

**PESQUISA AVALIATIVA SOBRE ASPECTOS DE IMPLANTAÇÃO,  
ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS DAS CLÍNICAS  
DA FAMÍLIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

**Pesquisador Responsável**

Erno Harzheim

**Equipe de Pesquisa**

Erno Harzheim

Karine Margarites Lima

Lisiane Hauser

Porto Alegre - RS

Fevereiro de 2013

## RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de acesso a um sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Países com APS forte, ordenadora e coordenadora da atenção, apresentam melhores indicadores de saúde com menores investimentos em relação a países com APS fraca. No Brasil, estudos mostraram efeitos importantes da APS, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), na melhoria da saúde da população. Entretanto, a heterogeneidade na qualidade da atenção ainda é uma marca da ESF, assim como os desafios de se ampliar sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil, especialmente as doenças crônicas.

No município do Rio de Janeiro a cobertura da ESF em 2009 estava em torno de 7%. A partir desse ano, forte ênfase foi dada para a APS. Iniciou-se uma reforma da APS orientada pela qualidade, representada pela criação das novas Clínicas da Família e pelas Unidades tipo A (ambas 100% ESF), diferente das unidades B (Unidades com algumas ESF) e C (Unidades Tradicionais, sem ESF). Ao final de 2012, a cobertura populacional da ESF era 40%. Assim, neste estudo, procurou-se identificar e descrever aspectos relacionados à implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro, comparando o grau de orientação à APS entre Unidades A, B e C.

Foi realizado um estudo de caso sobre a implantação das Clínicas da Família, complementado por um estudo transversal acerca do grau de orientação à APS dos diferentes modelos de atenção (A, B ou C) por meio da aplicação do PCATool-Brasil, versão Profissionais de Saúde. Diversas estratégias metodológicas foram utilizadas, como revisão da literatura, obtenção e análise de indicadores de saúde, visitas a Unidades de APS, entrevistas a informantes-chave, análise de dados dos prontuários eletrônicos - diagnóstico de demanda - e estudo transversal com médicos atuantes nas unidades de APS do município do Rio de Janeiro. O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ e da UFRGS, sendo aprovado em ambos.

Os resultados obtidos apontam que o município do Rio de Janeiro, assim como grande parte do país, apresenta uma tripla carga de doenças: afecções agudas (ex: dengue) e condições materno-infantis (mortalidade infantil e materna, sífilis congênita) ainda não resolvidas, a epidemia das doenças crônicas (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais, HIV/AIDS) e das causas externas (violência e acidentes, nem mencionadas anteriormente). Todos esses grupos de morbimortalidade se apresentam, sem exceção, com um viés de iniquidade, sendo mais presentes, quanto mais vulnerável socioeconomicamente é a população. Aliado à vulnerabilidade social, o envelhecimento populacional agrega mais desafios aos serviços de saúde cariocas.

Frente a esses desafios, o diferencial da reforma da APS foi a aposta na qualidade, por meio da criação e ampliação das Clínicas da Família. Estas são grandes Unidades de Saúde, que concentram 5 ou mais equipes de Saúde da Família, com estrutura física diferenciada, onde a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade são requisitos importantes, aliados à incorporação de tecnologia apropriada à prática da APS, com oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ecografia e outros.

Não há dúvida de que foi realizada uma revolução na qualidade da APS do Rio de Janeiro em apenas 4 anos. Os resultados da análise multivariável do PCATool-Brasil mostram inequivocamente que as unidades do modelo A apresentam superior, independente e significativamente maior orientação para APS que as unidades do modelo B e C.

Entretanto, a proposta ainda não está consolidada. A cobertura de ESF na cidade está próxima de 40%, devendo avançar mais, e, alguns atributos, em especial o acesso, a longitudinalidade e a coordenação, ainda devem ser muito fortalecidos. O grande risco para a consolidação do modelo proposto é a falta de recursos humanos de qualidade e bem preparados para trabalhar em APS, em especial de médicos de família e comunidade. Neste sentido, as Clínicas da Família que contam com residência médica parecem ter alcançado a qualidade almejada e esta parece ser a melhor aposta para formar e fixar bons profissionais. Os dados analisados mostram que houve progresso importante na ESF, com oferta e utilização de consultas espontâneas e programadas adequadas. A 'Carteira de Serviços' mostrou o norte a ser seguido para alcançar maior integralidade, mas todas as equipes devem seguir as equipes pioneiras que já estão próximas de

alcançar seu objetivo: ofertar e possibilitar à população a utilização de todas as ações desta 'Carteira'.

Em resumo, recomenda-se radicalizar o processo de reforma em direção às Clínicas da Família, intensificando o aumento da cobertura da ESF. Esta radicalização deve se dar, preferencialmente, por meio da criação de novas Clínicas da Família, extinção das unidades do modelo C, e suspensão da criação de unidades do modelo B. Além disso, é essencial que se mantenham e intensifiquem estratégias de formação de médicos de família e comunidade na rede de APS do Rio de Janeiro, além de criar mecanismos de coordenação assistencial, a fim de reforçar o papel coordenador da APS.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	5
<b>1.1.1 Atributos Essenciais da APS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1.2 Atributos Derivados da APS</b> .....	<b>6</b>
1.2 APS COMO ORDENADORA DE UM SISTEMA DE SAÚDE .....	6
1.3 APS NO BRASIL .....	7
1.4 APS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>3 NOTA METODOLÓGICA</b> .....	<b>11</b>
3.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS .....	11
<b>3.1.1 Revisão da Literatura</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1.2 Obtenção de indicadores de saúde selecionados</b> .....	<b>12</b>
3.1.2.1 Visitas a unidades de APS .....	14
3.1.2.2 Entrevistas a informantes-chave .....	16
3.1.2.3 Diagnóstico de demanda .....	16
3.1.2.4 Estudo transversal .....	18
3.1.2.4.1 <i>Delineamento</i> .....	18
3.1.2.4.2 <i>População em estudo</i> .....	18
3.1.2.4.3 <i>Coleta de dados</i> .....	19
3.1.2.4.4 <i>Apropriação e análise dos dados</i> .....	20
3.1.2.4.5 <i>Equipe de pesquisa</i> .....	20
3.1.2.4.6 <i>Aspectos Éticos</i> .....	20
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>21</b>
4.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO .....	21
<b>4.1.1 Mortalidade Infantil</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1.2 Pré-natal</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1.3 Aleitamento Materno</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1.4 Mortalidade Materna</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1.5 Saúde da Mulher</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1.6 Doenças Agudas</b> .....	<b>36</b>
4.1.6.1 Dengue .....	36
<b>4.1.7 Doenças Crônicas</b> .....	<b>36</b>
4.1.7.1 HIV/AIDS .....	42
<b>4.1.8 Iniquidades Sociais</b> .....	<b>42</b>
<b>4.1.9 Resumo das condições de saúde</b> .....	<b>43</b>
4.2 OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO .....	44
4.3 CLÍNICAS DA FAMÍLIA .....	46
<b>4.3.1 Implantação</b> .....	<b>46</b>
<b>4.3.2 Estrutura</b> .....	<b>47</b>
4.3.2.1 Área física e insumos .....	47
4.3.2.2 Recursos Humanos .....	48
4.3.2.3 Organização e efetividade das ações .....	53
4.3.2.3.1 <i>Território</i> .....	53
4.3.2.3.2 <i>Prontuário Clínico</i> .....	53
4.3.2.3.3 <i>Oferta de consultas espontâneas e programadas</i> .....	54
4.3.2.3.4 <i>Oferta de ações</i> .....	55
4.3.2.3.5 <i>Sistema de referência e contrarreferência</i> .....	55
4.3.2.4 Gestão, planejamento, monitoramento e avaliação .....	57

<b>4.3.3 Processo de trabalho em APS</b> .....	<b>59</b>
4.3.3.1 Diagnóstico de demanda: Utilização de consultas espontâneas x programadas .....	59
4.3.3.2 Carteirômetro .....	62
<b>4.3.4 Comparação do grau de orientação à APS das Clínicas da Família com os modelos anteriores de serviços de atenção primária</b> .....	<b>63</b>
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	<b>81</b>
5.1 CONSOLIDAÇÃO DO MODELO .....	81
5.2 IMPACTO SOBRE MELHORIAS NO PROCESSO DE ATENÇÃO.....	82
5.3 IMPACTO SOBRE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS E SEU PAPEL NA SUSTENTABILIDADE .....	82
5.4 IMPACTO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO .....	83
5.5 SUSTENTABILIDADE POLÍTICA E FINANCEIRA .....	83
<b>6 RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>84</b>
<b>MENSAGEM FINAL</b> .....	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>87</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia populacional consiste no comprometimento dos governos em atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços — e/ou políticas — sociais (STARFIELD, 1992). A APS, vista como o primeiro nível de atenção, é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (**acesso de primeiro contato**), caracterizando-se, principalmente, pela **longitudinalidade**, **integralidade** da atenção e **coordenação do cuidado** dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a **orientação familiar** e **comunitária** e a **competência cultural**. Essa definição explicita os atributos essenciais e derivados da APS, definidos nos próximos parágrafos.

### 1.1.1 Atributos Essenciais da APS

*Acesso de Primeiro Contato:* acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

*Longitudinalidade:* existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

*Integralidade:* leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação,

adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

*Coordenação:* pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

### **1.1.2 Atributos Derivados da APS**

*Orientação Familiar:* na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado, e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

*Orientação Comunitária:* reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; de sua relação com ela, assim como planejamento e avaliação conjunta dos serviços.

*Competência Cultural:* adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

## **1.2 APS COMO ORDENADORA DE UM SISTEMA DE SAÚDE**

Várias evidências embasam a APS como ordenadora de um sistema de saúde, isto é, que os serviços que conformam as Redes de Atenção à Saúde sejam estruturados de acordo com as necessidades de saúde da população identificadas pelas equipes de APS (MENDES, 2011). Nesse sentido, a Portaria nº 4.279 do MS reafirma o papel ordenador da APS no SUS, ao afirmar:

A Rede de Atenção à Saúde [...] caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010b)

Além disso, países com APS forte (como a Inglaterra) apresentam melhores indicadores de saúde com menores investimentos em saúde em relação a países com APS fraca (como os Estados Unidos da América) (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003). Muitos outros estudos realizados no Brasil (FACCHINI et al., 2006; MACINKO et al., 2006; BEZERRA FILHO et al., 2007; MACINKO et al., 2007; PICCINI et al., 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; FACCHINI et al., 2008) mostraram efeitos importantes da APS, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF) na melhoria da saúde da população.

### 1.3 APS NO BRASIL

A reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da ampliação de sua rede de serviços de APS por meio da Estratégia Saúde da Família trouxe avanços importantes na saúde e nas condições de vida da população brasileira. Hoje, mais de 30.000 equipes atuam em todo o país, sendo responsáveis pelo cuidado em APS de mais da metade da população. Estudos demonstram que a ESF teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista socio-sanitário (FACCHINI et al., 2006; MACINKO et al., 2006; BEZERRA FILHO et al., 2007; MACINKO et al., 2007; PICCINI et al., 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; FACCHINI et al., 2008).

Entretanto, estudos apontam a heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pelas equipes da ESF, assim como os desafios de ampliar a sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil, especialmente no caso das doenças crônicas (FACCHINI et al., 2006; GIOVANELLA et al., 2009; CHOMATAS; VIGO; HARZHEIM, 2010; OLIVEIRA; HARZHEIM; RIBOLDI, 2007).

#### 1.4 APS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

O Município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasada na APS. A cobertura da Estratégia Saúde da Família era em torno de 7%. A partir desse ano, uma mudança radical na gestão da saúde pública foi iniciada. Forte ênfase foi dada para a APS, por meio do estímulo à Estratégia Saúde da Família, chegando ao final do ano de 2012 a uma cobertura de ESF de cerca de 40%. (BRASIL, 2012b)

Entretanto, essa ênfase não é apenas quantitativa, quer do ponto de vista da cobertura da ESF, quer do volume de financiamento municipal para APS. O ponto essencial dessa mudança é a aposta na qualidade. A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) qualificou a proposta normativa da ESF ao criar as Clínicas da Família. Estas são unidades de saúde estruturalmente sofisticadas, equipadas adequadamente, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos; e, o mais importante, com condições para atrair profissionais de saúde de qualidade. Essas condições vão desde os aspectos estruturais já citados, passando pela forma e valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais frente ao crescimento das Clínicas da Família. Nesse processo, as unidades de saúde do Rio de Janeiro podem ser classificadas em três tipos:

- a) unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família;
- b) unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;

- c) unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família.

Frente ao quadro inovador apresentado pelas Clínicas da Família do Rio de Janeiro no panorama da APS brasileira, impõe-se a necessidade de avaliar a sua implantação, bem como os seus aspectos estruturais, o seu processo de atenção e os seus resultados, a fim de determinar como foi construída essa nova estratégia e o potencial impacto dessa iniciativa frente às condições de saúde da população carioca.

## **2 OBJETIVOS**

Identificar e descrever as necessidades em saúde da população da Cidade do Rio de Janeiro.

Identificar e descrever aspectos relacionados à implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro.

Comparar o grau de orientação à APS entre unidades de saúde em diferentes etapas de incorporação das equipes de Saúde da Família.

### **3 NOTA METODOLÓGICA**

Foi realizado um estudo de caso sobre a implantação das Clínicas da Família, complementado por um estudo transversal acerca do grau de orientação à APS dos distintos tipos de serviços de APS (Unidades A, B ou C) do Município do Rio de Janeiro. Os principais eixos de análise utilizados foram os atributos da Atenção Primária segundo Starfield (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária) (STARFIELD, 1992), além de alguns dos atributos das redes integradas de atenção à saúde conforme definição da OPAS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008), entre esses: população/território, oferta de serviços de saúde e mecanismos de coordenação assistencial.

#### **3.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS**

##### **3.1.1 Revisão da Literatura**

Buscou-se, nas bases de dados eletrônicas — Medline (Pubmed), Lilacs, Scielo (Biblioteca Virtual em Saúde) — por estudos publicados, no período de janeiro de 2000 a julho de 2012, que atendessem aos objetivos de descrever a situação de saúde da população do Rio de Janeiro e/ou aspectos descritivos ou avaliativos de sua rede de serviços de saúde, com ênfase em serviços de APS. Os termos utilizados na busca foram “Rio de Janeiro”[Title/Abstract] OR (“Rio de Janeiro”) AND “Primary health care” por mostrarem-se mais sensíveis e específicos para a avaliação da questão de pesquisa. Foram identificados inicialmente 1.566 títulos. Após a avaliação dos títulos e resumos dos artigos, 108 resumos foram considerados relevantes e selecionados para a avaliação na íntegra para os critérios de elegibilidade. Foi considerado como critério de elegibilidade ser estudo avaliativo das condições de saúde da população do Município do Rio Janeiro,

independentemente do delineamento, idioma ou ano da coleta de dados. Ao todo, 19 estudos foram incluídos.

### 3.1.2 Obtenção de indicadores de saúde selecionados

Para a descrição do estado de saúde da população do Município do Rio de Janeiro, e, também, para a descrição de aspectos de estrutura e processo de atenção dos serviços de saúde pública nesta cidade, extraímos os indicadores listados abaixo diretamente do DATASUS (2012) para o período 2004-2011. Alguns indicadores possuíam período inferior ao descrito, sendo extraído o maior período possível.

**Quadro 1** - Descrição dos indicadores epidemiológicos utilizados para descrever a saúde da população do Município do Rio de Janeiro, com ênfase na abordagem da Atenção Primária à Saúde

INDICADORES	Série histórica	Numerador	Denominador	Unidade
Taxa de Mortalidade Infantil	2007 a 2011	Número de óbitos de crianças residentes com menos de um ano de idade Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	Número total de nascidos vivos de mães residentes. Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)	1.000
Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal	2007 a 2011	Número de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias Fonte: SIM	Número total de nascidos vivos de mães residentes Fonte: SINASC	1.000
Taxa de Mortalidade Infantil Pós-neonatal	2007 a 2011	Número de óbitos de crianças residentes de 28 a 364 dias de vida completos Fonte: SIM	Número total de nascidos vivos de mães residentes Fonte: SINASC	1.000
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	2007 a 2011	Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período Fonte: SINASC	Número de nascidos vivos, no mesmo local e período Fonte: SINASC	100
Taxa de mortalidade materna*	2004 a 2010	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Número de nascidos vivos de mães residentes Fonte: SINASC	100.000
Nº casos sífilis congênita	2007 a 2011	Número de casos de sífilis congênita residentes em determinado local e diagnosticados no ano Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)		

Nº casos sífilis em gestantes	2007 a 2011	Número de casos de sífilis em gestantes residentes em determinado local e diagnosticados no ano Fonte: SMSDC-RJ		
Percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva	2006 a 2010	Número de adultos entrevistados que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)	Total de adultos entrevistados Fonte: VIGITEL	100
Percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer	2006 a 2010	Número de adultos entrevistados que praticam atividade física suficiente no lazer Fonte: VIGITEL	Total de adultos entrevistados Fonte: VIGITEL	100
Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram exame de Papanicolau nos últimos três anos	2007 a 2010	Número de mulheres adultas entrevistadas (25 a 59 anos) que realizaram exame de Papanicolau nos últimos três anos Fonte: VIGITEL	Total de mulheres de 25 a 59 anos entrevistadas Fonte: VIGITEL	100
Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia nos últimos dois	2007 a 2010	Número de mulheres adultas entrevistadas (50 a 69 anos) que realizaram mamografia nos últimos dois anos	Total de mulheres de 50 a 59 anos entrevistadas Fonte: VIGITEL	100
Percentual de fumantes	2006 a 2010	Número de adultos entrevistados que fumam. Fonte: VIGITEL	Total de adultos entrevistados Fonte: VIGITEL	100
Percentual de adultos com obesidade	2006 a 2010	Número de adultos entrevistados com obesidade. Fonte: VIGITEL	Total de adultos entrevistados Fonte: VIGITEL	100
Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	2007 a 2011	População cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica em determinado local e período Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB ou sistema vigente	Base demográfica do IBGE Fonte: Estimativas populacionais	100
Cobertura de planos privados de saúde - F.16 - 2010	2004 a 2009	Número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde. Fonte: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários.	População total residente, ajustada para o meio do ano. Fonte: IBGE	100
Número de profissionais de saúde por habitante	2004 a 2009	Número de profissionais, da categoria de saúde específica. Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES). Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (Degerts): CONPROF - Conselhos Profissionais.	População total residente, ajustada para o meio do ano. Fonte: base demográfica do IBGE	1,000

\* Para o Brasil, o indicador foi calculado apenas para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%, o que corresponde a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. Nesse caso, também a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi obtida aplicando-se fatores de correção às RMM brutas a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) (LAURENTI; MELLO; GOTLIEB, 2004).

Fonte: DATASUS, 2013.

No quadro acima (Quadro 1), está descrita a metodologia de construção dos indicadores disponíveis no site do DATASUS. Com o objetivo de replicar esses indicadores no período anterior ou posterior (se possível) ao disponível no site, buscaram-se dados diretamente na fonte referida. Essa replicação foi obtida para os seguintes indicadores:

*Taxa de mortalidade infantil (2004 a 2006)*

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

*Taxa de mortalidade neonatal (2004 a 2006)*

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

*Taxa de mortalidade pós-neonatal (2004 a 2006)*

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

*Proporção da População cadastrada na ESF (2004 a 2006)*

Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Bases do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

*Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (2004 a 2006)*

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Para os demais indicadores, não havia dados disponíveis ou foram encontradas inconsistências que impossibilitaram a sua replicação. Essas inconsistências tiveram relação com a definição do indicador em algum ponto de corte estabelecido, como faixa etária ou inclusão de “complicações”, entre outros.

### 3.1.2.1 Visitas a Unidades de APS

Foram realizadas visitas a quatro unidades de saúde, sendo duas do tipo A, uma do tipo B e uma do tipo C. A seleção de quais unidades seriam visitadas ficou a cargo da SMSDC-RJ. Os critérios de seleção das visitas definidos pelos

investigadores e enviados anteriormente à seleção das unidades pela SMSDC-RJ foram:

- a) 2 unidades tipo A, sendo uma de implantação recente; e outra, com implantação consolidada;
- b) 1 unidade tipo B, típica desse modelo misto de composição;
- c) 1 unidade tipo C, típica desse modelo tradicional de organização da APS.

Nas visitas, foram realizados:

- a) registro fotográfico;
- b) checklist de itens de estrutura baseados na dissertação de mestrado de Vitória (2012)<sup>1</sup> e nos manuais de estrutura física de unidades de saúde do MS (BRASIL, 2010a);
- c) entrevistas a pacientes, com seleção intencional de pelo menos um sujeito que correspondesse às seguintes tipologias de pacientes:
  - mãe com criança inferior a 5 anos,
  - gestante,
  - mulher em idade fértil,
  - adulto jovem,
  - adulto maduro,
  - idoso;
- d) entrevistas aos diretores e gerentes das unidades;
- e) entrevistas a 2 médicos de cada Unidade de Saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas.

---

<sup>1</sup> VITÓRIA, Ângela Moreira. **Avaliação da Estrutura e dos Processos da Atenção Primária à Saúde em Chapecó/SC**: um estudo de adequação. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 24 de abril de 2012. Orientador: Erno Harzheim.

### 3.1.2.2 Entrevistas a informantes-chave

Foram realizadas entrevistas, com roteiros semiestruturados, a diversos informantes- chave, entre os quais:

- a) 17 pacientes, sendo 8 de unidades tipo A, 5 de unidades tipo B e 4 de unidades tipo C;
- b) 7 médicos e 1 enfermeiro, sendo 4 médicos de unidades tipo A, 2 médicos de unidade tipo B e 1 médico e 1 enfermeiro de unidade tipo C, por haver apenas 1 médico em atividade assistencial na unidade no turno visitado, apesar de haver mais de 10 médicos atuando naquela unidade;
- c) 7 Diretores/Gerentes de unidades de saúde, sendo 3 de unidades tipo A, 2 de unidades tipo B, e 2 de unidades tipo C;
- d) 2 Coordenadores de Áreas de Planejamento (AP);
- e) Coordenador Municipal da ESF;
- f) Secretário-Executivo do Conselho Municipal de Saúde;
- g) Responsável pela Ouvidoria;
- h) Responsável pela Regulação Ambulatorial;
- i) Integrante da equipe de Coordenação de Avaliação de Saúde (CAS), responsável pelo setor de informações em saúde da SMSDC-RJ;
- j) Responsável pela Coordenação das Policlínicas.

