



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



***“A expansão da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro  
2009-2012: estudo de caso na Área Programática 5.3”***

*por*

***Reniani Vargas Lami de Jesus***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade  
Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elyne Montenegro Engstrom*

*Rio de Janeiro, outubro de 2013.*

*Esta dissertação, intitulada*

- 1**     ***“A expansão da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012: estudo de caso na Área Programática 5.3”***

*apresentada por*

***Reniani Vargas Lami de Jesus***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

**2**     Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elyne Montenegro Engstrom – Orientadora

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

J58 Jesus, Reniani Vargas Lami de  
A expansão da estratégia saúde da família na cidade do Rio de Janeiro 2009-2012: estudo de caso na área programática 5.3. / Reniani Vargas Lami de Jesus. -- 2013.  
92 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Engstrom, Elyne Montenegro  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde da Família. 2. Estratégias. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5. Diagnóstico da Situação de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

Dedico a meu pai,  
Rubens Lami Filho,  
*“in memoriam”*.

## MEUS AGRADECIMENTOS:

A Deus, pelo caminho percorrido, com inúmeros desafios, mas com ajuda, força, coragem e persistência.

À minha mãe e meu marido, que me apoiaram, cuidaram de mim e dos meus filhos e resolveram problemas diários.

Aos meus filhos, Chrystian e Rafael, que entenderam as minhas ausências, por trabalho ou estudo. Que todo o meu esforço seja para eles um exemplo de conquista.

Aos colegas do curso de mestrado, em especial aos meus amigos Domingos, Juliana, Danielle e Gislane.

À minha orientadora, Elyne Engstrom, que me fez acreditar ser capaz, tendo sempre uma palavra de sabedoria ao longo do curso.

Aos meus professores Valéria Romano e Carlos Eduardo Aguilera, que compartilharam momentos difíceis, e sempre me motivaram a seguir em frente.

À coordenadora da AP 5.3, Leila Marino, e a Marcello Barbosa, que aceitaram minha proposta, e sempre me apoiaram, disponíveis em qualquer situação que eu precisasse.

Às minhas colegas de trabalho Priscila Gonçalves, Priscilla Lopes e Beatriz, que me apoiaram e me substituíram nas minhas tarefas e ausência da unidade.

Aos profissionais que trabalham comigo, Cláudia Cunha, Alba Fabiana, Ander, Fábio Infante, Edir, Nany e Nely, que aguentaram meus dias nublados e me ajudaram no que podiam para que eu pudesse avançar nesta pesquisa.

Ao amigo Ednardo Gadelha, que me ajudou com seu saber para que eu pudesse evoluir.

*"É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta."*

MONTAIGNE

## RESUMO

No momento em que se discute a expansão da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil e na cidade do Rio, a avaliação do modelo centrado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como protagonista do acesso e qualidade dos serviços ganha importância. Adota-se como hipótese que o Programa Saúde Presente/Rio tenha provocado mudanças no sentido da reorientação do modelo na atenção básica à Saúde na Área Programática 5.3. Houve modificações nas condições de estrutura e processos (de gestão, de organização do trabalho, de logística), alcançando-se alguns resultados de curto/médio prazo na atenção à população, considerando os referenciais teóricos sobre pilares da qualidade dos serviços de saúde propostos por Donabedian (1966). O objetivo foi descrever os aspectos da expansão à luz dos relatórios gerenciais e documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, identificando fortalezas e fragilidades nesse processo. Os resultados foram sistematizados considerando as dimensões das mudanças ocorridas na estrutura, nos processos e em alguns resultados selecionados. Quanto à estrutura, verificou-se a ampliação das unidades e quantidade de equipes de Saúde da Família. Atualmente são 26 unidades (apenas uma não dispõe de equipes), atingindo 97% da população com atendimento pelo Saúde da Família. Em relação aos processos, investiu-se em capacitações, implantação da Carteira de Serviços, Protocolo de Enfermagem, Prontuário Eletrônico e Academia Carioca, conseqüentemente ampliando-se o acesso aos serviços, com elevação dos procedimentos e da cobertura vacinal, e a participação mais ativa das lideranças locais. Ressalta-se que ainda há fragilidades, como a articulação das Redes de Atenção à Saúde, porém todo esse processo é contínuo e vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Básica, na perspectiva da integralidade, coordenação do cuidado e superação de paradigmas no campo da saúde, possibilitando uma mudança na concepção do processo saúde-doença. Assim, está-se trilhando caminhos rumo a uma concepção mais ampla de saúde, permitindo inovar e atingir uma qualidade, que evolui a cada dia.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde ; Avaliação em Saúde; Diagnóstico de Saúde.

## ABSTRACT

At the time the expansion of the Primary Health Care (PHC in Brazil and in Rio) is being debated, the evaluation model based on Health Strategy (FHS) earns importance as protagonist of access and quality of services. We took into account the hypothesis that the Saúde Presente/Rio Program has caused changes in the reorientation of primary care in the Health Program Area 5.3. There were changes in the conditions of structure and processes of management, work organization, and logistics, achieving some medium and long term results concerning to rendering of services to community, considering the theoretical background in the light of the quality of the health care service proposed by Donabedian (1966). Our intent was to describe the expansion aspects in the light of the management reports and official documents of the Rio de Janeiro Municipal Health Office trying to identify the strengths and weaknesses in this process. The results were systemized taking account the scale of the changes verified in the structure, in the process and in some selected results. Concerning to the infrastructure, it was observed an expansion of the health care units and an increase in the family health teams. Currently there are 26 units (just one of them doesn't have teams) covering 97% of the population registered in the Family Health Program. Regarding to the processes, it was invested in professional qualification, implementation of portfolio of services, nursing protocol, electronic medical records and Academia Carioca, resulting in the expansion of the access to the services, with an increase of the medical procedures and the vaccination coverage, along with the participation of the local leaderships. There is still some weaknesses especially with respect to the articulation of the Redes de Atenção à Saúde (Health Care Service Network), nevertheless this is a continuous process that meets the expectations of the National Policy of Basic Health Care (Política Nacional de Atenção Básica), from the perspective of the completeness and coordination of the health care, thus enabling a changing in the way of understanding the health-disease process. So we are heading in the direction of a broaden concept of health, allowing innovation and the achievement of a quality that evolves continually.

**Keywords:** Family Health Strategy, Primary Health Care, Health Evaluation, Health Diagnostics.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro em número e proporção. ....	17
Gráfico 2 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal Modalidades I e II implantadas na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.....	18
Gráfico 3 – Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil. ....	31
Gráfico 4 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal Modalidades I e II implantadas na Estratégia Saúde da Família no Brasil. ....	31
Gráfico 5 – Pirâmide Etária AP 5.3.....	45
Gráfico 6 – Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas na Estratégia Saúde da Família na AP 5.3. ....	48
Gráfico 7 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família na AP 5.3.....	49
Gráfico 8 – Expansão da Estratégia de Saúde da Família – 2009/2012. ....	49
Gráfico 9 – Perfil das Unidades em 2011 .....	52
Gráfico 10 – Perfil das Unidades da AP 5.3 2012 .....	53
Gráfico 11 – Distribuição de Médicos UAP, por natureza do vínculo, AP 5.3, 2012 .....	55
Gráfico 12 – Distribuição de Médicos UAP, por natureza do vínculo, AP 5.3, 2012 .....	55
Gráfico 13 – Informatização 2012 .....	57
Gráfico 14 – Evolução consulta de pré-natal e coleta de colpocitológico .....	68
Gráfico 15 – Cobertura vacinal em 2012.....	68
Gráfico 16 – Comparativo entre o número de consultas médicas previstas e realizadas, por tipo de atendimento médico, AP. 5.3 – 2012. ....	69

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Município do Rio de Janeiro – Áreas de Planejamento da Saúde. ....	34
Figura 2 – Mapa inicial da construção do TEIAS.....	50
Figura 3 – Unidades divididas no território da AP 5.3 .....	50
Figura 4 – Linha do tempo .....	51
Figura 5 – Fragilidades e fortalezas: Matriz SWOT/ Comparação com dimensões da PNAB .....	72
Figura 6 – Sistematização por categorização dos relatórios de gestão, observação e prática .....	72

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos Bairros da Área Programática 5.3.....	46
Tabela 2 – Lotação de Recursos Humanos em 2009, 2010, 2011 e 2012.....	54
Tabela 3 – Execução Orçamentária – 2009, 2010, 2011, 2012. ....	59
Tabela 4 – Avaliação de indicadores.....	66
Tabela 5 – Indicadores monitorados pela Casa Civil .....	66
Tabela 6 – Evolução dos procedimentos realizados – AP. 5.3 – 2009/2012.....	70

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Matriz SWOT 2011 – AP 5.3 .....	61
<b>Quadro 2</b> – Matriz SWOT 2012 .....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Dados da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OSS	Organização Social em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PS	Posto de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	20
2.1	Atenção à Saúde: um recorte internacional.....	25
2.2	A Estratégia Saúde da Família no âmbito do Brasil.....	29
2.3	A Atenção Primária no Rio de Janeiro.....	32
3	OBJETIVOS.....	39
3.1	Objetivo Geral.....	39
3.2	Objetivos Específicos:.....	39
4	METODOLOGIA.....	40
4.1	Variáveis e indicadores estudados.....	42
4.2	Cenário do estudo.....	44
5	RESULTADOS.....	47
5.1	Estrutura.....	47
5.1.1	Ampliação das unidades, distribuição espacial e cadastramento.....	47
5.1.2	Tipo de Unidade segundo modelo predominante.....	52
5.1.3	Recursos humanos.....	53
5.1.4	Implantação de tecnologias de informação.....	56
5.1.5	Recursos Orçamentários.....	59
5.2	Processos.....	60
5.3	Resultados da APS segundo indicadores selecionados.....	65
6	DISCUSSÃO.....	76
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	85
	ANEXO.....	90

### 3 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, já é consenso que os Sistemas Nacionais de Saúde devem basear-se na Atenção Primária. (STARFIELD, 2002). A Atenção Primária em Saúde, em sua função de coordenadora do cuidado, deve contribuir para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma a possibilitar e favorecer o acesso da população em todos os níveis de assistência.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelagem de base e prioritária na expansão e consolidação da atenção básica. Em uma perspectiva da integralidade, a ESF apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, possibilitando mudança na concepção do processo saúde-doença. Assim, para além do modelo de atenção primária tradicional, fragmentado, centrado em programas, na oferta de serviços curativos e voltados para a doença, a nova abordagem, com concepção mais ampla de saúde, permite incorporar ações de promoção da saúde, que considerem as condições de vida, a prática da vigilância à saúde. (ARAÚJO, 1999).

Dessa forma, a “Saúde da Família” deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário; ofertar o mais amplo possível escopo de ações visando à atenção integral e ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no seu curso pelos diversos serviços da rede. A atenção básica incorpora, assim, os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: a universalização, a descentralização, a integralidade das ações e a participação da comunidade.

A ESF é desenvolvida na forma do trabalho em equipe, com territórios definidos, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democrática e participativa, em que se assume a responsabilidade sanitária por uma dada área onde vivem as populações. A atenção está centrada na família, compreendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, possibilitando às equipes de Saúde da Família compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções, que vão além de práticas curativas. (BRASIL, 1999).

Uma APS integral, que garanta acesso e qualidade, é de grande complexidade. Nesse modelo, aplicam-se as tecnologias mais complexas; é preciso que haja o funcionamento das redes de atenção. Segundo Mendes (2011), a Rede

de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si numa missão única, por objetivos comuns e por uma ação independente, cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção”.

Historicamente, o Município do Rio de Janeiro era das capitais com menor cobertura da ESF, embora houvesse a multiplicidade de equipamentos de saúde, pouco ordenados, consistindo de unidades de atenção básica tradicional, policlínicas, ambulatórios, hospitais. Em 2009, uma nova gestão municipal estabelece a ampliação da ESF como prioridade; foram então instituídos eixos estratégicos para a reordenação da atenção à saúde no Plano Municipal de Saúde (2010-2013) e no Plano Plurianual (2010-2013).

De acordo com o estabelecido na Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, o Plano Municipal de Saúde é obrigatório perante a legislação, que o exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS 01/96. Segundo esta norma, o município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde. (SMSDC, 2009).

O Plano Plurianual – PPA (2009) é o instrumento de gestão orçamentária de que dispõe o governante para, com base nas propostas que o elegeram, planejar as ações que julgar necessárias e viáveis. O art. 165 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e o art. 209 da Constituição Estadual (RIO DE JANEIRO, 1989) conferem ao PPA papel central no processo de planejamento institucional dos entes da federação brasileira, papel este reforçado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, que destaca a ação planejada de governo e a cogente compatibilização do orçamento com o instrumento de planejamento.

Sendo assim, o PPA 2010-2013 do Município do Rio de Janeiro tinha como objetivo priorizar recursos para o planejamento, o avanço e a recuperação do sistema de saúde. O foco principal da proposta era ampliar a assistência dos programas de atenção básica, a partir da ESF. Além disso, havia a preocupação com a garantia de acesso à Atenção Primária, direcionando o processo de expansão a partir dos seguintes parâmetros e diretrizes:



Promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes;

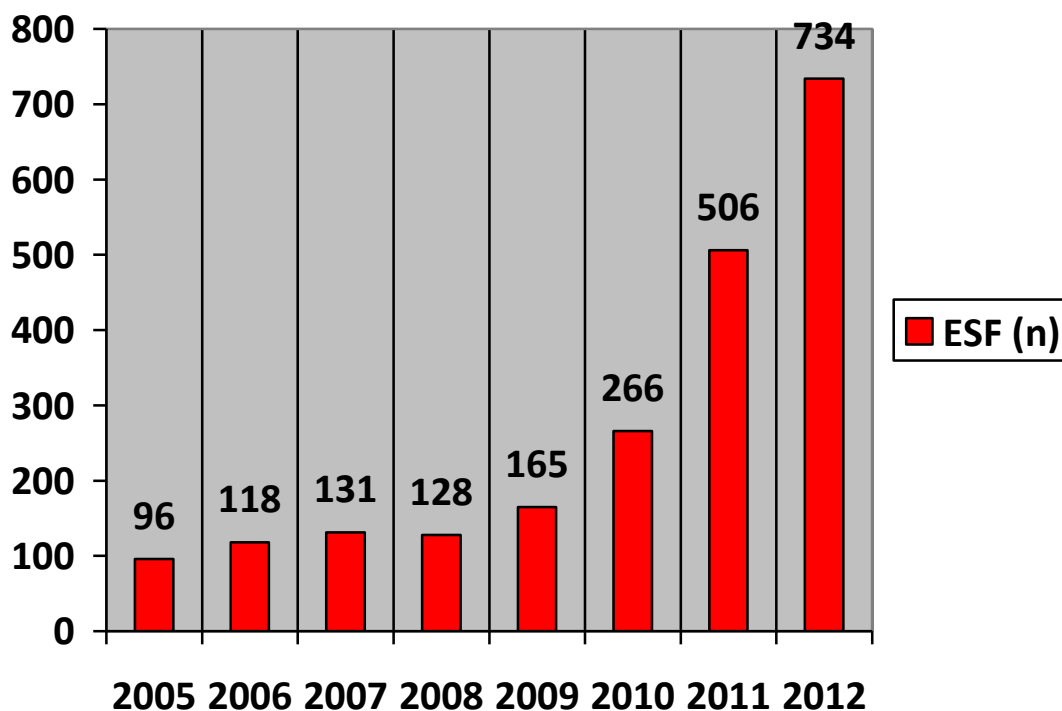
Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde;

Fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão municipal;

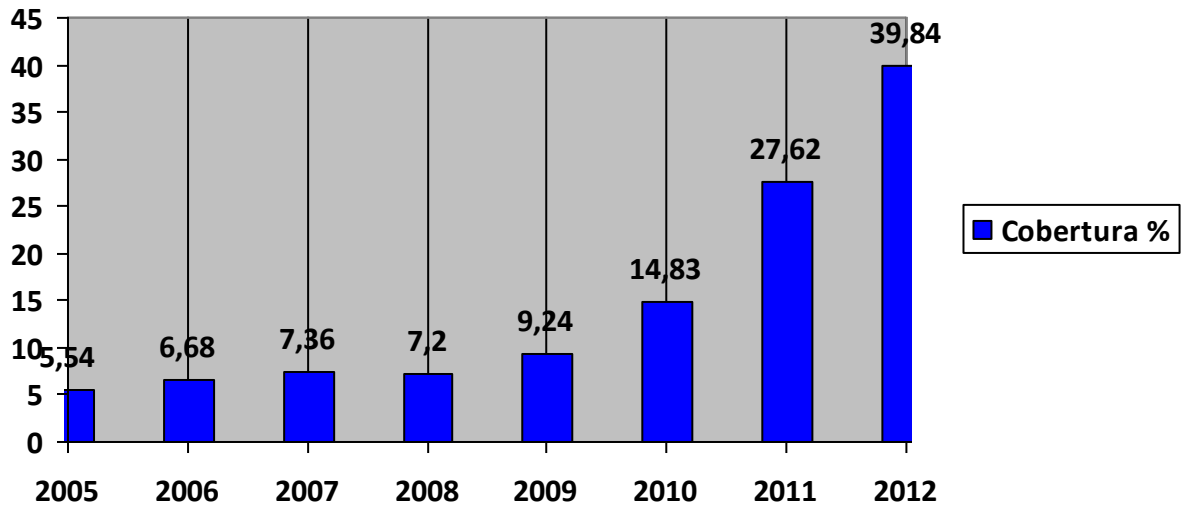
Educação e gestão participativas e Gestão do trabalho. (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2009).

Portanto, de acordo com os dados do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (MS/DAB), a partir das diretrizes acima, a cidade do Rio de Janeiro ampliou sua cobertura na Saúde da Família (Gráf. 1) de 7,20% (Dez/2008) para 39,84% (Dez/2012), gerando grande transformação em toda a rede de atenção à saúde.

**Gráfico 1A** – Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro em Números.

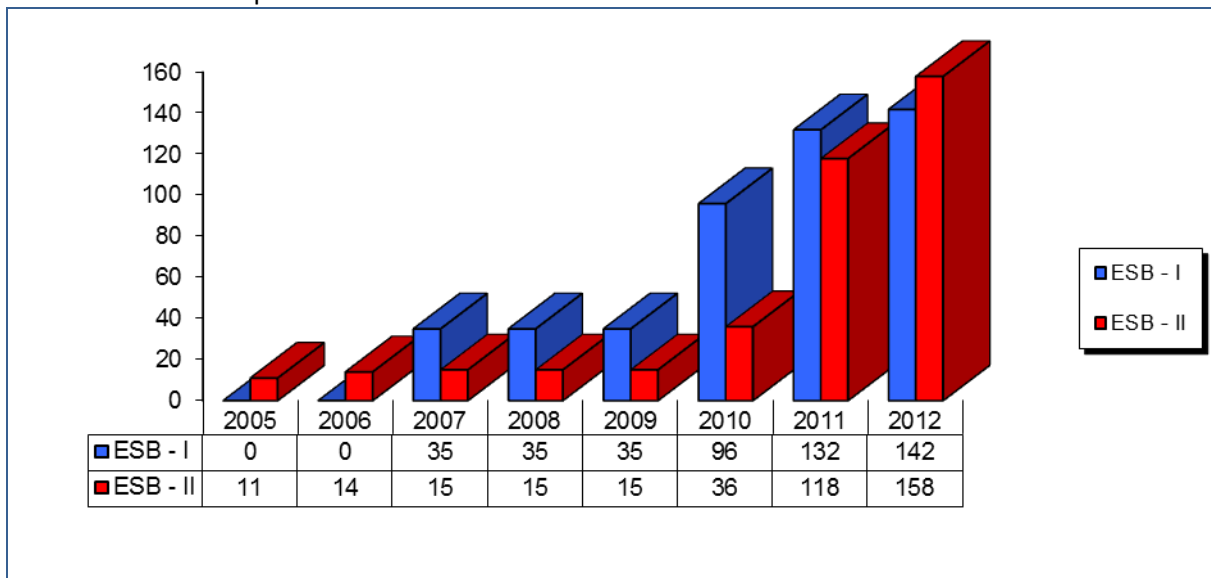


**Gráfico 2B** – Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro em proporção.



Fonte: MS/SAS/DAB/ e IBGE, 2012 ref. Dez.

**Gráfico 3** – Evolução das Equipes de Saúde Bucal Modalidades I e II implantadas na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.



Fonte: MS/SAS/DAB/ e IBGE, 2012 ref. Dez.

Considerando a rápida expansão de um novo modelo de atenção, centrado na saúde da família, denominado pelos gestores de “Reforma da Atenção Primária no Rio de Janeiro”, de novo modelo de gestão adotado (com as Organizações Sociais em Saúde – OSS) e os grandes desafios da expansão da saúde da família em grandes centros urbanos, conforme evidenciado por Giovanella et al (2010), justifica-se o estudo desse momento singular da trajetória da ESF na cidade do Rio.

Sendo assim, o presente estudo de caso, abordando a experiência de expansão da APS em uma área da cidade do Rio (AP 5.3), tem como objetivo descrever esse cenário no que se refere à transição do modelo tradicional de APS para a saúde da família, identificando condições que facilitaram e dificultaram a expansão da ESF nesse curto período de tempo.

Como havia uma farta documentação produzida pelos serviços e gestores (relatórios de gestão da coordenação da área 5.3, indicadores de saúde apresentados em páginas eletrônicas da SMS do Rio e do MS), esses dados secundários foram sistematizados, compondo a fonte de informação do estudo.

A identificação da pesquisadora com o tema deve-se a sua atuação como trabalhadora e gestora de uma das unidades básicas de saúde da área, desde setembro de 2012, tendo vivenciado os desafios dessa mudança de modelo de atenção e gestão em saúde na cidade do Rio de Janeiro.

#### 4 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde busca garantir o direito constitucional de saúde a todos os cidadãos brasileiros. Uma das principais estratégias para isto tem sido a consolidação da Estratégia Saúde da Família, ponto de Atenção com capilaridade suficiente para possibilitar acesso à Rede de Atenção e Saúde para seus usuários. (PNAB, 2012).

Mattos e Cecílio (2001) descrevem a importância do trabalho na Estratégia Saúde da Família, ressaltada, especialmente, pelo aspecto da integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 1990 e, sobretudo neste início de século, como importante estratégia para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil: a Saúde da Família.

No que diz respeito aos marcos conceituais do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde, a história recente da Saúde Pública brasileira tem sido descrita com o movimento da reforma sanitária, cujo marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nela foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados na Política Nacional de Saúde, aprovados na Constituição de 1988. Assim, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todo o cidadão e dever do Estado. Demarca-se, legalmente, um novo modelo de atenção à saúde, em substituição ao existente. (SCHERER, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) implantado a partir da Constituição Federal de 1988 é fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde. Nesse sentido, surgiu como um novo paradigma na atenção à saúde, que abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País. (SCHERER, 2005).

