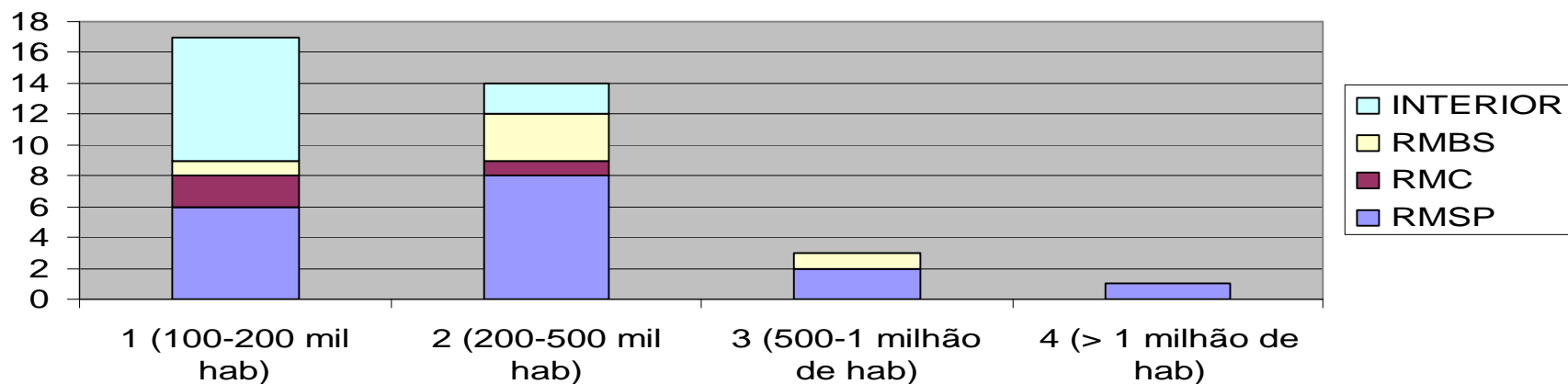


Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

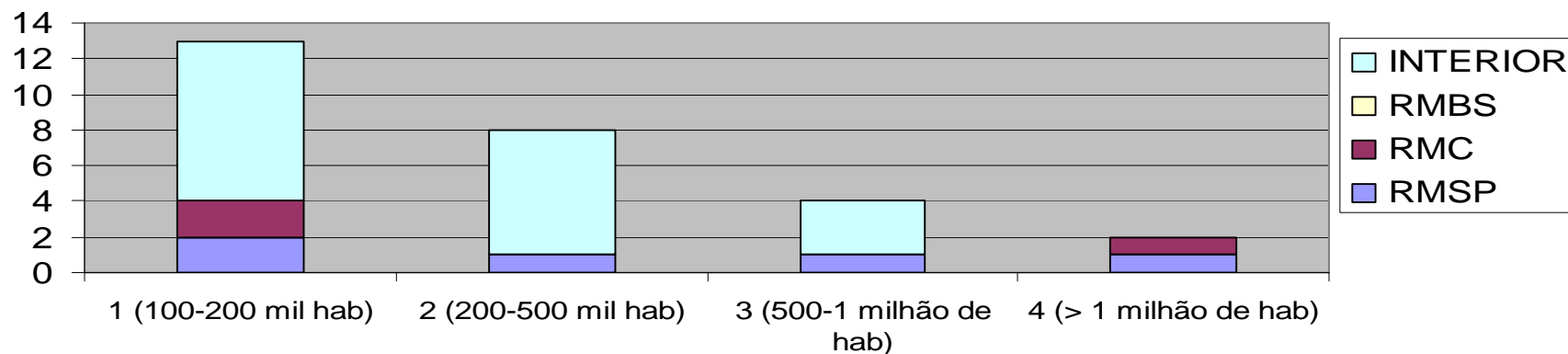
Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Principais Características por porte populacional e indicadores sociais

PROESF - Municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes com **indicadores sociais menos favoráveis**, segundo o porte populacional e a localização. 2006



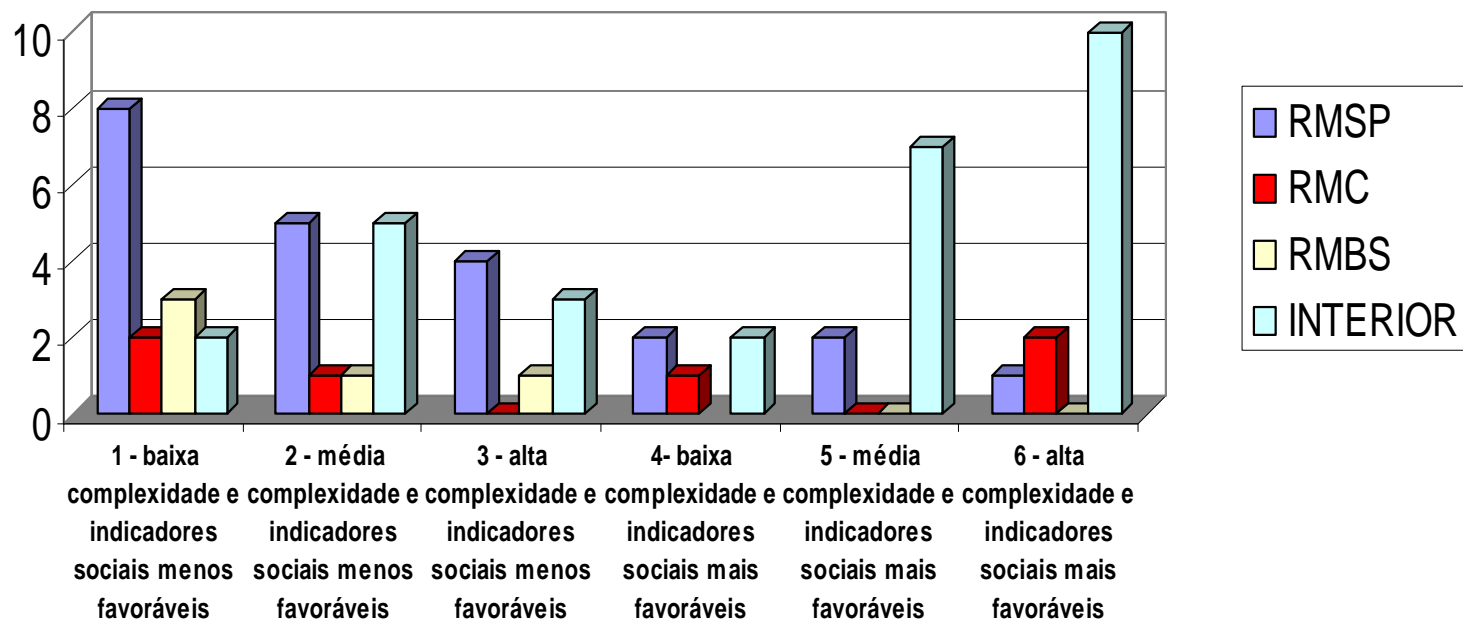
PROESF - Municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes que apresentam **indicadores sociais mais favoráveis**, segundo o porte populacional e a localização. 2006



Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Principais Características por *clusters* da pesquisa

PROESF - Municípios com mais de 100 mil hab do Estado de São Paulo, segundo cluster da pesquisa, indicadores sociais e localização em região metropolitana ou interior. 2006



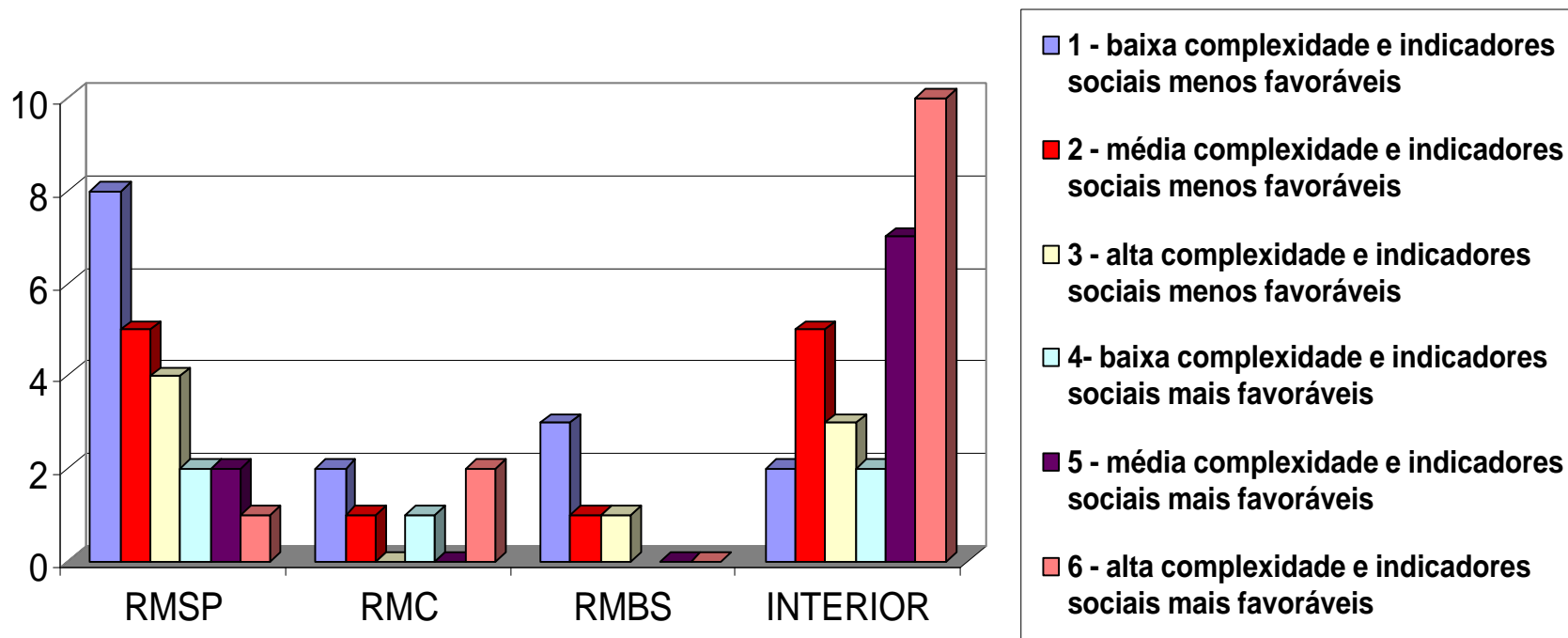
Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

Na RMSP, a maior parte dos municípios na média e alta complexidade possui indicadores sociais menos favoráveis, ao contrário do INTERIOR, onde a maioria dos municípios na média e alta complexidade possui indicadores sociais mais favoráveis.

Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Principais Características por cluster da pesquisa

PROESF - Municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, segundo cluster da pesquisa, indicadores sociais e localização. 2006



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

Nas Regiões Metropolitanas, a maior parte dos municípios na baixa complexidade possui indicadores sociais menos favoráveis, enquanto que, no INTERIOR, a metade dos municípios na baixa complexidade possui indicadores sociais mais favoráveis.

Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Complexidade das regiões metropolitanas

- Há grande heterogeneidade socioespacial inter e intra-município nas regiões metropolitanas
- É interessante notar que, segundo estudos atuais de Marques et al (2005; 2006), aqueles indicadores sociais e econômicos que representam as maiores heterogeneidade inter-municipais (slide 7), ajudam, também, a revelar **grandes heterogeneidades intra-municipais**
- Não há mais uma dicotomia tão clara entre “centro” e “periferia”, há maior complexidade e coexistência dessas desigualdades socioespaciais
- Há maiores diferenças entre as áreas empobrecidas das cidades e não apenas entre suas áreas ricas e pobres.

Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas Complexidade das regiões metropolitanas

Diversidade intra-municipal das características das áreas mais empobrecidas, no que se refere à existência das infra-estruturas e serviços urbanos (Marques, et al., 2005;2006):

- As aglomerações urbanas se tornam abrigo de uma diversidade de situações de trabalho, com uma variedade de capitais, e uma diversidade de situações de pobreza.
- A habitação e o lugar de moradia possuem nexos socioespaciais com as vulnerabilidades à que as populações estão sujeitas;
- O acesso a bens e serviços essenciais é diferencial entre as populações da cidade não somente pelas condições próprias do cidadão ou pela existência ou falta destes bens e serviços, mas, sobretudo, é afetada pelas condições de acessibilidade dependentes da localização;
- A heterogeneidade da pobreza nas regiões metropolitanas é mantida, dentre outros fatores, pelas diferentes condições de se viver em lugares que possuem ou não infra-estruturas e serviços urbanos públicos essenciais;

Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas

Complexidade das regiões metropolitanas

- Regiões Metropolitanas - Predomínio de um **planejamento urbano corporativo**:
 - que procura adaptar as cidades às demandas da economia hegemônica moderna;
 - que produz uma **modernização incompleta e seletiva** do território, pois não contempla todos os lugares e todos os agentes, aprofundando desigualdades socioespaciais.

- Nesse processo de **urbanização corporativa**, o caráter seletivo e setorial das modernizações se associa a uma permanente produção de escassez e indica o aumento da desigualdade socioespacial, com o crescimento e a diversificação da pobreza intra-municipal.