### 3.1.2.3 Diagnóstico de demanda

Foi realizado um diagnóstico de demanda baseado nos dados de todas as consultas médicas registradas nos prontuários eletrônicos dos meses de junho a agosto de 2012 dos três tipos de prontuários em uso nos serviços de APS: Vitacare, Alert e MedicineOne. As empresas responsáveis pelos prontuários eletrônicos enviaram uma planilha em Excel® com os seguintes dados coletados:

- a) código / número identificador da consulta;
- b) data da consulta;
- c) unidade de Saúde;

- d) código identificador do médico;
- e) sexo do paciente;
- f) idade do paciente;
- g) tipo de atendimento (programado / espontâneo);
- h) identificação do principal motivo de consulta, classificados em CID-10;
- i) existência de encaminhamento (referência a outro ponto de atenção) na consulta;
- j) número de encaminhamentos realizados;
- k) identificação do principal motivo de encaminhamento, classificados em CID-10;
- l) existência de solicitação de exame complementar associado à consulta;
- m) nº de exames complementares associados à consulta.

Esses dados foram agregados em uma única planilha. Foram excluídas as consultas em que não havia código identificador do médico; as consultas realizadas sábados e domingos, além do conjunto de consultas referentes a algumas unidades de saúde que apresentavam número inexpressivo de consultas, ou muito incoerentes, entre os 3 meses analisados. Posteriormente, foi efetuada uma análise descritiva, sendo apresentada a média, os quartis, o desvio-padrão e as frequências absolutas e relativas simples.

A partir dessas variáveis, calcularam-se a frequência de atendimentos por Unidade de Saúde por dia, a proporção daqueles que eram programados ou espontâneos, a frequência dos principais motivos de consulta, a proporção de consultas que geraram encaminhamentos, a frequência dos principais motivos de encaminhamentos, a proporção de consultas que geraram solicitação de exames, e o número médio de exames por consulta médica.

### 3.1.2.4 Estudo transversal

#### 3.1.2.4.1 *Delineamento*

Foi realizado um estudo transversal com médicos atuantes nas unidades de APS do Município do Rio de Janeiro. A todos, foi enviado, por e-mail, um convite para acessar e responder um questionário estruturado composto pelo PCATool-Brasil, versão Profissionais de Saúde (BRASIL, 2010c) e por questões acerca do perfil sociodemográfico e sobre aspectos da formação médica.

#### 3.1.2.4.2 *População em estudo*

No final de junho de 2012, foi obtida, por meio da SMSDC-RJ do Rio de Janeiro, uma lista com a identificação e o contato de aproximadamente 700 médicos(as) de 176 unidades de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro. Entre final de junho e início de julho, buscou-se identificar os(as) médicos(as) que estavam ativos nas 176 unidades de saúde da lista recebida, utilizando o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Dessa maneira, foi criada uma lista CNES, que continha a identificação de 722 médicos(as). No final de julho de 2012, foi recebida da SMSDC-RJ uma segunda lista, estratificada por área de planejamento, com a identificação e o contato de aproximadamente 750 médicos(as). Na sequência, foi recebida uma lista complementar a essa última com a identificação de aproximadamente 450 médicos(as). Por fim, as três listas (a primeira recebida da SMSDC-RJ, CNES; e, a segunda, recebida da SMSRJ-RJ, com a agregação das informações complementares) foram reunidas em uma única lista, que resultou em aproximadamente 2.500 nomes. A partir dessa lista, foram excluídas as replicações, originando a lista com a identificação de 1.401 médicos(as) nas 176 unidades de saúde no Município do Rio de Janeiro.

No período entre 8 e 16 de agosto de 2012, foi pretendido o contato com os gerentes das 180 unidades de saúde listadas no Carteirômetro do mês de março, entre as quais, 176 estavam na lista final de identificação de médicos(as). O objetivo

do contato com os gerentes foi confirmar, a partir da lista única com 1.401 nomes, a identificação e o contato de médicos(as) que, no momento da pesquisa, estavam realmente vinculados à Unidade de Saúde, além de divulgar a pesquisa e estimular o preenchimento do questionário on-line.

Nesse sentido, foi efetuado o contato com 175 gerentes; dos quais, 101 realizaram a confirmação por e-mail da identificação de médicos(as) que atuavam na Unidade de Saúde. Não foi possível o contato com 5 gerentes.

Nesse processo, a lista única com 1.401 nomes foi atualizada — alguns foram excluídos e outros incluídos. Assim, a lista final representando o denominador dessa etapa da pesquisa, após o contato com os gerentes, foi constituída pela identificação de 1.336 médicos(as).

#### *3.1.2.4.3 Coleta de dados*

A coleta de dados foi iniciada em 20 de julho, com o envio da carta-convite para o e-mail dos médicos da primeira lista, que foi replicado 7 dias após o primeiro envio. Neste período, o questionário on-line foi respondido por 56 médicos.

Após o contato com os gerentes das unidades de saúde, a carta-convite foi enviada para o e-mail dos(as) médicos(as) que tiveram as suas informações confirmadas pelos gerentes; e, para as unidades em que não houve confirmação das informações, o convite foi enviado para todos aqueles que contavam em nossa lista final. Esse procedimento foi realizado, semanalmente, no período entre 27 de agosto e 5 de setembro.

Após o início das ligações para os gerentes, 380 médicos preencheram o questionário, especialmente no período em que o contato com os gerentes estava sendo realizado e quando houve contato por parte da Superintendência de Atenção Primária.

#### *3.1.2.4.4 Apropriação e análise dos dados*

Após a finalização da coleta de dados, o banco de dados foi exportado do SurveyMonkey®<sup>2</sup> para o software PASW<sup>3</sup>, os dados foram revisados, e construíram-se os escores dos atributos da APS, seguindo a orientação do Manual do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010c). O escore do PCATool-Brasil varia de 0 a 10, com valores superiores a 6,6 indicando forte orientação à APS. Após, foi realizada uma estatística descritiva, e, para a comparação dos escores entre as unidades tipo A, B ou C, foram realizados os seguintes procedimentos: análise de variância, comparação múltipla de Tukey, teste de Kruskal-Wallis e teste Mann-Whitney. Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas do processo de formação dos médicos, foi realizada análise multivariável por meio de regressão linear múltipla.

#### *3.1.2.4.5 Equipe de pesquisa*

Formada por três pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, sendo dois médicos de família, um com pós-doutorado em epidemiologia e outro com mestrado em epidemiologia, além de um estatístico, doutorando em epidemiologia.

#### *3.1.2.4.6 Aspectos Éticos*

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ e da UFRGS, sendo aprovado em ambos. Os profissionais de Atenção Primária à Saúde e os usuários dos serviços visitados só foram entrevistados após leitura, compreensão e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aos informantes-chave ligados à gestão da SMSDC-RJ, foi explicada a pesquisa e obtido o consentimento em gravação de áudio. Todos os dados foram coletados, analisados e interpretados seguindo os princípios éticos fundamentais.

---

<sup>2</sup> SURVEYMONKEY EUROPE SARL. Luxemburgo/Europe, 2012. [Ferramenta de questionário com base na web].

<sup>3</sup> PASW. IBM SPSS statistics version 18. Predictive analytics software and solutions. Westlands Road, Quarry Bay, Hong Kong.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro, em 2012, apresentava uma população de quase 6,4 milhões de pessoas, entre as quais 15% tinham mais de 60 anos de idade. A análise da situação de saúde dessa população fica limitada a dois fatores: às pesquisas publicadas sobre o Rio de Janeiro e à disponibilidade de indicadores de saúde oficiais, principalmente do Pacto pela Saúde. A limitação da informação é determinada pela agenda dos pesquisadores da saúde pública brasileira e pela agenda de prioridades governamentais, que, por sua vez, contamina a primeira. Essa “agenda” de informação tem raízes importantes no enfoque das ações programáticas que tanto influenciam a organização dos serviços de saúde brasileiros, tão pouco influenciada por profissionais e pesquisadores da APS. Infelizmente, esse enfoque não é apenas programático, mas, também, estritamente de cunho diagnóstico, com grande poder para identificar algumas necessidades em saúde, mas com poder limitado para detectar onde estão as falhas dos sistemas de serviços de saúde na resolução dessas necessidades. Em suma, há um certo menosprezo pelo processo de atenção.

Além disso, uma agenda “oculta” de necessidades, próprias do dia a dia da população, assim como algumas das deficiências da APS, se deixam parcialmente visíveis na análise das listas de espera dos sistemas de regulação: problemas de saúde mental, doenças osteomusculares, dificuldade de acesso a tecnologias diagnósticas largamente incorporadas aos sistemas de saúde melhor organizados, como endoscopia digestiva alta, mamografias, entre outros. Partindo desse cenário, apresenta-se a seguir a descrição possível do perfil de saúde da população do Município do Rio de Janeiro.

#### 4.1.1 Mortalidade Infantil

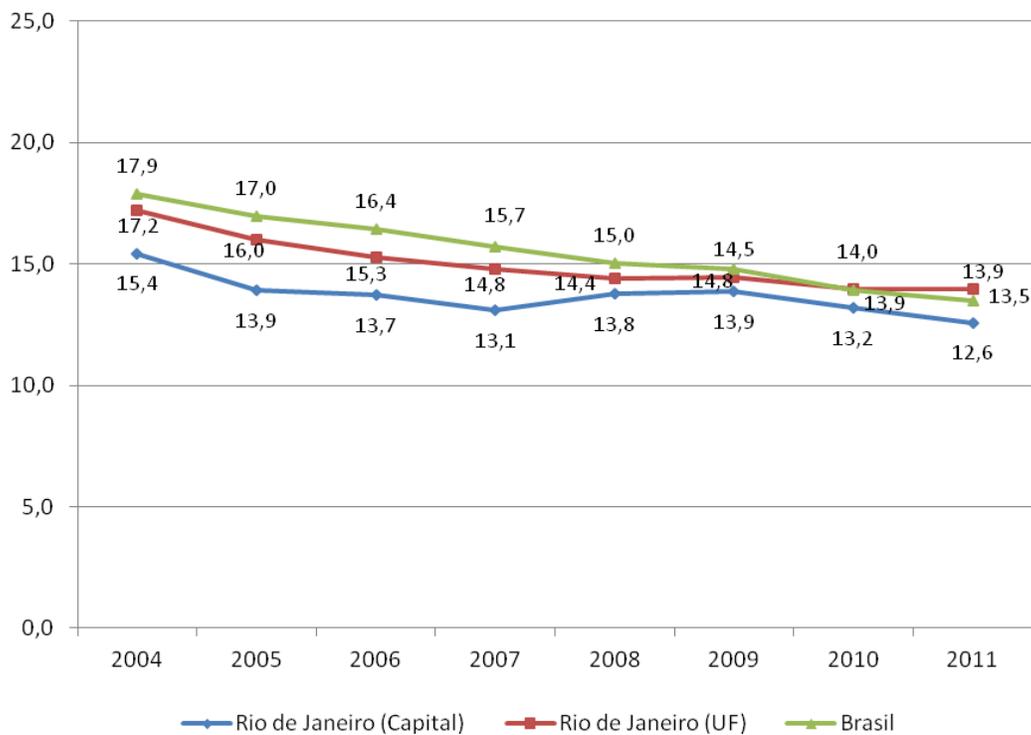
A queda da taxa de mortalidade infantil observada no Município do Rio de Janeiro na década de 80, decorrente, sobretudo, do descenso do componente pós-neonatal, foi seguida de uma relativa estabilização desse coeficiente na primeira metade dos anos 90, cujos óbitos passaram a se concentrar predominantemente no período do pós-parto imediato. Nesse contexto, emergem também como problema de saúde pública os óbitos fetais tardios, considerados como o componente invisível da mortalidade infantil, na medida em que partilham com os óbitos neonatais precoces os mesmos determinantes e soluções. Em meados da década de 90, iniciou-se uma nova organização da assistência materno-infantil no Município do Rio de Janeiro em virtude do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Deu-se grande prioridade ao parto, na reestruturação da atenção hospitalar, levando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a assumir compromissos frente à assistência. Esse movimento implicou não apenas a expansão da rede física e instalação de equipamentos para atendimento do cuidado intensivo dos recém-nascidos (RN) e puérperas, mas também o treinamento técnico dos profissionais de saúde para uma nova filosofia de assistência ao parto, que acarretasse um maior acolhimento das gestantes e de seus familiares. Todo esse esforço para reduzir a mortalidade infantil no Município do Rio de Janeiro obteve alguns resultados, tendo a taxa, que se encontrava estabilizada no patamar de 22 óbitos por mil nascidos vivos nos primeiros cinco anos da década de 90, baixado para 15,3 no ano de 2001.

Entretanto, continuaram ocorrendo óbitos por causas evitáveis em RN com boas condições de viabilidade, como os nascidos a termo e com peso adequado. Um estudo transversal comparou os fatores sociodemográficos, as características biológicas das mães e a qualidade da assistência prestada em maternidades do Município do Rio de Janeiro. Participaram da amostra 10.072 gestantes que se hospitalizaram para parto em 47 instituições selecionadas, no período 1999-2001. Foram incluídos estabelecimentos municipais e federais; privados conveniados com o SUS, militares, estaduais e filantrópicos e estabelecimentos privados. Dados foram coletados de entrevistas com as mães no pós-parto e de consulta aos prontuários médicos. As condições de vida, de atenção ao parto e nascimento foram mais favoráveis no grupo social que utiliza os serviços de saúde das maternidades privadas, embora persistindo ali uma excessiva proporção de cesárea e de

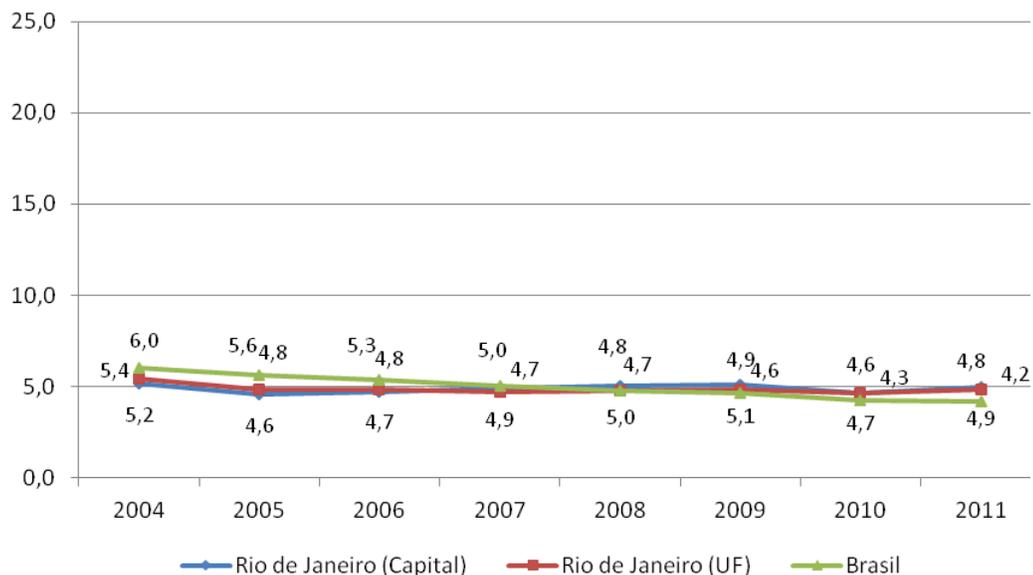
transferência de recém-nascidos. Apenas 3,8% das mães entrevistadas neste estudo ficaram desassistidas. A maioria, 71,8%, iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação; e, somente 3,0%, no terceiro. Quanto ao número de consultas, verifica-se que 61,5% das mães do Município do Rio de Janeiro fizeram sete ou mais consultas; considerando somente as mulheres atendidas em estabelecimentos privados, o valor sobe para 95,4%. O estrato composto pelas maternidades federais e municipais recebe a clientela materna e infantil com maior morbimortalidade, oferece acompanhamento de familiares na internação, obtendo das mães uma avaliação da atenção recebida mais positiva do que o outro segmento do SUS. As maternidades representadas majoritariamente pelas instituições particulares conveniadas com o SUS são as que mais recusam parturientes, produzindo um retardo no acompanhamento do trabalho de parto (LEAL et al, 2004).

Estudo caso-controle aninhado, no qual a coorte de nascimentos foi acompanhada no período de outubro de 2002 a outubro de 2004, foi realizado para avaliar fatores associados à mortalidade fetal da população atendida na Maternidade Leila Diniz. A partir de informações coletadas por questionário padronizado e complementadas com os dados do cartão de pré-natal e dos prontuários, foram investigados fatores socioeconômicos, reprodutivos, biológicos e ligados à qualidade da assistência pré-natal e perinatal. No RJ, a mortalidade perinatal em 2004 encontrava-se no patamar de 16,4‰, variando de 9,2‰ a 18,8‰ nas diversas regiões, com 9,2 para o componente fetal e 7,3 para o neonatal precoce. Uma única maternidade pública atendia 50% dos nascimentos da população atendida pelo SUS no RJ, realizando cerca de 4 mil partos por ano. Entre as APs atendidas nesta maternidade, está a AP 4.0, que compreende os bairros Barra da Tijuca e Jacarepaguá. Deve ser ressaltado que entre 80% e 90% dos óbitos fetais da AP 4.0 ocorriam nesta maternidade, já apontando para questões socioeconômicas na gênese deste evento. Utilizando-se a classificação de Wigglesworth para os óbitos perinatais ocorridos na maternidade no período de 1999 a 2003, 56% foram óbitos anteparto; 15%, prematuridade; 13%, causas específicas (destacando-se sífilis congênita); 9%, asfixia intraparto; e 7%, malformações congênitas. Para os óbitos fetais, o grupo anteparto representou 80% dos casos, sugerindo falhas na atenção pré-natal. No período do estudo, ocorreram 7.134 nascimentos na Maternidade Leila Diniz provenientes da AP 4.0 e 188 óbitos perinatais (140 fetais e 48 neonatais

precoces). A mortalidade fetal no período foi 19,3%, representando 74,5% da mortalidade perinatal. Foram investigados 134 casos de óbito fetal e 360 controles. As principais causas de óbito foram afecções maternas, com destaque para transtornos hipertensivos e sífilis, seguidas de complicações da placenta e crescimento intrauterino restrito. Dezoito por cento dos casos permaneceram com causa básica indeterminada (todos ocorridos no período anteparto). Na análise multivariada, após os ajustes para as demais variáveis, permaneceram como determinantes de óbito fetal a situação conjugal (OR = 0,54; IC95%: 0,34-0,86) e a presença de acompanhante na chegada à maternidade (OR = 0,31; IC95%: 0,13-0,71). O vínculo empregatício do chefe da família, embora sugestivo de proteção contra óbito fetal, não evidenciou associação significativa. O pré-natal adequado foi protetor (OR = 0,32; IC95%: 0,20-0,50), enquanto a presença de morbidade materna aumentou o risco de óbito fetal (OR = 2,15; IC95%: 1,38-3,35). O crescimento intrauterino restrito, mesmo após ajuste para os níveis anteriores, manteve sua associação com óbito fetal (OR = 1,95; IC95%: 1,18-3,21). O pré-natal se mostrou protetor apenas para a categoria adequada (OR = 0,51; IC95%: 0,32-0,81) (FONSECA; COUTINHO, 2010).

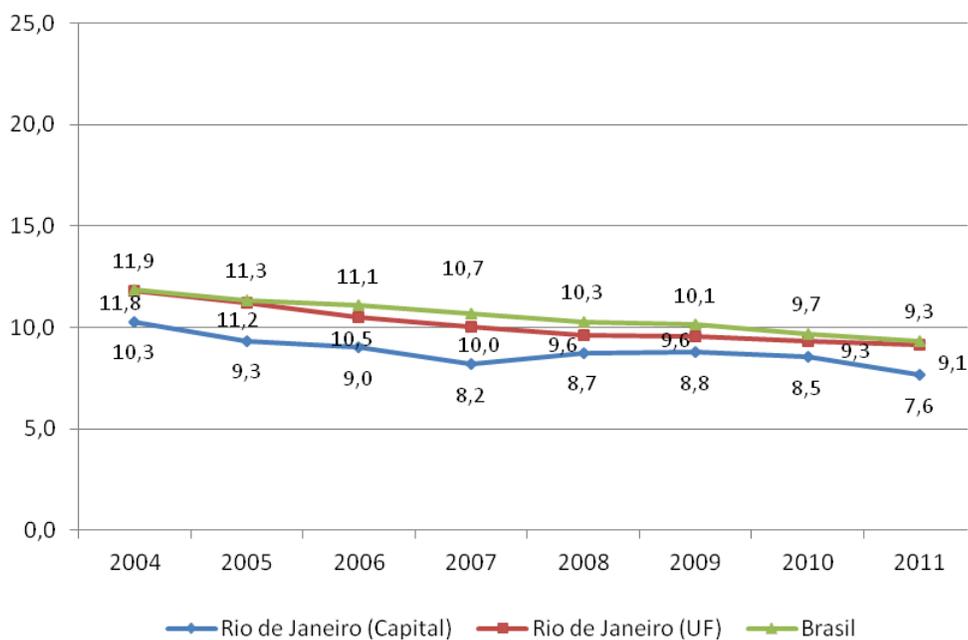


**Gráfico 1** - Taxa de mortalidade infantil no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, para o período 2004-2011. Fonte: DATASUS



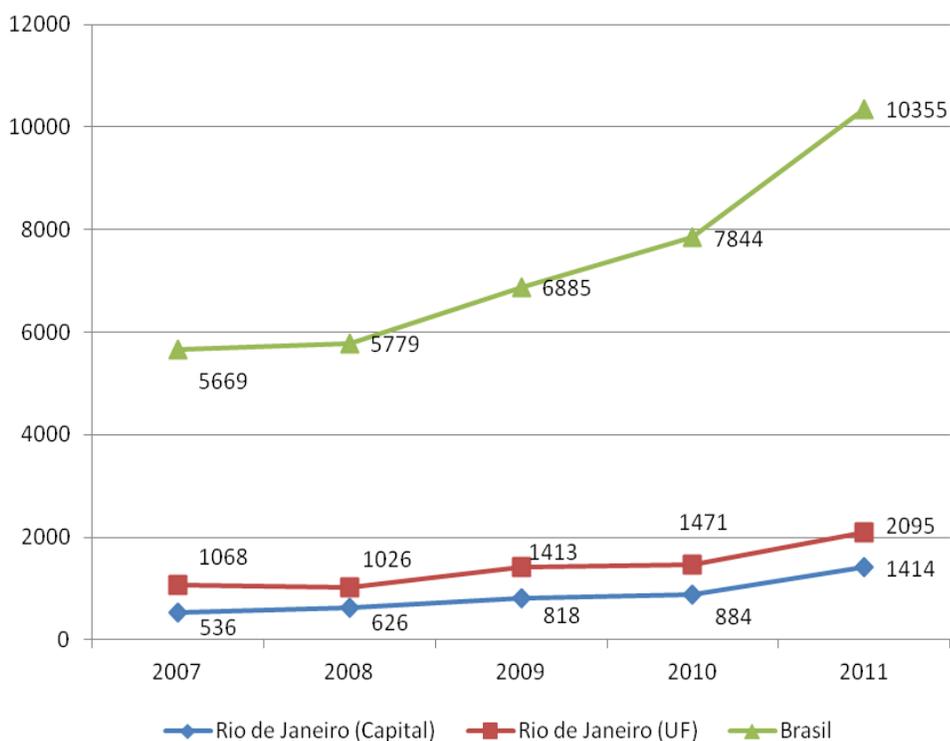
**Gráfico 2** - Taxa de mortalidade pós-neonatal no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, para o período 2004-2011

Fonte: DATASUS



**Gráfico 3** - Taxa de mortalidade neonatal no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e Brasil para o período 2004-2011

Fonte: DATASUS



**Gráfico 4** - Número de casos de sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, para o período 2007-2011

Fonte: DATASUS

A análise dos dados provenientes do DATASUS (Gráficos 1, 2, 3 e 4) reforça o exposto nos artigos revisados, demonstrando uma queda contínua na mortalidade infantil no Rio de Janeiro nos últimos anos. Entretanto, há a manutenção da taxa de mortalidade pós-neonatal no período, mais vulnerável frente às ações em APS, para as quais seria importante dirigir os esforços da reforma da APS presente no RJ. Ênfase deve ser dada à melhor prevenção da sífilis congênita, indicador que globalmente aponta uma grande falha da qualidade do pré-natal.