A Organização Mundial de Saúde discute, há algumas décadas, a mudança de enfoque a respeito da conceituação de saúde, sendo não apenas a ausência de doença, mas o completo bem-estar físico, mental e social. Tal ideia de saúde levou-nos a pensar na manutenção de um estado ótimo, que sintetiza a sensação de bem-estar. Saúde, então, deixa de ter a interpretação de ausência de doença, sendo equivalente a um bem-estar mais amplo. Conseqüentemente, a intervenção e a assistência à saúde não podem mais se limitar aos ambientes hospitalares, havendo

a necessidade de ampliação dos campos de atuação, além da articulação com outros setores sociais e a inserção de outros profissionais para o alcance da promoção da saúde. Todavia, tal conceito remete a uma concepção estática, uma vez que saúde apresenta a equivalência de bem-estar de uma forma imprecisa. (FARIA, 2000 e PAIM, 1999).

Tem-se apontado a atenção básica como estratégica para a reorganização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde, posição que também se adota no Brasil. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2010). Para tanto, a ação de equipes de saúde da família em um território com uma população referida deveria ser capaz de enfrentar necessidades de saúde expressas na forma de demandas aos serviços (induzindo gradualmente o sentido organizativo no fluxo assistencial), bem como produzir intervenções nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as ideias produtivas das doenças e dos agravos. (BRASIL, 2010).

Alguns países têm-se empenhado em promover mudanças nos seus sistemas de saúde, visando a uma maior eficiência e equidade dos serviços, porém ainda persistem alguns problemas de planificação e reformas desses sistemas no mundo. Hoje sabemos que, sem uma orientação clara e uma governação firme, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos através de cuidados de saúde primários, tal como articulado na Declaração de Alma-Ata. Os sistemas de saúde estão a desenvolver-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social e são pouco eficientes na consecução de melhores resultados em saúde. (OMS, 2008)

As três tendências mais preocupantes, podem ser caracterizadas da seguinte forma: sistemas de saúde centrados, de forma desproporcionada, numa oferta limitada de cuidados curativos especializados; sistemas de saúde em que a prestação de serviços está a ser fragmentada por abordagens de controle de doenças, com objetivos imediatistas, num espírito de comando-e-controle; sistemas de saúde em que uma abordagem *laissez-faire* da governação facilitou a expansão da comercialização desregulamentada da saúde. (OMS, 2008)

Para Paim (1999), o modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir em problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de

saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes níveis, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo quanto à família e à comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), e de vigilância em saúde (ambiental epidemiológica e sanitária).

A atenção primária à saúde (APS) foi definida pela *Declaração de Alma-Ata, de 1978*, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978, p 91.)

De acordo com Barbara Starfield (2002), os sistemas de serviços de saúde devem possuir duas metas principais:

A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. (Ministério da Saúde, 2002, p.19).

Essa mesma autora descreve, ainda, as principais características da atenção primária à saúde (APS), quais sejam:

- **Constituir a porta de entrada do serviço** – espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e, com isso, o primeiro recurso a ser buscado, o primeiro contato da medicina com o paciente;
- **Continuidade do cuidado** – a pessoa atendida mantém vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que ao surgir uma nova demanda seja

acolhida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade;

- **Integralidade** – o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada às equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nesse aspecto, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico;
- **Coordenação do cuidado** – mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram gerando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Nesse sentido, destacam-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, as Normas Operacionais Básicas e as Normas de Assistência à Saúde (NOAS).

Com a Lei Nº 8.080/90, ficou regulamentado o Sistema Único de Saúde, que agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados), responsabilizados, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltam-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade deste Sistema. A NOB-96 propõe o reordenamento do modelo de atenção, estabelecendo vínculos entre os serviços e os usuários por meio dos sistemas municipais de saúde institucional, mediante as Leis Orgânicas da Saúde,

as Normas Operacionais Básicas e as Normas de Assistência à Saúde (NOAS, 2001).

Mais recentemente, ao se avaliarem as regulamentações operacionais do SUS, percebe-se uma série de categorias relacionadas às noções de espaço geográfico e território. Na NOB-96 há ênfase para o processo de municipalização dos serviços, exigindo uma série de procedimentos que devem ser paulatinamente repassados do Estado para a gestão do Município, implicando uma série de repasses financeiros que dão sustentabilidade ao sistema. A NOAS/2002 preocupa-se com a regionalização da assistência, com a forte retomada do poder do Estado, para reorganizar o sistema a partir de polos de atenção com maior capacidade de responder aos problemas e necessidades em saúde de uma dada região.

No atual pacto de gestão vê-se a retomada da regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Fica explícito nesse documento que o desenho final do Plano Diretor de Regionalização deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades, em cada Estado e no Distrito Federal. As regiões de saúde são entendidas como “[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”. (BRASIL, 2006).

Alguns autores assinalam que o ponto de partida para a organização dos serviços e práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde. Esse território apresenta, assim, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se revela em permanente construção. (Castro, 2001).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (2012), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas com vista à organização desta para a Estratégia Saúde da Família, define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a



populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (Brasil, 2012, p 19.)

De acordo com a OMS (2008) as pessoas tendem a considerar os serviços de saúde como uma mercadoria, mas também têm outras expectativas crescentes em relação à saúde e aos cuidados de saúde. Ao contrário do que vulgarmente se pensa, as pessoas preocupam-se cada vez mais com a saúde como parte integral da forma como elas e as suas famílias vivem o seu dia-a-dia. Esperam que as suas famílias e as suas comunidades sejam protegidas dos riscos e perigos para a saúde. Querem cuidados de saúde que tratem as pessoas como indivíduos com direitos e não como simples objetivos de programas ou beneficiários de caridade. Têm todas as intenções de respeitar os profissionais de saúde, mas também querem ser respeitados, num clima de confiança mútua.

#### **4.1 Atenção à Saúde: um recorte internacional**

Nesta discussão, faz-se interessante observar, acerca da experiência da atenção primária e da saúde em termos internacionais, os principais elementos que definem as diversas propostas, suas matrizes discursivas, os diferentes modelos em jogo e o diálogo desses modelos com a experiência brasileira.

No início do século XX, surge a divisão de saúde da Fundação Rockefeller, que compreendia a atuação na promoção da saúde pública no ensino superior, na pesquisa e na filantropia. As atividades chegaram a estender-se até a Europa, no período entre as duas grandes guerras: a Inglaterra, logo após o fim da Primeira Guerra Mundial; e, em seguida, outros países do continente, como a França, Espanha, Portugal e Albânia. Em 1913, a fundação dava ênfase à medicina e à ação em saúde pública. O Canadá recebeu auxílio a partir de 1920. (FARIA, 1995)

À época, prevalecia a preocupação com a formação médica, envolvendo as grades curriculares. Em 1910, a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner para realizar um estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, sobre a situação das escolas médicas norte-americanas e canadenses.

O teor dessa análise reforça o ideário científico representado pela Medicina Flexneriana, cujas diretrizes passam a nortear a formação dos futuros médicos e foi o responsável pela reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América. É de bom alvitre observar-se que exerceu forte influência sobre a educação dos profissionais da área de saúde, visto que se pautava por reformas educativas e curriculares, ao ponto de propor uma mudança radical no panorama da saúde mundial durante o século XX.

“O individualismo está presente na medicina científica devido à eleição do indivíduo como objeto da mesma, em detrimento das coletividades humanas. O paciente é visto como uma eventual vítima de conjunções de fatores desfavoráveis e fatalidades que lhe atingem individualmente, e é no âmbito pessoal que se deve intervir para minimizar o infortúnio. Pode-se, inclusive, atribuir ao indivíduo a responsabilidade pelo aparecimento de suas enfermidades.” (AGUIAR, 2007, p. 57).

Questões envolvendo a atenção à saúde pública não são recentes, já que no início do século passado havia a preocupação com a formação acadêmica. A atuação do médico generalista também foi apontada por Dawson, e a assistência da saúde em rede acreditava no atendimento de um generalista nos centros primários. Isto remete à porta de entrada do SUS, pautado na Saúde da Família atualmente.

O cientista britânico Beveridge Dawson fez críticas ao modelo flexneriano e elaborou um relatório contendo propostas de reestruturação dos serviços de saúde com ações preventivas e terapêuticas. Dawson considerava que a formação não deveria se restringir apenas ao ensino especializado e à rede hospitalar, de modo que o médico generalista exerceria atividades junto ao indivíduo e à comunidade. O atendimento às famílias de uma região deveria ter como base um centro primário de saúde, com médicos generalistas e equipe de enfermagem. Os centros primários deveriam relacionar-se com centros secundários de saúde, para o benefício do paciente e do próprio médico, no tocante ao acompanhamento daquele ao retornar para o lar. O plano Dawson, que não fora implantado de imediato na Inglaterra, teve significativa influência no sistema de saúde da então União Soviética. (JUNIOR, 1998).

O modelo de Dawson passou a ser utilizado em Cuba após a revolução socialista, em 1959, e no Canadá no final da década de 1960. Esses países foram considerados o berço das experiências de medicina familiar. Os Estados Unidos da América desenvolveram a partir dos anos de 1960 sua proposta de medicina

comunitária, alternativa utilizada frente aos altos custos médicos implantados, como parte da chamada “guerra da pobreza”, pela dificuldade de acesso de ampla camada da população. A Medicina Comunitária estrutura-se a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância, valorizando ações coletivas de promoção e proteção da saúde, com referência a determinado território. (RODRIGUES, 2011)

Na década de 1970, o conceito de bem-estar remonta à Segunda Revolução da Saúde, resultante da implantação do modelo biomédico de prevenção das infecções, ocorrendo redução da taxa de mortalidade na Europa. Todavia, obteve-se a perspectiva de defesa da saúde conforme divulgada inicialmente por Marc Lalonde e, depois, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estratégia que teve por finalidade controlar os surtos de malária e tuberculose, pelo desenvolvimento de vacinas, diagnósticos farmacêuticos e medicamentos. (VIANA, 1998).

Em 1981, ocorreu no Canadá a primeira Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo o contexto socioeconômico como determinante prioritária na escolha de estilos de vida. A promoção da saúde passa a ser entendida como o conjunto de ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros segmentos sociais e produtivos, para o desenvolvimento humano individual e coletivo.

O médico de família é uma das vias de acesso ao Sistema de Saúde, cuja prática apresenta também configurações diferentes, de acordo com sua inserção em áreas urbanas ou rurais, a partir do trabalho individual ou em equipes, no sentido de diagnosticar as características de uma localidade e da sua população. (CORDEIRO, 2008).

Em 1984, a Conferência Canadense, intitulada “Alcançando Saúde para Todos”, introduz no campo da saúde pública dois novos conceitos: (1) a política pública que evidencia a importância das políticas externas direcionadas ao setor para o delineamento e promoção da saúde; (2) cidade saudável, que permite a participação da comunidade na determinação da saúde, favorecendo as ideias de descentralização das decisões.

Em 1984, iniciou-se em Cuba a implantação de um novo modelo de atenção primária, com o Programa do Médico de Família<sup>1</sup>, que exigia um novo perfil do

---

<sup>1</sup> O modelo tem, na sua ideologia, a concepção cubana do homem como sujeito de sua história e traz a figura do médico como centro da atenção à saúde levada até as famílias das populações em risco social.

médico. Em 1986, a Carta de Ottawa<sup>2</sup> buscava contribuir com as políticas de saúde para todo o país, em face das expectativas mundiais por saúde pública eficiente.

Dessas diferentes inspirações, traduziu-se no Brasil, nos anos de 1990, a proposta de “Saúde da Família”, que, guardando muitos aspectos comuns ao conjunto de ideias até aqui delimitado, assume contornos de uma política de Estado, para organizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde. Sem dúvida, o Programa de Saúde da Família cubano foi o que serviu de maior inspiração para o Brasil, pois desenvolveu um sistema de cobertura nacional.

Já em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS, lançou o movimento “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esse documento reafirmou a saúde como um direito e a necessidade de redução das desigualdades, além de metas para que a saúde universal fosse atendida. As ideias da Medicina Comunitária ganham força, a partir desta conferência internacional, e o Brasil amplia o conceito de um novo modelo de processo saúde-doença.

Possibilitar expandir a Atenção Primária à Saúde implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que se colocaria a Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada para o sistema de saúde, organizado hierarquicamente. (GLOBEKNER, 2009).

Portanto, ao se analisar o contexto internacional, pode-se afirmar que, por décadas, pensou-se na inserção da APS pela oportunidade de contato entre médico e paciente, com extensão ao resto da família. Tais conhecimentos podem subsidiar, neste estudo, as reflexões acerca do modo de expansão da Saúde da Família no Brasil e no Município do Rio de Janeiro, se houve priorização da ampliação do acesso como porta de entrada do sistema, associada ou não a investimentos nos demais atributos relacionados à qualidade e integralidade da atenção.

---

<sup>2</sup> Documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986.

## 4.2 A Estratégia Saúde da Família no âmbito do Brasil

Em 1991, iniciou-se a implantação do PACS<sup>3</sup>, com a proposta de reorientação do modelo assistencial da atenção primária. A experiência inicial de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia de saúde pública estruturada deu-se em 1987, no Ceará, gerando emprego para as mulheres na área da seca, e, sobretudo, contribuindo para a queda da mortalidade infantil, com ações de saúde da mulher e da criança. Logo a seguir, houve a implantação do projeto social nos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul.

Esta estratégia iniciada pelo Ministério da Saúde expandiu-se rapidamente, atingindo em três anos praticamente todos os municípios, a partir a reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. As ações do programa tem entre suas metas a reorientação do sistema e integração das ações entre os diversos profissionais, com ligação entre a comunidade e a unidade de saúde. (ROZANI, 2003).

De acordo com Poz (1998), em 1992, a partir de decisões políticas, inicia-se em Niterói a experiência cubana de Medicina Familiar e o primeiro módulo do município. Surge, então, o primeiro documento oficial do PSF, denominado de “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. O projeto tinha como objetivo reorganizar a prática assistencial, substituindo práticas tradicionais assistencialistas por um modelo focado na família, no qual se avalia o indivíduo como parte de um ambiente físico e social, o que possibilitou uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. As equipes eram compostas de um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 1998).

Em 1994, o Ministério da Saúde divulga o Programa Saúde da Família (PSF), como uma política nacional de atenção básica. A expansão do PSF, como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, consolida-se em 1998, com o objetivo principal de viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade.

---

<sup>3</sup> O PACS tem na pessoa do agente de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Em 1999, o Ministério da Saúde lançou um documento que estabelece sete competências para o agente de saúde. Dentre as principais funções dos agentes de saúde, destacam-se levar à população informações capazes de promover o trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

A ênfase na implantação do PSF justifica-se pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Assim, o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar e social e de seus valores, tornando possível o desenvolvimento de novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”. (BRASIL, 2000).

Grácia (2009) refere que, dentre as diretrizes da ESF, algumas apontam para a definição de territórios, como: a “adscrição de população” – vinculada a uma unidade básica; “território de abrangência”, entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família; e a “territorialização” – vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, ou seja, compreenderia conhecimentos e técnicas da epidemiologia, das dinâmicas políticas e sociais e da demografia voltadas a organizar a saúde da população numa perspectiva ao mesmo tempo individual e coletiva.

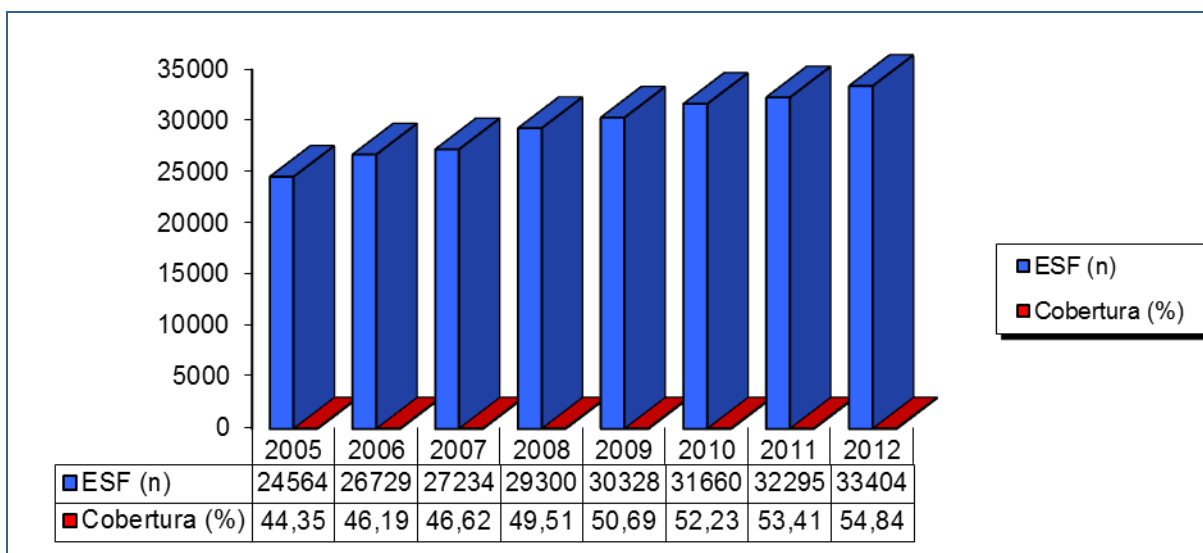
Outro princípio seria o de que é possível haver práticas focalizadas e, ao mesmo tempo, atender ao caráter de universalidade do SUS e reformulação da política de saúde como um todo.

É bastante clara a tentativa de reordenação do sistema de saúde, de transposição dos modelos tradicionais e de mudança na prática profissional a partir do PSF: a diferença vai muito além do nome. Enquanto os postos e centros de saúde tradicionais adotam um modelo passivo de atenção, limitados a conduzir doentes aos centros especializados ou hospital mais próximo, as ESF, em atividade nas USF, identificam os problemas e necessidades das famílias e da comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento (BRASIL, 2001).

Sendo assim, as características das ESF dependerão da perspectiva política dos administradores municipais. A política de saúde brasileira tem dado grande enfoque à regionalização e à hierarquização de ações segundo a complexidade. Além disso, mudanças no sistema de saúde brasileiro estão sendo propostas, como no caso do PSF, sem serem devidamente discutidas pelas escolas de saúde pública ou outros órgãos de formação profissional, como os polos de capacitação existentes

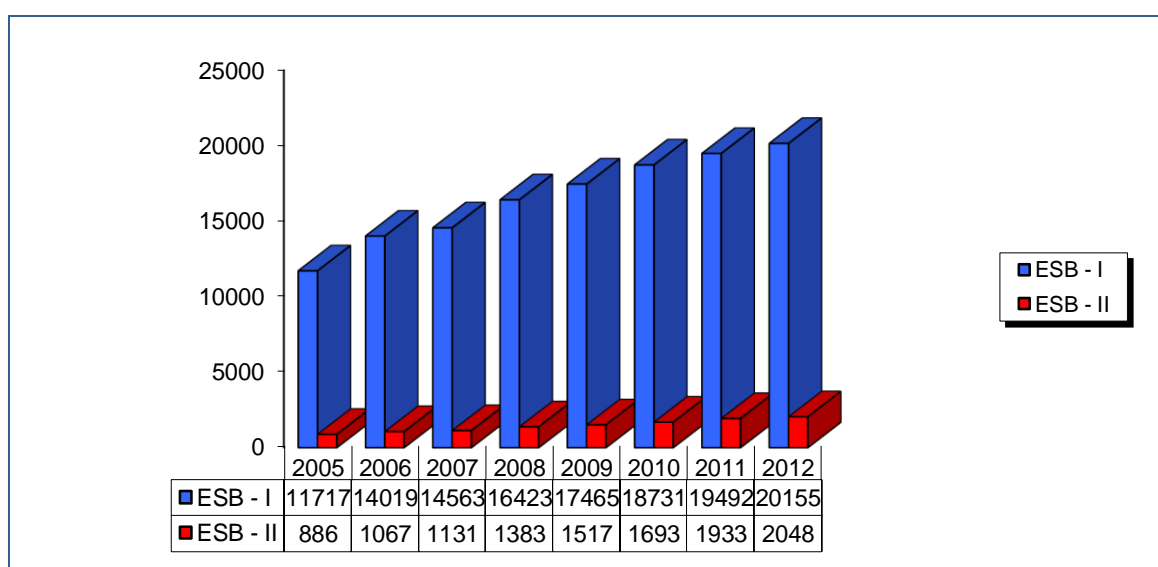
em todo o país, levando a que sejam igualmente vistas de forma totalmente céticas ou acríicas. (PAIM, 1998 e CAMPOS, 1997).

**Gráfico 4** – Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil.



Fonte: MS/SAS/DAB/ e IBGE, 2012 ref. Dez.

**Gráfico 5** – Evolução das Equipes de Saúde Bucal Modalidades I e II implantadas na Estratégia Saúde da Família no Brasil.



Fonte: MS/SAS/DAB/ e IBGE, 2012 ref. Dez.

### 4.3 A Atenção Primária no Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se na porção leste da região Sudeste, tendo como limites os estados de Minas Gerais (norte e noroeste), Espírito Santo (nordeste) e São Paulo (sudoeste), como também o Oceano Atlântico (leste e sul). Ocupa uma área de 43 696,054 km<sup>2</sup>, sendo pouco maior que a Dinamarca. É o terceiro menor Estado do Brasil ficando à frente apenas dos estados de Alagoas e Sergipe, respectivamente. (JUNIOR, 2012). Segundo dados do IBGE/Censo 2010, o Rio de Janeiro é o terceiro Estado mais populoso do Brasil com 15.180.636 habitantes, tendo o Município 6.355.949 habitantes.

A herança de capital nacional deixou-lhe uma complexa rede hospitalar, que deveria ser a referência para o nível terciário da assistência em saúde para todo o Estado e, em alguns casos, para todo Brasil. Contudo, por vezes evidencia-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com superlotação em emergências.

Portanto, ao se organizar o acesso à saúde na rede por meio da atenção primária, é necessário delinear-se normas em protocolo e fluxos assistenciais definidos. Neste fluxo, o usuário conheceria a unidade de saúde onde deveria ser acolhido e referenciado para o nível secundário e terciário, quando necessário. (MENDES, 2011).

O acesso aos serviços de saúde remete à assistência em rede de forma horizontal entre pontos de atenção. Dessa forma, a APS deverá possuir capacidade de resolução dos problemas da população assistida, no tocante aos serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Assim como se responsabilizará por incrementar o desempenho do sistema em termos de equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A expansão da APS, organizada a partir da ESF, é prioridade do Ministério da Saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. A concepção da atenção passa a ser gerenciada por práticas sanitárias, democráticas e participativas, no trabalho em equipe com territórios definidos, pelos quais assumem responsabilidade.

Os profissionais da APS devem estar qualificados para resolver os problemas de saúde mais comuns na população. Porém muitas unidades de saúde, hoje, não estão preparadas para oferecer todos os serviços descritos na Carteira de Serviços da SMS/RJ, documento lançado em 2011 visando nortear as ações de saúde na



atenção primária oferecida à população no Município do Rio de Janeiro na qual é considerado um padrão “ouro” para nossa realidade e muito ligada à Medicina de Família e Comunidade, foi escrita por gestores do nível central e das coordenações de áreas de planejamento daquela secretaria.

Para induzir a expansão da ESF nas cidades de grande porte e capitais, o Ministério da Saúde (MS), apoiado pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD ou Banco Mundial), elaborou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Este objetiva financiar a implantação e consolidação da ESF em municípios com população acima de 100.000 habitantes e elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população.

