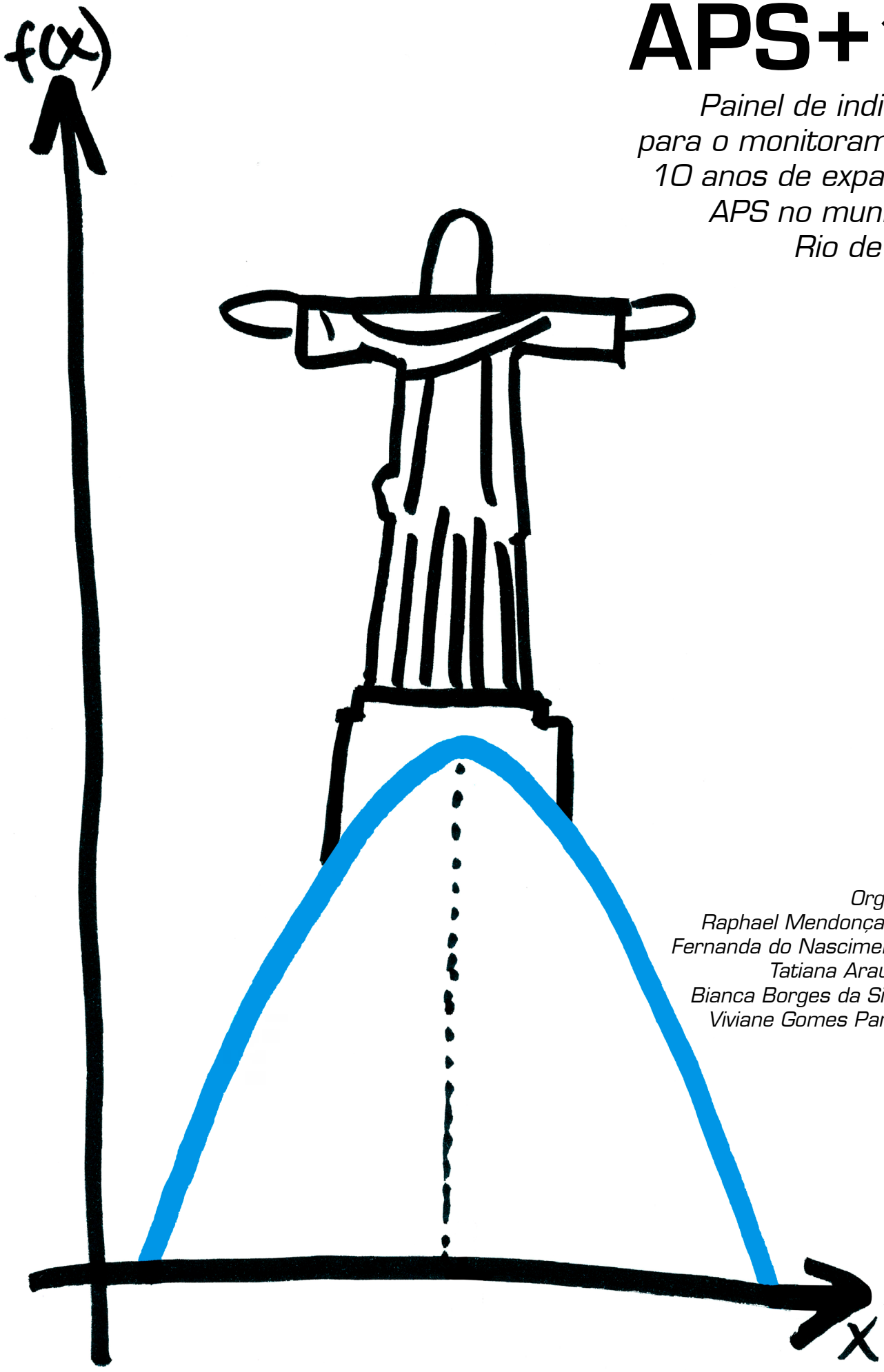
APS+10

Painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro



Organizadores:
Raphael Mendonça Guimarães
Fernanda do Nascimento Martins
Tatiana Araujo Eleuterio
Bianca Borges da Silva Leandro
Viviane Gomes Parreira Dutra

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente

APS+10

Painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2022

2022 Fundação Oswaldo Cruz. Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Fundação Oswaldo Cruz
Presidente
Nísia Trindade Lima

Escola Nacional de Saúde Pública
Diretor
Marco Antonio Carneiro Menezes

Programa De Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente
Coordenadores:
Enrico Mendes Saggioro
Paulo Rubens Guimarães Barrocas

Organizador:
Raphael Mendonça Guimarães

Editor Executivo:
Thalyta Cássia de Freitas Martins

Editor Científico
Mariana dos Passos Ribeiro Pinto Basilio de Oliveira

Produção Editorial:
Revisão Técnica: José Henrique Costa Monteiro da Silva
Normalização: Thalyta Cássia de Freitas Martins
Capa: Diagramado. | Amanda Beatriz Bail
Diagramação: Diagramado. | Thomas Falconi
Arte final de gráficos e figuras: Diagramado. | Amanda Beatriz Bail e Thomas Falconi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Juliana Farias Motta CRB7/5880

A654

APS+10: painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro [recurso eletrônico] / Organizadores Raphael Mendonça Guimarães...et al. –- 1.ed. –- Rio de Janeiro(RJ): Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

3.000kb

ISBN: 978-65-5899-317-9

Outros autores: Fernanda do Nascimento Martins, Tatiana Araujo Eleuterio, Bianca Borges da Silva Leandro, Viviane Gomes Parreira Dutra

1. Cuidados primários de saúde.2. Saúde pública - Estatísticas – Rio de Janeiro.3. Saúde pública - Administração – Rio de Janeiro.4. Brasil - População – Estatísticas. I. Guimarães, Raphael Mendonça...et al. II. Título: painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro

CDD 362.1

AUTORES E COLABORADORES

Aline Gonçalves Pereira
Mestre em Atenção Primária em Saúde. Assessora Técnica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis
Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora e professora da Fundação Oswaldo Cruz.

Ana Karinny Clímaco de Oliveira Grego
Mestre em Atenção Primária à Saúde. Gestora da APS na Saúde Suplementar.

Ana Karinny Clímaco de Oliveira Grego
Mestre em Atenção Primária à Saúde. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Bianca Borges da Silva Leandro (Organizadora)
Mestre em Saúde Pública. Pesquisadora e professora da Fundação Oswaldo Cruz.

Camila do Desterro
Especialista em Gestão em Saúde da Família. Gerente Regional na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Fabiana Pinto Fernandes
Graduanda em Saúde Coletiva. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Oswaldo Cruz.

Fernanda do Nascimento Martins (Organizadora)
Mestre em Educação Profissional em Saúde. Pesquisadora e Professora da Fundação Oswaldo Cruz.

Gabriela Teixeira Mota
Mestre em Saúde Pública. Gerente de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Gláucia Bohusch
Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ilze Kaippert
Mestre em Atenção Primária à Saúde. Preceptora na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Jessyca Félix da Silva Sampaio
Mestre em Saúde Pública. Gerente de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

José Henrique Costa Monteiro da Silva
Mestre em Demografia. Pesquisador no International Policy Centre for Inclusive Growth/UNDP.

Laís Pimenta Ribeiro dos Santos
Mestre em Atenção Primária à Saúde. Enfermeira da Fundação Oswaldo Cruz.

Lucelia dos Santos Silva
Doutoranda em Saúde Pública. Coordenadora Institucional no Município do Rio de Janeiro.

Maria Inez Padula Anderson
Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Martha Peçanha Sharapin (colaboradora)
Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisadora e professora da Fundação Oswaldo Cruz.

Michelle Savignon de Nadai
Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Paula Cristina Pungartnik
Graduanda em Saúde Coletiva. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Oswaldo Cruz.

Raphael Mendonça Guimarães (Organizador)
Doutor em Saúde Pública. Pesquisador e professor da Fundação Oswaldo Cruz.

Rodrigo Aguilar Constantino Matos
Mestre em saúde pública. Diretor Geral da Odontocompany.

Tatiana de Araujo Eleuterio (Organizadora)
Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública. Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Viviane Gomes Parreira Dutra (Organizadora)
Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Instituto de Educação Médica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. **Diagrama de Venn – Euller** 53

Figura 2. **Estrutura Etária do Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 68

Figura 3. **Esperança de Vida ao Nascer no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 68

Figura 4. **Taxa de Fecundidade no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 70

Figura 5. **Taxa de Envelhecimento no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 71

Figura 6. **Razão de Dependência no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 72

Figura 7. **População Extremamente Pobre no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 73

Figura 8. **Grau de Formalização da População Ocupada no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 73

Figura 9. **Taxa de Desocupação do Município do Rio de Janeiro, 2000-2010** 74

Figura 10. **Principais Setores de Ocupação do Município do Rio de Janeiro, 2010** 74

Figura 11. **Escolaridade de População Adulta do Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 75

Figura 12. **Índices de Gini e Theil (1991, 2000, 2010)** 76

Figura 13. **Desigualdade de Renda Média no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010** 76

Figura 14. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Rio de Janeiro, 1991-2010** 77

Figura 15. **Taxa de Mortalidade Infantil no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** 79

Figura 16. **Tipo de parto no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** 80

Figura 17. **Peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** 81

Figura 18. **Duração da Gestação no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** 81

Figura 19. **Quantidade de Procedimentos Ambulatoriais no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** 82

Figura 20. **Valores gastos com procedimentos ambulatoriais no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **82**

Figura 21. **Valores gastos com internações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **83**

Figura 22. **Valores médios de Internações e autorizações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **83**

Figura 23. **Total de Internações e autorizações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **84**

Figura 24. **Duração média das Internações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **84**

Figura 25. **Óbitos e taxa de mortalidade durante Internações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **85**

Figura 26. **Cobertura Vacinal para vacina BCG no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **86**

Figura 27. **Cobertura Vacinal para vacinas contra Rotavírus e Poliomielite no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **86**

Figura 28. **Cobertura Vacinal para vacinas DTP e Pentavalente no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **87**

Figura 29. **Cobertura Vacinal para vacina contra a febre amarela no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019** **88**

Figura 30. **Cobertura Vacinal para vacinas meningocócica C e pneumocócica no Município do Rio de Janeiro, 2010-2019** **89**

Figura 31. **Cobertura Vacinal para vacinas dTpa e Dupla Adulto e tríplice acelular gestante no Município do Rio de Janeiro, 2013-2019** **90**

Figura 32. **Séries históricas das taxas por ICSAP segundo grupo de condições. Rio de Janeiro, 2008-2019** **95**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. **Fichas de composição do e-SUS/CDS** **35**

Quadro 2. **Indicadores Sociais e de Saúde, analisados no contexto do município do Rio de Janeiro** **66**

Quadro 3. **Causas Sensíveis à Atenção Primária Segundo grupos** **93**

Quadro 4. **Variação temporal das ICSAP entre 2008 a 2019, Município do Rio de Janeiro** **95**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO por Leonardo Graever 14

Prólogo
BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO 16

Capítulo 1
UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS NA APS 30

Capítulo 2
PAINEL DE INDICADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE 37

Capítulo 3
INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE: BREVES REFLEXÕES 42

Capítulo 4
REFLEXÕES ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COM BASE NA INFORMAÇÃO PARA A AÇÃO 52

Capítulo 5
PAINEL DE INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE: ANÁLISE PARA A CIDADE DO RIO DE JANEIRO 64

Capítulo 6
UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E SUAS TENDÊNCIAS, 2008-2019 91

Epílogo
ATENÇÃO PRIMÁRIA CARIOCA: UMA LUTA POR FORTALECIMENTO E DIREITOS 103

REFERÊNCIAS 109

PREFÁCIO

Isadora Souza
Lucelia Santos
Rogério Bittencourt
Diretores da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade

Dez anos de história, dez anos de uma expansão que fez história para os serviços de saúde, profissionais e principalmente para os usuários do Sistema Único de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

De capítulo em capítulo, esta obra reúne de forma leve, robusta e concisa o relato dos fatos que levaram a Cidade do Rio de Janeiro à construção do legado da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), com mais de cem clínicas da Família construídas, o Rio de Janeiro saiu de uma cobertura de APS de 3,5% em 2008 para aproximadamente 70% ao final de 2016.

O leitor é conduzido a uma viagem crítica e reflexiva sobre o impacto da escolha responsável da gestão pública em definir e defender a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, investindo no modelo de estratégia de saúde da família, fato que proporcionou impactos positivos na produção do cuidado em saúde para a população carioca, com resultados significativos em indicadores de saúde essenciais para a construção de uma sociedade menos desigual.

O feliz encontro de autores, ora pesquisadores, ora professores, ora profissionais, ora usuários do sistema, proporcionado pela Fundação Oswaldo Cruz, concedem a esta obra o resgate real da experiência e da transformação social gerada pela Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS), nos últimos anos.

O leitor tem a oportunidade de navegar pela história da cidade do Rio de Janeiro, compreendendo as experiências da criação dos serviços de Saúde Pública e condução das políticas de saúde, do século XX aos tempos atuais. Ao ler a obra, o leitor sente-se convocado a construir suas inferências sobre a organização da rede e serviços de saúde e as perspectivas futuras sobre o modelo de atenção à saúde que melhor responde às necessidades de saúde e sociais de uma população.

Além da história, o livro apresenta ao leitor aspectos sine qua non que apoiam o tendenciamento de construção de políticas públicas voltadas para as respostas ao processo de transição demográfica que tanto o município do Rio, assim como o Brasil atravessam. E com frescor, traz conceitos e resultados da avaliação em saúde e análise da situação de saúde da cidade do Rio de Janeiro, dos últimos anos.

O destaque dado à compreensão e construção de indicadores sociais, à análise das condições sensíveis à APS, à vigilância em saúde e a possibilidade de uso de uma ferramenta para a organização do trabalho com a comunidade, presenteiam o leitor com informações de aplicação prática no cotidiano das equipes e com-

plementam a necessidade de consolidação deste modelo de atenção à saúde para sociedade carioca.

Por fim, após fundamentar as evidências dos anos de intensa expansão, fazer referência à atordoadora experiência vivenciada pela crise política e financeira da gestão 2017 a 2020 da prefeitura do Rio de Janeiro, que afetou fortemente a rede de serviços de saúde, profissionais e usuários do SUS, os autores propõem ao leitor o questionamento sobre "O que esperar para os próximos dez anos de Atenção Primária Carioca?"

PREFÁCIO

Elyne Montenegro Engstrom
Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais e coordenadora do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz.

Conhecer iniciativas para consolidação da Atenção Primária à Saúde, especialmente em grandes centros urbanos, como a cidade do Rio de Janeiro, traz visibilidade à função de gestão e organização de serviços de saúde, tarefa que não é, em nada, simples. É desafio para gestores, profissionais de saúde e estudiosos da Atenção Primária à Saúde em nosso país. Expõe nós críticos e desafios que se apresentam no cotidiano da implementação de políticas públicas, especialmente aquelas concebidas para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) público e universal e para a melhoria da saúde da população.

Este livro "APS+10: Um balanço dos 10 anos da expansão da Atenção Primária em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro" aborda aspectos da história e evolução da organização da APS no MRJ. Apresenta conteúdos em linguagem direta e objetiva, em uma experiência de leitura, onde informações epidemiológicas são sistematizadas e analisadas criticamente, de modo a contribuir para formulação e implementação de políticas públicas baseadas em evidências.

Nas últimas décadas, diversas publicações internacionais e nacionais têm valorizado o papel da Atenção Primária à Saúde em promover acesso e qualidade da atenção, de forma a contemplar seus atributos essenciais e derivados e que se configure em modelos de atenção robustos e abrangentes. Estudos apontam, ainda, o desafio de concretizar o papel da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, em um conjunto de diretrizes e tributos que visam propiciar resolutividade para a maioria dos problemas de saúde da população.

Apesar de diferentes formas de organização da Atenção Primária à Saúde dentre os países, o êxito da experiência brasileira centrada na Estratégia Saúde da Família é de amplo reconhecimento mundial. Porém, ao longo de mais de 20 anos de implementação no país, ainda percebem-se entraves como financiamento público do Sistema por parte dos entes federados; a competição pela escolha de modelos de gestão em saúde (pública ou pública-privada); a adoção de distintos modelos técnico-assistenciais (seletivos ou integrais); as dificuldades de planejamento, monitoramento e avaliação de resultados (visando a melhoria da qualidade); precárias condições estruturais; a incorporação de profissionais qualificados, dentre outros. Notadamente na região Sudeste do Brasil e nos grandes centros urbanos, como no município do Rio de Janeiro, houve atraso na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Como o leitor poderá perceber ao longo deste livro, até 2009, o referido município tinha baixa capacidade

de oferta dos serviços da atenção básica. Mudanças no modelo de gestão, por meio de parcerias com Organizações Sociais de Saúde e de atenção surgem em 2009, fruto de política da nova gestão municipal, em movimento denominado pelos gestores locais de "Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde", com forte inspiração na Reforma empreendida em Portugal em seu sistema público de saúde. No Rio, houve expansão da cobertura populacional realizada pela ESF, cuja frequência ampliou-se de 3,5% para 70%, respectivamente, entre os anos de 2009 e 2016. Este aumento foi acompanhado pela ampliação e oferta dos serviços da atenção básica, da construção de novas Clínicas da Família, da criação e disponibilização de uma Carteira de Serviços bastante abrangente, com novas equipes de natureza multiprofissional - equipes da ESF, Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Academia Carioca, equipes de Consultório na Rua. Houve, ainda, investimentos em qualificação profissional por meio de parcerias para cursos de especialização, residência médica e Medicina de Família e Comunidade, enfermagem e multiprofissional, além de Mestrado Profissional em APS. Muitos avanços e desafios neste processo foram abordados neste livro, aspectos que merecem ser analisados frente aos conhecimentos técnico-científicos, com aprendizado que ajudam a compreender a singularidades deste cenário urbano, as inovações, as lições apreendidas, que podem inspirar outros contextos.

Essa publicação é fruto de trabalho de trabalho de pesquisa e cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Programa Inova – Ideias inovadoras - e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em um projeto intitulado "Centro Colaborador de Análise de Situação de Saúde e Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro". O intuito foi de monitorar os indicadores da Atenção Primária em Saúde relativos ao período 2009 a 2019 e sistematizar informações de estudos que envolvam a Estratégia de Saúde da Família no município do Rio.

Para isso, foram convidados diferentes autores, pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e professores do campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva e da Atenção Primária à Saúde.

Convidamos você, caro leitor, estudantes, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde do SUS, a percorrer na leitura sobre os caminhos percorridos neste contexto e no referido tempo; refletindo acerca das conquistas e das dificuldades relacionadas à expansão e consolidação da APS no município do Rio de Janeiro.

Os autores estão "comprometidos com o fortalecimento do papel indutor da Fiocruz no desenvolvimento de projetos estratégicos junto ao SUS, nos processos de qualificação profissional e na criação de evidências em políticas públicas". Segue-se acreditando no trabalho coletivo e solidário, de governos, instituições e sociedade, para a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado e para nosso valor maior, a defesa da vida.

Boa leitura!

APRESENTAÇÃO

Leonardo Graever

A presente obra, intitulada "APS+10: Um balanço dos 10 anos da expansão da Atenção Primária em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro" nos possibilita um olhar denso e técnico, na ótica da avaliação em saúde, com foco especial na Atenção Primária (APS) do município do Rio de Janeiro, trazendo grande contribuição à Saúde Pública brasileira, e em especial a essa cidade, pelos motivos brevemente enumerados abaixo.

Seus autores, que são pesquisadores e membros ativos da comunidade científica em suas áreas, mas também ligados fortemente ao componente assistencial, onde vivenciam a APS em seu cotidiano, nos apresentam uma visão contextualizada historicamente, com detalhes ora esquecidos acerca da construção da rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro, mas de suma importância para a compreensão do momento em que vivemos e de perspectivas futuras.

Promove-se, anteriormente à discussão sobre as ações em saúde, um alinhamento conceitual profundo sobre métodos e práticas de monitoramento e avaliação, compatível com a experiência e o campo de estudo dos autores. Tal pano de fundo embasa a posterior interpretação pelo leitor das informações oferecidas, enriquecendo a experiência de leitura e o estudo da obra. O foco em serviços de atenção primária (ou básica) e a discussão sobre indicadores sociais, indissociáveis da saúde, é particularmente peculiar, e pouco frequente na literatura atual, especialmente quando organizada na forma de livro.

Outro ponto importante é a definição e explanação sobre os sistemas de informação em saúde, suas características, potencialidades e desafios na sua utilização, com detalhamento sobre a estratégia e-SUS e a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão como importante elemento na consolidação do manejo de dados e informações em saúde na APS.

Na sequência, e de forma concatenada com o panorama conceitual, os autores compartilham com o leitor uma série abrangente de informações em saúde e análises correspondentes; a obra então assume um caráter documental e analítico, através da exposição textual e gráfica de resultados de indicadores sociais e de saúde selecionados, que são direta ou indiretamente relacionados com a rede de saúde.

Contando com um prólogo especial dedicado à análise das condições sensíveis à APS e a mudança no cenário do município, especialmente no que diz respeito à taxa de internações, que sofreu impacto positivo importante em um período de expansão histórico na cidade, ocorrido de 2009 a 2019. O tema, campo de estudo e publicação dos autores, é desenvolvido e enriquecido com novos e mais recentes dados.

O foco na APS e em seus atributos é marcante o longo das duas partes que compões essa publicação. A leitura da obra proporciona ao leitor o entendimento de pontos relevantes em Atenção Primária à Saúde, Epidemiologia, e avaliação em saúde, sob uma ótica teórico-prática baseada em resultados e profundamente contextualizada e relacionada com a cidade do Rio de Janeiro.

Para a gestão municipal, é enriquecedora a contribuição dos autores e da FIOCRUZ, com a produção de um material bibliográfico que deve ser utilizado como referência para a pesquisa e o ensino da saúde pública, avaliação em saúde e sobretudo da Atenção Primária, campo cada vez mais estratégico e essencial da organização de serviços de saúde.

PRÓLOGO

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Fabiana Pinto Fernandes
Laís Pimenta Ribeiro dos Santos
Raphael Mendonça Guimarães

O presente capítulo se propõe a fazer um breve resgate histórico sobre a APS no município Rio de Janeiro, desde as primeiras experiências de serviços de Saúde Pública na cidade, a partir de 1900, com foco nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). No sentido de compreender que a produção de informações e indicadores em saúde devem ser analisados com base da contextualização histórica de determinado local.

Para fins de orientação do leitor, o prólogo se dividirá em três partes, a saber: A APS pré Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo o período de 1900 à 1988; A consolidação do SUS e a Estratégia Saúde da Família como política de Estado; e A reorganização e expansão da APS no município a partir dos anos 2000.

A APS pré-SUS no município do Rio de Janeiro: de 1900 a 1988

No início da década de 1890, a cidade do Rio de Janeiro já tinha experimentado um crescimento considerável da rede hospitalar, essas eram primordialmente de caráter privado, por vezes atuando com cunho filantrópico, ou com ações e atendimento destinados a grupos específicos e populações extremamente vulneráveis. Foi somente a partir do século XX, na recém República, que se iniciou a estruturação do que viria a ser uma rede pública de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro de responsabilidade do Estado. Tais reformulações iam ao encontro, inclusive, aos debates internacionais que começavam a surgir em período similar, e que pretendiam entender e definir o papel do Estado e do serviço público no controle de doenças em grandes cidades.

O debate sobre a Saúde Pública na capital tomou novos rumos a partir de 1907, com a criação do primeiro pronto-socorro do município, o Posto Municipal de Assistência (PMA), conhecimento hoje como Hospital Municipal Souza Aguiar, e, na época, a alternativa criada para a prestação de assistência hospitalar. Segundo Sanglard (2008), o novo hospital tinha seu foco nas urgências, às quais as instituições filantrópicas presentes na cidade não conseguiam mais dar conta.

Dava-se início então a um intenso período de construção de propostas e tentativas de estruturação dos serviços de Saúde Pública na capital, em especial com a definição de competências de poderes dos entes municipal e federal. A coexistência de serviços públicos e privados, de caráter filantrópico, em geral, se confundiam na administração e oferta de serviços de saúde para a população, em especial a mais vulnerável.

Em 1919, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob a diretoria de Carlos Chagas e com o propósito de ampliar o escopo de atuação dos serviços de Saúde Pública. Preconizando ações de saúde centralizadas, o Departamento era constituído por uma Diretoria-Geral, uma Diretoria de Serviços Sanitários Terrestres na capital federal, uma Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, e uma Diretoria de Saneamento e de Profilaxia Rural - além de dez inspetorias especiais com foco em doenças e serviços específicos, entre elas, as de Tuberculose, Lepra, Farmácia, Venéreas e outras. O DNSP priorizava algumas doenças endêmicas no país. (BECHIMOL, 1998; CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Com a gripe espanhola no verão de 1918-1919, a deficiência de hospitais públicos para atender demandas emergenciais tornou-se evidente, e a partir dali a expansão da rede hospitalar pública no Rio de Janeiro se tornou prioridade na agenda do DNSP. Segundo Sanglard (2008), naquele período foram criados, respectivamente, o Hospital Pedro II (1920) em Santa Cruz, o Hospital São Francisco de Assis (1922), hoje Instituto de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ), no Centro do Rio de Janeiro, o Hospital Gaffréé & Guinle (1924) na Tijuca, e o Abrigo-Hospital Arthur Bernardes (1924), atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), no Flamengo. Também foram iniciadas as obras do Hospital do Câncer (1927), hoje Hospital Municipal Barata Ribeiro, na Mangueira.

Os movimentos formados por trabalhadores da saúde começavam a se estruturar e reivindicar uma modernização do cuidado em saúde, frente aos desafios da época, como as doenças infectocontagiosas, em especial a tuberculose, e a mortalidade materno-infantil. A partir de experiências bem-sucedidas da Cruz Vermelha Americana, com ações profiláticas e educação sanitária voltadas para a população mais pobre, começou-se a incentivar a criação de novos serviços de saúde no país, com a adoção da ideia de que a mudança nas condições de saúde da população só ocorreria a partir de mudanças de hábitos de higiene e saúde, e que essas ações e mudanças deveriam ser de responsabilidade dos serviços de saúde das diferentes localidades (CAMPOS, 2006; CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Segundo Campos (1999), as ações desenvolvidas no campo da Saúde Pública até então, de caráter vertical e com foco em agravos específicos, já não mais respondiam à complexidade do cuidado em saúde com a população mais pobre em grandes cidades. A partir de 1920 surgiram as primeiras propostas de Centros de Saúde, sendo o primeiro Centro de Saúde inaugurado em São Paulo por Paula Souza, na região do Brás.

Esses novos serviços de saúde tinham como proposta a oferta de ações voltadas para a educação sanitária e profilaxia, com foco em tuberculose e saúde materno-infantil, os dois grandes problemas de saúde da época. Os Centros de Saúde eram uma proposta inovadora que pretendiam dar conta da organização dos serviços de saúde em centros urbanos e que, entre outras coisas, possibilitou a subdivisão da cidade em distritos sanitários para a ação das equipes e a oferta de Educação Sanitária às famílias. Os Centros de Saúde também surgiram como uma alternativa para superação da fragmentação das atividades de Saúde Pública realizadas em repartições sanitárias, onde cada uma era responsável por uma doença endêmica, caracterizando um trabalho dividido e com pouco olhar para a localidade no qual aqueles agravos se manifestavam (CAMPOS, 1999; LIMA, 2014).

No Rio de Janeiro, o primeiro Centro de Saúde fora inaugurado em 1927 – o Centro de Saúde de Inhaúma -, e até 1930, não foi observado aumento significativo dessas unidades, já que apenas mais três Centros de Saúde haviam sido inaugurados na capital, a saber: Centros de Saúde da Penha, Bangu e Jacarepaguá, aproveitando a estrutura dos antigos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural.

Em 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas à presidência do país observa-se a centralização do poder no governo federal. Em relação à saúde pública foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que se responsabilizaria pelas ações coletivas de saúde pública, o controle das endemias rurais e a educação sanitária. Já a assistência à saúde de caráter previdenciário ficou a cargo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (ESCOREL, 2008). Naquele momento, existia uma intenção do governo federal de interiorizar os serviços de saúde pública.

A partir de 1934, os sanitaristas que atuavam na capital federal foram remanejados para administrarem serviços em outros estados, com foco na expansão do DNSP (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Com isso, a cidade do Rio de Janeiro sofreu com a ausência de profissionais especializados e capacitados. Esse período caracterizou-se, principalmente, pelo baixo desenvolvimento de estruturas e organizações de serviços de Saúde Pública na cidade.

Alguns acontecimentos da década anterior (1920) construíram um terreno fértil para que mais tarde, experiências de Saúde Pública, em especial a implementação de Centros de Saúde, pudesse tomar novos rumos. A criação do Serviço de Enfermagem Sanitária, e, posteriormente, a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, destinada à formação de Enfermeiras Visitadoras (CASTRO SANTOS; FARIA, 1996; CAMPOS, 1999) foram alguns deles. A escola foi influenciada pelos moldes americanos de atuação em Saúde Pública e sua construção e organização foram financiados pela Fundação Rockefeller. Em que pese o esvaziamento de profissionais de SP naquele momento, com a formação de Enfermeiras Visitadoras, foi possível retomar, gradativamente, o foco em ações de Saúde Pública na cidade.

Naquele momento eram discutidos dois projetos de modelos de saúde a serem priorizados: os serviços de Saúde Pública, com foco em ações de educação sanitária e prevenção, ou o modelo de medicina previdenciária que estava em ascensão, com ambulatórios dos Institutos de Aposentadoria e Pensões atendendo parte da população e uma rede hospitalar na cidade (CAMPOS, 1999; LIMA, 2014).

Segundo Vieira (1982), naquele período, enquanto Pedro Ernesto esteve à frente da prefeitura do então Distrito Federal, diversas instituições foram criadas. Dentre elas, podemos citar: o Hospital Regional Policlínica de Campo Grande, atual Hospital Estadual Rocha Faria; o Hospital Regional Periférico de Marechal Hermes, atual Hospital Estadual Carlos Chagas; o Hospital Periférico da Gávea, atual Hospital Miguel Couto; o Hospital Pedro Ernesto; o Hospital Getúlio Vargas; o Dispensário da Ilha, atual Hospital Paulino Werneck; o Dispensário do Méier, atual Hospital Salgado Filho; o Dispensário do Sapê, atual Hospital Maternidade Carmela Dutra; o Dispensário de Paquetá, atual Hospital Manoel Arthur Villaboim; e o Dispensário Cascadura, atual Maternidade Estadual Herculano Pinheiro.

Paralelamente também se expandiam hospitais de categorias profissionais: o Hospital dos Bancários, atual Hospital da Lagoa; dos Comerciários, atual Hospital de Ipanema e Instituto de Cardiologia de Laranjeiras; dos Funcionários dos Transportes, atual Hospital Geral de Bonsucesso; e dos Marítimos, atual Hospital do Andaraí (CAMPOS, 2006).

Esse período deixou como legado para a cidade do Rio de Janeiro uma ampla rede de hospitais, com uma lógica de assistência previdenciária. Além disso, ao que poderia ser chamado de serviços básicos, pode-se apontar o surgimento de poucos Centros Municipais de Saúde (CMSs) com foco em populações mais vulneráveis, por meio de programas de saúde pública e ações pontuais.

Em 1960 e ao longo de todo o período que perdurou a Ditatura Militar no país, a cidade do Rio de Janeiro sofreu uma série de transformações, dentre elas podemos citar a transferência do título de capital do País, para a recém construída Brasília, tendo como uma das consequências a organização de um município (ex-estado da Guanabara e atual cidade do Rio de Janeiro), forte e independente em relação ao estado, uma característica que até hoje pode ser observada na administração dos serviços de saúde e rede hospitalar.