- O perfil de urbanização teve maior influência e responsabilidade sobre:
 - a continuidade de um patamar baixo e desigual de condições de vida;
 - o agravamento dos indicadores sociais, ao lado da pouca eficácia de políticas sociais isoladas, sem integração e coordenação estratégica;
 - a segregação socioespacial.

Dinâmica Urbana dos grandes centros paulistas Complexidade das regiões metropolitanas

- Há necessidade de intervenções inter-setoriais que combatam a grande exposição aos diferentes tipos de riscos aos quais estão sujeitas as populações.

- O PSF talvez possa contribuir para estimular essa integração das políticas públicas, dado as próprias características do programa, porém:
 - Há lentidão do PSF para se fortalecer nessas regiões;
 - Há dificuldades dadas pela falta de políticas metropolitanas de saúde;
 - Há dificuldades dadas pela falta de políticas intersetoriais, essenciais para a lida com a complexidade das desigualdades socioespaciais metropolitanas.

Survey

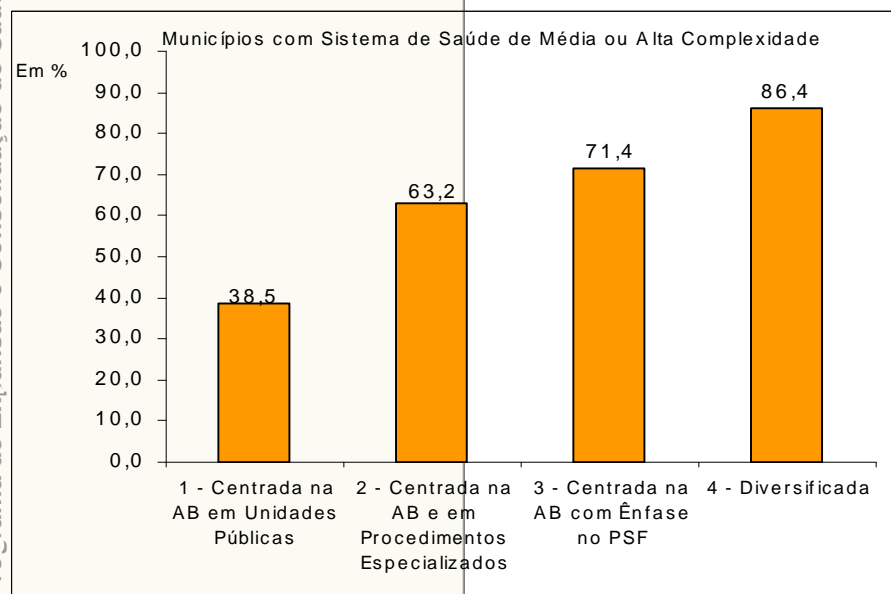
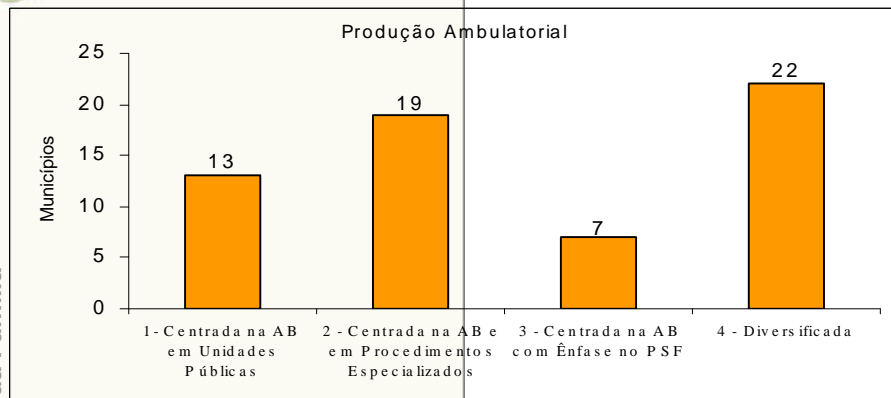
MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Identificação do tipo de produção ambulatorial realizada pelo município (extraídas do Banco de indicadores da Atenção Básica da pesquisa). Ano base 2002.

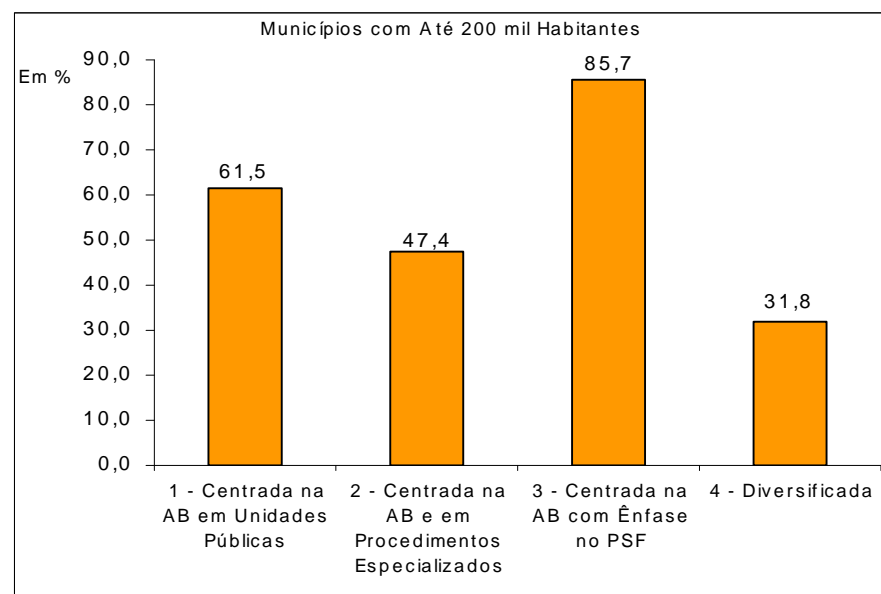
<i>Eixos Analíticos</i>	<i>Variáveis</i>
Produção ambulatorial básica	Proporção da produção ambulatorial básica no total da produção ambulatorial apresentada
	Proporção de atendimentos básicos no total de atendimentos realizados em unidades públicas
	Proporção das consultas básicas na produção total de consultas realizadas
Cobertura e especialização	Número de consultas médicas por habitante/ano
	Número de consultas médicas especializadas por habitante/ano
	Número de exames de patologia clínica por 100 consultas médicas realizadas
	Número de exames de radiodiagnóstico por 100 consultas médicas realizadas
Programa de Saúde da Família (PSF)s	Proporção de consultas do PSF na produção total de consultas básicas
	Proporção de consultas ou atendimentos realizados por enfermeiros nas unidades PACS/PSF na produção básica

Survey

Análise de agrupamentos - *Cluster Analysis*



Distribuição dos Municípios segundo Indicadores Seleccionados



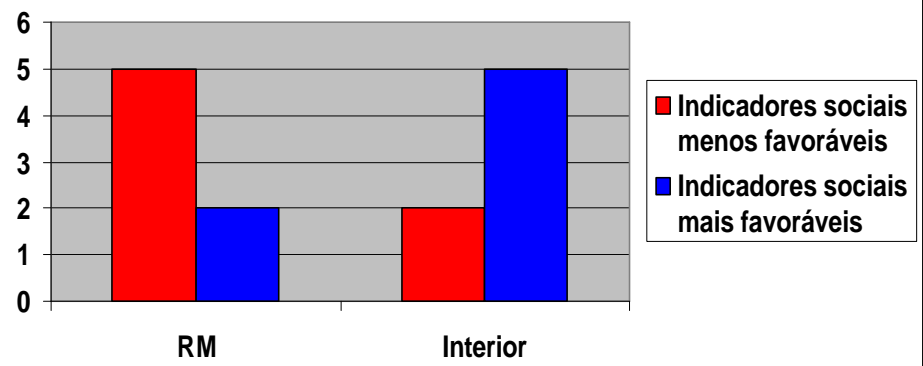
Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

Nota: Municípios com indicadores sociais menos favoráveis são aqueles que, em 2002, pertenciam aos Grupos 2,4 e 5 do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, e os classificados como apresentando indicadores sociais mais favoráveis são os pertencentes aos Grupos 1 e 3 do IPRS. O sistema de saúde do município foi classificado em três categorias – baixa, média e alta complexidade –, segundo os tipos de procedimentos ambulatoriais realizados. Ver clusters da pesquisa.

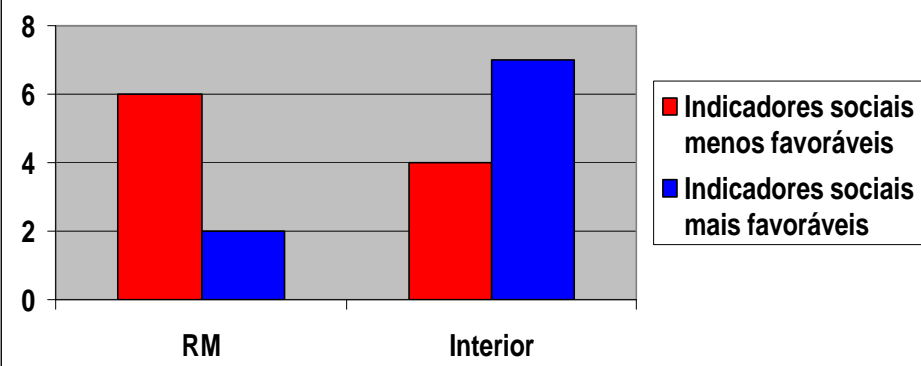
Survey

MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA – RMs e Interior

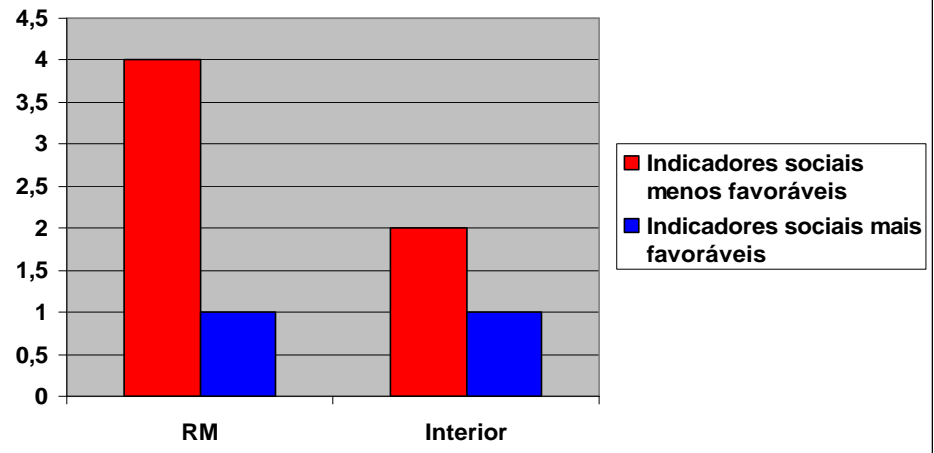
Modelos de AB - Grupo 1: Centrada na Atenção Básica em Unidades Públicas, segundo localização e indicadores sociais



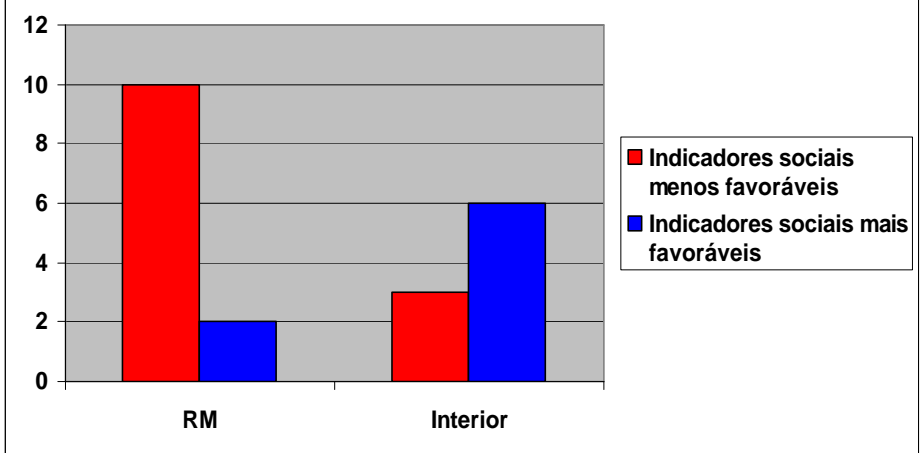
Modelos de AB - Grupo 2: Centrada na Atenção Básica e em Procedimentos Especializados, segundo localização e indicadores sociais



Modelos de AB - Grupo 3: Centrada na Atenção Básica com Ênfase no PSF, segundo localização e indicadores sociais



Modelos de AB - Grupo 4: Diversificada, segundo localização e indicadores sociais



Survey

MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Principais observações:

Grupo 1: Centrada na Atenção Básica em Unidades Públicas e

Grupo 2: Centrada na Atenção Básica e em Procedimentos Especializados

- Aproximadamente metade dos municípios destes grupos localiza-se nas regiões metropolitanas
- A maior parte dos municípios com indicadores sociais mais favoráveis, localiza-se no Interior.