Trata-se de reforço constituído de três componentes relevantes: conversão do modelo de atenção básica, pela instituição do Programa Saúde da Família como porta de entrada nos grandes centros urbanos; fortalecimento da política de recursos humanos, com foco na implementação do modelo Programa Saúde da Família nos municípios; e apoio à implantação de métodos e instrumentos de avaliação e monitoramento do desempenho das equipes de saúde da família, pactuada nas três esferas de gestão do SUS: Municipal, Estadual e Federal. (BRASIL, 2007).

Na mesma tendência de expansão, o PPA (2009) no Município do Rio de Janeiro adotou como objetivo priorizar recursos para o planejamento, o avanço e a recuperação do sistema de saúde. O foco principal da proposta era ampliar a assistência dos programas de atenção básica, a partir da estratégia de saúde da família. Para isso, 27,4% dos recursos seriam destinados para a saúde e voltados para a atenção primária. A meta do PPA era ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Família para 55% da população até 2013 (o índice era então de aproximadamente 7%). Era objetivo, ainda, que as 70 clínicas da família que seriam construídas na cidade fossem resolutivas em 85% dos casos. Para a recuperação da rede municipal de saúde, foi prevista a utilização de 27% dos recursos.

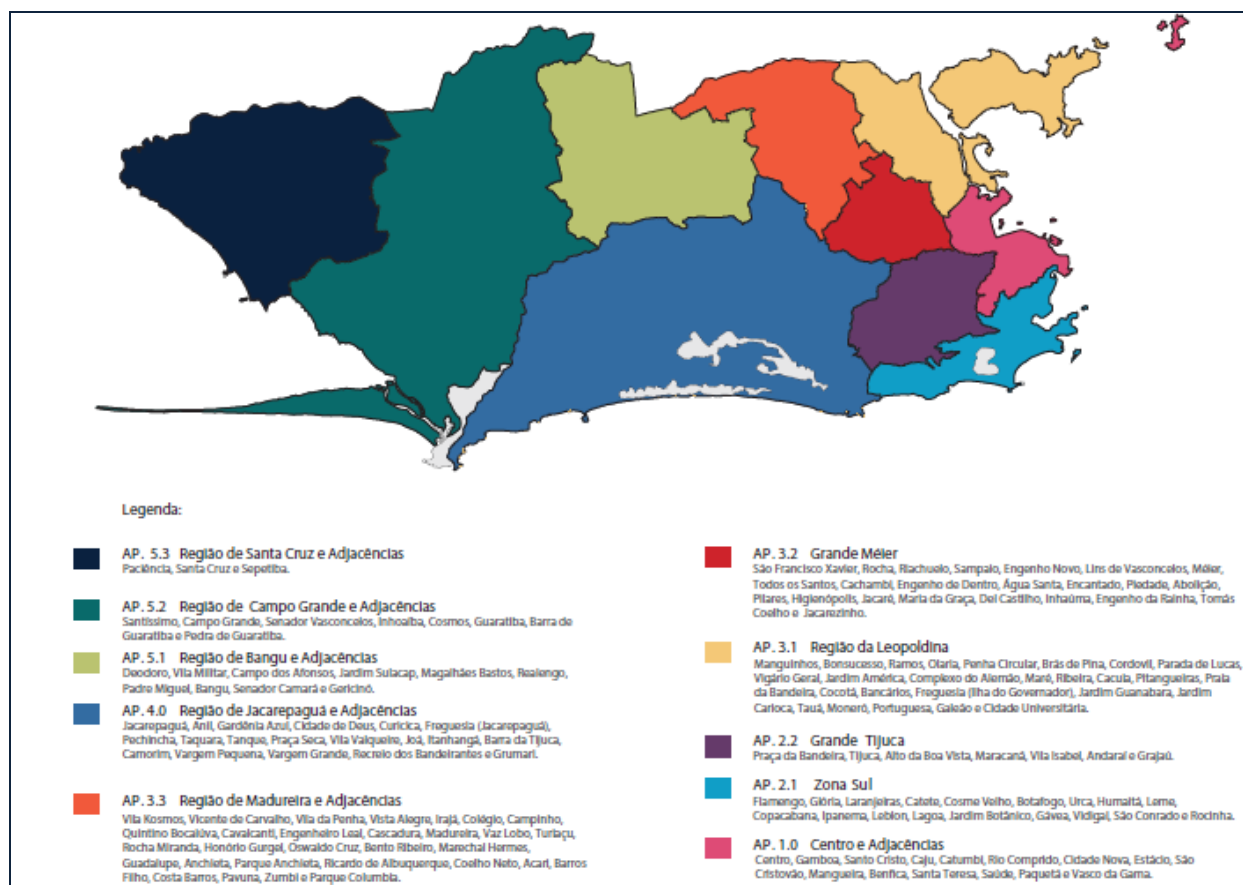
A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, em 2009, lançou o Programa Saúde Presente, com base na reestruturação da atenção primária em saúde e, assim, marcava o início de uma nova fase para assistência em saúde no município. Para tal, foi regulamentada a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que apontava para um novo modelo de gestão, gestão compartilhada, por meio das

Organizações Sociais em Saúde (OSS), sob a justificativa de que era necessário dar agilidade e flexibilidade a uma gestão considerada morosa e pouco eficiente.

O Programa Saúde Presente pode ser considerado uma experiência inovadora de modelagem de redes de saúde, segundo pressupostos das políticas específicas do Setor, e um plano de trabalho alinhado com projetos políticos elaborados pelas esferas, federal e estadual, conforme detalhamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC-MAIS SAÚDE). Reestruturando a saúde do Rio de Janeiro nas dez áreas programáticas, objetiva promover a articulação entre os serviços de saúde, e entre estes e a população, viabilizando o comando único da gestão municipal e o estreitamento dos vínculos, com um desenho de rede projetado regionalmente, buscando superar a fragmentação dos cuidados em saúde.

As Áreas de Planejamento (Fig. 1), a partir das coordenações, configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, destas com a população usuária dos serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área. (BRASIL, 2005).

**Figura 1** – Município do Rio de Janeiro – Áreas de Planejamento da Saúde.



A meta era alcançar a cobertura de 35% até 2012, no município. O referencial foi a população estimada pelo Censo IBGE ajustada (SUBPAV/SMSDC) – Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Os recursos necessários eram de mais de dois bilhões de reais exclusivamente destinados pelo Plano Plurianual (PPA de 2010-2013) para Atenção Primária em Saúde, Ações e Programas de Saúde, Linhas de Cuidado e Vigilância em Saúde. Dessa forma, buscando garantir a distribuição mais equânime dos recursos financeiros desconcentrados, de acordo com nível de adensamento tecnológico a ser incorporado em cada uma das unidades de saúde constituintes de território integrado.

A expansão da ESF começou pela AP 5.3, contando com um sistema integrado e personalizado de assistência no qual cada pessoa teria um médico que a acompanharia e, quando necessário, faria seu encaminhamento para outras especialidades, unidades ou para realização de exames. Essa rede contaria, ainda, com agentes de Vigilância em Saúde e agentes de Defesa Civil atuando juntos às equipes de Saúde da Família. Também haveria um sistema de telemedicina para apoio diagnóstico e encaminhamento de casos, que atualmente não está em funcionamento.

A SMS, ao eleger a AP 5.3 como distrito prioritário para a organização de redes assistenciais e estruturação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, principalmente com a expansão da Estratégia de Saúde da Família, viabiliza uma nova forma de gestão a partir de novembro de 2009, na área. Foi então celebrada parceria, por contrato de gestão, com a OSS SPDM – Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina, para o fomento e execução de atividades de Atenção Primária em Saúde (APS) da AP 5.3.

A contratualização foi o modelo de gestão instituído para a organização e funcionamento dessa ampliação da ESF, sendo firmado contrato de gestão entre a SMS e as OSS. Este foi inspirado nas experiências exitosas de contratualização de Portugal (PISCO, 2011).

Supõe-se que a contratualização envolva planejamento e pactuação conjunta; garantia de responsabilização com autonomia dos profissionais; sistema de incentivos ao bom desempenho dos profissionais, que poderiam contribuir positivamente na coordenação das organizações de saúde e, conseqüentemente na melhoria de seu desempenho.

Adota-se como hipótese norteadora que o Programa Saúde Presente provocou mudanças no sentido da reorientação do modelo na atenção básica à Saúde na Área Programática 5.3. Houve modificações nas condições de estrutura e processos (de gestão, de organização do trabalho, de logística), alcançando-se alguns resultados de curto/médio prazo na atenção à população, considerando os referenciais teóricos sobre pilares da qualidade dos serviços de saúde propostos por Donabedian (1966).

Donabedian (1979) é autor de uma série de importantes trabalhos para a literatura médica há décadas. A avaliação qualitativa do cuidado médico poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado. Podem existir combinações entre esses três componentes (o que se verá oportunamente). Como seria de se esperar, entretanto, as metodologias propostas estão muito vinculadas à modalidade de organização da prática médica norte-americana, sempre presente a perspectiva de melhoria qualitativa dos padrões, visando a um "autogoverno" das profissões.

Em artigo publicado, Donabedian (1978) diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: (1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; (2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Acrescenta ainda o autor acima referido que:

o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos".

Inspirado nesse referencial, os estudos acerca dos aspectos relativos à estrutura, podem abordar, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica, observando: medidas relativas à organização administrativa; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas

vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência (Donabedian, 1978).

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está orientado, sobretudo, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. Geralmente os critérios são estabelecidos pela análise da eficácia de práticas médicas rotineiras. Para Donabedian (1978), a metodologia dos estudos de processos pode ser dividida em dois pontos: observação direta da prática e estudos baseados em registros médicos.

A avaliação dos resultados descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como os resultados de políticas e ações de saúde devem-se a muitos fatores, a avaliação de etapas, das proximais às distais, permite aproximações de avaliação do cuidado total (Donabedian, 1978). Considerando-se a natureza multifacetada do estado de saúde, muitas metodologias utilizam medidas de resultado seguras e válidas. Entre estas, incluem-se medidas de capacidade física e estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos, de percepção pessoal da saúde geral, dentre outras.

A modificação do modelo de APS tradicional para o centrado na ESF é processual, um percurso que depende de condições de diversas naturezas e singulares, sendo importante identificar, em cada realidade, as potencialidades e fragilidades do processo que precisam ser explicitadas, estudadas, de forma a contribuir para consolidação do modelo proposto.

No caso do Rio de Janeiro, a gestão municipal decidiu ampliar a rede básica, adotando a expansão do modelo da ESF em 2009. A AP 5.3. foi identificada como prioritária, considerada a baixa cobertura na saúde da família e falta de acesso ao sistema de saúde, centrado na ótica hospitalar, a dificuldade em organizar a rede de assistência, o alto investimento na rede hospitalar em detrimento da atenção primária, o baixo número de unidades básicas de saúde e de equipes e os fluxos de referências insuficientes e ineficientes. (CONTRATO DE GESTÃO, 2009).

Na época, a AP 5.3 contava com apenas um hospital estadual de grande porte, referência para os casos de parto da região e que recebia, ainda, no serviço

de emergência, casos que não tiveram acesso ou desconheciam os programas de saúde ofertados nas unidades de atenção primária. Em outubro de 2010, ocorreu um incêndio no referido hospital, dificultando ainda mais o acesso da população aos serviços de saúde. Também nesse ano, uma das unidades conveniadas com o SUS foi descredenciada pelo descumprimento de normas da Vigilância Sanitária, agravando-se ainda mais o quadro.

Assim, este estudo justifica-se como relevante na medida em que pretende sistematizar informações e percursos de um momento singular de construção da Saúde da Família em uma grande metrópole, como é o Rio de Janeiro, onde grandes desafios se apresentam e merecem olhar mais aprofundado.

Ampliando as reflexões sobre o processo, procurou-se identificar, também, de que forma essa expansão possibilitou avançar nos atributos de uma APS integral, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012). Para tanto, analisou-se em que medida as ações desenvolvidas na cidade ocorrem em sintonia com as dimensões esperadas para uma APS integral, conforme as diretrizes da PNAB.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo Geral**

Descrever aspectos relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família na área programática 5.3 da cidade do Rio de Janeiro no período entre 2008-2012, à luz dos relatórios gerenciais e documentos oficiais da SMS, identificando fortalezas e fragilidades nesse processo de modificação de modelo de atenção à saúde.

### **5.2 Objetivos Específicos:**

- Sistematizar as informações públicas disponíveis em relatórios e sistemas de informação referentes ao objeto estudado;
- Examinar aspectos da expansão da ESF relacionados às condições de estrutura das unidades de saúde, no que se refere à ampliação das unidades básicas de saúde da área; recursos humanos;
- Descrever mudanças no processo de trabalho dos profissionais e gestores da área, considerando os períodos anterior e posterior à contratualização na APS;
- Estudar a evolução temporal de indicadores selecionados como aproximação de resultados de curto prazo obtidos nesse novo modelo de atenção;
- Discutir algumas fortalezas e fragilidades nesse cenário.

## 6 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma pesquisa documental, do tipo análise de caso, em que foram sistematizadas e analisadas informações secundárias da gestão municipal de saúde, a partir de documentos públicos que expressam um cenário histórico, uma visão política e operacional dos gestores municipais que atuaram na APS da cidade no período estudado. Não foram realizadas entrevistas ou utilizados documentos pessoais.

Classifica-se esta pesquisa como um estudo de caso, pois os dados foram coletados por meio de observação e análise de documentos com um dado recorte – certa área, em um dado período, não se podendo generalizar as conclusões. Este procedimento é conceituado por Gil (2010, p.37) como “estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetivos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento”.

A pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

Deve-se apreciar e valorizar a consulta de documentos em pesquisa. A riqueza das informações que deste se pode extrair e resgatar justifica o seu uso em diversas áreas das Ciências Humanas e Sociais. Possibilitam ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. A exemplo, na reconstrução de história vivida, como relata (CELLARD, 2008: 295):

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente.



Outra justificativa para o uso de documentos em pesquisa é permitirem acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. (Cellard, 2008).

Quando um pesquisador se utiliza de documentos objetivando deles extrair informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para o seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos. Segundo Gaio et al (2008, p. 148):

Para pesquisar precisamos de métodos e técnicas que nos levem criteriosamente a resolver problemas. [...] é pertinente que a pesquisa científica esteja alicerçada pelo método, o que significa elucidar a capacidade de observar, selecionar e organizar cientificamente os caminhos que devem ser percorridos para que a investigação se concretize.

Buscando elementos que possibilitem compreender melhor o que aqui foi exposto sobre método, técnica, análise e pesquisa e relacionando esses conceitos ao campo da pesquisa documental, encontramos o posicionamento de Minayo (2010), que ao discutir o conceito e o papel da metodologia nas pesquisas em ciências sociais, imprime um enfoque plural para a questão: “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”. Esse fundamento se aplica às pesquisas de um modo geral, no campo da utilização de documentos não é diferente.

Portanto, a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

Como fonte de dados, recorreu-se aos relatórios de gestão da AP 5.3, DATASUS/CNES, IBGE, DAB e a vários dados que podem ser acessados nos sites, tais sites constam dados, depoimentos e gráficos dos coordenadores de área e dos gestores da SMS:

- <http://subpav.com.br/ini.php>
- <http://www.youtube.com/watch?v=UvVPbuJF02c>,[https://docs.google.com/document/d/1NBjwDmryyYObS\\_SvUciVDiwN8aBSL9XXWVWKGcCqou4/p](https://docs.google.com/document/d/1NBjwDmryyYObS_SvUciVDiwN8aBSL9XXWVWKGcCqou4/p)  
review
- <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>,<http://oticssantacruz.blogspot.com.br>
- <http://www0.rio.rj.gov.br/tabnet/>

O Relatório de Gestão é elaborado semestralmente pela equipe da AP5. 3 e apresentado pela coordenadora da área à Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Distrital e gestores das unidades. Contém elementos relativos às ações assistenciais desenvolvidas, resultados obtidos e dificuldades observadas, especificação de unidades que desenvolvem iniciativas que refletem qualificação das suas atividades e respectivos indicadores de qualidade, execução orçamentária, acompanhamento dos indicadores (mortalidade materna, fetal e infantil, incidência e prevalência da tuberculose). É uma sistematização do trabalho da gestão a fim de acompanhar os avanços, planejar ações futuras e realinhar as condutas necessárias.

## **6.1 Variáveis e indicadores estudados**

### 1) Estrutura:

- Número de unidades de saúde e de equipes no período, distribuição espacial e número de cadastramento;
- Tipos de unidades segundo modelo de atenção predominante (ABC);
- Recursos humanos: número de profissionais, percentual de médicos, distribuição de médicos por natureza de vínculo e carga horária;
- Implantação de tecnologias de informação, como Prontuário Eletrônico;
- Recursos orçamentários.

## 2) Processos:

- Relato dos processos de gestão e de outros relativos ao trabalho dos profissionais da APS, expressos nos relatórios trimestrais das OSS e da CAP 5.3 (relatórios de gestão, construção de Matriz SWOT sistematizada nos relatórios pela coordenadora da Área e sua equipe);
- Educação profissional – temas abordados, capacitações;
- Outros processos a destacar: implantação da Academia Carioca; premiações; certificações, saúde bucal, eventos no território e vigilância.

## 3) Resultados da APS segundo indicadores disponíveis nas fontes públicas, consolidados pela SMS, escolhidos por se tratarem de eventos prioritários e relevantes, onde se destacam informações do grupo materno-infantil, cujas ações são centrais para a qualidade da APS:

- Evolução das consultas de pré-natal e citopatológicas;
- Mortalidade infantil e materna;
- Número de consultas médicas previstas e realizadas;
- Cobertura vacinal;
- Procedimentos ambulatoriais.

## 4) Fragilidades e fortalezas:

- Matriz SWOT – construção da matriz pela pesquisadora, considerando o conteúdo apontado nos relatórios;
- Análise de conteúdo dos relatórios, agrupando-o por dimensões ou áreas relevantes para a APS, norteadas pela PNAB (2012), a saber: acesso; qualidade e integralidade da atenção; vigilância e informação; promoção da saúde. Foram estudadas, ainda, as dimensões gestão da

saúde e formação profissional, por serem relevantes para o alcance das anteriores.

A Matriz SWOT estuda a competitividade da organização segundo quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Oportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). A partir dessas quatro variáveis, pode-se fazer a inventariação das forças e fraquezas da instituição, das oportunidades e ameaças do meio em que a instituição atua. Quando os pontos fortes de uma organização estão alinhados com os fatores críticos de sucesso para satisfazer as oportunidades de mercado, esta será certamente, competitiva em longo prazo (RODRIGUES, et al., 2005).

Assim, a matriz SWOT serve para posicionar ou verificar a situação e a posição estratégica no ambiente em que a organização atua, sendo uma ferramenta usada para a realização de análise de ambiente e que serve de base para planejamentos estratégicos e de gestão. (MCCREADIE, 2008).

Os dados utilizados são de domínio público e acesso irrestrito, não permitem identificar os sujeitos e estão disponibilizados de forma agregada nos relatórios consultados. Por isso, o projeto não foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

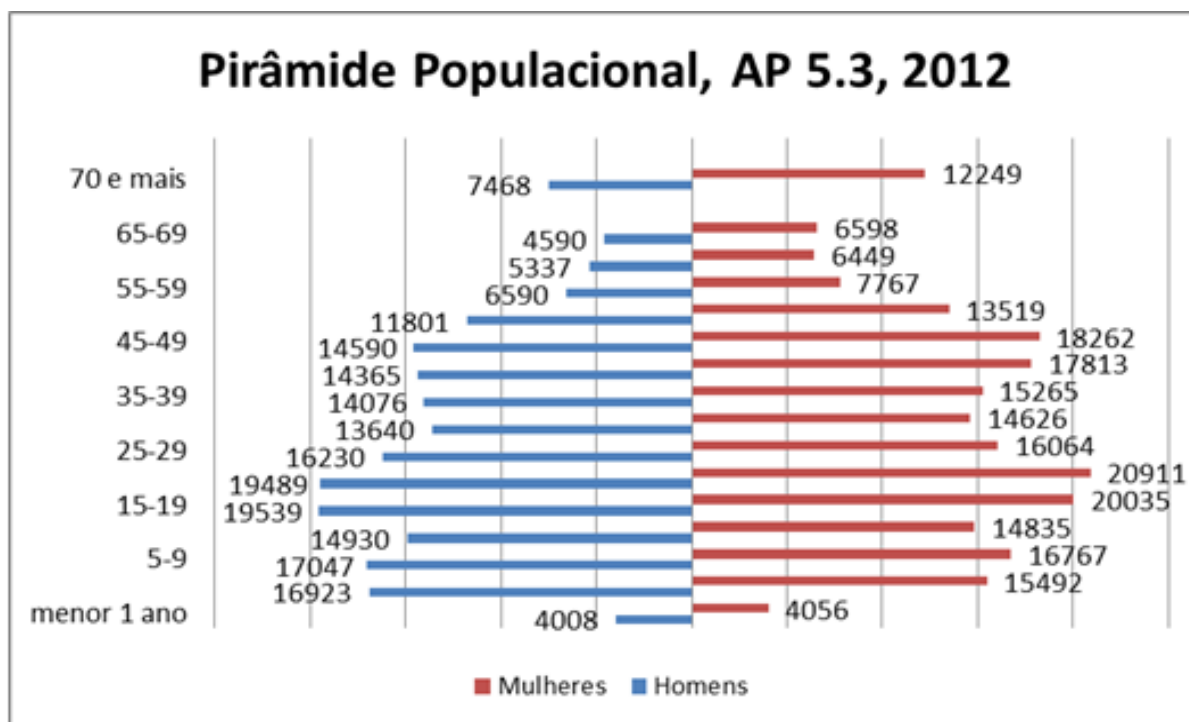
## **6.2 Cenário do estudo**

A Área de Planejamento 5.3 localiza-se na região oeste da cidade do Rio de Janeiro e possui área de 163.730 km<sup>2</sup> (13,15 % da área do Município). A AP 5.3 é a mais distante região da cidade. Vale ressaltar que os três bairros que compõem a AP 5.3 ocupam as posições 147<sup>a</sup>, 146<sup>a</sup> e 144<sup>a</sup>, respectivamente, do Índice de Desenvolvimento Social (IBGE, 2000; IPP/DIG, 2008). Considerando os 158 bairros oficiais do Município, apresentam valores baixos, revelando pouco desenvolvimento social, tendo como base os seguintes índices: a esperança de vida à nascença, nível educacional e conforto e saneamento.

A Área Programática 5.3 é uma das divisões territoriais da Prefeitura do Rio de Janeiro, para planejamento e organização dos serviços de saúde, composta pelos bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência. Constitui-se principalmente de

uma população de jovens adultos e grande número de idosos, principalmente mulheres, conforme se pode observar na pirâmide populacional a seguir (Graf. 5). A população estimada para o ano de 2012, segundo o Instituto Pereira Passos, foi de 417.341 pessoas.

**Gráfico 6 – Pirâmide Etária AP 5.3**



Fonte: IPP, 2012.