Apesar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ter passado por uma reorganização na década de 1960, na perspectiva da junção das ações de cunho assistenciais/hospitalares com as de cunho preventivista, no âmbito dos Centros de Saúde, o crescimento hegemônico da medicina previdenciária no período, apoio o fortalecimento de um de modelo de atenção à saúde voltado para o cuidado individual, fragmentado e especializado (LIMA, 2014). Entretanto, Parada (2001) demonstra que, naquele momento, o município do Rio de Janeiro já possuía os CMSs localizados por regiões administrativas, o que conferia às ações de saúde promovidas em

seus territórios um certo grau de regionalização, e construía um novo rumo para a organização de políticas de saúde no município.

A década de 1970 foi marcada pelo surgimento de movimentos em prol da democratização e superação da crise social existente no país por conta da ditadura militar. No Rio de Janeiro, a situação não foi diferente; tanto no campo acadêmico quanto em associações profissionais que surgiam na época, ou mesmo na militância popular, o desejo de mudança produziria consequências políticas e institucionais expressivas e duradouras na década seguinte (ESCOREL, 1998; ESCOREL et al. 2005).

Em um contexto de insatisfação com o modelo hospitalocêntrico vigente no país, fruto de uma política centralizadora e privatizante da ditadura militar, os gestores municipais passaram a ganhar notoriedade para a condução e implantação de serviços de saúde em nível municipal, através do movimento municipalista da saúde, que tinha como principais frentes a denúncia contra o autoritarismo do Estado e uma proposta de oferta de serviços de saúde para a população excluída do sistema previdenciário predominante naquele período (LIMA, 2014). O debate sobre ações de cuidados primários, de modo mais sistematizado, em saúde começou a surgir dentro desse movimento, e nesse período, alguns municípios inovaram ao propor modelos de atenção à saúde que tinham como inspiração a organização dos serviços a partir dos cuidados primários.

Fato de extrema relevância no campo da Atenção Primária à Saúde, que ocorreu durante a década de 1970, foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), atual Cazaquistão. Tido como um verdadeiro marco para o debate internacional sobre cuidados primários de saúde, os debates da conferência apresentaram pela primeira vez o conceito de Atenção Primária à Saúde. A Declaração de Alma-Ata, aprovada em dezembro de 1978, estabeleceu a APS como a estratégia fundamental para se tentar alcançar a meta "Saúde para Todos no ano 2000". Os principais elementos dessa estratégia incluiriam uma crítica às ações de saúde de tipo vertical, orientadas pelo foco na doença, e às tecnologias a elas associadas, assim como ao cuidado médico centrado no hospital (PIRES-ALVES, 2010).

Neste novo cenário, a meta "Saúde para Todos no Ano 2000" e a estratégia de uma atenção primária integral passaram a ser rotuladas por alguns grupos como inalcançáveis. A partir daí, instituições como a Fundação Rockefeller, Banco Mundial, Unicef e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento, formularam a proposta de Atenção Primária Seletiva, com a elaboração de um pacote de quatro itens, conhecido por "GOBI", sigla em inglês para growth monitoring (monitoramento do crescimento), oral rehydration (reidratação oral), breast feeding (aleitamento materno) e immunization (imunização), voltada para países em desenvolvimento e que garantiriam importante impacto nos indicadores de saúde (PIRES-ALVES, 2010).

Inspirada pelas ideias de Alma-Ata e por movimentos políticos que já aconteciam à época dentro do próprio município, em 1980 a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro lançou o Plano de Ação Integrada, tendo entre suas diretrizes setoriais: o aperfeiçoamento dos serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro, e a consolidação da atenção médica e dos cuidados primários, com foco na saúde materno-infantil e em regiões mais pobres da cidade.

No município do Rio de Janeiro, os primeiros anos da década de 1980 foram marcados por expansão dos serviços de saúde de atenção básica, em territórios considerados vulneráveis, e sob uma nova denominação: Unidades Auxiliares de Cuidados Primários à Saúde (UACPS) e Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (UMAMPS). As unidades básicas de saúde da cidade passaram a ser referidas a um CMS de sua região. As UACPS criadas naqueles anos foram as da Rocinha, Vidigal, Alto da Boa Vista, Carlos Gentile de Mello, Vila São Jorge, Fazenda da Bica, Padre Miguel, Cosmos, Mendanha, Fazenda Modelo, Barra de Guaratiba, Rio da Prata, Pedra de Guaratiba, Jardim Santa Margarida, Jardim Maravilha, Raul Barroso, Cesário de Melo e Jardim 7 de Abril. Enquanto as UMAMPS criadas foram as de Cidade Alta, Fazenda Coqueiro, Hamilton Land e Sylvio Brauner (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

A partir de 1986, tendo como governador Leonel Brizola, e como prefeito Marcelo Alencar, aconteceu no Rio de Janeiro uma ampliação dos recursos humanos em saúde, realizada por meio de concurso público para o setor saúde do município. Ocorreu ainda maior expansão da rede de atenção básica, quando realizada a construção de uma rede de 27 Postos de Saúde, concentrados na zona oeste da cidade, na qual Santa Cruz foi a região mais beneficiada. As novas unidades se distribuíram pelos seguintes bairros: Santíssimo, Vila Kennedy, Cesarinho (Paciência), Cesário de Melo (Campo Grande), Senador Camará, São Fernando (Santa Cruz), Santa Inês (Campo Grande), Sulacap, Caju, Vila Aliança (Taquara), Palmares (Santa Cruz), Conjunto Liberdade, Sepetiba, Mangaratiba, Mendanha, Urucânia, Parque Anchieta, Pilares, Jardim América, Pavuna, Formiga, Jacaré e Pedra de Guaratiba. Ademais, foram reconstruídos dois CMSs, em Santo Cristo e Cidade Nova.

A organização dessas unidades seguia princípios semelhantes aos das UACPS, com atendimento médico para a população não coberta pelo sistema previdenciário e com foco em ações de APS (CAMPOS et al., 2016).

No cenário nacional, a segunda metade da década de 1980 foi marcada por uma série de experiências que fizeram gradualmente avançar uma reforma do sistema de saúde brasileiro. A implementação de políticas como as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam estabelecer um sistema descentralizado de saúde por intermédio de ações integrais de assistência, com a articulação e integração de diferentes esferas governamentais, foi um exemplo do vigor do movimento pela reforma da saúde e demonstrou a relevância que as noções de distrito sanitário e regionalização ganhariam em políticas do setor saúde.

Foi na 8° Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se consagrou um projeto de sistema de saúde que levava em consideração aspectos multifatoriais das condições de vida influenciando na saúde, aspectos que serão fortemente refletidos nas concepções e propostas de Atenção Primária à Saúde que foram desenvolvidas no Brasil.

Os anos 1990: O Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Como resultado da 8a Conferência e dos movimentos pela reforma sanitária da época, se deu a criação do Sistema Único de Saúde, por meio da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, que em suas primeiras linhas definia a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado a responsabilidade de prover as condições para a sua realização. Posteriormente a Lei 8.142/9090, do mesmo ano, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Ressalta-se que a aprovação dessa lei foi importante para o processo de consolidação da APS no SUS, uma vez que a participação social é um de seus pilares. No âmbito da APS, a participação social é importante inclusive para a da territorialidade, ao passo que os colegiados gestores locais se apresentavam como espaços que poderiam e deveriam orientar a promoção do cuidado e prevenção de agravos específicos de sua região, o que garantiria a promoção da saúde de maneira integral e equitativa, conforme preconizado pelos princípios doutrinários do SUS.

Para saber mais

• Sobre territorialidade, saúde e Atenção Primária indicamos a leitura de: Território e Territorialização: Incorporando as Relações Produção, Trabalho, Ambiente e Saúde na Atenção Básica à Saúde, de Alexandre Lima Santos e Raquel Maria Rigotto.
Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003

Sob as bases de um sistema brasileiro de saúde renovados foram implementadas inciativas importantes para o desenvolvimento da APS no Brasil com destaque a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que mais tarde viria a se consolidar como a estratégia orientadora da APS no país. Vale destacar que na compreensão da informação em saúde como estratégia para o SUS, ambos os programas também foram associados a constituição de sistemas de informações específicos que tinham a função da coleta de dados, mas também da produção de relatórios considerados estratégicos.

A década de 1990, a partir da criação do SUS, constitui-se de um momento de extrema importância na dimensão organizacional do modelo de atenção à saúde do país e do munícipio do Rio de Janeiro, pois promoveu os debates acerca da territoria-

lização das ações de saúde e do cadastramento e acompanhamento de famílias (e não somente indivíduos) nas unidades de saúde. Impondo, igualmente, desafios quanto à distribuição, fixação e formação de profissionais compatíveis à APS, assim como, o financiamento, à participação social dos usuários na gestão pública do sistema e à gestão da informação na APS. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1991, Ronaldo Luiz Gazolla, médico cirurgião com uma longa trajetória no Hospital Miguel Couto, foi nomeado secretário municipal de saúde, permanecendo na gestão municipal por quase uma década em diferentes governos municipais. Apesar dos debates existentes dentro do município acerca de as ações de descentralização dos serviços de saúde irem ao encontro às diretrizes do SUS, a APS não tinha tanto espaço na agenda do setor, e nem mesmo em espaços de participação social, como aponta o relatório da I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ, 1991), sendo a primeira gestão desse secretário marcada por grandes investimentos na área hospitalar e em ações programáticas no âmbito da SMS. (LIMA, 2014).

Com o êxito da mudança assistencial implementada com o PACS, a necessidade de incorporar novos profissionais, e o acúmulo de experiências locais, como o Programa Médicos de Família desenvolvido no município de Niterói em 1992, surgiu a proposta, em nível nacional, do Programa de Saúde da Família, em 1994. Este programa foi pensado como uma forma de reorganização do SUS, pelo fortalecimento da atenção primária à saúde e o apoio à municipalização das ações e serviços de saúde. Sua implementação foi, prioritariamente, direcionada para as áreas consideradas mais vulneráveis, sendo utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) para a definição destas áreas. (VIANA E DAL POZ, 1998; BODSTEIN et al., 2006).

A primeira Equipe de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro foi implementada na Ilha de Paquetá, de forma experimental, na época ainda com uma visão de programa verticalizado do Ministério da Saúde e com foco em populações vulneráveis. Ou seja, em um primeiro momento, a implementação do programa na cidade não ia ao encontro do ideal abrangente de atenção à saúde que o PSF se propunha a consolidar nacionalmente, mas isso não era um desafio apenas do município do Rio de Janeiro.

De forma geral, nos grandes centros urbanos, existia uma resistência de ordem ideológica e corporativa para a implementação do PSF, em boa medida também pela rede hospitalar já existente no município, que se configurava como mais um obstáculo para a efetivação da APS na cidade. O período da década de 1990 foi marcado também pelo processo de municipalização de unidades federais e constantes conflitos políticos entre os entes governamentais, que muito influenciaram no desenvolvimento de estratégias e políticas voltadas para um aprimoramento da atenção à saúde.

Em 1995, a prefeitura recebeu 15 PAMs do governo federal, sendo eles: Botafogo, Treze de Maio, Henrique Valadares, Praça da Bandeira, Méier, Del Castilho, Ramos, Penha, Ilha do Governador, Irajá, Madureira, Bangu, Deodoro, Jacarepaguá e Campo Grande.

Com isso, a rede de atenção básica no município se expandiu e, consequentemente, houve um aumento da cobertura de ações programáticas (CAMPOS et al., 2016).

As ações de APS realizadas no município eram frequentemente de caráter seletivo, com foco em programas de doenças e agravos do Ministério da Saúde e realização de alguns tipos de ações consideradas básicas, como imunização e distribuição de medicamentos. Ainda que durante a gestão de Gazolla, tenha acontecido uma organização territorial dos serviços de saúde em dez "áreas programáticas", ela não evoluiu. As Áreas Programáticas de Saúde e as Coordenações das Áreas Programáticas (CAPs) representaram uma tentativa de descentralização da administração de serviços de saúde no município (LIMA, 2014). Sendo assim, os anos 1990, foram marcados mais por uma política de descentralização da gestão da saúde do que pelo planejamento de uma política mais efetiva de regionalização de ações e serviços da rede básica (DUARTE et. al., 2013).

Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro nos anos 2000: experiências e expansão da Estratégia Saúde da Família

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, a cidade ainda passava por uma grande crise na gestão da saúde, advinda, em especial, pelo então já processo, de municipalização dos hospitais federais e outras unidades de saúde. Unidades e serviços considerados grandes e complexos, necessitando assim de maior aporte de recursos para sua administração por parte da gestão municipal, o que não acontecia.

Um exemplo desse impasse e desigualdade no financiamento, se dava no orçamento destinado à saúde previdenciária no Rio de Janeiro, que naquele período, era muito superior ao da saúde, apesar da última ser, teoricamente, responsável pela cobertura de uma população maior (CAMPOS et al., 2016). Como resultado dessas disputas e crises, a década foi marcada por um processo de transferência lenta de serviços e um crescimento insuficiente da rede de atenção básica para uma população na casa dos milhões.

O período correspondente às duas gestões do prefeito Cesar Maia de 2000 a 2008, contou com três diferentes secretários de saúde, entre eles o médico sanitarista Sergio Arouca, que permaneceu no cargo por pouco mais de seis meses no ano de 2001. Apesar do pouco tempo de atuação, Sergio Arouca deu significativas contribuições para um desenho de estrutura da APS no município. Em seus primeiros meses de trabalho, Arouca propôs um ousado e necessário projeto para a Atenção Básica da cidade. Segundo Lima (2014) o projeto intitulado 'A implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades' tinha como proposta uma radical transformação do modelo de saúde vigente na cidade até então, centrada nos hospitais da antiga capital, através de uma expansão massiva das Equipes de Saúde da Família no município, com foco em áreas vulneráveis e desejando alcançar 60% de cobertura do território.

Em que pese o fato de a gestão de Sergio Arouca na secretaria municipal de saúde ter durado pouco tempo, sua proposta para a ESF no município era ousada e, apesar de não ter sido executada, marcou a história da APS do município (LIMA, 2014). Com a saída de Arouca, ainda em 2001, Ronaldo Cezar Coelho, banqueiro e deputado federal desde 1987, assumiu a SMS. Naquele momento, a secretaria tinha cerca de 108 unidades básicas de saúde, que funcionavam a partir de uma organização seletiva, onde se limitavam à assistência médica aos usuários do serviço de saúde que se enquadrassem em programas de saúde, como os de hipertensão, tuberculose e saúde da mulher (BRASIL, 2005; CAMPOS et al., 2016).

O período que trataremos a seguir, de 2001 a 2008, foi marcado por uma série de mudanças na condução, em nível nacional, das políticas de atenção primária à saúde, tendo como marco a consolidação da Estratégia Saúde da Família como orientadora do SUS, e o lançamento da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006), nos dando a dimensão do espaço que ocupava a APS na agenda federal da época, que reverberaram também nas ações do município.

Com as eleições presidenciais de 2002, Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito presidente do Brasil, dando início a um período importante para as políticas sociais, incluindo as políticas de saúde, que se expandiram em seu governo. Com o objetivo de potencializar o setor saúde, por meio da priorização da Atenção Básica e a fim de apoiar o processo de implantação do PSF nas grandes cidades acima de 100 mil habitantes, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), composto de três elementos principais, a saber: Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde; Desenvolvimento de Recursos Humanos; e Monitoramento e Avaliação. Para participação em cada um destes componentes, os municípios precisavam passar por uma seleção prévia. Nessa seleção, chama-se atenção ao primeiro componente, no qual o município selecionado precisava apresentar um Projeto Municipal de Expansão do Saúde da Família e, a partir disso, recebia recursos trimestrais; os outros dois componentes consistiam na cooperação de instituições de ensino e pesquisa com esses serviços (BRASIL, 2003; BODSTEIN et al., 2011).

Tal medida fez com que o Rio de Janeiro, também pelo seu histórico, por contar com institutos de pesquisa consagrados, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz e universidades federais, pudesse aprimorar a Saúde da Família em seu território e desenvolver uma série de experiências exitosas, além do que, naquele momento, algumas mudanças começavam a acontecer.

Já em 2003, ocorreu um esforço por parte da SMS/RJ para implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município. O PACS se expandiu para quinze bairros da cidade, totalizando um aumento de 426 agentes comunitários de saúde e mais 23 novas equipes de Saúde da Família em 10 bairros (CAZELLI, 2003). Ainda assim, esse aumento foi considerado insuficiente para a cidade, uma vez que seguia

focando em ações relacionadas à programas de saúde e com ênfase em populações mais vulneráveis (CAZELLI, 2003; LIMA 2014; CAMPOS et al. 2016).

Entre 2005 e 2008, houve uma significativa expansão no número de equipes de Saúde da Família no município, porém, ainda que ao final de 2008 o número de ESFs tivesse dobrado, sua cobertura era correspondente a apenas 7% da população total, permanecendo com restrições locais e um foco em regiões caracterizadas por extrema pobreza e vazios assistenciais (CAMPOS et. al. 2016). Nesse contexto, pode-se dizer que, apesar da indução do Ministério da Saúde para implementação da Estratégia Saúde da Família e da Política Nacional de Atenção Básica como políticas prioritárias para o SUS nos municípios, a cidade do Rio de Janeiro em termos populacionais e territoriais ainda contava com uma baixa cobertura da saúde da família.

Contudo, não podemos invisibilizar os serviços de atenção básica que neste momento estavam presentes no território do município do Rio de Janeiro, a exemplo dos Postos de Atendimento Médico, Centros Municipais de Saúde e Postos de Saúde, que em boa medida prestavam serviços de assistência básica à população, o que se observava era uma certa resistência, por parte de consecutivas gestões, em implementar uma política descentralizada e adotar um olhar mais ampliado em relação à saúde, com foco nos determinantes sociais e não apenas ofertando a assistência médica.

Com a eleição de Eduardo Paes, em 2008, à prefeitura do Rio de Janeiro, o médico Hans Fernando Rocha Dohmann assumiu a SMS, e o médico sanitarista Daniel Soranz a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, um espaço que foi muito importante na estruturação das mudanças que aconteceriam nos anos seguintes no setor saúde da cidade. Iniciou-se então um período de mais investimentos da atenção básica no munícipio.

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), em dezembro de 2008 a cobertura populacional pela ESF era de 7,2%, mas alguns estudos evidenciaram apenas 3,5% de cobertura nesta mesma época (OPAS, 2013; HOWE et al., 2016; SORANZ et al., 2016), um percentual considerado pequeno frente às necessidades e carências históricas do cuidado em saúde da população carioca.

O cenário identificado em 2008 era de baixa cobertura dos serviços do primeiro nível de atenção e o menor financiamento municipal entre as capitais do país. Sendo assim, com a implementação de um novo modelo de governança e de suporte administrativo das unidades municipais, iniciou-se mudanças na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2009. A gestão, considerando a condição de cidade sede das olimpíadas, realizou uma série de visitas à outras cidades-sede como Londres, Montreal, Barcelona e Sidney, identificando algo em comum entre elas: o sistema de saúde baseado na APS (CAMPOS et al., 2016; RIBEIRO e ALCOFORADO, 2016).

Buscando dar conta de uma narrativa não oficial dos fatos que culminaram na amplamente conhecida expansão da APS no município do Rio de Janeiro e resga-

tando o acúmulo de experiências mencionadas anteriormente, podemos construir uma nova perspectiva sobre tais fatos, e considerarmos que a expansão da APS no município, que se deu a partir de 2009, por mais inovadora que se propusesse ser, não começou do zero. Foram décadas de experiências e esforços de diferentes atores e movimentos sociais, que fizeram com que naquele ano, finalmente, tivéssemos como resultado uma proposta estruturada de reforma para o Rio de Janeiro, que foi primordialmente centrada na APS e respaldada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O componente histórico para análise dessa gestão é fundamental, como constatou o próprio Daniel Soranz, que esteve como Secretário Municipal de Saúde da gestão de Eduardo Paes, entre os anos de 2014 e 2016, em fala durante o Seminário Testemunho sobre a História da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro (2019). Segundo ele, o projeto de expansão da APS, desenvolvido a partir de 2009 no município do Rio de Janeiro, tinha como inspiração a antiga proposta de expansão do PSF da gestão do também médico sanitarista Sergio Arouca:

> Tinha um planejamento do [Sergio] Arouca muito forte para a expansão do [Programa] Saúde da Família no Rio de Janeiro, com a base territorial forte, que nada mais é o que a gente fez em 2009, que foi começar a retomar o projeto que estava parado desde a saída do Arouca da Secretaria [Municipal de Saúde] (SORANZ apud PAIVA et al. 2019).

A partir daquele ano, o governo municipal propôs uma nova forma de organização da gestão em saúde, por meio de parcerias com Organizações Sociais para a gestão da Atenção Básica, e lançou o Programa Saúde Presente que, entre outras coisas, elegeu a ESF como modelo a ser adotado para a expansão da APS na cidade.

O modelo de gestão por Organização Social permitiu que os problemas de recursos humanos fossem parcialmente resolvidos no município. Inicialmente houve uma expansão no quantitativo de profissionais por meio de contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) feita pelas próprias OSs, o que garantia uma maior agilidade no processo de admissão desses profissionais (RAMOS, 2019).

No entanto, esses avanços não aconteceram sem tensões. Rapidamente, conflitos advindos do modelo de vínculo empregatício começaram a surgir. Um exemplo foi a situação que ainda hoje configura-se como um desafio para a gestão do trabalho em saúde na APS, que é a existência de vínculos distintos com exorbitante diferença salarial. Caso comum no município era a relação estabelecida entre estatutários, médicos especialistas e contratados via CLT, que com os anos foi ficando cada vez mais tensa, fazendo com que algumas categorias, como as de enfermeiros, médicos generalistas e médicos de família e comunidade, passassem a apresentar difícil fixação nas UBSs do município (JESUS et al, 2015).

A reforma que se fundamentou nos princípios da seguridade social estabelecidos na Constituição de 1988 também priorizou um modelo de organização da APS comprometido com a diminuição das desigualdades sociais. Isso se deu mediante: a) a priorização de serviços para as comunidades mais carentes; b) a ênfase nas parcerias locais, onde as Clinicas de Saúde da Família se implantaram; c) a relevância dada às ações de prevenção, de modo que fossem além da vacinação e das ações de planejamento familiar; d) a introdução de intervenções educacionais e sociais; e e) a diminuição da utilização dos hospitais, a partir do diagnóstico precoce de agravos à saúde e da gestão da rede de referência e contra referência (HOWE et al., 2016).

Esta reestruturação na APS representou, além da ampliação do acesso à saúde por parte da população, o aumento da capacidade resolutiva das equipes de Saúde da Família já existentes, com a implantação da Carteira Básica de Serviços em 2011, contemplando a relação entre serviços prestados com as situações de saúde mais frequentes, inclusive as pequenas urgências e os exames complementares (SMS--RJ, 2016). A Atenção Primária à Saúde passou a ocupar um lugar de relevância, e desenvolver um papel estruturante para o SUS. Aliado a esse processo, as informações em saúde também passaram a ter um local de destaque para o acompanhamento da situação de saúde dos diferentes territórios da saúde da família. Ainda atravessada por diversas dificuldades na coleta, processamento, produção e uso, mas já sendo entendidas como importante para a avaliação dos processos e elaboração dos indicadores de saúde.

Durante os 04 (quatros) anos do mandato do então prefeito Marcelo Crivella (2017 – 2020), a APS e os serviços de Saúde no Rio de Janeiro sofreram um enorme retrocesso e sucateamento. Os processos de precarização dos vínculos de trabalho, atrasos salariais, demissões e mudanças de gestores e nas organizações sociais que geriam trabalhadores foram características presentes ao longo dessa gestão.

No seu primeiro ano a frente da prefeitura a população e os trabalhadores da saúde foram surpreendidos com a notícia do fechamento de 11 Clínicas da Família na Zona Oeste da Cidade, região fechadas na zona oeste da cidade, região de maioria populacional negra e que mais sofre com a falta de profissionais para assistência (SILVA, 2020).

No ano seguinte, em 2018 é realizada a "Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos", em 31 de outubro de 2018 (SUBPAV, 2018), que previa a reestruturação e reorganização da APS no município, buscando melhorias na qualidade dos serviços, mas que na verdade se configurou no oposto, como um processo de diminuição das áreas de cobertura, desvalorização profissional e sucateamento.

Esse período de desmantelamento da APS no Rio de Janeiro, teve seu reverberar de forma drástica no início de 2020 quando a Pandemia do Covid-19 chega ao Brasil.

Uma gestão que teve como plano de saúde a violência e o descaso com os habitantes, com uma profunda desorganização do sistema de saúde e da rede de assistência, deixou ainda mais vulnerável a população que mais dependia de seus serviços.

Beatriz Zocal da Silva em seu texto Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravo na pandemia, utiliza-se de um termo e propõe um movimento de "DesCrivelização" da saúde. Segundo a autora, ele seria:

> mudança radical de concepção de modelo de saúde e de gestão que asfixiam a rede assistencial a partir da violência (...) uma estratégia de resistência frente ao que agrava na política de extermínio, que não se dá só na via da (in)segurança pública, mas, sobretudo, na ausência de equipamentos de proteção individual, na falta de prestação de serviços em saúde, e na ausência de profissionais em áreas de grande vulnerabilidade no município do Rio de Janeiro, representando o que há de mais perverso nessa política, que é pautada por uma bionecropolítica.

Podemos observar ao longo desse panorama histórico que a cobertura de saúde da cidade do Rio de Janeiro passou por distintos processos no formular, pensar, consolidar e reorganizar o serviço de Atenção Primária em Saúde. Nos demostrando a importância, a força e a necessidade que a rede de APS tem no pensar e fazer saúde da população, principalmente para os mais vulneráveis.

A luta e resistência para manter dignamente faz-se cada dia mais necessário, mediante a tantos retrocessos.

CAPÍTULO 1

UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS NA APS

Aline Gonçalves Pereira
Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) configuram-se como ferramentas estratégicas para o monitoramento e avaliação de programas, uma vez que fornecem de forma sistemática e contínua informações essenciais e úteis para subsidiar o processo decisório e para o conhecimento da realidade sócio-sanitária, contribuindo para a qualificação da gestão e organização do trabalho em saúde (Cavalcante, et al., 2011; Carvalho, 2009).

> No relatório Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (prestação de serviços, profissionais de saúde, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança). Afirma, ainda, que um sistema de informações em saúde que funcione bem é aquele que não só garante a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do sistema de saúde, mas também que produz análises para orientar as atividades em todos os outros blocos do sistema. Assim, as estatísticas de saúde devem permitir que os tomadores de decisão, em todos os níveis do sistema, identifiquem avanços, problemas e necessidades, tomem decisões baseadas em evidências sobre políticas e programas de saúde, e aloquem de forma otimizada recursos, na maioria das vezes escassos (LIMA et al., 2015 apud WHO, 2007, p. 62).

No Brasil, por terem uma função importante de monitoramento e avaliação das políticas públicas, os SIS de abrangência nacional são de uso obrigatório pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, sendo manipulados diariamente por milhares de trabalhadores em diversos tipos de serviços de saúde. Além dos sistemas de base nacional, em muitos municípios e estados, é comum o uso de sistemas locais, o que na prática significa uma intensa informatização dos processos de trabalho na área de saúde (Coelho Neto, 2019; Panitz, 2014).

No Brasil, a produção de serviços de saúde gera fluxos de dados que alimentam vários sistemas nacionais, criados por necessidades específicas da esfera federal. Tais siste-

mas, acessíveis em grande parte pela internet, acumularam-se em décadas sem concomitante esforço para compatibilizar o registro de variáveis comuns e integrar o gerenciamento de processos. Resultam bases de dados independentes, volumosas e heterogêneas em qualidade e cobertura, que refletem condições socioeconômicas, administrativas e técnico-operacionais em cada instância de gestão da rede de serviços (JÚNIOR, 2006, p. 1050).

A seguir, apresentaremos uma breve descrição dos SIS de base nacional utilizados com maior regularidade nos diagnósticos situacionais dos territórios vinculados às UBSs e nos processos de monitoramento das ações e programas da atenção básica. Cada um desses sistemas reúne um conjunto de dados específicos, coletados a partir de formulários próprios e com padrões de cobertura e qualidade dos dados distintos. Daí a necessidade de se conhecer suas características e finalidades.

a. HIPERDIA Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

Implantado em 2001, o Hiperdia é um sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde. Foi criado com a finalidade de gerar informações sobre a dispensação e distribuição de medicamentos e o acompanhamento da evolução dos casos de hipertensão e diabetes (BRASIL, 2009a).

b. SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

O SisPrenatal foi criado em 2011 e tem por finalidade garantir o monitoramento da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, permitindo o acompanhamento da gestante desde o início da gestação até a consulta de puerpério (Barbosa, et al., 2014).

c. SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

O objetivo deste sistema é possibilitar o monitoramento da cobertura vacinal, taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização. Desenvolvido em 2010, o SI-PNI é formado por um conjunto de nove módulos, sendo que os mais utilizados nas UBSs são: o módulo de Avaliação do PNI, o módulo de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos e o módulo de Eventos Adversos Pós-vacinação.

d. SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

O SISVAN tem como objetivo avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade. Permite ainda monitorar a tendência das condições de nutrição e alimentação de uma população (BRASIL, 2009b).

e. SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O SINAN foi implantado, de forma gradual, a partir de 1993. É o principal sistema da vigilância epidemiológica, pois consolida os dados sobre as notificações e investigações dos casos de doenças e agravos incluídos na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (BRASIL, 2007). A análise dos dados do SINAN permite a construção de importantes indicadores de incidência e prevalência das doenças de notificação compulsória, usados para descrever o perfil de morbidade.

f. SIM Sistema de Informação de Mortalidade

O SIM foi o primeiro sistema de informação em saúde do país e tem por objetivo captar os dados de óbitos e fornecer informações sobre mortalidade. O sistema tem como instrumento padronizado de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO), cuja emissão é de competência exclusiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Tornou-se uma das mais importantes fontes de informação para o sistema de vigilância epidemiológica, por registrar os dados sobre as causas da morte. Com os dados informados no SIM, pode-se analisar a mortalidade proporcional por causa básica da morte, faixa etária, sexo, local de ocorrência e de residência, bem como calcular taxas de mortalidade geral, infantil ou materna ou por grupos de causas (BRASIL, 2011).

g. SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Tem como finalidade captar dados sobre os nascidos vivos no país, a fim de fornecer informações sobre a gestação, parto e as condições de nascimento nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. O sistema tem como instrumento padronizado de coleta de dados a Declaração de Nascido Vivo (DNV), cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Entre os indicadores mais relevantes para o monitoramento da atenção à saúde materno infantil, destacam-se: proporção de nascidos vivos de baixo peso; proporção de nascimentos prematuros; proporção de partos cesáreos, proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe; número de consultas de pré-natal realizadas e mês da gestação que iniciou o pré-natal.

h. SISCAN Sistema de Informação de Câncer de Útero e de Mama

O SISCAN é o sistema on-line que integra e substitui os sistemas de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA). Desenvolvido em 2012, o novo sistema tem por objetivo o aprimoramento das ações de rastreamento, à medida em que permite a identificação das usuárias pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento (INCA, 2013).

i. SISREG Sistema Nacional de Regulação

O SISREG é um sistema on-line, desenvolvido em 2001, para apoiar os gestores na função de regulação do acesso à atenção à saúde, conforme previsto na Política Nacional de Regulação Assistencial. O sistema é utilizado para o gerenciamento e operacionalização de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos. O sistema é composto por três módulos: Ambulatorial (Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados), Internação Hospitalar (Central de Internação Hospitalar) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) (Brasil, 2010).

j. HORUS AB Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

O HORUS é um sistema on-line, desenvolvido em 2009, para apoiar a gestão da assistência farmacêutica, tendo em vista as diretrizes traçadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Sua utilização permite acompanhar o fluxo de movimentação entre os diferentes níveis de gestão (estadual e municipal) e os serviços de saúde que prestam assistência farmacêutica. Entre suas principais funcionalidades, destacam-se a verificação dos estoques nas centrais de abastecimento e nas unidades de dispensação; rastreamento dos medicamentos distribuídos; identificação do perfil da demanda e a origem das prescrições (BRASIL, 2017).