Grupo 3: Centrada na Atenção Básica com Ênfase no PSF

- Concentra o menor número de municípios em relação aos outros modelos;
- A grande maioria dos municípios possui indicadores sociais menos favoráveis, mesmo entre os municípios localizados no Interior do Estado;
- Maioria dos municípios são pertencentes às regiões metropolitanas.

Grupo 4: Diversificada

- Concentra o maior número de municípios em relação aos outros modelos;
- A maior parte dos municípios destes grupos localiza-se em regiões metropolitanas;
- Predominam os municípios com indicadores sociais menos favoráveis;
- Onde predomina a alta e média complexidade se destaca o modelo de produção diversificada.



*Eficácia x Sustentabilidade x
Efetividade
na Atenção Básica*

Questionários estruturados (62 municípios):

- Secretários Municipais de Saúde
- Diretores de Atenção Básica/PSF

Dimensões:

- Político institucional
- Organização da atenção e integralidade do cuidado

Indicadores compostos:

- **Eficácia** (organização da atenção, especificamente, práticas de gestão)
- **Sustentabilidade** (expressa questões referentes às dimensões político-institucionais e organização da atenção)
- **Efetividade** (expressa questões referentes a integralidade do cuidado e práticas na oferta de serviços)

Mensuração:

- Existência de planejamento e programação das ações de saúde
- Características dos sistemas de informação
- Características dos mecanismos de avaliação e monitoramento utilizados
- Estratégias utilizadas para controle e regulação

Survey EFICÁCIA

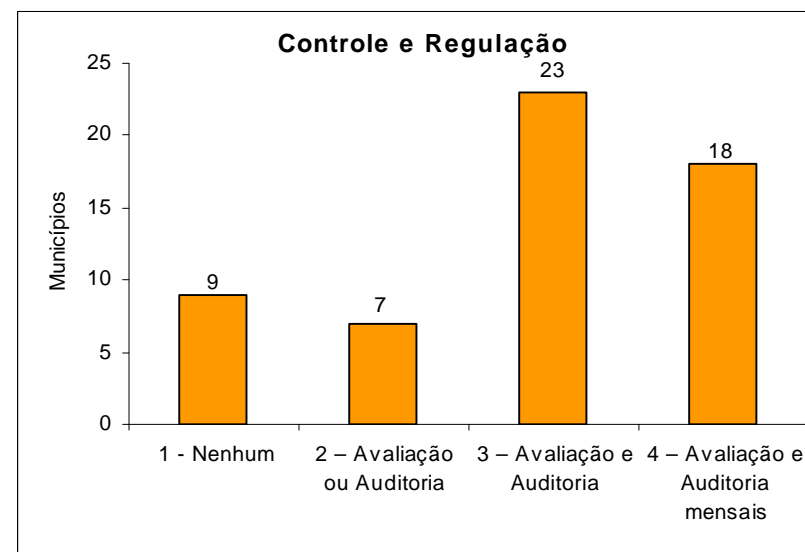
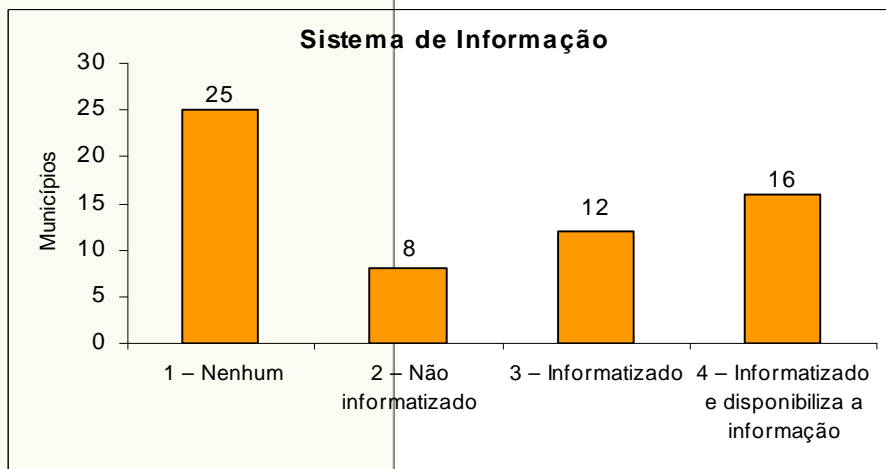
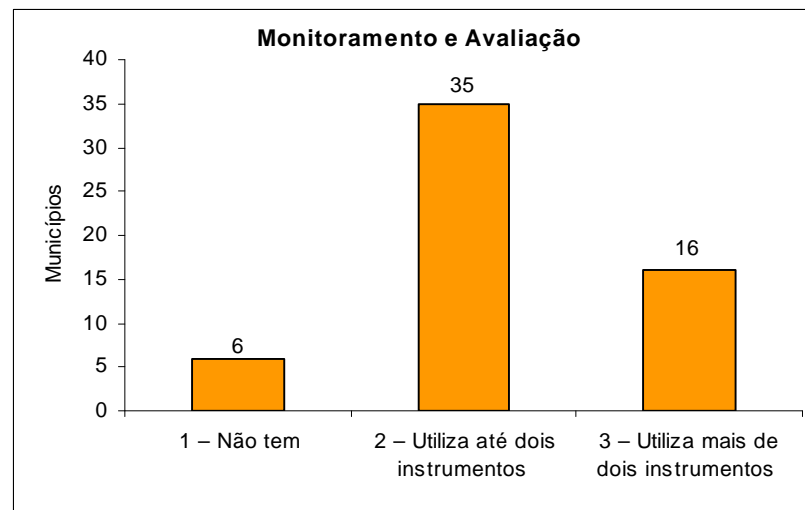
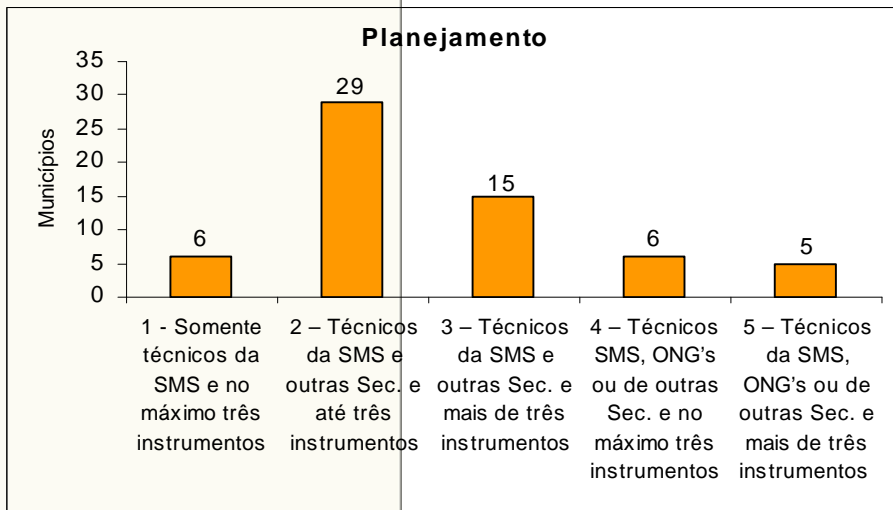
Indicadores criados:

1. **Planejamento e Programação Municipal de Saúde:** englobando os tipos de agentes responsáveis pelas atividades de planejamento e programação e os instrumentos municipais de planejamentos utilizados como Plano Diretor, Plano Plurianual e outros;
2. **Características do Sistema de Informação:** composto pelo tipo e adequação as necessidades do gestor dos sistemas de informações de gestão da Atenção Básica existentes na SMS;
3. **Mecanismos de Monitoramento e Avaliação:** englobando basicamente a existência de instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica e os tipos de instrumentos utilizados;
4. **Estratégias de Controle e Regulação:** essa dimensão é composta essencialmente pela existência de auditorias e avaliação dos contratos dos prestadores de serviços terceirizados.

Componentes dos Indicadores de Eficácia da Gestão Municipal em Atenção Básica

Indicador	Categorias
Planejamento	<p>1 - Somente técnicos da SMS e no máximo três instrumentos de planejamento utilizados</p> <p>2 – Técnicos da SMS e outras Secretarias e até três instrumentos de planejamento utilizados</p> <p>3 – Técnicos da SMS e outras Secretarias e mais de três instrumentos de planejamento utilizados</p> <p>4 – Técnicos SMS, ONG's ou de outras Secretarias e no máximo três instrumentos de planejamento utilizados</p> <p>5 – Técnicos da SMS, ONG's ou de outras Secretarias e mais de três instrumentos de planejamento utilizados</p>
Sistema de Informação	<p>1 – Nenhum</p> <p>2 – Não informatizado</p> <p>3 – Informatizado</p> <p>4 – Informatizado e disponibiliza a informação</p>
Monitoramento e Avaliação	<p>1 – Não tem</p> <p>2 – Utiliza até dois instrumentos de avaliação</p> <p>3 – Utiliza mais de dois instrumentos de avaliação</p>
Controle e Regulação	<p>1 - Nenhum</p> <p>2 – Avaliação ou Auditoria</p> <p>3 – Avaliação e Auditoria</p> <p>4 – Avaliação e Auditoria mensais</p>

Distribuição dos Municípios segundo Indicadores de Eficácia da Gestão Municipal



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

Nota: Quatro municípios não informaram a respeito dos mecanismos de monitoramento e avaliação e quatro não informaram a respeito de estratégias de controle e regulação.

Survey EFICÁCIA

Modelo estatístico de Análise Fatorial - dois grandes eixos que expressam a eficácia da gestão:

1.Organizacional: composto pela existência do planejamento das ações juntamente com estratégias de controle e regulação

2.Mecanismos de Avaliação: existência de procedimentos de monitoramento das ações e organização das informações produzidas pelo sistema de saúde do município.

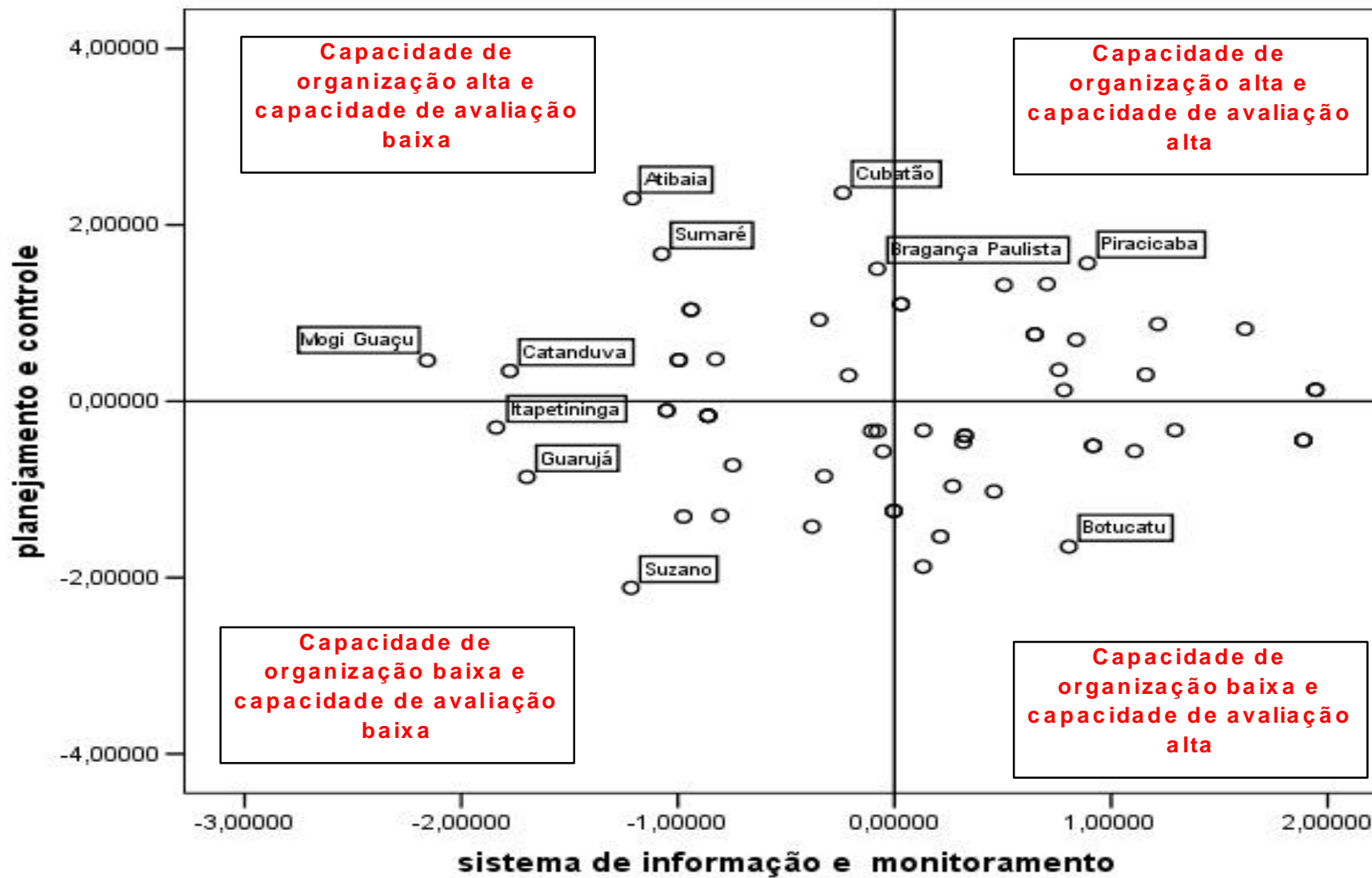
Construção do indicador sintético de eficácia da gestão
Duas dimensões:

1.Capacidade de Organização

2.Capacidade de Avaliação

Survey EFICÁCIA

Distribuição dos Municípios segundo Capacidade de Organização e de Avaliação



Survey

EFICÁCIA – Descrição dos grupos:

Grupo 1: Capacidade de organização e de avaliação baixa: engloba 18 municípios, cuja maioria possui menos de 200 mil habitantes e a totalidade menos de 500 mil. A maioria possui um sistema de saúde de baixa e média complexidade e não apresenta bons indicadores sociais.

