

Mauro Serapioni



Cartina del Brasile

Il Programma Salute della Famiglia del Brasile può insegnare utili lezioni anche ai paesi ad alto reddito, soprattutto in tempi di crisi economica, come suggerisce il *British Medical Journal*?

Origine e sviluppi del *Programa Saúde da Família*

Il Programma Salute per la Famiglia (*Programa Saúde da Família* - PSF) è stato istituito nel 1994, inizialmente come un programma mirante ad aumentare la copertura delle cure dei settori più svantaggiati della popolazione. Le precedenti esperienze realizzate nelle città di Monte Claro (Minas Gerais), Londrina (Paraná), Niterói (Rio de Janeiro) e Campinas (São Paulo) e il grande successo del *Programa de Agentes Comunitarios de Saúde* (operatori sanitari comparabili ai *Community Health Workers*) nelle regioni del Nord-est del paese a partire dal 1991, fornirono le basi concettuali e metodologiche per lo sviluppo del PSF[1]. Nel 1997 il Ministero della Salute ha definito i principi fondamentali e le linee guida del PSF che riassumiamo brevemente:

1. sostituzione delle pratiche assistenziali convenzionali con un nuovo processo di lavoro basato sulla **sorveglianza sanitaria**.
2. 'Territorializzazione' e registrazione delle famiglie, ossia la ripartizione del territorio e della popolazione con l'obiettivo di stabilire un **vincolo duraturo tra gruppi sociali e unità sanitarie locali in un determinato territorio**.
3. Integrazione e gerarchia tra i diversi livelli assistenziali, riconoscendo alle unità del PSF **il primo livello di intervento**.
4. Equipe multi-professionale, composta da un médico, un infermiere, un infermiere ausiliare e sei operatori comunitari di salute.

Furono ovviamente definiti anche nuovi modelli organizzativi del lavoro e pratiche operative, tra cui è importante menzionare **l'analisi della situazione di salute della popolazione e del suo rispettivo territorio, la pianificazione basata nella realtà locale e supportata dall'analisi dei rischi sanitari e la definizione di priorità e soluzioni concordate con le comunità locali.**

La rapida espansione del PSF su tutto il territorio nazionale si ebbe a partire dal 1998, quando il Governo Federale (durante la presidenza di Fernando Henrique Cardoso) mise in atto una intelligente politica sanitaria e concesse **incentivi finanziari a tutti i municipi che adottavano il nuovo modello di assistenza primaria**, trasferendo loro una quota fissa pro-capite e una quota variabile dipendente dal numero di operatori comunitari di salute e dal numero di equipe di PSF esistenti in ogni municipio. Prima del 1998 il PSF era finanziato solamente dalle amministrazioni municipali le quali ricevevano modesti contributi finanziari solamente dagli stati che avevano aderito all'iniziativa (nel 1998 solo 12 stati su 27 erogavano alcuni incentivi finanziari ai rispettivi comuni che avevano adottato il PSF). Difatti, l'anno precedente alla introduzione degli incentivi finanziari il PSF copriva circa 5.600.000 abitanti che rappresentavano appena il 3,5% della popolazione, residente in municipi di piccole e medie dimensioni (tra 10 e 50 mila abitanti)[1]. La constatazione del modesto livello di adesione dei municipi di grandi dimensioni e delle capitali portò il Ministero della Sanità ad avviare il *Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família*, co-finanziato dalla Banca Mondiale, con un'azione diretta su 187 municipi con più di 100.000 abitanti.

Tale programma è ancora in corso ed è strutturato su tre linee generali di intervento:

1. espansione della strategia del PSF nei grandi municipi e nelle capitali;
2. sviluppo e formazione delle risorse umane;
3. attività di monitoraggio e valutazione.

Infine, un'altra tappa importante da menzionare nel processo di riorganizzazione delle cure primarie è l'approvazione, nel 2006, della Politica Nazionale di Assistenza di Base, i cui nuovi riferimenti normativi incorporarono sia l'esperienza già accumulata in dodici anni e sia le linee-guida emerse dal nuovo patto di gestione ("*Pacto pela vida*") tra le diverse sfere del governo (federale, statale e municipale). Viene quindi ribadita la priorità al consolidamento e alla qualificazione della *Estratégia Saúde da Família* - anche attraverso nuove e più favorevoli modalità di finanziamento del PSF a favore delle città di grandi dimensioni - come modello di assistenza di base e centro organizzativo della rete dei servizi

sanitari[2]. Anche dal punto di vista normativo il PSF diventa porta d'ingresso per l'accesso alla rete dei servizi sanitari e responsabile per l'integrazione dei diversi livelli assistenziali[3].