Os avanços proporcionados pela gradativa incorporação das práticas de monitoramento e avaliação serão percebidos com o aprimoramento do processo de gestão em saúde e com um melhor desempenho dos programas e políticas públicas. Contudo, é imprescindível a implementação de estratégias que também fortaleçam a gestão da informação, no sentido de que gestores e profissionais de saúde incorporem em suas práticas cotidianas uma cultura de uso das informações para embasar a tomada de decisão.

k. eSUS

Se por um lado os sistemas de informações em saúde são reconhecidos pelo seu papel relevante para a reorganização do sistema de saúde, sobretudo para o fortalecimento da atenção básica, por outro, a multiplicidade de SIS que foram criados ao longo dos anos, tem sido apontada como um fator limitante, já que as informações se encontram dispersas entre os vários sistemas, tornando-se um entrave para a sua utilização (CAVALCANTE E PINHEIRO, 2011; MORAES E GOMES, 2007).

Para se ter uma ideia, no estudo realizado por Coelho Neto (2019) foram identificados pelos menos 31 sistemas de informação em saúde de base nacional, que de alguma forma utilizaram dados coletados na Atenção Básica, no período de 2013 a 2018. A falta

de integração entre esses diversos sistemas tem acarretado o aumento significativo do retrabalho em todas as etapas do ciclo de produção das informações, dificultando o processo de gestão da informação nas secretarias de saúde de estados e municípios.

Diante deste contexto, e frente à necessidade de fortalecimento do sistema de informação da atenção básica em nível nacional, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, atualmente Secretaria de Atenção Primária à Saúde lançou, em 2013, a estratégia e-SUS AB com o propósito de reestruturar e integrar os sistemas de informações em saúde. Junto com a estratégia e-SUS AB, foi desenvolvido um novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que a partir de 2015, substituiu o antigo SIAB.

Vale ressaltar que essa iniciativa está em consonância com uma proposta mais geral de informatização do Sistema Único de Saúde, em busca de um SUS eletrônico, e tem como um dos seus objetivos implantar um novo modelo de gestão da informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão dos processos de trabalho e na coordenação do cuidado na AB.

Além disso, a estratégia e-SUS AB enquanto modelo de gestão da informação é orientada pelas diretrizes e princípios que norteiam a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde. Sendo assim, destacam-se entre suas principais ações estratégicas (BRASIL, 2014):

- Individualizar o registro das informações em saúde, por meio do Cartão Nacional de Saúde;
- Integrar a informação dos diversos sistemas de informação em saúde existentes na AB;
- Reduzir o retrabalho na coleta de dados: reduzir a necessidade de registrar informações similares em mais de um formulário de coleta de dados;
- Informatizar as unidades por meio de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde;
- Aprimorar a gestão do trabalho com a introdução de novas tecnologias para otimização do trabalho dos profissionais;
- Fortalecer a gestão do cuidado com a qualificação do uso da informação no cuidado em saúde;

Com a finalidade de dar cumprimento ao conjunto de ações da estratégia e-SUS AB, foi criado o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que em 2015, substituiu definitivamente o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). E, para operacionalizar a alimentação de dados no SISAB, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, vem desenvolvendo o Prontuá-

rio Eletrônico do Cidadão (e-SUS/PEC). O sistema operacional e-SUS/PEC encontra-se, atualmente, na versão 3.2 (Brasil, 2020).

Para implantação do e-SUS/PEC, o Ministério da Saúde levou em consideração que os municípios brasileiros apresentam diferentes realidades no que se refere às condições de infraestrutura física, de acesso às tecnologias para conectividade e à disponibilização de equipamentos de informática. Sendo assim, diferentes cenários foram desenhados para implantação do e-SUS/PEC, oferecendo aos municípios duas alternativas para inserção de dados no SISAB (Brasil, 2014).

No cenário onde as UBSs não possuem computador e não possuem acesso à conectividade, os dados devem ser registrados por meio da Coleta de Dados Simplificada (e-SUS/CDS) para posterior digitação no e-SUS/PEC, instalado na modalidade centralizador na SMS e, em um terceiro momento, enviado para a base nacional (SISAB). As fichas que compõem o e-SUS/CDS estão organizadas em três blocos, conforme esquema abaixo.

Quadro 1: Fichas de composição do e-SUS/CDS

Cadastro da Atenção Básica	Ficha de atendimento de profissionais de nível superior	Ficha de atendimento de profissionais de nível médio e outros
Cadastro Domiciliar e territorial Cadastro Individual	Ficha de atendimento individual Ficha de atendimento odontológico Ficha de vacinação	Ficha de visita domiciliar e territorial
	Ficha de atividade coletiva	
	Ficha de procedimentos ambulatoriais	
	Marcadores de Consumo Alimentar	

Fonte: Brasil, 2020

No cenário onde as UBSs dispõem de computador e acesso à internet, os dados são digitados diretamente no e-SUS/PEC da unidade básica. Neste caso, o fluxo dos dados segue ao mesmo tempo para o centralizador municipal e para base nacional (SISAB). Suas funcionalidades estão organizadas em seis módulos: atendimento, cidadão, agenda, relatórios gerenciais, administração do sistema operacional e CDS - módulo de apoio à digitação das fichas que compõem o e-SUS/CDS (BRASIL, 2020).

A implantação da estratégia e-SUS/PEC nas UBS tornou possível o acompanhamento do atendimento dos usuários, assim como o acompanhamento da produção de cada profissional. Dessa forma, os gestores municipais ganham uma ferramenta útil para gestão do processo de trabalho das equipes de AB, permitindo uma melhor organização das agendas de atendimento e a automatização dos processos de trabalho.

Outro aspecto importante da implantação do e-SUS/PEC foi a incorporação do Registro Médico Orientado por Problemas (RCOP/SOAP) e a utilização do Código Internacional de Atenção Primária (CIAP II). Essa nova forma de registrar o atendimento aos usuários fortalece o modelo de cuidado centrado na pessoa e não na doença,

permitindo que seja registrada a queixa do usuário e não a suspeita diagnóstica do profissional de saúde. O uso da CIAP II favorece o registro do real motivo do atendimento e não um provável diagnóstico, sendo uma classificação mais apropriada para a AB.

Além das equipes de saúde da família, o e-SUS/PEC também pode ser utilizado pelas equipes do NASF, do Programa Saúde na Escola, da Academia de Saúde, Melhor em Casa e Consultório na Rua. A integração entre os diferentes pontos da rede de atenção básica pode potencializar a comunicação e a troca de informações entre as equipes, melhorando assim o acesso e o cuidado prestado à população.

O e-SUS/PEC também se apresenta como um mecanismo de integração das informações na AB, com a pretensão de eliminar o retrabalho na coleta de dados e o excesso de informações duplicadas. É possível citar ao menos dez sistemas de informação em saúde de base nacional cujo processo de produção da informação é específico da AB e aqueles com interface com a AB que seriam elegíveis para fazer parte do processo de integração dos SIS (SI-PNI, SIS-PRENATAL, HIPERDIA, SINAN, SISCAN, SISVAN, SINASC, SIM, HORUS e SISREG).

CAPÍTULO 2

PAINEL DE INDICADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

Aline Gonçalves Pereira
Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis
Bianca Borges da Silva Leandro
Fernanda do Nascimento Martins
Laís Pimenta Ribeiro dos Santos
Raphael Mendonça Guimarães
Tatiana de Araujo Eleuterio

A diferença entre classes econômicas, a qualidade de vida, o acesso à informação e a oferta de serviços são fatores que impactam na saúde e condições de vida de uma população. Os agravos à saúde não ocorrem ao acaso, de maneira que identificar os fatores influenciadores que levam a tal situação, permitem o desenvolvimento e aplicação de medidas eficazes para o cuidado à saúde (LUNKES et al, 2018).

A organização e a oferta de serviços na área da saúde são resultado da construção do sistema de saúde e da percepção que a população tem sobre cuidado em saúde. De acordo com Santana (2018), no que tange à análise de dados sobre a carga da doença, as doenças relacionadas à pobreza no Brasil ainda produzem um grande impacto na morbidade e mortalidade, tendo como um dos fatores influenciadores o processo de transição epidemiológica.

A transição epidemiológica é caracterizada pelas mudanças no padrão de morbimortalidade ocorridas ao longo do tempo, levando em consideração um conjunto de transformações nas áreas demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001; SANTOS-PRECIADO et al., 2003). No Brasil, a situação de saúde da população se caracteriza por uma transição epidemiológica com sobreposição de fases, a chamada tripla carga de doenças - quando persistem doenças infecciosas e carenciais nas regiões mais pobres, concomitantemente ao aumento da prevalência de doenças crônicas e ao impacto provocado pelas causas externas (MACINKO et al., 2010; SILVA, 2011). De acordo com Silva (2011), os serviços de saúde precisam estabelecer vínculos mais duradouros com os usuários, com o cuidado longitudinal e a coordenação do cuidado, para atender às necessidades de saúde específicas de cada território.

Pensando em organização de serviços de saúde, os sistemas de saúde no mundo foram historicamente constituídos para lidar com problemas de saúde agudos, conforme eles emergiam para a população, ou seja, desenhados para funcionar sob pressão (OMS, 2003; MENDES, 2012). No entanto, o aumento significativo das doenças crônicas causou um "descompasso entre os problemas de saúde e os sistemas" (OMS, 2003, p.8). Para modificação desse quadro, surgiu a necessidade de uma mudança de paradigma, reconhecendo que as doenças crônicas necessitam de um modelo de saúde diferente,

com mais contatos e profundidade nos tratamentos, e estabelecimento de linhas de cuidado para acompanhamento longitudinal (OMS, 2003; SILVA, 2011; MENDES, 2012).

Impulsionados pelos movimentos de Reforma do Estado que ocorreram pelo mundo na década de 1970, em decorrência da crise econômica e fiscal, iniciou-se a discussão sobre os regimes de proteção social e a intervenção do Estado no setor saúde. Esta pauta desencadeou, na década de 1980, diversas reestruturações nos modelos de atenção à saúde em todo o mundo. No entanto, a proposta de ampliar a atuação do Estado nesse setor significava um aumento de gastos importante, o que ia de encontro ao modelo neoliberal capitalista predominante no período, o que resultou em construções diversas de modelos de saúde em vários países (CASTRO, 2015).

No Brasil, após amplo debate envolvendo diversos setores da sociedade, foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS). Um sistema universal recente e em constante processo de aprimoramento, no qual preconiza-se a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção à saúde que tem como estratégia a ampliação do acesso e qualidade da assistência para as populações, com vistas à melhoria dos indicadores populacionais de saúde, especialmente a redução da morbimortalidade, e a um consumo mais racional da tecnologia biomédica, conferindo maior eficiência ao gasto no setor (OMS, 1978; NEDEL, 2009). Em contraponto ao modelo biomédico hegemônico até então, a APS se estabelece enquanto elemento fundamental para reforma sanitária em diferentes países (STARFIELD, 2002; NEDEL, 2009; BRASIL, 2010a).

Ao longo dos anos da implementação da APS no Brasil percebeu-se que as mudanças no modelo de atenção estavam também em sintonia com o maior uso da informação em saúde para o conhecimento do perfil de saúde e doença dos estados e municípios do país, como também para avaliar o próprio desenvolvimento da APS. Desde a estruturação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), em 1998, já havia a preocupação com alguns indicadores considerados importantes marcadores das condições de vida e saúde da população. A implantação do Sistema de Informações para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS), em substituição ao SIAB, em 2013, tornou este processo mais sistematizado, levando inclusive a produção automatizada de relatórios para o gestor do nível local, ou seja, dando possibilidades para a maior descentralização da informação em saúde. Contudo, vale destacar iniciativas desenvolvidas em outros momentos que já caminhavam para este processo como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) lançado em 2011.

O uso de indicadores na APS no nível municipal, em um formato de painel, é uma estratégia que vem se intensificando desde a última década. Mas, o que é um painel de indicadores? De modo simples, pode ser compreendido como uma ferramenta que de modo fácil e ágil permite o monitoramento e avaliação de indicadores considerados

estratégicos em um determinado lugar e período histórico. Um painel de indicadores deve ter uma interface visual e disposição de informações consolidadas de um modo facilitado, não necessariamente precisa ser em um formato digital-interativo, há experiências de painéis em formato de quadro-lousa em unidades de saúde. Contudo, painéis de indicadores não devem ser compreendidos como artefatos decorativos, seja em ambiente digital ou real. A sua elaboração e construção deve se desdobrar em real uso para a análise da situação de saúde e a tomada de decisão de profissionais envolvidos com a atenção e a gestão.

Cada vez mais na APS vem sedo colocada a necessidade de acompanhamento da diversidade de ações desenvolvidas neste ponto de atenção, cresce a demanda por instrumentos que permitam o planejamento em saúde e que apoiem o monitoramento e a avaliação de indicadores em tempo oportuno por toda a equipe e, inclusive, pela população, seja na função do controle social ou de cidadãos que buscam o direito de acesso à informação em saúde. Um painel de indicadores pode auxiliar na tomada de decisão de maneira simples e rápida, embora o seu processo de construção não seja de modo simples e rápido (PEREIRA et al, 2018).

Afinal, se a proposta é ter indicadores que tenham sentido e significado de uma forma ampla a definição de quais indicadores serão monitorados não deveria ficar só a cargo do gestor da saúde, mas, em um processo dialético, de escuta e troca, com os profissionais da saúde, outros atores públicos e a população, delimitar quais dimensões da situação de saúde-doença-cuidado se pretende acompanhar mais de perto.

Painéis devem ser dinâmicos no sentido de permitir a incorporação de novos dados e indicadores que não foram considerados em outro momento e, pelo mesmo motivo, também permitir retiradas. Contudo, inserções e, principalmente, retiradas devem ser comunicadas de forma transparentes e também justificadas para que não ocorra a exclusão de indicadores importantes que apontam para situações desiguais e problemas estruturais.

Por tudo citado, e tendo em vista que a APS no Brasil cada vez mais se debruça tanto sobre desafios das doenças transmissíveis, como também as crônicas não transmissíveis e outras situações da ordem de vida que influenciam a saúde de indivíduos e populações, como o saneamento básico e a insegurança alimentar, torna-se estratégico o uso de ferramentas que potencializem o trabalho individual e em rede colaborativa. Instrumentos, como painéis de indicadores, que apoiem a compreensão, o monitoramento e a avaliação das condições de vida em saúde, em especial, a nível municipal.

Mas, o que é monitoramento e avaliação?

A atividade de monitoramento é definida como o acompanhamento contínuo, complexo e periódico de um programa ou política, com a finalidade de verificar se as metas e objetivos estão sendo alcançados de acordo com o planejado (VAITSMAN,

RODRIGUES e PAES-SOUSA, 2006). Deve-se levar em consideração o contexto, as relações sociais, econômicas, políticas que os envolve. Trata-se de uma importante ferramenta gerencial, podendo ser utilizada em diferentes etapas do ciclo de políticas públicas (JANUZZI 2013; TANAKA, 2008; HARTZ, 2000).

O monitoramento pode ser realizado para estabelecer um plano de análise contínuo sobre a situação-problema, o público-alvo e o contexto externo e organizacional. Assim como, no fornecimento de informações regulares sobre o funcionamento de um determinado programa ou política verificando insumos e os procedimentos estão sendo executados conforme o previsto. O monitoramento e avaliação sistemáticos contribui com informações que serão utilizadas para julgar o processo de implementação, os resultados e impacto das mudanças esperadas, e o custo-benefício que a política pública gerou para a sociedade.

As informações produzidas por um sistema de monitoramento também podem ser utilizadas na fase de avaliação, com maior profundidade, buscando-se os aspectos explicativos para os resultados observados em um processo pontual. É inerente às avaliações a realização do julgamento do mérito e valor do programa, gerando informações qualificadas para que os gestores decidam sobre a continuidade ou interrupção do mesmo avaliado, ou ainda, apontando o que pode ser modificado para que o programa seja aperfeiçoado.

Ainda que o monitoramento e a avaliação possam ser considerados atividades que se complementam, a prática de avaliação é distinta e, na grande maioria das vezes, realizada de forma independente.

A avaliação, segundo Rossi,Freeman e Lipsey (2004a 2004b) pode ser compreendida como:

> uma atividade que consiste em utilizar os métodos de pesquisa das ciências sociais para analisar sistematicamente a eficácia dos programas de intervenção social de um modo adaptado ao seu ambiente político e organizacional, e de maneira a iluminar a ação social tendo em vista a melhoria das condições sociais.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. Suas abordagens e métodos passam por um processo contínuo e sistemático de evolução, exigindo novas reformulações, aprimoramento e adaptações ao longo do tempo. Não podendo ser configurada, exclusivamente, um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão também esteja presente, deve ser compreendida como um processo de negociação entre distintos atores sociais. Constituindo-se, portanto, de um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (LACERDA & TRAEBERT, 2006, p. 111).

A avaliação no campo da saúde reflete um cenário bastante complexo e controverso,

onde encontramos modelos conceituais, abordagens e metodologias diferentes (Champagne et al, 2011). Lacerda e Traebert (2006, p. 107), apontam que, das várias abordagens existentes, o modelo mais utilizado no campo da saúde é o de Donabedian (1988):

> estruturação sistêmica, que estabelece a tríade "estrutura-processo-resultado" [..] A avaliação de estrutura tem semelhanças com alocação de insumos e geração de produtos intermediários; a avaliação de processo com obtenção de produtos finais; e a avaliação de impacto com a produção de resultados.

Podemos citar alguns exemplos de iniciativas relevantes que promoveram a institucionalização das atividades de monitoramento e avaliação no Brasil, tais como: o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNSS); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); a criação, no Ministério da Saúde, do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) e a Sala de Apoio à Gestão Estratégia (SAGE).

Portanto, um painel de indicadores na APS, acoplado a um processo de trabalho contínuo de monitoramento e avaliação em saúde tem potencial para identificar problemas estruturais neste nível de atenção, como também condições de saúde e doença e problemas de saúde que necessitam de um olhar mais específico.

Para saber mais

Conheça alguns painéis de indicadores que apoiam o monitoramento e avaliação em saúde no âmbito da APS:

- Painel do e-gestor AB
  Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/

- Painel de Manguinhos
  Disponível em: https://datastudio.google.com/u/0/reporting/1cc847ad-929f-4e20-949f-358cfacf6aec/page/hb7MB

Para aprofundamento do debate em leituras indicamos:

- Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de Luís Carlos Batista et al
  Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151

- Painel de Indicadores do SUS, do Ministério da Saúde
  Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panoramico_v_3_n_7.pdf

CAPÍTULO 3

INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE: BREVES REFLEXÕES

Aline Pereira Gonçalves
Bianca Borges da Silva Leandro
Paula Cristina Pungartnik
Fernanda do Nascimento Martins

Um indicador é um retrato momentâneo, uma medida-síntese, que intencionalmente procura delimitar um fenômeno, considerando a variabilidade no tempo e no espaço que cada imagem analisada representa. Importante destacar que por si só, indicadores não explicam a realidade, eles contribuem na descrição, na caracterização, mas a elaboração de explicações e hipóteses passa por processos mais complexos de pesquisa e análise da realidade, incluindo aí os indivíduos responsáveis por estas análises.

De modo geral, a construção de um indicador é complexa, não se fazendo de um processo linear e sem modificações ao longo do tempo. Por muitas vezes, a dificuldade em se construir um indicador dá-se pelo fato de não se conseguir identificar com clareza o conceito em questão. Ou, define primeiramente a medida para depois inferir o conceito indicado, o que seria uma deturpação da boa prática metodológica. Portanto, ela perpassa por caminhos contínuos, onde ocorrem erros e se aposta em novas propostas de medidas para torná-lo mais delimitado e específico, aproximando-se cada vez mais do conceito originário. Em outras palavras, poderíamos fazer uma analogia com um espiral: roda-se, mas nunca se chega ao fim. (JANNUZZI, 2002).

Assim, faz-se necessário elencarmos características para a construção de um indicador, independente do fenômeno que está sendo analisado. Poderíamos dizer que são atributos essenciais que devem ser conhecidos por que elabora o indicador, como também por quem o interpreta: a) a referência teórico conceitual, a descrição do indicador, o que ele significa; b) a unidade de medida que está sendo utilizada (pessoas, porcentagem, anos etc); c) a unidade de análise do dado, o nível de desagregação (dados de indivíduo, domicílio, município, estado, região etc); c) a referência ao tempo/período (dia, mês, ano etc); d) fonte de dados (sistemas de informações em saúde, IBGE etc); e) o método,a forma, de se calcular o indicador; f) possíveis usos; g) limitações e barreiras do indicador. (JANNUZZI, 2002).

Para a melhor compreensão da situação de vida e saúde, é importante que exista uma junção entre os indicadores sociais e indicadores de saúde para que juntos, ajudem a medir os problemas e avaliar os resultados da intervenção proposta. Os indicadores, quando pactuados com os diferentes atores envolvidos no processo, representam um

caminho potente para influenciar na formulação de políticas públicas ou programas, que melhor podem responder às demandas sociais de saúde (SANTIAGO et al., 2007).

Feito esse preâmbulo, dividimos este capítulo em duas partes. Na primeira é feita uma apresentação da conceituação e principais elementos dos indicadores sociais e, na segunda, aprofunda-se o olhar sobre os indicadores de saúde, em especial, o uso de indicadores de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

Indicadores Sociais

Os Indicadores sociais constituem-se em ferramentas de caráter fundamental para a compreensão das estruturas políticas, econômicas, sociais, culturais e históricas de uma nação.

É o raio-x identitário composto por um potencial conjunto de informações que mensuram deste a infraestrutura social à construção de políticas públicas e programas que auxiliem na diminuição do abismo desigual que se encontra a nossa sociedade. Levando em consideração as diferentes dimensões, como: demografia, padrão de vida e distribuição de renda, mobilidade educacional e mobilidade ocupacional (JANNUZZI, 2017; IBGE, 2017) como bases norteadoras para planejar e avaliar ações, visando retratar o estado social de uma nação.

No Brasil, após criação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, fomentado por um grupo de trabalho multidisciplinar, estruturou-se um sistema de indicadores sociais. Este sistema constitui-se de oito temas de estudos aprofundados para refletir a sociedade, sendo eles:

a) população e famílias;
b) divisão do trabalho;
c) educação;
d) saúde;
e) mobilidade ocupacional;
f) distribuição de renda;
g) despesa familiar; e
h) habitação.

Para construção dos indicadores sociais, faz-se necessária a disponibilidade de uma base de dados confiável, que possua a consolidação de estatísticas robustas, relevantes e com credibilidade para assegurar a ética profissional. Evita-se assim, o uso pouco ético e interpretações distorcidas na utilidade dos dados, ou a manipulação de pesquisas, tanto na academia, quanto na esfera política, por exemplo. A elaboração dos indicadores sociais ocorre através da base de informações produzidas, predomi-

nantemente, no âmbito das instituições públicas. Várias agências operam na construção de sistemas de indicadores sociais, demográficos, ambientais e econômicos, sob a coordenação do IBGE.

Jannuzzi (2017) aponta quatros passos metodológicos para a construção de um sistema de indicadores sociais. São eles:

1. Definição operacional do conceito abstrato ou temática a que se refere o sistema em questão;
2. Especificação das suas dimensões, das diferentes formas de interpretá-lo ou abordá-lo, tornando-o um objeto específico, claro e passível de ser "indicado" de maneira quantitativa;
3. Obtenção das estatísticas públicas provenientes de censos demográficos, pesquisas amostrais, cadastros públicos etc;
4. Combinação orientada das estatísticas disponíveis, computando os indicadores, na composição de um Sistema de Indicadores Sociais.

Podemos citar, alguns exemplos desses sistemas: o Sistema de Indicadores Sociais do IBGE; o Sistema de Indicadores de Saúde; o Sistema de Indicadores para mercado de trabalho; o Sistema de Indicadores de Bem-Estar Social da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); e o Sistema de Indicadores Sociais e Demográficos da Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (JANNUZZI, 2017).

Os indicadores sociais requerem um arsenal robusto para sua construção, suas propriedades mais desejáveis são: relevância social, validade, confiabilidade, cobertura populacional, sensibilidade, especificidade, reprodutividade e comunicabilidade.

Para saber mais

• Indicamos a leitura do livro *Indicadores Sociais no Brasil*: conceitos, fontes de dados e aplicações. 6. ed. Campinas: Alínea, 2017, de Paulo de Martino Jannuzzi.

• E o artigo: Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil, de Paulo de Martino Jannuzzi.
Disponível em: https://static.fecam.net.br/uploads/28/arquivos/4054_JANUZZI_P_Construcao_Indicadores_Sociais.pdf

Esse conjunto de informações que fundamentam politicamente o sistema de indicadores sociais devem conter, para além das propriedades acima citadas como as mais desejáveis, uma análise a partir de uma ótica questionadora.

Se compreendemos a informação como um processo derivado de uma formação social integrada na política, economia, cultura, que não pode ser apartada dessas esferas estruturantes que constituem a sociedade, não podendo analisa-la de forma neutras, e sim, dotada de contradições e confrontos em uma sociedade baseada nas relações de poderes (Martins, 2020).

Sendo assim, ao olharmos para os indicadores sociais considerados oficiais, precisamos nos atentar para suas incompletudes ou determinados recortes decorrente do sistema no qual estamos imbuídos. Para tal é necessária uma disputa de narrativas, e/ou um ques-

tionamento do que é socialmente relevante, não contando somente com os dados oficiais, que podem levar a exclusão de informações tidas como "não oficiais" ou não pertencentes.

Segundo Carola Arregui em seu artigo intitulado O debate sobre a produção de indicadores sociais alternativos: demandas por novas formas de quantificação:

> No decorrer dos anos 2000, fica claro que o debate sobre indicadores sociais gera e é gerado pela expressão e multiplicação de discussões e experiências vivenciadas por inúmeros pesquisadores, militantes de associações e de movimentos sociais, bem como pela progressiva incorporação de laboratórios de pesquisa de diversas universidades, ganhando densidade a partir da análise dos resultados e das metodologias construídas e aplicadas. Multiplicam se as experiências que desenvolvem diversas formas de participação, promovendo um espaço no qual a sociedade intervém na definição do que deve contar na construção dos indicadores, sem que isto signifique um detrimento dos aspectos técnicos da sua construção; bem como a produção crescente de indicadores sociais territorializados, diante da necessidade da gestão pública local de informações mais finas sobre as condições de vida da população e seus territórios." (2012, p.540)

Vemos emergir novas narrativas na construção dos indicadores sociais, novos atores que agregam e até mesmo confrontam os dados ditos oficiais ou inexistentes. A construção de novas perspectivas e múltiplos olhares para pensar e refletir a sociedade são abordadas e compartilhadas, fator esse que ganha proposições e conhecimentos maiores com o a internet e as redes sociais.

Você sabia?

Podemos considerar exemplos de indicadores sociais relevantes a Comissão Pastoral da Terra (CPT) e o Aplicativo Fogo Cruzado.

- A CPT - foi criada para ser um serviço junto à causa dos trabalhadores e trabalhadoras do campo e ser um suporte para sua organização.
- A Pastoral da Terra produz dados de indicadores sociais relevantes que abordam a violência gerada pelos conflitos de terras no campo.

https://www.cptnacional.org.br/

- O Fogo Cruzado é uma plataforma digital colaborativa com dados de violência armada nas regiões metropolitanas da cidade do Rio de Janeiro. Cuja informações dos dados coletados são recebido através da população, a impensa e a policía.

https://www.institutoupdate.org.br/project/fogo-cruzado-pt/

Indicadores de Saúde, aproximando-se da APS

A procura de medidas válidas e confiáveis sempre foi uma atividade central em saúde pública, na busca de números que pudessem refletir o estado de saúde da população. Esse movimento iniciou-se com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Desde então, com o avançar da compreensão de que o processo saúde-doença também é determinado socialmente, percebeu-se que era possível avaliar outras

dimensões do estado de saúde. O acesso aos serviços públicos, a avaliação da qualidade dos serviços ofertados, as condições de vida, dentre outros, são alguns exemplos referentes a estas dimensões. Diante disso, desenvolveram-se indicadores que tentassem se aproximar destas dimensões (OPAS, 2008).

No contexto das políticas públicas, para a sua implementação é necessária uma grande capacidade de gestão alinhada a estratégias factíveis ao desenho orçamentário disponível. Para tanto, é preciso um acompanhamento sistemático dos aspectos da realidade que se pretende intervir, como também, considerar os vários interesses existentes na sociedade (BRASIL, 2018 apud HABERMAS, J. LENNOX, & LENNOX, 1964).

Diante das premissas anteriormente citadas e o grande desafio de utilizar melhor as informações na gestão do SUS de forma integrada, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), instituiu em 1996 a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. A estratégia utilizada centrou-se na criação de uma Rede Intergestora de Informação para a Saúde (Ripsa), que fosse capaz de atingir alguns objetivos básicos (RIPSA, 2009), a saber:

> a) elaboração da matriz de indicadores, como instrumento de unidade tática; b) eleição do Datasus como residência unificada da base de indicadores; c) seleção da fonte institucional produtora de cada indicador; e d) qualificação dos atributos dos indicadores. A base é revisada e atualizada periodicamente, por processos interinstitucionais e interdisciplinares de trabalho, que visam aferir conceitos, métodos, consistência e significância dos dados divulgados (JÚNIOR, 2006, p. 1050).

A Ripsa é concebida por um grupo de trabalho que se constituem em rede e com representação das principais estruturas do MS, a OPAS e instituições-chave da política de informações em saúde no País: IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP, Ipea e Fundação Seade, que juntas, culminam num plano de trabalho único e conjunto. Ou seja, a ideia é produzir e disponibilizar de forma organizada e sistemática informações sobre as condições de vida e saúde da população e que apoiem à formulação, a gestão e a avaliação de políticas e ações no sistema público, de interesse dos poderes públicos, de gestores, dos órgãos colegiados e do controle social do SUS, das entidades técnico-científicas e das organizações internacionais.

Desta forma, a Ripsa obtém como um dos seus produtos finalísticos a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB), que sistematizam informações, contendo conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados, a fim de compreender a situação de saúde brasileira e sua tendência. Os dados são obtidos por meio da plataforma eletrônica do DataSUS. E para aqueles menos familiarizados com os recursos da informática, o DataSUS publicava, anualmente, um folheto IDB (Indicadores e Dados Básicos) impresso, contendo uma síntese referente à análise de situação de saúde e tendências do último ano. A editora do MS ficava encarregada de

realizar a impressão e distribuição de 40.000 folhetos/ano. Dentre tantas vantagens, nos cabe ressaltar que os indicadores utilizados pela Ripsa, por muitas vezes, não correspondem à esfera municipal, um desafio ainda a ser superado. O último folheto foi disponibilizado no ano de 2012, abordando o tema das doenças imunopreveníveis, no ano em que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) completava 40 anos (JÚNIOR, 2006; RIPSA, 2008; PINTO et al., 2018).

Em 2009, a Ripsa publicou o primeiro Informe de Situação e Tendências (IST), um produto advindo de um trabalho sistemático em parceria com profissionais de diversas instituições. Este relatório passou a complementar o IDB com informações analíticas, tendo como público alvo, especialmente, gestores de saúde (RIPSA, 2009).