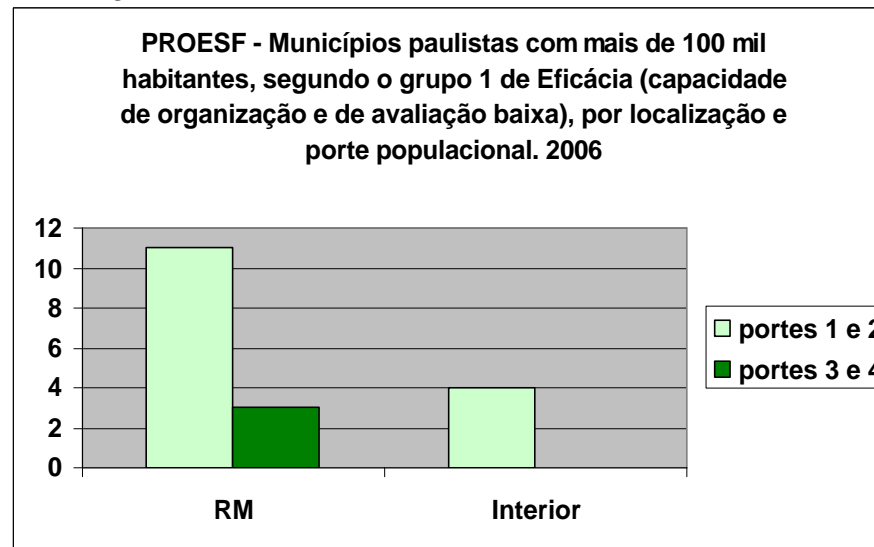
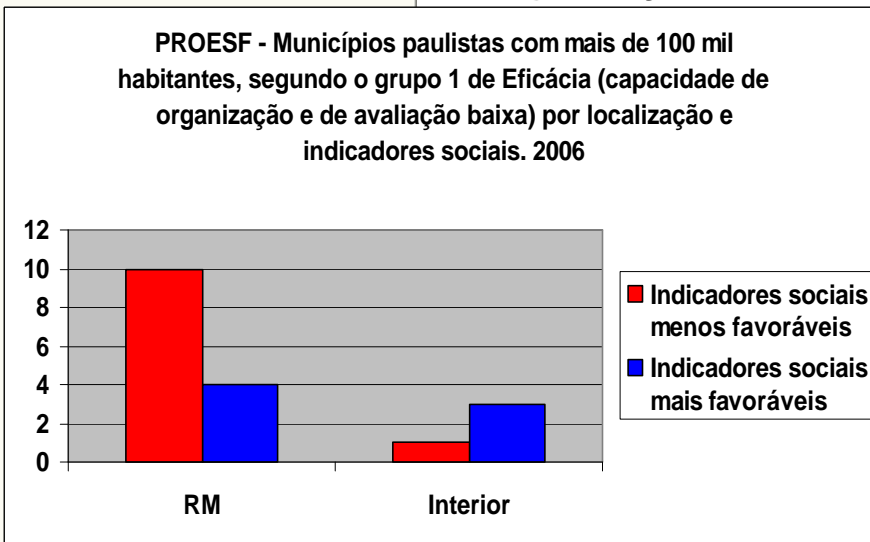
Grupo 2: Capacidade de organização alta e de avaliação baixa: engloba 13 municípios, cuja maioria possui menos de 200 mil habitantes e apenas um tem população acima de 500 mil pessoas. São heterogêneos em relação à complexidade do sistema de saúde e não apresentam bons indicadores sociais.

Grupo 3: Capacidade de organização baixa e de avaliação alta: engloba 15 municípios com mais da metade possuindo mais de 200 mil habitantes e apresentando um sistema de saúde de média e alta complexidade. Em termos de indicadores sociais apresentam bons resultados em comparação com os demais municípios.

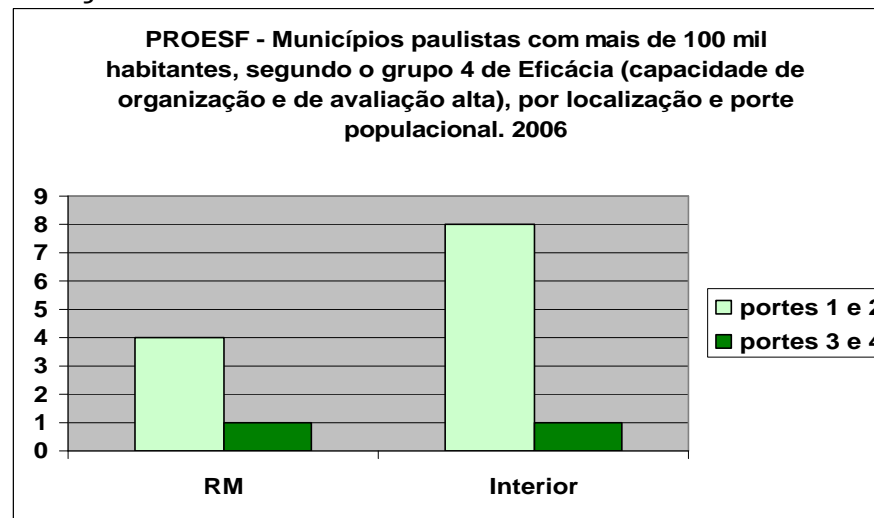
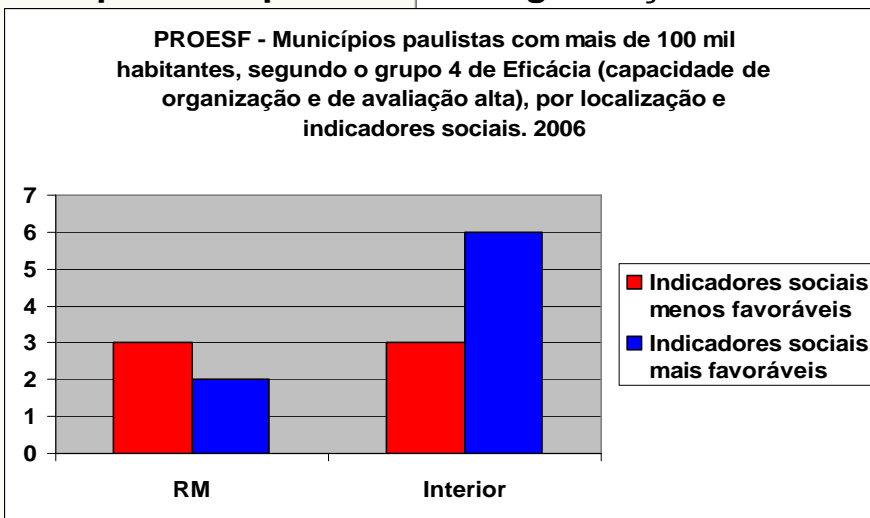
Grupo 4: Capacidade de organização alta e de avaliação alta: engloba 15 municípios com a maioria possuindo mais de 200 mil habitantes e apresentando um sistema de saúde de média e alta complexidade. Em termos de indicadores sociais apresentam bons resultados em comparação com os demais municípios. Diferencia-se do Grupo 3 por apresentar municípios mais populosos.

Survey EFICÁCIA – Regiões Metropolitanas e Interior

Grupo 1 – Capacidade de organização baixa e de avaliação baixa



Grupo 4 – Capacidade de organização alta e de avaliação alta



Survey SUSTENTABILIDADE

Componentes analíticos:

1. **Autonomia:** do Diretor de Saúde em relação aos recursos orçamentários e seu gerenciamento, a contratação e seleção dos recursos humanos e a interlocução com outras secretarias e órgãos governamentais.
2. **Qualificação profissional da equipe técnica:** expressa pelo nível de escolaridade e especialização dos profissionais envolvidos na coordenação.
3. **Estabilidade da equipe técnica:** expressa pelo tempo no cargo dos profissionais envolvidos na coordenação.

Survey SUSTENTABILIDADE

Distribuição dos Municípios segundo Sustentabilidade do Sistema de Atenção Básica

Estrutura do Sistema de Atenção Básica	Número de Municípios
1 - Não tem nenhuma autonomia	5
2 - Tem pouca autonomia	8
3 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são poucos qualificados	10
4 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e com pouca estabilidade	17
5 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, outros profissionais com muita estabilidade	4
6 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, enfermeiros com muita estabilidade	12
Total	56

Survey SUSTENTABILIDADE

Em 13 municípios o Diretor de Saúde não possuía autonomia no gerenciamento do sistema ou possuía pouca.

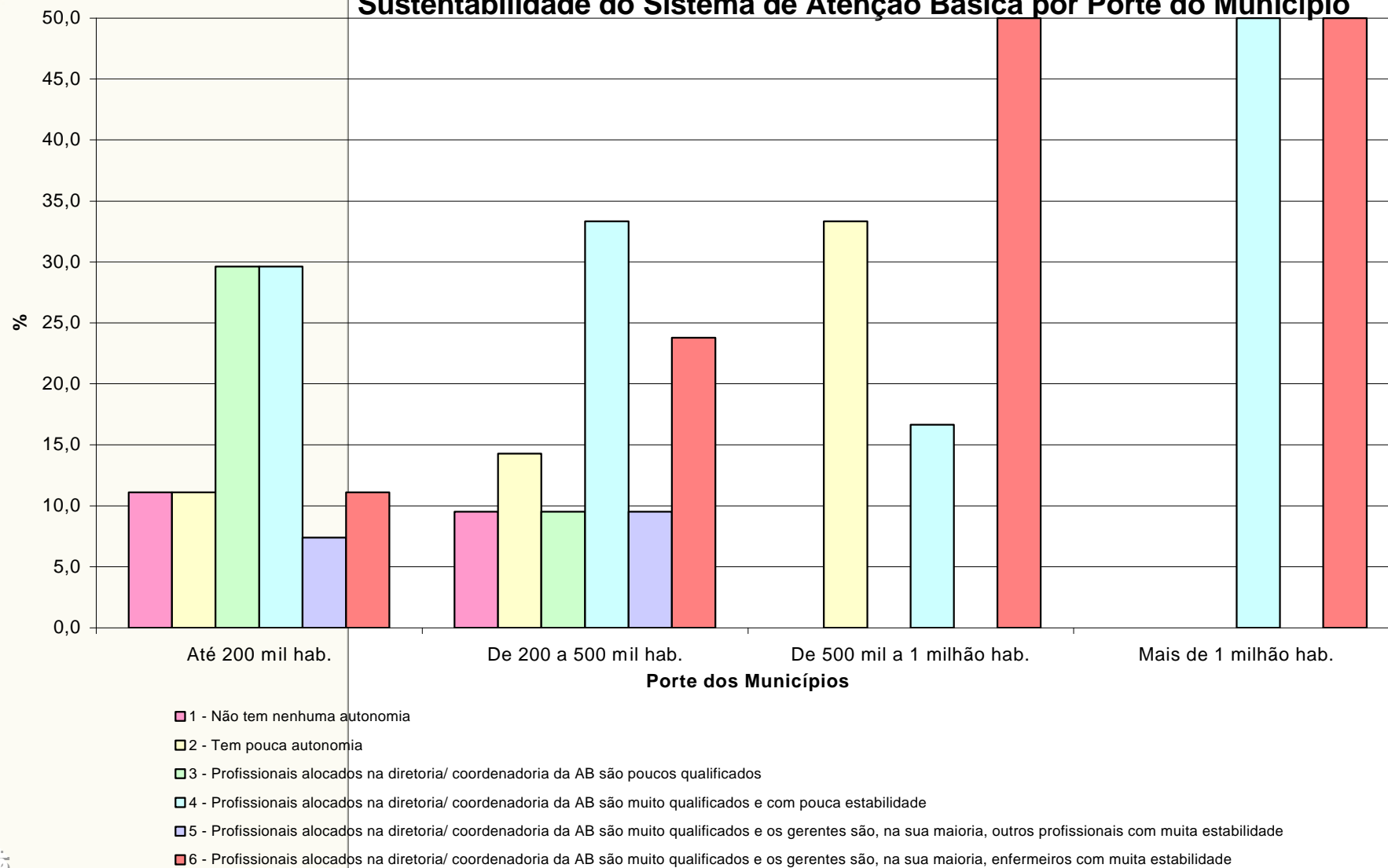
Dos municípios restantes, apenas 4 apresentavam a melhor situação em termos de estrutura: um sistema autônomo, com profissionais qualificados e com estabilidade.