Além disso, uma melhor coordenação do cuidado pelos serviços de APS, o que implica uma reforma e um controle maior do processo de atenção nos níveis secundários e terciários, poderia apoiar a redução da mortalidade neonatal, tornando possível no RJ o que já acontece em Curitiba, uma taxa de mortalidade infantil com apenas um dígito.

#### 4.1.2 Pré-natal

A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê. São relacionados com desfechos favoráveis o diagnóstico e o tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso; a vacinação antitetânica, entre outros. Estudos observacionais demonstraram benefícios dessa assistência, geralmente correlacionando maior número de consultas a desfechos mais favoráveis. No Rio de Janeiro, a mortalidade materna apresenta ainda valores elevados, próximos a 50 por 100 mil nascidos vivos, sendo a hipertensão arterial a principal causa dos óbitos maternos; a mortalidade infantil tem como principal causa as afecções perinatais; observa-se, ainda, incidência elevada de sífilis congênita e de formas graves dessa doença.

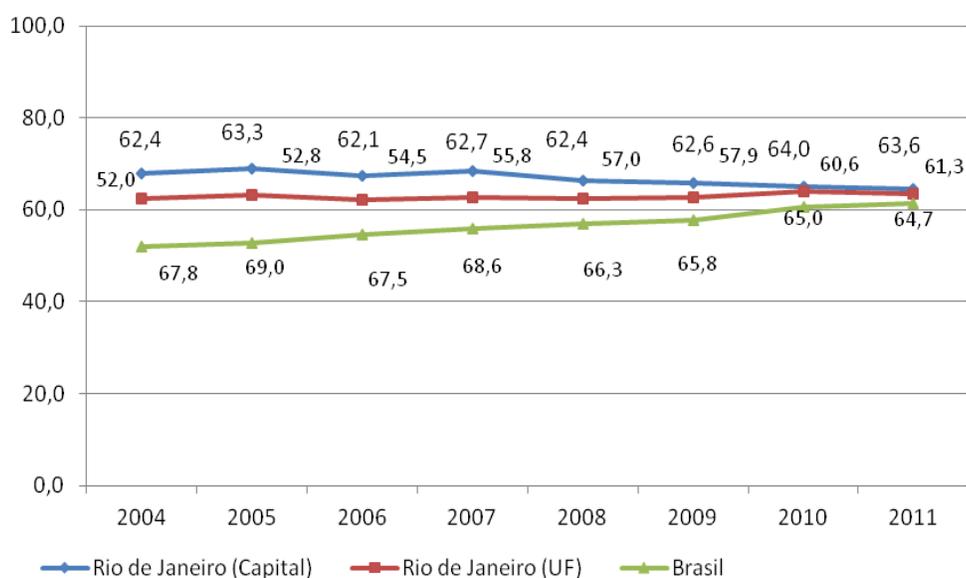
Em estudo transversal com gestantes atendidas em unidades de saúde da rede do SUS do Município do Rio de Janeiro, realizado no período de novembro de 2007 a julho de 2008, foi avaliada a adequação da assistência pré-natal na rede de serviços do SUS. A amostragem foi realizada por conglomerado e estratificada de acordo com os serviços de saúde. Os critérios utilizados para a avaliação da qualidade do pré-natal foram: (a) início da assistência pré-natal até o quarto mês de gestação (16 semanas); (b) mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo, e três no terceiro; (c) rotina de exames na primeira consulta: tipagem sanguínea, dosagem de hemoglobina (Hg) / hematócrito (Ht), glicemia, VDRL, anti-HIV e exame de urina (EAS); e, na seguinte, no início do terceiro trimestre gestacional: VDRL, glicemia e EAS; (d) vacinação antitetânica (VAT); (e) consulta puerperal. Foram entrevistadas 2.422 gestantes. Das entrevistadas, 69 foram excluídas da análise por não possuírem cartão de pré-natal ou por não terem idade gestacional definida no momento da entrevista. Portanto, foram analisadas 2.353 entrevistas e cartões de pré-natal. Considerando apenas os parâmetros citados, 38,5% das gestantes apresentavam assistência adequada, observando-se uma redução da proporção de adequação de 100% naquelas com até 16 semanas de gestação para apenas 8,6% entre as que apresentavam 37 semanas de gestação ou mais. Na análise bivariada, o início precoce da assistência pré-natal esteve associado à maior adequação de consultas, sendo a proporção de

gestantes com número adequado de consultas três vezes maior em quem iniciou acompanhamento pré-natal antes da 16ª semana (DOMINGUES et al, 2012).

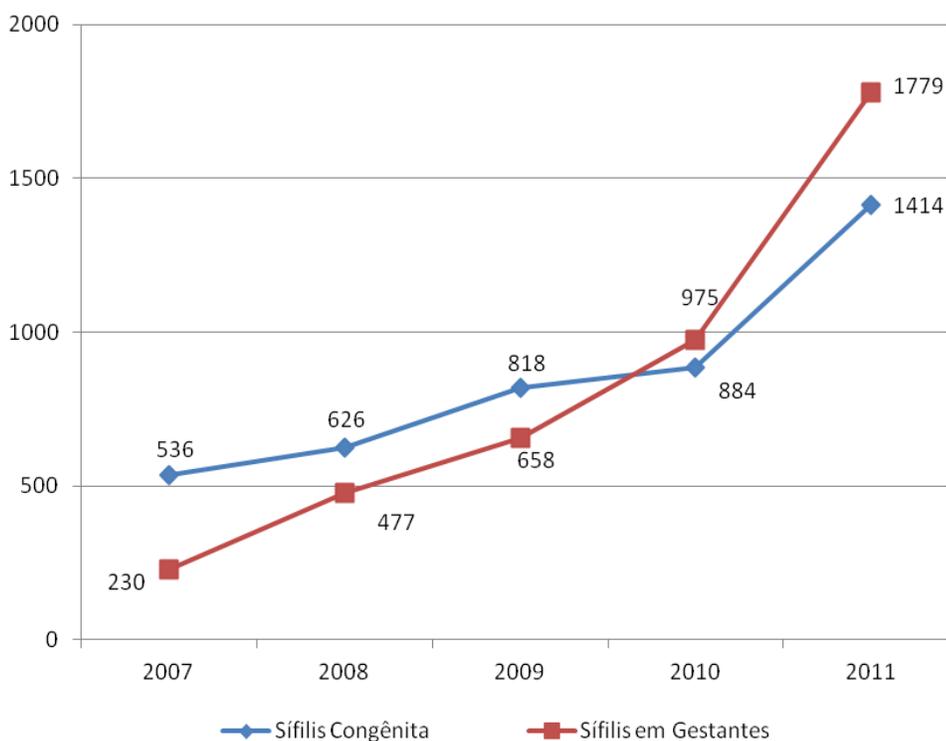
Em estudo transversal realizado no período de outubro de 2007 a maio de 2008, foram avaliadas gestantes atendidas nos estabelecimentos do SUS do Município do Rio de Janeiro quanto à adequação do manejo da hipertensão arterial durante o pré-natal e os fatores associados ao manejo inadequado. A proporção de gestantes com hipertensão arterial foi de 8,4%. Entre as hipertensas, predominaram aquelas com mais de 35 anos, obesas e multíparas. Houve maior encaminhamento das gestantes hipertensas para unidade de referência quando o quadro era grave, demonstrando preocupação em face desses casos. Das gestantes consideradas graves, muitas já se encontravam em uma unidade de assistência secundária ou terciária, e não precisaram ser referenciadas. Por outro lado, na avaliação do cartão do pré-natal, verificou-se que a anotação do fundo uterino foi menor no cartão das gestantes hipertensas do que no das gestantes de baixo risco. As formas de avaliação do crescimento fetal — anotação da medição do fundo uterino no cartão de pré-natal e ultrassonografia obstétrica — não foram mais frequentes entre as hipertensas, mais propensas a essas complicações fetais. Elevado número de gestantes hipertensas teve seu acompanhamento pré-natal considerado inadequado, com possíveis repercussões maternas e perinatais. A medicação para tratamento da hipertensão arterial não estava disponível para um terço das pacientes nos serviços de saúde. Cerca de 10% das gestantes não buscaram a medicação prescrita. A dificuldade em adquirir o medicamento certamente tem potencial para gerar grande prejuízo às gestantes e seus conceitos. As anotações nos cartões de pré-natal sobre exame físico e exames complementares das gestantes hipertensas foram semelhantes ou piores em comparação com as anotações nos cartões das gestantes de baixo risco. Segundo índice de adequação de Kotelchuck, o cuidado pré-natal das gestantes com hipertensão arterial não diferiu do dispensado às gestantes consideradas de baixo risco. A proporção de manejo adequado da hipertensão arterial no pré-natal foi baixa. O fator que mais contribuiu para o manejo inadequado foi o profissional de saúde. Houve deficiência do serviço público de saúde no fornecimento da medicação para tratamento dessa doença na gravidez. As gestantes com hipertensão arterial, de forma geral, aderiram às recomendações para ter um bom acompanhamento pré-natal. As gestantes hipertensas com idade maior ou igual a 35 anos foram mais bem assistidas do que

as com idade entre 20 e 34 anos, assim como as com antecedente de natimortalidade e/ou neomortalidade, quando comparadas àquelas sem estes passados obstétricos (VETTORE et al, 2011).

Um estudo transversal sobre prevalência de depressão pós-parto (DPP) foi realizado em cinco unidades básicas de saúde do RJ, sendo incluídas 811 participantes selecionadas aleatoriamente entre as mães de crianças de até cinco meses após o parto. As mulheres foram classificadas conforme a Escala de Depressão Pós-Natal (EPDS), sendo considerada depressão quando as mulheres apresentavam escore superior a 11. Ao todo, estimou-se a prevalência de DPP de 24,3% (IC 95%, 21,4-27,4). Houve um pico de prevalência de depressão cerca de 3 meses após o parto, quando 128 mulheres (37,5%, 95% IC, 29,1-46,5) mostraram escores acima de 11 na EPDS. Em relação à magnitude de DPP, foi consistentemente maior entre as mulheres com baixa escolaridade, sem presença constante de parceiro e em uso de álcool ou drogas ilícitas. A prevalência de DPP entre as usuárias das unidades básicas de saúde no Rio de Janeiro parece mais elevada do que as estimativas gerais de 10-15%, especialmente entre mães com baixa escolaridade e que recebem pouco (se houver) apoio de parceiros (LOBATO et al, 2011).



**Gráfico 5** - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, para o período 2004-2011. Fonte: DATASUS



**Gráfico 6** - Número de casos de sífilis congênita e número de casos de sífilis em gestantes no Município do Rio de Janeiro, para o período 2007-2011

Fonte: SMSDC-RJ e DATASUS

Os Gráficos 5 e 6 confirmam o explicitado nos estudos citados realizados em anos anteriores: Há ainda uma grande proporção de gestantes no RJ sem cuidado pré-natal adequado, haja vista o número insuficiente de gestantes com 7 ou mais consultas e os casos crescentes de sífilis congênita. Este crescimento de casos de sífilis congênita não ocorre à custa de aumento de taxa de natalidade, a qual se mantém constante no RJ, nem parece ser à custa de maior notificação, já que grande intervenção para melhoria da notificação de sífilis congênita foi realizada junto às maternidades cariocas na metade da primeira década do século XXI. No entanto, é importante ressaltar que, no período 2010-2011, há um crescimento na identificação de casos de sífilis em gestantes, ultrapassando pela primeira vez o número de casos de sífilis congênita. Esse fato indica que a ampliação da APS possa ter uma contribuição no aumento do diagnóstico de sífilis em gestantes que, se tratadas oportuna e adequadamente, pode impedir um avanço ainda maior nos casos de sífilis congênita.

### 4.1.3 Aleitamento Materno

Os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em serviços de APS no Rio de Janeiro foram avaliados a partir dos dados do projeto de Avaliação da Qualidade da Assistência à Criança Menor de Seis Meses Prestada por Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro (PEREIRA et al, 2010). Uma amostra representativa das unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município do Rio de Janeiro e das crianças menores de seis meses acompanhadas nessas unidades (UBS como Policlínicas, Postos de Assistência Médica (PAM), Centros Municipais de Saúde, Postos de Saúde, Unidades de Atenção de Cuidados Primários à Saúde e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)) foi realizada no ano de 2007. Foram excluídos os Postos de Saúde da Família por não se dispor, naquele momento, de um sistema de informação atualizado quanto ao número de crianças menores de seis meses atendidos por eles e pela baixa representatividade da rede de postos de saúde da família na atenção básica do Município do Rio de Janeiro (cerca de 7% da população cadastrada na ESF em 2007). A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi semelhante nas três categorias de unidades de saúde avaliadas nesse estudo, variando de 57,1% a 58,8%, sem significância estatística. Receberam orientação sobre amamentação no primeiro dia em que o bebê veio à unidade básica, 57,6% das mães. Foi falado sobre amamentação na consulta para 76,2% das mães, e, em grupo, para 31,9%. Relataram 49,8% das mães que foi mostrado como colocar o bebê para mamar; 65,3% que foi explicado sobre livre demanda; e 72,4% que foi falado até quando o aleitamento materno deve ser exclusivo. Receberam de 1 a 5 orientações sobre aleitamento materno 85,8% das mães. 79,7% reportaram que o acompanhamento do bebê pela UBS era considerado “ótimo” ou “bom”. As seguintes variáveis maternas apresentaram-se associadas com significância estatística observada menor ou igual a 5% ao aleitamento materno exclusivo: declarar-se de cor branca (RP = 1,20; IC95%: 1,05-1,36); escolaridade alta (RP = 1,19; IC95%: 1,05-1,35); ter companheiro (RP = 1,72; IC95%: 1,02-2,90); experiência prévia com amamentação (RP = 1,27; IC95%: 1,08-1,49) e alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (RP = 2,01; IC95%: 1,20-3,36). As ações de promoção, proteção e apoio à amamentação que se mostraram associadas ao aleitamento materno exclusivo foram: ter sido falado sobre amamentação em grupo (RP = 1,14; IC95%: 1,01-1,28)

e ter sido mostrado como colocar o bebê para mamar (RP = 1,20; IC95%: 1,08-1,33). A cada mês de vida do bebê, a prevalência de aleitamento materno exclusivo diminuiu 17% (RP = 0,83; IC95%: 0,79-0,87).

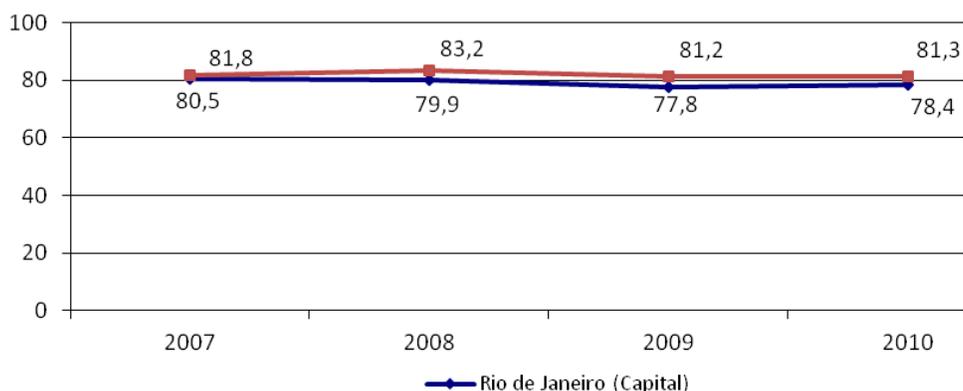
Série temporal estudou a tendência do aleitamento materno (AM) e aleitamento materno exclusivo (AME) no município do Rio de Janeiro (CASTRO et al, 2009). Dados de um sistema de monitoramento, com base em inquéritos realizados durante a Campanha Nacional de Imunização na Cidade do Rio de Janeiro em 1996, 1998, 2000, 2003 e 2006, foram analisados. A população do estudo foi constituída de 19.044 crianças menores de um ano de idade que compareceram aos postos de vacinação. Uma amostra probabilística por conglomerado (postos de vacinação) representativa da população de crianças menores de 12 meses foi estudada para cada ano. Foi aplicado questionário estruturado com perguntas fechadas sobre a dieta da criança no momento do estudo e características sociodemográficas maternas. Para a análise dos dados, foi utilizada a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMG) para aleitamento. Foram construídos indicadores para AME < 4 meses, AME 4 – 5.9 meses, AME < 6 meses, AM < 4 meses, AM 4 – 5.9 meses e AM < 6 meses. Para todas as crianças estudadas, AM < 12 aumentou de 61,3% para 73,4% entre 1996 e 2006 ( $p < 0,001$ ), com um aumento estatisticamente significativo de 2003 em diante. Semelhante tendência de aumento também foi observada em todos os grupos etários analisados. AME apresentou uma tendência linear de aumento em todas as faixas etárias analisadas ( $p < 0,001$ ), com prevalências entre 2,3 e 2,5 vezes mais elevadas do que no início do período. A análise da associação entre AME < 6 e AM  $\geq$  6 e características maternas mostrou que não houve associação entre estes indicadores e idade materna e paridade. Nível de escolaridade da mãe esteve diretamente associada AME < 6, mas não com AM  $\geq$  6, e trabalho materno foi associado com ambos os indicadores em todos os anos de estudo. A vantagem observada para AME < 6 em mulheres que não trabalhavam diminuiu no período estudado, com a razão de prevalência para este indicador variando de 2,73 em 1996 para 1,86 em 2006.

#### **4.1.4 Mortalidade Materna**

Revisou-se estudo transversal a partir dos registros do SIM e do Comitê de Investigação de Mortalidade Materna (PMMIC) da Cidade do Rio de Janeiro e de registros de nascimento coletados a partir do SINASC (KALE; COSTA, 2009). Neste estudo, foram identificadas, no total, 217 mortes maternas durante 2000-2003 na Cidade do Rio de Janeiro, das quais 208 (95,9%) foram classificadas como devidas a causas obstétricas, e nove mortes devidas ao HIV. Mais do que três em cada quatro (77,4%) mortes maternas foram devidas a causas obstétricas diretas. Síndromes hipertensivas foram a causa mais comum de morte, contribuindo com 26,3% de todas as mortes maternas e com 33,9% de todas as causas obstétricas diretas. A pré-eclâmpsia e eclâmpsia representaram, respectivamente, 12 (7,1%) e 19 (11,3%) entre os óbitos devidos a distúrbios hipertensivos. O aborto foi a terceira principal causa de morte, responsável por 14,3% das mortes total e a terceira causa entre as mortes devidas a causas obstétricas diretas (18,5%).

#### **4.1.5 Saúde da Mulher**

Estudo transversal avaliou a sobrevida global de mulheres com câncer de colo uterino e identificou fatores prognósticos relacionados (CARMO; LUIZ, 2011). Foram avaliados 3.341 casos tratados no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, entre 1999 e 2004. Dos casos estudados, 68,3% apresentavam doença localmente avançada. A sobrevida global em cinco anos foi de 48%. Após análise múltipla, o estágio clínico ao diagnóstico foi a única variável significativamente associada com o prognóstico ( $p < 0,001$ ). Os resultados mostram que a detecção precoce por meio de programas de prevenção é fundamental para aumentar a sobrevida em câncer cervical. O Gráfico 7 aponta para a possibilidade de se ampliar o número de mulheres com rastreamento para câncer de colo de útero por meio de serviços de APS.