Destaca-se nessa área Santa Cruz, com um comércio bem desenvolvido, várias agências bancárias e inúmeras e diversificadas lojas. Possui um sistema educacional que atende satisfatoriamente à demanda, e o Hospital Municipal Pedro II, recentemente modernizado pela prefeitura e especializado no tratamento de queimados. Abriga ainda duas grandes unidades militares das Forças Armadas: o Batalhão Escola de Engenharia e a Base Aérea de Santa Cruz, importante centro de defesa da Aeronáutica e maior complexo de combate da Força Aérea Brasileira, além da Cidade das Crianças Leonel Brizola, que funciona como Parque Temático da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (possuindo, inclusive, um planetário), destinado em especial às crianças e adolescentes, e conta com importantes monumentos históricos e culturais. (SOUZA, 2012).

**Tabela 1 – Características dos Bairros da Área Programática 5.3**

SANTA CRUZ	SEPETIBA	PACIÊNCIA
<b>Área:</b> 12.504,43 ha (em 2003)	<b>Área:</b> 1162,13 ha (em 2003)	<b>Área:</b> 2741,80 ha (em 2003)
<b>Fundação:</b> 14 de setembro de 1567	<b>Fundação:</b> 23 de julho de 1981	<b>Fundação:</b> 23 de julho de 1981
<b>Imigração predominante:</b> portugueses, japoneses, italianos, libaneses, sírios e turcos.	<b>IDH:</b> 0,761[1] (em 2000)	<b>IDH:</b> 0,751[1] (em 2000)
<b>IDH:</b> 0,742[1] (em 2000)	<b>Habitantes:</b> 56 575 (em 2010)	<b>Habitantes:</b> 94.627 (em 2010)
<b>Habitantes:</b> 217.333 (em 2010)	<b>Domicílios:</b> 23 368 (em 2010)	<b>Domicílios:</b> 32.793 (em 2010)
<b>Domicílios:</b> 76.295 (em 2010)	<b>Limites:</b> Santa Cruz e Guaratiba	<b>Limites:</b> Campo Grande, Santa Cruz e Cosmos.
<b>Limites:</b> Itaguaí, Seropédica, Paciência, Cosmos, Guaratiba e Sepetiba.	<b>Região Administrativa:</b> XIX R.A. (Santa Cruz).	<b>Região Administrativa:</b> XIX R.A. (Santa Cruz).
<b>Subprefeitura:</b> Subprefeitura da Zona Oeste		
<b>Região Administrativa:</b> XIX R.A. (Santa Cruz).		

Fonte: <http://pt.wikipedia.org>

Para contextualizar brevemente a história a ESF na AP 5.3, ressalta-se que se iniciou no ano 2000, com a Unidade de Saúde da Família (USF), no conjunto Antares, em Santa Cruz. Em 2001, o Programa de Agentes Comunitários (PACS) foi implantado no conjunto Manguariba, em Paciência. Nesse período, foram utilizados como sedes as unidades da rede já existentes e recursos humanos terceirizados, contratados em parcerias com Organizações não Governamentais (ONG).

Em 2001/2002, iniciou-se a discussão sobre a nova fase de implantação da ESF, como a ampliação da cobertura, com equipes de funcionários da rede, e os locais de implantação, definidos pela CAP junto ao Conselho Distrital de Saúde (CODS). Em 2003, deu-se a implantação de duas equipes de PACS no conjunto Nova Sepetiba e, no período de 2004 a 2005, foram inseridas mais duas equipes na comunidade do Balneário Globo, três no Alagado e duas no Barro Vermelho.

Em 2007, teve início o processo de transformação de três postos de saúde: um em Paciência (USF Emydio Cabral), com oito equipes, e dois em Santa Cruz (USF Cattapreta e USF Ruy da Costa Leite), um com quatro e outro com sete equipes, respectivamente. Com o projeto de expansão, alcançou-se em 2008 a cobertura de 58% da ESF, totalizando 37 equipes de saúde completas. Já em 2012 a cobertura foi de 97,2%, com o total de 105 equipes.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Estrutura

#### ***7.1.1 Ampliação das unidades, distribuição espacial e cadastramento***

Em 2008, a AP 5.3 possuía 19 Unidades Municipais de Saúde em Atenção Primária: 8 Postos de Saúde inaugurados ainda na década de 1980, 8 postos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 1 do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e mais 1 Policlínica, que é referência para as demais unidades municipais locais, pela multiplicidade das especialidades na área de saúde e de exames que constituem seu portfólio assistencial.

No item infraestrutura, instalaram-se novas salas na CAP (para CGA e DAPS), aumentando-a em 72m<sup>2</sup>. Na Policlínica Lincoln de Freitas Filho, inaugurou-se a farmácia, com ampliação do setor e construção de depósito para medicamentos controlados. E no PS João Batista Chagas inaugurou-se uma sala de estar para os funcionários que trabalham 24h.

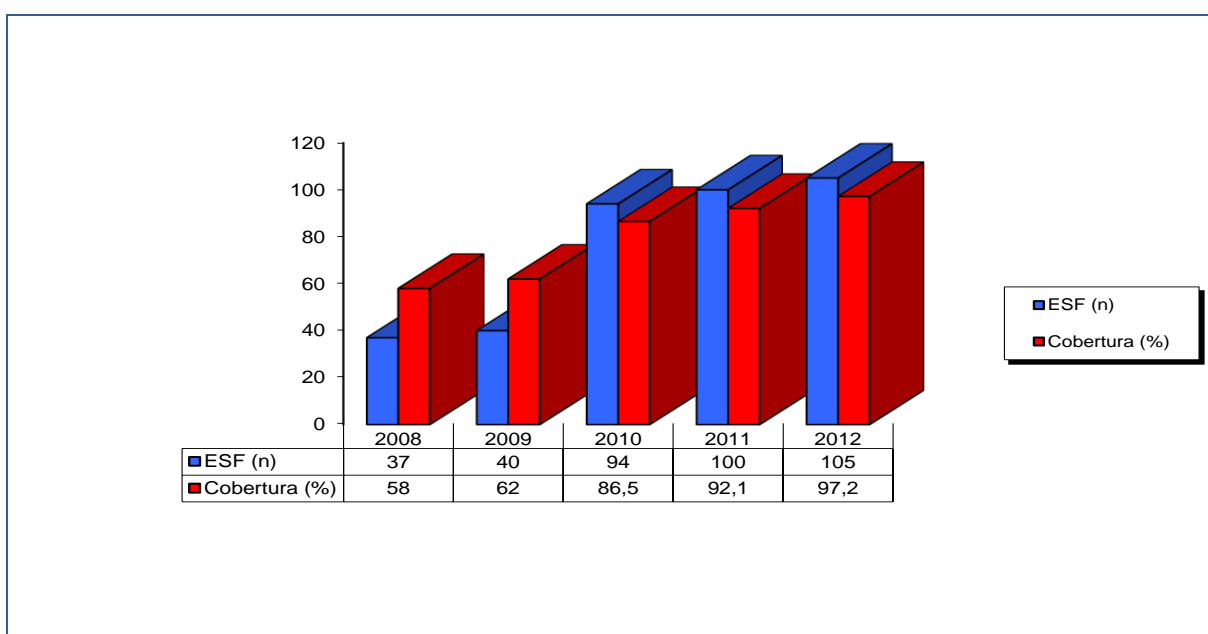
O período janeiro de 2010 a fevereiro de 2011 compreende o curso dessa expansão, foram construídas e inauguradas 11 Clínicas da Família, um local onde, segundo Secretário Municipal de Saúde, era possível promover a saúde antes de se cuidar da doença, com toda a estrutura necessária para isso. Em clínicas como essa o paciente poderia realizar exames laboratoriais, radiografias e ultrassonografias. Tudo isso com o acompanhamento permanente das equipes de saúde da família.

Além desses investimentos, 7 unidades conhecidas como Postos de Saúde (PS) receberam equipes de Saúde da Família. Apenas cinco passaram por pequenas reformas, como pintura e revisão da parte elétrica. O projeto foi implantado em todas as Clínicas de Família (CF) e Centros Municipais de Saúde (CMS), antes distinguidos como Postos de Saúde (PS). Pode-se ainda destacar que o horário de funcionamento das unidades foi ampliado em todas as CF, atendendo das 8 às 20h.

A expansão da ESF na AP, em referência, atinge atualmente o índice de 97,2% de cobertura populacional segundo SMS/SUBPAV, utilizando a previsão de população do IBGE.

No gráfico 7 pode-se notar que a expansão das equipes de saúde bucal também foi consideravelmente elevado iniciando com 18 equipes em 2008 e ao final de 2012 com 55 equipes de saúde bucal.

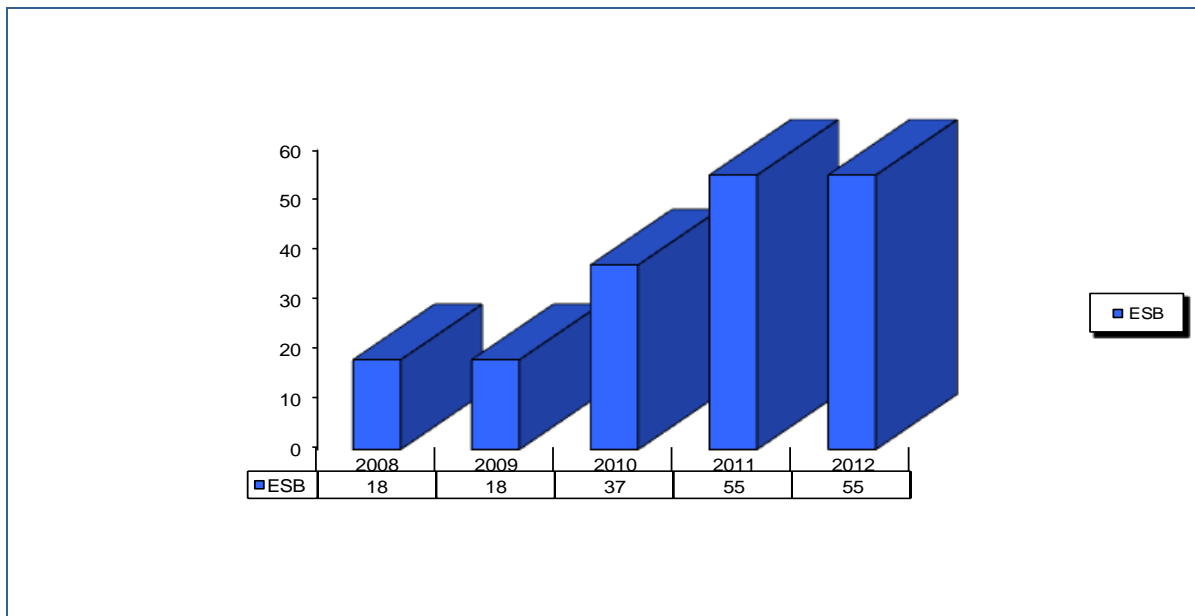
**Gráfico 7** – Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas na Estratégia Saúde da Família na AP 5.3.



Fonte: SMSDC/SUBPAV e CAP 5.3 – 2012 ref. Dezembro

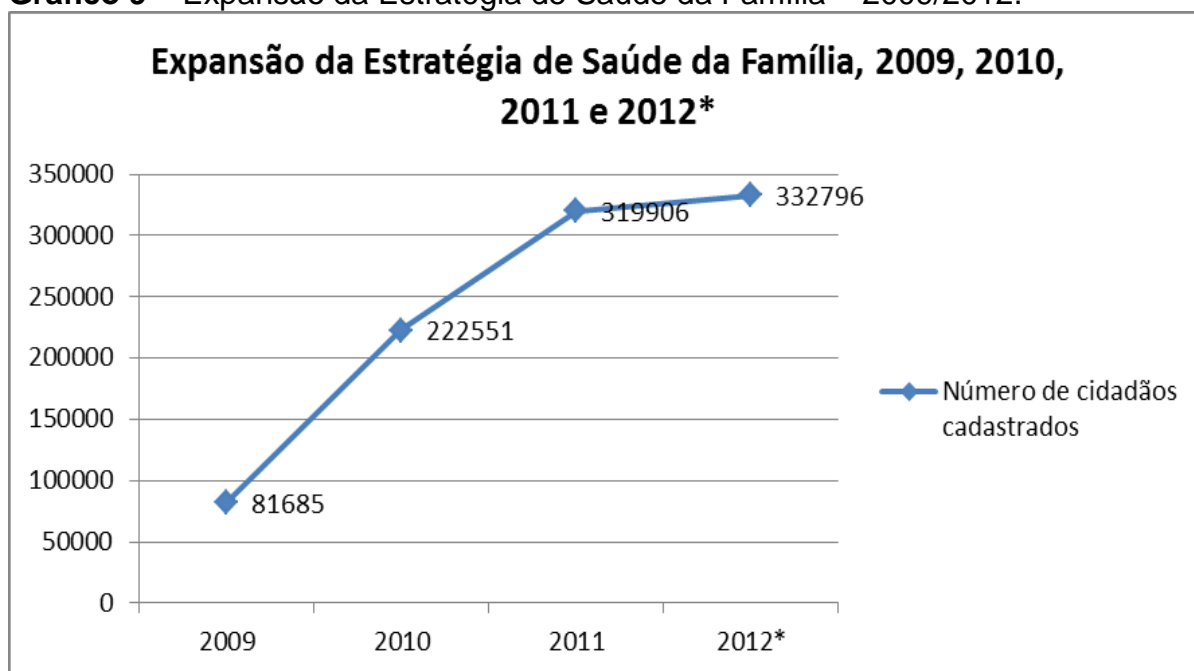


**Gráfico 8** – Evolução das Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família na AP 5.3



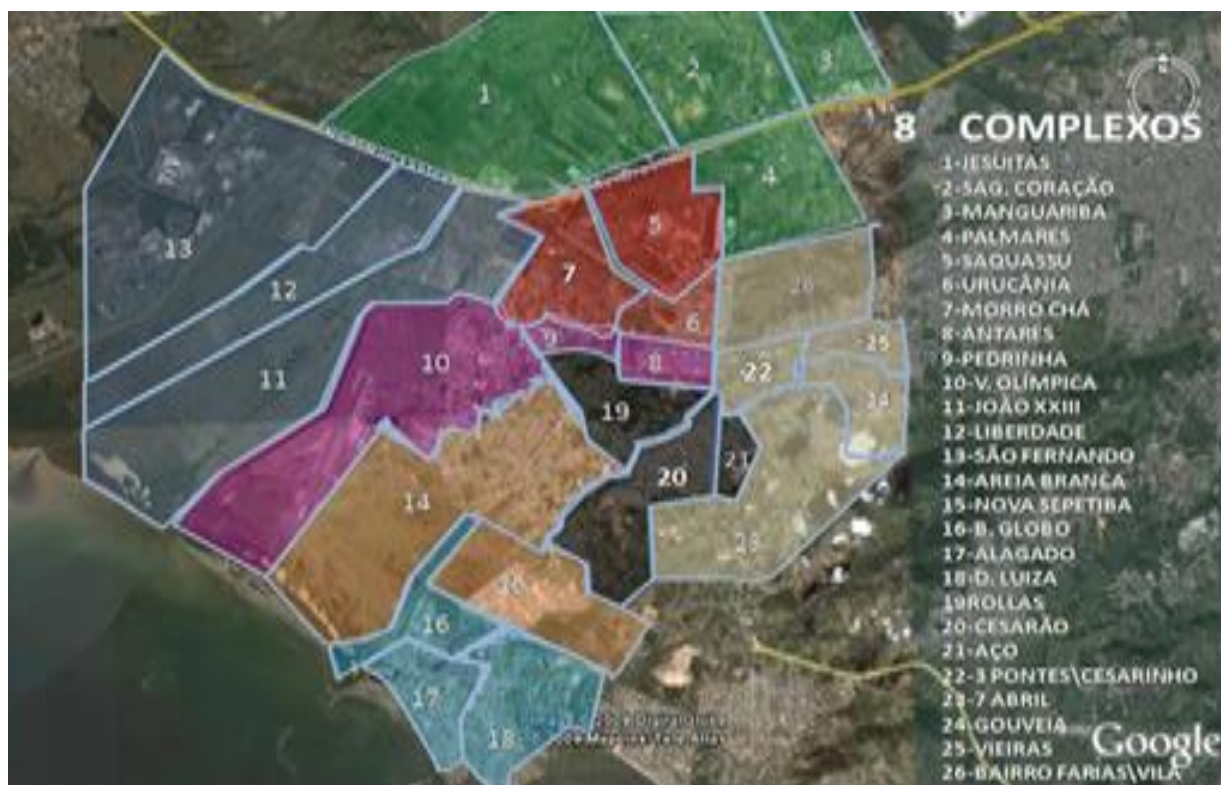
Fonte: SMS/SUBPAV e CAP 5.3 – 2012 ref. Dezembro.

**Gráfico 9** – Expansão da Estratégia de Saúde da Família – 2009/2012.

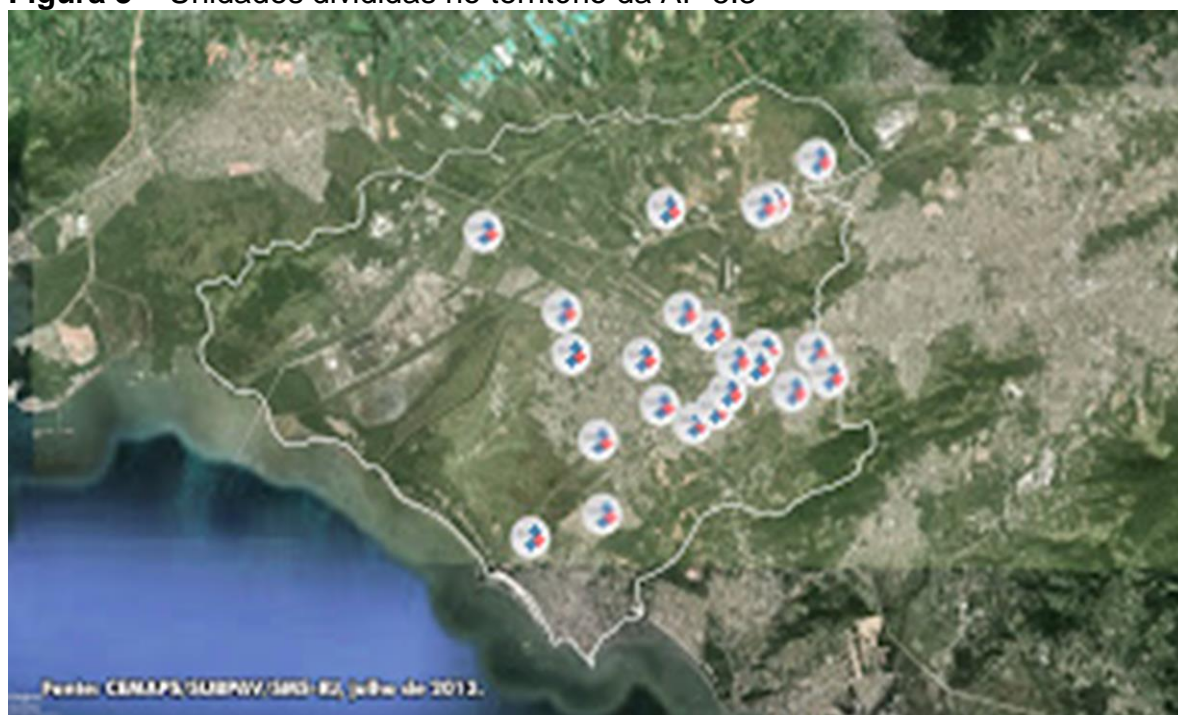


Fonte: SMS/SUBPAV e CAP 5.3 – 2012 ref. Dezembro.

**Figura 2 – Mapa inicial da construção do TEIAS**

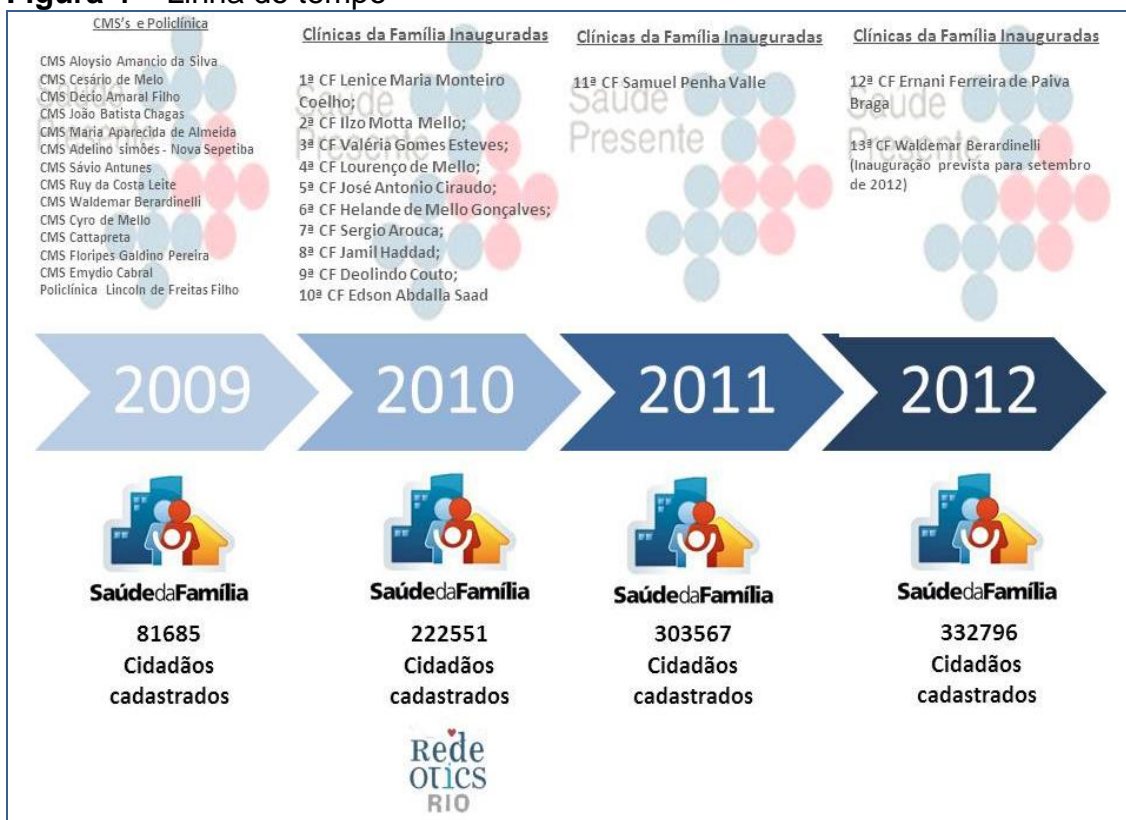


**Figura 3 – Unidades divididas no território da AP 5.3**



Fonte: <ftp://oticsrio.sytes.net>

Figura 4 – Linha do tempo

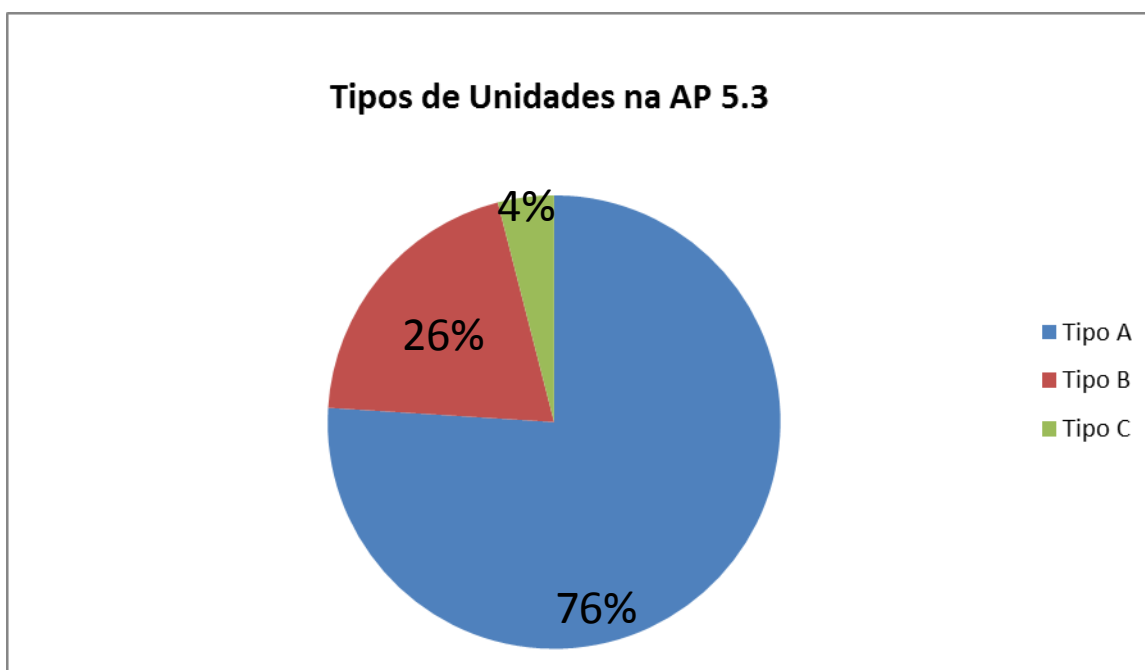


Fonte: CAP 5.3 – Relatório de Gestão 2012/1º semestre.