Em termos de qualificação, 33 municípios apresentavam profissionais qualificados nas equipes.

Survey

SUSTENTABILIDADE - Em relação ao porte populacional

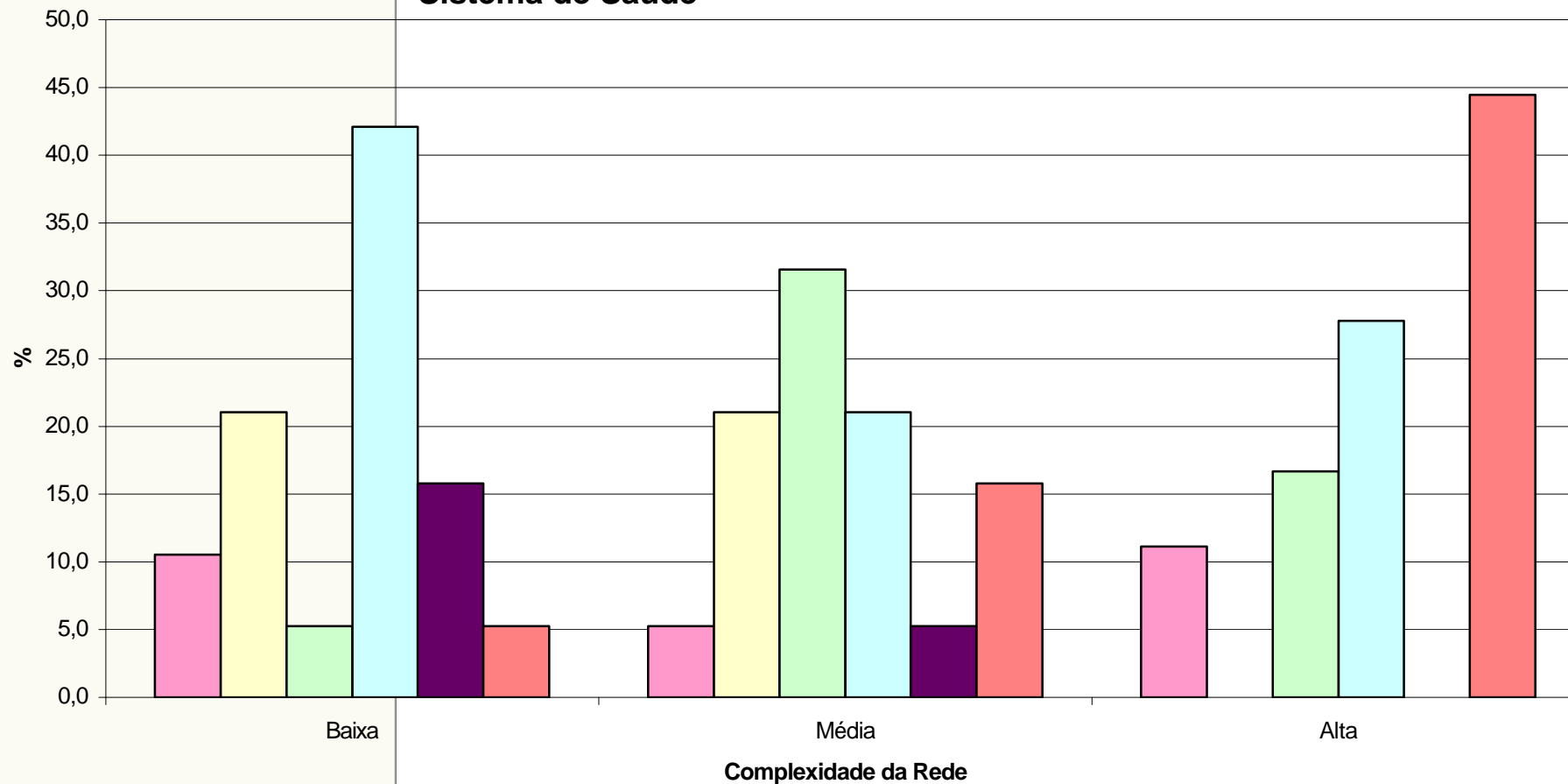
Distribuição dos Municípios segundo Sustentabilidade do Sistema de Atenção Básica por Porte do Município



Survey

SUSTENTABILIDADE - Quanto à complexidade do sistema de saúde

Distribuição dos Municípios segundo Sustentabilidade do Sistema de Atenção Básica por Complexidade do Sistema de Saúde

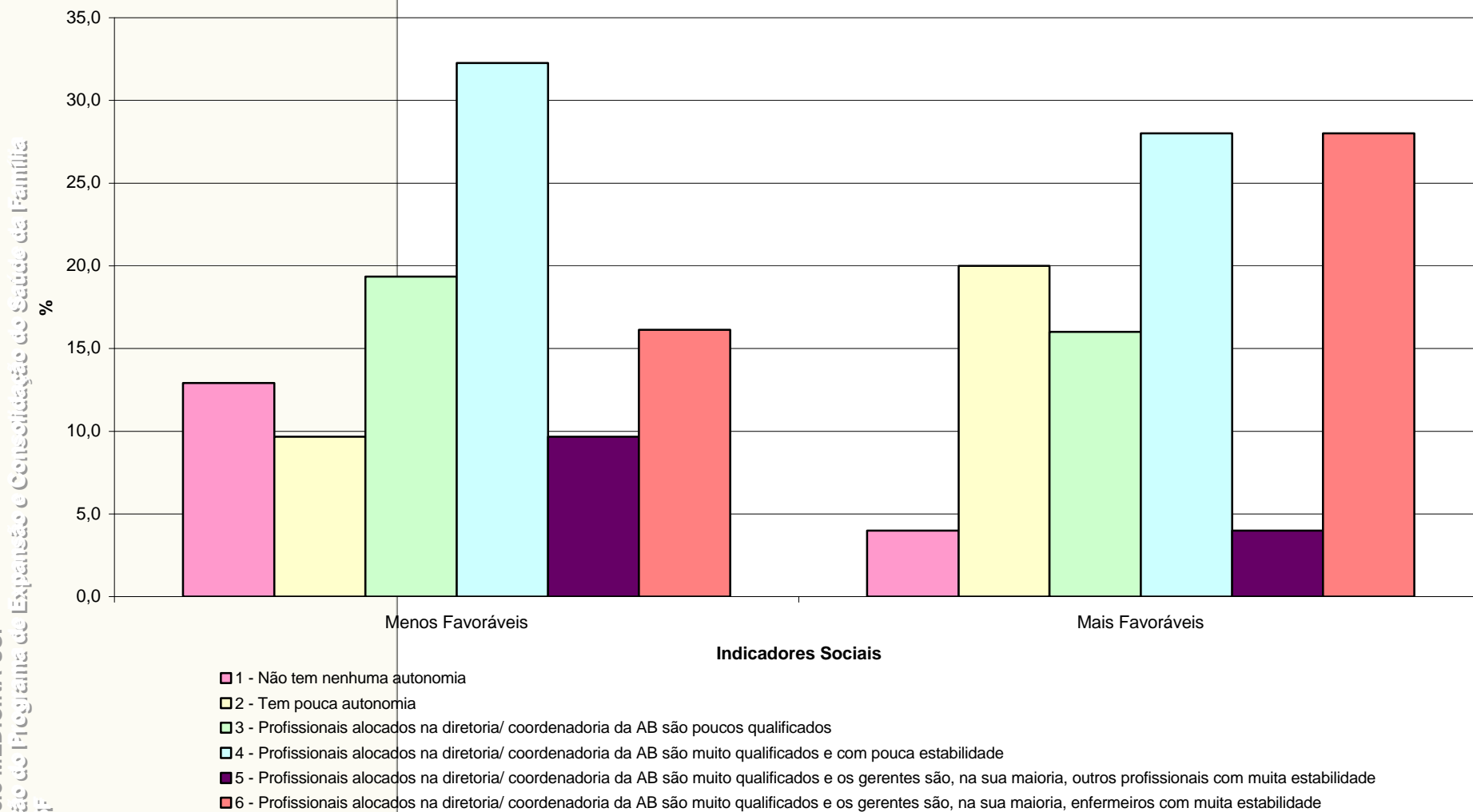


- 1 - Não tem nenhuma autonomia
- 2 - Tem pouca autonomia
- 3 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são poucos qualificados
- 4 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e com pouca estabilidade
- 5 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, outros profissionais com muita estabilidade
- 6 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, enfermeiros com muita estabilidade

Survey

SUSTENTABILIDADE - Em termos das condições sociais dos municípios

Distribuição dos Municípios segundo Sustentabilidade do Sistema de Atenção Básica por Indicadores Sociais



Survey EFETIVIDADE

Duas dimensões:

- *Acesso às ações da Atenção Básica/ PSF*
- *Integralidade do Serviço* (se a população referenciada tem assegurado o atendimento)

Indicador de Efetividade

Identifica três tipos de municípios:

1. *Não Tem Integralidade Nem Acesso*
2. *Tem Integralidade ou Acesso Universal*
3. *Tem Integralidade e Acesso Universal*

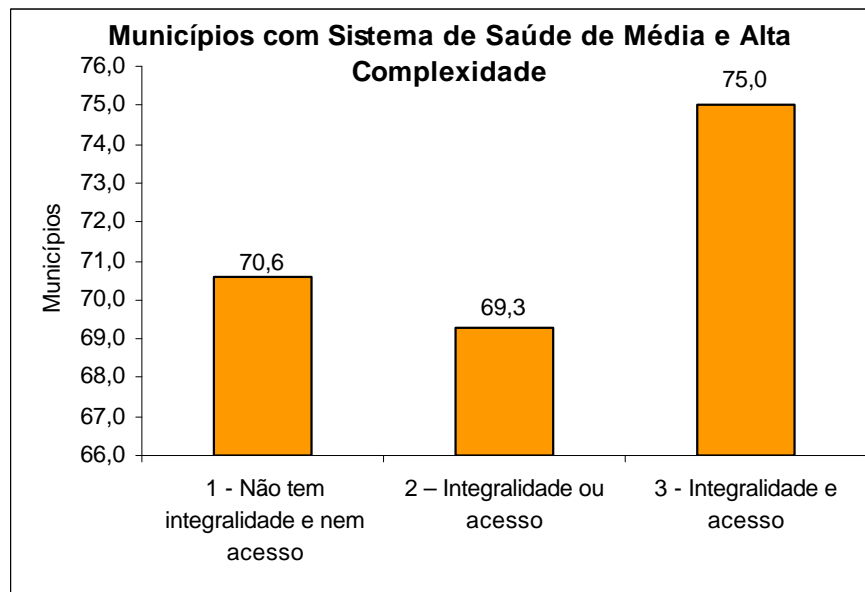
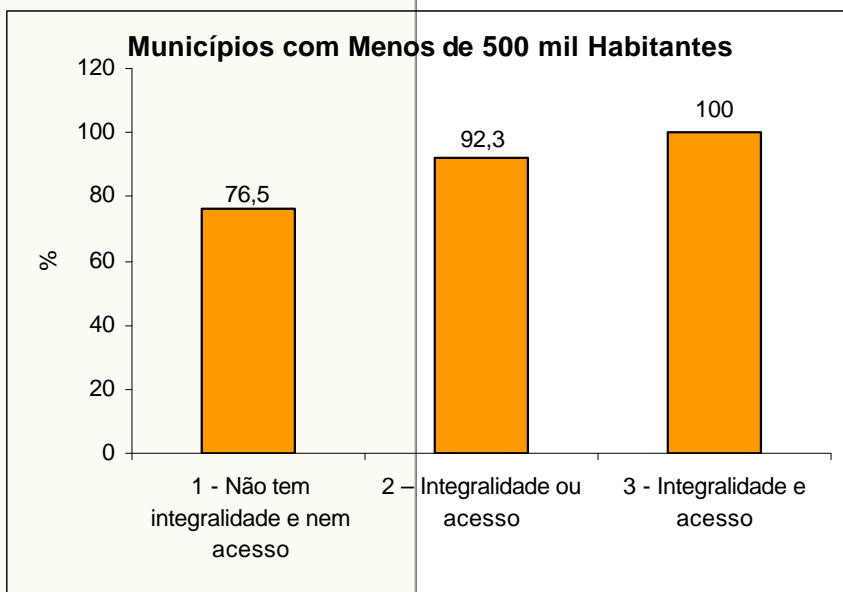
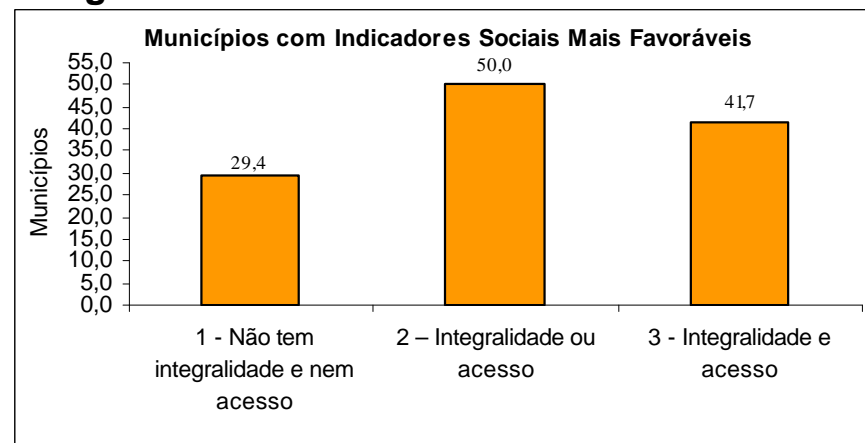
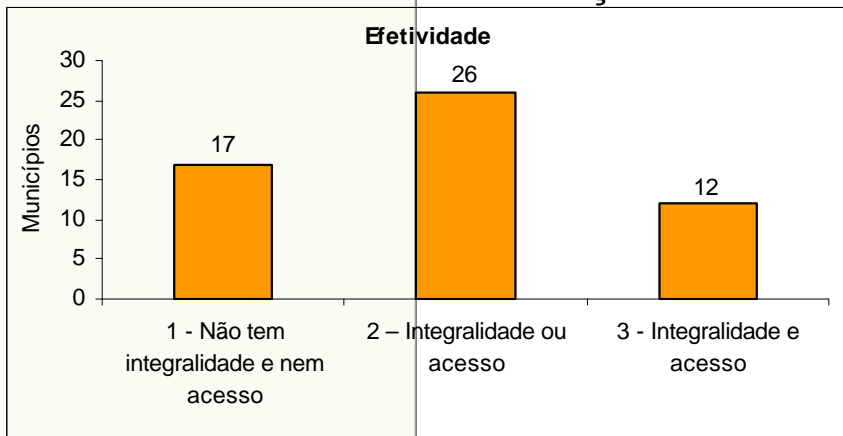
Componentes do Indicador de Efetividade