Caratteristiche del PSF e risultati acquisiti

Le equipe di PSF sono strutturate su base territoriale e rispondono ai bisogni di salute di un bacino di utenza compreso tra 600 e 1000 famiglie (nel 2001 la composizione media della famiglia era di 3,3 membri). A partire dal 2001, ogni due equipe del PSF è stata affiancata da una equipe di *Saúde bucal* (ESB), formata da un dentista, un tecnico di igiene orale e un ausiliare di laboratorio dentale con l'obiettivo di realizzare interventi prevalentemente preventivi (individuali e collettivi) ma anche alcune attività di cura, privilegiando il nucleo familiare.

Tabella 1. Evoluzione del PSF, in termini di n. di equipe, popolazione coperta e finanziamenti.

Anni	Equipe PSF	N. Comuni Coperti	Copertura popolazione	Equipe Cure dentarie	Finanziamento (Reais)
1998	3.062	1.134	6,0%	—	n.d.
1999	4.114	1.646	8,8%	—	n.d.
2000	8.503	2.762	17%	—	n.d.
2001	13.155	3.682	25,4%	2.248	n.d.
2002	16.698	4.161	31,9%	4.261	n.d.
2003	19.000	4.400	35,7%	6.170	1.662 Milhoes
2004	21.300	4.600	39%	8.951	2.191 Milhoes
2005	24.600	4.986	44,4%	12.603	2.679 Milhoes
2006	26.729	5.106	46,2%	15.086	3.248 Milhoes

2007	27.324	5.125	46,6%	15.694	4.064 Milhoes
2008	29.300	5.235	49,3%	17.807	4.767 Milhoes
2009	30.328	5.251	50,7%	18.982	5.698 Milhoes
2010	31.252	5.294	52,2%	20.424	n.d.

Fonte: Nostra elaborazione con dati del *Departamento de Atenção Básica - DAB, Ministério da Saúde*[4].

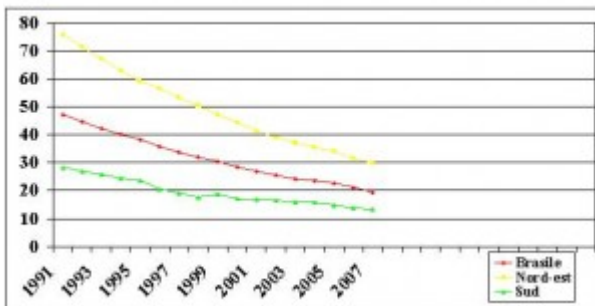
Come si può notare dalla **Tabella 1**, dal 2003 (primo anno del Governo Lula), i finanziamenti per il PSF sono aumentati costantemente, fino a quasi quadruplicare nel 2010, così come è aumentato il numero di equipe di PSF, il numero di equipe di ESB (istituite a partire dal 2001) e il numero di municipi coperti dalla *Estratégia Saúde Família* (5.251 su un totale di 5.564).

Tale modello assistenziale comunitario ha migliorato l'accesso della popolazione alle cure primarie e ha anche incrementato le attività di prevenzione e promozione della salute a favore dei gruppi sociali più vulnerabili, soprattutto nella aree geografiche del Nord-est e del Nord del paese, che prima dell'istituzione del PSF avevano facile accesso solamente agli agenti comunitari di salute o dovevano ricorrere ai servizi di emergenza dei presidi ospedalieri, quando esistenti.

Tra i risultati ottenuti dal PSF, va menzionata la diminuzione del divario dell'Indice di Sviluppo Umano tra le diverse fasce sociali di alcune aree del paese, che il Ministero della Salute interpreta come un percorso verso l'equità[5]. Alcuni ricerche hanno tentato di studiare il contributo del PSF alla riduzione della mortalità infantile, considerando il significativo e costante declino di tale indicatore dal 1994 ad oggi (**Figura 1**).

Figura 1. Riduzione mortalità infantile dal 1991 al 2007

Figura 1 – Riduzione mortalità infantile dal 1991 al 2007



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Departamento Atenção Básica - DAB, Ministério da Saúde[4].