Nessa perspectiva e considerando o trabalho histórico e importante da Ripsa, deve-se compreender que a Análise de Situação de Saúde (Asis) é um processo que apoia a gestão da saúde de forma crítica e reflexiva, ao conhecer melhor a situação de saúde de uma população, definindo as necessidades e prioridades em saúde e a avaliação da sua efetividade, e ainda na formulação de estratégias para a promoção, prevenção e controle de danos para a saúde. Usualmente, a Asis utiliza dados secundários para análise, e isso está diretamente atribuído às vantagens favorecidas pelos dados secundários, tais como: simplicidade no uso, baixo custo e tempo necessários para a análise, validade externa, oportunidade e continuidade das análises, entre outros (BRASIL, 2015).

É importante ressaltar, assim como sinaliza Castellanos, que: "a descrição e a explicação da situação de saúde-doença não são independentes de quem e a partir de que posição descreve e explica'' (Castellanos, 1990 apud MITROV I.; BONOMA, 1978, p. 2). Este autor está apontando para a não neutralidade das escolhas dos sujeitos e das reações nas quais estão envolvidos. Sendo assim, o autor ratifica que "A 'situação de saúde' de um determinado grupo de população é, portanto, um conjunto de 'problemas' de saúde 'descritos' e 'explicados' a partir de uma perspectiva de um ator social, isto é, de 'alguém' que decide uma conduta determinada em função de tal situação". (CASTELLANOS, 1990, p. 3).

Nesse sentido, os indicadores são peças fundamentais que nos auxiliam na compreensão da situação de saúde-doença, embora, por si só, eles não consigam explicar a totalidade da situação, necessitando de outras informações contextuais. Como dito, indicador trata-se de uma medida-síntese que tem o objetivo de apontar e mostrar algo sobre determinada situação.

Os indicadores de saúde podem ser compreendidos como medidas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde da população, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a formulação de políticas e definição de prioridades adequadas às necessidades de saúde de cada território. Constituem-se em ferramentas de caráter fundamental para a compreensão das estruturas políticas, econômicas, sociais, culturais e históricas de uma nação e têm

potencial para apoiarem no desenvolvimento de ações que auxiliem na diminuição das desigualdades sociais.

Vale destacar que o uso de indicadores na Atenção Primária à Saúde (APS) também foi balizado, em 2007, pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em suas linhas estratégicas de ação: "desenvolver uma metodologia e indicadores para monitorar e avaliar o progresso alcançado pelos países e pela Região como um todo na implementação de sistemas de saúde com base na APS" (OPAS, 2007, p.22).

No Brasil, o processo de descentralização e municipalização do SUS trouxe para o município a responsabilidade de organizar os serviços relacionados à APS (MENDES e SALA, 2011). Diversos modelos e estratégias de desenvolvimento da APS no Brasil foram sendo criados, de acordo com a indução nacional e também às distintas realidades do país. Mesmo diante de diferentes formas de organização da APS no país, nota-se que a preocupação em monitorar suas ações e medir seus resultados e desempenhos por meio de indicadores é algo que se pode identificar nessas três últimas décadas. A necessidade de conhecer, de modo mais organizado, a situação de saúde por meio de medidas-sínteses na APS pode ser identificada, por exemplo, no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1998, que possuía relatórios gerenciais com consolidados de dados destinados a este fim, a saber:

- Consolidado de Famílias Cadastradas: apresentava os indicadores demográficos e sociossanitários por microárea, área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região.
- Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA2): consolidava as informações sobre a situação de saúde das famílias.
- Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação (PMA4): consolidava as informações sobre produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras.

Em 1999, por meio da Portaria GM nº 476, no intuito de apoiar o processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, estruturado como um instrumento nacional das ações e serviços referentes a este nível atenção (SIMÃO et al, 2007). Desse modo, tornou-se uma atribuição das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde firmar, monitorar e avaliar os indicadores deste Pacto, de acordo com a sua abrangência territorial. O Pacto é formado por um conjunto de indicadores que refletem áreas consideradas prioritárias: saúde da criança, controle do diabetes, controle da hipertensão, controle da tuberculose, hanseníase, saúde bucal, saúde da família e imunização.

Nesse processo, em 2006, ocorreu a publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Em 2011, com o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), observou-se o amadurecimento e o uso mais intensivo de indicadores para avaliar as ações desenvolvidas pela Atenção Básica. Foram selecionados indicadores para as principais atividades estratégicas desenvolvidas por este nível de atenção: pré-natal, prevenção do câncer do colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis. Além destes, também foram delimitados indicadores para os programas nacionais estratégicos: rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência. Vale sinalizar que os indicadores definidos para o PMAQ guardam relação com os indicadores historicamente pactuados no Pacto pela Atenção Básica e, em seguida, no âmbito do Pacto Pela Saúde.

Com o Decreto Presidencial 7.508, publicado em 2011, que regulamentou a lei orgânica da Saúde 8.080/1990, observou-se mais fortemente a indicação de uso de indicadores para a organização das redes de atenção à saúde considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais. Nesta normativa, foi instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), enquanto um instrumento foi firmado entre os entes federados para integrar e organizar as ações e serviços de saúde, de modo regionalizado e hierarquizado. Neste instrumento, foram definidos os indicadores e metas para acompanhamento, conforme pontuado no artigo 35:

> O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Desse modo, o Pacto (instrumento que sistematizava os principais indicadores relevantes para a atenção à saúde) passou a ser substituído pelo COAP. Deve-se destacar também que, para apoiar os municípios no processo de elaboração e cálculo dos indicadores, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sistematizou o rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Os indicadores mais recentes, a serem acompanhados no período de 2017 a 2021, estão listados na Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) n° 08, publicada em 24 de novembro de 2016. Esta resolução apresenta 17 indicadores a serem monitorados pela união, estados e municípios.

Com o decreto 7.508/2011, também se fortaleceu a atenção primária como ordenadora da rede de atenção à saúde, e o conjunto de indicadores citados também se relacionou, em diferentes proporções, com o trabalho realizado pela APS. A lista apresentada pela Portaria 8/2016 da CIT engloba as seguintes dimensões: mortalidade (infantil, materna, precoce de 30 a 69 anos, doenças transmissíveis); imunização; doenças transmissíveis (hanseníase, malária, sífilis congênita, ainda entre outras); acesso

a exames (citopatológicos de cólo do útero e mamografia); análise da água para consumo humano; adequado registro da causa básica de óbito; investigação de óbitos de mulheres em idade fértil; e cobertura populacional pela Atenção Básica.

Em 2017, com a revisão da PNAB, observou-se a temática dos indicadores relacionados com a Atenção Básica, em distintas dimensões. A primeira com o objetivo de produzir e divulgar indicadores para assegurar o direito fundamental de acesso à informação. A segunda dimensão considerava os indicadores como relevantes para definição de ações estratégicas, dando visibilidade a especificidades locais. Em sintonia com esta, uma terceira dimensão reforçava o uso de indicadores e parâmetros para apoiar o processo de planejamento das ações realizadas pelas equipes de saúde da família. Uma quarta dimensão, que surgiu explícita nesta PNAB, trata-se dos "indicadores de cuidado" (PNAB, 2017) como uma das ferramentas que pode apoiar a gestão da clínica. Por fim, também se destaca a dimensão da atualização das informações em sistemas de informação como uma atribuição das equipes, no intuito de potencializar a construção de indicadores estabelecidos pela gestão.

Ainda nos últimos anos, ao se falar de indicadores de saúde na APS, não se pode deixar de mencionar o processo de implantação do novo sistema de informações em saúde na Atenção Básica, o SISAB/e-SUS APS no Brasil. Apesar de se tratar de um processo heterogêneo e diverso entre os diferentes municípios brasileiros, o SISAB/e-SUS APS mantém e incentiva o uso de indicadores pelos serviços de saúde da APS, por meio dos relatórios gerenciais. Destacamos que mantém, pois desde o SIAB já se observava essa prática.

O e-SUS APS permite a geração de três tipos de relatórios gerenciais, com dados e indicadores sistematizados, de modo a facilitar o processo de análise dos profissionais de saúde e gestores, a saber:

- Relatórios consolidados: permitem uma visão da situação do cadastramento no território.
- Relatórios de produção: permitem uma visualização agregada das seguintes informações: atendimento individual, odontológico, domiciliar (SAD), atividade coletiva, procedimentos, entre outras.
- Relatórios operacionais: apresentam as informações individualizadas e identificadas da situação de saúde dos cidadãos do território. Só possuem acesso a este tipo de relatório, os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, de modo a garantir a individualidade e o direito à privacidade dos usuários.

Mais informações sobre os relatórios do e-SUS AB podem ser acessadas em: *http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/capitulo8#_30j0zll*

Desse modo, pode-se perceber que, cada vez mais, é incentivada a utilização de indicadores de saúde para monitorar o desenvolvimento da APS. Contudo, não se

pode deixar de apontar que, em um contexto caracterizado como 'Era da Informação', cada vez mais, observa-se a produção constante de novos dados. Nesse sentido, o que priorizar? Será que um indicador para determinada realidade municipal da APS será útil para outra localidade?

Algumas reflexões

Medir o processo saúde-doença não se trata de uma tarefa simples; todo indicador possui limitações e não compreenderá o fenômeno como um todo, mas parte dele. Além disso, a construção de indicadores confiáveis também depende de bases de dados e sistemas de informações completos. Indicadores, de modo geral, são números quantitativos que devem ser contextualizados com as percepções dos gestores, profissionais de saúde e usuários, sobretudo na APS, onde a proximidade com o território e com os modos de viver e adoecer, permite o conhecimento de dados e informações que não necessariamente são 'captadas' pelos sistemas de informações.

Mas, por onde começar ao se estruturar indicadores para a Atenção Básica? Primeiro, sugere-se: delimitar e circunscrever o quê da Atenção Básica se quer conhecer e avaliar; conhecer experiências de outros municípios e estados e saber onde consultar indicadores já reconhecidos e, de certo modo, padronizados, para não perder tempo estruturando algo que já está feito. Para isso, sugerimos que sejam consultados observatórios e a Rede Interangencial de Indicadores para a Saúde (RIPSA), que disponibiliza fichas de qualificação de indicadores de diferentes dimensões (demográficos, socioeconômicos, de mortalidade e morbidade, fatores de risco e proteção, recursos e cobertura): *http://fichas.ripsa.org.br/2012/*. Por fim, vale ressaltar a necessidade de investimentos que possibilitem capacidade organizacional e funcional dos serviços de saúde para o desenvolvimento dessa prática.

Uma estratégia que vem sendo bastante utilizada pelos serviços de saúde, trata-se da elaboração de painéis de monitoramento, em formato físico ou digital, para a sistematização dos indicadores, resultados e publicização da informação entre profissionais, gestores e usuários. Para conhecimento, recomenda-se o estudo de Sala e Mendes (2011) que analisou o perfil de indicadores relacionados à APS no Estado de São Paulo, de 2000 a 2009. Os autores selecionaram 14 indicadores de estrutura, desempenho do SUS e de condições de saúde relacionados à APS.

Por fim, vale destacar que os indicadores de saúde fazem sentido caso estejam em processo contínuo de alimentação e análise pelos serviços de saúde, com críticas e melhorias, apoiando a tomada de decisão, os distintos processos de trabalho e publicizando as informações para os usuários. Amadurecendo um processo que evidencie indicadores para além do controle das doenças/agravos, mas também para os processos que produzem saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde.

CAPÍTULO 4

REFLEXÕES ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COM BASE NA INFORMAÇÃO PARA A AÇÃO

Ana Karinny Clímaco de Oliveira Grego
Camila do Desterro
Gabriela Teixeira Mota
Ilze Kaippert
Jéssyca Felix da Silva Sampaio
Maria Inez Padula Anderson
Raphael Mendonça Guimarães
Rodrigo Aguilar Constantino Matos

A Atenção Primária à Saúde fundamenta-se como uma estratégia organizadora do sistema de saúde e, portanto, implementadora dos princípios ideológicos do SUS: universalidade (garantia de acesso ao sistema para todos, de forma irrestrita), equidade (equilíbrio de esforços com vistas à justiça social) e integralidade (percepção do indivíduo de forma integral em suas necessidades e demandas) (PNAB, 2017). Seu eixo estrutural baseia-se em atributos essenciais de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, nos quais a Vigilância em Saúde é aplicada de modo particular. (STARFIELD, 2002).

A Vigilância em Saúde é um importante e crescente campo da saúde pública atual. Sendo considerada um componente cada vez mais estratégico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista, sua atuação frente às epidemias e pandemias (como na atual pandemia de COVID-19), no monitoramento dos grandes eventos (como os recentemente sediados no país), nas grandes campanhas de vacinação para bloqueio de doenças reemergentes (como o sarampo e a febre amarela) e no acompanhamento de todo o contexto ambiental que pode impactar a vida das pessoas.

Fica sob a responsabilidade da Vigilância em Saúde as ações de vigilância, a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, a saúde ambiental e do trabalhador, assim como, a análise de situação de saúde da população brasileira (BRASIL. 2017).

Esse destaque e protagonismo só foi possível, entre outras coisas, porque a vigilância ganhou recente escalabilidade, conseguindo se fazer presente de forma ampliada nos diversos territórios que compõe o país. Esta elasticidade, esse ganho de dinâmica em vigiar a saúde e condições de vida das pessoas, foi alcançado devido à ampliação de cobertura da Estratégia Saúde da Família e pela incorporação de suas práticas no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

Essas práticas até então restritas às coordenações, divisões ou gerências sendo implementadas de forma centralizada, fizeram com que a vigilância em saúde estivesse distanciada da realidade local dos serviços de saúde, em especial os da APS. Com a dificuldade de acesso imediato a informação, com o desconhecimento sobre

o ambiente de ocorrência de suas demandas e, sobretudo, com a dificuldade em promover uma vigilância ativa, dinâmica e a formulação de intervenções locais. O lema informação para ação era coberto de limitações, principalmente por questões logísticas e de recursos humanos.

Foi a partir desta lógica que a vigilância em saúde do município do Rio de Janeiro, durante muitos anos, baseou suas práticas, reproduzindo um modelo limitado a nível nacional. Com uma atuação centralizada, longe do logos de ocorrência, com pouco poder para intervir rapidamente nas alterações do estado base das localidades e insensível às complexidades que cada território apresentava.

No entanto, a transformação no modo de promover saúde no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, impactou amplamente o status da vigilância em saúde local, promovendo uma completa metamorfose na forma e método de atuação. Um dos pontos cruciais foi a ampliação da cobertura da saúde da família no município que reorganizou toda a cadeia de saúde pública municipal, impactando diretamente no processo de descentralização das ações de vigilância.

A ampliação de 3,5% em 2008 para 65% de cobertura de saúde da família no Rio, em dezembro 2016, expandiu o acesso ao SUS, permitindo que a vigilância em saúde estivesse mais próxima das pessoas. Vivenciando os respectivos contextos ambientais e sociais, sendo capaz de emitir diagnósticos mais rápidos e permitindo a tomada rápida de decisão, o que chamamos de informação (PINTO et al, 2017).

O sistema de saúde passou a dispor de um elevado contingente de profissionais na atenção primária – as equipes de saúde da família - com grande destaque para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os Agentes de Vigilância em Saúde (AVS) - permitindo que a vigilância em saúde saísse das salas de aula, ou dos reclusos ambientes de pesquisa, para uma atuação direta no território, com a comunidade e o meio ambiente, ou seja, permitindo uma ação em tempo real e, não mais, como 'repartição coletora de dados'. Tendo a possibilidade inclusive de captar e identificar outros dados e informações relevantes para a compreensão dos problemas de saúde ao nível local e que, não necessariamente, são coletados pelos sistemas de informações em saúde.

Porém fez-se necessário mais que uma ampliação da cobertura, foi fundamental que houvesse uma aproximação formal, simbiótica, entre o componente conceitual de vigilância em saúde e a prática de atenção em saúde na APS.

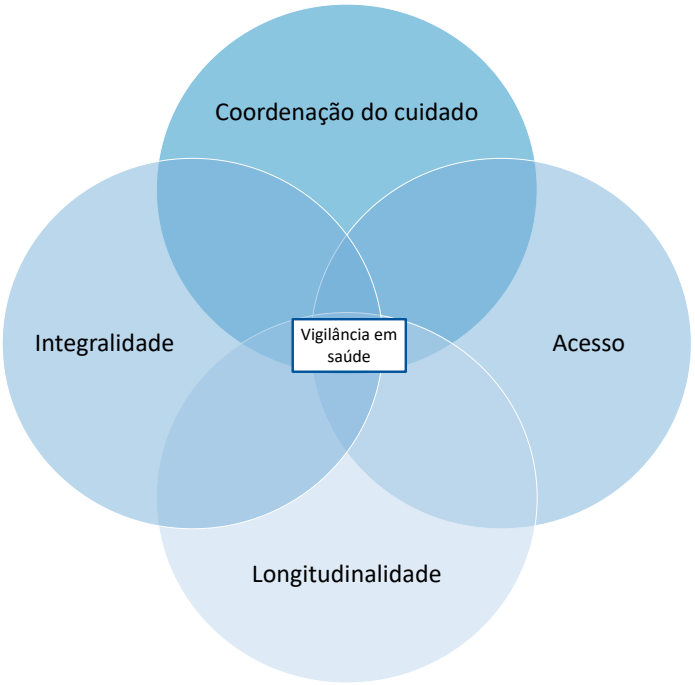
É possível afirmar que, entre os processos de trabalho da APS, está intrínseco a ação de vigiar sua população adstrita, ou seja, a vigilância em saúde permeando todos os seus atributos. Podemos situar como exemplo desta ação de vigiar: o acompanhamento da gestante grávida, o monitoramento dos índices de pressão arterial e glicemia capilar, o acompanhamento mensal do paciente com tuberculose, as visitas domiciliares e ambientais dos ACS e AVS e demais profissionais. É vigiando, acompanhando e monitorando que se torna possível obter os melhores e mais completos diagnósticos

ou dados de saúde, que são a base para as tomadas das melhores decisões, a nível individual, local ou ampliada.

Portanto, a vigilância em saúde tem grande potencial de se integrar com as práticas da atenção primária à saúde através da saúde da família, dividindo conceitos e fazendo parte, real e simbólica, das suas linhas de cuidado e do seu cotidiano.

A partir dos atributos essenciais da APS definidos por Barbara Starfield (2002), que são: Primeiro acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação Do Cuidado, torna-se importante discutir a respeito da interação entre as ações da APS e da vigilância em saúde, representado na figura 1:

Figura 1: Diagrama de Venn – Euller como descritor da vigilância em saúde



Primeiro Acesso

O primeiro acesso é um atributo da APS em interface com os princípios do SUS de universalidade e equidade. Sendo garantido a todo cidadão o direito de acessar os serviços de saúde, atribuindo visibilidade especialmente aos mais vulneráveis: população indígena, pessoas em situação de rua, em uso de álcool, tabaco e outras drogas, privadas de liberdade, vivendo com HIV (BRASIL, 2018a).

Na organização do sistema de saúde brasileiro, o acesso ao SUS se dá preferencialmente pela APS, motivo pelo qual ela também é chamada de porta de entrada, ou seja, nível de atenção do sistema que primeiro deveria receber o usuário quando este apresenta uma demanda de saúde. (PNAB, 2017).

Neste sentido, o acesso dialoga com acolhimento, uma atitude empática e aco-

lhedora, não excludente ou discriminatória, que não se configura, portanto, como um lugar ou a uma ação restrita a uma pessoa ou setor. O acesso se dá através dos diversos serviços disponíveis na APS, programados ou demandados espontaneamente pelo indivíduo, tais como em consultas, atividades coletivas e visitas domiciliares e, desta forma, envolve os diferentes profissionais que executam tais atividades. (BRASIL, 2013).

Ao desenvolver essas atividades, através de uma escuta e observação qualificadas, os profissionais desenvolvem uma importante contribuição no processo de vigilância em saúde, que é a suspeição e identificação precoce de alterações no processo de saúde e doença do indivíduo e controle de agravos no território. Deste modo é possível agir oportunamente, especialmente em casos de doenças transmissíveis, cuja ação breve pode evitar a propagação da doença (BRASIL, 2018a).

Para tanto, é fundamental que alguns instrumentos sejam do conhecimento e atuação de toda a rede de profissionais que irão acolher os usuários. O processo de territorialização, por exemplo, mapeia 'riscos sanitário, ambiental, epidemiológico e de saúde do trabalhador', e partindo deste conhecimento prévio, observar variantes e programar ações oportunas e prioritárias se torna mais assertivo e evidente. (MAREGA; SAITO [sd]).

Cabe ressaltar que o território é dinâmico, sendo a reunião de equipe um espaço interessante para o desenvolvimento de ações essenciais de atualização dos profissionais e programações oportunas. Ações como:

1. Discussão de casos, problemas e necessidades de saúde das famílias e do território;
2. Educação permanente em saúde, em um processo constante de revisão dos saberes e avaliação das práticas e processos de trabalho;
3. Planejamento de ações; e
4. Compartilhamento de dados e informações em saúde, quantitativos e qualitativos.

A organização interna da equipe para receber e se atualizar frente às demandas observadas e trazidas pelos usuários, é de fundamental importância para o seguimento das ações de vigilância em saúde a serem desenvolvidas.

Longitudinalidade

A longitudinalidade pressupõe o acompanhamento da pessoa e família ao longo de seu desenvolvimento e do tempo. Para que esse atributo seja garantido é necessário que o serviço de saúde, no caso a equipe de Saúde da Família (eSF), seja referência para a sua população cadastrada, atendendo à maioria das suas necessidades de saúde e/ou casos de adoecimento (STARFIELD, 2002).

Com esse acompanhamento longitudinal, o conhecimento mútuo entre equipe, usuário(a) e sua família, assim como, a criação de relação de confiança e vínculo, são

esperados resultados positivos no acompanhamento da saúde desta população, que refletem em:

> (1) Fortalecimento da comunicação, em alguns contextos, incluindo também outros meios de comunicação, como por exemplo o uso de telefone, aplicativos de celular, e-mail ou redes sociais para orientações e retiradas de dúvidas, sem necessidade de deslocamento até a unidade de saúde;
>
> (2) redução do número de internações, visto que o(a) profissional que realiza o atendimento conhece a pessoa, suas condições de saúde, assim como sua rede de apoio, podendo sugerir o tratamento em domicílio, com apoio e cuidado pela eSF; e
>
> (3) aumento da autonomia do(a) usuário(a) e à sua família em relação aos seus próprios cuidados de saúde, que será construída a partir do conhecimento e estabelecimento de confiança mútuo entre a equipe de saúde e a pessoa/família, onde à equipe incentivará à participação destes/as nas decisões em relação à sua saúde, fortalecendo os laços de cuidado (STARFIELD, 2002).

Podemos encontrar a interseção da APS com a vigilância em saúde, desde o cadastramento dos(as) moradores(as), com levantamento das condições de saúde e comorbidades da população, assim como, das características do território. Essas ações apoiam a eSF na realização do diagnóstico situacional, para planejamento das suas ações, inclusive para nortear a organização da agenda para marcações. Pois para garantir o acompanhamento da população ao longo do tempo, é necessário garantir o acesso.

O acompanhamento de de agravos considerados prioritários na APS, como, por exemplo, hipertensão arterial e diabetes, além de importante para a continuidade do cuidado individual em si, é uma possibilidade das equipes poderem organizar a busca ativas de usuários(as) faltosos(as) no acompanhamento e com últimos exames alterados, por exemplo. No município do Rio de Janeiro, como em outros, a elaboração de listas dos usuários com estes adoecimentos, torna possível utilizar este instrumento de trabalho para apoiar tanto as ações de cuidado, como de vigilância. Desse modo, a gestão de listas pode ser utilizada como ferramenta para organização do processo de trabalho da equipe, assim como para favorecer o cuidado ao/a usuário(a).

Ainda sobre o acompanhamento de usuários(as) que ao longo da vida podem apresentar fatores de risco para doenças cardiovasculares, como sedentarismo, existem estratégias exitosas em relação à inserção destas pessoas em atividades como as academias de saúde, no caso do Rio de Janeiro, o Programa Academia Carioca. Trata-se de uma ação que pode ser compreendida também como uma estratégia de prevenção

de complicações da hipertensão e diantes e também de promoção da saúde, tendo em vista que desempenha um papel preventivo, assim como, um apoio no controle aos níveis pressóricos e de glicose, além de funcionar como grupo de convivência e de suporte entre os(as) participantes.

Outra experiência que tem boa repercussão em alguns locais são ações em escolas e grupos já existentes na unidade sobre alimentação saudável, com conversas a partir de pessoas que entendam a cultura local, assim como as possibilidades econômicas, discutindo sobre possibilidades viáveis para adoção práticas alimentares mais saudáveis, favorecendo a saúde da população.

Integralidade

A Integralidade é um dos princípios do SUS previsto na Constituição Federal de 1988, descrito na Lei Orgânica 8.080 /90, além de ser um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde. Sendo compreendida em quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção; atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção; proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Talvez seja o princípio do SUS mais desafiador no que tange sua construção conceitual, uma vez que está diretamente relacionado à forma dos serviços se organizarem. Responsável por envolver: os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde. Configura, assim, elemento fundamental para que a universalidade e a equidade da atenção à saúde, princípios consubstanciais ao de integralidade, se realizem de modo pleno, permitindo ao SUS perseguir os objetivos de que se investiu na Constituinte de 1988 (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A primeira dimensão - primazia das ações de promoção e prevenção - se contrapõe a visão médico centrista, assistencial e hospitalocêntrica, uma vez que objetiva promover a saúde através de ações que incidam sobre seus determinantes sociais. Para que a promoção e prevenção ocorram, são exigidas ações intersetoriais que abarquem outras políticas públicas além da saúde, entendendo que são muitos os aspectos que permeiam a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Nesse sentido, o Estado é exigido a formular ações econômicas e sociais que intervenham na melhoria das condições de vida da população. Tal ideia corrobora com o conceito amplo de saúde adotado pela Organização Mundial à Saúde, onde "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MINAYO, 2008; OMS, 2006).

A promoção da saúde de uma população adscrita em um território sanitário está diretamente relacionada à vigilância em saúde. A qual, através dos estudos e definições sistemáticas do perfil epidemiológico dessa população, elabora e define ações que visem promover a saúde e prevenir a doença ou seus agravos e identificar as necessidades de saúde do território. (Brasil, 2009).

A atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica está intimamente relacionada ao primeiro princípio do SUS, a Universalidade do acesso, que deve ser compreendida em todos os níveis de atenção. A saúde é dividida em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, designadas de acordo com suas densidades tecnológicas. Assim, para que sejam atendidas todas as necessidades de saúde de um indivíduo, faz-se necessário uma rede organizada e articulada. Cuja organização permita referenciar e contrarreferenciar o paciente a todos os níveis de atenção de maneira formal e planejada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A terceira dimensão da integralidade propõe articulação das ações de promoção, proteção e prevenção. Essas práticas, historicamente, vêm sendo exercidas de forma individual e segregada, dificultando o cuidado integral. E devem ser articuladas através de ações pautadas no conhecimento do perfil epidemiológico, territorial, comunitário, familiar e individual produzidos pela vigilância em saúde local (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Por último, a quarta dimensão traz a abordagem integral do indivíduo e das famílias. Nos anos de 1920 dois conceitos trazidos dos Estados Unidos e relacionados à integralidade foram fundamentais para sua incorporação no Brasil: integração dos serviços e atenção integral (comprehensive care) (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Ao longo do século XX essas duas concepções articuladas entre si foram de grande relevância na contraposição do movimento de especialização e expressiva incorporação de tecnologias biomédicas para diagnóstico e tratamento. Essenciais na origem das propostas da Medicina Integral e da Medicina Comunitária como modelos de organização da atenção à saúde no país (MELLO; VIANNA, 2012; AROUCA, 1975).

Essa contraposição advém, sobretudo, da compreensão do ser humano como um todo, com um ser biopsicossocial, requerendo assistência integral de cada pessoa. Além, da necessidade, já referida anteriormente, da articulação entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação como meio de garantir a integralidade, também, na organização dos serviços (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Para exercer a integralidade na assistência individual e coletiva, dos indivíduos e de suas famílias é necessário reorganizar práticas e conformações dos serviços de saúde, pois os mesmos se mantém, na atualidade, em descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesse sentido, é fundamental que a vigilância em saúde trabalhe de forma integralizada com os serviços de saúde, reconhecendo o perfil epidemiológico, conhe-

cendo detalhadamente a realidade local e definindo prioridade de intervenção e programação de ações que garantam a integralidade assistencial e organizacional dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O território

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais a equipe de saúde assume responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012). Nessa política, a abordagem ao território faz parte de seus fundamentos e diretrizes sendo citada como característica dos processos de trabalho das equipes a atenção à saúde em locais do território (BRASIL, 2012). Concomitante, para a vigilância em saúde no território também é uma dimensão essencial para a compreensão do processo de trabalho.

Para que as ações de saúde, vinculadas à APS ou Vigilância em Saúde, possam ocorrer dentro do território, é necessário que as equipes que atuam na Atenção Primária conheçam a sua população adscrita, o território, e os recursos ali presentes. Pensando na utilização do território para promover a saúde, a intersetorialidade entra como instrumento de integração da saúde com os outros setores. Para a concretização da intersetorialidade, é necessário o conhecimento dos recursos do território, de seus fixos e fluxos e esse conhecimento é obtido através da territorialização (GUSSO et al, 2012) e do diagnóstico comunitário (BRASIL, 2000).

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado ao trinômio estratégico informação-decisão-ação. A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo (MONKEN et al, 2008, p. 250)

Para Monken et al. (2008), o território na Saúde é, ao mesmo tempo: suporte da organização das práticas em Saúde e dos serviços de Saúde; suporte de vida da população; território de conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar; e território da responsabilidade e da atuação compartilhada. Ao pensar, portanto, na realização de ações de integração entre vigilância em saúde e APS, pode-se concluir que a identificação dos recursos presentes no território, buscando a realização da intersetorialidade, é parte importante no trabalho das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2010). Para tal, é estratégico que os profissionais das equipes de Atenção Básica conheçam o seu território, para identificação de recursos que possam atuar como parceiros na realização da intersetorialidade (BRASIL, 2010). Esse conhecimento do território se dá através do processo de territorialização (GUSSO et al, 2012) e diagnóstico comunitário. A territorialização é uma condição para obtenção e análise de informações sobre as condições de vida da população e é o meio pelo

qual se pode compreender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (GUSSO et al, 2014).

"Fazer o diagnóstico comunitário é identificar os problemas, as necessidades, e os recursos de uma comunidade. É um processo que constitui a primeira etapa do planejamento em saúde comunitária" (BRASIL, 2000, p.107). Sua elaboração de maneira qualificada e precisa, facilita o planejamento local das ações de saúde. (SAVASSI, 2007 ; TANCREDI et al, 1998).

Kaippert (2017) em seu estudo intitulado Ecomapa Comunitário – Proposta de Ferramenta na Organização do Trabalho das Equipes na Identificação dos Recursos Territorializados para Ações de Promoção da Saúde e Intersetorialidade, sinaliza para facilidade e agilidade no processo de organização, visualização dos recursos presentes no territóro e do diagnóstico comunitário através da utilização do Ecomapa como um instrumento relevante nesta ação.

O Ecomapa Comunitário se constitui como uma ferramenta útil, prática, clara, e de simples elaboração para a realização do diagnóstico estratégico situacional das ESF (Kaippert, 2017). Atividade estratégica para aproximar a vigilância em saúde e a APS no nível local da estratégia saúde da família.