<i>Componentes</i>	<i>Variáveis</i>
Integralidade do Serviço	<p>1 – Com integralidade (a Secretaria Municipal de Saúde garante para a população referenciada o atendimento dos seguintes serviços ou unidades: clínicas especializadas, exames laboratoriais, exames de média e alta complexidade e internações)</p> <p>2 – Sem integralidade (a falta de pelo menos um dos itens descritos acima)</p>
Acesso às Ações da Atenção Básica/PSF	<p>1 – Acesso universal (corresponde a toda população)</p> <p>2 – Sem acesso universal (atendimento de parcelas da população elegível segundo alguns critérios)</p>

- **Não tem integralidade e nem acesso:** englobando 17 municípios dos quais quase a metade apresenta uma produção ambulatorial **Diversificada** (Grupo 4 de modelo de AB). Em sua maioria apresentam indicadores sociais menos favoráveis que os demais municípios estudados.
- **Tem integralidade ou acesso universal:** com 26 municípios que se caracterizam por apresentar um modelo centrado na AB (Grupos 1,2 e 3 de modelo de AB). Heterogêneos em termos de indicadores sociais e em sua maioria possuem menos de 500 mil habitantes.
- **Tem integralidade e acesso universal:** constituído por 12 municípios que se caracterizam por apresentar uma produção ambulatorial centrada na atenção básica, porém mais diversificada do que os municípios classificados como tendo Integralidade ou acesso universal. Mais da metade possui indicadores sociais menos favoráveis.

Survey EFETIVIDADE

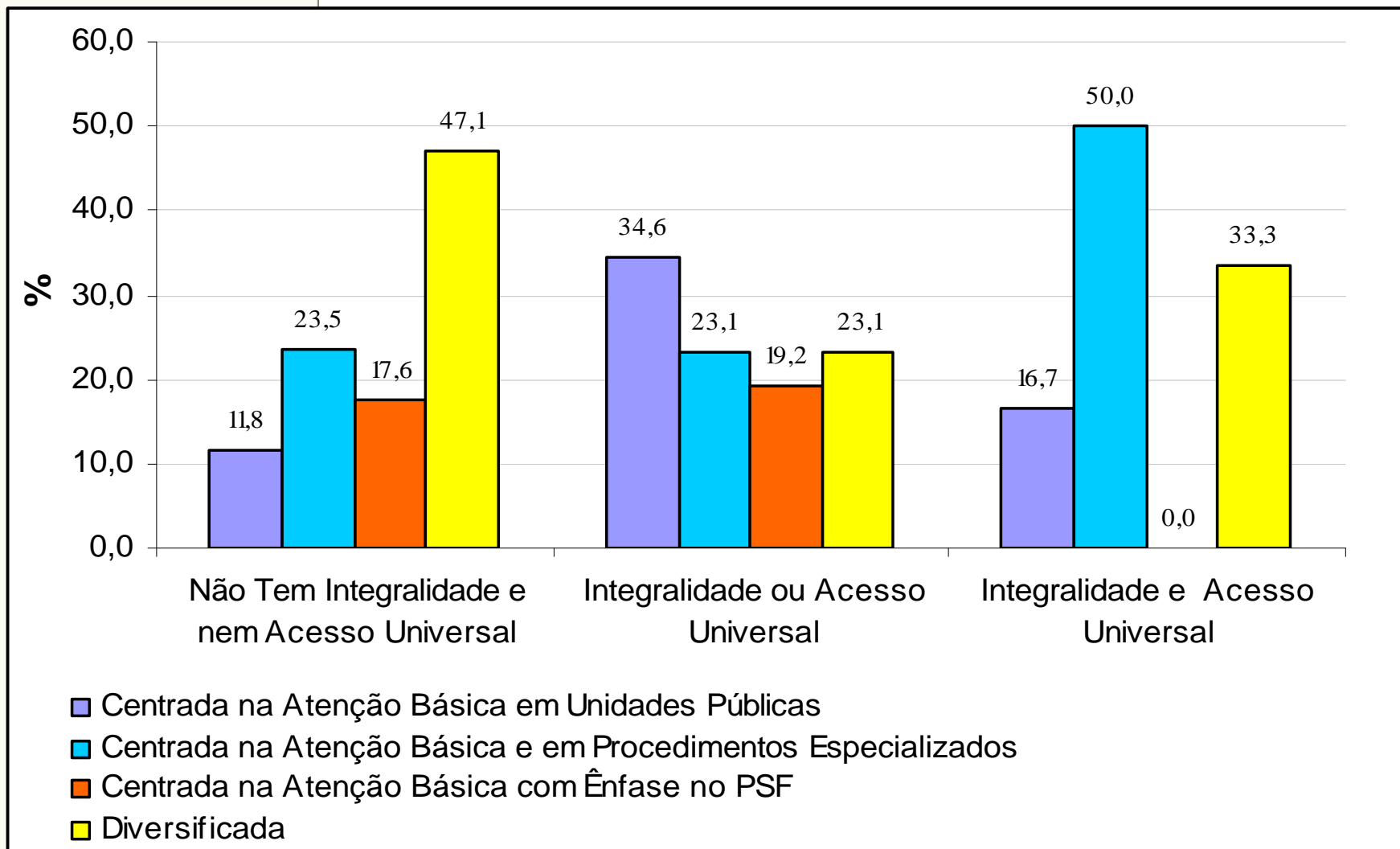
Distribuição dos Municípios segundo Indicadores Seleccionados



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

Nota: Municípios com indicadores sociais menos favoráveis são aqueles que, em 2002, pertenciam aos Grupos 2,4 e 5 do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, e os classificados como apresentando indicadores sociais mais favoráveis são os pertencentes aos Grupos 1 e 3 do IPRS. O sistema de saúde do município foi classificado em três categorias – baixa, média e alta complexidade –, segundo os tipos de procedimentos ambulatoriais realizados.

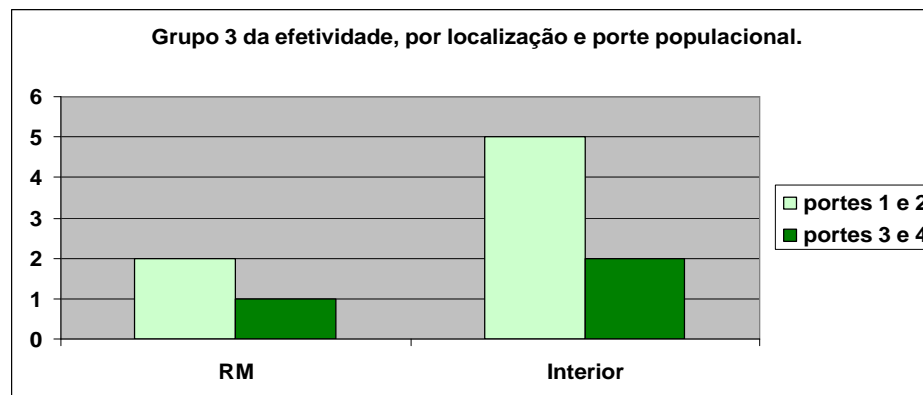
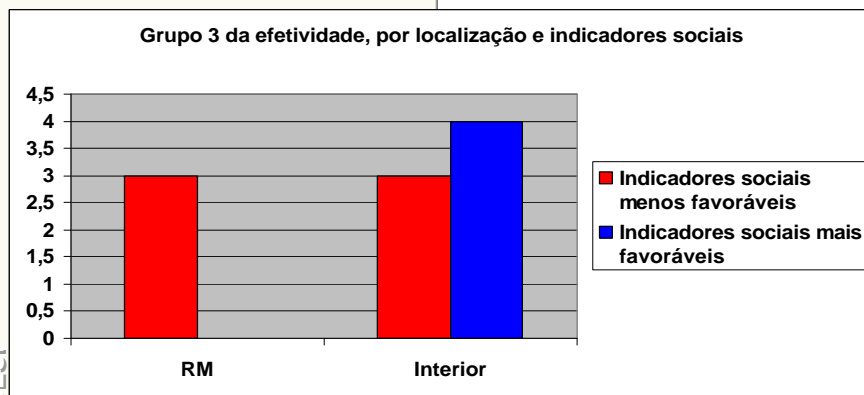
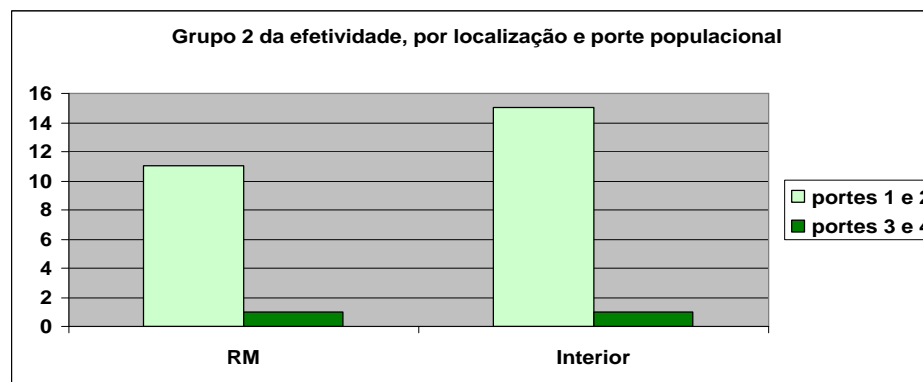
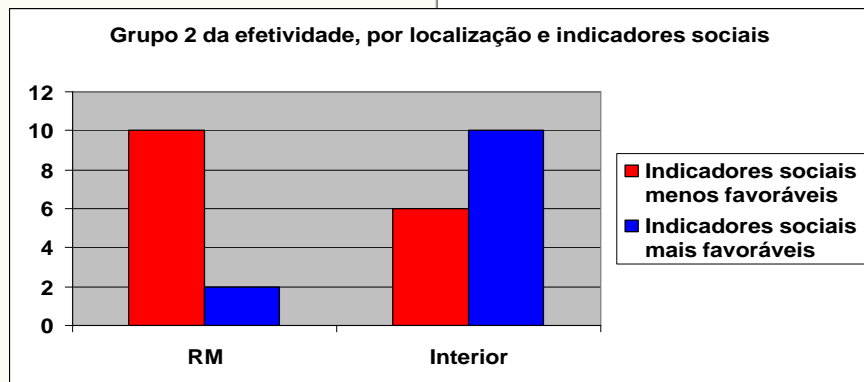
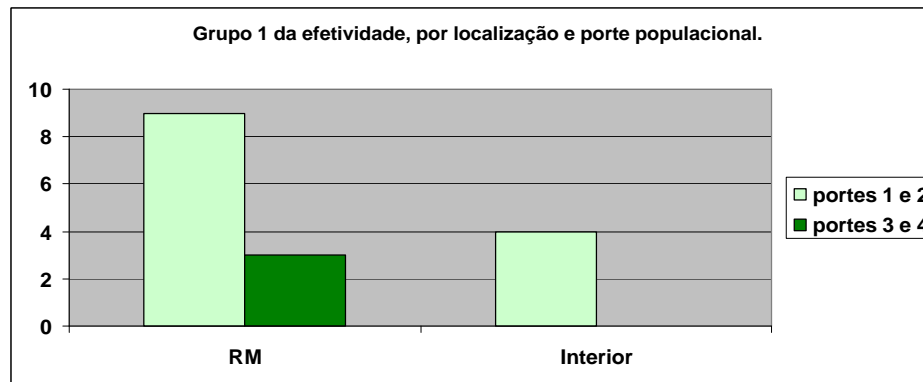
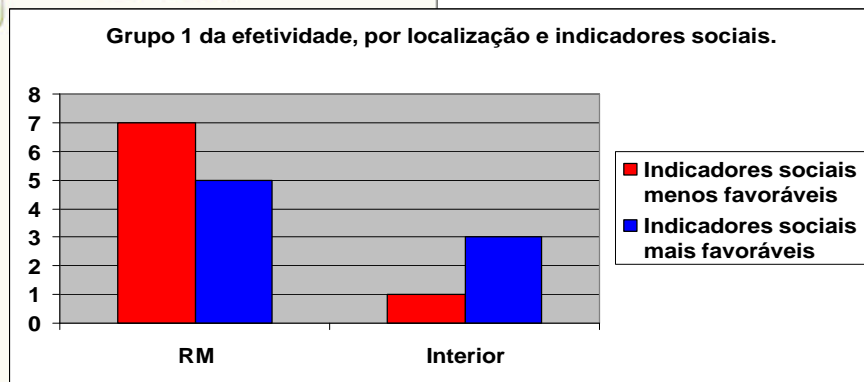
Distribuição dos Municípios segundo Modelos de AB



Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio Medicina USP.