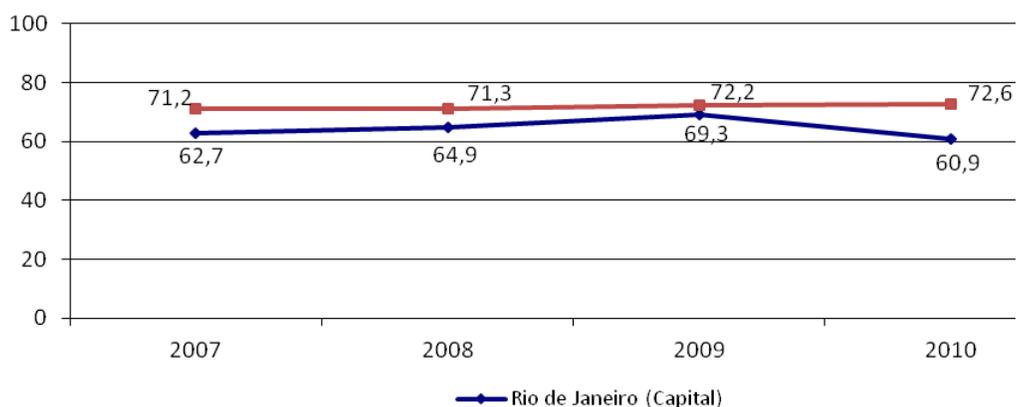


**Gráfico 7** - Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram exame de Papanicolau no Município do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2007-2010

Fonte: VIGITEL-DATASUS

Os fatores determinantes do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias entre as mulheres atendidas em uma unidade hospitalar de nível terciário do Município do Rio de Janeiro foram avaliados em estudo transversal realizado no ano de 2004 (REZENDE et al, 2009). O Hospital do Câncer CIII localiza-se na zona norte do município, e presta assistência médico-hospitalar gratuita por meio do SUS. O hospital tem 52 leitos ativos dedicados exclusivamente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama e foi escolhido por se tratar da unidade de saúde do SUS que atende, isoladamente, ao maior número de pacientes com neoplasia mamária no município. A média de idade foi de 54 anos ( $\pm 12,6$ ), predominando mulheres brancas (48,1%), casadas (63,5%), residentes no Município do Rio de Janeiro (57,7%) e com baixo grau de escolaridade (60,6%). O tempo mediano entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta foi de um mês, e, desta última até a confirmação diagnóstica de 6,5 meses. Em 51% das mulheres, o diagnóstico foi tardio (estádios II a IV). Na data da admissão no Hospital do Câncer III, 97 pacientes (93,3%) trouxeram exames mamográficos, sendo que 68% deles haviam sido realizados em serviços privados. Em 67 pacientes (64,4%), não havia confirmação histopatológica do câncer. Das 37 pacientes com diagnóstico confirmado à admissão no hospital, em 25 (67,6%), tal diagnóstico havia sido feito em serviços privados. A apresentação da doença em estádios iniciais (0 e I) mostrou-se associada ao retardo no diagnóstico. Das variáveis, apenas o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, o tempo entre o início da doença e a primeira consulta e a presença de queixa clínica no momento da matrícula

mostraram-se associados, de forma independente, ao retardo do diagnóstico de lesões malignas. Esses resultados confirmam que, na maior parte das vezes, a responsabilidade no atraso diagnóstico deve ser conferida aos serviços de saúde e não à própria mulher. Ao se observar o Gráfico 8, vê-se que, assim como no caso do câncer de colo de útero, há possibilidade de se ampliar o número de mulheres com rastreamento para câncer de mama por meio de ações dos serviços de APS.

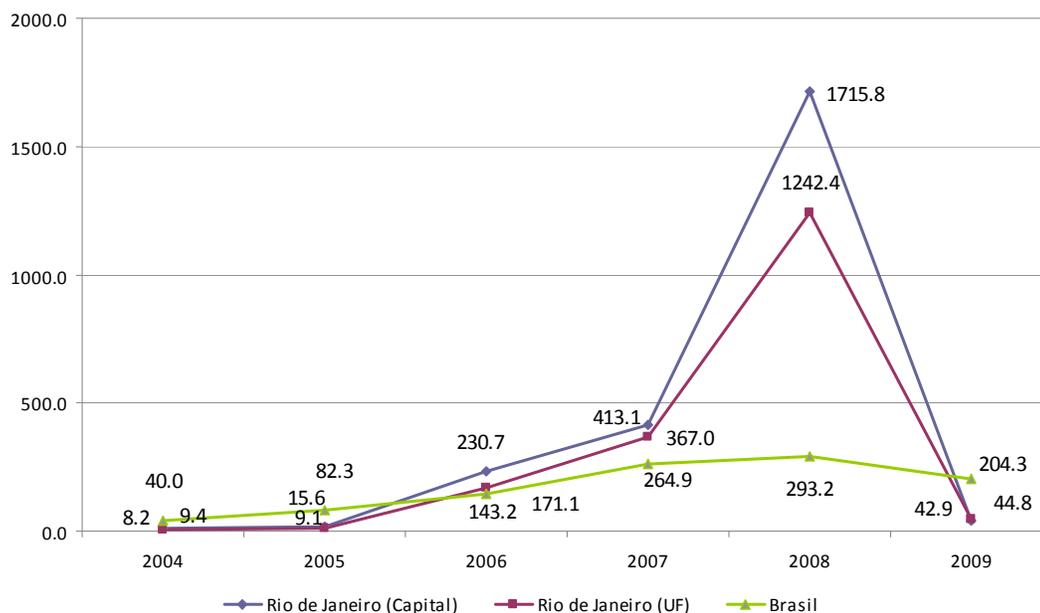


**Gráfico 8** - Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia no Município do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2007-2010

Fonte: VIGITEL-DATASUS

## 4.1.6 Doenças Agudas

### 4.1.6.1 Dengue



**Gráfico 9** - Taxa de incidência de dengue no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2004-2009

Fonte: DATASUS

A dengue tem sido um problema de saúde pública recorrente no Município do Rio de Janeiro, com epidemias frequentes. Bons serviços de APS podem contribuir ao apoiar ações de vigilância, mantendo os níveis de infestação do mosquito abaixo dos limiares de risco, principalmente ao atender com celeridade às denúncias relacionadas. Além disso, frente a um surto epidêmico, como já ocorreu em Belo Horizonte, os serviços de APS têm condição de fazer o enfrentamento dos casos moderados e o primeiro atendimento dos casos graves, reduzindo a letalidade da epidemia.

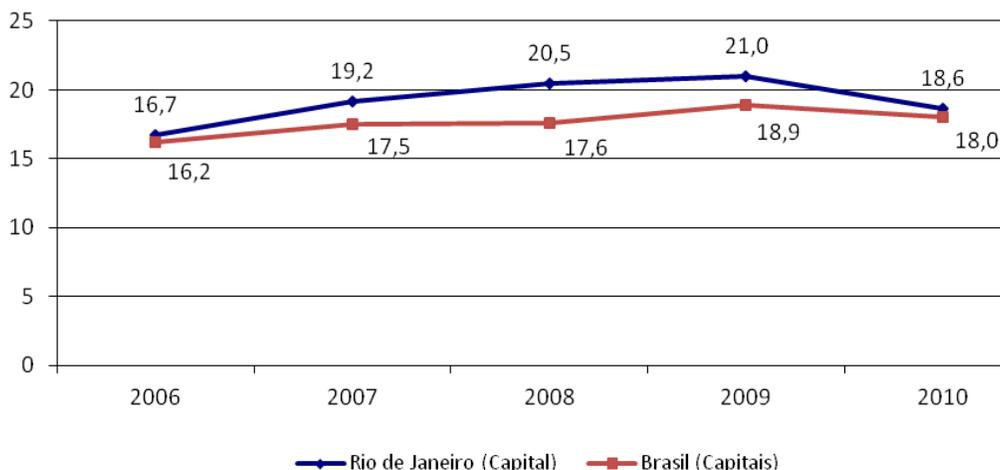
### 4.1.7 Doenças Crônicas

Poucos estudos avaliaram o perfil das doenças crônicas no Município do Rio de Janeiro (MRJ). Além dos dados do VIGITEL, estudos menores estudaram pequenas amostras da população.

A associação entre indicadores socioeconômicos e fatores de risco de doença cardiovascular em adultos moradores da Cidade do Rio de Janeiro foi avaliada a partir de dados obtidos por entrevista direta e exame físico em uma população com base em estudo de corte transversal entre 1995-1996 (MARINS et al, 2007). Um índice de risco de doença cardiovascular (CVD) foi construído com base na presença de dois ou mais dos seguintes fatores de risco: excesso de peso (medido pelo índice de massa corporal, IMC), gordura localizada (medida pelo índice de relação cintura-quadril, RCQ), tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo e consumo de álcool. O risco de DCV e indicadores socioeconômicos como renda per capita, escolaridade, variáveis e local de residência (favela vs favela não) foram avaliados. Foram avaliados 1.413 homens e 1.866 mulheres acima de 20 anos. Destes, 42,2% dos homens e 65,4% das mulheres foram classificadas em risco de DCV. Nesse estudo, 11% dos sujeitos da amostra eram hipertensos, 27% eram fumantes, 70% eram sedentários e 43% estavam acima do peso. A prevalência de RCQ elevado foi de 21,4% entre os homens e 49,4% entre as mulheres. A prevalência de excesso de peso foi 43,9% em homens e 43,2% em mulheres. Independentemente do sexo, o nível de escolaridade foi o principal indicador correlacionado inversamente com risco de DCV (OR= 1,77, 95% CI 1,39 -2,26, homens e OR= 2,26, 95% CI 1,84 -2,77, mulheres).

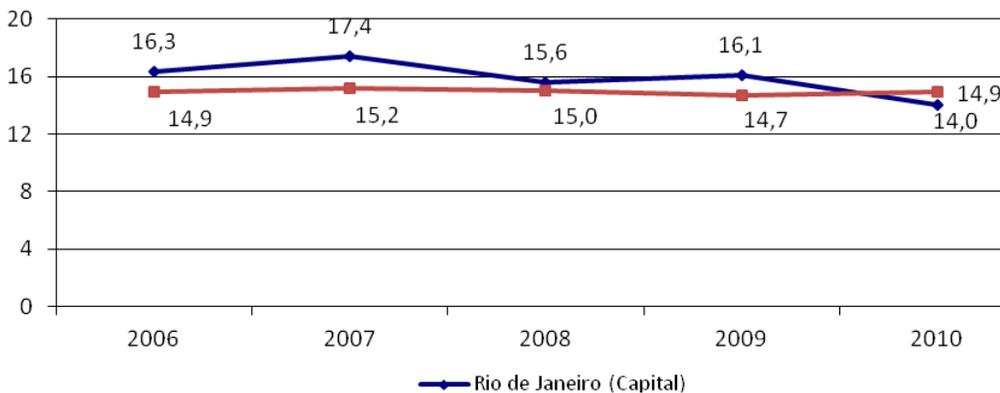
Estudo ecológico avaliou a associação entre a mortalidade por doença isquêmica coronariana (DIC) em idosos que residiam no RJ no ano de 2000, com análise espacial da distribuição da taxa de mortalidade padronizada por sexo e faixa etária (PERISSE; MEDRONHO; ESCOSTEGUY, 2010). Para fins deste estudo, idosos foram considerados indivíduos > 60 anos. Os dados de mortalidade foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Foram considerados os óbitos de idosos residentes no Município do Rio de Janeiro que tinham como causa básica a doença isquêmica do coração. A unidade de análise espacial foi o bairro. Em 2000, o RJ contava com 158 bairros e 10 APs. A taxa de mortalidade foi padronizada por sexo e faixa etária, categorizada em faixas etárias de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 ou mais anos. A taxa bruta de mortalidade por DIC na população geral foi de 82,42 por 100.000 habitantes, sendo que para a população acima de 60 anos foi de 501,70 por 100.000 habitantes. Houve uma grande variabilidade entre os bairros na distribuição da taxa de mortalidade por DIC (0 a 9.247,77/100.000). As maiores

taxas foram encontradas nos bairros Camorim (9.247,77/100.000), Saúde (4.174,29/100.000) e Cidade Universitária (2.612,74/100.000). A mediana do coeficiente de mortalidade foi 470,78 por 100.000 habitantes. São percebidos dois aglomerados: um composto pela maior parte dos bairros das AP 5.2 e 5.3, que tiveram as menores taxas; e outro composto por alguns bairros das AP 1.0, 2.2 e 3.1, onde predominaram as taxas mais elevadas. Condições socioeconômicas desfavoráveis não foram correlacionadas fortemente com maiores taxas de mortalidade por DIC nos bairros, diferentemente do estudo citado anteriormente em que maior presença de alto risco cardiovascular estava associada a menor escolaridade.



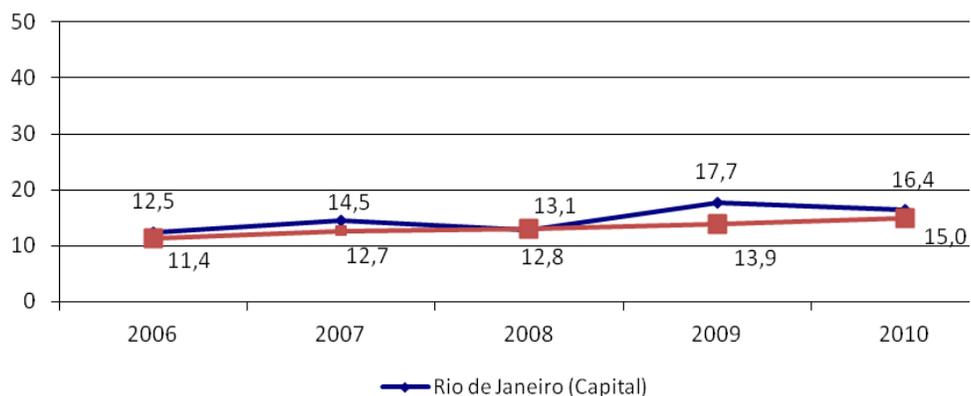
**Gráfico 10** - Percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva no Município do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2006-2010

Fonte: VIGITEL-DATASUS



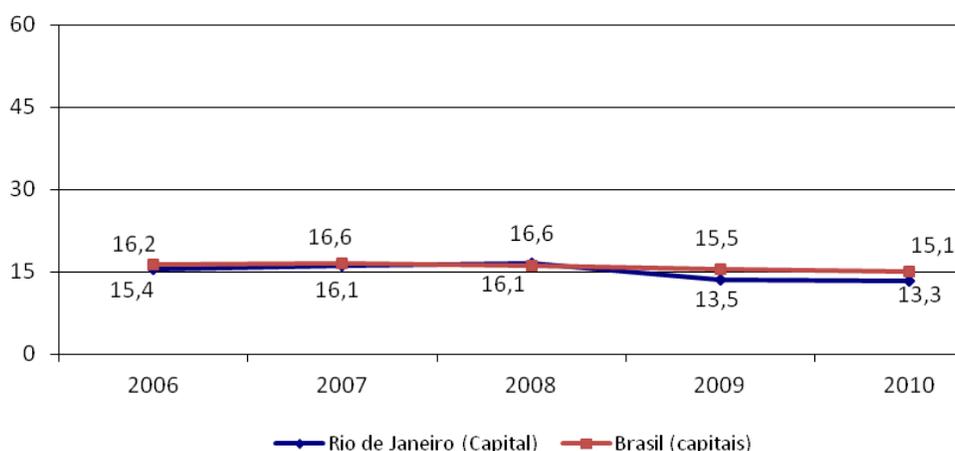
**Gráfico 11** - Percentual de adultos que praticaram atividade física suficiente no lazer no Município do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2006-2010

Fonte: VIGITEL-DATASUS



**Gráfico 12** - Percentual de adultos com obesidade no Município do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2006-2010

Fonte: VIGITEL-DATASUS



**Gráfico 13** - Percentual de adultos fumantes no Município do Rio de Janeiro e no Brasil, para o período 2006-2010

Fonte: VIGITEL-DATASUS

Nos Gráficos de 10 a 13, pode-se observar a manutenção de prevalências expressivas de fatores de risco para doenças crônicas entre a população do Rio de Janeiro. Frente à grande demanda reprimida por atendimento em saúde na cidade, fruto de anos de descaso em relação à rede de APS anterior à atual gestão, o desafio é agregar aos novos serviços de APS o atendimento da demanda espontânea dos usuários a ações sistematizadas e organizadas dirigidas a mudanças de estilo de vida e tratamento de fatores de risco já estabelecidos, mais prevalentes entre a população mais vulnerável.

#### 4.1.7.1 HIV/AIDS

Estudo ecológico cuja unidade de observação foi o conjunto de bairros do Município do Rio de Janeiro foi realizado a partir de dados secundários da Vigilância Epidemiológica constantes do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) de casos diagnosticados, entre 13 e 19 anos até novembro de 2009 (TAQUETTE et al, 2011). Foram analisados 656 casos, com incidência crescente até 1998, e verificou-se que, desde 1996, ocorrem mais casos no sexo feminino do que no masculino. A categoria de exposição homo/bissexual é predominante nos rapazes (50,8%) e a heterossexual nas moças (88,9%). Quanto à distribuição geográfica dos casos, percebe-se nitidamente sua migração das áreas litorâneas para as interiores da cidade. Também há migração das faixas de maior rendimento nominal médio mensal para as de menor renda. O Município do Rio de Janeiro era subdividido em áreas de planejamento (AP), e, segundo dados oficiais, a AP 2.0, que compreende os bairros da zona sul da cidade, Tijuca e Vila Isabel, que possuía um rendimento médio mensal 4 vezes maior que a AP 5.0, de menor rendimento, que incluía os bairros da zona oeste — entre eles, Bangu, Campo Grande, Santa Cruz, Guaratiba, Realengo. Observou-se que, na AP 2.0, houve redução de 34,6 para 11,4 no percentual do total de casos do período inicial (I) ao último período (V) da epidemia. Na AP 5.0, houve aumento de 9,6 para 42,9 no percentual do total de casos dos períodos I e V, respectivamente. Ou seja, proporcionalmente, os casos reduziram a 1/3 na AP 2.0, de maior rendimento; e quadruplicaram na AP 5.0, de menor rendimento, do início da epidemia até novembro de 2009. Evidenciando a pauperização da epidemia de HIV, fenômeno semelhante à epidemia de doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares.

#### 4.1.8 Iniquidades Sociais

Estudo avaliou a associação entre privação e desigualdades socioeconômicas na esperança de vida total e expectativa de vida saudável por localização no Município do Rio de Janeiro (SZWARCOWALD et al, 2011). Um levantamento de saúde em 576 domicílios do Rio de Janeiro (144 domicílios por estrato) foi realizado em 2006 através da aplicação de questionário com questões sobre família,

características sociodemográficas, a autopercepção de saúde, o grau de dificuldade, e em realização de atividades da vida diária. A limitação foi avaliada em dois componentes de deficiência: limitação de atividade e deficiências na função e estrutura do corpo. A expectativa de vida foi proporcional à variação socioeconômica: no setor mais rico, maior a longevidade. O setor favela teve a vida mais curta. A expectativa de vida ao nascer de homens que vivem nas partes mais ricas da cidade foi 12.8 anos mais do que a dos homens que vivem em áreas mais pobres. As diferenças por estrato entre as mulheres também foram pronunciadas, embora menores. Os mais ricos moradores tiveram os melhores resultados em ambos os sexos e faixas etárias. As diferenças entre ricos e pobres foram grandes: a pontuação média de deficiência variou 0,35-1,09 entre indivíduos menores de 60 anos; e 0,53-2,72 entre as pessoas mais velhas, o que indica que idosos pobres têm em média mais do que duas condições severas, e que quase metade de suas contrapartes em bairros ricos não tinha nenhuma.

Outro estudo avaliou a influência do padrão geográfico de pobreza na Cidade do Rio de Janeiro sobre a taxa de mortalidade infantil (SZWARCOWALD; ANDRADE; BASTOS, 2002), mostrando que áreas segregadas de pobreza extrema deveriam ser a prioridade dos serviços de saúde.

#### **4.1.9 Resumo das condições de saúde**

Assim como grande parte do país, o Município do Rio de Janeiro apresenta, conforme reafirma Mendes (MENDES, 2011), uma tripla carga de doenças: afecções agudas (ex.: dengue) e condições materno-infantis (mortalidade infantil e materna, sífilis congênita) ainda não resolvidas, a epidemia das doenças crônicas (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais, HIV/AIDS) e das causas externas (violência e acidentes — nem mencionadas anteriormente). Todos esses grupos se apresentam, sem exceção, com um viés de iniquidade, sendo mais presentes quanto mais vulnerável socioeconomicamente for a população. Aliado à vulnerabilidade social, o envelhecimento populacional agrega mais desafios aos serviços de saúde, tornando frequente a apresentação de pessoas com multimorbidades. Esse cenário aponta para um conjunto de prioridades dos serviços de atenção primária à saúde:

- a) promover maior acesso aos serviços de APS, com resolubilidade e efetividade, para todas as pessoas com necessidades em saúde além das agendas de prioridades atuais, incluindo saúde bucal;
- b) promover maior acesso e melhorar o cuidado referente ao ciclo materno-infantil;
- c) promover maior acesso, com efetividade (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000), para pacientes com queixas agudas;
- d) promover maior acesso, com efetividade, para pacientes com queixas ligadas ao envelhecimento;
- e) organizar a oferta de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, em nível da APS, relacionadas aos fatores de risco e às doenças crônicas (cardiovasculares, saúde mental, HIV/AIDS, adições), com base multiprofissional e apoio dos níveis secundário e terciário, coordenados pela APS;
- f) ampliar a oferta de ações de rastreamento de câncer de colo e mama, garantindo a retaguarda da confirmação diagnóstica e do tratamento nos serviços de nível secundário e terciário;
- g) priorizar as áreas de maior vulnerabilidade social para todas as ações acima.

À exceção do grupo de causas externas, menos vulnerável à atuação de uma APS forte, todos os grupos de morbimortalidade anteriores apresentam vulnerabilidade expressiva quando se constitui uma rede de atenção à saúde com base na APS. Este é o desafio do Município do Rio de Janeiro.