Você sabia?

• O Ecomapa Comunitário é um desenho gráfico, onde deve ser colocada com determinada lógica, a existência dos recursos presentes no território, bem como a relação que estes têm com as equipes de saúde. Propõe a adaptação da função inicial do Ecomapa (AGOSTINHO, 2007; HARTMANN 1978), utilizado para trabalhar com famílias, como ferramenta de diagnóstico comunitário. O recurso visa, assim, apoiar a elaboração do planejamento estratégico situacional, através da identificação e a organização dos recursos setoriais, intersetoriais e comunitários presentes no território. Deve ser elaborado por toda a equipe, e sugere-se que o tempo para sua realização seja de uma a duas reuniões de equipe, com utilização de lápis, papel e caneta. Para conhecer mais indicamos a leitura: Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família, de Débora F. de Mello et al.
Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009

Coordenação do Cuidado

Os atributos essenciais além de servir como eixos estruturantes da APS, servem para definir e compilar as ações e serviços de saúde que darão uma potência prática à Vigilância em Saúde (FIGUEIREDO; DEMARZO; [sd]).

As palavras Vigilância e Coordenação são palavras distintas, mas que se complementam na prática.

Ruth Rocha (2005) define Coordenação como: ato de coordenar, de dispor em certa ordem, organizar; e Vigilância como: ato de vigiar, de observar atentamente, de velar por estar acordado, estar de sentinela. Com isso percebemos que para fazer a coordenação de algo precisaremos conhecer, vigiar, observar e vice e versa.

A coordenação do cuidado pode ser definida tanto como uma articulação entre os diversos níveis e/ou serviços de saúde, quanto como ações de atenção à saúde,

que independentemente do local a serem prestadas, estarão organizadas de forma sincronizadas para que atendam um objetivo comum. Sob a ótica dos profissionais, são níveis, serviços e ações integradas para garantia da atenção à saúde, sob a ótica do usuário, é a continuidade da assistência à sua saúde, atendendo às suas necessidades de saúde e expectativas pessoais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA; 2011). Dentre os quatro atributos da APS a coordenação tem maior importância relativa, pois, sem ela, o primeiro contato seria apenas um contato administrativo, a longitudinalidade perderia o seu potencial e a integralidade seria comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA; 2013)

Seguem alguns exemplos de estratégias que podem facilitar para que a ações de vigilância sejam integradas ao processo de trabalho das equipes de saúde da família: compartilhar a definição e divulgação dos indicadores de saúde; possibilitar o acesso rápido e fácil aos relatórios do Prontuário Eletrônico do Cidadão (para as realidades municipais que já utilizam o e-SUS APS/PEC); a criação das comissões de revisão de prontuário; o incentivo ao monitoramento coletivo dos indicadores de saúde; organização de momentos para "prestação de contas" (Accountability); e o apoio institucional às unidades básicas. Para exemplificar essas, no quadro abaixo segue um exemplo da vigilância e prevenção ao câncer de colo do útero desenvolvido no município do Rio de Janeiro/RJ.

SITUAÇÃO CASO

Vigilancia e Prevenção ao Câncer do Colo do Útero no município do Rio de Janeiro/RJ

O câncer do colo do útero tem como um indicador a coleta do exame de Citopatológico em mulheres entre 25 a 59 anos em um triênio, como rastreamento (INCA, 2016).

Para facilitar a gestão do cuidado e o alcance do indicador, o acesso a informação promovido pela utilização do Prontuário Eletrônico (PEP), anterior ao e-SUS, permitiu a visualização entre os seus relatórios do indicador de cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. Estes relatórios eram visualizados por todos os integrantes da Equipe, informava o percentual de mulheres, da população alvo, que realizaram o exame nos últimos 3 anos e o seu objetivo era contribuir para a avaliação do acesso da população alvo às ações de rastreamento do câncer do colo do útero, com meta estipulada de 80%. O relatório do PEP fornecia uma lista nominal do numerador, denominador e a diferença, que consistia nas mulheres que estavam na faixa etária alvo, mas não haviam realizado o exame nos últimos 3 (três) anos, proporcionava acesso rápido a uma lista das mulheres com pendência, facilitando a busca ativa.

As Equipes de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro passaram a receber um incentivo financeiro (pagamento por performance) baseado no alcance das metas das variáveis do contrato de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, onde havia um método de cálculo específico para o pagamento das equipes.

A análise das variáveis acontecia trimestralmente e de acordo com porcentagem de indicadores com a meta atingida, as equipes podiam receber até 30% dos seus salários base por trimestre. Esta estratégia motivava e responsabilizava todos os membros da equipe a acompanhar/monitorar os indicadores e juntos, planejarem ações específicas para cada indicador.

O Accountability, tinha como objetivo prestar contas à população sobre os serviços prestados por cada unidade de saúde e apresentar os seus indicadores. Apesar de não conseguir êxito na participação representativa das comunidades, o Accountability passou a ser um processo de auto avaliação das equipes, pois no momento de construção e apresentação dos dados, as equipes conseguiam perceber os impactos positivos e negativos de suas atividades e ações diárias.

Durante as apresentações, as equipes relatavam a importância do processo de construção do Accountability, pois permitiam reflexões sobre ações e atividades desenvolvidas, um autorretrato, além de proporcionar uma ressignificação dos processos de trabalho da equipe.

Durante os momentos de reflexões sobre como operacionalizar a assistência e a vigilância de forma integrada e com a necessidade de se ter um olhar além dos indicadores oficiais, as equipes começaram a fazer a gestão do cuidado de seus pacientes através de planilhas virtuais, que facilitava o acompanhamento das condições de saúde.

A partir da necessidade de padronização do acompanhamento da mulher com resultado do citopatológico do colo do útero alterado e com o intuito de manter a vigilância em saúde dessas mulheres em dia, a Coordenadoria de Área Programática - CAP 2.1 criou uma planilha na nuvem, com acesso permitido a médicos e enfermeiros, que constava a relação nominal das mulheres, o tipo da alteração do seu resultado e o seguimento a ser adotado de acordo a alteração, o período para repetição do exame ou encaminhamento para colposcopia.

A ferramenta facilitou o acompanhamento das mulheres com resultados alterados, em tempo oportuno e seguimento adequado, inclusive acompanhando a ida das mulheres aos outros níveis de assistência na Rede, favorecendo a coordenação do cuidado dessas mulheres.

A CAP 2.1, na intenção de operacionalizar o diálogo entre as ações de vigilância em saúde e as ações de coordenação do cuidado (FRANCO, 2017), entre outros, estabeleceu membros de sua equipe para ficarem na função de Apoio Institucional às Unidades de Saúde, função essa que se resumia ao Apoiador se fazer presente nas Unidades de Saúde, apoiando os Gestores e suas equipes em todas as suas frentes de trabalho e ser o elo de comunicação entre as unidades e os setores distintos da CAP com o objetivo de facilitar os processos de trabalho.

Algumas considerações

A Vigilância em Saúde não deve se restringir somente às doenças e aos agravos, precisando estar integrada à Atenção Primária à Saúde para que, juntas, possam trabalhar na promoção e prevenção, apoiando a tomada de decisão. Se faz necessário, nessa integração, o envolvimento da população desde a identificação dos problemas, ao planejamento das ações, até a avaliação dos processos de trabalho.

Além dos Atributos Essenciais da APS aqui destacados, não se pode deixar de mencionar a importância dos Atributos Derivados nos processos que envolvem a Vigilância em Saúde. Pois para o planejamento das ações é necessário considerar o contexto familiar, conhecer os membros da família, os problemas de saúde desse núcleo e o seu potencial de cuidado. A partir dessas ações, e através da utilização das ferramentas de abordagem familiar (Orientação Familiar), pode-se reconhecer as necessidades de cada comunidade através dos dados de saúde e sociais, da participação nas atividades comunitárias e na participação da comunidade nos colegiado gestor da unidade (orientação Comunitária). Sem deixar de considerar características religiosas, étnicas e culturais da comunidade, a Competência Cultural (FIGUEIREDO; DEMARZO; [sd]).

A possibilidade da Vigilância em Saúde constituir-se como resposta social organizada, se dá a partir do conhecimento acerca dos determinantes da saúde-doença dos grupos sociais, da distribuição desigual de agravos em saúde e do trabalho com grupos prioritários. Para isso, é necessário intervir através de ações voltadas à inclusão social, ao fortalecimento da ação comunitária e à intersetorialidade, a fim de promover a saúde. Tal potencial pode se explicitar na participação em atividades de controle social em relação às políticas e ações nas esferas econômica, social, política e cultural, no sentido da promoção da saúde (FARIA; BERTOLOZZI; 2010).

Entende-se que o exercício constante de uma vigilância em saúde organizada e sistematizada, que atenda às demandas da legislação vigente, constitui uma rede ágil de informações capazes de realizar um diagnóstico situacional confiável, detectando eventos-sentinela e contribuindo ativamente para desencadear ações de controle com a rapidez necessária. O que certamente promoverá um impacto positivo na gestão e na qualidade da assistência (ESCOSTEGUY et al; 2017).

CAPÍTULO 5

PAINEL DE INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE: ANÁLISE PARA A CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Aline Gonçalves Pereira
Paula Cristina Pungartnik
Fernanda do Nascimento Martins
José Henrique Costa Monteiro da Silva
Laís Pimenta Pimenta Ribeiro dos Santos
Raphael Mendonça Guimarães
Viviane Gomes Parreira Dutra

Enquanto um dos componentes analíticos do projeto de inovação intitulado Centro Colaborador de Análise de Situação de Saúde e Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro, cujo objetivo principal é atuar junto ao município no monitoramento dos indicadores da Atenção Primária em Saúde, sistematizando estudos e pesquisas que envolvam a Estratégia de Saúde da Família no município, identificou-se, no município, um panorama onde vários painéis, definidos por várias instâncias, com fontes e métodos de cálculo diversos, eram utilizados. Esses painéis eram usados com diferentes finalidades, comprometendo a validade e confiabilidade dos dados e, por conseguinte, gerando uma segregação na análise de situação de saúde do município como um todo e um retrabalho para diversos profissionais.

Havia, até o início de 2018, cerca de 385 indicadores sendo utilizados de forma distinta entre as diversas áreas do município. Diante desse cenário, o primeiro movimento da Superintendência de Atenção Primária (SAP) foi coordenar um processo de seleção de indicadores, envolvendo as Gerências de Áreas Técnicas, Coordenações de Áreas de Planejamento (CAPs), gestores locais das unidades de APS e responsáveis técnicos médicos e enfermeiros, com o objetivo de definir um painel conciso, abrangente, com dados de fácil extração, preferencialmente automatizada, com elementos comuns a painéis utilizados em outros pactos de gestão e que pudessem indicar os principais desafios e oportunidades de melhoria (PIMENTA et al, 2018).

Durante o processo de construção do painel, foram encontrados alguns desafios, como o desconhecimento de método de escolha dos indicadores para o acompanhamento das condições de saúde, baseado pelo conceito de Donabedian; ausência de estimativa de confiabilidade e factibilidade do painel pelo usuário do sistema; e disponibilidade/periodicidade das fontes de dados. Este diagnóstico tornou clara a necessidade de realizar um trabalho mais complexo de avaliação de indicadores para a elaboração de uma linha de base diagnóstica que permita o acompanhamento do município, monitorando os indicadores elencados a partir de um estudo maior de seleção e validação de um painel de indicadores.

Em 2018, a cobertura da ESF no município do RJ foi de 70,5%. Frente a este pa-

norama obtido quanto ao ganho da expansão de ESF, observa-se a necessidade de avaliar a performance das unidades de saúde da atenção primária, no que tange às condições de vida da população. A Subsecretaria de Promoção de Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) e a Secretaria de Atenção Primária (SAP), na época, desenvolveram um Painel de Indicadores da Atenção Primária, a fim de subsidiar uma avaliação e tomada de decisão, operada pelo monitoramento ágil de um elenco de indicadores, que informam sobre o andamento das atividades conduzidas e dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, bem como sobre seus efeitos na vida da população carioca.

Dentre as vantagens da uniformização em um Painel de Indicadores estão: a facilidade de consolidação de dados sobre todo o município; a possibilidade de parametrização e comparação de processos e resultados de ações em diversos níveis de trabalho, da equipe de atenção primária até as Áreas de Planejamento da cidade, possibilitando troca de saberes e experiências; a inclusão de aferições relacionadas a diferentes modelos de organização da APS, incluindo Estratégia Saúde da Família (ESF) e modelo tradicional; a possibilidade de detecção e resolução de problemas relacionados à extração, aferição e consolidação dos dados, uma vez que podem ser consolidados, apurados e devolvidos para as Áreas de Planejamento (AP), gestores locais e equipes de saúde da família.

Desta forma, é importante caracterizar o cenário atual, a fim de avaliar o impacto do novo formato da Política para os próximos anos. É preciso, portanto, estabelecer qual é a atual situação de saúde do município do Rio de Janeiro e, a partir dela, monitorar continuamente as ações da atenção primária, a fim de qualificá-la e compreender a repercussão das mudanças no cenário político (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Esta qualificação sobre a análise de situação de saúde deve levar em consideração o monitoramento sistemático e contínuo de indicadores. É importante identificar indicadores que reflitam não só a situação de saúde dos territórios, mas igualmente as condições de vida e a determinação social dos processos saúde-doença do município. São considerados temas relevantes para a realização de boletins específicos: mortalidade por grupo de causas, mortalidade em diferentes ciclos da vida, indicadores de saúde, avaliação do impacto da Estratégia Saúde da Família, qualidade dos dados dos sistemas de informação, condições sensíveis à atenção primária e tendência da desigualdade social nos indicadores de saúde. Além disso, a utilização de inquéritos domiciliares de base populacional propicia uma ampliação sensível das dimensões da saúde que podem ser acompanhadas e avaliadas no monitoramento dos padrões de condições de vida e equidade da saúde. Desta forma, a proposição de inquéritos, a partir do estabelecimento dos indicadores em painel que servirão de linha de base da situação de saúde do município, objetivam divulgar e ressaltar a possibilidade e relevância da incorporação de novos indicadores para a vigilância da situação de saúde da população e de segmentos demográficos e sociais do município.

De modo a apoiar esta atividade, nas próximas páginas são apresentadas e feitas breves descrições a respeito de indicadores de saúde e sociais que foram considerados estratégicos de serem analisados ao se pensar a Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Tentou-se, na medida do possível, trazer os dados mais atualizados, devido a não disponibilidade de alguns dados, em especial aqueles relacionados ao Censo Demográfico. Contudo, isso não tira o valor de uso do indicador em si e a sua aplicabilidade. Sendo assim, no quadro a seguir são sistematizados todos os 26 indicadores analisados neste capítulo.

Quadro 2: Indicadores Sociais e de Saúde, analisados no contexto do município do Rio de Janeiro

INDICADORES SOCIAIS		
n	Nome do indicador	Definição
1	Pirâmide populacional	Permite a análise da distribuição populacional por idade e sexo, um conjunto de pirâmides ao longo do tempo colabora para a análise da evolução dessa distribuição.
2	Esperança de vida ao nascer	Este indicador também pode ser conhecido como 'expectativa de vida ao nascer' ou 'média de vida ao nascer'. Ele estima o número médio de anos que uma pessoa ao nascer terá, mantendo-se o padrão de mortalidade existente em determinado local e tempo.
3	Taxa de fecundidade	Trata-se da quantidade média de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao final do seu período reprodutivo em determinado local.
4	Taxa de envelhecimento	Conhecida também como índice de envelhecimento, trata-se da razão entre idosos e jovens. Costuma ser expresso em número de residentes com 60 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos. Valores altos deste indicador sugerem que a transição demográfica se encontra avançada em determinada localidade.
5	Razão de dependência	A razão de dependência é um indicador que sintetiza em termos populacionais a capacidade de sustentação da parcela inativa da população (menores de 15 anos e maiores de 60 anos) por parte do grupo em idade potencialmente produtiva (com idade entre 15 e 59 anos).
6	Percentual de população extremamente pobre	Percentual de pessoas vivendo com menos de R$ 70,00 per capita – linha de corte estabelecida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
7	Grau de Formalização da População Ocupada	Percentual da população maior de 18 anos ocupada
8	Taxa de desocupação	É um indicador considerado uma aproximação da taxa de desemprego. Trata-se do percentual de pessoas, em relação à população economicamente ativa, que estão desempregadas/desocupadas.
9	Proporção de ocupados pelos Principais setores de ocupação	Distribuição da população maior de 18 anos ocupada em relação aos setores de ocupação
10	Escolaridade da população adulta	Foram considerados três indicadores: a taxa de analfabetismo na população com 25 anos ou mais; o percentual da população com 25 anos ou mais com o ensino fundamental completo; e o percentual da população com 25 anos ou mais com o ensino médio completo.
11	Desigualdade de renda média	Razão entre a renda média dos 10% mais ricos e dos 40% mais pobres
12	Índice de Gini	Esta medida aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Varia de zero a um, onde zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda.
13	Índice de Theil	Estima a desigualdade de renda, fazendo uma relação entre médias aritméticas e geométricas da renda familiar per capita média. Este valor varia de 0 a 1 e quanto maior, pior a distribuição.
14	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	O IDH é um indicador que concatena diferentes dimensões sociais, a saber: Educação, Longevidade e Renda.

Continua a seguir →

INDICADORES SOCIAIS		
n	Nome do indicador	Definição
15	Taxa de Mortalidade Infantil	Estima o risco de uma criança morrer antes de completar 1 ano de vida em relação a todas que nasceram em uma determinada localidade e período considerado.
16	Tipo de parto	Distribuição percentual dos partos normais e cesáreas realizados em determinado local e período de tempo.
17	Peso ao nascer	Distribuição percentual do peso ao nascer dos recém-nascidos, podendo ser classificado como: muito baixo peso ao nascer; baixo peso ao nascer; adequado para a idade gestacional; e grande para a idade gestacional.
18	Duração da gestação	Distribuição percentual em relação à duração da gestação, podendo ser classificado como: pós termo; a termo e prematura.
19	Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados	Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados em determinado local e período.
20	Gasto público com atendimentos ambulatoriais	Valor do gasto público com atendimentos ambulatoriais em reais (R$).
21	Valor gasto com internações	Valor gasto com internações em reais (R$)
22	Total de Internações Hospitalares	Total de Internações Hospitalares realizadas em determinado local e período.
23	Número de pacientes internados	Número de pacientes internados em determinado local e período.
24	Duração média das internações	Também conhecido como tempo médio de permanência, representa o tempo médio que um paciente fica internado. Trata-se da relação entre pacientes-dia em determinado período e total de altas nesse mesmo período.
25	Taxa de mortalidade hospitalar	Indicador que pretende avaliar a qualidade de atendimento prestado, relaciona o total de óbitos hospitalares em um determinado período e local com a população internada.
26	Cobertura vacinal	Trata-se do número de doses aplicadas da dose indicada conforme a vacina em relação à população alvo da mesma vacina. Foram calculadas as coberturas vacinais para: BCG, Poliomelite, Roravírus humano, Tríplice bacteriana (DTP), pentavalente, febre amarela, meningogócica C, pneumocócica, dTpa-gestante e HPV

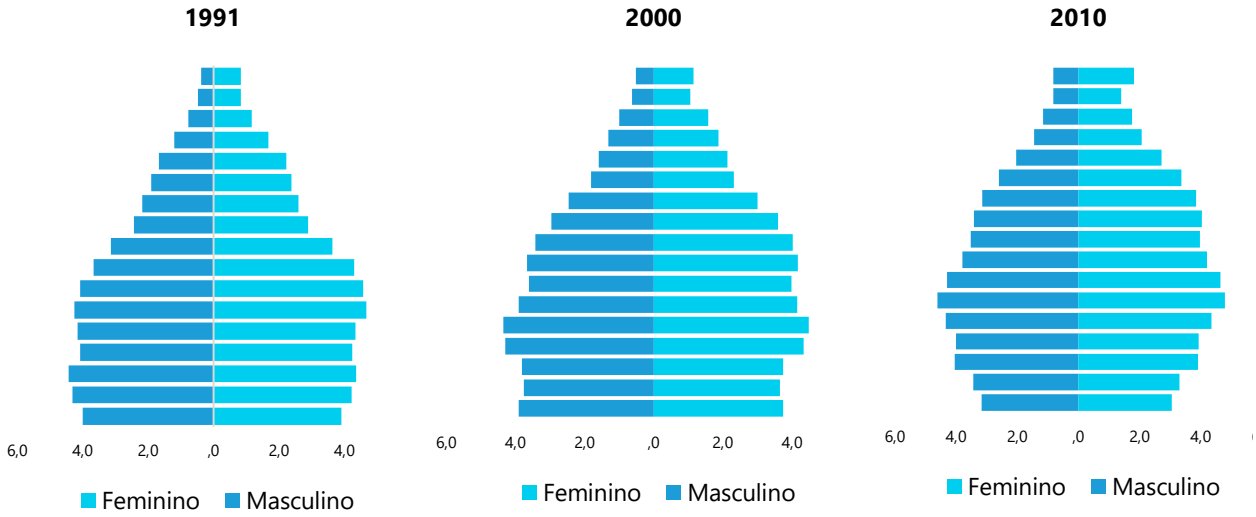
Análise dos Indicadores Sociais

Pirâmide populacional

A evolução da composição populacional por idade e sexo (popularmente conhecida como pirâmide populacional, figura 2) evidencia mudanças na estrutura etária da população do Rio de Janeiro. Ao analisarmos a pirâmide etária do município do Rio de Janeiro, podemos observar que entre 1991 e 2000, a população cresceu em uma taxa média anual de 0,74%. Em âmbito estadual, esta taxa foi de 1,30%, enquanto, no Brasil, foi de 1,63%, no mesmo período. Entre 2000 e 2010, a população de Rio de Janeiro cresceu a uma taxa média anual de 0,76%, enquanto no Brasil foi de 1,17%. Em 2010 viviam, no município, 6.320.446 pessoas e em 2019, segundo estimativas do IBGE, 6.718.903 habitantes.

O estreitamento da base da pirâmide entre 1991 e 2010 indica uma queda significativa das taxas de natalidade do município. A queda da população de crianças e jovens relativa ao total populacional somada ao aumento da expectativa de vida da população do município (figura 3) no período apresentado revela a ocorrência do processo de envelhecimento populacional (aumento da participação relativa de idosos na população).

Figura 2: Estrutura Etária do Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano

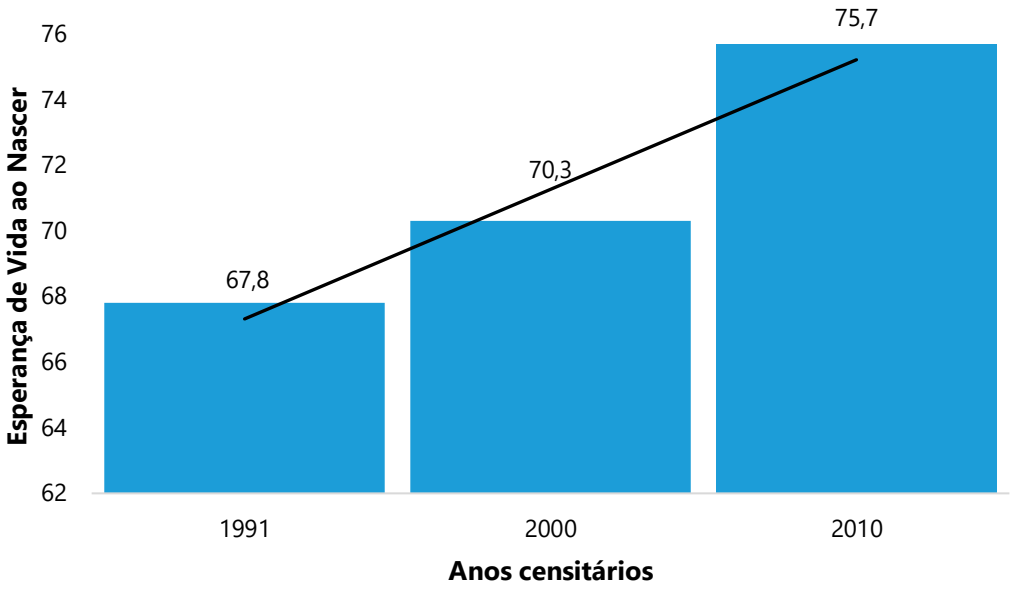
Esperança de vida ao nascer

No município do Rio de Janeiro, a esperança de vida ao nascer (ou expectativa de vida) cresceu 5,4 anos na última década, passando de 67,8 anos em 1991 para 75, 7 anos em 2010. O Brasil, por exemplo, passou de uma expectativa de vida de 64,7 anos em 1991 para 73,9 anos em 2010. Distintos fatores atuam sobre o aumento da expectativa de vida observado no município (Figura 3), dentre os quais: saneamento básico, taxa de urbanização, alimentação, violência, acesso à educação e a serviços de saúde (como, por exemplo, a Atenção Primária à Saúde). Nesse sentido, elementos como a trajetória das pessoas, possíveis vulnerabilidades vivenciadas (ou não), além do contexto socioeconômico podem impactar diretamente na composição do mesmo.

Um exemplo de fator que influencia a expectativa de vida tratou-se da pandemia por Covid-19. Antes da pandemia, o IBGE projetava uma expectativa de 76,7 anos para os brasileiros nascidos de 2020, com a pandemia e todos os impactos relacionadas a ela, houve uma perda de quase 2 anos, com uma média de vida de 74,8 anos. Esta perda será sentida em diversas partes do país, incluindo a cidade do Rio de Janeiro.

Figura a seguir →

Figura 3: Esperança de Vida ao Nascer no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



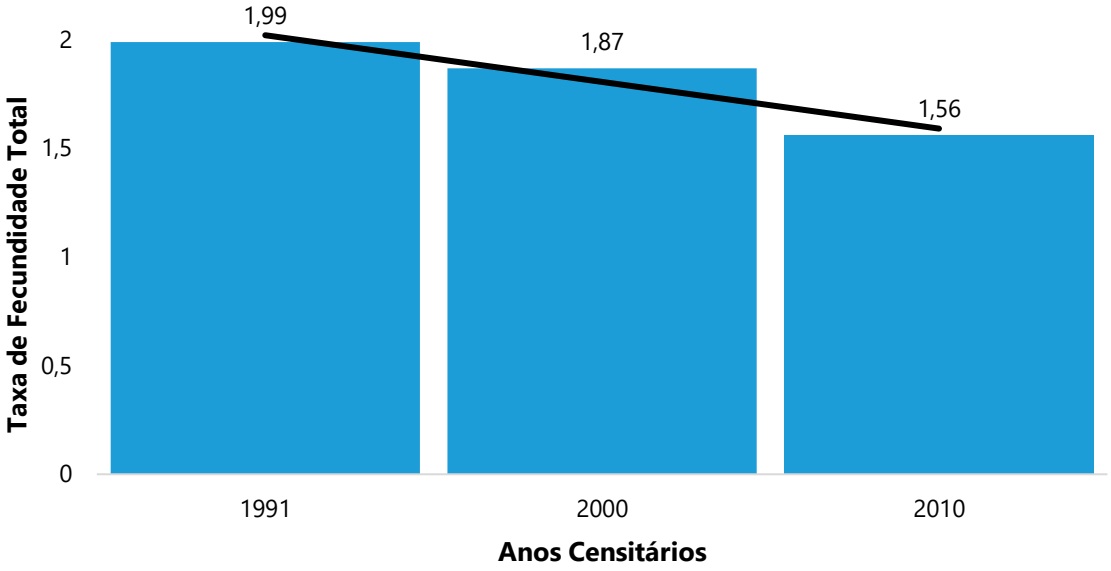
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Taxa de fecundidade

Observa-se um declínio significativo da taxa de fecundidade no município do Rio de Janeiro, passando de 1,99 filhos por mulher em idade reprodutiva em 1991 para 1,56 em 2010 (figura 4). Além dos fatores de escolaridade e aumento da participação feminina no mercado de trabalho, podemos citar também a ampliação do acesso à informação e aos métodos contraceptivos modernos, como pílula contraceptiva e esterilização, com destaque para esta última nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo (MELLO et al, 2009). É importante destacar ainda o papel do SUS, ao garantir o direito ao acesso e à orientação para o planejamento familiar, assistindo mulheres, homens e casais no que diz respeito à concepção e contracepção (MELLO et al, 2009). Neste sentido, a ESF desponta como um dos principais interlocutores do planejamento familiar, desenvolvendo medidas educativas, atividades clínicas e de aconselhamento no território.

Figura a seguir →

Figura 4: Taxa de Fecundidade no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Taxa de envelhecimento

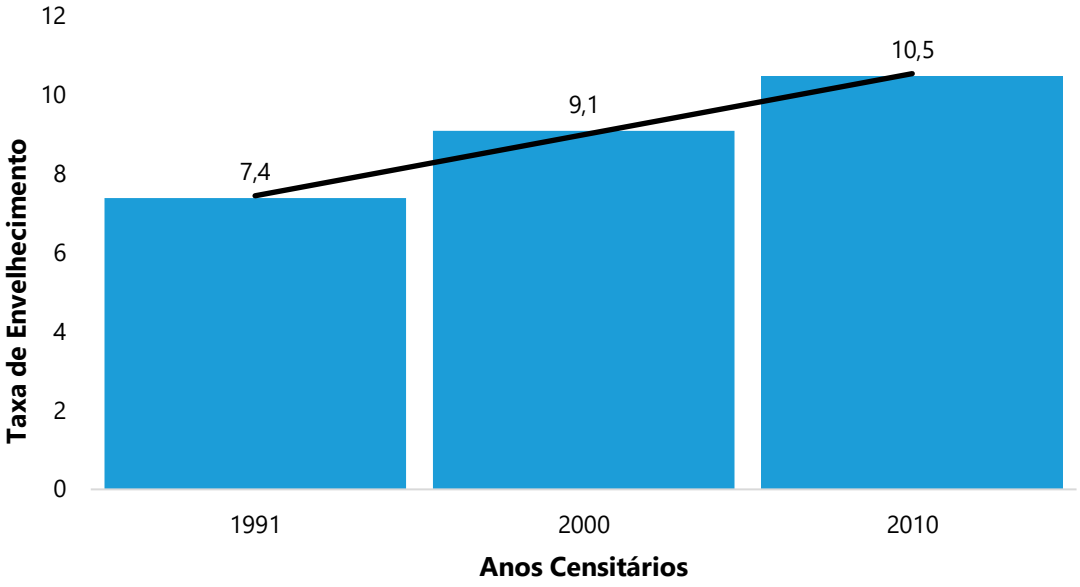
A queda da fecundidade no período observado resultou também em um gradual envelhecimento da população. A taxa de envelhecimento do município do Rio de Janeiro passou de 7,4 idosos (65 anos ou mais) para cada 100 jovens (menos de 15 anos) em 1991 para 10,5 no ano de 2010. Esse cenário traz à tona a necessidade do endereçamento de políticas públicas voltadas para esse grupo populacional em específico. Deve-se levar em conta o cuidado e o atendimento em saúde diferenciado que a população idosa requer e buscar identificar os agravos que mais incidem sobre esse grupo, de modo a aprimorar os sistemas de informação, avaliação e monitoramento na área de vigilância em saúde (IPP, 2005).

Ao se analisar conjuntamente a pirâmide etária (figura 2) e a taxa de envelhecimento (figura 5), observa-se que o percentual de mulheres idosas é superior ao de homens, representando uma longevidade maior para o sexo feminino. Esse dado pode ser compreendido por diversas análises, desde as de abrangência nacional até às especificidades de cada município. Culturalmente, as mulheres buscam a prevenção e o acompanhamento de saúde de forma mais constante do que os homens, o que auxilia na prevenção ou no diagnóstico e tratamento precoce de possíveis agravos. Não se pode descartar, em âmbito local, o elevado grau de violência no território da cidade do Rio de Janeiro, onde observa-se um elevado número de homicídios, em principal a juventude masculina negra (IPEA, 2019).