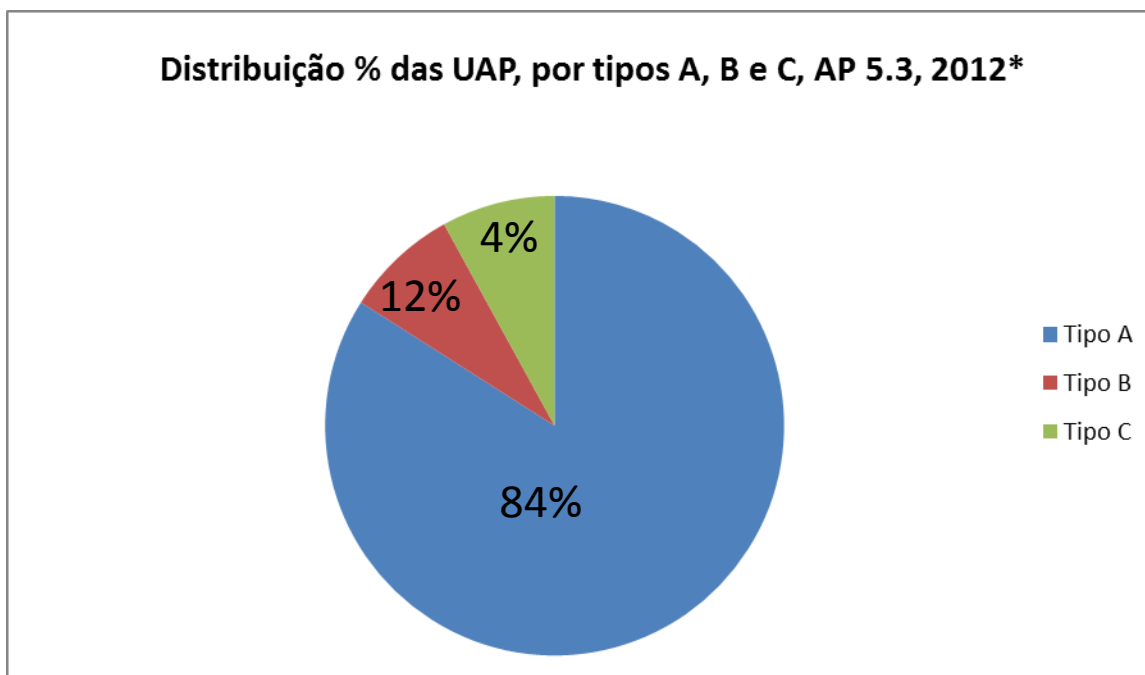
### 7.1.2 Tipo de Unidade segundo modelo predominante

A seguir, mostra-se uma divisão das unidades de Atenção Primária em 2011 (Gráf. 9), quando havia 76% de unidades do tipo A, aquelas que somente trabalham com a ESF; 26% de unidades do tipo B, onde há atendimentos especializados (tradicionais) e ESF; e 4% de unidades do tipo C, que realizam apenas atendimentos especializados.

**Gráfico 10 – Perfil das Unidades em 2011**



Em 2012 houve um aumento nas unidades tipo A (76% para 84%), em relação às do tipo B e C quando comparado a 2011, evidenciando aumento de unidades que adotavam a ESF como única porta de entrada.

**Gráfico 11 – Perfil das Unidades da AP 5.3 2012**

Fonte: CAP 5.3 – Relatório de Gestão 2012

### **7.1.3 Recursos humanos**

Em relação aos recursos humanos, a AP 5.3 considera que o dispositivo das Organizações Sociais de Saúde foi imprescindível para essa evolução (Tab. 2), pois permitiu dinamismo ao processo de contratação e, sobretudo, agilidade na reposição de profissionais. Tal fato se reflete diretamente no acesso da população aos serviços, principalmente de procedimentos clínicos. Entretanto, verificou-se que se manteve a dificuldade de lotação de profissionais médicos na carga horária de 40h/semanais, visto que estes, na maioria dos casos, tinham outros vínculos empregatícios. (Tab. 2).

Quanto aos especialistas, a dificuldade de contratação deveu-se à defasagem do salário, quando comparado ao dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. Destacaram-se como principais carências de lotação as seguintes especialidades: neurologia, psiquiatria, oftalmologia e pequenas cirurgias, dentre outras.

O gerenciamento do processo de trabalho em alguns Centros Municipais de Saúde por vezes foi conflitante, devido à diversidade de vínculos (Gráf. 11). Como tentativa de sensibilização dos profissionais, os apoiadores dessa Coordenação e da OSS promoveram a mediação de conflitos e a discussão de boas práticas clínicas e das diretrizes da SMS, a fim de conscientizá-los acerca das metas e indicadores pactuados pela Secretaria.

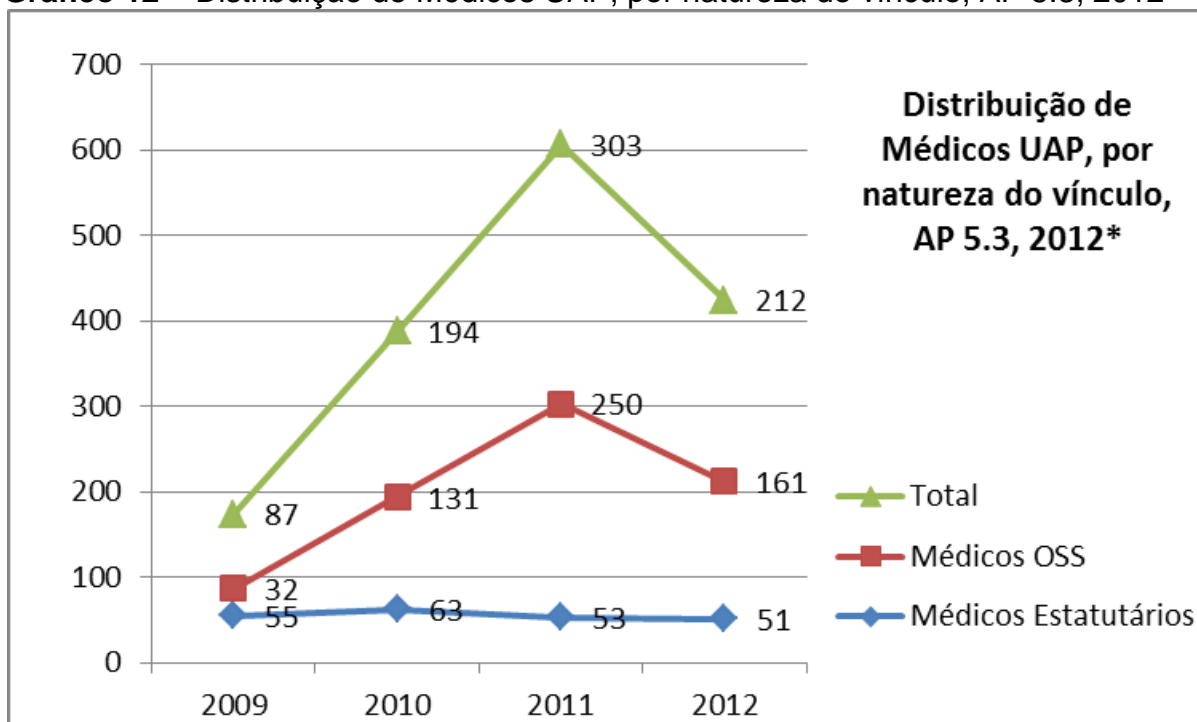
A discussão dos indicadores e metas pactuados pela Casa Civil e SUBPAV, bem como dos indicadores da remuneração por desempenho, foram os norteadores da organização do processo de trabalho nas unidades e permearam todas as reuniões de equipe. Além disso, foram também temas frequentes nas capacitações, haja vista o empenho das equipes em promover a melhoria da assistência e o consequente alcance das metas e indicadores.

Em relação à queda entre os anos de 2011 e 2012 dos profissionais médicos, essa diferença se deu pois em 2011 foi contabilizado todos os médicos da atenção primária, UPA e Contratados por outros vínculos e em 2012 passou-se a considerar somente os médicos da APS.

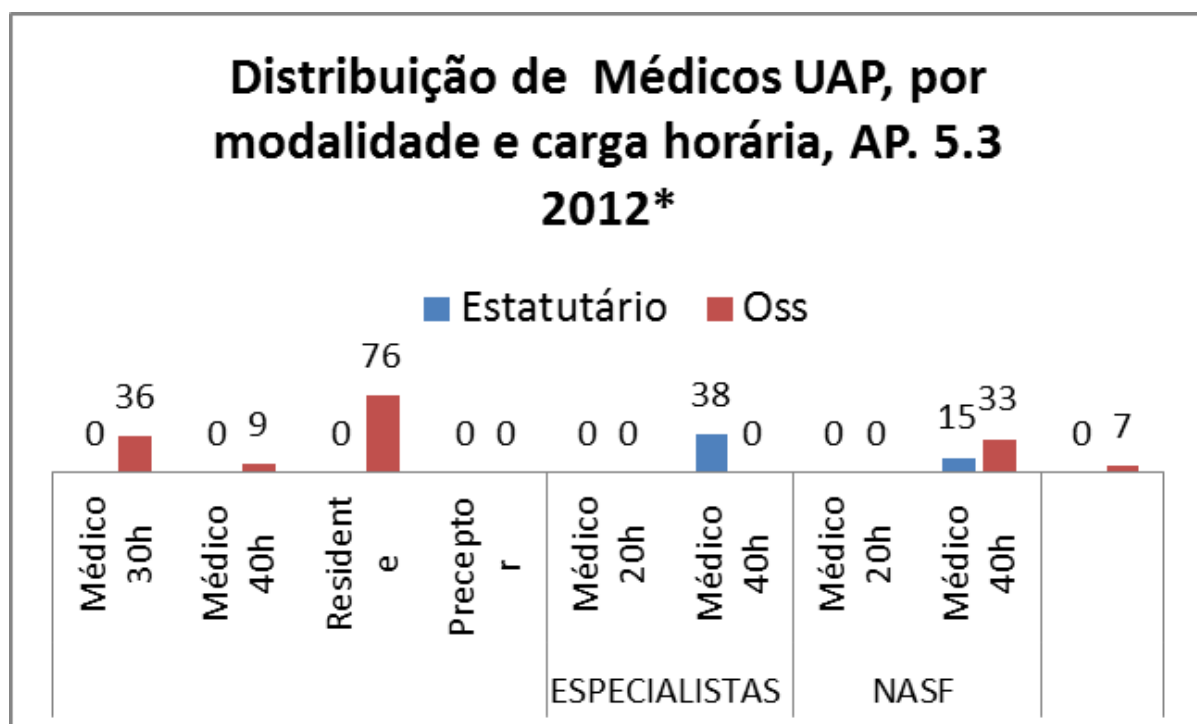
**Tabela 2 – Lotação de Recursos Humanos em 2009, 2010, 2011 e 2012**

	Categorias	2009		2010		2011		2012	
		Estatutários	OSS	Estatutários	OSS	Estatutários	OSS	Estatutários	OSS
CAP	Médicos	6	0	7	0	5	0	9	0
	Superior não médicos	30	0	32	0	15	0	15	1
	Técnicos de nível médio	26	0	26	0	25	0	25	4
<b>Subtotal CAP</b>		<b>62</b>	<b>0</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>5</b>
UNIDADES	Médicos	49	32	56	131	48	250	42	161
	Superior não médicos	190	234	177	827	155	508	155	280
	Técnicos de nível médio	481	41	449	277	484	588	484	392
<b>Subtotal Unidades</b>		<b>720</b>	<b>307</b>	<b>682</b>	<b>1235</b>	<b>687</b>	<b>1346</b>	<b>681</b>	<b>833</b>
<b>TOTAL</b>		<b>782</b>	<b>307</b>	<b>747</b>	<b>1235</b>	<b>732</b>	<b>1346</b>	<b>730</b>	<b>838</b>

Fontes: Dados sobre os Estatutários, ERGON; e Dados sobre contratos por OSS, SCNES.

**Gráfico 12** – Distribuição de Médicos UAP, por natureza do vínculo, AP 5.3, 2012

Fonte: Relatório de Gestão 2012

**Gráfico 13** – Distribuição de Médicos UAP, por natureza do vínculo, AP 5.3, 2012



Fonte: Relatório de Gestão 2012

#### **7.1.4 Implantação de tecnologias de informação**

A implantação do PEP nas unidades de saúde do Rio de Janeiro ocorreu a partir de 2011 e foi uma inovação no que se refere a sistemas de informações.

O registro das informações de saúde e de doença dos pacientes é tarefa diária de todos os que trabalham na área assistencial. O Prontuário Médico, ou do Paciente, ou Registro Médico, é o agrupamento dessas informações. O prontuário em papel vem sendo usado há milhares de anos, desde os tempos de Hipócrates, passando por várias transformações ao longo do tempo, sobretudo no último século, quando se tornou mais sistematizado. Com a evolução da Informática nos hospitais, nasceu o Prontuário Eletrônico do Paciente, visando melhorar a eficiência e organização do armazenamento das informações de saúde, com a promessa de não só substituir o prontuário em papel, mas também elevar a qualidade da assistência à saúde através de novos recursos e aplicações. (McDONALD e BARNETT, 1990).

No Brasil, a preocupação com a investigação de um modelo de PEP surgiu no meio universitário na década de 1990, quando esforços isolados levaram ao incremento de modelos em várias instituições dos grandes centros urbanos. Em face da necessidade de um padrão para o registro de informações sobre o paciente e a integração dos diversos sistemas de informação de saúde nacionais, o Ministério da Saúde propôs, em 2002, um conjunto mínimo de informações sobre o paciente que devem constar do prontuário médico. Cabe às Comissões de Revisão de Prontuários das instituições de saúde fiscalizar se o registro é feito de forma adequada. (FURUIE et al, 2003, BELIAN e NOVAES, 2000). Em julho de 2007, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou as normas técnicas para digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informações identificadas em saúde.

O PEP inserido na AP 5.3 foi o VITAhisCARE®, cujo processo de implantação iniciou-se em fevereiro de 2011, em duas unidades, CF Valéria Gomes Esteves e CF Lourenço de Mello. Os profissionais receberam treinamento por uma semana, que aconteceu simultaneamente nas duas unidades. O treinamento realizou-se por categoria profissional, em um só encontro de uma hora e trinta minutos com cada segmento, isso devido às peculiaridades do perfil de cada categoria. Durante os



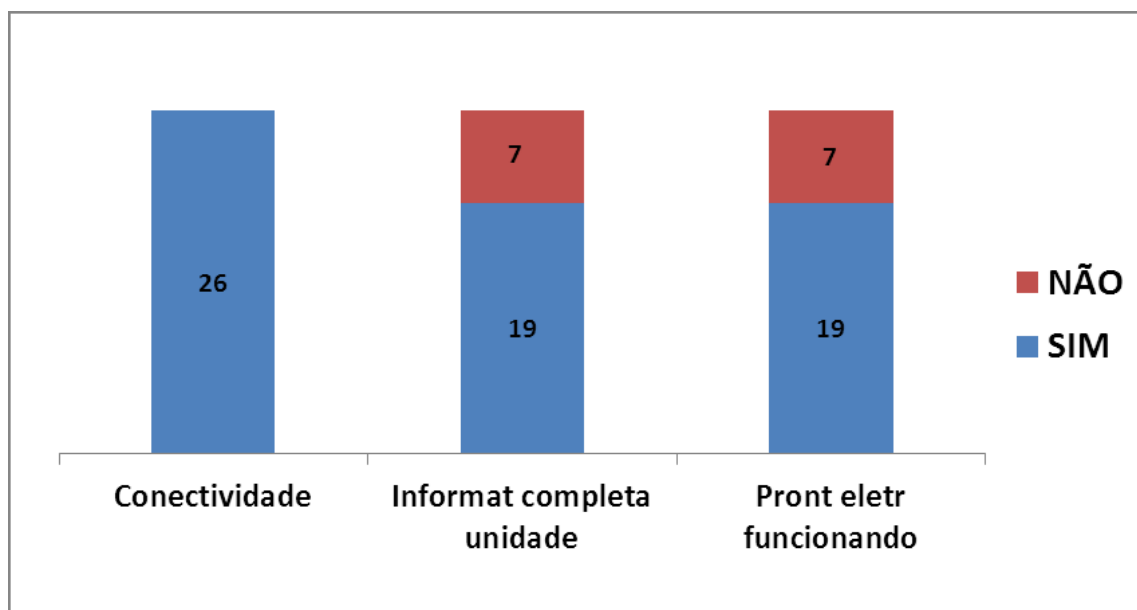
treinamentos identificou-se que os profissionais do VitaHis dominavam as questões relacionadas ao sistema e aos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde, porém desconheciam os detalhes e a importância da informação.

O VITAhisCARE® é um dos PEP utilizados na ESF que possibilita desde o cadastramento de pacientes e famílias até o registro de consultas médicas, serviços de enfermagem, odontológicos e intervenções, num único prontuário eletrônico por paciente. Sua funcionalidade pode ser verificada no Anexo1.

Em março de 2011 implantou-se o PEP nas unidades CF Lenice Maria Monteiro Coelho, CF Deolindo Couto, CF Ilzo Motta de Mello, CF Helande de Mello Gonçalves, CF Jamil Haddad, CF Edson Abdalla Saad, CF Dr. José Antônio Ciraudó, CF Sérgio Arouca, CF Samuel Penha Valle, CF Sávio Antunes e CMS Emydio Cabral Gouveia.

A implantação do PEP continuou em abril de 2011 nas unidades CMS Adelino Simões Nova Sepetiba, CF Waldemar Berardinelle, CMS Décio do Amaral Filho, CMS Cyro de Mello, CMS Dr. Cattapreta, CMS Cesário de Mello<sup>4</sup>. Em junho 2011, a CMS Professor Ernani de Paiva Ferreira Braga passou a utilizar o PEP. No CMS Floripes Galdino e CMS Aluísio Amâncio o sistema ainda estava em fase de implantação. Ao final de 2012, dezenove unidades tinham o PEP implantado (Gráf. 13).

**Gráfico 14 – Informatização 2012**



Fonte:CAP 5.3 – Relatório de Gestão 2012

<sup>4</sup> Nessas unidades, inicialmente, o PEP só era utilizado pelos ACS, devido a problemas estruturais.

De acordo com as observações feitas e relatos de profissionais, inúmeras foram as dificuldades encontradas nessa implantação, algumas ainda permanecem, como: treinamento frágil, alta rotatividade de profissionais, subutilização do PEP, RH insuficiente para o treinamento de tantas equipes, resistência dos profissionais à mudança, dificuldades em relação ao manuseio do computador e do sistema, falta inserção das informações por parte dos profissionais, tempo de resposta aos problemas prolongados, sistema travado, internet lenta ou em queda. Com o tempo, a subutilização foi resolvida.

Entretanto, a partir da geração dos dados a serem enviados para a SMS e Ministério da Saúde, foram evidenciados os erros do sistema e inconsistências dos dados, como, por exemplo, ausência de registros de vacinas especiais e atualização do calendário; dados do SIAB como valores no campo famílias cadastradas, divergindo dos valores do SSA2; quantitativo das gestantes acompanhadas distinto das cadastradas; e vários outros problemas.

Sendo o PEP a fonte de informação para o Ministério da Saúde, todas essas dificuldades encontradas fazem com que o contrato de gestão não seja cumprido, levando as equipes a não atingirem as variáveis 1, 2 e 3 previstas no contrato, quais sejam:

- Parte variável 1 – incentivo institucional à gestão dos TEIAS;
- Parte variável 2 – incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Parte variável 3 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

A gestão tem como conceito que o PEP é um facilitador o processo de trabalho, diminuindo os inúmeros papéis que burocratizam o trabalho. Mas, nos indicadores e alcance das variáveis ainda há vários entraves, gerados a passos lentos. É difícil prever quando estará totalmente eficaz, porém a próxima etapa pretendida é a geração do relatório das estatísticas da SMS, ainda feito manualmente.

### 7.1.5 Recursos Orçamentários

Em relação à execução Orçamentária no ano de 2009, teve saldo positivo, visto que a dotação destinada e empenhada ficou em 96,50%, com liquidação de 98,13%. No exercício seguinte, novamente a avaliação foi positiva, uma vez que a dotação empenhada foi de 97,85% e liquidado de 98,96%. Em 2011, novo progresso, levando em consideração que a dotação empenhada foi de 99,40% e liquidado de 99,50%. No ano de 2012 a dotação empenhada está em torno de 99,83% e o liquidado em 99,09%.

Pode-se observar que os gastos com a OSS aumentaram desde sua incorporação à AP, porém como já citado a AP 5.3 foi a área que recebeu um maior investimento para atingir 100% de usuários com acesso à ESF.