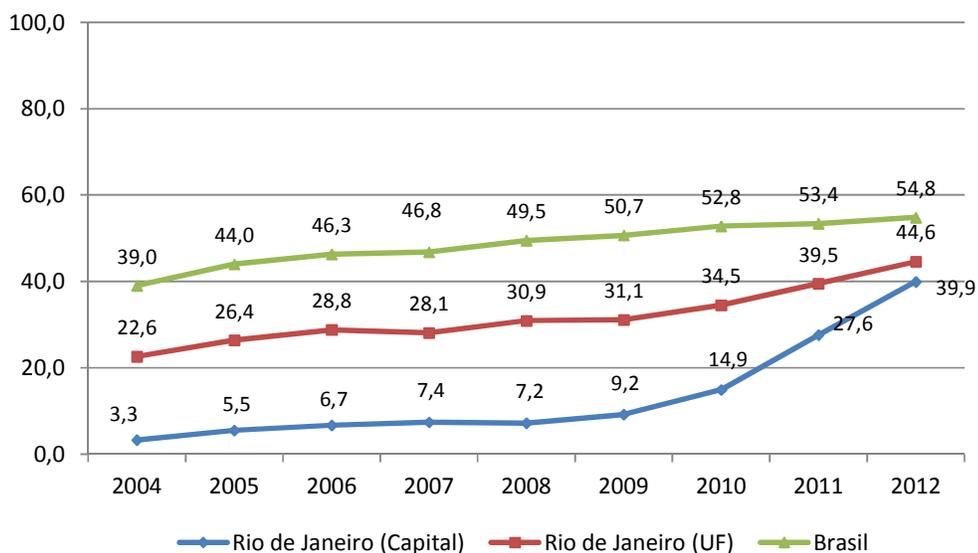
#### 4.2 OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Município do Rio de Janeiro conta com uma grande rede de serviços de saúde públicos e privados, mas com uma história de baixo investimento em APS. Um pouco mais de 50% de sua população era coberta por planos de saúde privados no ano de 2009 (DATASUS), quando contava com 2,7 médicos por 1.000

habitantes, razão 50% maior que o Brasil, que, no mesmo ano, apresentava 1,8 médicos/1.000 habitantes. Em 2010, o Município do Rio apresentava 3,7 leitos hospitalares/1.000 habitantes, enquanto no Brasil havia disponibilidade de 2,4 leitos/1.000 habitantes. Em relação a leitos hospitalares SUS, o Rio apresentava 2,1 leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes; e o Brasil apresentava 1,8 leitos hospitalares SUS/1.000 habitantes.

Apesar dessa oferta ampla de serviços e profissionais de saúde, a organização destes em uma rede de atenção organizada não estava presente em um horizonte próximo. Nesse mesmo ano (2009), a cobertura da população por ESF era de irrisórios 6,9%, quando, no Estado do Rio de Janeiro, a cobertura de ESF era de aproximadamente 25% — metade da cobertura ESF em nível nacional naquele ano (50%).

O grupo de pessoas que assumiu a gestão da saúde pública municipal em 2009 mudou esse panorama. No Gráfico 14, é possível perceber o avanço da cobertura da ESF no período 2004-2011. No final de 2012, a cobertura da população carioca por ESF chegava a 39%, com 734 equipes de Saúde da Família implantadas e credenciadas de acordo com dados do DAB/MS (BRASIL, 2012a), mais que dobrando a cobertura no período de apenas um ano.



**Gráfico 14** – Cobertura populacional da estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e Brasil para o período 2004 a 2012.

Fonte: DAB/MS-DATASUS

Ao final de 2012, os dados da SMSDC-RJ sobre a rede de APS do município mostravam a existência de:

- a) 6 unidades de saúde Tipo C;
- b) 74 unidades de saúde Tipo B;
- c) 115 unidades de saúde Tipo A, com 68 Clínicas da Família;
- d) 805 equipes de Saúde da Família; 67 destas sem médico;
- e) 642 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola;
- f) 49 Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- g) 299 equipes de Saúde Bucal.

## 4.3 CLÍNICAS DA FAMÍLIA

### 4.3.1 Implantação

O diferencial desse forte avanço no número de equipes de Saúde da Família experimentado pelo Rio de Janeiro é a aposta na qualidade da APS. O carro-chefe desta ampliação da APS é a Clínica da Família.

As Clínicas da Família ampliam a concepção de APS corrente em nosso país, apostando na consolidação de grandes unidades de saúde, que concentram 5 ou mais equipes de Saúde da Família, com estrutura física diferenciada, onde a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade são requisitos importantes. Além disso, a incorporação de tecnologia apropriada à prática da APS traz um potencial de maior resolubilidade para os médicos e de maior conforto para os pacientes, com oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ecografia, e outros.

Essa aposta na qualidade, fruto da influência do ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, de visitas realizadas pelo prefeito Eduardo Paes a cidades-sedes de jogos olímpicos, onde a APS coordena o sistema de Saúde (Londres, Montreal, Barcelona), aliada a um projeto ambicioso da equipe da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde, foi possível graças a um aumento importante do aporte financeiro municipal destinado a APS.

O primeiro ano da nova gestão, 2009, foi de estruturação da mudança, com detalhamento do projeto das Clínicas da Família, inclusive o projeto arquitetônico, composição da equipe de gestão e alterações legais que permitissem a contratação de Organizações Sociais (OS) para maior agilidade administrativa e melhor execução financeira, incluindo compra de materiais e contratação de profissionais. Mas, essa contratação de OS, via processo licitatório, não significa *per se* privatização, visto que a gestão da APS continua a cargo da SMSDC-RJ.

No ano de 2010, a expansão ganhou força, alcançando quase 15% de cobertura populacional da ESF, até atingir os 39% de cobertura ESF em 2012. A título de comparação, Porto Alegre, uma das capitais com maior oferta de médicos de família e comunidade (MFC) e berço de inovações já históricas na APS, tenta há mais de oito anos ultrapassar a barreira de 30% de cobertura de ESF.

A expansão da ESF no Rio de Janeiro iniciou por áreas de vazio assistencial, na tentativa de ampliar a área de cobertura de ESF por contiguidade, nem sempre possível. Outra tentativa da gestão é manter um teto populacional de 4.000 pessoas por ESF até cobrir 70% da população do município, para, então, reduzir o tamanho da população adscrita de cada equipe. A Coordenação da ESF da SMSDC-RJ estima que cada equipe de Saúde da Família tenha um custo mensal em torno de R\$ 62.000,00 a R\$ 82.000,00; dos quais, o financiamento municipal é responsável por mais de 70% do total.

### **4.3.2 Estrutura**

#### **4.3.2.1 Área física e insumos**

A tipologia ordinal A, B e C representa uma ordenação de qualidade em quase todos os aspectos citados ao longo deste estudo de caso. As Clínicas da Família projetadas pela RioUrbe, empresa pública da Prefeitura do Rio de Janeiro que atua no gerenciamento de obras públicas, têm estrutura física invejável frente a qualquer Unidade de Saúde de outro município brasileiro. Mas nem todas as Clínicas da Família têm esse desenho arquitetônico, assim como tampouco muitas das unidades tipo A. Ademais, com o aumento da demanda por atendimento, muitas unidades tipo A já necessitariam de um maior número de salas/consultórios. As

unidades tipo B são mais antigas, e, por vezes, com estrutura precária, mas vêm recebendo investimentos em reformas. Já as unidades tipo C são ainda mais antigas, com estruturas bem deficitárias, sem investimentos importantes em reforma.

Assim como a área física, o mobiliário; a presença de ar condicionado; a sinalização dentro e fora das unidades; a existência de equipamentos de informática; o acesso à internet de banda larga; a organização do território, com mapas digitalizados; e os insumos essenciais à prática clínica apresentam uma nítida distinção de quantidade e qualidade entre os três modelos de unidades. Além disso, as unidades tipo A, e algumas tipo B, têm recebido insumos inovadores para a realidade da APS brasileira, como prontuário eletrônico, eletrocautério, ECG, nitrogênio líquido, materiais cirúrgicos para procedimentos dermatológicos, entre outros. Muitas vezes, esses insumos estão ligados à existência de residência médica em MFC nas unidades de saúde. Outra inovação, é a incorporação dos Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS), que possibilita, com financiamento complementar à ESF, não ligado às OS, espaços qualificados como auditórios, laboratórios de informática, biblioteca para atividades de qualificação dos profissionais das unidades, assim como de avaliação de indicadores.

#### 4.3.2.2 Recursos Humanos

Certamente, um dos principais gargalos para a consolidação da reforma da APS em curso no Rio de Janeiro. Como no restante do Brasil, a categoria profissional com maior dificuldade de fixação na ESF do Rio de Janeiro é a do médico. A rápida expansão da ESF exigiu uma oferta em grande escala de médicos, impossível de ser completada com médicos especialistas em APS, os médicos de família e comunidade. Estima-se que, no Brasil, atualmente, existam cerca de 3.000 médicos de família e comunidade. Em 2012, entre as mais de 800 equipes de Saúde da Família cariocas, encontravam-se cerca de 60 médicos de família e comunidade.

Dessa forma, tanto médicos de especialidades focais, como recém-formados, são contratados, sem apresentar formação adequada para trabalhar com qualidade em APS. Somado a isso, o Rio de Janeiro tem o maior número de médicos por habitante entre as capitais, configurando-se em um mercado de trabalho difícil, onde

as boas ofertas de empregos médicos são rapidamente ocupadas. A SMSDC-RJ, ao oferecer salários para médicos da ESF muito competitivos, aliados a um bom sistema de pagamento por desempenho, atrai tanto bons profissionais comprometidos com a qualidade na APS, como, também, profissionais mais interessados no retorno financeiro. Como dizem, folcloricamente, os médicos-residentes: “A MFC é uma das especialidades mais difíceis para ser exercida com qualidade, mas uma das mais fáceis para ser exercida de qualquer jeito”.

Por outro lado, o conjunto de métodos empregados neste estudo de caso (observação direta, entrevistas, aplicação de instrumentos validados) possibilitou uma análise muito crítica em relação aos servidores municipais concursados que trabalham na APS. Presentes em sua totalidade no modelo C, e, em grande proporção, no modelo B, os servidores municipais não parecem estar aptos a liderar o processo de expansão e qualificação da ESF. Desmotivação, cumprimento parcial de carga-horária, falta de conhecimento sobre os atributos da APS, visão retrógrada — baseada em atividades programáticas — sobre a organização de serviços de APS são algumas das características observadas que tornam bastante difícil a incorporação de servidores municipais, incluindo os médicos, em um modelo inovador de APS representado pelas Clínicas da Família.

A partir das entrevistas realizadas com os próprios médicos e com os inúmeros gestores, a opção pela contratação de profissionais via Organizações Sociais (OS) com contrato pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) parece ter sido muito acertada. Os médicos da ESF estão satisfeitos com sua matriz salarial e com a qualidade do vínculo CLT, sem se queixar da falta da “estabilidade” que só seria produzida por um vínculo contratual de estatutário/servidor. Ao contrário, eles referem que a natureza dos contratos CLT permite que os profissionais que não trabalham com qualidade sejam dispensados, demonstrando seu interesse em servir à população, e não em proteger a corporação.

As queixas de pacientes e médicos referentes ao precário funcionamento de um laboratório de análises clínicas próprio da SMSDCRJ, operado por servidores públicos em uma unidade do modelo A visitada, são mais uma demonstração do acerto da contratação via CLT ou da terceirização de alguns serviços. A outra unidade do modelo A visitada conta com laboratório terceirizado, sobre o qual foram referidos elogios pelos médicos, e, principalmente, pelos pacientes, que perceberam a melhoria da qualidade e a agilidade na entrega de resultados ao mudar-se de um

laboratório próprio para o terceirizado. Mais de um relatório de gestão de AP do ano de 2012 descreve a mesma realidade para outros laboratórios/serviços próprios. No nosso ponto de vista, a contratação por meio de OS ou a terceirização de ações-meio não representam um risco à qualidade da prestação dos serviços à população, desde que a gestão pública seja presente, crítica e exigente. No Rio de Janeiro, tanto as equipes de coordenação das Áreas de Planejamento (AP) como o nível central da gestão da APS atendem a esses requisitos, garantindo que os serviços contratados por OS ou terceirizadas sejam, na grande maioria das vezes, realizados com qualidade.

Os médicos com contratos CLT têm queixas menores em relação às OSs (exemplo de queixa de um médico contratado via OS: indisponibilidade de fragmentação dos 30 dias de férias) do que suas corporações ou os órgãos de controle social (Conselhos Distritais de Saúde). Tanto o Sindicato Médico como algumas conferências distritais de Saúde em 2011 pediam o fim das OSs. Esta reivindicação não foi atendida no relatório final da Conferência Municipal de Saúde de 2011, constando apenas como uma moção de repúdio.

Frente à inadequação da formação e do entendimento sobre APS de parte dos recursos humanos atuantes na APS do Rio de Janeiro, é importante o fortalecimento de atividades de desenvolvimento profissional contínuo (educação permanente). No entanto, há evidências robustas na literatura de que intervenções educacionais tradicionais, ainda mais se isoladas, têm pouco impacto na mudança da prática assistencial (MAZMANIAN; DAVIS, 2002). Esse conjunto de atividades com baixo potencial de mudança — palestras, cursos, capacitações — tem sido explorado pela SMSDC-RJ por meio de capacitações próprias, adesão dos profissionais ao Telessaúde UERJ e participação em eventos/capacitações de conselhos de categorias, como o CREMERJ.

Por outro lado, duas intervenções parecem ter um papel promissor frente à mudança de conduta dos profissionais de saúde atuantes na rede de APS do Rio de Janeiro. A primeira delas é a instituição de Comissão de Regulação Local; isto é, um ou dois médicos, preferencialmente preceptores da residência de MFC, atuam como reguladores da Unidade junto ao SISREG. Eles têm o papel de revisar todos os encaminhamentos localmente podendo devolver as solicitações em busca de mais informações, priorizar marcação da consulta, autorizar ou negar os encaminhamentos (por equívocos processuais, p. ex: homem encaminhado à

ginecologia). Se aliado ao papel de regulador, que já qualifica a lista de espera por consultas e procedimentos, as decisões do regulador forem discutidas com os colegas agregando um viés educacional, surge um potencial ainda maior de qualificação da lista de espera e da prática clínica futura dos profissionais. Um dos riscos da regulação local é que a excessiva descentralização possa levar a uma perda de protocolização da definição de priorização dos encaminhamentos, gerando iniquidade de acesso a consultas e procedimentos. A fim de evitar este risco a SMSDC-RJ criou o 'Protocolo para o Regulador' que aborda protocolos de encaminhamento para 6 especialidades médicas (dermatologia, endocrinologia, ginecologia, ortopedia e urologia) e para 2 procedimentos diagnósticos (colonoscopia e endoscopia digestiva alta).

A segunda estratégia é o sistema de pagamento por desempenho adotado pela SMSDC-RJ para os profissionais da APS. Esse sistema, baseado em informações originadas dos prontuários eletrônicos, que emitem relatórios mensais de acompanhamento com metas divididas em três níveis: incentivo à gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (teias), incentivo à Unidade de Saúde e incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal. O primeiro conjunto de metas e incentivos é relacionado à Organização Social responsável por uma ou mais APs, gerando um incentivo financeiro para a OS. O segundo e o terceiro são relacionados às ações realizadas nas unidades de saúde pelas equipes de ESF (modelos A e B). Os incentivos financeiros gerados pelo alcance das metas do segundo grupo são investidos na própria Unidade de Saúde, enquanto os incentivos do terceiro grupo refletem em benefícios financeiros diretamente a cada um dos integrantes das equipes que alcancem suas metas, correspondendo a um acréscimo de cerca de 10% do salário mensal de cada profissional.

Os indicadores referentes às metas e incentivos relacionados às unidades de saúde se referem ao acesso da população a unidade, ao desempenho assistencial das equipes, à qualidade percebida pelos usuários, e ao desempenho econômico da Unidade. Os indicadores do terceiro grupo compreendem ações relacionadas à gestão da clínica com potencial importante para gerar mudanças no processo de trabalho. Cada indicador selecionado tem uma descrição detalhada do seu significado assistencial, apontando para uma série de ações que almejam aumentar a qualidade do cuidado. Por exemplo, o indicador "acompanhamento de uma gravidez" será considerado alcançado quando, entre outros critérios, o pré-natal tiver

começado antes da 12ª semana de gestação, com, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, aliado à realização oportuna de VDRL e anti-HIV.

Além dessas duas estratégias, há uma política de valorização das boas equipes e dos bons profissionais, com certificações de qualidade relacionadas às prioridades de ação definidas pela SMSDC-RJ. As unidades e equipes de saúde que as recebem exibem muito orgulho por ter realizado seu trabalho com qualidade reconhecida. Outra ação ligada à valorização do vínculo do profissional com a SMSDC-RJ é a liberação de parte da carga horária dos profissionais para cursarem pós-graduações relacionadas à APS. Somada a essa, a matriz salarial dos médicos cresce proporcionalmente ao seu grau de especialização e formação, podendo alcançar no ano de 2012 quase R\$ 20.000,00.

Outra estratégia dirigida a aumentar o número de profissionais médicos com formação em APS na rede de serviços cariocas é a introdução e ampliação da residência médica em MFC nos serviços municipais. Em 2011, havia 16 vagas de residência em MFC na Cidade do Rio. Em 2012, a SMSDC-RJ, isolada ou em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), ofertou 60 vagas para período 2012-2013; das quais, 45 foram preenchidas. Para o período 2013-2014, repetiu-se a oferta de 60 vagas, contando com 191 candidatos inscritos para seleção.

A dificuldade de ocupação de vagas em 2012 se deveu, em parte, à recusa de candidatos a ocuparem vagas na zona oeste do Rio. Para o período de 2013-2014, aumentou-se o número de vagas nas regiões norte e sul da cidade. Além disso, os médicos-residentes recebem bolsa, complementar à do MEC, com valor aproximado entre R\$ 7.000,00 e R\$ 8.000,00, possibilidade de realizar um estágio optativo no exterior ou em outra cidade do país com manutenção da bolsa, boa estrutura de trabalho nas Clínicas da Família, tanto do ponto de vista assistencial, já explicitado na seção “Estrutura” (subseção “Área física e insumos”), como do ponto de vista pedagógico, contando com bibliotecas nas Clínicas da Família, assim como o suporte das OTICS. Além disso, é oferecido treinamento em ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*) e a possibilidade de incluir em sua prática assistencial equipamentos e insumos, infelizmente, incomuns na APS brasileira, como nitrogênio líquido, instrumental cirúrgico ambulatorial apropriado (eletrocautério, curetas, etc.), entre outros. Isso demonstra a abertura da gestão para a introdução de inovações

na APS brasileira, que se refletem em maior resolutividade e na satisfação dos pacientes.

Estas estratégias de educação continuada (regulação local, pagamento por desempenho) e de formação em serviço (residência) para qualificar o perfil dos médicos atuantes na APS são complementadas por uma busca ativa de bons médicos de família e comunidade no “mercado”. As unidades do modelo A são abertas para receber visitas de profissionais interessados em trabalhar no Rio, assim como os coordenadores de APs e os gerentes/diretores de unidades estão atentos a seus contatos profissionais a fim de convidar bons profissionais a integrarem suas equipes. Ademais, a SMSDC-RJ busca atrair bons profissionais para o Rio divulgando seu modelo assistencial e as vantagens profissionais nos congressos profissionais (exemplo: SBMFC), patrocinando encontros de residência médica e multiprofissional, recebendo residentes de outros lugares do país e do exterior, divulgando notícias na mídia e apostando no relacionamento com os centros formadores ao ofertar a estrutura das unidades para atividades acadêmicas.

#### 4.3.2.3 Organização e efetividade das ações

##### *4.3.2.3.1 Território*

As unidades do modelo A parecem ter amplo conhecimento e aproximação com o território sob responsabilidade mediado pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). Nas unidades B, esse processo é menos intenso, com algum conhecimento apenas nas porções dos territórios sob responsabilidade das ESF, enquanto nas unidades tipo C o território parece se limitar a uma lista de CEPs.

##### *4.3.2.3.2 Prontuário Clínico*

As ESF têm, em sua quase totalidade, prontuário eletrônico individual, não familiar, com computadores em cada consultório, processo que está se expandindo

para os profissionais das unidades B que não fazem parte da ESF. Já nas unidades C, o prontuário ainda é em papel e de base individual.

#### *4.3.2.3.3 Oferta de consultas espontâneas e programadas*

Mais um aspecto da organização das unidades em que a transição do modelo A ao C é um verdadeiro gradiente. Nas unidades tipo A, há uma preocupação constante em busca de um equilíbrio entre consultas de demanda espontânea e programadas, a fim de evitar que o usuário busque a UPA enquanto a unidade de APS está aberta. Entretanto, dependendo da unidade A, há certa desarmonia entre as equipes de SF no tocante à cobertura que uma equipe deve fazer a outra a fim de atender a demanda espontânea ao longo das 12 horas de funcionamento da unidade. Para usuários residentes fora da área de adscrição, as unidades só realizam atendimento em caso de urgência médica. Essa busca pelo equilíbrio entre consultas agendadas ou espontâneas poderia se dirigir a taxas semelhantes ao Reino Unido (2/3 programadas e 1/3 demanda espontânea (CARSON; CLAY; STERN, 2009) caso a incorporação do trabalho clínico-assistencial das enfermeiras, sob orientação de protocolos claros e com base em evidências científicas, fosse mais intenso, principalmente frente às condições crônicas. Há evidências claras que indicam o potencial de uma enfermeira bem capacitada em realizar excelente acompanhamento de pacientes crônicos, reduzindo um pouco a pressão sobre a agenda do médico (THOMAS et al, 1999). No entanto, parece haver resistência corporativa à ampliação do papel da enfermeira, assim como certa resistência da população em ser atendida por enfermeiras.

Nas unidades B, a gestão faz intervenções constantes para abrir agendas a fim de evitar que só os mesmos pacientes sejam atendidos, principalmente com os profissionais que não fazem parte da ESF. Nas unidades tipo C, a preocupação com a demanda espontânea é muito pequena, com muitos pacientes afirmando que só as conseguem com base em grande insistência. Um profissional de saúde entrevistado da unidade C afirmou: “atendemos graves quando não deveríamos”. E, assim como consultas de demanda espontânea, visitas domiciliares feitas por médico são exceções nas unidades tipo C. Nestas unidades, consultas só são marcadas antecipadamente se relacionadas a programas.

#### *4.3.2.3.4 Oferta de ações*

A grande tensão proposta pela reforma da APS em curso no Rio de Janeiro é abandonar o tradicional perfil programático das equipes e unidades de APS a fim de alcançar um estágio de evolução rumo a uma APS de qualidade em que o cidadão encontre a grande maioria das soluções para suas necessidades em saúde nas Clínicas da Família. Para isso, a introdução da “Carteira de Serviços” (ver seção “Carteirômetro”) e a incorporação tecnológica (coleta de laboratório, ecografias, raio X, etc.) nas Clínicas da Família têm um papel fundamental.

#### *4.3.2.3.5 Sistema de referência e contrarreferência*

Todos os três modelos utilizam o SISREG como sistema de encaminhamento de pacientes para procedimentos e/ou consultas especializadas nos níveis secundários e terciários. No entanto, pela presença de especialistas focais nas unidades do modelo B e C, há ainda muito acesso direto a especialista sem o filtro da APS. Isto gera a exposição de pacientes inadequados a médicos especialistas, impedindo uma maior prevenção quaternária.