Survey

EFETIVIDADE – Regiões Metropolitanas e Interior



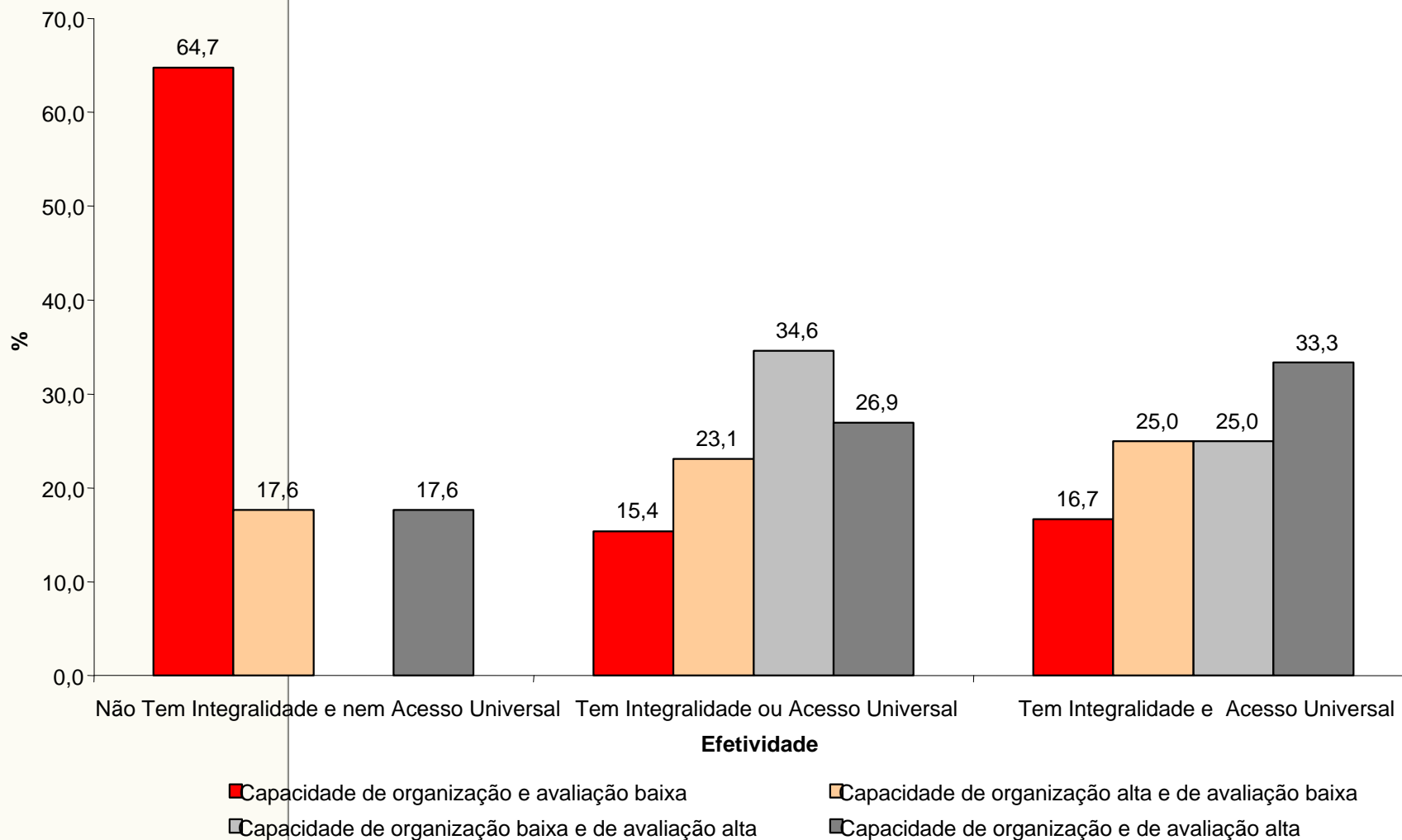
Survey EFICÁCIA x EFETIVIDADE

Comparação entre os 4 grupos de EFICÁCIA e o indicador de EFETIVIDADE:

- Municípios com baixa capacidade de organização e de avaliação não apresentam bons resultados, em termos de efetividade, classificando-se majoritariamente na categoria de *Não Integralidade e sem Acesso Universal*.
- Municípios com uma maior capacidade de organização e avaliação se mostram mais efetivos.

Survey EFICÁCIA x EFETIVIDADE

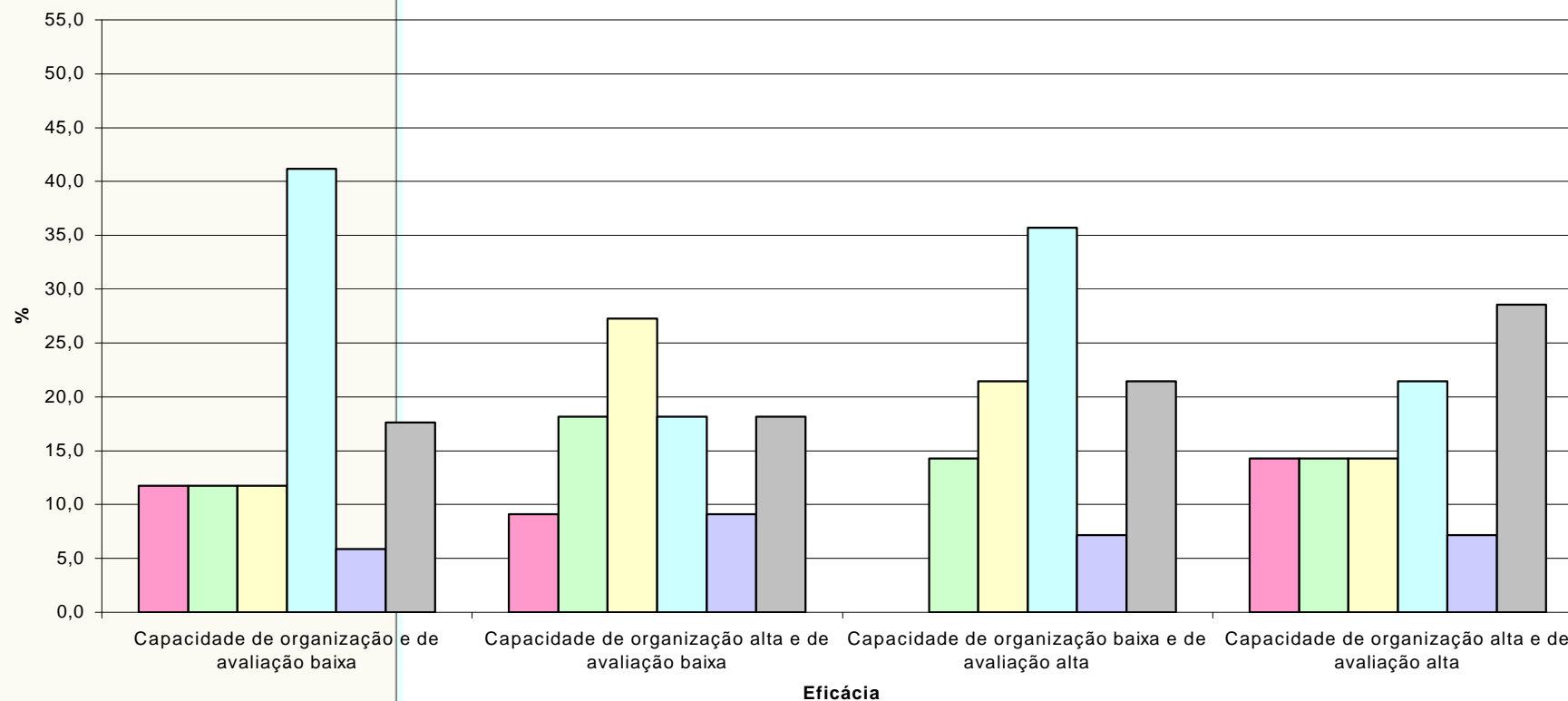
Distribuição dos Municípios segundo Capacidade de Organização e de Avaliação por Efetividade



Survey SUSTENTABILIDADE x EFICÁCIA

Em relação à eficácia observa-se uma heterogeneidade dos municípios segundo a sustentabilidade da atenção básica:

Distribuição dos Municípios segundo a Sustentabilidade do Sistema de Atenção Básica por Indicador de Eficácia



- 1 - Não tem nenhuma autonomia
- 2 - Tem pouca autonomia
- 3 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são poucos qualificados
- 4 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e com pouca estabilidade
- 5 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, outros profissionais com muita estabilidade
- 6 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, enfermeiros com muita estabilidade

Survey

SUSTENTABILIDADE x EFETIVIDADE

Entre os municípios classificados como não tendo acesso universal e nem integralidade observa-se a maior presença de profissionais qualificados.

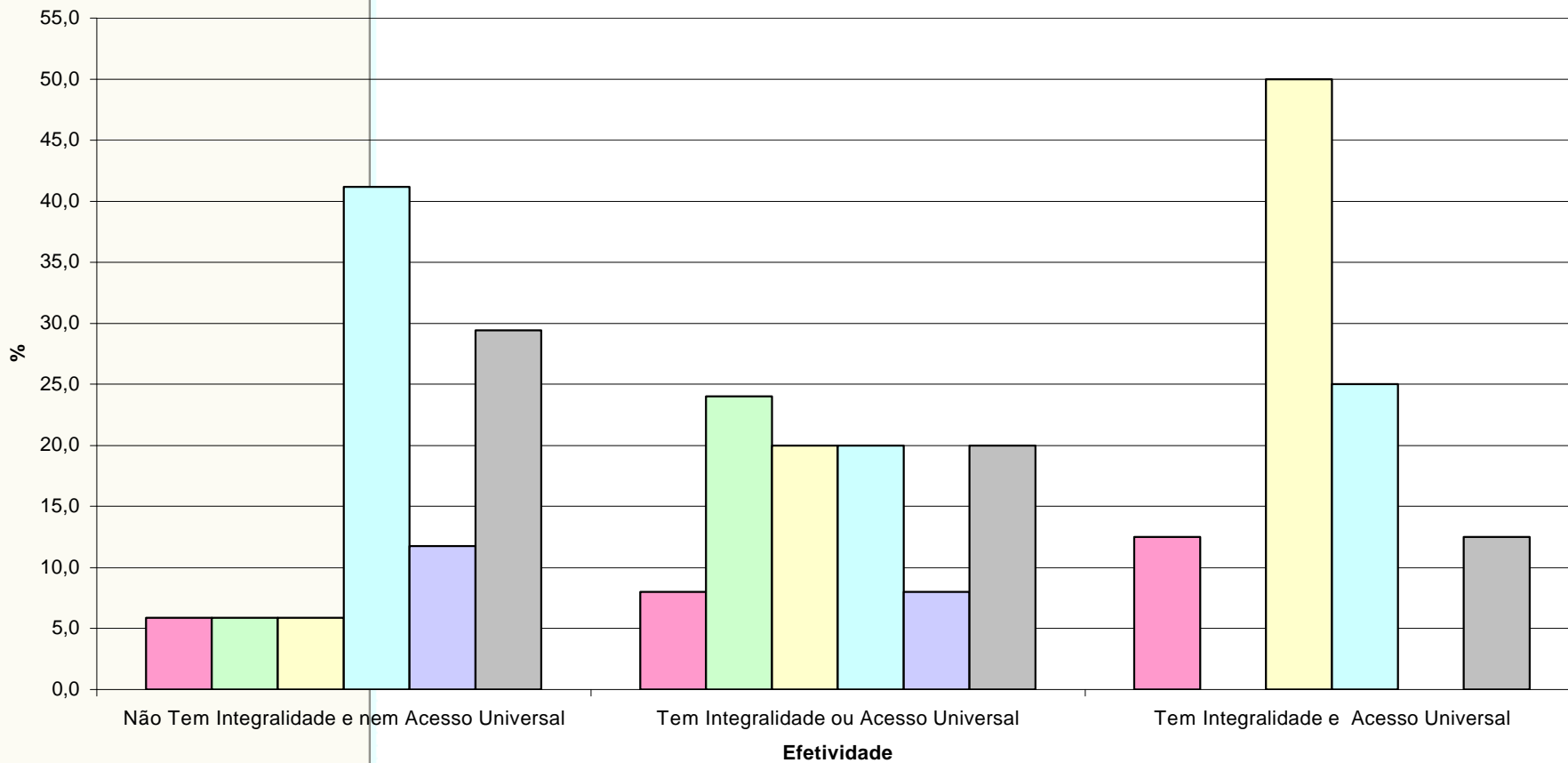
Por outro lado, os com acesso universal e integralidade apresentam menor autonomia.