**Tabela 3 – Execução Orçamentária – 2009, 2010, 2011, 2012.**

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - 2009, 2010, 2011 e 2012													
Dotações e valores empenhados por Programa de Trabalho e Naturezas de Despesas.	2009			2010			2011			2012*			
	Dotação	% **	% ***	Dotação	%**	% ***	Dotação	%**	% ***	Dotação	%**	% ***	
PT (PESSOAL)	5.654.000,00	98,26	100,00	26.640.000,00	95,00	100,00	26.607.000,00	99,36	100,00	27.761.000,00	99,31	100,00	
PT (CONCESSIONÁRIAS)				892.128,05	85,40	100,00	672.767,03	100,00	100,00	309.080,00	97,63	100,00	
PT (INOVAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO)													
PT (MANUT. DO CUSTEIO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMARIA)													
Naturezas de despesa	319034 (contratação de mão de obra)												
	335039 (organizações sociais)			45.690.373,70	100,00	100,00	58.116.179,69	100,00	100,00	114.825.609,09	100,00	99,24	
	339030 (consumo)	1.956.108,00	95,41	87,35	924.640,46	98,11	90,27	893.000,00	92,64	99,97	796.119,56	94,47	95,64
	339035 (controle de qualidade)	0,00	0,00	0,00	4.570,60	100,00	90,00	5.484,72	100,00	100,00	50.009,40	100,00	100,00
	339037 (serviços terceirizados)	0,00	0,00	0,00	1.102.939,06	97,19	70,92	1.104.289,53	99,10	100,00	1.269.209,32	100,00	91,04
	339039 (serviços em geral)	5.505.635,39	95,02	100,00	1.384.585,10	99,30	72,23	960.643,98	89,80	53,00	808.753,37	98,68	61,12
<b>TOTAIS</b>	<b>13.115.743,39</b>	<b>96,50</b>	<b>98,13</b>	<b>76.639.236,97</b>	<b>97,85</b>	<b>98,96</b>	<b>88.548.679,69</b>	<b>99,40</b>	<b>99,50</b>	<b>146.269.212,51</b>	<b>99,83</b>	<b>99,09</b>	

Fonte: FINCON (\*\*) % Empenhado/Dotação; (\*\*\*) % Liquidado/Empenhado.

## 7.2 Processos

Com a implantação do novo modelo de gestão, através das Organizações Sociais, as funções administrativas burocráticas da AP 5.3 adaptaram-se à nova realidade. A criação do novo modo de atuação favoreceu a adoção de um enfoque pedagógico associado ao monitoramento e avaliação dos serviços de saúde da área, buscando assim alcançar os princípios norteadores da Atenção Primária – o acolhimento, a longitudinalidade, a integralidade, a abrangência e a coordenação do cuidado.

Em 2011, uma novidade singular foi a implantação da Carteira de Serviços e do Protocolo de Enfermagem para nortear a Rede de Atenção Primária, além do Prontuário Eletrônico, nas unidades de Saúde da Família, conforme descrito anteriormente.

Todas as unidades utilizavam como indicador de qualidade ações dos programas e atendimentos individualizados como: Tabagismo, Polo de Asma, Polo de Mama, Saúde Mental, Acompanhamento do Programa Bolsa Família, Polo de Insulina, Acompanhamento do Pé Diabético. Porém, somente o acompanhamento do Bolsa Família e do Pé Diabético eram unânimes em todas as unidades. Em 2008 todos os serviços eram centralizados na Policlínica Lincoln de Freitas, única unidade que já realizava testagem rápida para HIV.

Foram realizados treinamentos e atualizações nos seguintes temas: Campanha Nacional da Pólio e Campanha de Rubéola, Dengue, Acolhimento Mãe Bebê, Projeto Família Brasileira Fortalecida, um projeto de parceria com a SMS, UNICEF e SME, que visava fortalecer a referência/contra referência das creches com o serviço de saúde.

Na área da Saúde Bucal, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças, realizaram-se, em praça pública, centro poliesportivo, na cidade das crianças, centros comunitários, dentre outros, ações voltadas à prevenção da cárie e doença periodontal, além do tabagismo. Observaram-se dificuldades na assimilação de informações: grande quantidade de jovens tinham lesões cáries extensas e perda dentária precoce. Revelaram-se ainda como dificuldades a falta de material didático, falta de espelho para avaliação individual e um único escovário para toda a A.P.5.3.

As Unidades Básicas de Saúde e os módulos da Estratégia Saúde da Família mantiveram suas atividades de Planejamento Familiar, incentivando, principalmente, a participação de homens e adolescentes nas atividades de grupo. Até novembro de 2009, formaram-se 178 grupos, somando 487 reuniões. Entretanto, apesar dos esforços em facilitar a participação dos usuários nos grupos, observou-se baixa adesão, vez que, das 3124 mulheres e 462 homens inscritos, apenas 48% e 63%, respectivamente, concluíram as atividades educativas.

O surto de dengue contribuiu para o enfraquecimento dos programas, sendo que o planejamento para 2009 era visitar as unidades para analisar cada situação, avaliar possíveis dificuldades e reorganizar as atividades na área.

A partir do relatório de gestão 2011, a SMS determinou como instrumento do relatório de gestão a realização da matriz SWOT, investindo no planejamento e avaliação da gestão, realizados pelo coordenador da AP e sua equipe. As matrizes 2011 e 2012 (Quadros 1 e 2) foram transcritas na íntegra dos relatórios de gestão.

**Quadro 1** – Matriz SWOT 2011 – AP 5.3

	FORÇAS	FRAQUEZAS
Interna (Organização)	Aproximação dos parceiros locais.	Falta de liderança dos gestores locais; Falta de foco nos resultados; Grande número de demandas administrativas; Profissionais sem comprometimento com missão institucional.
Externa (Ambiente)	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	Acompanhamento da execução do projeto Saúde Presente pela SUPAV e Gabinete do Prefeito	Atraso na execução do planejamento local em decorrência de novos objetivos.

Fonte: AP 5.3 Relatório de Gestão 2011.

Quadro 2 – Matriz SWOT 2012

	FORÇAS	FRAQUEZAS
Interna (Organização)	<p>Pagamento por performance;</p> <p>Premiação QualiDia;</p> <p>Melhor articulação e difusão das informações técnicas produzidas pelas divisões da CAP;</p> <p>Utilização das ferramentas do Google (drive, Earth, docs, agenda) para gerenciamento das informações;</p> <p>Capacitações sobre tratamento de feridas e padronização das práticas nas unidades (insumos, avaliação e conduta);</p> <p>Certificações das unidades;</p> <p>Alto número de trabalhos aprovados em Congressos Científicos;</p> <p>Estudo do perfil das Gestantes da Área para acompanhamento do pré-natal, monitorado gestante a gestante;</p> <p>Co-responsabilização das equipes quanto à vigilância dos indicadores.</p>	<p>Grande número de demandas administrativas;</p> <p>Inconsistências do Prontuário eletrônico;</p> <p>Alto índice de abandono no tratamento da tuberculose;</p> <p>Falta de agilidade e credibilidade do Laboratório de Análises Clínicas contratado;</p> <p>A Pol Lincoln de Freitas e o CAPS Simão Bacamarte não fazem parte do contrato de gestão.</p>
	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Externa (Ambiente)	<p>Congressos Científicos, Eventos, Seminários;</p> <p>Campanhas: Intensificação de Vacinas Fique Sabendo, Semana de Combate à Diabetes, Ação em Hanseníase, Semana de Prevenção à Diabetes, Campanha de Hepatites Virais.</p>	<p>Tragédias naturais (temporais com inundações de unidades, falta de Luz e queda de árvores).</p> <p>Aumento da violência local afetando o funcionamento das unidades.</p>

Fonte: AP 5.3 Relatório de Gestão 2012.

Em 2012, a AP 5.3 buscou esforços para melhorar a qualificação profissional e ampliar os serviços preconizados na Carteira de Serviços. Os procedimentos que apresentaram menor oferta na área foram: inserção de DIU; remoção de cerume; cirurgia de unha e desintoxicação alcoólica. Diante da análise dos dados,

realizaram-se encontros com os gestores das unidades de saúde que apresentavam baixa adesão aos serviços preconizados nesse instrumento, objetivando estratégias para a melhora do quadro.

O Polo da Dengue 24 horas cumpriu seu papel de modo satisfatório, principalmente no apoio às unidades básicas de Atenção Primária, após as 20 horas, e na redução da demanda de pacientes hospitalares. Pela boa resolutividade, apesar de ter realizado 4.844 atendimentos de primeira vez e o total geral de 10.190, sendo que apenas 61 pacientes foram encaminhados para internação hospitalar.

Dentre as 26 unidades de Saúde da AP 5.3 em 2012, realizou-se o total de 349 ouvidorias, que foi utilizado como indicador para avaliação do desempenho das unidades e, conseqüentemente, da Área. Em primeiro ficou a Policlínica Lincoln de Freitas, que teve como natureza de suas reclamações: maioria sobre a demora no agendamento de consultas e falta de equipamento. Ressalte-se que essa unidade atende toda a Área Programática e detém grande demanda. A segunda maior queixa em relação a outras unidades foi a demora no agendamento de consultas.

Outro marco importante na Área foi a implantação da Academia Carioca em todas as unidades de saúde no ano de 2012. Observou-se o aumento da satisfação dos usuários e, de modo prioritário, o impacto da atividade física na qualidade de vida da população, além da diminuição dos efeitos fisiológicos e metabólicos nos indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas como a Diabetes e Hipertensão. Segundo relatório do grupo coordenador da Academia Carioca, 54% dos hipertensos que participaram da Academia obtiveram o controle dos níveis pressóricos, e 44% dos diabéticos tinham o nível glicêmico controlado. É importante destacar que esses dados foram levantados somente após seis meses de implantação do espaço. Portanto, os resultados obtidos ainda não expressam toda a capacidade da área.

Em relação à Saúde Bucal, analisou-se a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico realizado pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática, o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico (PPT).

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos daria uma cobertura média nacional de 17%, com uma variação de 5,9% (RO) a 64% (TO). No entanto, foi considerado o problema de sub-registro existente nessa

produção. O valor pactuado com a SESDEC para 2010 foi de 6%, o mesmo utilizado e já alcançado em 2012. A meta a ser alcançada para 2013 será de 12%; e, para 2014, de 17%, a média nacional.

Esta avaliação contribuiu para análise da cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção primária realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico.

Para fortalecer as ações no território, a integração das divisões da CAP com os apoiadores da OSS foi de extrema importância, uma vez que disponibilizou a informação e discussão sobre cada unidade. A utilização de recursos do *Google* foi imprescindível no processo de integração, facilitando o acesso aos dados, através do dispositivo *Drive*. O acesso foi irrestrito e disponível a todos por meio das contas de e-mail, instrumento utilizado para facilitar a comunicação e otimizar o tempo. Além disso, todos os gestores acompanhavam a evolução das informações, com visão de toda a área programática, bem como uma avaliação para que houvesse a oportunidade de pensar em ações de acordo com as informações.

As certificações realizadas pelo MS, em parceria com a SMS, foram outro fator importante para o fortalecimento da gestão, como também a adesão ao Programa de Melhoria da Qualidade (PMAQ).

Alcançaram a premiação 6 unidades como Promotoras do Cuidado à Pessoa com Hipertensão e Diabetes, 1 unidade Parceira na Luta Contra Hepatites Virais, 7 unidades Parceiras da Mulher em Alerta, 2 unidades Amigas do Cariquinho, 10 unidades Parceiras da Mulher Carioca, 4 unidades certificadas pela Pneumologia Sanitária – Tuberculose, 4 unidades Parceiras do Adolescente, 4 unidades certificadas em Hanseníase, 4 unidades Promotoras da Solidariedade e da Cultura de Paz, 5 unidades certificadas por Notificação Compulsória Oportuna, 5 unidades promotoras da Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária.

As capacitações em tratamento de feridas, com recurso de novas tecnologias adquiridas, foi outro destaque. Todas as unidades do território já foram capacitadas.

Já o prontuário eletrônico foi apontado como uma das fraquezas, em face de os relatórios de produção serem inconsistentes e não condizerem com a realidade. Notadamente, constatou-se que este poderia ser uma ferramenta viável para o



planejamento das ações e otimização da prática diária. Cabe ressaltar que a Coordenadoria encaminhou diversas notificações acerca dos problemas apontados pelas equipes.

Em relação ao laboratório de análises clínicas contratado, uma fraqueza detectada foi que não apresentou a agilidade necessária nos resultados. Por isso a Coordenadoria de Área decidiu pela substituição por outro que melhor atendesse as necessidades locais.

Outro aspecto detectado foi que a Policlínica Lincoln de Freitas Filho e CAPS Simão Bacamarte não integram o Contrato de Gestão, o que resulta, em dificuldade na contratação de profissionais e reforma dessas unidades.

Constatou-se, positivamente, que todas as equipes de saúde da família passaram a contar com um Agente de Vigilância em saúde por equipe, atuando nos territórios em parceria com os demais membros das equipes.

### **7.3 Resultados da APS segundo indicadores selecionados**

O indicador de consultas de pré-natal mostrou variação positiva em 2011, de 69,6%, no comparativo com 2009. Tal variação se atribuiu à expansão da Estratégia de Saúde da Família, que ampliou o acesso aos serviços. Essa ampliação também influenciou a média de consultas de pré-natal, que progride a cada ano, alcançando a média de 5,80 consultas em 2011, sendo a média preconizada pelo Ministério da Saúde de 6 consultas durante o acompanhamento de pré-natal.

Quanto ao indicador Vacinação de tetravalente alcançou-se o índice de 97%, superior ao estabelecido pela SMS. Diversas iniciativas contribuíram para a melhora deste desempenho, como campanhas de intensificação e eventos de promoção da saúde. A vigilância nas salas de imunização é minuciosa a fim de se realizar busca ativa dos casos de absenteísmo, para posterior visita domiciliar.

No que tange ao indicador coleta de colpocitológico, registrou-se, ainda, variação positiva em 2011, de 54,5% em relação a 2009. Esse indicador mereceu maior monitoramento, já que a capacidade operacional permitiu aumento da sua razão.

Quanto à razão de mulheres que realizaram coleta de colpocitológico na faixa etária preconizada, a dificuldade encontrada decorreu do alto índice de absenteísmo

nesse procedimento, tema recorrente nas reuniões de equipe. Porém se verificou aumento expressivo desse indicador.

Os indicadores acima ponderados estão discriminados na Tab. 4, a seguir.

**Tabela 4 – Avaliação de indicadores**

Atividade	Indicadores	2009	2010	2011	2012
Consultas de pré-natal *	Média de consultas de pré-natal, por gestantes, da unidade X, por ano	2,5	2,55	4,24	5,8
	Número de consultas de pré-natal na rede de atenção primária	12655	13990	22397	34523
Vacinação de tetravalente**	Proporção de crianças menores de 1 ano vacinadas para tetravalente	95	89	90	97
Exames colpocitológicos***	Razão de exames colpocitológicos na faixa etária de 25 a 59 anos, em relação à população-alvo na área de abrangência da unidade	0,11	0,1	0,17	0,23
% de denúncias relacionadas a dengue atendidas pelo 1746 em até 5 dias. (****)	Forma de cálculo: (nº denúncias atendidas em até 5 dias/ nº denúncias realizadas) * 100. Meta: ≥70%	0	0	65,10%	80%

Fontes: (\*) SIA/SINASC; (\*\*) SI-API; (\*\*\*) SISCOLO; (\*\*\*\*) S/SUBPAV/SVS/CVAS.

Dados AP – População (IBGE, 2010), n mulheres de 25a 59 anos (IBGE 2010) e n nascidos vivos (SINASC).

Em relação à mortalidade infantil (Tab. 5) a variação foi a mesma dos anos anteriores, apesar do investimento na capacitação da assistência pré-natal, incentivo ao aleitamento materno e ampliação da cobertura da atenção primária (acesso).

**Tabela 5 – Indicadores monitorados pela Casa Civil**

INDICADORES MONITORADOS PELA CASA CIVIL								
Indicador	2009		2010		2011		2012	
	MRJ	AP	MRJ	AP	MRJ	AP	MRJ	AP
Mortalidade infantil (*)	13,63	18,43	13,05	14,38	13,22	17,18	13,5	14,26
Mortalidade materna (*)	72,29	67	75,73	155,9	58,62	168,07	45,7	67,15
%Cobertura da ESF (**)e (***)	3,50%	32%	12,06%	82%	31,93%	87%	43,46%	96%

Fontes: (\*) GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC-RJ; (\*\*) Prontuário Eletrônico; (\*\*\*) Meta aumentar em 10 vezes a cobertura do Programa Saúde da Família no município até 2012, tendo como referência o ano de 2008.

No tocante à mortalidade materna, verificou-se alteração significativa nesse indicador, haja vista seus resultados após os investimentos em treinamentos sobre o pré-natal. A perda do Hospital Pedro II (referência para partos locais), no final de 2010, foi relevante para a elevação desse indicador.

Quanto à coleta de colpocitológico, no ano de 2011, a variação foi positiva em 9% em comparação com 2010. Em 2012, atingiu-se 71,8% da produção do ano anterior. Neste quesito, a instabilidade do sistema de prontuário eletrônico foi uma dificuldade apontada pelas equipes, vez que apresenta divergência da realidade da unidade. Como exemplo disto, têm-se a Produção de Marcadores de Saúde – PMA2, que foi a principal fragilidade do sistema.

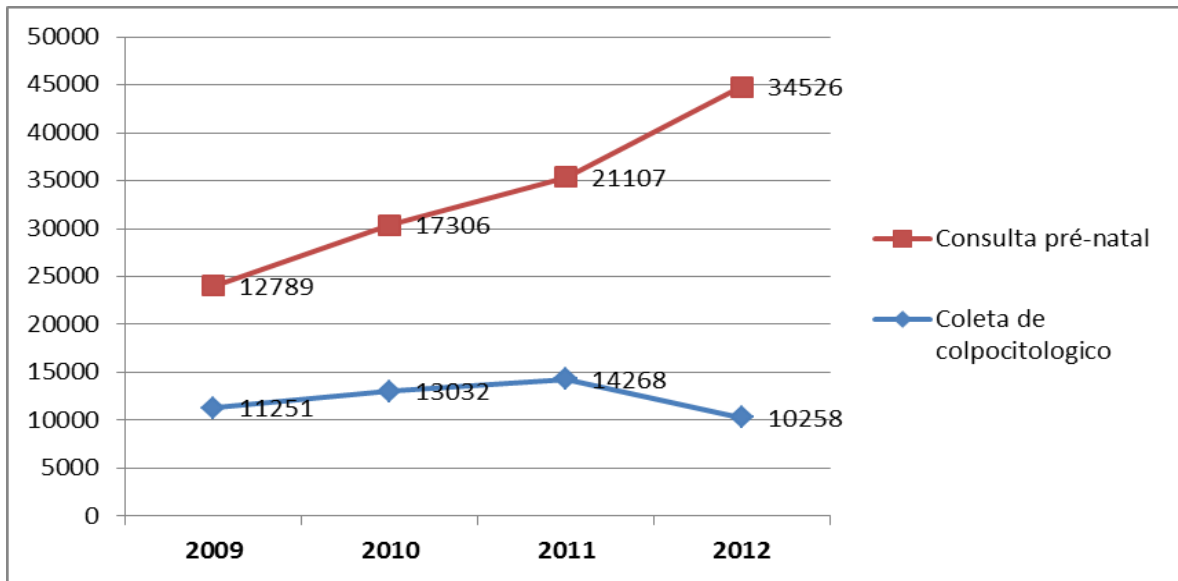
Tais eventos ocasionaram descrédito, levando à subutilização dos recursos disponíveis no sistema pelos profissionais. No pagamento por desempenho, utilizaram-se diversas fontes de registro, causando grande dificuldade na sua consolidação.

A AP 5.3 promoveu quinzenalmente um Comitê Operacional do prontuário eletrônico, para expor e discutir dificuldades na utilização do sistema pelas equipes. Notificou-se a empresa responsável quanto aos problemas e inconsistências do sistema, porém as respostas a essas solicitações não se identificam com a agilidade necessária para a análise do processo de trabalho.

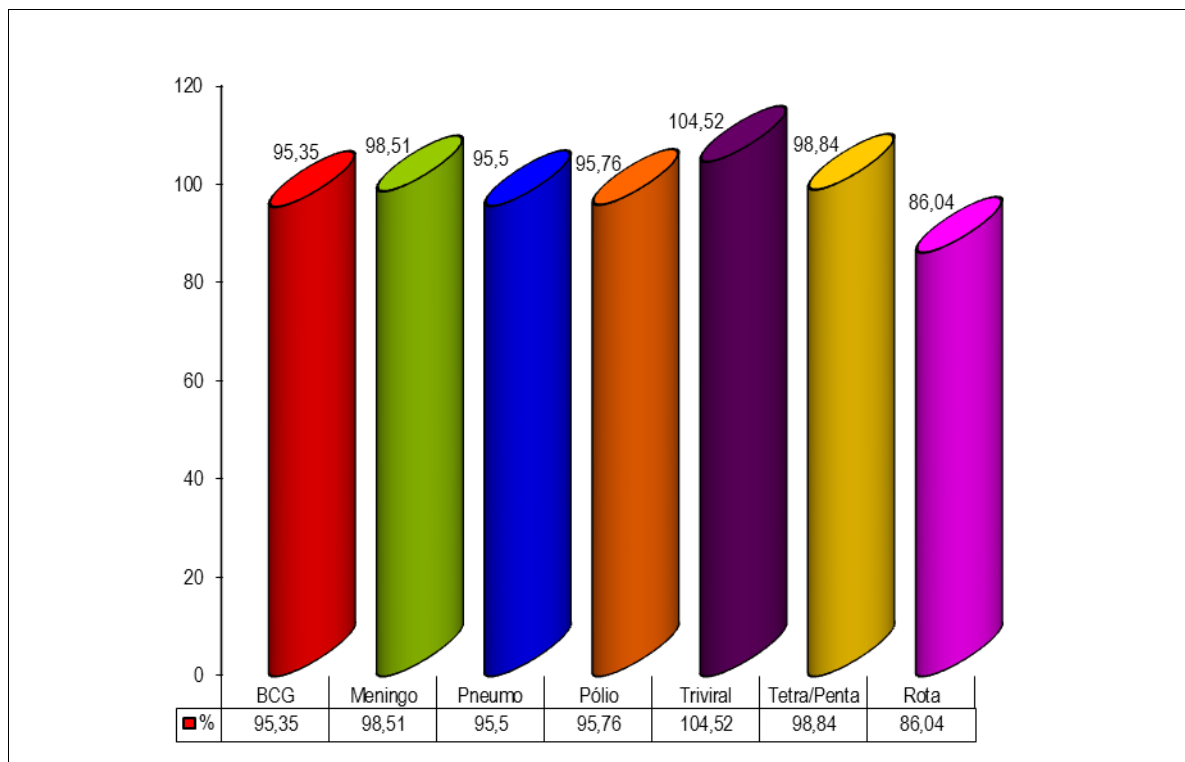
Considerando a relevância dos indicadores de mortalidade materna e infantil, anteriormente apresentados, a Coordenadoria optou por analisar a variação da cobertura de pré-natal. Pôde-se observar uma variação positiva quanto ao número de procedimentos aprovados anualmente. No que se refere ao número de consultas de pré-natal, ocorreu alteração positiva de 38,8% no ano de 2012 em relação a 2011. A variação ocorrida em 2012, em relação ao ano de 2009, é de 63%, o que demonstrou a importância da expansão e então se primou pela garantia do acesso e pela qualificação da assistência (Gráf. 14).

Diante disso, infere-se que a reabertura do Hospital Pedro, o aumento da adesão ao programa Cegonha Carioca e as capacitações dos profissionais, são importantes mecanismos para a queda desses indicadores.