Além disso, a inexistência de um sistema de prontuário eletrônico integrado entre os níveis primário, secundário e terciário impede que haja uma contrarreferência adequada. Aliado a isso, não há mecanismos de coordenação assistencial sistematizados e a comunicação do nível primário com os demais níveis é praticamente inexistente. Outro grave problema é a resistência dos hospitais em abrirem a totalidade de sua oferta de procedimentos e consultas para a Regulação Ambulatorial, configurando uma situação em que a real oferta de consultas especializadas e procedimentos no Rio de Janeiro é desconhecida. Os hospitais tendem a funcionar como um “clubes” onde os pacientes que conseguem entrar recebem todos os serviços e ações que necessitam (ou não), enquanto outros pacientes, inclusive de maior gravidade, não conseguem entrar nunca.

Outro complicador na definição de quais condições e problemas devem ficar ou não sob responsabilidade da APS é a insegurança de médicos recém-formados e não preparados para atuar em APS, fazendo com que suas taxas de encaminhamento sejam altas e inadequadas. As comissões locais de regulação

poderão ajudar a diminuir esse problema. Além disso, a impressão, por meio das visitas e entrevistas às unidades B e C, é de que muitos médicos destas unidades desconhecem ou negam o seu papel como coordenadores do cuidado individual de seus pacientes. É ainda incipiente o uso da taxa de encaminhamentos por consulta médica como um indicador de desempenho assistencial nas unidades.

É devido a esses e outros fatores que a queixa mais frequente junto à Ouvidoria é o problema da regulação ambulatorial e seus gargalos.

Na Tabela 1, pode-se observar que 75% das consultas e procedimentos solicitados pela APS se restringem a 25 tipos de consultas e procedimentos. Esta pequena variabilidade permite a sistematização de ações de capacitação, coordenação assistencial e oferta maior de alguns tipos de consulta especializada que poderiam reduzir a lista de espera rápida e intensamente. Por exemplo, a introdução de optometristas avaliando casos de refração poderia ter efeito importante na redução global desta lista de espera.

Além disso, destes 75% de consultas e procedimentos, um pouco mais de 30.000 (~25% do total) são de exames complementares, sendo o primeiro lugar ocupado por ecografias; e o segundo, por mamografias. Duas ofertas de procedimentos fáceis de serem ampliadas, e, ainda mais importante, protocolizadas, já que é possível que muitas dessas solicitações de mamografias sejam inadequadas. Ambas ainda não contam com orientações no Protocolo do Regulador. A probabilidade de existência de grande número de encaminhamentos inadequados parece ser bem consistente quando, em um único mês, há quase 1.500 encaminhamentos no SISREG dirigidos a pré-natal de baixo risco, pequenas cirurgias e puericultura, nesta ordem de frequência.

**Tabela 1** - Número de solicitações de consultas e procedimentos solicitados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro e cadastrados no SISREG no mês de agosto de 2012

Tipo de consulta / Procedimento	Total de Solicitações em agosto de 2012
GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	12,033
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL	8,476
CONSULTA EM ORTOPEDIA – GERAL	8,315
GRUPO - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM OFTALMOLOGIA	7,944
GRUPO – MAMOGRAFIA	6,335
CONSULTA EM FISIOTERAPIA	4,726
CONSULTA EM NEUROLOGIA – GERAL	4,698
CONSULTA EM CARDIOLOGIA – GERAL	4,570
CONSULTA EM GINECOLOGIA	4,193
CONSULTA EM UROLOGIA – GERAL	4,172
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL – GERAL	3,723
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA – GERAL	3,658
CONSULTA EM DERMATOLOGIA – GERAL	3,115
GRUPO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	3,014
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	2,666
GRUPO - DIAGNOSTICO POR IMAGEM - RADIOGRAFIA SIMPLES	2,641
CONSULTA EM ANGIOLOGIA – GERAL	2,441
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	2,373
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA – GERAL	2,368
GRUPO - DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA	2,199
ELETROCARDIOGRAMA	2,058
CONSULTA EM REUMATOLOGIA – GERAL	2,014
CONSULTA EM CLINICA MEDICA	1,929
CONSULTA EM ODONTOLOGIA – ENDODONTIA	1,790
CONSULTA EM NEUROLOGIA – PEDIATRIA	1,614
OUTRAS	34,291
Total	137,356

Fonte: SMSDC-RJ

#### 4.3.2.4 Gestão, planejamento, monitoramento e avaliação

Tradicionalmente, a produção de informações em saúde na SMSDC-RJ centrava-se na análise de dados vitais, de alguns agravos específicos (dengue, tuberculose, sífilis, doenças crônicas), sobre violência/acidentes e dos indicadores do Pacto pela Saúde. O intuito principal era apoiar os programas, verticais e fragmentados, com produção de indicadores selecionados. Entretanto, conforme entrevista com representante da Coordenação de Avaliação em Saúde, é ainda frágil

a cultura de incorporação dessas informações na prática assistencial dos serviços de APS.

A reforma da APS em curso tenta reverter esse quadro. Tanto as OSs como as APs, as unidades de saúde e as equipes de Saúde da Família têm seu processo de trabalho acompanhado e monitorado, mensal ou trimestralmente, dependendo para qual nível de gestão (local ou central). Ademais, esse monitoramento é baseado em indicadores de estrutura e processo, incluindo o “Carteirômetro” (ver na seção “Processo de Trabalho”), que compõem os contratos de gestão com as OSs e o pagamento por desempenho das unidades e equipes de SF. São vários indicadores para cada um desses três níveis, repactuados anualmente a partir da análise do estado de saúde da população e da produção dos serviços no ano anterior. Esta repactuação busca orientar os serviços de APS em direção ao modelo assistencial definido pela SMSDC-RJ. A maioria desses indicadores se restringe às equipes de Saúde da Família, visto que os servidores estatutários não são elegíveis para esse sistema de pagamento por desempenho.

De forma global, o Gabinete do Prefeito acompanha a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a cobertura de ESF, enquanto as APs monitoram as consultas de pré-natal, a cobertura de tetravalente, os exames citopatológicos de colo de útero e a proporção de denúncias relacionadas à dengue atendidas por telefone (1.746) em até cinco dias.

Das entrevistas realizadas, transparece certo conflito produzido pelo sistema de monitoramento e avaliação entre os servidores do quadro da prefeitura e os profissionais contratados pelas OSs. Assim, a incorporação do monitoramento e da avaliação de indicadores de saúde e de desempenho é um tanto incipiente, contaminando pouco a pouco o processo de tomada de decisão da gestão e planejamento tanto em nível local (unidades de saúde) como no âmbito das APs. Nas unidades B e C, esse processo é ainda mais lento.

### 4.3.3 Processo de trabalho em APS

#### 4.3.3.1 Diagnóstico de demanda: Utilização de consultas espontâneas x programadas

Os dados enviados pelas empresas dos três prontuários eletrônicos representavam 308.064 consultas médicas, de 141 unidades de saúde. Estas consultas representam quase que exclusivamente consultas de equipes de Saúde da Família, visto que ainda há poucos profissionais não-ESF utilizando os prontuários eletrônicos. Foram excluídas da análise 34 unidades de saúde, por apresentarem produção de consultas incoerentes entre os três meses solicitados (junho-agosto/2012) e/ou produções muito baixas. Essas exclusões representaram 22.602 consultas. Além disso, 36.537 atendimentos foram excluídos por serem originados de sábados e domingos ou por não terem identificador do médico ou por representarem outro atendimento que não consulta médica presencial (exemplo: visita domiciliar, telemedicina, outros). Assim, a análise final foi realizada sobre 248.925 consultas, representando 81% do total de consultas recebidas.

Na Tabela 2, observa-se que pouco mais da metade dessas consultas representavam atendimentos programados (54,4%), mostrando que há um bom equilíbrio entre atendimentos programados e de demanda espontânea. Os serviços de atenção primária do Reino Unido têm cerca de 2/3 das consultas programadas e o restante de demanda espontânea. Essa diferença, com mais consultas de demanda espontânea na ESF do Rio de Janeiro, é salutar, visto que a população carioca é mais desfavorecida socioeconomicamente, tendo uma maior carga de doenças agudas. Além disso, o processo de expansão da APS incluiu populações que recentemente viviam em “vazios” assistenciais, com demandas em saúde há muito reprimidas.

A mesma tabela mostra que as mulheres foram responsáveis por 65% dos atendimentos, padrão usual dos serviços de atenção primária do Brasil, enquanto a distribuição das consultas entre as faixas etárias representou equilíbrio de acordo com a distribuição demográfica da população carioca.

**Tabela 2** - Descrição das consultas médicas registradas nos prontuários eletrônicos dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, para o período de junho a agosto de 2012

Características	Total	Mês	Dia
	n (%)	média	média
<i>Serviço de saúde</i>			
Número de consultas médicas	248,925 (100.0)	82,975.00	3,889.50
Número de médicos	540 (100.0)	-	-
Número de unidades de saúde	106 (100.0)	-	-
Tipo de atendimento			
Programado	135,311 (54.4)	45,103.70	2,114.20
Espontâneo	113,614 (45.6)	37,871.30	1,775.20
<i>Usuários</i>			
Faixa Etária			
Até 1 anos	9,618 (3.9)	3,206.0	150.3
De 2 a 5 anos	18,520 (7.4)	6,173.3	289.4
De 6 a 18 anos	32,959 (13.2)	10,986.3	515.0
De 19 a 59 anos	130,399 (52.4)	43,466.3	2,037.5
Mais de 59 anos	57,407 (23.1)	19,348.0	897.0
Sexo			
Masculino	85,317 (34.3)	28,439.0	1,333.1
Feminino	163,592 (65.7)	54,530.7	2,556.1

Fonte: Autoria própria, 2012.

Na Tabela 3, pode-se ver que o número médio de consultas por médico é de 7,2 consultas por dia, com metade dos médicos realizando 6 consultas ou menos, e apenas 25% dos médicos realizando mais de 10 consultas por dia. Esses dados indicam ou uma falta de registro de consultas nos prontuários eletrônicos ou uma baixa produção de consultas por médico.

**Tabela 3** - Análise descritiva das consultas por médico registradas nos prontuários eletrônicos dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, para o período de junho a agosto de 2012

Medidas descritivas	Total	Mês	Dia
Número de médicos	540	540	540
Média de consultas / médico	461.00	153.07	7.20
Desvio-padrão	320.60	106.90	5.00
Número mínimo de consultas / médico	1.00	0.00	0.00
Número máximo de consultas / médico	1741.00	580.00	27.00
Percentil 25	212.30	71.00	3.00
Percentil 50	405.00	135.00	6.00
Percentil 75	665.50	221.80	10.00

Fonte: Autoria própria, 2012.

A Tabela 4 mostra os diagnósticos mais frequentemente registrados por consulta médica realizada. Cerca de 13% das consultas não possuíam nenhum diagnóstico registrado. Chama atenção o fato de 17 diagnósticos representarem um pouco mais de 50% das consultas, quando comumente metade das consultas realizadas em APS são representadas por uma lista de 30 ou mais diagnósticos. Mais uma vez, duas hipóteses são plausíveis: baixa qualidade do registro médico (subregistro de diagnósticos) ou baixa variabilidade diagnóstica. Por sua vez, caso esse pequeno número de diagnósticos seja real, é possível que, no geral, os médicos estejam exercendo uma prática assistencial limitada e/ou limitando o perfil de pacientes que buscam o serviço.

Outro ponto importante é que o primeiro diagnóstico que representa um problema de saúde mental a aparecer na lista está em 17º lugar de frequência, contando com menos de 1% do total dos problemas de saúde identificados. Isso pode indicar resistência ao atendimento em saúde mental, fato que não é surpreendente se, em mais de 700 equipes de Saúde da Família do Rio, os médicos não têm formação específica para trabalhar em APS. A resistência do profissional médico em atender problemas de saúde mental é notória no meio médico, com exceção de poucas especialidades, como, obviamente, a psiquiatria, e, também, a própria medicina de família e comunidade.

**Tabela 4** - Distribuição dos principais diagnósticos realizados por consulta médica registrada nos prontuários eletrônicos dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, para o período de junho a agosto de 2012

Diagnóstico atendimento (CID10)	n (%)
Hipertensão essencial (primária)	38,363 (17.7)
Exame médico geral	19,290 (8.9)
Diabetes Mellitus	16,256 (7.5)
Gravidez (Pré-natal)	7,586 (3.5)
Exame de rotina de saúde da criança	7,369 (3.4)
Nasofaringite aguda [resfriado comum]	6,935 (3.2)
Tosse	3,684 (1.7)
Amigdalite aguda não especificada	3,467 (1.6)
Dengue [dengue clássico]	3,037 (1.4)
Hipercolesterolemia pura	3,035 (1.4)
Obesidade devida a excesso de calorias	2,600 (1.2)
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	2,384 (1.1)
Dor lombar baixa	1,517 (0.7)
Escabiose [sarna]	1,306 (0.6)
Exame de laboratório	1,305 (0.6)
Sinusite aguda não especificada	1,304 (0.6)
Ansiedade generalizada	1,301 (0.6)
Total	120,739* (55.7)

\*Total de consultas com descrição de CID10: 216.741, representando 87,1% do total de consultas analisadas.

Fonte: A autoria própria, 2012.

Infelizmente, não foi possível analisar a taxa de encaminhamentos, nem a taxa de solicitação de exames por consulta, visto que 1,7 e 10% das consultas mostravam realização de encaminhamento e solicitação de exames, respectivamente. Esses dados são muito diferentes e inferiores a quaisquer outros cenários nacionais e/ou internacionais de APS analisados, sendo, provavelmente, devido a registro médico inadequado no prontuário eletrônico ou a problema na extração dos dados dos prontuários.

#### 4.3.3.2 Carteirômetro

O “Carteirômetro” é um sistema de monitoramento da “Carteira de Serviços” da APS. Esta última relaciona os serviços que deveriam ser prestados por todas as unidades de APS do município. É um potente instrumento de adequação dos serviços ao modelo de APS que a SMSDC-RJ elegeu como preferencial Seu

seguimento na íntegra impediria que os serviços de APS da cidade se caracterizassem por ofertar uma cesta pequena de ações em saúde, prática nada incomum nas equipes de Saúde da Família do Brasil.

Entretanto, o monitoramento da “Carteira de Serviços” mostrava, em março de 2012, que:

- a) 59% das unidades avaliadas não realizava a colocação de DIU;
- b) 50% não realizava cirurgia para unha encravada;
- c) 39% não fazia retirada de cerúmen;
- d) 32% não dispensava medicamentos controlados;
- e) 27% não drenava abscesso;
- f) 25% não realizava teste do olho vermelho;
- g) 19% não fazia suturas em cortes;
- h) 15% não possuía receita azul para prescrição de fármacos controlados;
- i) 11% não dispensava insulina.

Esses dados indicam que ainda há um longo caminho a percorrer para que todas as unidades ofertem à população procedimentos e ações típicos de uma APS de qualidade, bastante requeridos pelos pacientes. Aliado à baixa execução das ações, o monitoramento pelo Carteirômetro, após a taxa de realização crescer, deveria ser realizado por equipe de Saúde da Família, e não por Unidade de Saúde, além de apresentar o quantitativo realizado, expresso por uma taxa de realização do procedimento por população adscrita elegível para tal procedimento. Assim, seria possível identificar com grande facilidade qual equipe não realiza um ou mais tipos de procedimentos, além de identificar as que os ofertam em quantidade insuficiente.

#### **4.3.4 Comparação do grau de orientação à APS das Clínicas da Família com os modelos anteriores de serviços de atenção primária**

A comparação do grau de orientação à APS entre os três modelos de APS foi realizada com base na aplicação do PCATool-Brasil, versão Profissionais de Saúde, a médicos dos serviços, além de entrevistas com roteiros semiestruturados a informantes-chave: pacientes, médicos, diretores e gerentes de serviços de saúde,

coordenadores de APs, gestores dos mais diferentes setores da SMSDC-RJ, como descrito na seção “Nota metodológica”. Ao apresentarmos a opinião de um informante-chave que reforce ou contrarie as informações provenientes do PCATool-Brasil, o mesmo terá sua tipologia identificada.

Conforme descrito na seção de metodologia, obteve-se junto à SMSDC-RJ a lista de todos os médicos que atuavam em Atenção Primária à Saúde, nos modelos A, B ou C, no período entre julho e agosto de 2012. Foram identificados 1.336 médicos, dos quais 436 (32,6%) responderam ao questionário PCATool-Brasil, versão Profissionais de Saúde, enviado por e-mail. A taxa de resposta por modelo assistencial foi de 38,6%, no modelo A; 22,9%, no modelo B; e 28,4%, no modelo C; o que já indica uma maior predisposição dos médicos do modelo A para participarem de estratégias de avaliação de sua prática.

**Tabela 5** - Perfil dos profissionais médicos dos diferentes modelos (A, B ou C) de serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Característica	Geral (n=436) n(%) ou média(dp)	Tipo de unidade		
		A (n=251) n(%) ou média(dp)	B (n=112) n(%) ou média(dp)	C (n=56) n(%) ou média(dp)
<i>Sociodemográficas</i>				
Idade (em anos)	42.3 (12.8)	40.7 (12.9)	42.1 (12.6)	50.2 (9.5)
Sexo				
Feminino	302 (69.3)	177 (70.5)	74 (66.1)	38 (67.9)
Masculino	134 (30.7)	74 (29.5)	38 (33.9)	18 (32.1)
Estado Civil				
Casado(a)	204 (46.8)	104 (41.4)	58 (51.8)	38 (67.9)
Solteiro(a)	174 (39.9)	104 (41.4)	44 (39.3)	17 (30.4)
Divorciado(a)	43 (9.9)	32 (12.7)	8 (7.1)	1 (1.7)
Viúvo(a)	4 (0.9)	2 (0.8)	1 (0.9)	0 (0)
Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	11 (2.5)	9 (3.6)	1 (0.9)	0 (0)
<i>Formação</i>				
Tempo de formado(em anos)	15.2 (12.6)	13.1 (12.6)	15.4 (12.5)	24.3 (9.4)
Possui mestrado concluído				
Sim	28 (6.4)	15 (6.0)	8 (7.1)	5 (8.9)
Não	407 (93.6)	236 (94.0)	104 (92.9)	51 (91.1)
Possui doutorado concluído				
Sim	9 (2.1)	3 (1.2)	4 (3.6)	2 (3.6)
Não	426 (97.9)	248 (98.8)	108 (96.4)	54 (96.4)
Possui especialização em Saúde da Família				
Sim	78 (17.9)	57 (22.7)	17 (15.2)	1 (1.8)
Não	357 (82.1)	194 (77.3)	95 (84.8)	55 (98.2)
Possui residência médica				
Sim	196 (45.0)	93 (37.1)	52 (46.4)	45 (80.3)
Não	239 (55.0)	158 (62.9)	60 (53.6)	11 (19.7)
Área da residência médica				
Medicina de família e comunidade	35 (14.5)	26 (23.0)	9 (14.1)	0 (0)
Ginecologia e obstetrícia	27 (11.3)	9 (8.0)	7 (11.0)	9 (16.4)
Medicina interna	42 (17.5)	21 (18.5)	14 (21.8)	6 (11.0)
Pediatria	53 (22.1)	16 (14.1)	13 (20.3)	21 (38.1)
Outra	83 (34.6)	41 (36.4)	21 (32.8)	19 (34.5)
Título de especialista da AMB				
Sim	124 (28.5)	61 (24.3)	28 (25.0)	32 (57.1)
Não	311 (71.5)	190 (75.7)	84 (75.0)	24 (42.9)
Área do título AMB				
Medicina de família e comunidade	31 (22.0)	27 (38.0)	4 (12.1)	0 (0)
Ginecologia e obstetrícia	18 (12.8)	7 (9.9)	5 (15.2)	6 (20.7)
Medicina interna	11 (7.8)	5 (7.0)	2 (6.1)	4 (13.8)
Pediatria	37 (26.2)	10 (14.1)	11 (33.3)	15 (51.7)
Outra	44 (31.2)	22 (31.0)	11 (33.3)	10 (34.5)

dp = desvio-padrão

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

Na Tabela 5, pode-se comparar o perfil sociodemográfico e de formação profissional entre os respondentes dos três diferentes modelos assistenciais. As

diferenças mais importantes são na faixa etária mais elevada dos médicos do modelo C, com uma proporção maior destes com residência médica, com a pediatria sendo a especialidade mais prevalente. Por outro lado, é no modelo A que temos a maior proporção de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, com 38% destes com título junto à AMB e 23% tendo realizado residência médica em MFC. Essa diferença na distribuição maior da especialidade pediatria no modelo C; e, em menor intensidade, no modelo B, justifica o perfil “materno-infantil” verificado na observação direta dos pesquisadores ao visitarem esses serviços, em detrimento do perfil “generalista” observado nos serviços do modelo A.