Secondo alcuni autori l'impatto del PSF è stato decisivo[6,7,8] anche se vanno considerati altri fattori socio-economici che possono ugualmente aver contribuito a migliorare le condizioni di vita delle comunità (aumento del salario minimo, riduzione dell'analfabetismo, disponibilità di acqua potabile, campagne di vaccinazione, etc.). Altre ricerche mostrano risultati contraddittori. La ricerca di Roncalli e Lima[9] realizzata nei grandi centri urbani del Nord-Est del paese, per esempio, ha dimostrato che nella maggior parte degli indicatori utilizzati dallo studio non si sono osservate differenze significative tra aree coperte dal PSF e aree non coperte. L'unica differenza emersa è la riduzione del tasso di ospedalizzazione per diarrea, che gli autori però attribuiscono all'attività degli agenti comunitari di salute. Un altro studio ha associato l'espansione del PSF con la riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete mellito e problemi respiratori (tra il 1998 e il 2002), anche se tali risultati erano significativi solo per le donne[10]. La ricerca di Henrique e Calvo[11] realizzata nel sud del paese, ha evidenziato l'aumento della copertura del PSF e dell'accesso alle sue prestazioni ma non è riuscita a identificare cambiamenti nel modello assistenziale e tanto meno a stimare l'impatto sugli indicatori di salute.

Non ci sono invece dubbi circa il grado di soddisfazione da parte beneficiari di tale programma. Secondo i risultati di una recente indagine nazionale dell'Istituto di Ricerca Economica Applicata (IPEA)[12], l'80,7% degli utenti del servizio intervistati hanno valutato positivamente ('buono' o 'molto buono') il PSF. Altre ricerche realizzate a livello dei singoli stati[13,14] hanno ugualmente evidenziato alti indici di soddisfazione degli utenti verso il PSF e soprattutto nei riguardi suoi professionisti (oltre l'85% delle preferenze).

Gli aspetti critici del *Programa Saúde da Família*

1. Uno dei punti critici evidenziato da vari studiosi riguarda il livello di copertura della popolazione che a stento riesce a superare la soglia del 50%, rimanendo molto al di sotto dei valori dei paesi occidentali con un consolidato sistema sanitario pubblico. In effetti, Il PSF dovrebbe rappresentare una strategia di riorganizzazione del sistema sanitario nel suo complesso, ma ancora non riesce a produrre i risultati sperati[15]. Al riguardo è interessante l'analisi di Gastão Wagner de Sousa Campos[16] - un riconosciuto leader del movimento della riforma sanitaria brasiliana - sulle ragioni della bassa copertura del PSF. "Secondo la teoria dei sistemi sanitari - scrive Campos[16] - un'assistenza primaria, che si responsabilizza per l'80% dei problemi di salute della popolazione e che risolve il 95% di tali problemi è una condizione fondamentale di un sistema sanitario pubblico" (p. 304). Perché il PSF incontra tante difficoltà all'ampliamento della sua copertura? **Alcuni studiosi brasiliani associano la bassa copertura del PSF con le difficoltà di espandere tale programma nelle grandi città e capitali degli stati del paese, nonostante il Ministero della Salute avesse già introdotto nuovi incentivi finanziari con l'obiettivo di aumentare la copertura del PSF proprio nelle grandi città.** Al riguardo, Sousa e Hamman[1] identificano i seguenti fattori responsabili della complessità della relazione tra PSF e grandi centri urbani: gli alti livelli di esclusione sociale che limitano l'accesso ai servizi sanitari, le malattie caratteristiche dei grandi centri urbani, l'esistenza di una rete di servizi fortemente disarticolata, la predominanza di modalità tradizionali di prenotazione delle visite e l'assenza di un adeguato vincolo degli operatori sanitari con le comunità e il loro territorio. Per Conill[2], gli ostacoli all'espansione del PSF nei grandi centri urbani dipendono essenzialmente dal modello di sviluppo urbano vigente e dall'accentuato processo di 'favelização' (espansione di 'bidonvilles'). Questa situazione richiederebbe, secondo l'Autrice[2], "azioni intersettoriali sinergiche a fronte di una situazione di estrema precarietà" (p. 12). A tale situazione descritta bisogna anche aggiungere il basso grado di efficacia e sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari municipali e la violenza urbana che si ripercuote anche nella vita quotidiana degli operatori, aumentandone il livello di turn-over. **La lentezza dell'adozione del PSF nelle grandi città dipende anche dalla propensione delle classi medie a preferire un'assicurazione sanitaria privata.** Tale preferenza è significativamente aumentata negli ultimi anni, in coincidenza con la sostenuta crescita economica del paese e l'aumento del potere di acquisto di alcuni settori della popolazione[16,17].