Outro indicador monitorado por essa Área Programática foi a cobertura vacinal (Graf. 15). A meta mensal, estipulada pela Gerência de Imunização seria de 513 doses/mês para cada imunobiológico. Em 2012, a área alcançou média positiva de cobertura vacinal superior a 90%, exceto em rotavírus, devido ao período específico de aplicação das doses. O monitoramento das doses foi realizado mensalmente pela Divisão de Vigilância em Saúde e por unidade. O foco principal foram as crianças menores de 1 ano. Já para 2013, o foco principal será a faixa etária de 4 a 6 anos.

**Gráfico 15 – Evolução consulta de pré-natal e coleta de colpocitológico**

Fonte: TABNET/PEP

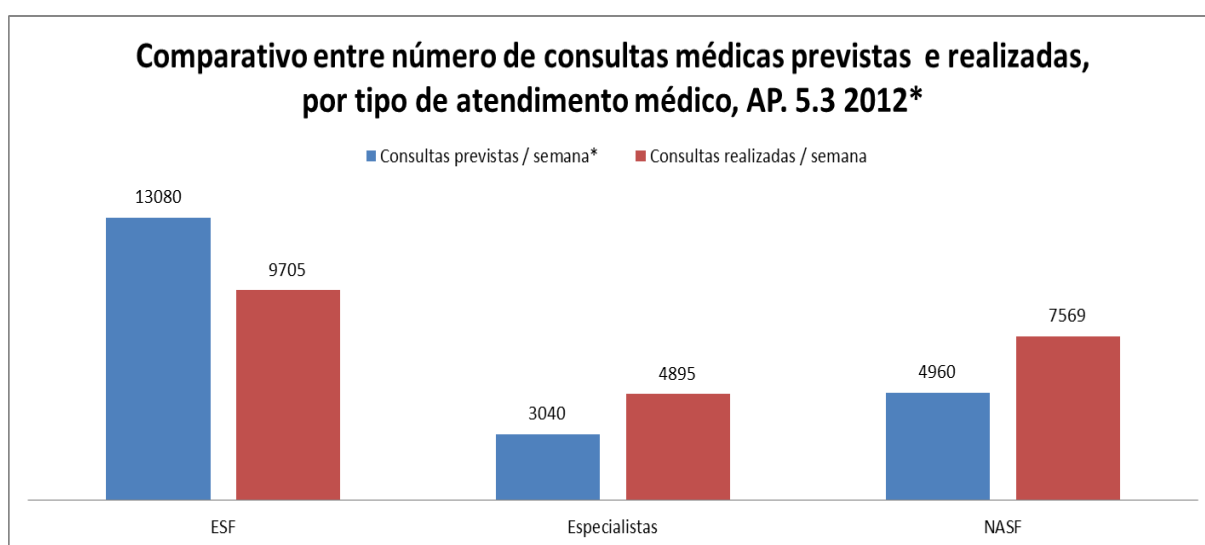
**Gráfico 16 – Cobertura vacinal em 2012**

A produção da Área Programática manteve a média de procedimentos aprovados (se refere a todos os procedimentos realizados na área de forma

abrangente desde consultas a realização de curativos) de 87%, considerada positiva. A meta de 2012 foi aprovar 95% dos procedimentos apresentados e para isto investirão na capacitação dos Gerentes/ Diretores no que tange os sistemas de informação.

A capacidade operacional permitiu aumentar ainda mais o quantitativo de procedimentos, como demonstra o Gráf. 16.

**Gráfico 17** – Comparativo entre o número de consultas médicas previstas e realizadas, por tipo de atendimento médico, AP. 5.3 – 2012.



Fonte: TABNET, 2012

Para melhor avaliação das consultas médicas previstas e realizadas, propôs-se a avaliação mensal por unidade. Isso tornaria possível alcançar o levantamento dos Recursos Humanos e, portanto, considerar férias, licenças e capacitações. O acompanhamento da produção ocorreu, mensalmente, pelos gerentes/diretores, orientados a monitorar e avaliar o cumprimento das metas previstas.

Quanto à previsão e execução das consultas na Estratégia de Saúde da Família, alcançou a média de 74%. Considera-se que esse resultado decorreu da rotatividade de profissionais médicos, principalmente daqueles com carga horária de 20 horas/semanais. Para avançar nesse ponto, a Coordenação promoveu reuniões mensais com gerentes/diretores, para discutirem a produção e apresentarem suas justificativas.

Destaca-se também o crescimento acelerado da produção anual (Tab. 6), apresentando variação positiva, com a quantidade de procedimentos realizados aumentando consideravelmente entre 2009 e 2012.

**Tabela 6** – Evolução dos procedimentos realizados – AP. 5.3 – 2009/2012.

Ano	2009	2010	2011	2012
<b>Quantidade de Procedimentos</b>	1.265.639	1.540.656	2.354.654	3.286.552
<b>Varição % Positiva Anual</b>	–	21%	52,8%	28,3%

Fonte:Relatório de Gestão 2012

Pode-se atribuir o crescimento da produção à ampliação da ESF, sendo que, nos próximos anos, a variação deverá se manter linear, não mais em decorrência da ampliação da rede, mas em função da consolidação dos serviços.

Nesse processo, não se deve comparar uma unidade do tipo A, com atenção territorializada de modo integral, a uma do tipo B, que tem apenas parte de seu território assistida pela ESF, já que os serviços diferem na assistência ao paciente. A saúde da família promove e planeja a oferta de serviços de acordo com a demanda e diagnóstico da área, além de ser uma estratégia de busca ativa.

As unidades do tipo B ofertam, além de serviços básicos (acompanhamento de HAS e DM, pré-natal, etc.), especialidades médicas que, por vezes, subsidiam o trabalho de outras unidades do tipo A.

A ampliação da oferta dos serviços à população e a expansão da rede de apoio diagnóstico, com os serviços de ultrassonografia e radiografia e a terceirização do laboratório de análises clínicas implantados nas Clínicas da Família, aliados à implantação da Carteira de Serviços da Atenção Básica, foram determinantes para o expressivo aumento da produção da área.

Também se realizou processo de capacitação sobre os seguintes assuntos: Ficha de Programação Orçamentária, TABNET, Boletim de Produção Ambulatorial, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, entre outros.

O relatório em apreciação não encerra apenas a gestão de um ano, trata-se da análise de um ciclo. Todas as avaliações realizadas tomaram como parâmetro o exercício de 2009, quando se iniciou o Projeto Saúde Presente. Assim, nessa série

histórica, observou-se o avanço do acesso da população à rede de Atenção Primária, como também a consolidação dos serviços no território.

Todas as unidades de saúde municipais ficam subordinadas localmente à Coordenadoria de Saúde da AP 5.3 (CAP 5.3), unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território, e entre estas e a população usuária dos serviços, ou as lideranças e conselheiros de saúde da área. A CAP 5.3, diretamente ligada à Superintendência de Integração das AP (SIAP) e Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O Planejamento 2013 incluiu o monitoramento dos casos de tuberculose como principal ação programática da equipe de apoiadores, visto que o índice de abandono verificado na área ainda é alto.

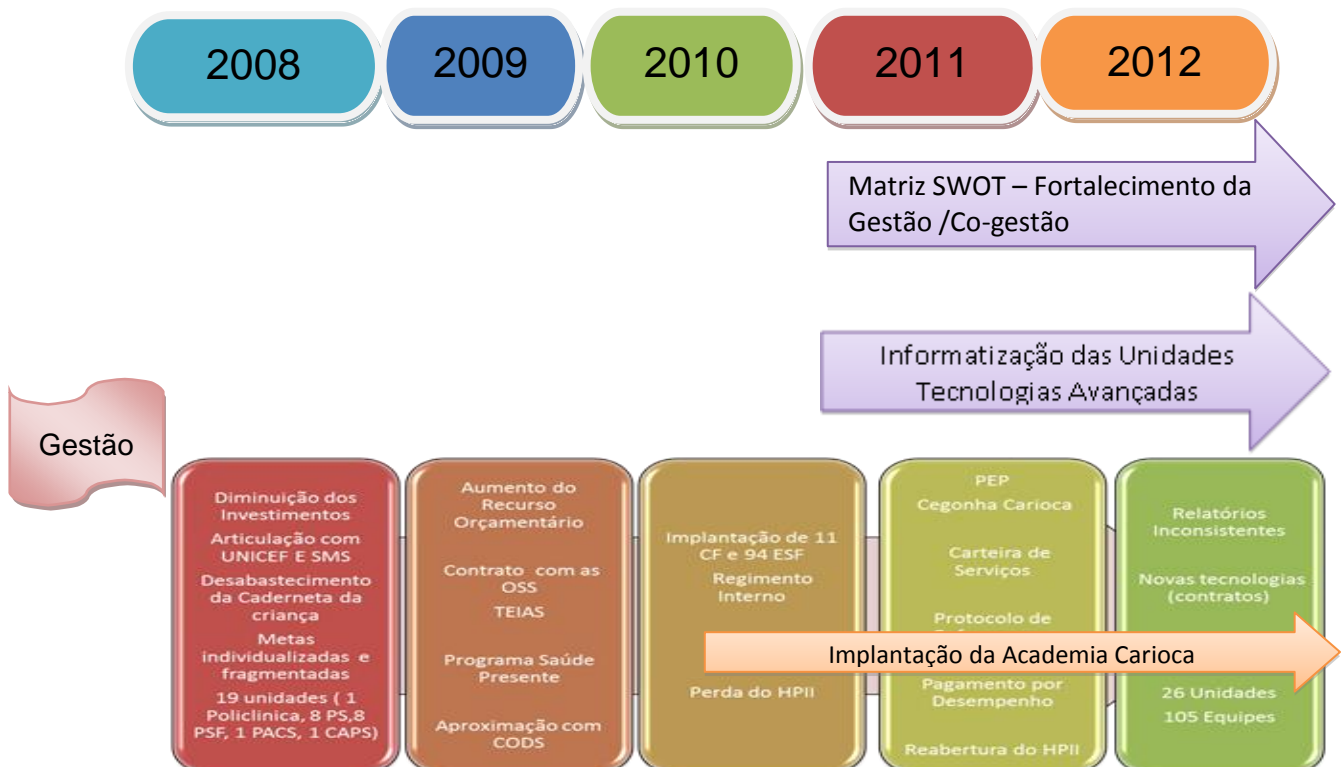
Assim, analisadas as fortalezas e dificuldades, sistematizaram-se as reflexões pela Matriz SWOT (Fig. 5), porém com certa limitação, vez que não se deu de forma coletiva, diferentemente da matriz proposta pela coordenação, com a participação de profissionais diretamente ligados à sua equipe (isto é, para resultados e discussão).

A partir da coleta dos dados, realizou-se análise do processo de trabalho da gestão da AP 5.3 (Fig. 8), tendo como produto as categorizações norteadas pela PNAB: gestão da saúde, acesso, vigilância em saúde e informação, qualidade e integralidade da atenção, promoção da saúde e formação profissional. Isto objetiva apresentar a situação na AP 5.3 para a reflexão e discussão com os gestores.

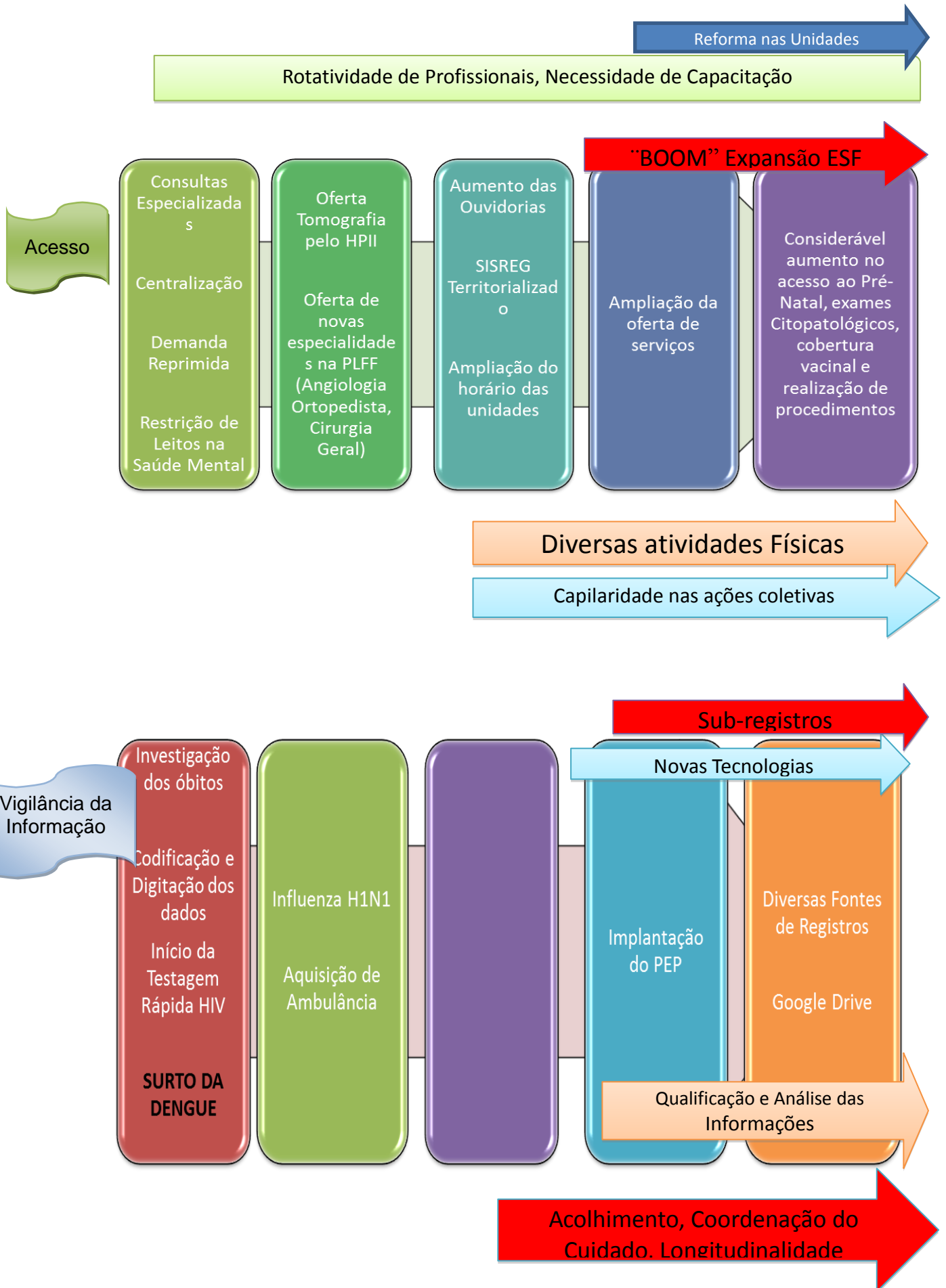
**Figura 5 – Fragilidades e fortalezas: Matriz SWOT/ Comparação com dimensões da PNAB**

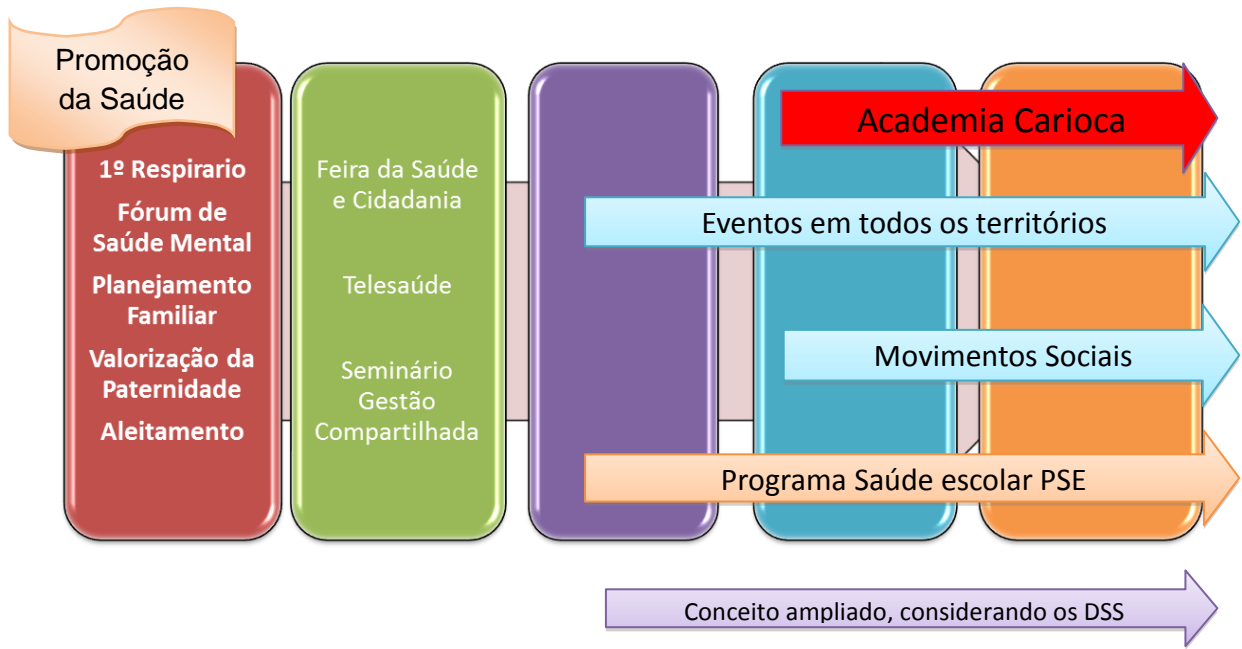
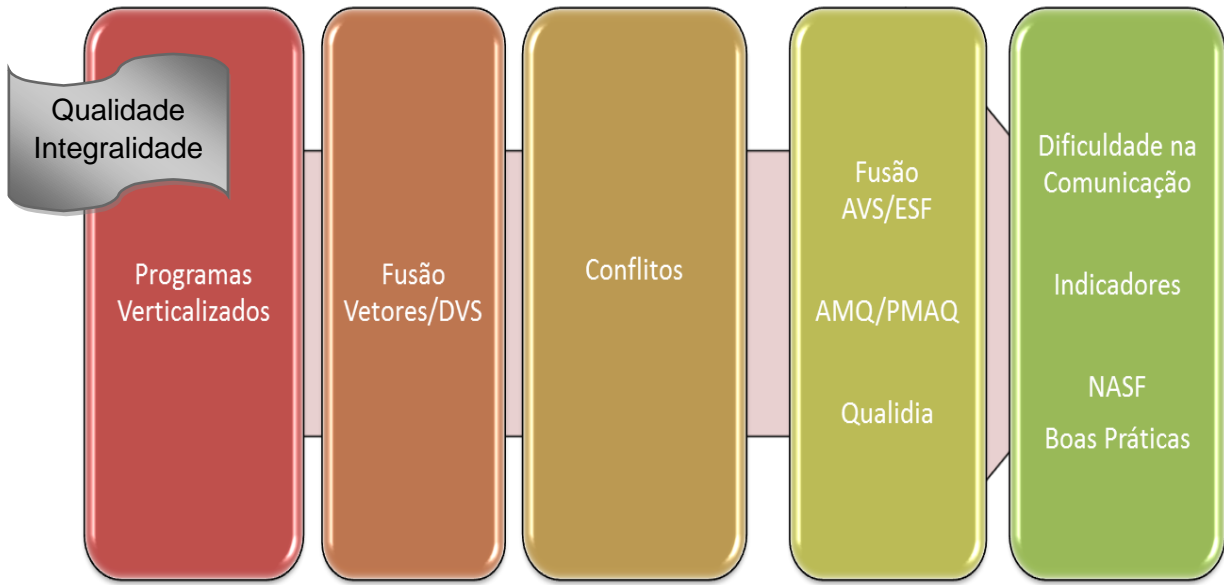


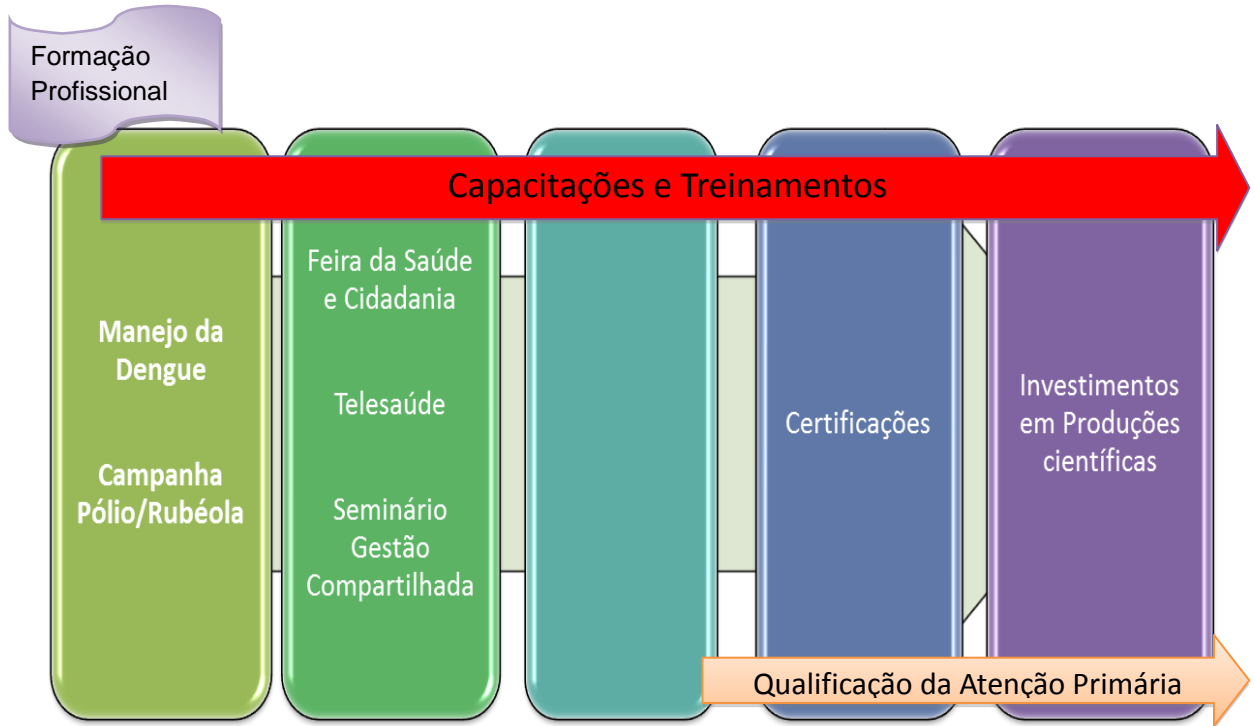
**Figura 6 – Sistematização por categorização dos relatórios de gestão, observação e prática, demonstrando quais os avanços foram ocorrendo ao longo dos anos.**











## 8 DISCUSSÃO

O presente estudo baseou-se na avaliação de relatórios de gestão, bem como na premissa de que a APS, pelos atributos que a caracterizam, têm vocação para assumir o percurso terapêutico dos seus usuários. Segundo Starfield (2002), a coordenação é positivamente associada com a força da APS. Nesse sentido, medidas para fortalecer a APS correspondem ao mais importante conjunto pró-coordenação.

A Estratégia Saúde da Família faz-se presente no Brasil desde 1994. Porém, analisando-se os relatórios de gestão, percebe-se ainda em 2008 um cuidado fragmentado e centrado no atendimento médico. A partir de 2009, com a expansão das equipes, passa a inclinar-se, no decorrer dos anos, para um cuidado mais descentralizado e integral, com maior capilaridade. Entretanto, ainda há atuação centrada nas linhas de cuidados na lógica dos programas verticalizados.