Um indicador auxiliar à compreensão da taxa de envelhecimento é a razão de dependência; apresentado a seguir.

Figura a seguir →

Figura 5: Taxa de Envelhecimento no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Razão de dependência

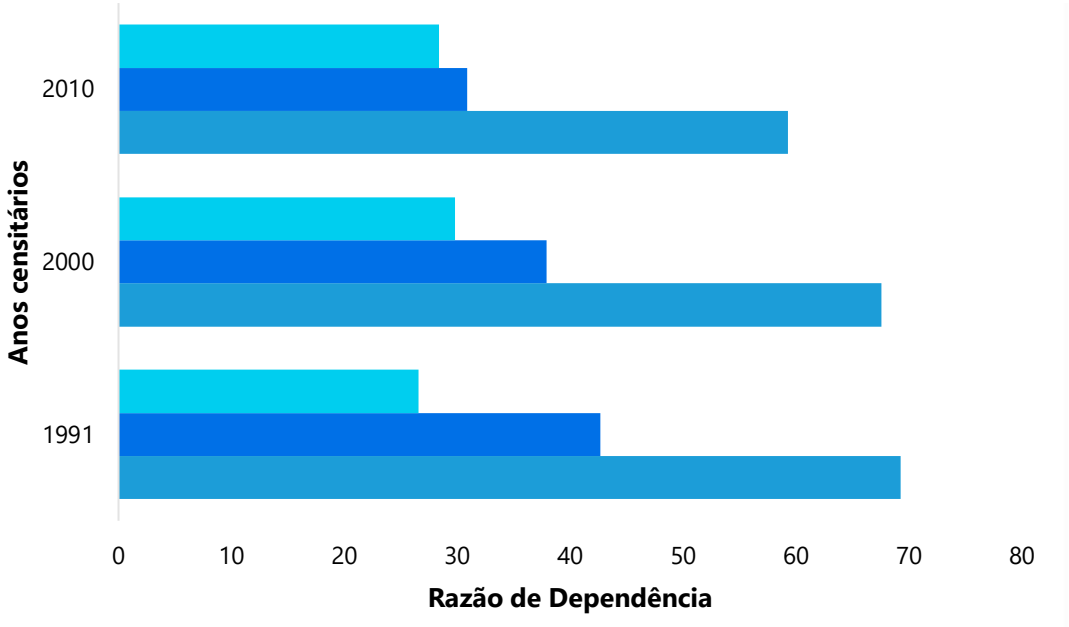
A razão de dependência é um indicador que sintetiza em termos populacionais a capacidade de sustentação da parcela inativa da população (jovens e idosos) por parte do grupo em idade potencialmente produtiva. Segundo a Rede Interagencial de Informações em Saúde (RIPSA), a classificação da população potencialmente inativa compreende as crianças com idades inferiores a 15 anos e os idosos com 60 anos ou mais. Já a população potencialmente ativa está alocada as pessoas entre 15 e 59 anos de idade.

Entre 1991 e 2010, a razão de dependência no município passou de 69,3 "inativos" para cada 100 "ativos" para 59,3, em 2010. Quando os valores indicados sinalizam uma elevação da taxa, isto significa que a população em idade produtiva deve subsidiar uma grande proporção de dependentes e inativos, o que acarreta impactos para a sociedade. Porém, o que observamos no município aponta que ao longo de quase 30 anos (de 1991 a 2010) a razão de dependência no Rio de Janeiro tem apresentado um declínio, sobretudo por conta da redução mais acentuada da razão de dependência jovem (Figura 6).

A razão de dependência também é utilizada no acompanhamento do grau de evolução da dependência econômica de uma determinada população. Sendo assim, ao combinarmos os dados acima demonstrados com indicadores socioeconômicos - podemos fazer uma breve e sintética reflexão da situação socioeconômica do Município.

Figura a seguir →

Figura 6: Razão de Dependência no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Percentual de população extremamente pobre

A figura 7 apresenta uma queda da parcela da população em situação de extrema pobreza no município ao de 1991 a 2010. A porcentagem da população em extrema pobreza evoluiu de 3,96% em 1991 para 2,22% em 2000 e manteve a queda para 1,25% em 2010. Apesar de apresentar em um patamar baixo, se comparado a outras cidades do Estado e do país, deve-se ter em mente que a alocação dessa de pobreza se dá de maneira desigual no espaço. Assim, boa parte da pobreza urbana da cidade do Rio de Janeiro se concentra nas favelas que compõem a cidade.

A diminuição da pobreza, em um dado momento, pode ser vista como reflexo de melhorias em outros indicadores econômicos, como os indicadores de ocupação formal dos postos de trabalho e de desocupação. A criação de vagas no mercado de trabalho cria oportunidades para a população buscar a superação da situação de pobreza extrema. Entre 2000 e 2010, a parcela da população em idade economicamente ativa (18 anos ou mais) no mercado de trabalho formal do município passou de 66,71% para 71,28% (Figura 8). Concomitantemente, a desocupação reduziu no mesmo período de 15,06% em 2000 para 7,25% em 2010 (Figura 9).

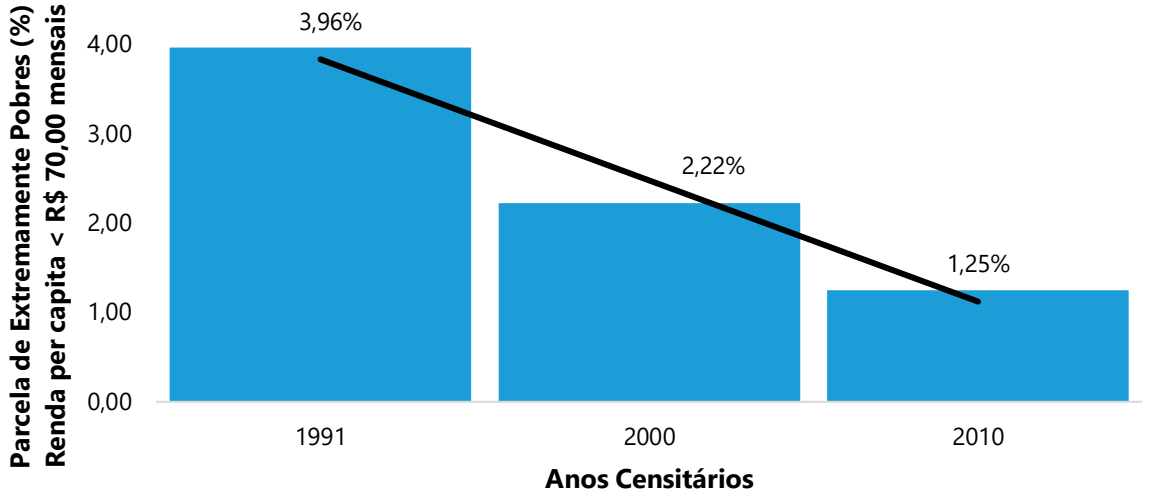
Apesar dessa redução, pesquisas recentes do IBGE, como a Pnad Contínua, apontam que no primeiro trimestre de 2021 havia cerca de 14,8 milhões de desocupados no Brasil, com uma taxa de desocupação de 14,7%, chegando a 15,2% na região sudeste.1

Em 2010, a divisão da ocupação da população economicamente ativa (independente de formalização ou não) nesses postos de trabalho encontrava-se distribuída da seguinte forma: 0,31% trabalhavam no setor agropecuário, 0,86% na indústria extrativa, 6,32% na indústria de transformação, 5,91% no setor de construção, 1,05% nos setores

de utilidade pública, 16,44% no comércio e 61,93% no setor de serviços (Figura 10).

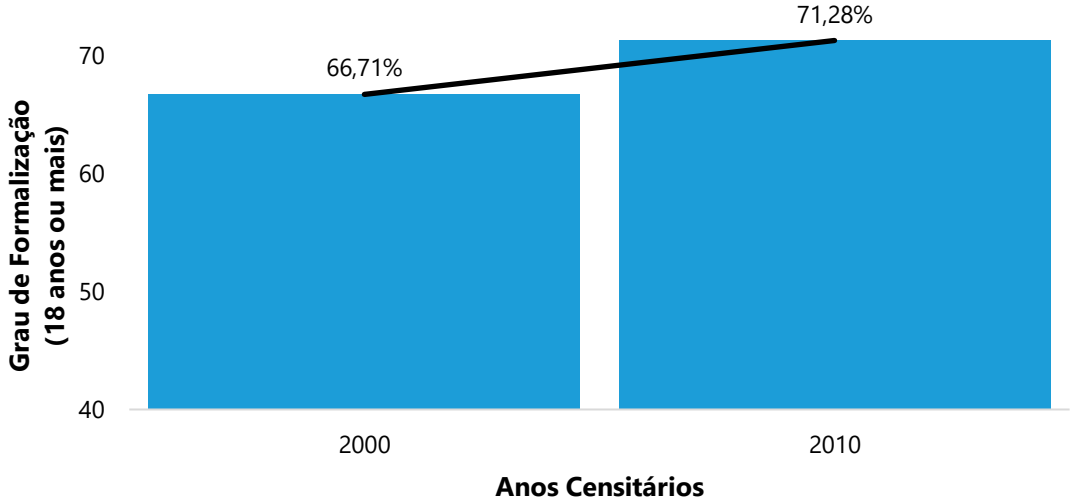
Vale destacar que apesar dessa redução e da não realização, até o momento, do Censo Demográfico 2020, pesquisas recentes apontam para o aumento da pobreza no país durante os anos de 2020 e primeiro semestre de 2021. Segundo um levantamento feito pela Fundação Getúlio Vargas Social, tendo como referência os dados coletados e pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad) contínua, 12,8% dos brasileiros passam a viver com menos de R$ 246 ao mês. Além disso, estudos também aumentam para o aumento das taxas de desemprego.

Figura 7: População Extremamente Pobre no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

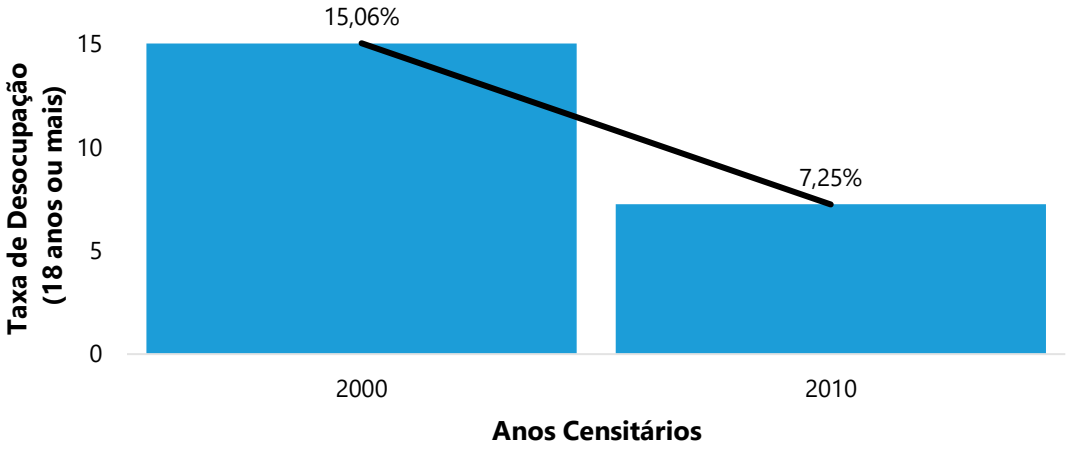
Figura 8: Grau de Formalização da População Ocupada no Município do Rio de Janeiro 2000 -2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

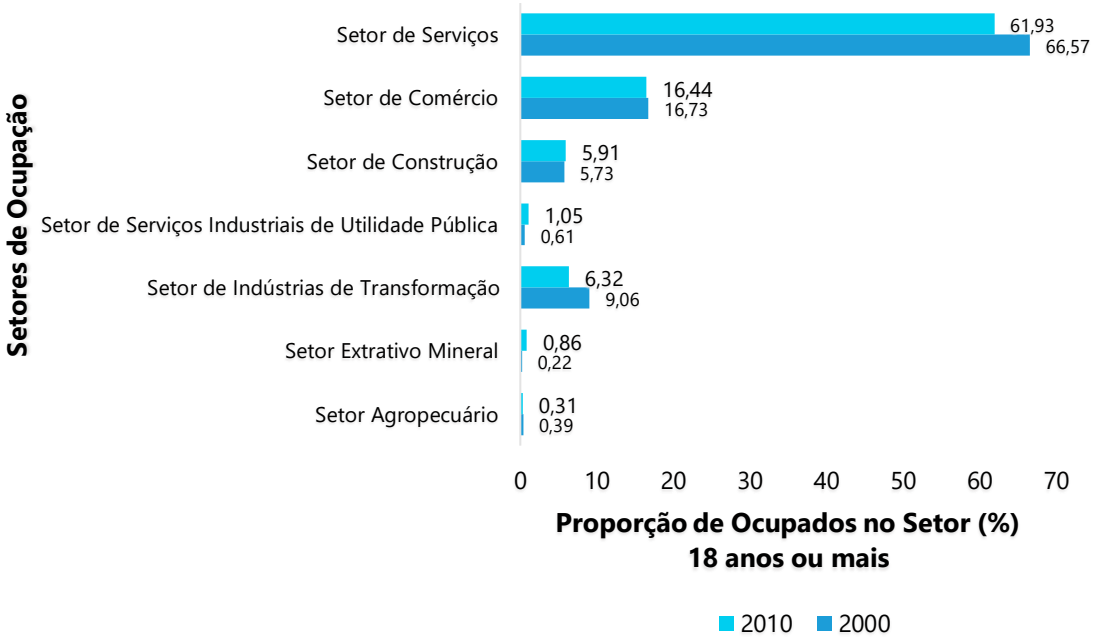
Figura a seguir →

Figura 9: Taxa de Desocupação do Município do Rio de Janeiro, 2000 -2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Figura 10: Principais Setores de Ocupação do Município do Rio de Janeiro, 2000 -2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

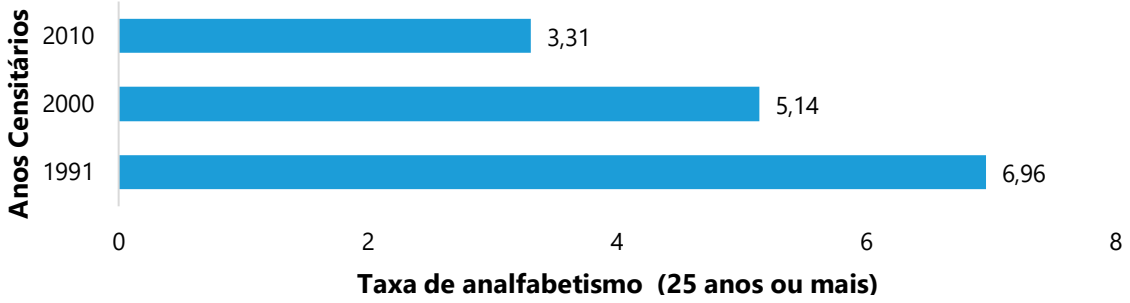
Escolaridade da população adulta

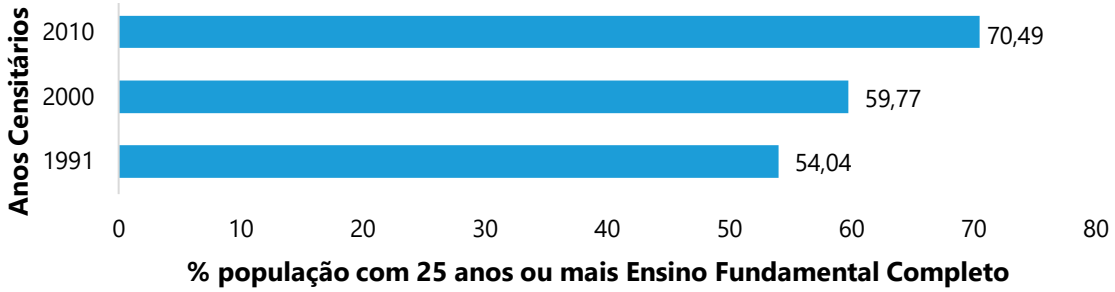
A escolarização da população é um dos fatores que influenciam na formalização do mercado de trabalho e redução do desemprego. Entre 1991 e 2010, o Rio de Janeiro evoluiu no âmbito educacional no sentido da universalização do ensino fundamental. Em 2010, mais de 70% da população com 25 anos ou mais havia completado esta etapa do ensino e, somente, 3,3% da população adulta era analfabeta em contraposição aos 7% observados em 1991 (Figura 11). Ainda assim, a universalização do ensino secundário (nível médio) ainda é uma barreira para o país e para o município; em 2010, pouco mais da metade da população com 25 anos ou mais havia concluído o ensino

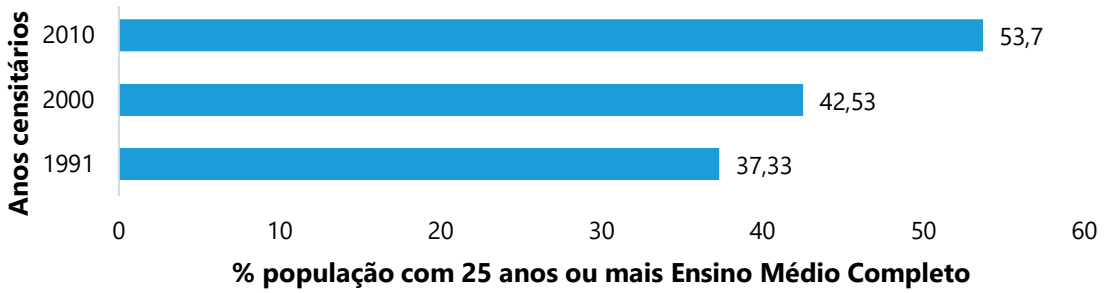
médio. Em 2020, o contexto da pandemia por Covid-19, com a paralisação das aulas e continuidade do ensino por meio remoro, trouxe outros desafios, em especial o que se refere a manutenção dos estudos por grande contingente de estudantes.

Ao analisarmos tais indicadores, vale ressaltar a interação entre os dados referentes à educação e ao trabalho. À medida que o percentual de adultos com escolaridade completa aumenta, o número de ocupações nos postos de trabalho segue o mesmo caminho. Essa análise não pretende trazer uma relação simplista entre trabalho e educação, porém aponta para um diálogo importante, e necessário, que é o acesso à informação e ao conhecimento. Acesso esse que permite, gradualmente, modificações no processo social, impulsionando mudanças significativas no perfil socioeconômico, compreendendo também as mudanças no mercado de trabalho.

Figura 11: Indicadores de Escolaridade da População Adulta do Município do Rio de Janeiro, 1991-2010





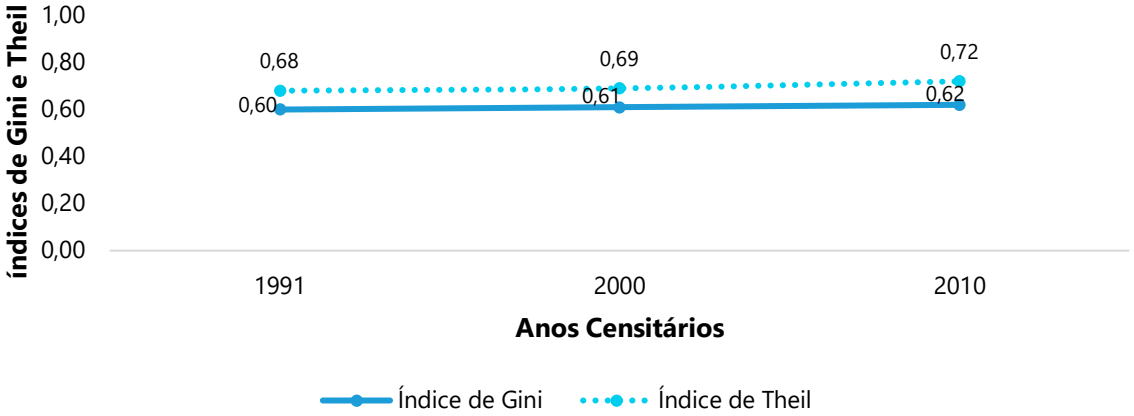


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Desigualdade de renda média

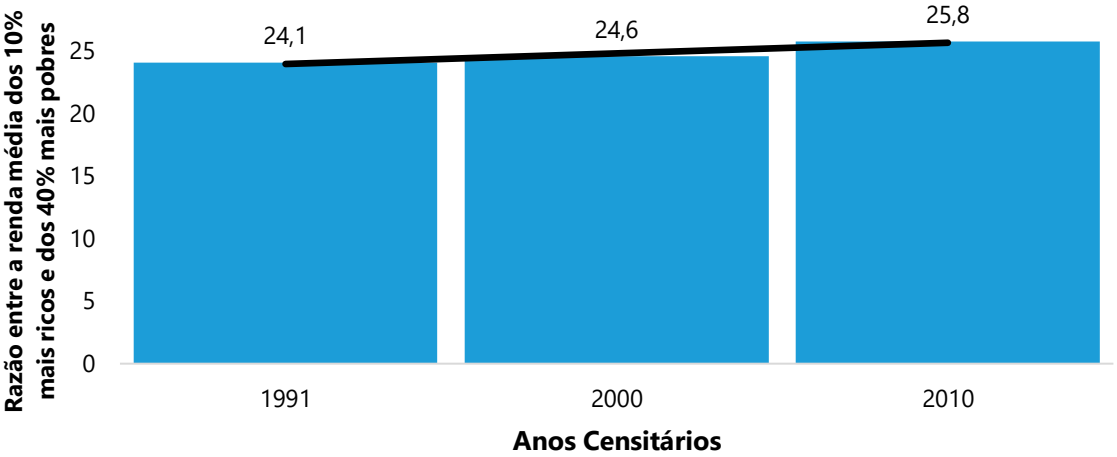
Apesar dos avanços no mercado de trabalho e na escolaridade da população, a desigualdade na cidade do Rio de Janeiro aumentou no período. Esse aumento dos indicadores de desigualdade nos leva a inferir que importante parcela do desenvolvimento econômico do município no período foi concentrada nas camadas mais ricas da população. De fato, em 1991 a renda dos 10% mais ricos da população correspondia à 24,1 vezes a renda dos 40% mais pobres. Esse valor aumentou no período, passando para 25,8 em 2010 (Figura 12 e 13). Esse aspecto revela que a desigualdade de renda no município prevaleceu no período, a despeito dos avanços gerais observados nos indicadores sociodemográficos. Ademais, percebe-se o quão necessário é analisar as diferenças entre classes sociais no processo de construção e fortalecimento de políticas públicas.

Figura 12: Índices de Gini e Theil (1991, 2000, 2010)



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Figura 13: Desigualdade de Renda Média no Município do Rio de Janeiro, 1991-2010



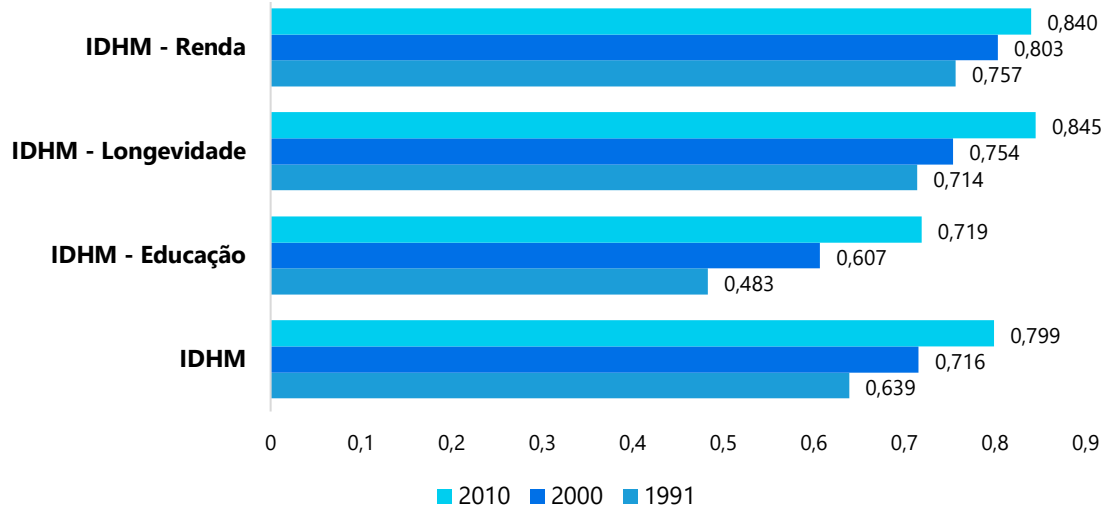
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O IDH é um indicador que concatena diferentes dimensões sociais, a saber: Educação, Longevidade e Renda. Por sua capacidade de síntese e simplicidade de apresentação, o IDH é um bom instrumento de avaliação e monitoramento de políticas públicas e da qualidade de vida da população.

Entre os anos de 1991 e 2010 o IDH municipal (IDHm) do Rio de Janeiro passou de 0,639 para 0,799, passando de um patamar médio (IDHM entre 0,600 e 0,699) para um patamar alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (PNUD, 2010). Em comparação, a UF do Rio de Janeiro apresentava um IDH de 0,573 em 1991 e de 0,761 em 2010 (Figura 13). Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação, seguida por Renda e por Longevidade. Ainda assim, a apresentação do IDHm por componente evidencia a defasagem nos avanços em educação com relação às demais componentes. Apesar do patamar alcançado pela componente renda, vale destacar que seu cálculo não leva em conta a questão da desigualdade, somente a renda per capita (PNUD, 2010), o que, por sua vez, máscara o aumento dos diferenciais socioeconômicos entre estratos de maior e menor renda.

Figura 14: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Rio de Janeiro, 1991-2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Portanto, ao realizar um recorte de análise dessa cesta de indicadores sociais, é possível traçar um diagnóstico situacional das condições de vida da população do território do município do Rio de Janeiro, considerando o grau de maturidade em que se encontra seu perfil social e econômico. Apesar da limitação temporal que temos com estes indicadores, o seu uso e reflexão fazem-se necessários, estudos transversais e informações qualitativas podem contribuir para a atualização da análise. Ainda assim, estes indicadores possibilitam, a partir dos dados e informações refletidas, a estruturação e aprimoramento de políticas e serviços que irão subsidiar

os processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde, em especial, na organização das ações de assistência e vigilância. Compreendendo também a importância destes indicadores sociais serem analisados em conjunto com outros referentes ao processo saúde-doença, passamos a análise dos indicadores de saúde selecionados.

Análise dos Indicadores de Saúde

Estatísticas vitais

Os indicadores a serem apresentados no âmbito das estatísticas vitais ajudam a conhecer melhor o perfil da saúde materno-infantil, linha de cuidado essencial no trabalho do Atenção Primária à Saúde.

A *mortalidade infantil* é um indicador que reflete as condições de vida de uma população, pois além das condições adequadas de atenção à saúde, as condições sanitárias e os determinantes sociais desempenham papel fundamental. A inclusão deste indicador no âmbito dos Objetivos do Milênio e, recentemente, entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para o período de 2016 a 2030 (Nações Unidas, 2015), confirma a sua importância. Este indicador estima o risco de óbito a que está exposta uma população de nascidos vivos em uma determinada área geográfica e em determinado período, até o final do primeiro ano de vida. Essa taxa, que contribui para a compreensão do processo saúde-doença ao longo do primeiro ano de vida do bebê, pode ser dividida em dois componentes: 1) neonatal - onde estima-se o risco de óbito nos primeiros 27 dias de vida; e 2) pós-neonatal - a partir do 28º dia até 11 meses e 29 dias.

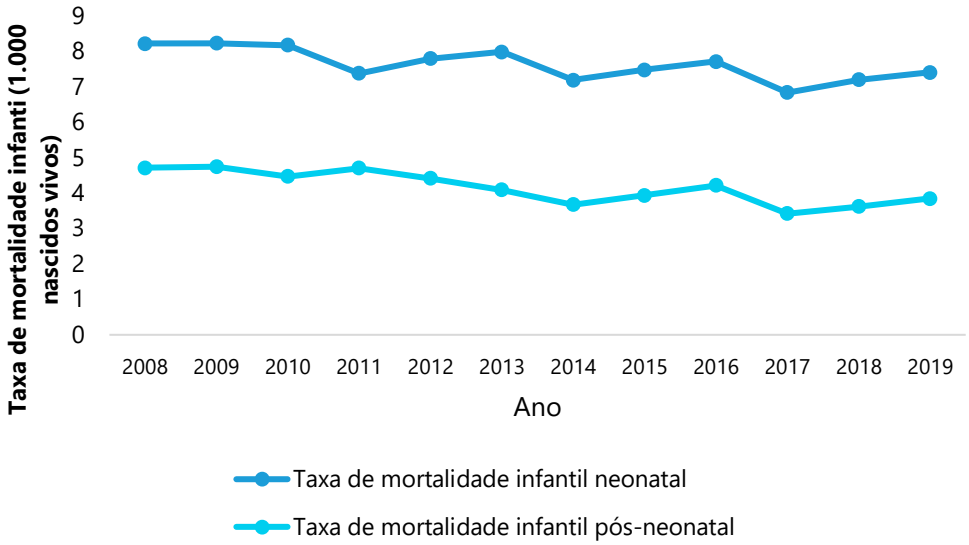
A mortalidade neonatal depende mais de tecnologias, por conta da prematuridade e da necessidade de Unidade de Terapia Intensiva neonatal, enquanto que a pós-neonatal pode ser reduzida por várias medidas e intervenções específicas relacionadas à atenção primária, tais como imunização, tratamento adequado de diarreias e infecções respiratórias, incentivo ao aleitamento materno e melhorias nas condições de saneamento básico, sendo as causas básicas predominantes neste período as doenças infecto-parasitárias e doenças respiratórias (FERRARI & BERTOLOZZI, ano).

Apesar disso, o componente que mais pesa na composição da mortalidade infantil no MRJ, tanto para residentes quanto por local de ocorrência, é o neonatal, conforme observado na Figura 15. Apesar de ter apresentado redução no período de 2008 a 2019, essas não foram tão expressivas quanto ao observado no componente pós-neonatal. Estima-se que o atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados possa reduzir em até 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o manejo de técnicas de reanimação gera uma redução adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia, principal causa de mortalidade nessa faixa etária (DARMSTADT et al, 2005). Os avanços no período neonatal precisam estar atrelados também a políticas educativas e de cuidado na gestação, que demonstra a

importância da qualidade das ações voltadas para a saúde materna, como os serviços de pré-natal e a assistência ao parto – tendo em vista que as causas de óbitos neste período estão ligadas também à condição da assistência obstétrica.

Dessa forma, considerando a magnitude do componente neonatal, proporcionalmente maior, os esforços para a redução da mortalidade infantil devem estar concentrados em intervenções relacionadas a este segmento.