Le migliori valutazioni del PSF provengono proprio dai municipi di piccole e medie dimensioni e dalle aree geografiche con una popolazione maggiormente vulnerabile e con maggiori livelli di disuguaglianze di salute[18]. Uno studio di Henrique e

Calvo[11] che ha coinvolto 125 municipi dello stato di Santa Catarina (sud del Brasile) ha dimostrato che il PSF ottiene migliori risultati nei distretti con minore popolazione e con un minore Indice di Sviluppo Umano (ISV). Nella stessa direzione vanno i risultati dello studio di Wehrmeister e Pires (citati da Guanais[19], basato sull'Inchiesta Nazionale Campionaria sulle Famiglie. Tale studio evidenzia che nel 2009 solamente il 52% dei brasiliani (circa 96 milioni) ha utilizzato il PSF, che rappresenta il 47% della popolazione urbana e il 73% della popolazione rurale. Si osserva anche che la copertura del PSF è più alta nel nord-est del paese, raggiungendo il 72% (regione con un reddito medio pro-capite di 477 *reais* nel 2009) e inferiore nella regione sud (con un reddito medio pro-capite di 901 *reais* nel 2009), con appena il 36% di copertura. Questi dati lasciano aperta l'ipotesi, avanzata da diversi studiosi, che il programma abbia ottenuto migliori risultati nelle aree dove maggiori erano i bisogni sanitari[16,2,19].

2. Un altro nodo problematico messo in luce da molti osservatori concerne la scarsa integrazione dei servizi di assistenza primaria, soprattutto quelli del PSF, con gli altri livelli di cure, sia l'assistenza specialistica e sia quella ospedaliera. La rete di salute familiare è infatti stata sviluppata senza una sufficiente articolazione con il sistema sanitario pre-esistente all'assistenza primaria. In altre parole manca come sostengono Sousa e Hamann[1] una rete regionale integrata di servizi sanitari e soprattutto si riscontra, su tutto il territorio nazionale, un deficit di cure specialistiche a supporto delle attività del PSF[3]. Sinora - commenta Conill[2] - è stata data priorità al PSF e sono mancati gli investimenti finanziari necessari per sviluppare i livelli di assistenza sanitaria di media e alta complessità che avrebbero permesso di costruire un effettivo sistema integrato. Uno dei fattori che secondo Campos[16] permette di comprendere questo deficit risiede nel fatto che l'assistenza primaria in Brasile, contrariamente al modello europeo, canadese e cubano, abbia valorizzato eccessivamente la funzione della sanità pubblica, della prevenzione e della promozione della salute, a discapito della dimensione clinica. Durante gli anni '80 e '90 del XX secolo - continua Campos[16] - "abbiamo fatto un grande sforzo per superare il modello bio-medico vigente (...), ma abbiamo perso nel semplificare la funzione clinica" (p.18).

3. Infine, c'è da considerare il tema della **qualità delle cure e della sua alta variabilità** che rappresenta ugualmente un elemento problematico del programma. Negli ultimi anni, varie ricerche hanno evidenziato aspetti critici afferenti all'area della qualità delle prestazioni:

1. sono stati osservati casi in cui le equipe di PSF operavano senza la presenza del medico[2];
2. situazioni in cui le equipe rispondono ai bisogni sanitari di una popolazione molto più numerosa rispetto a quanto previsto dai parametri del Ministero della Salute[20];

3. insufficiente e/o non adeguata formazione del personale medico ed infermieristico[3,1];
4. carenze strutturali nelle unità di salute (trasporti, apparecchiature, tecnologie e farmaci) [15,18];
5. eccessivo turn-over dei professionisti, soprattutto del personale medico, che si trasferisce dalle località meno accessibili verso le città di medie e grandi dimensioni alla ricerca di migliori condizioni di vita e di lavoro. Alcuni studi realizzati dal Ministero della sanità[21,22] avevano già identificato una grande varietà di performance e di modelli organizzativi del PSF nelle diverse regioni e municipi del paese.