Mendes (2011) destaca que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas segundo as necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde dos usuários. Atualmente há uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, carga importante de causas externas e presença hegemônica forte de condições crônicas.

Essa situação não poderá ser resolvida adequadamente por um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas. É imprescindível restabelecer-se a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolve a implantação das redes de atenção à saúde, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira. (Mendes, 2011).

O autor supracitado refere que o acesso aos serviços de saúde opera em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição, que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade,

menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

De acordo com a PNAB (2012), a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Assim, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde revelou algumas evidências: a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo esse aspecto particularmente importante para os serviços preventivos, ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos.

A APS atua, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; realiza a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares; promove mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados; mantém a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; tem um sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; adota gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; dispõe de recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde; tem um sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde; dispõe de financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e mantém ação intersetorial ampla. (Mendes, 2011).

Nesse contexto, a informatização foi um avanço no tocante à tecnologia no Rio de Janeiro, porém ainda há problemas nos registros e na produção dos dados, causando viés entre dados apresentados e a realidade. Além disso, há ainda a resistência da parte de alguns profissionais às mudanças.

A pretensão do programa Saúde Presente era, sobretudo, ampliar o acesso na AP 5.3. Quanto a isso, os resultados são positivos, pois em 2012 atingiu-se 97% da população com acesso à ESF, aumentou o número de procedimentos e de coletas de citopatológicos. Também cresceram consideravelmente as demandas nas unidades de saúde, mas ainda há fraquezas que precisam ser resolvidas, como a qualificação dos gestores e profissionais.

A qualificação do gestor ainda é frágil, pois se designam para esses cargos pessoas sem conhecimento teórico/prático de gestão, como também isso envolve o saber e autonomia dos sujeitos sobre seu entendimento e práticas já vividas. Seria importante, e causaria impacto positivo na gestão, a preparação dos gestores para o uso de ferramentas como planejamento, monitoramento e avaliação, realização de treinamentos específicos para trabalhar os pilares da competência (habilidade, atitude e conhecimento), emergindo as potencialidades e fragilidades do gestor, a fim de alcançar as metas estabelecidas, bem como prepará-lo efetivamente para o cargo.

Além disso, um eixo que deveria ser mais bem articulado era trabalhar com as prioridades locais de cada território. Conforme afirma Mendes (2011), o trabalho deve ser articulado pelas necessidades de saúde da população, que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Discorrendo sobre as categorias selecionadas, destacam-se:

- 1) **Gestão** – O trabalho da gestão em 2009 inicia-se pela AP 5.3, eleita pela Prefeitura do Rio de Janeiro/SMS como prioritária para o investimento em saúde, pautando seu trabalho na organização dessa expansão, ao longo do período até 2012, investindo em recursos humanos e materiais, capacitações diversas, aproximação do Conselho Distrital e de lideranças comunitárias, favorecendo um controle social. Com a expansão, foram construídas Clínicas da Família e procedidas reformas nas unidades. Além disso, a implantação do Prontuário Eletrônico, da carteira de serviços e do pagamento por desempenho indicou aumento significativo de demandas e necessidade de outras capacitações. Porém, os indicadores demonstram um grande avanço de tecnologias duras, sendo imperativo atualmente retomar a reflexão das tecnologias leves, e já há uma tendência para o fortalecimento da cogestão.
- 2) **Acesso** – A área contava com 19 unidades de saúde, atualmente são 26. Houve capilaridade nas ações, ampliação dos serviços e do horário das unidades, intensificação nos cadastramentos, aumento das ouvidorias, gerando mais consultas, atendimento em tecnologias avançadas, como raios-X, ultrassonografia, cardiotocografia e perfil biofísico fetal, porém

essa grande expansão gerou uma demanda desordenada, superlotando as agendas médicas. Observa-se uma população mais “doente” e, questiona-se como coordenar um cuidado e atender às demandas ainda verticalizadas pelos programas.

Mendes (2011) afirma que, para se organizar o acesso à saúde na rede, por meio da atenção primária, é necessário delinear-se normas em protocolo e fluxos assistenciais definidos, a partir do que o usuário poderá saber em qual unidade de saúde deverá ser acolhido, e referenciado para o nível secundário e terciário, se necessário.

Todo trabalho desenvolvido na AP 5.3 vai ao encontro das orientações da PNAB (2012), a qual estabelece que as tecnologias de cuidado sejam complexas e variadas, devendo auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Entretanto, ainda é cogente uma maior descentralização, para estudo dessas questões nos territórios de cada unidade.

Em relação ao acesso, podem-se avaliar duas dimensões, as quais se inter-relacionam:

- 1) **Acessibilidade sócio-organizacional:** inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas na utilização dos serviços;
- 2) **Acessibilidade geográfica:** relaciona-se à fricção do espaço, que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros. Apesar de atributos dos indivíduos (sociais, culturais, econômicos e psicológicos) não fazerem parte do conceito de acessibilidade de Donabedian, a relação destes com o uso de serviços é mediada pela acessibilidade, ou seja, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços. Ela não se restringe apenas ao uso, ou não, de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e

dos recursos tecnológicos empregados às necessidades de saúde dos pacientes. (DONABEDIAN, 1973).

Andersen (1995) prioriza o termo acesso. Em uma das versões iniciais do seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles pertinentes à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, quais sejam: Qualidade/Integralidade, Vigilância/Informação, Promoção da Saúde e Formação Profissional.

**Qualidade/Integralidade** – São perceptíveis ainda atendimentos voltados para Programas. A expansão trouxe uma série de conflitos, com a fusão de estatutários e contratados, resultando em um processo de trabalho conturbado. Porém, o acolhimento, a longitudinalidade e coordenação do cuidado são eixos trabalhados até os dias atuais. A rotatividade de pessoal contribuiu para a dificuldade na qualificação e a contratação de profissionais pouco experientes. A realização de um grande número de procedimentos não significa que estes são oferecidos de forma adequada. Diariamente, depara-se com situações como, por exemplo, “gestante com BCF negativo solicitada a aguardar uma semana em casa para repetir a USG”. Entretanto, percebe-se o empenho da gestão da CAP em qualificar melhor os profissionais, resgatar o matriciamento para alcançar boas práticas clínicas. O Programa de Melhoria pela Qualidade (PMAQ), implantado pelo Ministério da Saúde, também se constituiu ferramenta para a melhoria do trabalho das equipes.

O acolhimento e o apoio matricial podem vir a contribuir para ampliar a resolutividade.

**Vigilância/Informação** – O surto da dengue em 2008 fez com que várias ações fossem reconduzidas. A expansão veio acompanhada da informatização e aquisição de novas tecnologias, todavia muitos dos profissionais não tinham bom manejo com o computador, e isso, associado a um novo programa, gerou sub-registros. Além disso, o PEP ainda produz inconsistências, não gera todos os relatórios solicitados, levando os profissionais a um retrabalho, no que tange à burocratização, com a perda de muitos dados.



Uma sugestão é, ao se pensar o PEP, elaborar-se um projeto piloto em determinada unidade ou AP e, somente quando o este estivesse dentro do padrão de excelência, fosse expandido às outras APs. Atualmente a AP 5.3 com a OSS têm intensificado suas ações na qualificação e análise dos registros. Uma tentativa de minimizar o envio de estatísticas no papel foi a inserção de planilhas no *google docs*, que os gerentes alimentam mensalmente com dados a partir dos quais poderiam ser gerados os relatórios pelo PEP.

A informação e vigilância têm modificações significativas nas relações sociais, em virtude da multiplicidade e da velocidade com que as informações circulam. Faz-se, então, cada vez mais necessário ampliar um olhar em busca de conhecimento e de novos modos de se relacionar com a realidade.

**Promoção da Saúde** – A área 5.3 sempre esteve envolvida com ações de Promoção da Saúde, investindo em fóruns, seminários e outros eventos, viabilizando uma maior articulação com a comunidade. Com a expansão da ESF, promoveu a intensificação da discussão sobre o conceito ampliado em saúde, considerando os determinantes sociais, autonomia do indivíduo e controle social, proporcionando uma escuta mais qualificada e ações cada vez mais coletivas.

**Formação Profissional**– A AP 5.3 investe em diversas capacitações, contempladas com certificações do Ministério da Saúde, voltadas para ações e programas, como também de motivação dos profissionais para realizarem produções científicas. Porém as saídas constantes dos profissionais da unidade para essas capacitações geram conflitos com usuários e reagendamentos, colocando em xeque a gestão local.

Segundo Starfield (2002), a OMS estabeleceu na APS uma das principais estratégias para reduzir as crescentes iniquidades sociais e da saúde encontradas na maioria dos países. Para alcançar o objetivo, elaborou a Carta Lubliana, documento segundo o qual os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- 1) pautados em valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- 2) voltados à proteção e promoção da saúde;

- 3) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- 4) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- 5) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- 6) direcionados para a Atenção Primária.

Mendes (2011) leva a refletir-se ao afirmar que a transformação dos sistemas fragmentados em Redes de Atenção somente poderá ocorrer, conseqüentemente, se estiver apoiada numa APS robusta e de qualidade. E uma APS de qualidade existirá apenas se cumprir as suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que a APS deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população.

Com referência à limitação deste estudo, os registros não são uniformes, somente descrevendo a visão dos gestores da AP, os relatórios de gestão, que foram a cada ano mudando de formato, e as informações. Não houve padronização para uma análise mais aprofundada. Além disso, não realizar entrevistas, não ouvir gestores locais e profissionais das unidades limitou a análise dos dados.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que a APS apresenta-se como de extrema relevância na organização do sistema de saúde, neste caso pautado na Estratégia Saúde da Família. As situações vividas ao longo de sua existência, seus trabalhos de sucesso, dificuldades encontradas e sua relevância contribuíram para que o governo reconhecesse, no campo das políticas públicas em saúde, a importância de investir cada vez mais na ESF.

Nesse contexto, é de suma importância o controle social para expansão da ESF, enfocando a participação dos usuários na tomada de decisões, pois uma população participativa mobiliza as ações governamentais.

Entretanto, para que seja possível conhecer e analisar a ESF, é essencial a apresentação dos seus objetivos à população, bem como o trabalho contínuo na educação popular.

É um grande marco, em nível Nacional, para história da AP 5.3, a expansão em quase 100% da população. Além disso, a inserção dos Prontuários Eletrônicos representou mudança significativa para os profissionais, no processo de trabalho.

Percebe-se, na prática, que os usuários ainda tendem para o atendimento no modelo biomédico, gerando a sensação de que, ainda nos dias atuais, os profissionais não conseguem entender o seu papel e conquistar o seu espaço. Falta uma clínica mais ampliada, considerando o modelo tecnoassistencial hegemônico e a formação dos profissionais da saúde.

As Redes de Atenção à Saúde precisam ter mais espaços de discussão, para propiciar uma agregação e contribuir para a ampliação da política de trabalho, comumente focada no problema, buscando a construção de pensamentos e ações interdisciplinares. Os atores envolvidos precisam ter disponibilidade, compromisso, habilidade, conhecimento e vontade para mudar a história da saúde.

A eficácia e a efetividade da atenção primário-básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes dirigentes da saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, são influenciadas pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, reposicionamentos no trabalho e capacidade inventiva

dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território.

Pode-se considerar que o Programa Saúde Presente expandiu o acesso na atenção básica à saúde na AP 5.3, ensejando a mudança do modelo de atenção básica tradicional para um outro centrado na saúde da família. Cabe considerar que a ampliação da cobertura, em quase 100%, foi uma grande conquista, facilitada pela contribuição das organizações sociais no que se refere à contratação de recursos humanos, organização da logística, aquisição de bens móveis e insumos. Mas persistem algumas dificuldades, como a fixação de profissionais médicos e a perceptível fragilidade na qualificação para as boas práticas.

Iniciativas para divulgar e promover a ESF ainda são necessárias para fomentar a comunicação e cooperação entre profissionais da rede de serviços de saúde e construir uma sólida base de apoio ao sistema público de saúde.

Há novos elementos que precisam ser sistematizados, há muitas mudanças no modelo que ocorreram de forma acelerada, em curto espaço de tempo, e um expressivo aumento na produção de informação. Também não havia o hábito de se utilizarem ferramentas e práticas da gestão, como planejar, avaliar e monitorar. Há a necessidade de reorganização e entendimento, de fato, do processo de trabalho, para que se possa realizar o *accountability* com propriedade.

Essa cultura de trabalho por desempenho é uma lógica nova, novas formas de tecnologias que vieram valorizar o novo modelo de gestão, sendo um momento singular na metrópole do Rio de Janeiro com seus grandes desafios.

A motivação que tive em realizar esse trabalho foi a dúvida se toda essa expansão realmente fez a diferença da vida das pessoas e dos profissionais, se o impacto seguia as diretrizes da PNAB e, embora pude sentir algumas frustrações continuo acreditando na APS e sinto-me parte de todo esse trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T. *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil*. Belo Horizonte, 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 1995; 36:1-10.

ARAÚJO, M.R.N. *A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenções no processo saúde-doença* [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

BELIAN, R.B.; NOVAES, M.A. Tópicos relevantes no desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente. In: *Anais do VII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde 2000*. Out 14-18, São Paulo, SP. Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. *Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, 28 fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, 26 jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programas e projetos: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SE/DAD. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília/DF. 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. 2007. [On-line]. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 12 Dez 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Atenção Básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de Indicadores do SUS*. V.2, n 4. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992. 220p.

CASTRO, C.G.J.; WESTPHAL, M.F. Modelo de atenção. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) *Gestão de sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Os epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques serviços de saúde*. São Paulo: EDUSP, 2001. p.91-111.

CONTRATO de Gestão nº 001/2009 que entre si celebra o Município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina (SPDM) com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da área de planejamento 5.3. Disponível em: <[http://www.castelo.fiocruz.br/vpplr/pdtsp/referencia\\_contrato.pdf](http://www.castelo.fiocruz.br/vpplr/pdtsp/referencia_contrato.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2013.

CORDEIRO, J. C. *A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis: um estudo de caso no Recife – Pernambuco*/ Joselma Cavalcanti Cordeiro. – Recife: J. C. Cordeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient Care. *Med. Care* 6(3): 181-202, 1968.

\_\_\_\_\_. The Quality of Medical Care: A Concept in Search of a Definition. *J. Fam. Practic.* 3(9): 277-284, 1979

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund. Q.* 44:166, Part 2, 1966.

\_\_\_\_\_. The Quality of Medical Care. *Science* 200, 1978.

FARIA, L. R. *Os primeiros anos de reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)*, 1995.

FARIA, E.V.F. A Formação do Profissional de Saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p 10-11,2000.

FLEXNER, A. *Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá*. New York: Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino; 1910.

FURUIE, F.E. et al. Prontuário eletrônico de pacientes: integrando informações clínicas e imagens médicas. *Rev. Bras. Eng Biomed*. 2003; 19(23): 125-37.

GAIO, R.; CARVALHO, R.B.; SIMÕES, R. Métodos e técnicas de pesquisa: a metodologia em questão. In: GAIO, R. (Org.). *Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento*. Petrópolis, Vozes, 2008.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GIOVANELLA L., et al. *Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família*. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500011)>. Acesso em: 23 maio.2013.

GLOBEKNER, O.A. A construção social do conceito de saúde e de direito à Saúde e a participação cidadã. In: *Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI*, realizado em São Paulo – SP nos dias 04, 05, 06 e 07 de novembro de 2009. 5.952 – 5.980.

GRÁCIA, M.M. et al. *O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização*. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/>. Acesso em 4 ago.2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. *Base de informações do Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 12 mar.2012.

JEKEL, J.F. et al. *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine*. Philadelphia: Saunders, 1996.328 p.

JUNIOR, A.S. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 54, 1998.

JUNIOR, S. *A Geografia do Rio de Janeiro*. Disponível em: <http://www.neygeo.xpg.com.br/textoriodejaneiro4b3anomedio.pdf>>. Acesso em: 12 mar.2012.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

McCREADIE, K. *A Arte da Guerra SUN TZU: uma interpretação em 52 ideias brilhantes*: 1. ed. São Paulo: Globo, 2008.

McDONALD, C.J.; BARNETT, G.O. Medical-Record Systems. In: SHORTLIFFE, E.H.; PERREAULT, L.E. (eds.). *Medical Informatics: Computer Applications in Health Care*. New York: Addison-Wesley Publishing, 1990. p.181-218.

MENDES, E.V. *As redes de Atenção à saúde. Brasília*: OPAS, 2011.

MENEZES, M.V.S.; Assis, M.M.A. *Financiamento da atenção básica à saúde (2005-2006): apontamentos para o debate. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 89-100, jan./abr. 2006.

MICHLISZYNI, M.S; TOMASINI, R. *Pesquisa: orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos*. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 215p.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

NEVES, L.A. Médico-sanitarista, professor de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Volta Redonda, secretário de Ciência e Tecnologia de Piraí-RJ e 3º vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); texto publicado no Boletim nº 3 do Cebes.

OMS. *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais que Nunca*, 2008.

OPAS/OMS. *A Saúde no Brasil. Escritório de Representação no Brasil, Brasília*, 1998.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, F.N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PISCO, L. *Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde*. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600022)>. Acesso em: 23 ago.12.

PORTARIA GM/MS n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p. 23 a 30 seções I, 10/nov./1998. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS

POZ, M.R.D. Reforma de saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família: a experiência de Cotia (SP). *Estudos em Saúde Coletiva*, 161. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1998.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Plano Municipal de Saúde*. Rio de Janeiro, SMSDC-Rio, 2009.

\_\_\_\_\_. SMSDC/RJ. *Plano plurianual 2010-2013*. Rio de Janeiro, SMSDC-Rio, 2009.



\_\_\_\_\_. SMSDC/RJ. Superintendência de Atenção Primária. *Guia de Referência Rápida*. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho; 2002. [2 p.]. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>. Acesso em 12 jun.2013.

RESOLUÇÃO do Conselho Federal de Medicina CFM Nº 1.821/07. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. 2007.

RODRIGUES, J.N. et al. *50 gurus para o século XXI*. 1. ed. Lisboa: Centro Atlântico. PT, 2005.

RODRIGUES, P.H; SANTOS, I.S. *Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

RONZANI, T.M. & STRALEN, C.J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Revista APS*, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003

SCHERER, M.D.A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SOUZA, S.P.S. *A inserção dos médicos no serviço público de saúde*. Um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família. 2001. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro *Revista APS*, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003.

SOUZA, S.N. A história de Santa Cruz/RJ. Disponível em: <<http://www.santacruzrj.com.br/historiadobairro/center.htm>>. Acesso em: out.2012.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VASCONCELOS, E.M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 20-28, 2000.

VIANA, A.L.D; POZ, M.R.D. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VITAhisCare na Atenção Primária. Disponível em: [www.his.pt/pt-br/portfolio/vitahiscare-atencao-primaria/](http://www.his.pt/pt-br/portfolio/vitahiscare-atencao-primaria/)>. Acesso em: set.2013.

## ANEXO

### **FUNCIONALIDADES do VITAhisCARE®**

#### **Agentes Comunitários:**

- Cadastramento de pacientes e famílias (ficha A e cadastramento provisório);
- Agendamento e atendimentos (médico, enfermagem e odontológico) em ambulatório e visita domiciliar;
- Registro das visitas de acompanhamento efetuadas pelos agentes comunitários (fichas B e ficha C);
- Registro de ações coletivas.

#### **Prontuário Eletrônico Único:**

- Criação de um Prontuário Eletrônico Único por paciente com capacidade de visualização da família;
- Análise de problemas ativos e passivos, medicação (crônica e não crônica), comparativo de biometrias, comparativo de valores de análises e de laudos de exames;
- Evolução do paciente por ação programática (ex.: percentual de crescimento na criança, evolução da gestante, evolução do diabético, etc.);
- Visualização de alergias e históricos de atendimentos;
- Gerenciamento de pacientes por ação programática, mostrando os pacientes bem monitorados e os pacientes em alerta, por ação programática (ex.: quais os pacientes sem registro de HbA1c nos últimos 3 meses)

**A consulta médica:**

- Registro de consulta médica numa lógica SOAP (com o motivo da demanda);
- Registro da anagênese com história clínica e antecedentes familiares;
- Registro de exame objetivo por aparelho, valores de análises e laudos de exames;
- Uma tela de registro por ação programática (gestante, diabetes, hipertensos, saúde da mulher, AIDS, hanseníase, etc.);
- Registro de diagnóstico com classificação CID10 e ICPC2;
- Plano de atuação com registro de prescrição de medicamentos (permite ao médico visualizar os medicamentos existentes na farmácia da unidade e quantidades) e exames;
- Registro de conduta e procedimentos.

**A consulta de enfermagem, auxiliares de enfermagem e técnicos:**

- Registro da consulta de enfermagem na classificação CIPE com foco no diagnóstico e intervenções de enfermagem (ex.: biometrias, gestante, diabetes, HTL, idoso, imunização, curativo, etc.);
- Registro da anamnese, história clínica e antecedentes pessoais e familiares do paciente;
- Registro de intervenções realizadas pelos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

**O atendimento odontológico:**

- Capacidade de registro da anamnese, história clínica e antecedentes;
- Registro da avaliação odontológica com odontograma capaz de selecionar cada dente tratado;
- Registro de tratamento efetuado com identificação dos dentes e procedimentos;

- Plano de atuação (prescrição de medicamentos, conduta e procedimentos).

**Farmácia:**

- Registro de todos os medicamentos e insumos em estoque;
- Catalogação de todos os medicamentos, lotes e prazos de validade;
- Alertas para quebras de estoque e proximidade de validade do lote;
- Capacidade de visualização das prescrições realizadas pelos médicos e posologia;
- Registro da dispensa de medicamentos com prescrição;
- Visualização de listagem de entradas e saídas de medicamentos e insumos.

**Mapas Indicadores estatísticos:**

- Indicadores de produção e faturamento;
- Visualização e extração de mapas indicadores das variáveis 1, 2 e 3;
- Indicadores estatísticos, contemplando os usados em Portugal e os solicitados pela Prefeitura do Rio de Janeiro para PSF.

**Supervisão e gerenciamento:**

- Gerenciamento de dados principais relativos a cadastramentos de usuários e determinação de permissões de acesso ao sistema;
- Gerenciamento das agendas das equipes, definindo o planejamento do atendimento por dia e período horário (ex.: horário de VD, horário de preventivo, horário de Pediatria, etc.);
- Gerenciamento de lista de materiais clínicos (medicamentos, insulinas) e manter em estoque para alimentar o módulo de gestão de estoques de farmácia;
- Acesso aos relatórios estatísticos de gerenciamento do funcionamento da clínica de Saúde da Família;

**Exportação dos arquivos BPA, SIAB, SIS Pré-Natal, Hiperdia, SINAN, SI-Garantias:**

- Melhor atendimento, mais rápido e preciso;
- Redução de custos no atendimento à saúde;
- Maior satisfação da população com o Governo;
- Relatórios estatísticos sobre a situação precisa da Saúde Pública;
- Acompanhamento adequado de todos os pacientes e famílias por ação programática.
- PNI/API, etc.