Figura 15: Taxa de Mortalidade Infantil no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



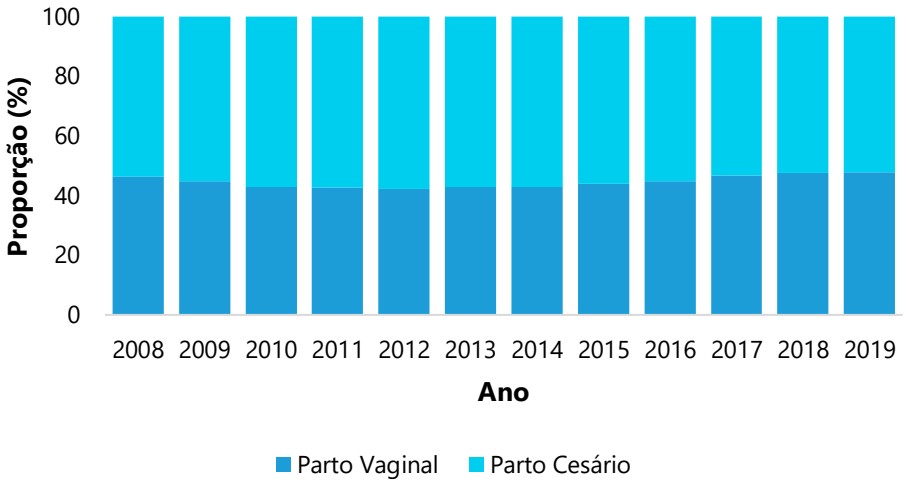
Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

O *tipo de parto* é um indicador que permite caracterizar a prática obstétrica nos hospitais. Observa-se, no período analisado, que o parto cesáreo tem mantido a prevalência acima de 50% de realização na cidade desde 2008, chegando a 53,3% dos partos em 2018 (Figura 16). As elevadas taxas de cesariana, principalmente nos países em desenvolvimento, são preocupantes, e tem sido considerado um grave problema de saúde pública. Inicialmente, houve uma redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal com o aumento da utilização da cesariana, porém com o passar do tempo, esse procedimento começou a ser utilizado de maneira desordenada, levando a uma série de agravos (Weidle et al, 2014). Vale destacar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda em até 15% a realização de cesáreas.

Em alguns países da América do Sul, a frequência de cesarianas já chegou a 80%, apresentando associação direta com a renda per capita do país. Sabe-se que os determinantes dos partos cesáreos são bastante complexos, incluindo condições financeiras, atitudes culturais e sociais das pacientes e da sociedade. Desta forma, é fundamental para a escolha do tipo de parto uma maior aproximação do profissional com a gestante, garantindo uma atenção integral e de qualidade, esclarecendo suas dúvidas

e anseios no que diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério (SANTANA et al, 2015). Além também da organização de uma rede de atenção à gestação e ao parto que traga acolhimento, humanização e incentive a realização do parto normal, incluindo incentivo na formação e qualificação de profissionais de saúde e na estruturação de ambientes adequados para esta atenção.

Figura 16: Tipo de parto no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

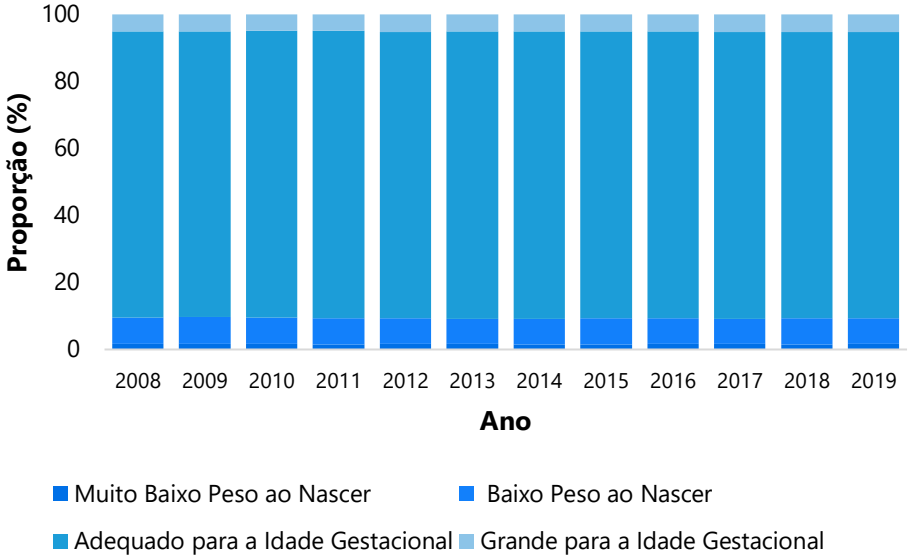
O *peso ao nascer* é um importante indicador da saúde da população, por traduzir condições sociais, econômicas e ambientais às quais a mulher está exposta durante o período gestacional, tendo no baixo peso ao nascer (BPN) o fator de risco principal para a sobrevida do recém-nascido e preditor da qualidade de vida do indivíduo (KASHAN et al, 2010).

Os recém-nascidos com peso abaixo de 2.500 gramas são considerados como de baixo peso ao nascer. A proporção de BPN gira em torno de 9,0 a 9,5% desde 2008, mantendo-se estável na cidade, tanto para os residentes quanto para os nascidos que moram em outros municípios (Figura 17).

Estimativas mundiais indicam prevalência de BPN de 15%, sendo que 97% são observados em países em desenvolvimento, especialmente entre a população mais vulnerável. A prematuridade (nascer antes de 37 semanas), o retardo do crescimento intrauterino e a desnutrição fetal destacam-se como as principais causas desse desfecho. No Brasil, a prevalência de recém-nascidos de baixo peso sofre variações regionais importantes. Em 2013, dentre os nascidos vivos de mães adolescentes brasileiras, 9,5% apresentaram BPN.

Figura a seguir →

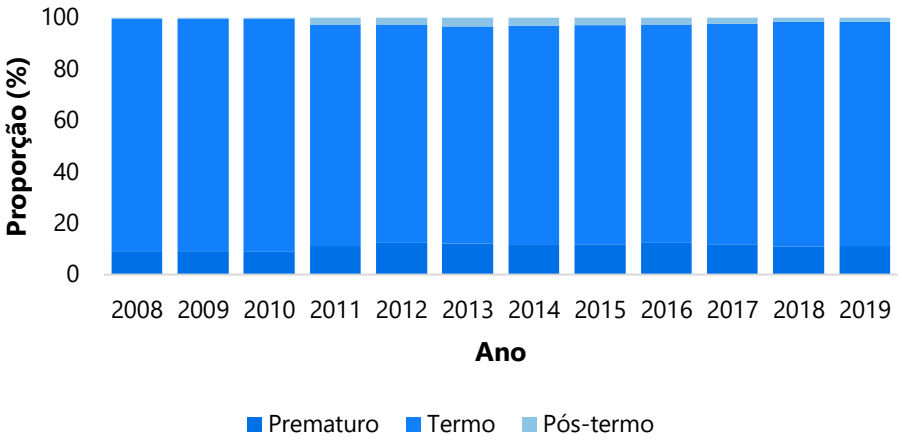
Figura 17: Peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Em relação à duração da gestação, observa-se no período analisado maior percentual de partos a termo (Figura 18). Por outro lado, verifica-se aumento consistente na prematuridade no MRJ, variando entre 8 e 9% em 2010 para 11,7%, em 2017. Cabe ressaltar que, em 2011, ocorreu uma mudança na forma de informar a duração da gestação na Declaração de Nascido Vivo (DN), agora baseada na DUM – data da última menstruação, o que provocou um aumento do indicador de prematuridade do município.

Figura 18: Duração da Gestação no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019

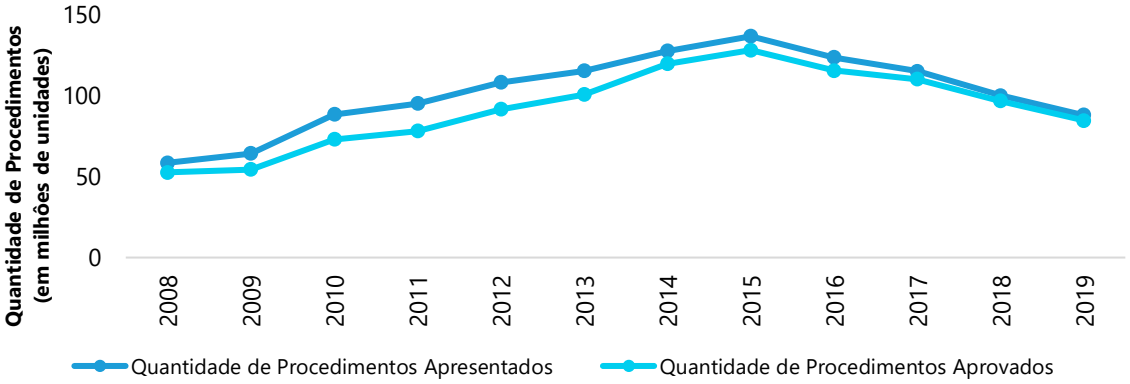


Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Indicadores de Assistência Ambulatorial

Os indicadores de assistência ambulatorial serão apresentados somente por local de ocorrência. A escolha se deve ao fato de que os procedimentos realizados na rede municipal de saúde apresentaram um aumento expressivo de 2008 até 2015, passando de 50 milhões para 125 milhões de procedimentos (Figura 19).

Figura 19: Quantidade de Procedimentos Ambulatoriais Município do Rio de Janeiro, 2008-2019

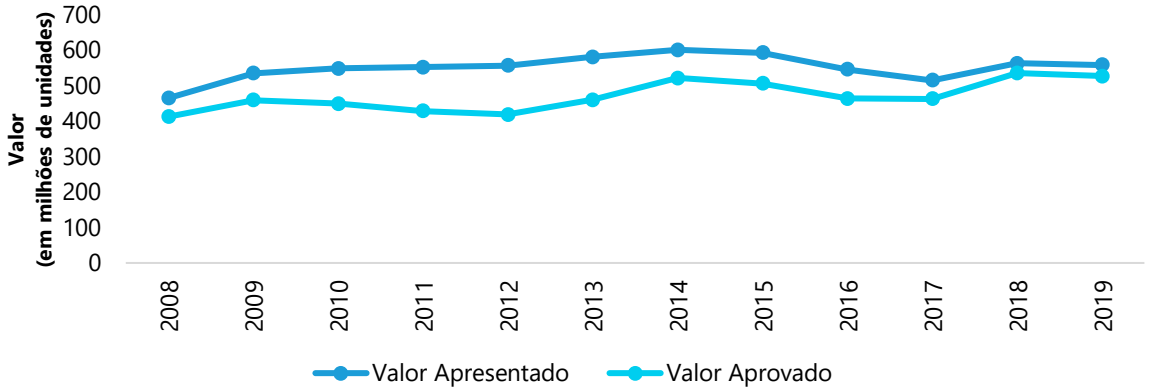


Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Este cenário pode ser explicado pela reestruturação e ampliação da carteira de serviços da rede municipal em todas as unidades de saúde, e pela reordenação do sistema de saúde no município, com a expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, que aumentou de 3,5%, em 2008, para, aproximadamente, 70% em 2016. Logo, maior quantidade de unidades, maior a realização de procedimentos pelos serviços de saúde. Apesar disso, deve ser feita uma reflexão sobre a queda de procedimentos realizados, por local de atendimento, a partir do ano de 2015.

Com relação aos gastos públicos com atendimentos ambulatoriais no município do Rio de Janeiro, observou-se variação nos gastos de R$ 200.000.000,00 em 2008 para R$ 350.000.000,00 em 2018, com um incremento de 75% na produção ambulatorial no período (Figura 20).

Figura 20: Valores gastos com procedimentos ambulatoriais no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

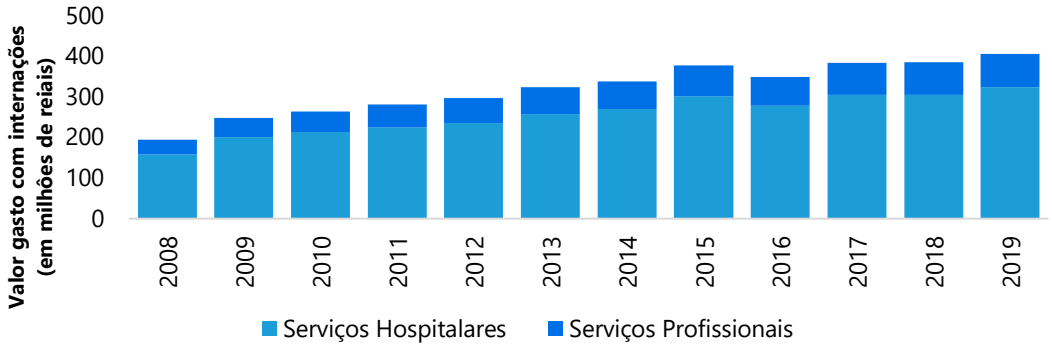
Indicadores de Assistência Hospitalar

A cada internação realizada no âmbito do Sistema Único de Saúde, é preenchida uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é composta por diversas informa-

ções referentes às internações, como identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, valores incorridos, entre outros.

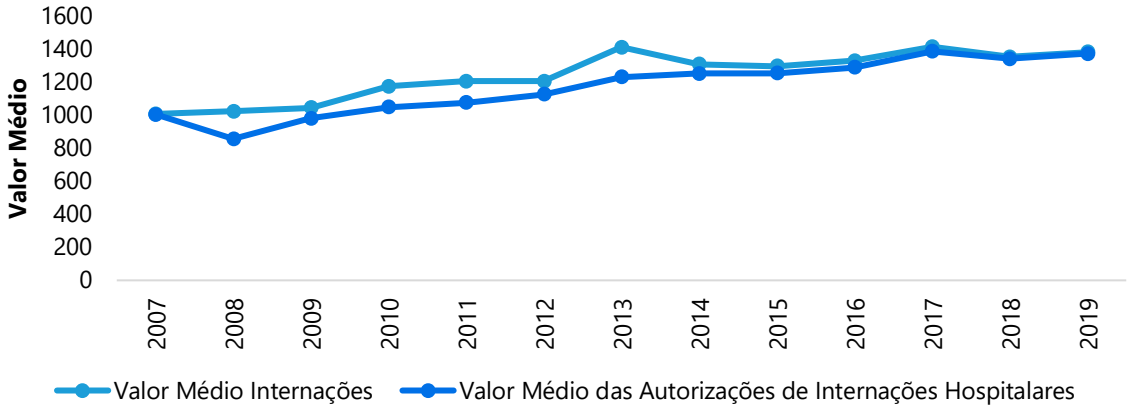
O valor gasto com internações é constituído pela soma do valor total das AIHs e engloba os gastos incorridos com todos os serviços relativos a cada internação hospitalar, tais como: serviços profissionais, serviços auxiliares de diagnose e terapia, gastos com recém-nascidos, órtese e prótese, tomografias e ressonância magnética, transfusão de sangue, transplantes, analgesia obstétrica e de pediatria (PAIM et al, 2011). No município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2018, ampliaram-se os gastos hospitalares, que passaram de aproximadamente 150 milhões de reais para 280 milhões de reais (Figura 21). Pode-se observar na Figura 21 que o valor gasto com os serviços profissionais se manteve estável, mas os valores das internações aumentaram. Observa-se ainda que o valor médio das internações vem aumentando, e este resultado pode estar relacionado à incorporação de novas tecnologias ao longo dos anos (Figura 22).

Figura 21: Valores gastos com internações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

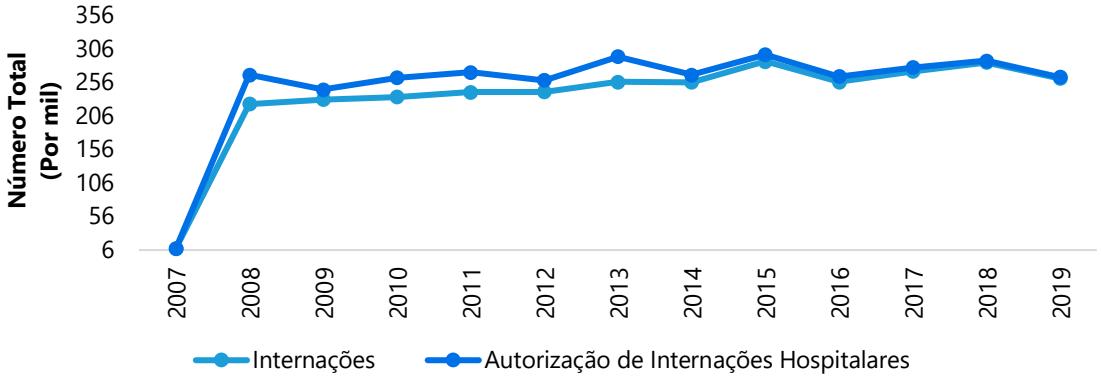
Figura 22: Valores médios de Internações e autorizações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

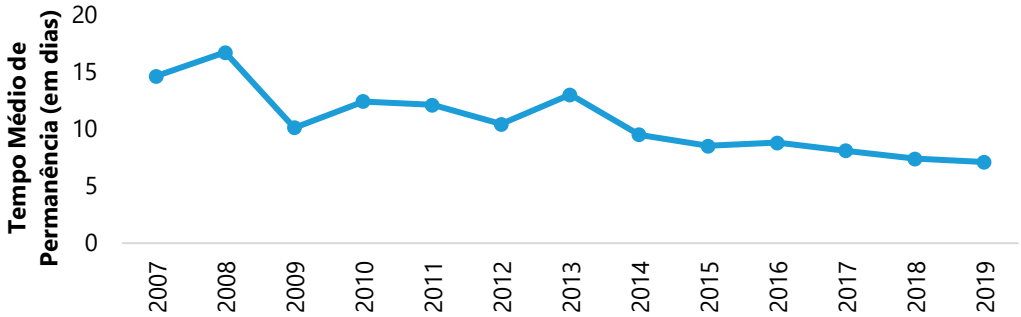
Observou-se ainda um crescimento quantitativo no número de pacientes internados, porém, a partir de 2015, destaca-se uma queda acentuada no número de internações realizadas (Figura 23), e isso pode estar relacionado tanto à redução do número de leitos observada nos últimos anos quanto à política de saúde adotada no município, com ênfase na atenção primária de saúde. Além disso, a taxa de internação é um indicador indireto da resolubilidade ambulatorial, uma vez que a atenção ambulatorial de boa cobertura e qualidade são capazes de reduzi-las (SILVA et al, 1999). Com relação à duração da internação constata-se uma redução na média de tempo das internações realizadas na cidade do Rio de Janeiro, passando de dezessete dias em 2008 para aproximadamente sete dias em 2019 (Figura 24).

Figura 23: Total de Internações e autorizações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Figura 24: Duração média das Internações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019

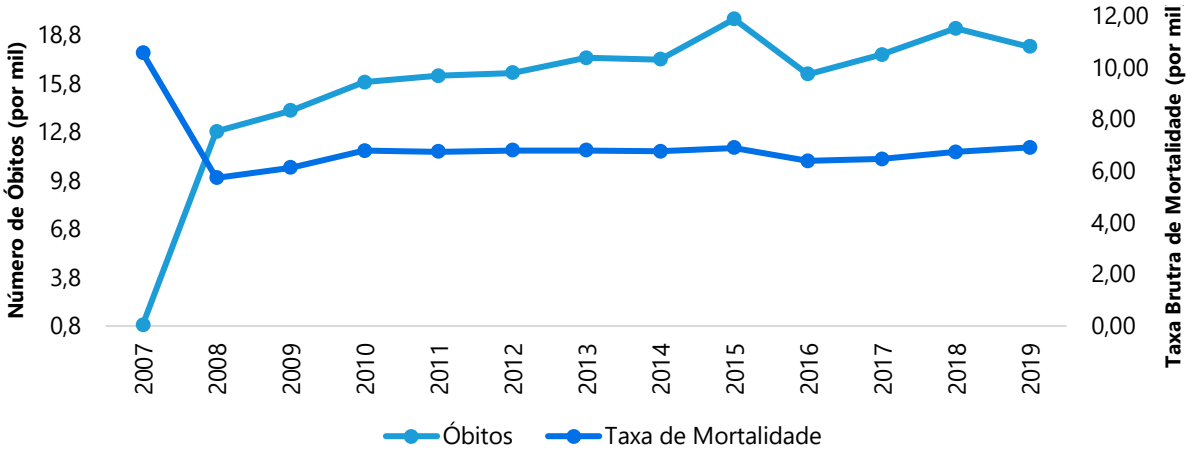


Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

A taxa de mortalidade hospitalar pode ser utilizada como indicador da assistência prestada, embora os resultados também estejam relacionados ao perfil da unidade hospitalar, bem como à gravidade dos casos tratados. Observa-se na Figura 25 que houve um aumento crescente na taxa de mortalidade hospitalar de 2008 a 2015, com redução entre 2015 e 2017 e nova elevação posterior, em 2018.

Figura a seguir →

Figura 25: Óbitos e taxa de mortalidade durante Internações no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Coberturas vacinais

A vacinação é uma das intervenções mais custo-efetivas e de maior impacto na prevenção e controle de doenças infecciosas. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro, criado em 1973, oferece atualmente acesso universal e gratuito a 44 imunobiológicos, incluindo 19 vacinas no calendário de rotina, para todas as faixas etárias, em aproximadamente 34 mil salas de vacinação, além de promover anualmente campanhas de vacinação contra influenza (DOMINGUES & TEIXEIRA, 2013) e, mais recentemente, também começar a disponibilizar a vacina por Covid-19.

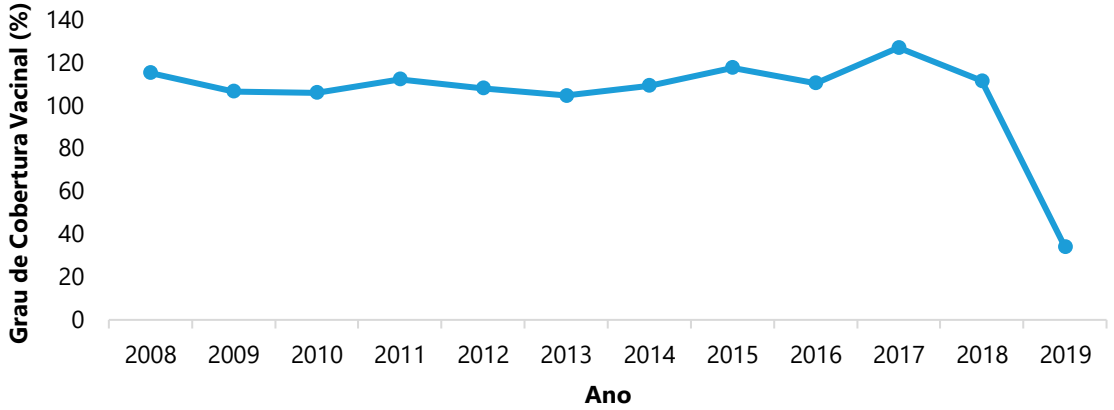
No ano de 2014, o município do Rio de Janeiro possuía 206 salas de imunizações públicas, com 28 Serviços de Vigilância em Saúde, e, neste período, foram administradas mais de trezentas mil doses de imunobiológicos na rotina e em campanhas nacionais.

A cobertura vacinal é um importante indicador de saúde das populações, sobretudo das crianças e da qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde. A avaliação deste indicador subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações de prevenção e proteção à saúde (ARAÚJO et al, 2010). Além disso, a imunização é uma das principais atividades realizadas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil.

No período analisado, observa-se que as coberturas para a vacina contra a tuberculose (BCG) no primeiro ano de vida, no município do Rio de Janeiro, foram de 100% em todos os anos, apresentando redução a partir de 2018, porém atingindo a meta de cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde (90%) (Figura 26). No Brasil, no período de 2010 a 2014, considerando o conjunto das ações desenvolvidas nas 27 unidades federadas, as coberturas vacinais para vacina BCG superaram a meta em todos os anos analisados (BRASIL, 2014).

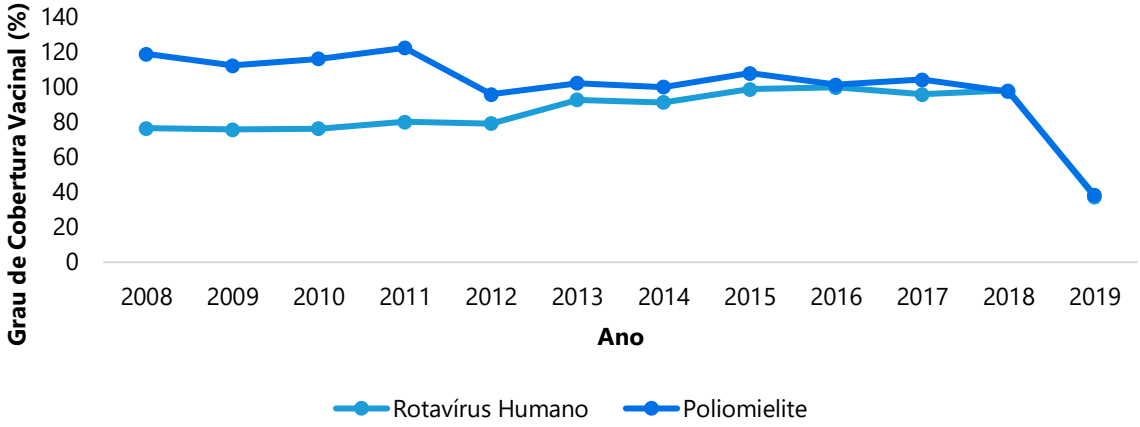
Figura a seguir →

Figura 26: Cobertura Vacinal para vacina BCG no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Figura 27: Cobertura Vacinal para vacinas orais contra Rotavírus e Poliomielite no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Ao observar os dados referentes às coberturas da vacina antipólio (oral), verifica-se que, mesmo apresentando uma redução nas coberturas de 2008 a 2017, estes percentuais permaneceram dentro da meta preconizada (95%). Porém o ano de 2018 apresentou a menor cobertura no período, com menos de 80% no município (Figura 26). Pela frequência com que são feitas as campanhas nacionais de imunização contra a poliomielite, oferecendo múltiplas oportunidades para a vacinação das crianças menores de cinco anos, esperava-se que não houvesse uma redução nos percentuais para o município. Cabe ressaltar que os últimos casos de poliomielite foram registrados no Brasil em 1989. A Região das Américas foi certificada em 1994 como área livre de circulação do poliovírus selvagem.

Com relação às coberturas da vacina oral contra o rotavírus humano (VOHR) verifica-se que no período de 2008 a 2012, o município do Rio de Janeiro não atingiu a meta estabelecida (90%). Este cenário pode ser explicado pelo fato de que neste período havia limite de idade máxima de aplicação da segunda dose do esquema: 5 meses

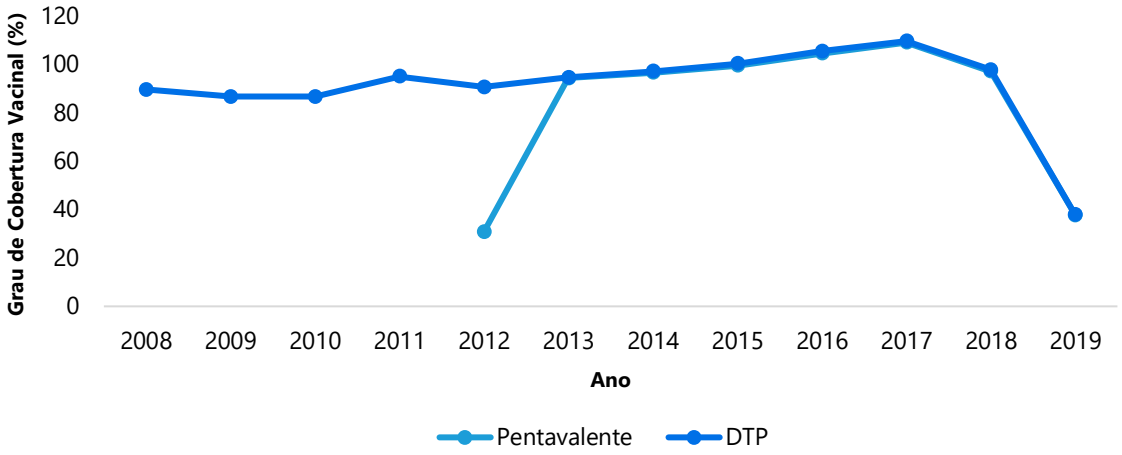
e 15 dias até 2011, e 8 meses a partir de 2012. Entre 2013 e 2017, houve incremento das coberturas vacinais da vacina VOHR, porém o ano de 2018 voltou a apresentar menor cobertura, inferior a 80%, assim como a vacina antipólio (Figura 27). A vacina oral contra o rotavírus humano foi incluída no Programa Nacional de Imunização em 2006, como estratégia para a redução das doenças intestinais em menores de cinco anos, proporcionando impacto na redução da morbimortalidade pela doença. Após a sua introdução, houve redução de 14% nas taxas de internação por diarreia aguda, de 115,74 casos antes de sua introdução, para 85,84 casos em 2006 de e 59,94 casos em 2007, representando reduções de 25,8% e 48,0% respectivamente (LANZIERI et al, 2010).

A vacina tríplice bacteriana (DTP) protege contra difteria, tétano e coqueluche. O esquema de vacinação preconizado é de três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade, com o primeiro reforço aos 15 meses (ou de seis a 12 meses após a terceira dose).

A pentavalente combina a atual vacina tetravalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b) com a vacina contra a hepatite B, sendo que a mesma foi incluída no calendário da criança pelo Ministério da Saúde a partir do segundo semestre de 2012. As crianças são vacinadas aos 2, 4 e 6 meses de idade. Com o novo esquema, além da pentavalente, a criança mantém os dois reforços com a vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche), o primeiro a partir dos 12 meses e o segundo entre 4 e 6 anos. Além disso, os recém-nascidos continuam a receber a primeira dose da vacina hepatite B nas primeiras 12 horas de vida, para prevenção da transmissão vertical.

Observa-se na Figura 28 que, a partir de sua introdução no calendário em 2012, a vacina pentavalente superou a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (95%), com redução a partir de 2017. O mesmo comportamento pôde ser observado também para a vacina DTP.

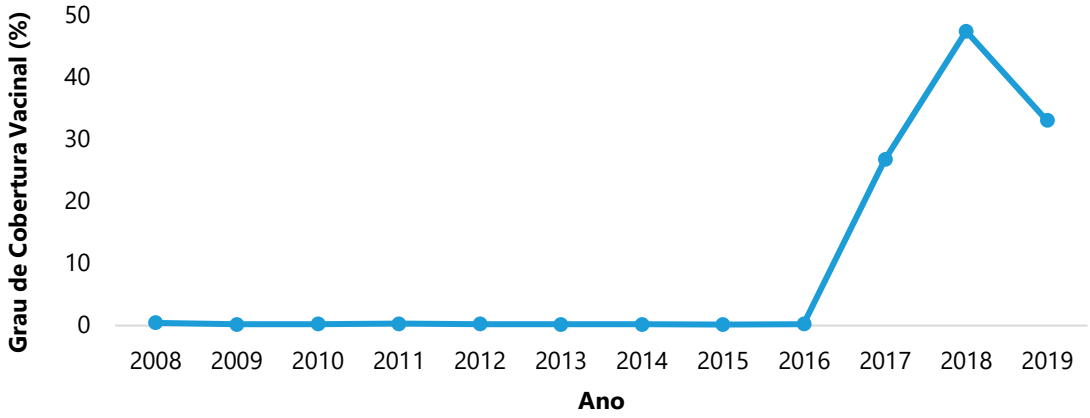
Figura 28: Cobertura Vacinal para vacinas DTP e Pentavalente no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

A vacina contra febre amarela não era recomendada no município do Rio de Janeiro até 2016. A recomendação era para viajantes que se deslocavam para Áreas com Recomendação de Vacina, onde a transmissão é considerada possível, principalmente para indivíduos não vacinados e expostos as áreas de mata, onde o vírus circula naturalmente. A partir de 2016, com os surtos de febre amarela em alguns estados do Brasil, incluindo o Rio de Janeiro, observou-se no município o aumento da cobertura vacinal para febre amarela. A partir de 2018, a mesma foi incluída como vacina obrigatória no calendário básico das crianças e adultos na faixa etária de 20 a 59 anos. A meta de cobertura vacinal nas áreas com recomendação de vacinação é de no mínimo 95% da população-alvo, porém tal meta não fora alcançada, fato que pode ser explicado pela ocorrência de alguns registros de eventos adversos graves após a vacinação.