**Tabela 6** - Características dos diferentes modelos (A, B ou C) de serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Característica	Geral (n=436) n(%) ou média(dp)	Tipo de unidade		
		A (n=251) n(%) ou média(dp)	B (n=112) n(%) ou média(dp)	C (n=56) n(%) ou média(dp)
Tempo de trabalho nesta unidade de saúde (em anos)	3.2 (6.1)	1.2 (2.4)	3.7 (6.6)	11.0 (8.3)
Tempo deslocamento residência até a unidade de saúde (minutos)	41.5 (27.4)	43.1 (27.3)	42.3 (28.3)	32.4 (24.1)
Carga horária	33.9 (9.3)	35.9 (8.4)	32.5 (9.7)	28.1 (8.7)
Número médio de consultas atendidas	78.4 (41.3)	85.3 (44.3)	71.3 (34.5)	62.5 (31.6)
% de consultas				
Agendadas	59.6 (17.3)	57.9 (16.5)	64.1 (17.3)	57.4 (18.3)
Espontâneas	40.8 (17.7)	42.1 (16.5)	35.9 (17.3)	45.6 (20.3)
% atendimento				
Crianças	27.1 (24.7)	24.4 (12.4)	23.2 (26.4)	46.3 (45.2)
Adultos	39.2 (18.2)	40.0 (12.6)	40.2 (20.6)	32.7 (28.9)
Idosos	33.7 (17.6)	35.6 (14.1)	36.6 (19.5)	21.0 (21.3)
Tempo semanal (em horas) dedicado a				
Visitas domiciliares	3.5 (2.6)	4.3 (2.2)	3.3 (2.7)	0.6 (2.2)
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	1.7 (4.4)	4.3 (3.8)	1.9 (5.7)	1.1 (4.0)
Grupos de educação comunitária	2.7 (2.6)	4.3 (2.5)	2.4 (2.7)	1.5 (2.6)
Reuniões	3.0 (2.9)	4.3 (2.0)	3.1 (3.6)	2.6 (4.4)
Discussões de caso com a equipe	2.4 (3.1)	4.3 (1.9)	2.4 (4.2)	2.2 (4.5)
Residente MFC nesta unidade				
Sim	65 (15.9)	51 (20.7)	13 (12.4)	1 (1.9)
Não	343 (84.1)	195 (79.3)	92 (87.6)	53 (98.1)
Serviço oferece educação continuada				
Sim	266 (65.5)	168 (68.8)	64 (60.9)	33 (61.1)
Não	83 (20.4)	37 (15.1)	27 (25.7)	17 (31.4)
Não sei	57 (14.0)	39 (15.9)	14 (13.3)	4 (7.4)
Satisfação relacionamento comunidade e serviço de saúde				
Não satisfeito	102 (25.2)	56 (22.9)	27 (25.7)	17 (31.5)
Satisfeito	304 (74.8)	188 (77.1)	78 (74.3)	37 (68.5)
Satisfação com o seu trabalho nesta unidade de saúde				
Não satisfeito	96 (23.6)	55 (22.5)	26 (24.8)	14 (25.9)
Satisfeito	310 (76.4)	189 (77.5)	79 (75.2)	40 (74.1)

dp = desvio-padrão

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

Conforme mostra a Tabela 6, os serviços de saúde do modelo A contam com profissionais recentemente vinculados à SMSDC-RJ, com dedicação de carga horária maior que os modelos B e C. A proporção entre consultas agendadas/espontâneas é muito semelhante entre os três modelos, mas a proporção de consultas por faixa etária é mais adequada nos modelos A e B que no modelo C, que atende prioritariamente crianças. Essa é mais uma informação que demonstra o perfil “materno-infantil” e anacrônico do modelo C, e, em parte, do modelo B. Vale ressaltar que as entrevistas realizadas com informantes-chave não parecem concordar com a informação prestada pelos médicos das unidades B e C, pois os entrevistados, sem exceção, apontavam a dificuldade em obter consultas de demanda espontânea nas unidades B e C.

A Tabela 6 mostra, ainda, que os profissionais do modelo A tem sistematicamente se ocupado mais tempo com atividades fundamentais para organizar o funcionamento do serviço e atender às diversas necessidades da população tais como: atividades de educação continuada, reuniões e discussões de caso com a equipe, visitas domiciliares, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e grupos de educação em saúde com usuários. Outra diferença entre os modelos é a presença maior de médicos-residentes em MFC no modelo A que nos modelos B e C.

Nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os médicos, a insatisfação no relacionamento com a comunidade está bastante vinculada à violência presente em algumas comunidades. Além disso, a oferta de atividades de educação continuada, que, no questionário padronizado, é citada como existente por cerca de 60% dos profissionais médicos, foi criticada devida a sua baixa frequência. Este é um obstáculo a ser transposto, dada a pequena prevalência de médicos com especialização para trabalhar em APS. Estratégias de treinamento em serviço além da residência médica deverão ser incorporadas pela gestão a fim de buscar aumentar a qualidade dos serviços ofertados, como os já citados na seção “Recursos Humanos”.

**Tabela 7** - Medidas descritivas dos Escores (0-10) dos Atributos/Componentes da Atenção Primária à Saúde por modelo (A, B ou C) de serviço de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Atributo / Componente	Tipo	n	Escore Médio	Desvio-padrão	Escore Mínimo	Escore Máximo	Valor-p*
Acesso	A	256	5.2	0.1	1.9	9.3	
	B	116	5.1	0.1	0.7	9.6	
	C	61	4.2 <sup>&amp;</sup>	0.1	1.9	7.8	<0.001
Longitudinalidade	A	256	7.5	0.1	4.4	9.7	
	B	116	7.2	0.1	2.8	10.0	
	C	61	6.6 <sup>&amp;</sup>	0.2	1.8	9.7	<0.001
Coordenação do cuidado	A	256	7.4	0.1	1.9	10.0	
	B	116	7.4	0.1	2.9	10.0	
	C	61	7.7	0.2	5.2	10.0	0.302
Coordenação - Sistemas de informação	A	256	7.2	0.1	2.9	10.0	
	B	116	6.8	0.2	2.9	10.0	
	C	61	6.4 <sup>&amp;</sup>	0.2	2.9	10.0	0.001
Integralidade - Serviços Disponíveis	A	256	7.7	0.1	3.0	10.0	
	B	116	7.4 <sup>#</sup>	0.1	3.2	10.0	
	C	61	6.9 <sup>&amp;</sup>	0.2	4.2	9.8	<0.001
Integralidade - Serviços Prestados	A	256	8.3	0.1	2.8	10.0	
	B	116	7.8 <sup>#</sup>	0.1	3.8	10.0	
	C	61	7.5 <sup>&amp;</sup>	0.2	3.0	10.0	0.001
Orientação Familiar	A	256	7.9	0.1	0.7	10.0	
	B	116	7.3 <sup>#</sup>	0.2	1.9	10.0	
	C	61	6.0 <sup>&amp;</sup>	0.3	0.0	9.0	<0.001
Orientação Comunitária	A	256	7.6	0.1	1.0	10.0	
	B	116	7.0 <sup>#</sup>	0.2	0.7	10.0	
	C	61	6.3 <sup>&amp;</sup>	0.2	2.0	9.7	<0.001
Escore Essencial	A	256	7.6	0.1	5.1	9.4	
	B	116	7.3	0.1	5.0	9.5	
	C	61	7.0 <sup>&amp;</sup>	0.1	5.0	9.1	<0.001
Escore Geral	A	256	7.7	0.1	4.7	9.5	
	B	116	7.4 <sup>#</sup>	0.1	4.8	9.6	
	C	61	6.9 <sup>&amp;</sup>	0.1	4.1	8.8	<0.001

\* Associado à análise de variância

# Associado ao teste de comparação múltipla Tukey, considerando somente os tipos de unidade A e B,  $p < 0,05$

& Associado ao teste de comparação múltipla Tukey, considerando somente os tipos de unidade A e C,  $p < 0,05$

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

Os resultados apresentados na Tabela 7 mostram que, na experiência dos médicos que responderam ao PCATool-Brasil, os serviços de APS do modelo A tem maior orientação para APS em todos os atributos em comparação com o modelo C, à exceção do atributo “Coordenação do cuidado”, em que não há diferença. Na comparação com o modelo B, os médicos do modelo A referem maior orientação à APS nos atributos: “Integralidade-Serviços Disponíveis”, “Integralidade - Serviços Prestados”, “Orientação Familiar”, “Orientação Comunitária” e no “Escore Geral de APS”. Os médicos do modelo A obtiveram alto grau de orientação à APS em todos os atributos, menos um, assim como no Escore Essencial e Geral da APS. A exceção foi o atributo “Acesso”, em que nenhum modelo alcançou alto grau de orientação para APS, apesar da superioridade do modelo A em relação ao C. Na triangulação dos dados provenientes do PCATool-Brasil, da observação direta dos pesquisadores nas visitas às unidades de saúde e das entrevistas com médicos e pacientes, é patente o esforço crescente do modelo A, e em menor escala do B, em aumentar o acesso dos usuários às consultas. Os serviços de saúde do modelo A têm se organizado para ter sempre disponibilidade de consultas para a demanda espontânea, apesar do tamanho da população adscrita, o que se reflete na fala da maioria dos pacientes entrevistados. Estes pacientes do modelo A referem utilizar as UPAs apenas quando as Clínicas da Família estão fechadas. Isto é perceptível ao se visitar as Clínicas da Família e perceber a quantidade de pessoas dos mais variados perfis etários aguardando por suas consultas. No modelo B, a oferta de consultas de demanda espontânea é menos organizada devida à cobertura parcial do território por equipes de Saúde da Família, o que gera uma ainda maior desproporção médico/população. Já no modelo C, as pessoas referem imensa dificuldade em obter consultas por demanda espontânea, aliada à flagrante organização das ações do serviço dirigidas por programas ou por agendas restritas de tipos específicos de consultas, como saúde da criança ou definida pela especialidade do médico. Além disso, diversos avisos afixados nas paredes do serviço do modelo C visitado demonstram a restrição de horários para acesso a inúmeras ações, desde a marcação de consultas até a informação acerca das consultas referenciadas em espera. Os usuários entrevistados no modelo C expressam a insatisfação com a qualidade do trabalho dos profissionais e com a receptividade da equipe, excluindo das críticas a figura do(s) médico(s). Por sua vez, a entrevista do médico deixa transparecer que este faz o seu trabalho restrito ao

consultório, atendendo a agenda previamente marcada, mas sem responsabilização junto à equipe pela população do território. Há qualidade nas ações programáticas (DOTs para tuberculose, programa de hepatites virais, por exemplo) e no atendimento das agendas no modelo C, mas pouco espaço para outras ações dirigidas às necessidades espontâneas da população. No turno visitado, havia apenas um médico em atendimento, quando existem 21 médicos disponíveis para atendimento com cargas horárias individuais de cerca de 24h/semana.

O alcance de um adequado acesso de primeiro contato pelos serviços de APS no Brasil segue como um grande desafio, assim como o exercício da coordenação do cuidado. Os achados provenientes do baixo escore de acesso relatado pelos profissionais, mesmo com a superioridade do modelo A, é reforçado pelas entrevistas realizadas com pacientes, assim como as questões relacionadas à coordenação. Ambos os atributos “acesso” e “coordenação” são os mais difíceis de serem alcançados em sua plenitude, na opinião dos médicos entrevistados nas unidades de saúde. Muitos reclamaram do tamanho da população adscrita por equipe de Saúde da Família, superior a 4.000 pessoas em muitas delas, além da falta frequente de médicos em algumas equipes, o que traz sobrecarga para os outros.

Quanto à coordenação, os médicos entrevistados têm a mesma opinião de que este atributo representa um importante nó crítico, devido à baixa oferta de consultas para muitas especialidades, fazendo com que muitas consultas não consigam ser referenciadas. Entretanto, é impressão geral dos médicos que a Comissão Local de Regulação — auditoria local sobre encaminhamentos realizados — qualifica a lista de espera, ao retirar da fila encaminhamentos não adequados e com potencial para serem resolvidos na própria unidade de APS.

Gestante atendida em Unidade do modelo A referiu que todo cuidado pré-natal é realizado no serviço de APS, mas que, para outras necessidades de consulta, prefere a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), apesar de achar fácil marcar consulta e não ter de esperar muito pelo atendimento na unidade do modelo A. A mesma gestante referiu que tem acesso fácil aos profissionais que mais confia na Clínica da Família, mas que, quando a mesma está fechada, não tem como contatar o médico por telefone, tendo que recorrer à Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Essa afirmação foi reforçada por todos os demais entrevistados, e, também, pelo baixo escore alcançado por todas as perguntas do PCATool-Brasil que se

referem ao uso de telefone como meio de contato entre pacientes e médicos, segundo demonstra a Tabela 11.

Por outro lado, a mesma paciente gestante reforçou a qualidade do elenco de ações — “Integralidade”; a relação de confiança com a médica — “Longitudinalidade”; e a importância dada à família — “Orientação Familiar”. Outros pacientes do modelo A referiram utilizar a UPA apenas quando a Clínica da Família está fechada, diferentemente da gestante citada. Todos os pacientes entrevistados no modelo A reforçam o alto escore de Integralidade, Longitudinalidade e Orientação Familiar destacado pelos profissionais médicos por meio do PCATool-Brasil.

Quanto à coordenação do cuidado, é queixa de alguns pacientes entrevistados do modelo A a demora em receber os resultados dos exames complementares realizados na Clínica da Família, assim como a demora em conseguir alguns tipos de consultas com especialistas focais.

A queixa referente aos exames ocorreu na Unidade que tem laboratório próprio da prefeitura, com servidores municipais. Na Clínica da Família que utiliza laboratório conveniado, não houve nenhuma queixa quanto à demora em acessar resultados de exames complementares. Os médicos entrevistados tem opinião concordante — os laboratórios próprios da SMSDC-RJ têm inúmeros problemas, como a falta de kits para algumas análises, demora na entrega de resultados, além de alguma desorganização que leva à demora ou falha na entrega de resultados ou à própria execução de exames coletados.

Apesar da ênfase na confiança com os médicos, alguns pacientes do modelo A se queixaram da rotatividade. Esta queixa foi muito mais intensa no modelo B. A unidade do modelo B visitada havia sido reformada há pouco tempo, tendo evoluído do modelo C para o B. Esta mudança foi avaliada como muito positiva pelos pacientes, com melhora na qualidade do atendimento, apesar da alta rotatividade de profissionais. A demora em ser atendido ao chegar na unidade, assim como o acesso a consultas espontâneas permaneciam como pontos críticos.

Na unidade C visitada, o teor das entrevistas com pacientes foi muito diferente dos modelos A e B. Com exceção dos médicos, os demais profissionais da unidade foram muito criticados, assim como a organização da mesma. Parece ser adequada apenas para consultas programadas, enquanto que, para a demanda espontânea, havia muita reclamação, tanto para conseguir a consulta como na demora para ser atendido. Grandes fragilidades quanto à coordenação também

foram apontadas: pouco apoio para a marcação de consultas com especialistas focais, bem como pouco interesse no conteúdo e na qualidade da consulta com especialista já realizada. Tanto a farmácia como o laboratório foram muito criticados. Gestantes referiram que os exames de pré-natal não podem ser feitos na unidade, pois o tempo de espera pela coleta, e, principalmente, pelos resultados inviabiliza a sua utilização durante o pré-natal.

**Tabela 8** - Escores (0-10) médios dos atributos/componentes da Atenção Primária à Saúde por Especialidade entre os profissionais médicos dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Atributos / componentes	Especialidade Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família		Valor-p*
	Não (n = 332)	Sim <sup>#</sup> (n = 104)	
Acesso	5.0 (1.5)	5.3 (1.3)	0.065
Longitudinalidade	7.2 (1.4)	7.6 (1.3)	0.004
Integralidade - Serviços Disponíveis	7.4 (1.3)	7.8 (1.2)	0.013
Coordenação do Cuidado	7.6 (1.5)	7.3 (1.3)	0.028
Coordenação - Sistemas de informação	6.9 (1.7)	7.3 (1.5)	0.069
Integralidade - Serviços Prestados	7.9 (1.8)	8.4 (1.4)	0.016
Orientação Familiar	7.2 (2.1)	8.1 (1.8)	<0.001
Orientação Comunitária	7.2 (1.9)	7.6 (1.7)	0.039
Escore Essencial	7.3 (1.0)	7.6 (0.8)	0.019
Escore Geral	7.4 (1.1)	7.8 (0.9)	0.006

# Residência ou título em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou especialização em Saúde da Família (SF)

\* Associado ao teste Mann-Whitney

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

Quando os respondentes foram classificados como especialistas em APS (com especialização/residência em MFC ou Saúde da Família, Tabela 8) ou não, os médicos especialistas em APS obtiveram de forma estaticamente significativa escores mais altos em todos os atributos da APS, com exceção do atributo “Acesso” e “Coordenação - Sistemas de Informação”. O atributo “Coordenação – Sistemas de Informação” tem sistematicamente se mostrado semelhante nas diversas comparações entre ESF e UBS Tradicionais realizadas por meio do PCATool-Brasil em diferentes municípios brasileiros. A fragilidade de nossas redes integradas de serviços de saúde é a explicação óbvia para essa igualdade, ao impedirem que a APS possa realmente assumir o papel coordenador nas redes de atenção, abandonando o atual papel subserviente da mesma frente ao hospital e aos serviços especializados. Infelizmente, no Rio de Janeiro, isto ainda não é diferente, reforçado pela resistência dos serviços especializados cariocas em ofertarem à SMSDC-RJ,

com transparência, o total de vagas SUS para suas consultas, exames e internações. A regulação total da oferta de vagas para estes procedimentos destinados a munícipes do Rio de Janeiro pela SMSDC-RJ é essencial para organizar a rede de cuidados no Rio de Janeiro e para que a APS coordene e ordene a oferta de serviços especializados de acordo com as necessidades em saúde da população detectados nos serviços de APS.

Em consonância ao exposto acima, ao detalharmos as respostas dos médicos no âmbito dos itens do atributo “Coordenação do cuidado”, pode-se observar que os médicos especialistas em APS são mais críticos quanto à qualidade de informações (item E6) que recebem dos especialistas focais que os não-especialistas em APS, refletindo no pior escore de “Coordenação do cuidado” entre os especialistas em APS (Tabela 9).

**Tabela 9** - Escores (0-10) médios dos itens do atributo “Coordenação do cuidado” do PCATool-Brasil por tipo de especialidade entre os profissionais médicos dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Itens	Especialidade		Valor-p*
	Não (n=332)	Sim# (n=104)	
<i>Coordenação do cuidado</i>			
E1.O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes	8.2 (2.5)	8.1 (2.6)	0.826
E2.Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados	6.6 (2.8)	6.2 (2.8)	0.158
E3.Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos	7.3 (3.2)	7.3 (3.0)	0.479
E4.Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada	9.0 (1.9)	8.9 (1.7)	0.353
E5.Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado	9.5 (1.5)	9.7 (1.1)	0.550
E6.Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado	3.7 (3.2)	2.2 (2.4)	<0.001
E7.Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta	8.6 (2.1)	8.6 (2.0)	0.613

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

Semelhante à quase totalidade dos atributos, os médicos especialistas em APS obtiveram maiores Escores Essencial e Geral da APS. Ao controlarmos o efeito da especialidade médica com idade e modelo assistencial (Tabela 10), no entanto, apenas o modelo assistencial manteve significância estatística para contribuir para os Escores Essencial e Geral da APS. Nesse modelo multivariável, ser médico do modelo B e C, reduzia, em média, de 0,2 a 0,8 pontos os Escores Essencial e Geral

de APS. Assim, podemos afirmar que o modelo assistencial A tem efeito positivo e independente sobre o grau de orientação para APS.

**Tabela 10** - Análise multivariável para variáveis associadas ao Escore Essencial e ao Escore Geral de APS do PCATool-Brasil entre os profissionais médicos dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Variáveis	Escore Essencial		Escore Geral	
	B (IC 95%)	Valor-p	B (IC 95%)	Valor-p
Tipo unidade				
A		0		0
B	-0.18 (-0.38; 0,03)	0,087	-0.25 (-0.47; -0.03)	0.024
C	-0,52 (-0,80; -0,25)	<0.001	-0.82 (-1.12; -0.52)	<0.001
Idade (em 5 anos)	-0.01 (-0.04; 0.03)	0.713	-0.02 (-0.05; 0.03)	0.346
Especialidade				
Sim <sup>#</sup>	0.09 (-0.12; 0.30)	0.406	0.11 (-0.11; 0.34)	0.323
Não		0		0

# Residência ou título em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou especialização em Saúde da Família (SF)

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

Na Tabela 11, pode-se observar que os profissionais do modelo A alcançam escores superiores e mais significativos do ponto de vista estatístico que os profissionais dos modelos B e C na grande maioria dos itens. No atributo “Acesso”, de um total de 9 itens, o modelo A é estatisticamente superior em 4, com o modelo C alcançando superioridade em apenas 1 item, referente à abertura do serviço aos sábados ou domingos. Em relação ao atributo “Longitudinalidade” (13 itens), o modelo A é estatisticamente superior em 6.

No atributo “Coordenação do Cuidado” (7 itens), a igualdade em todos os itens entre os 3 modelos, à exceção do item sobre qualidade da contrarreferência do especialista para APS, que se mostra superior no modelo C, quiçá devido à maior presença de médicos especialistas dentro do próprio serviço de APS. Isto pode contribuir para a comunicação entre os médicos, mas reduz o poder de filtro da APS. Na outra dimensão do atributo coordenação “Coordenação - Sistema de Informação”, de um total de 8 itens, os profissionais do modelo A alcançaram escores superiores estaticamente em 3 itens.

No atributo “Integralidade - Serviços Disponíveis” (22 itens), o modelo A é superior em 12, com o modelo C sendo superior em 2 — aconselhamento nutricional e apoio da assistência social, o que também representa a configuração da equipe de saúde do modelo C, que conta com uma maior variedade de categorias e

especialidades profissionais. Em relação à “Integralidade - Serviços Prestados”, característico de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, dos 18 itens, o modelo A alcançou escores maiores, estatisticamente, em 12 itens.

Dos 14 itens do atributo “Orientação Familiar”, o modelo A é superior estatisticamente em todos eles. Em relação à “Orientação Comunitária”, com 23 itens, o modelo A é superior em 13, enquanto o modelo C é superior em 2 — uso de dados de notificação compulsória e de taxas de imunização, pelo mesmo motivo citado acima: presença de maior diversidade de categorias profissionais no modelo C, inclusive núcleos de vigilância em saúde.