Alcune considerazioni conclusive

La rivista *British Medical Journal* del 4 di dicembre 2010[23] ha analizzato con molto interesse il Programma Salute della Famiglia del Brasile, riconoscendo i successi già ottenuti, le sue potenzialità e ovviamente anche i nodi problematici. L'Editoriale dello stesso numero della rivista lamenta il fatto che il PSF non sia stato sufficientemente divulgato e non abbia ancora ottenuto riconoscimenti internazionali[24], nonostante le sue qualità assistenziali e preventive e la rilevanza data alla promozione della salute, nonché il buon rapporto costo-efficacia. Harris e Haines [24] ritengono che i paesi a basso reddito e quelli emergenti, ma anche quelli economicamente avanzati (tra cui viene citata la stessa Gran Bretagna) potrebbero apprendere molto dall'esperienza brasiliana. Certamente, come abbiamo già riportato, il PSF ha contribuito significativamente all'ampliamento dell'accesso alle cure primarie di vasti settori della popolazione che usufruisce del sistema sanitario pubblico e sicuramente ha contribuito a migliorare alcuni indicatori socio-sanitari, anche se non esiste ancora un consenso tra gli studiosi. Tuttavia, come abbiamo già osservato, tale modello assistenziale:

- copre poco più del 50% della popolazione, principalmente i settori economicamente svantaggiati del paese;
- presenta seri problemi di integrazione con le cure specialistiche e quelle ospedaliere, rappresentando in molti casi il primo ma anche l'unico accesso per pazienti che invece avrebbero bisogno di attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative non offerte dal PSF;
- non riesce ancora a garantire livelli omogenei di qualità a causa di carenze sia strutturali e sia inerenti le risorse umane (insufficienza di operatori e livelli formativi).

Tale situazione è all'origine di un appassionato dibattito che coinvolge sia la comunità accademica e sia il movimento della riforma sanitaria brasiliana e si comprendono pertanto

le ragioni del riaffiorare di quella tensione - che aveva già caratterizzato il periodo successivo alla Conferenza di Alma Ata[25] - tra una concezione di assistenza primaria universale e porta d'ingresso per l'accesso agli altri livelli di cura e un'assistenza primaria selettiva, rivolta ai settori svantaggiati della popolazione. Al riguardo sono interessanti le considerazioni di Coelho[26]: "Tutte le persone che hanno l'opportunità sono assistite dal sistema sanitario privato o vorrebbero essere assistite da tale sistema supplementare. Il volume di risorse destinato al Sistema Único de Saúde (SUS) è quasi raddoppiato negli ultimi 4 anni, senza il corrispondente miglioramento delle opinioni degli utenti" (p. 310). Il SUS è formalmente universale e dal 1990, anno della sua istituzione, ha ampliato significativamente la copertura della popolazione che prima non aveva accesso ai servizi. Tuttavia, il sistema pubblico convive con il sistema delle assicurazioni private (che copre circa il 25% della popolazione, che rappresenta circa il 40% della spesa privata) e con un fiorente sistema basato sulle spese individuali (*out of pocket*), equivalente al 60% della spesa privata, il 65% della quale è sostenuta dalle persone che guadagnano meno di un salario minimo (circa 270 dollari alla fine del 2010). Tale situazione è all'origine della **segmentazione del sistema sanitario e delle disuguaglianze di accesso e nella qualità delle cure e nello stato di salute**. Secondo l'ex-Ministro della salute del governo Lula, José Gomes Temporão, il Brasile corre il rischio di 'americanizzare' il suo sistema sanitario, che "sarebbe una profonda contraddizione rispetto a ciò che è previsto nella costituzione del 1988"[27]. Difatti la spesa sanitaria pubblica brasiliana è pari al 41,6%, inferiore a quella degli USA (45,5%)[28]. Questo dibattito in corso, dentro e fuori del sistema sanitario brasiliano, non dovrebbe essere ignorato dalle analisi degli studiosi internazionali.

Pertanto, per creare un servizio di assistenza primaria universale capace di attrarre anche la classe media brasiliana (circa 60 milioni di persone secondo le ultime stime[12] e non solo i settori meno avvantaggiati della popolazione, il nuovo governo deve mettere in atto interventi mirati a superare, o per lo meno attenuare, i seguenti aspetti problematici che caratterizzano il sistema sanitario nazionale[2]:

- **incrementare la spesa sanitaria pubblica** che attualmente è pari al 41,6% della spesa totale (Tabella 2 - WHO, 2010);