Esses resultados provavelmente refletem a complexidade do sistema de saúde.

Survey

SUSTENTABILIDADE x EFETIVIDADE

Distribuição dos Municípios segundo Sustentabilidade do Sistema de Atenção Básica por Indicador de Efetividade



- 1 - Não tem nenhuma autonomia
- 2 - Tem pouca autonomia
- 3 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são poucos qualificados
- 4 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e com pouca estabilidade
- 5 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, outros profissionais com muita estabilidade
- 6 - Profissionais alocados na diretoria/ coordenadoria da AB são muito qualificados e os gerentes são, na sua maioria, enfermeiros com muita estabilidade

BAIXA EFICÁCIA

(capacidade de organização e de avaliação):

- 2/3 dos municípios que possuem baixa e média eficácia (grupos 1, 2 e 3), apresentam indicadores sociais menos favoráveis e estão localizados, em sua maioria, nas regiões metropolitanas

Associando-se a isso a:

BAIXA SUSTENTABILIDADE

(autonomia e qualificação dos profissionais)

resulta em:

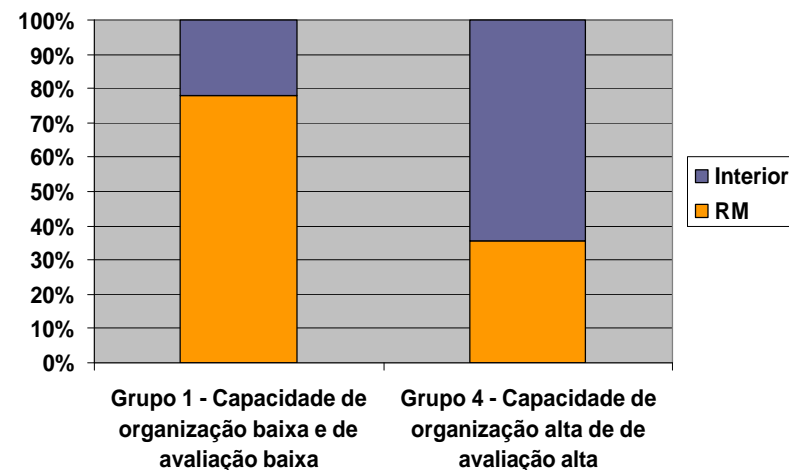
BAIXA EFETIVIDADE

(integralidade e acesso do sistema):

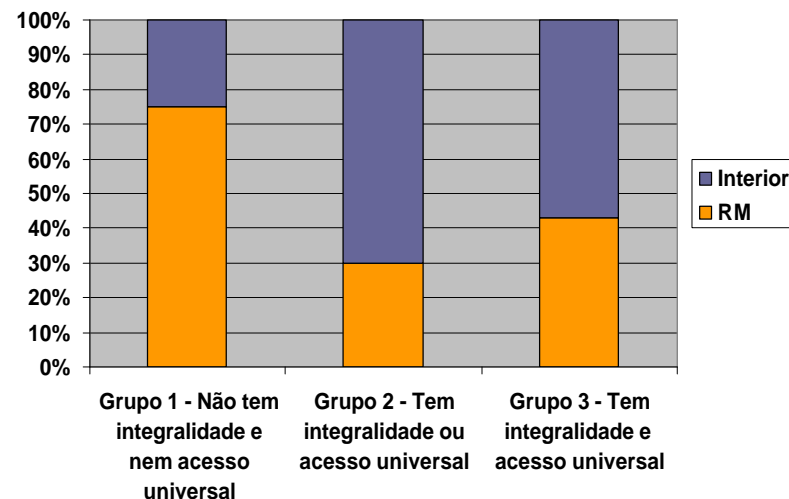
- Regiões metropolitanas – situação mais crítica da baixa efetividade:
 - Concentração de municípios com baixa eficácia e baixa efetividade

Comportamento da EFICÁCIA x SUSTENTABILIDADE x EFETIVIDADE

EFICÁCIA - Porcentagem de municípios por localização



EFETIVIDADE - Porcentagem de municípios por localização.



Comportamento dos MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA

▪ O comportamento dos modelos de AB nas RMs não difere muito do comportamento dos modelos no Interior:

▪ **a menor porcentagem dos municípios se encontra nos modelos de unidades públicas e da ênfase no PSF.**

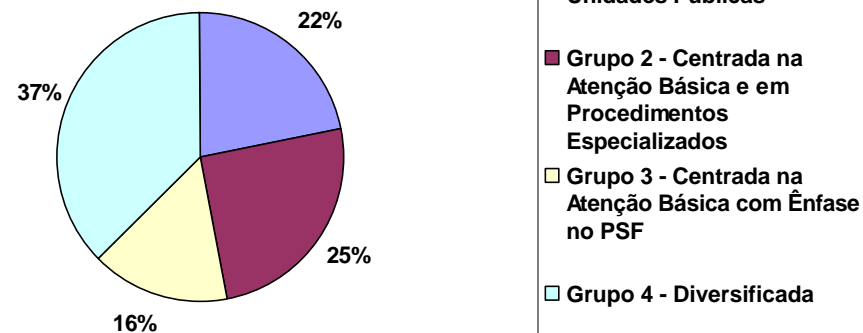
▪ No entanto, AB + UBS é maior nas regiões metropolitanas, 38%, contra 33% no interior e AB + PSF nas RMs é maior que o Interior, 16 e 10%.

▪ A grande diferença é:

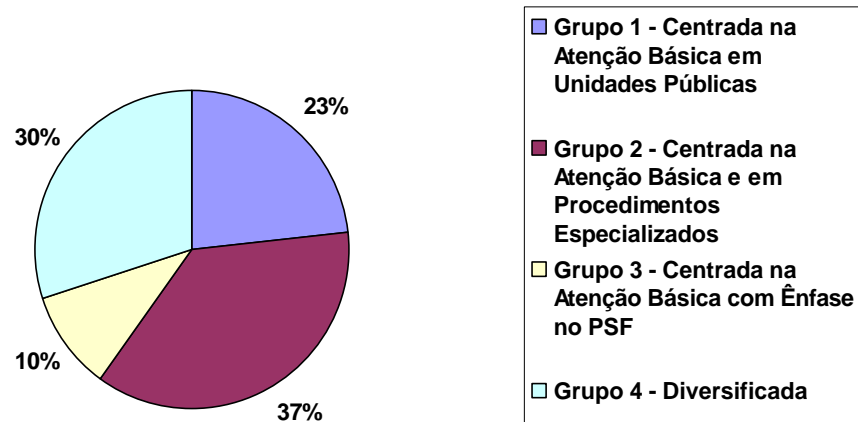
▪ **nas RMs predomina o modelo diversificada**

▪ **no interior, o modelo especializado.**

MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA - Porcentagem de municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo o modelo de AB, nas Regiões Metropolitanas de São Paulo



MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA - Porcentagem de municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo o modelo de AB, no Interior de São Paulo



EFICÁCIA x SUSTENTABILIDADE x EFETIVIDADE x MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA

- Os modelos de AB em unidades públicas e com ênfase no PSF não são predominantes nem nas RMs e nem no Interior do Estado
- Apesar do número de municípios com os modelos AB + UBS e AB+PSF ser maior nas regiões metropolitanas, do que no Interior, o modelo diversificado predomina nas RMs, o que envolve maior complexidade para integração do PSF.
- O modelo de AB “Diversificada” é um mais complexo e vinculado à rede privada, por isso, ele também se configura como um dos elementos que dificulta a expansão e a consolidação do PSF.
- Associando-se a isso os indicadores sociais menos favoráveis e a baixa eficácia e efetividade nas RMs, e que o indicador de sustentabilidade também se apresenta mais crítico nas RMs, temos uma situação bem mais complicada e precária para o fortalecimento do Saúde da Família nessas regiões.



(B)

INOVAÇÕES

Entrevistas:

- Secretários Municipais de Saúde**
- Diretores/Coordenadores da AB**

QUESTÃO

Descreva experiências inovadoras implementadas no município que contemplem mudanças importantes na área da Atenção Básica.

DIMENSÕES:

- Acesso
- Regionalização
- Integralidade da Atenção
- Financiamento
- Assistência Farmacêutica

Inovações - ACESSO

Entrevista: Secretários Municipais de Saúde

Maiores porcentagens de respostas afirmativas entre:

- Municípios dos portes 3 e 4;
- Municípios dos clusters 3, 4 e 6.

Dimensões do acesso mais citadas nas respostas

Porte Populacional	
100 – 500 mil habitantes	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de racionalização do acesso aos cuidados - Ações que potencializem o vínculo dos usuários com as unidades - Outras ações
Acima de 500 mil habitantes	<ul style="list-style-type: none"> - Ações que facilitam o agendamento de consultas e a coleta e resultado de exames - Ações que potencializem o vínculo dos usuários com as unidades
Clusters	
Indicadores sociais menos favoráveis	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de racionalização do acesso aos cuidados - Ações que potencializem o vínculo dos usuários com as unidades - Outras ações
Indicadores sociais mais favoráveis	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de racionalização do acesso aos cuidados - Ações que facilitam o agendamento de consultas e a coleta e resultado de exames

Inovações - REGIONALIZAÇÃO

Entrevista: Secretários Municipais de Saúde

Respostas Afirmativas:

- Porte 4: único porte onde o número de respostas afirmativas superou o de negativas;
- *Cluster 4*: único *cluster* onde o número de respostas afirmativas superou o de negativas;
- *Cluster 5*: 50% dos municípios apresentaram respostas afirmativas.

Dimensão da regionalização mais citada nas respostas, para todos os clusters e portes:

“Descentralização e territorialização municipal”

Inovações – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

Entrevista: Secretários Municipais de Saúde

Maiores porcentagens de respostas afirmativas entre:

- Municípios do porte 2;
- Municípios dos clusters 1 e 4.

Dimensões da integralidade da atenção mais citadas nas respostas

Porte Populacional	
100 – 500 mil habitantes	- Ações intrasetoriais visando a promoção e a proteção à saúde (atividades físicas, creches, nascer feliz, etc)
Acima de 500 mil habitantes	- Ações intrasetoriais visando ampliação aos cuidados de saúde (novos programas / maior acesso)
Clusters	
Indicadores sociais menos favoráveis	- Ações intrasetoriais visando a promoção e a proteção à saúde (atividades físicas, creches, nascer feliz, etc)
Indicadores sociais mais favoráveis	- Ações intrasetoriais visando a promoção e a proteção à saúde (atividades físicas, creches, nascer feliz, etc) - Ações intrasetoriais visando ampliação aos cuidados de saúde (novos programas / maior acesso)

Inovações – FINANCIAMENTO

Entrevista: Secretários Municipais de Saúde

Respostas afirmativas:

- Em todos os portes, a maior porcentagem foi de respostas negativas;
- *Cluster 3*: único *cluster* onde o número de respostas negativas não superou o de afirmativas. 50% das respostas foram afirmativas.

Dimensões do financiamento mais citadas nas respostas

Porte Populacional	
100 – 500 mil habitantes	- Assumir a gestão do Fundo Municipal de Saúde - Aumentar o investimento municipal em saúde - Outros
Acima de 500 mil habitantes	- Outros
Clusters	
Indicadores sociais menos favoráveis	- Outros
Indicadores sociais mais favoráveis	- Aumentar o investimento municipal em saúde - Outros

Respostas afirmativas:

- Nos portes 1 e 2, a maior porcentagem foi de respostas negativas;
- Nos portes 2 e 4, ficou em 50%;
- *Cluster 4*: único *cluster* onde o número de respostas afirmativas foi superou o das negativas.

Dimensão da regionalização mais citada nas respostas, para todos os clusters e portes:

“Estratégias municipais para ampliação do acesso aos medicamentos”

QUESTÃO

Nas atividades coletivas foram adotadas inovações para grupos específicos?

ESPECIFICIDADES:

- A resposta caracteriza como inovadoras ações tradicionais na AB / PSF
- A resposta contempla ações inovadoras já anteriormente relatadas
- A resposta contempla ações inovadoras já anteriormente relatadas e caracteriza como inovadoras ações tradicionais na AB / PSF
- Não informou/Não se aplica

Respostas Afirmativas:

- Maioria dos municípios em todos os portes populacionais;
- Maioria dos municípios em todos os *clusters* da pesquisa.

A especificação mais citada nas respostas, para todos os clusters e portes, foi:

“A resposta contempla ações inovadoras relatadas durante as entrevistas e caracteriza como inovadoras ações tradicionais na AB / PSF”