**Tabela 11** - Escores (0-10) médios dos itens do PCATool-Brasil por modelo (A, B ou C) de serviço de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Itens	Tipo de unidade			Valor-p*
	A	B	C	
<i>Acesso de Primeiro Contato</i>				
C1.Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo	5.2	6.1	8.6 <sup>§</sup>	<0.001
C2.Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs	6.4	6.1	1.1 <sup>§</sup>	<0.001
C3.Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia	9.2	8.7	8.0 <sup>§</sup>	<0.001
C4.Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário	6.2	6.0	5.5	0.270
C5.Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem	3.1	3.1	1.3 <sup>§</sup>	<0.001
C6.Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia	1.6	1.7	1.1	0.244
C7.Quando seu serviço de saúde está fechado á noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite	1.3	1.5	0.8	0.053
C8.É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde	8.1	7.2 <sup>#</sup>	6.7 <sup>§</sup>	0.001
C9.Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeira (sem contar a triagem ou acolhimento)	6.1	5.8	5.08	0.110
<i>Longitudinalidade</i>				
D1.No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro	7.1	6.7	6.0 <sup>§</sup>	0.030
D2.Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem	9.3	9.2	9.5	0.332
D3.Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles	8.4	8.2	8.4	0.778
D4.Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor	5.2	4.6	3.0 <sup>§</sup>	<0.001
D5.Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas	8.9	8.8	8.3	0.062
D6.Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas	8.8	8.4	8.1 <sup>§</sup>	0.046
D7.Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que	8.2	7.4 <sup>#</sup>	6.8 <sup>§</sup>	0.001

**Tabela 11** - Escores (0-10) médios dos itens do PCATool-Brasil por modelo (A, B ou C) de serviço de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Itens	Tipo de unidade			Valor-p*
	A	B	C	
<i>somente como alguém com um problema de saúde</i>				
D8.Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes	5.8	4.8 <sup>#</sup>	3.3 <sup>§</sup>	<0.001
D9.Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende	8.1	8.0	7.1 <sup>§</sup>	0.016
D10.Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente	6.3	6.7	6.5	0.329
D11.Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente	5.8	5.8	5.2	0.359
D12.Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas	7.8	7.5	7.0	0.191
D13.Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando	7.2	7.5	7.4	0.328
<i>Coordenação do cuidado</i>				
E1.O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes	8.2	7.8	8.4	0.327
E2.Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados	6.7	6.0	6.7	0.239
E3.Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos	7.4	7.6	6.7	0.246
E4.Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada	8.9	8.9	9.3	0.384
E5.Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado	9.5	9.7	9.6	0.816
E6.Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado	2.9	3.6 <sup>#</sup>	4.9 <sup>§</sup>	<0.001
E7.Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta	8.6	8.6	8.6	0.996
<i>Coordenação Sistema de Informação</i>				
F1.Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (boletins atendimento de emergência ou relatório hospitalar)	9.1	8.7	8.9	0.345
F2.Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem	9.1	8.8	8.9	0.361
F3.Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende	8.7	9.0	9.1	0.143
F4.Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	6.6	6.2	5.7	0.223
F5.Guidelines/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4.8	4.3	3.7 <sup>§</sup>	0.040
F6.Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4.3	3.6	3.4	0.051
F7.Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	7.6	6.8	4.8 <sup>§</sup>	<0.001
F8.Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	8.7	8.2	6.9 <sup>§</sup>	<0.001
<i>Integralidade Serviços Disponíveis</i>				
G1.Aconselhamento nutricional	7.1	8.0 <sup>#</sup>	9.7 <sup>§</sup>	<0.001
G2.Imunizações	9.6	9.7	10	0.093
G3.Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social	8.7	9.3 <sup>#</sup>	9.3	0.014
G4.Avaliação da saúde bucal	9.4	9.5	9.1	0.640
G5.Tratamento dentário	9.0	9.2	8.7	0.497

**Tabela 11** - Escores (0-10) médios dos itens do PCATool-Brasil por modelo (A, B ou C) de serviço de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Itens	Tipo de unidade			Valor-p*
	A	B	C	
G6.Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	9.7	9.6	9.8	0.721
G7.Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	7.6	7.1	7.2	0.663
G8.Aconselhamento para problemas de saúde mental	8.0	8.3	7.8	0.296
G9.Sutura de um corte que necessite de pontos	7.3	5.9 <sup>#</sup>	3.3 <sup>&amp;</sup>	<0.001
G10.Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	9.8	9.5 <sup>#</sup>	9.8	0.017
G11.Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	5.0	4.7	5.4	0.517
G12.Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4.7	3.4 <sup>#</sup>	2.9 <sup>&amp;</sup>	<0.001
G13.Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)	2.3	2.3	1.1 <sup>&amp;</sup>	0.001
G14.Remoção de verrugas	4.9	4.2	3.8 <sup>&amp;</sup>	0.048
G15.Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau)	9.8	9.6	9.9	0.109
G16.Aconselhamento sobre como parar de fumar	9.2	9.1	9.8	0.053
G17.Cuidados pré-natais	9.9	9.8	9.6	0.503
G18.Remoção de unha encravada	6.0	4.0 <sup>#</sup>	3.2 <sup>&amp;</sup>	<0.001
G19.Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma)	7.6	6.2 <sup>#</sup>	4.4 <sup>&amp;</sup>	<0.001
G20.Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	8.9	8.1 <sup>#</sup>	6.7 <sup>&amp;</sup>	<0.001
G21.Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama	9	8.2 <sup>#</sup>	5.6 <sup>&amp;</sup>	<0.001
G22.Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)	6.5	6.5	5.2 <sup>&amp;</sup>	0.044
<i>Integralidade Serviços Prestados</i>				
H1.Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	9.5	9.1	9.1	0.026
H2.Segurança no lar (ex: como guardar medicamentos em segurança)	8.6	8.1	7.8	0.093
H3.Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	7.5	6.5 <sup>#</sup>	6.4 <sup>&amp;</sup>	0.006
H4.Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	8.7	8.0 <sup>#</sup>	6.2 <sup>&amp;</sup>	<0.001
H5.Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	9.6	9.2	8.2 <sup>&amp;</sup>	<0.001
H6.Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	9.9	9.6 <sup>#</sup>	9.6	0.003
H7.Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	9.9	9.6 <sup>#</sup>	9.5	0.004
H8.Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente	7.7	7.2	6.2 <sup>&amp;</sup>	0.007
H9.Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	3.6	3.3	1.7 <sup>&amp;</sup>	0.001
H10.Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente	7.3	6.1 <sup>#</sup>	4.5 <sup>&amp;</sup>	<0.001
H11.Como prevenir quedas	8.3	8.1	6.8 <sup>&amp;</sup>	0.003
H12.Prevenção de osteoporose em mulheres	8.8	8.9	7.7 <sup>&amp;</sup>	0.033
H13.Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	9.3	8.9	7.6 <sup>&amp;</sup>	0.004

**Tabela 11** - Escores (0-10) médios dos itens do PCATool-Brasil por modelo (A, B ou C) de serviço de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Itens	Tipo de unidade			Valor-p*
	A	B	C	
H14.Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	9.0	8.6	7.9	0.064
H15.Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	9.4	9.1	8.3 <sup>§</sup>	0.027
H16.Segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança nos carros	6.7	6.1	6.4	0.434
H17.Segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas	6.5	5.8	6.0	0.296
H18.Segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	8.8	8.7	8.4	0.839
<i>Orientação Familiar</i>				
I1.Você/alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente	8.2	7.8	5.9 <sup>§</sup>	<0.001
I2.Você/alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes	9.0	8.8	7.7 <sup>§</sup>	<0.001
I3.Você/alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir problema de saúde ou familiar	9.3	8.9	7.7 <sup>§</sup>	<0.001
I4.Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	5.3	4.4 <sup>#</sup>	2.6 <sup>§</sup>	<0.001
I5.Discussão sobre fatores de risco familiares (ex: genéticos)	7.8	7.5	6.3 <sup>§</sup>	0.004
I6.Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	7.3	6.5	5.5 <sup>§</sup>	<0.001
I7.Discussão sobre fatores de risco sociais (ex: perda de emprego)	7.8	6.7 <sup>#</sup>	5.5 <sup>§</sup>	<0.001
I8.Discussão sobre condições de vida (ex: refrigerador em condições de funcionamento)	7.0	6.0 <sup>#</sup>	4.7 <sup>§</sup>	<0.001
I9.Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	8.6	8.1	7.2 <sup>§</sup>	<0.001
I10.Discussão sobre as funções parentais	7.7	6.8 <sup>#</sup>	5.2 <sup>§</sup>	<0.001
I11.Avaliação de sinais de abuso infantil	8.7	7.9 <sup>#</sup>	7.0 <sup>§</sup>	<0.001
I12.Avaliação de sinais de crise familiar	8.2	7.4 <sup>#</sup>	5.8 <sup>§</sup>	<0.001
I13.Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	8.5	7.9	6.7 <sup>§</sup>	<0.001
I14.Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	7.8	7.2	5.7 <sup>§</sup>	<0.001
<i>Orientação Comunitária</i>				
J1.Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares	9.8	9.3 <sup>#</sup>	6.3 <sup>§</sup>	<0.001
J2.Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende	8.2	7.5	6.1	<0.001
J3.Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde	8.1	7.0 <sup>#</sup>	6.8 <sup>§</sup>	<0.001
J4.Seu serviço de saúde pode adaptar serviços/programas de saúde em resposta a problemas específicos da comunidade	8.3	7.7	6.9 <sup>§</sup>	<0.001
J5.Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	8.0	7.0 <sup>#</sup>	7.5	0.013
J6.Dados de doenças de notificação compulsória (ex: DSTs, TB)	8.9	8.5	9.2	0.027
J7.Taxas de imunização da comunidade	8.9	8.6	9.4	0.035
J8.Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	6.9	6.4	6.4	0.212
J9.Informações clínicas do próprio serviço (número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)	9.4	8.9 <sup>#</sup>	9.1	0.017

**Tabela 11** - Escores (0-10) médios dos itens do PCATool-Brasil por modelo (A, B ou C) de serviço de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Itens	Tipo de unidade			Valor-p*
	A	B	C	
J11.Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas	6.6	5.6 <sup>#</sup>	4.6 <sup>&amp;</sup>	<0.001
J12.Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer	6.7	5.8 <sup>#</sup>	4.1 <sup>&amp;</sup>	<0.001
J13.Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	6.5	5.9	5.8	0.100
J14.Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde	7.8	7.3	5.3 <sup>&amp;</sup>	<0.001
J15.Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	7.6	6.9	6.8	0.082
J16.Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	7.4	7.1	7.0	0.522
J17.Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	8.7	8.4	4.4 <sup>&amp;</sup>	<0.001
J18.Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)	6.5	6.2	5.6	0.194
J20.Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	5.5	4.7 <sup>#</sup>	5.0	0.048
J21.Vínculos com serviços/organizações religiosas	5.5	4.8	3.7 <sup>&amp;</sup>	0.001
J22.Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitários	7.5	6.1 <sup>#</sup>	6.2 <sup>&amp;</sup>	<0.001
J23.Agentes comunitários ou membros do conselho gestor/conselho distrital de saúde	7.5	6.8	6.9	0.222

\* Associado ao teste Kruskal Wallis

# Associado ao teste de comparação múltipla, considerando somente os tipos de unidade A e B,  $p < 0,05$

& Associado ao teste de comparação múltipla, considerando somente os tipos de unidade A e C,  $p < 0,05$

Fonte: PCATool-Brasil, 2013.

De um total de 114 itens do PCATool-Brasil, os profissionais do modelo A alcançam escores estatisticamente superiores que o modelo B e/ou C em 64 itens (56%), enquanto o modelo C em 6 itens (5,3%), e o modelo B não é superior ao A em nenhum item. Essa análise individual por itens demonstra a superioridade inequívoca do modelo A sobre os outros dois modelos em relação à sua orientação para APS, mas nos mostra, também, aspectos importantes nos quais o modelo A deve avançar. Os principais desafios do modelo A para alcançar uma maior orientação para APS são:

- a) facilitar o acesso por telefone dos usuários aos médicos, dentro e fora do horário de trabalho;
- b) criar mecanismos de coordenação assistencial que facilitem a comunicação entre os médicos da APS e os demais níveis de atenção;
- c) ter mais profissionais médicos ofertando procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;

- d) aumentar o uso de ferramentas de abordagem familiar sistematizadas;
- e) aumentar o uso de informações estatísticas e de dados do próprio serviço para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações ofertadas.

## 5 CONCLUSÕES

### 5.1 CONSOLIDAÇÃO DO MODELO

Não há dúvida de que foi realizada uma revolução na qualidade da APS do Rio de Janeiro em apenas quatro anos. Ao compararmos uma unidade tipo C com uma Clínica da Família parece que se abriu uma passagem no espaço-tempo, e saímos diretamente da década de 70 para o século XXI. E isto não é retórica. As unidades tipo C são pouco orientadas à APS e tem sua (des)organização muito rigidamente ligada às ações programáticas. As unidades tipo B são o meio-termo entre as unidades A e C.

Os resultados da análise multivariável do PCATool-Brasil versão profissionais mostram inequivocamente que as unidades do modelo A apresentam superior, independente e significativamente maior orientação para APS que as unidades do modelo B e C.

Entretanto, a proposta da SMSDC-RJ de apostar na qualidade da APS ainda não está consolidada. A cobertura de ESF na cidade está próxima de 40%, e alguns atributos, em especial, o acesso e a coordenação, ainda devem ser muito fortalecidos, assim como a longitudinalidade, pela incipiência temporal da reforma e pela rotatividade de profissionais médicos.

A estrutura física das Clínicas da Família é excelente, assim como a quantidade e qualidade de seus insumos. Deve-se estar atento para que a maior utilização das Clínicas pela população não torne o espaço físico insuficiente, assim como devem ser empregados esforços de manutenção para que a qualidade, ambiência e beleza das mesmas se mantenham. O grande risco para a consolidação do modelo é a falta de recursos humanos de qualidade e bem preparados para trabalhar em APS, em especial de médicos. Quanto ao processo de atenção, as Clínicas da Família que contam com residência médica parecem ter alcançado a qualidade almejada e esta parece ser a melhor aposta para formar e fixar bons profissionais.

## 5.2 IMPACTO SOBRE MELHORIAS NO PROCESSO DE ATENÇÃO

Os dados apresentados mostram que houve progresso importante na ESF, com oferta e utilização adequadas de consultas espontâneas e programadas, com avanços na longitudinalidade, integralidade e orientação familiar. A “Carteira de Serviços” mostrou o norte a ser seguido, mas todas as equipes devem seguir as equipes pioneiras que já estão próximas de alcançar seu objetivo: ofertar e possibilitar à população a utilização de todas as ações desta “Carteira”.

## 5.3 IMPACTO SOBRE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS E SEU PAPEL NA SUSTENTABILIDADE

O fato de as Clínicas da Família representarem a primeira solicitação junto ao Orçamento Participativo, bem como de serem muito solicitadas nas conferências distritais de Saúde, atesta a satisfação da população com o modelo. Esses dados são reforçados pelos dados da Ouvidoria, em que o maior problema ainda é regulação e a oferta de consultas/procedimentos especializados, enquanto na lista de elogios a estrutura física das Clínicas da Família ocupa um dos primeiros lugares.

Entretanto, a opinião da população ainda é contraditória, pois se ressentem da falta de atendimento direto por especialistas quando tem seu serviço transformado em ESF. Da mesma forma, há baixa aceitação pelos atendimentos com enfermeiras. O avanço da qualidade do modelo A pode superar esses posicionamentos, ao se atingir maior oferta da “Carteira de Serviços”, maior variabilidade diagnóstica nas consultas médicas, aliadas à resolutividade e diminuição da sobrecarga do médico, com incorporação do trabalho da enfermeira orientado fortemente por protocolos clínicos.

Em relação aos profissionais, a situação é nitidamente dicotômica. Os profissionais das OSs, ligados a ESF, estão satisfeitos e confiantes no modelo adotado. Os servidores municipais, ligados aos modelos B e C, estão desconfiados, com algum ressentimento baseado em um sentimento de exclusão do processo de mudança.

#### 5.4 IMPACTO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO

A metodologia adotada neste estudo de caso e o pequeno tempo da reforma ainda não permitem afirmar que a reforma da APS tenha incidido sobre a saúde da população. Mas o aumento da detecção de casos de sífilis em gestantes em relação ao número de casos de sífilis congênita pode ser um indicativo desse impacto. Outros estudos devem ser realizados a fim de identificar potencial impacto sobre desfechos das Clínicas da Família sobre a saúde da população.

#### 5.5 SUSTENTABILIDADE POLÍTICA E FINANCEIRA

Financeiramente, há certa segurança de continuidade pela impossibilidade de reduzir orçamento do ano anterior, aliado à alta taxa de execução da Subsecretaria de Atenção Primária, que chega próxima a 100%.

Politicamente, há grande aceitação da reforma da APS na direção do modelo A junto ao Gabinete do Prefeito, na Câmara de Vereadores, inclusive com emendas parlamentares para criação de Clínicas da Família, assim como junto ao Conselho Municipal de Saúde.

## 6 RECOMENDAÇÕES

- a) Radicalizar o processo de reforma em direção às Clínicas da Família.
- b) Intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas Clínicas da Família. Extinguir unidades do modelo C e evitar aumento de unidades do modelo B.
- c) Diminuir progressivamente território das unidades dos modelos B e C, com criação contígua de unidades do modelo A, transferindo médicos especialistas das unidades B e C para Policlínicas, oferecendo melhorias no seu processo de trabalho, aliado a papel de matriciamento. As Policlínicas devem ter todas as suas consultas ofertadas no SISREG, sem oferta de consultas para especialidades básicas com acesso direto da população.
- d) Manter incentivo à inovação em APS, aumentando escopo de ações e apropriação tecnológica na ESF.
- e) Fortalecer adesão à “Carteira de Serviços”; monitorar adesão à “Carteira” por equipe de Saúde da Família; e monitorar a produção dessas ações quantitativamente.
- f) Manter e reforçar iniciativas de educação continuada e captação de bons profissionais, especialmente os médicos de família e comunidade.
- g) Valorizar o papel da enfermeira, para otimizar em número o atendimento da população adscrita, inclusive na agenda de crônicos.
- h) Obter transparência no quantitativo total de oferta de consultas/procedimentos especializados junto aos hospitais, alocando todo o conjunto de oferta direcionado ao Rio de Janeiro no SISREG. Criar incentivos financeiros de melhor pagamento das consultas/procedimentos especializados mais necessários identificados via SISREG aos hospitais que abrirem toda a sua oferta ao SISREG.
- i) Criar mecanismos de coordenação assistencial, aliados a mecanismos de pagamento por desempenho aos hospitais que aderirem a um processo de trabalho coordenado pela APS, a fim de reforçar o papel coordenador e ordenador da APS.

- j) Integrar prontuário eletrônico da APS aos sistemas de informação de segundo e terceiro nível assistencial, e ao SISREG.
- k) Incorporar, com maior intensidade, indicadores de monitoramento no dia a dia da gestão da Unidade; principalmente, dados sobre nº consulta médica/médico/dia, variabilidade diagnóstica, taxas de encaminhamentos e de solicitação de exames. Isso provavelmente implicará na exigência de se realizar melhorias nos sistemas de informação originados dos prontuários eletrônicos, bem como em maior capacitação dos profissionais a fim de qualificar seus registros.
- l) Fortalecer comissão de regulação local e sistema de pagamento por desempenho, com incorporação de uso de indicadores e protocolos clínicos que aumentem a qualidade assistencial.
- m) Ampliar escopo do 'Protocolo para o Regulador', incluindo os exames (mamografia e ecografias, por exemplo) e especialidades mais solicitadas.
- n) Incorporar aos indicadores de desempenho algumas prioridades em saúde, como sífilis congênita, saúde mental e cobertura de mamografias.
- o) Garantir legalmente o papel executor das OSs, e reforçar ainda mais o papel gestor da SMSDC-RJ, com manutenção da contratação de profissionais para o modelo A por meio da CLT.

## **MENSAGEM FINAL**

Parabéns aos gestores e profissionais ligados às Clínicas da Família, por sua visão, capacidade de trabalho e dedicação ao fortalecimento de uma Atenção Primária à Saúde de qualidade no Brasil!

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.
- BEZERRA FILHO, J. G. et al. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, maio 2007.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 1 fev. 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. IBGE. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 1 fev. 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil**. Brasília, DF, 2010c.
- CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social science & medicine** (1982), v. 51, n. 11, p. 1611-1625, dez. 2000.
- CARMO, C. C.; LUIZ, R. R. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 661-667, ago. 2011.
- CARSON, David; CLAY, Henry; STERN, Rick. **Urgent Care: a practical guide to transforming same-day care in general practice**. Lewes: Primary Care Foundation, 2009.
- CASTRO, I. R. et al. Time trend in breast-feeding in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 1021-1029, dez. 2009.
- CHOMATAS, E. R.; VIGO, A.; HARZHEIM, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de**

**Curitiba, no ano de 2008.** 95 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

DATASUS. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 1 fev. 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 425-437, 2012.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s159-s172, jan. 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, set. 2006.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. Risk factors for fetal mortality in a public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil: a case-control study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 240-252, fev. 2010.

GIOVANELLA, L. et al. **Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

KALE, P. L.; COSTA, A. J. Maternal deaths in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2003. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 27, n. 6, p. 794-801, dez. 2009.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LEAL, M. do C. et al. Factors associated with perinatal morbidity and mortality in a sample of public and private maternity centers in the City of Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S20-S33, 2004.

LOBATO, G. et al. Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. **Arch Womens Ment Health**, v.14, n. 3, p. 187-193, jun. 2011.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social science & medicine** (1982), v. 65, n. 10, p. 2070-2080, nov. 2007.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MARINS, V. M. et al. The association between socioeconomic indicators and cardiovascular disease risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Biosocial Science**, v. 39, n. 2, p. 221-229, mar. 2007.

MAZMANIAN, P. E.; DAVIS, D. A. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner: Guide to the evidence. **JAMA**, v. 288, n. 9, p. 1057-1060, 2002.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

OLIVEIRA, M.M.C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Porto Alegre**: uma comparação entre os diferentes serviços. 118 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Redes Integradas de Servicios de Salud. 2008.

PEREIRA, R. S. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, dez. 2010.

PERISSE, G.; MEDRONHO, R. A.; ESCOSTEGUY, C. C. Urban space and mortality from ischemic heart disease in the elderly in Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 4, p. 463-471, abr. 2010.

PICCINI, R. X. et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 1, p. 75-82, mar. 2007.

REZENDE, M. C. et al. Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 2, p. 75-81, fev. 2009.

SPAS. IBM SPSS statistics version 18. Predictive analytics software and solutions. Westlands Road, Quarry Bay, Hong Kong.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

SURVEYMONKEY EUROPE SARL. Luxemburgo/Europe, 2012. [Ferramenta de questionário com base na web].

SZWARCWALD, C. L.; ANDRADE, C. L., BASTOS, F. I. Income inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil. **Soc. Sci. Med.**, v. 55, n. 12, p. 2083-2092, dez. 2002.

SZWARCWALD, C. L. et al. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: Lower healthy life expectancy in socio-economical disadvantaged areas. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 3, p. 517-523, mar. 2011.

TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no Município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, p. 467-470, 2011.

THOMAS L. H. et al. Guidelines in professions allied to medicine. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, Art. No.: CD000349, 1999.

VETTORE, M. V. et al. Prenatal care and management of hypertension in pregnant women in the public healthcare system in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, maio 2011.

VITÓRIA, Ângela Moreira. **Avaliação da Estrutura e dos Processos da Atenção Primária à Saúde em Chapecó/SC**: um estudo de adequação. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.