Tabella 2. Brasile. Indicatori di Spesa Sanitaria

	2000	2007
Spesa sanitaria totale come % del PIL	7,2	8,4
Spesa sanitaria totale pro-capite. \$ cambio corrente	374	857
Spesa sanitaria pubblica pro-capite. \$ cambio corrente	107	252
Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale	40,0	41,6

- **ridurre la segmentazione del sistema sanitario nazionale** alterando il rapporto sistema pubblico-sistema privato, anche attraverso l'eliminazione delle deduzioni ed esenzioni fiscali a favore del sistema privato, che nel 2005 erano pari a 3,2 miliardi di dollari, equivalenti a circa il 20% della spesa del sistema delle assicurazioni private[29];
- **sviluppare l'assistenza specialistica e ospedaliera pubblica** - che attualmente dispone di un'offerta di servizi pubblici, di media ed alta complessità, decisamente inferiore a quella privata[30,31], nonostante l'elevatissimo numero di utenti del SUS - in modo da promuovere efficaci strategie di integrazione con l'assistenza di base e, in primo luogo, con il PSF.

Questa è la grande sfida che il nuovo presidente del Brasile, Dilma Rousseff, deve vincere per garantire, a tutti i cittadini, non solo l'assistenza primaria di qualità ma anche gli altri livelli di cure, soprattutto nel momento in cui il Brasile si appresta a superare anche la Francia e la Gran Bretagna (dopo aver già superato l'Italia) per diventare la quinta maggiore economia del mondo.

Mauro Serapioni, Centro de Estudios Sociales, Università di Coimbra, Coimbra

Bibliografia

1. Sousa M.F. e Hamann E.M. (2009), Programa Saude da familia no Brasil: uma agenda

- incompleta? *Ciencia e saude Coletiva*, 14(Supl.1)1325-1335.
2. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008, 24(supl.1):7-16.
 3. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escolrel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção à saúde no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(3), 783-794.
 4. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica - [DAB, Saúde da Família](#); Brasília, Ministério da Saúde. (15 marzo 2011).
 5. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil. Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
 6. Van Stralen C.J., Belisário S.A., van Stralen T.B.S., Lima A.M.D., Massote A.W., Oliveira C.L. (2008), Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com o sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(supl. 1):148-158.
 7. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1999-2002. *Journal of Epidemiology Community Health* 2006; 60:13-19.
 8. Guanais F, Macinko J. The Health Effects of Decentralizing Primary Care in Brazil. *Health Affairs* 2009, Jul-Aug, 28(4):1127-35.
 9. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):713-724.
 10. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management* 2009; 32:115-122.
 11. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 24(4):809-819.
 12. **IPEA - Instituto Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social.** Saúde [Online]; 2011. 9 Fevereiro 2011. [[PDF: 652 Kb](#)].
 13. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(1), 23-34.
 14. Serapioni M, Silva MG. Valutazione della qualità del programma di salute familiare del Ceará. Un approccio multidimensionale. *Salute e Società* 2007; 2, 119-134.
 15. Rocha PM, Uchoa AC. Dantas Rocha NSP, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (Supl.): 69-78.
 16. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?

- Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2): 301-306.
17. Viana ALD e Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; 18(4): 645-684.
 18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):696-681.
 19. Guanais F. Progress in a land of extremes. *British Medical Journal* 2010; 341, 1198-1201. 04 December.
 20. Serapioni M, Silva MG. [Avaliação da qualidade do programa saúde da família em municípios no Ceará](#). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011. 10 Febbraio 2011. (in corso di pubblicazione).
 21. Viana ALA, Pierantoni CR, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG. Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos. Brasília, Ministério da Saúde; 2002.
 22. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhaes R, Senna M. Avaliação da implementação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Ministérios da Saúde; 2002.
 23. *British Medical Journal* 2010; 341:c4945; doi:10.136/bmj.c4945.
 24. Harris M, Haines M. Editorials. Brasil's Family Health Programme. *British Medical Journal* 2010; 341, 1171-72. 04 December.
 25. World Health Organization. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Report of the Conference, Geneva, WHO.
 26. Coelho IB. Os impasses do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007, 12(2), 309-311.
 27. Hennigan T. A revolution in primary healthcare. *British Medical Journal* 2010; 341, 1190-91. 04 December.
 28. World Health Organization. **World Health Statistics 2010** [Online]. 15 Febbraio 2011. [[PDF: 4,6 Mb](#)]
 29. Bahia L. (2008), As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1385-1397.
 30. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008, 13(5): 1421-1430.
 31. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM, O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008, 13(5):1431-1440.