Figura 29: Cobertura Vacinal para vacina contra a febre amarela no Município do Rio de Janeiro, 2008-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

A vacina pneumocócica 10-valente (PCV10) foi incluída no calendário vacinal a partir de março de 2010, sendo estendida a priori a todas as crianças menores de 2 anos, sendo alterado em 2016, ampliando o grupo etário para crianças até 4 anos. Desde 2010, o PNI busca controlar as doenças causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* e, para alcançar este objetivo, a cobertura vacinal preconizada deve ser superior a 95%.

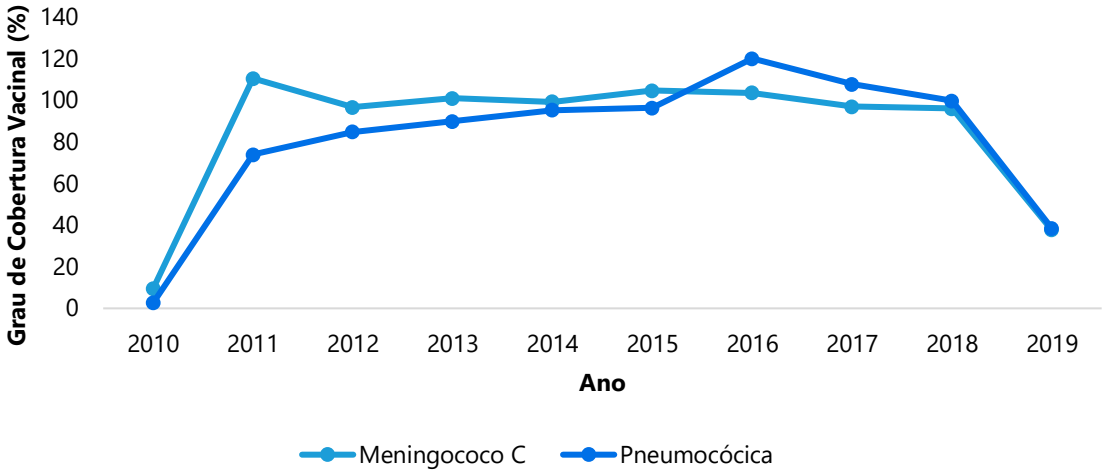
Na cidade do Rio de Janeiro, as coberturas para a vacina pneumocócica superaram a meta preconizada no período de 2014 a 2017, com uma redução da cobertura para 80% em 2018 (Figura 30).

Domingues e colaboradores (2014) relataram que, em dez estados brasileiros, a vacinação com três doses da PCV10 foi associada a uma redução de 84% de doenças pneumocócicas invasivas (DPI), por sorotipos presentes na vacina (sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F), o que demonstra a importância da PCV10 na redução dos casos de pneumonia no Brasil.

Nos Estados Unidos, com a introdução da vacina conjugada pneumocócica 13-valente, houve uma redução do número de hospitalizações por doenças pneumocócicas invasivas e otite média aguda causadas pelos sorotipos de *Streptococcus pneumoniae* presentes na vacina, em crianças menores de 5 anos (JACOBS & DAGAN, 2004).

A vacina meningocócica C conjugada, assim como a pneumocócica, foi introduzida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) no calendário básico infantil em 2010, tendo 95% como meta de cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde. Em 2011, após a campanha de vacinação, foi evidenciada uma redução de 71% no número de casos da doença, em relação à incidência de 2010. Na cidade do Rio de Janeiro, as coberturas superaram a meta preconizada a partir de 2014, com uma redução da cobertura para 80% em 2018 (Figura 30).

Figura 30: Cobertura Vacinal para vacinas meningocócica C e pneumocócica no Município do Rio de Janeiro, 2010-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

A vacinação da mulher em idade fértil (MIF) é uma importante medida de controle do tétano neonatal. O recomendado é que 100% dessa população tenha o esquema completo de três doses, com reforço a cada 10 anos, de vacinas que contenham o componente antitetânico. O intervalo deve ser antecipado de dez para cinco anos em caso de gestação (BRASIL, 2015).

O cálculo para estimar as coberturas vacinais nessa população alvo leva em conta a soma das segundas doses e de reforços acumulados para um período de cinco anos, considerando a população de 12 a 49 anos de idade ou de 15 a 49 anos de idade para o ano da avaliação (BRASIL, 2015).

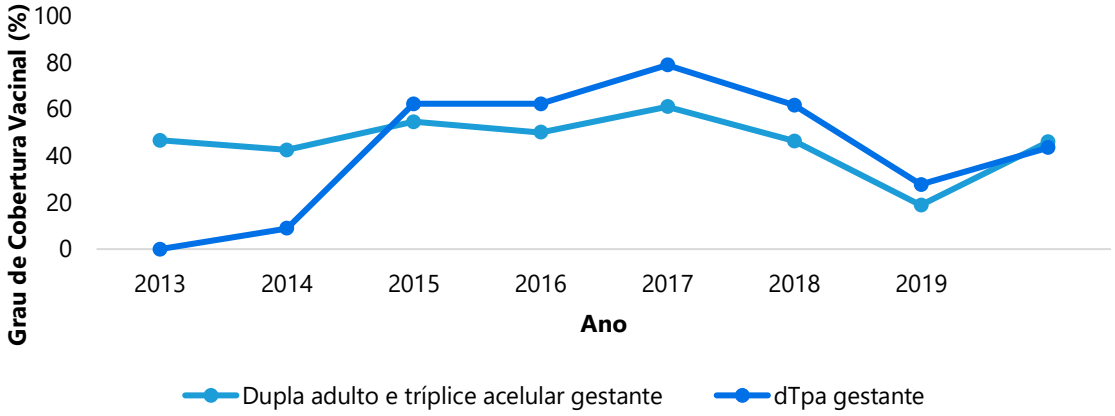
A vacina adsorvida dupla bacteriana do tipo adulto – (dT) trata-se de vacina inativada, contendo os toxoides diftérico e tetânico, e prevenindo contra a difteria e o tétano. Segundo o Calendário Nacional de Vacinação, é recomendada às pessoas que não iniciaram ou não terminaram o esquema contra difteria e tétano até os 7 anos de

idade, e para as doses de reforço a cada 10 anos, na vida adulta. Observa-se na Figura 38 que a dT alcançou cobertura de 50% somente nos anos de 2015 a 2017, voltando a apresentar declínio em 2018, indicando a necessidade de atuação dos gestores do SUS junto aos municípios, em especial às equipes da atenção básica, no sentido de identificar estratégias para vacinação de toda a população alvo.

A vacina adsorvida contra difteria, tétano e coqueluche - pertussis acelular - (dTpa) foi introduzida, a partir de novembro de 2014, no Calendário Nacional de Vacinação da gestante a partir da 27ª semana de gestação, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto, como reforço ou complementação do esquema da vacina dupla adulta (difteria e tétano - dT). Desde 2014, observa-se no município um progressivo aumento na cobertura vacinal para dTpa, com uma redução da cobertura para 60% em 2018 (Figura 31).

Cabe ressaltar que a vacinação tem como principal objetivo reduzir a incidência e mortalidade por coqueluche nos recém-nascidos, já que a doença é cada vez mais relatada em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, sendo a transmissão mais frequente entre crianças, especialmente menores de um ano (BRASIL, 2014).

Figura 31: Cobertura Vacinal para vacina dTpa e Dupla Adulto e tríplice acelular gestante no Município do Rio de Janeiro, 2013-2019



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Apesar de todos os esforços para alcance da cobertura vacinal, o município do Rio de Janeiro não conseguiu alcançar a meta estabelecida para alguns imunobiológicos. Diversos fatores podem estar relacionados à menor cobertura vacinal, tais como o nível socioeconômico individual, a falta de acesso e dificuldades na utilização de serviços.

O investimento na ampliação da rede de atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atua na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, ampliando-a e contribuindo para a universalidade da atenção. Embora a ESF ainda enfrente algumas dificuldades, tem sido responsável pela redução das taxas de mortalidade infantil e controle de doenças infectocontagiosas e imunopreviníveis por meio da puericultura, na qual está incluso o acompanhamento do calendário vacinal.

CAPÍTULO 6

UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E SUAS TENDÊNCIAS, 2008-2019

Aline Gonçalves Pereira
Gláucia Bohusch
Laís Pimenta Ribeiro dos Santos
Raphael Mendonça Guimarães

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, propôs a Atenção Primária à Saúde como a opção prioritária em busca de operacionalizar os serviços de saúde, independente do modelo de sistema ora adotado. Em seu 40º aniversário, a APS que no Brasil se apresenta nos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vislumbrada como a principal forma de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, a Rede de Atenção à Saúde é um sistema complexo, sendo grandes os desafios à execução dos seus serviços e sua gestão, pois, necessita de uma sinergia entre as necessidades de saúde da população e a gestão do sistema de saúde para responder socialmente as demandas populacionais. Este é um desafio para a execução dos seus serviços e sua gestão, visto a especificidade e complexidades dos estabelecimentos que a compõem (CONASS, 2015).

A criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2006, foi apoiada pelos princípios transversais da universalidade, integralidade e equidade. Eixos estruturantes da legislação que contextualiza a descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS.

O surgimento dessa nova política institucionaliza as responsabilidades de cada esfera de governo e específica suas competências, tais como: tratar da infraestrutura e dos recursos quanto aos itens para a realização das ações na atenção básica; trazer o processo de trabalho das equipes de saúde da família de atenção básica e especificar as características básicas do processo de trabalho; e por fim, os princípios gerais da estratégia de saúde da família. A construção da nova política tornou-se uma marca reconhecida, como um elemento importante a dar corpo para a maturidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. Sendo mais um passo que foi dado para qualificar a ESF como o modelo orientador e coordenador das RAS no SUS (BRASIL, 2006c).

A revisão da PNAB, publicada em 2011, ratificou o texto da política anterior. E ainda, incorporou algumas inovações experimentadas no período entre um e outro textos, como a criação de incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de atração ou retenção de médicos e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como meio de fortalecer a ESF (BRASIL, 2011b). Nessa perspectiva, a publica-

ção da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, foi alvo de críticas de profissionais, gestores e especialistas. Destaca-se algumas modificações importantes da nova PNAB: a diferença entre os padrões de serviços, a relativização da cobertura universal e a composição das equipes e organização da APS (MELO et al, 2018).

Diante desse cenário, é possível observar que mesmo havendo o subfinanciamento do SUS, alguns municípios, ainda assim, conseguiram superar certos desafios e expandir a rede pública de saúde, especialmente a APS (SOUZA et al, 2019). Os resultados desses desafios estão alinhados a ampliação do acesso à assistência médica, que podem ser observados através da diminuição de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (SOUZA et al, 2019).

Nesse contexto, a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) do Rio de Janeiro teve como um dos seus pilares de organização às ICSAP e, a partir de 2010, apresentou uma grande mudança na gestão da Saúde Pública, alcançando, em 2014, uma cobertura de 45% da ESF e apontando para o final de 2015 quase 50% da população coberta (BRASIL, 2012 e SORANZ, 2016).

As ICSAP representam um conjunto de doenças que estão diretamente ligados às hospitalizações, as quais, podem ser evitadas pelas equipes de atenção primária, ou seja, é um marcador de qualidade que mensura a capacidade de resolutividade da APS, bem como, a qualidade dos serviços ofertados (SANTOS, 2019). A lista brasileira de condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP) contém 19 agravos, esta foi construída com base no perfil da população e publicada pela Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008 (DEININGER et al, 2015). Frente a este panorama, faz-se necessário avaliar a acessibilidade e a efetividade dos serviços de saúde, tendo em vista o apoio à análise da situação, o elenco de prioridades e, por seguinte, o planejamento em gestão de saúde para a execução das ações em serviços baseados na melhoria dos cuidados em saúde (BRASIL, 2012; FRACOLLI,2014 e ALFRADIQUE, 2009). No Brasil, entre o ano de 2012 e 2016 houve um declínio bastante expressivos das internações, que passaram de 120 para 66 por 10.000 habitantes (SOUZA et al, 2019).

Os dados aqui selecionados referentes às internações por causas sensíveis à atenção primária (ICSAP) entre 2008 e 2019, compreendem a análise relativo aos 10 anos do início da expansão da APS no município do Rio de Janeiro, iniciada em 2009. Foram avaliados os grupos de causa e doenças, com seus respectivos códigos segundo a CID-10, conforme apontados no quadro 3.

Quadro a seguir →

Quadro 3: Causas Sensíveis à Atenção Primária Segundo grupos.

Grupo	Nome	CID-10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6	Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9	Hipertensão	I10; I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50; J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes mellitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Albrecht et al, 2013

Inicialmente, foi calculado o número médio de internações e a taxa anual, segundo a fórmula abaixo:

$$\mathrm{Tx}_{\mathrm{ICSAP}} = \frac{\text{número de internações por CSAP}}{\text{número de habitantes}} * 10.000$$

A fim de comparar a magnitude da taxa total e da taxa por grupos de causa no início e fim da série, foi calculada também a variação no período, de acordo com a fórmula:

$$\text{Variação} = \frac{(\mathrm{TI}_{\mathrm{A2019}} - \mathrm{TI}_{\mathrm{A2008}})}{\mathrm{TI}_{\mathrm{A2008}}}$$

Sendo
$\mathrm{TI}_{\mathrm{A2008}}$ = Taxa de Internação pelo grupo de causa A em 2008
$\mathrm{TI}_{\mathrm{A2019}}$ = Taxa de Internação pelo grupo de causa A em 2019

O quadro 4 apresenta a variação temporal das ICSAP com o número médio de casos no período entre 2008 a 2019. Desta forma, verificou-se que as internações causadas por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, as pneumonias bacterianas e, infecções de pele e tecido subcutâneo, são o grupo de doenças que mais predominam nas internações hospitalares.

Ao analisar a variação dos indicadores tendo como referência o primeiro e o último ano da série, observa-se que a taxa de internação apresenta uma variação negativa em muitos grupos de doenças, em especial as doenças imunopreveníveis, as doenças cardiovasculares, gastroenterites infecciosas e a asma. Porém, apresenta uma variação positiva importante do grupo de causas obstétricas, epilepsia, infecção do rim e trato urinário, assim como, infecções de pele e tecido subcutâneo.

Os grupos apresentados na figura 49, representam no transcorrer do tempo uma diminuição significativa do total de ICSAP, especialmente entre os anos de 2012 e 2017, com aumento nos anos subsequentes de 2018 e 2019. Ao analisar os grupos de condições separadamente, os grupos de Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Gastroenterites infecciosas e Insuficiência Cardíaca, observou-se importante diminuição na taxa de internações entre os anos de 2008 a 2014 e, mantendo-se estáveis ou com discretas alterações nos anos subsequentes.

No que se refere ao grupo de causas obstétricas, apresentam um aumento do número de internações entre os anos de 2009 e 2016, com progressiva diminuição do total da taxa de internações dos anos subsequentes.

Cabe destacar que, o grupo de inflamação feminina pélvica, apresentou diminuição da taxa até o ano de 2014 com aumento da contribuição deste grupo para a taxa nos anos posteriores. Os dados referentes de alguns grupos de doenças como Hipertensão, Anginas, Doenças Cerebrovasculares, Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus, apresentam um padrão progressivo de diminuição da taxa de internações, com aumento de internações pela maioria deles nos anos de 2018 e 2019. No entanto, alguns grupos como infecções de ouvido, nariz e garganta e anemias apresentam um padrão estável e com pouca variação, também na Figura 50. Em relação a taxa de internações por Anemias, observou-se essa tendência mais estável no decorrer dos anos com uma discreta redução entre os anos de 2016 e 2018. Já no período de 2019, apresentou um aumento acima do padrão. Ao analisar as internações por Epilepsia também se mantiveram estáveis até o ano de 2016, acompanhado de um aumento significativo no período de 2017 e 2018, com discreta queda no em 2019.

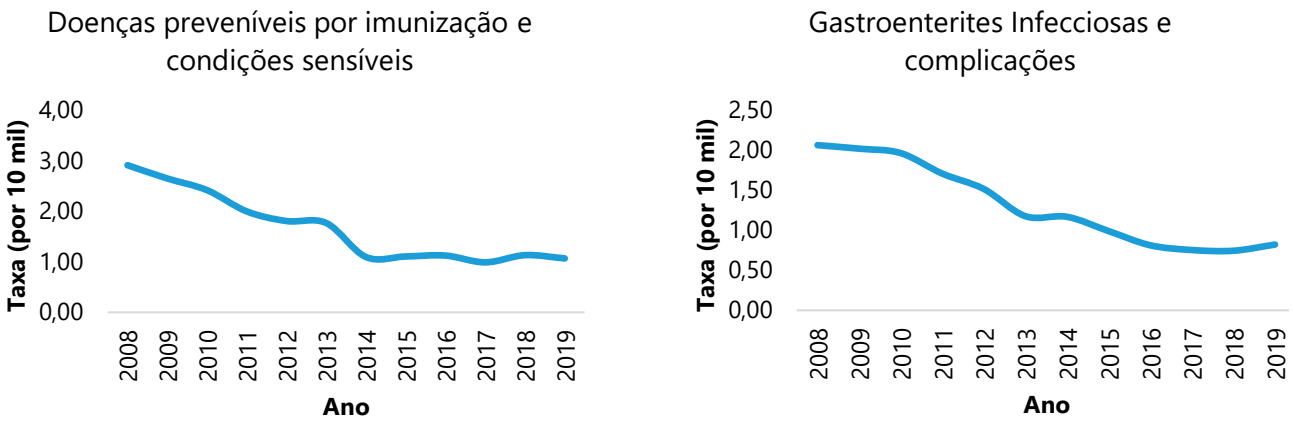
Quadro a seguir →

Quadro 4: Variação temporal das ICSAP entre 2008 a 2019, Município do Rio de Janeiro

Grupos	Número médio de internações	Taxa ICSAP		
		2008	2019	Variação (%)
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1065	2,92	1,07	-63,33
Gastroenterites Infecciosas e complicações	836	2,07	0,82	-60,19
Anemia	113	0,24	0,20	-17,08
Deficiências nutricionais	478	0,68	0,40	-40,83
Infecções de ouvido, nariz e garganta	207	0,27	0,33	24,91
Pneumonias bacterianas	2890	4,41	4,04	-8,35
Asma	465	1,19	0,83	-29,90
Doenças pulmonares	1463	2,48	2,16	-12,83
Hipertensão	972	2,65	1,20	-54,85
Angina	984	1,41	1,67	18,89
Insuficiência cardíaca	2773	5,18	3,64	-29,71
Doenças cerebrovasculares	3559	5,04	6,75	33,90
Diabetes mellitus	1781	2,84	2,90	1,87
Epilepsias	650	0,70	1,11	59,42
Infecção no rim e trato urinário	2185	2,76	4,05	46,50
Infecção da pele e tecido subcutâneo	3457	3,84	6,55	70,57
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	391	1,13	1,19	5,48
Úlcera gastrointestinal	759	0,89	1,25	41,04
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1629	2,73	4,07	48,91
Total	**26658**	**41,60**	**41,75**	**0,36**

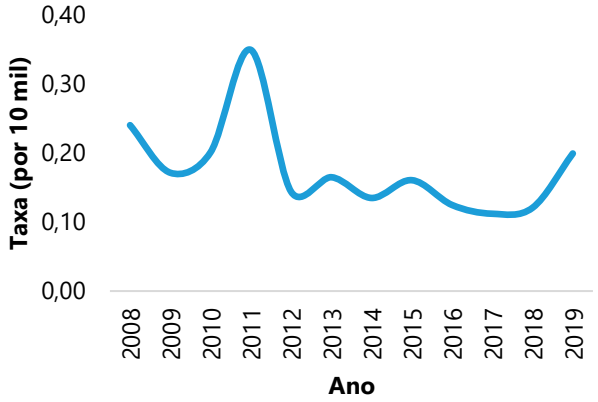
Fonte: SMS/Rio de Janeiro.

Figura 32: Séries históricas das taxas por ICSAP segundo grupo de condições. Rio de Janeiro, 2008-2019

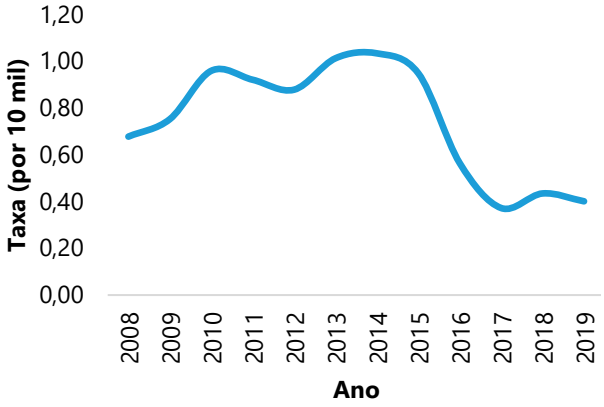


Continua →

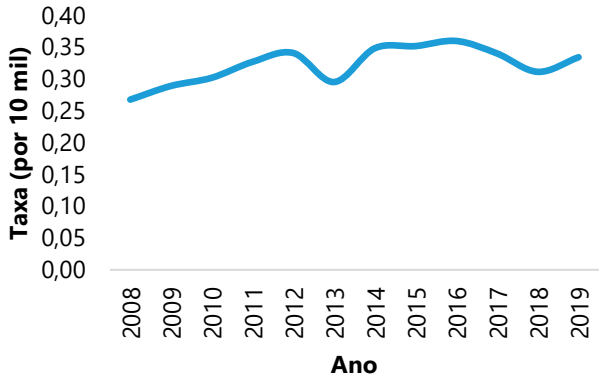
Anemia



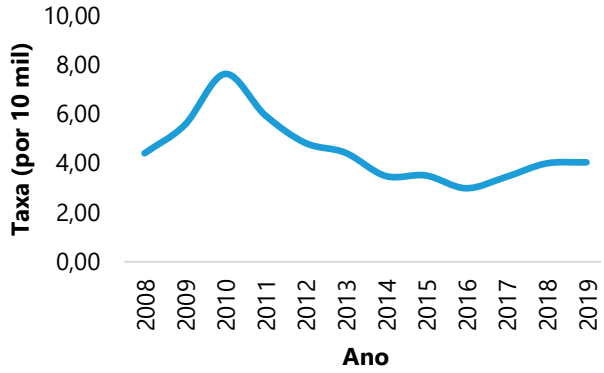
Deficiências nutricionais



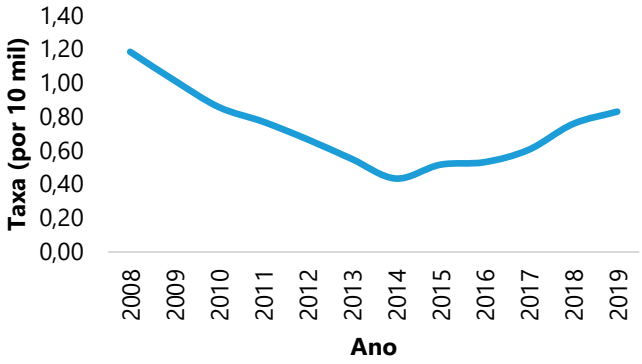
Infecções de ouvido, nariz e garganta



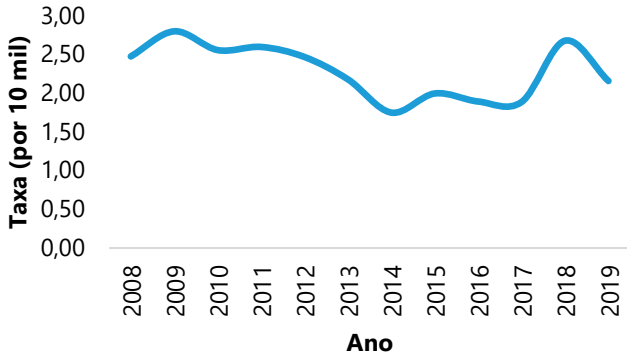
Pneumonias bacterianas



Asma

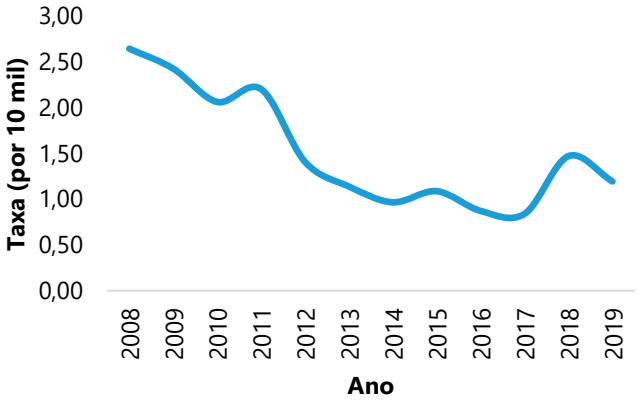


Doenças pulmonares

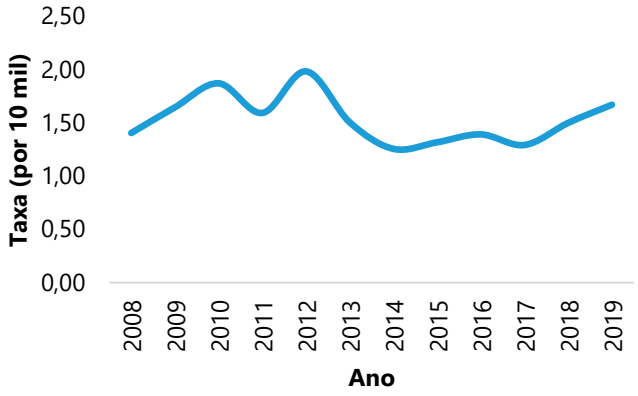


Continua →

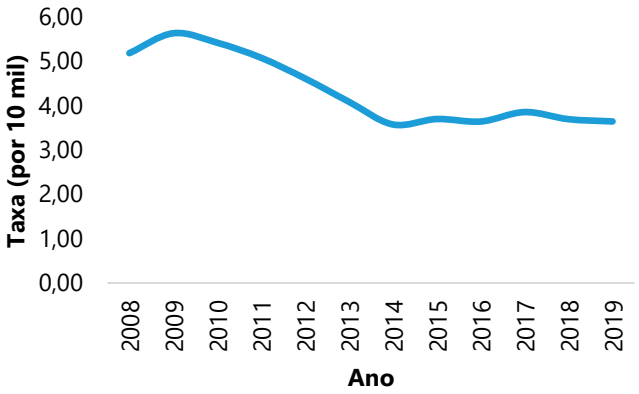
Hipertensão



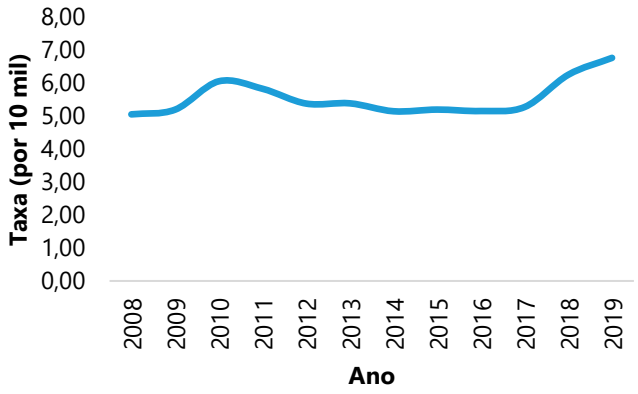
Angina



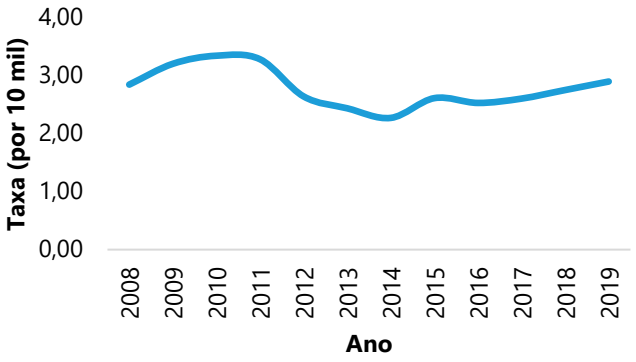
Insuficiência cardíaca



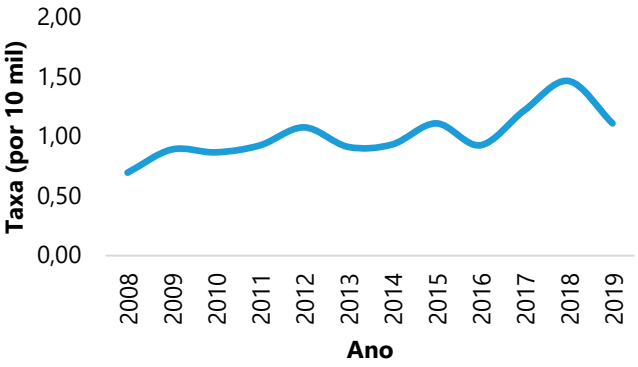
Doenças cerebrovasculares



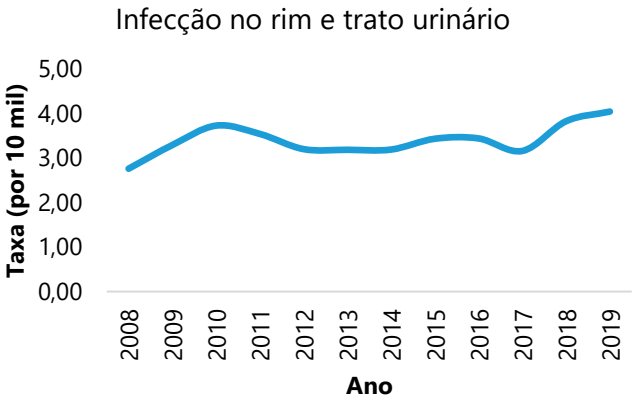
Diabetes melitus

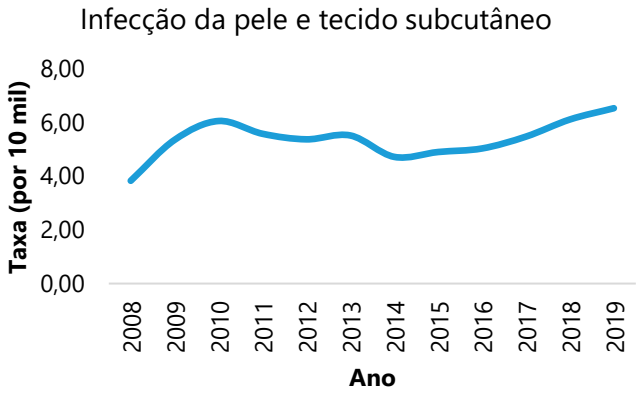


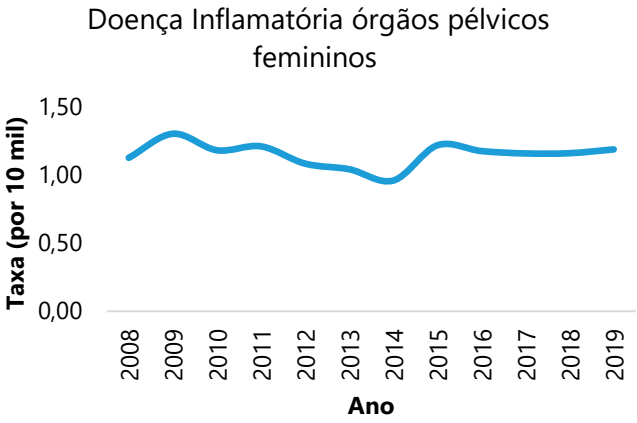
Epilepsias

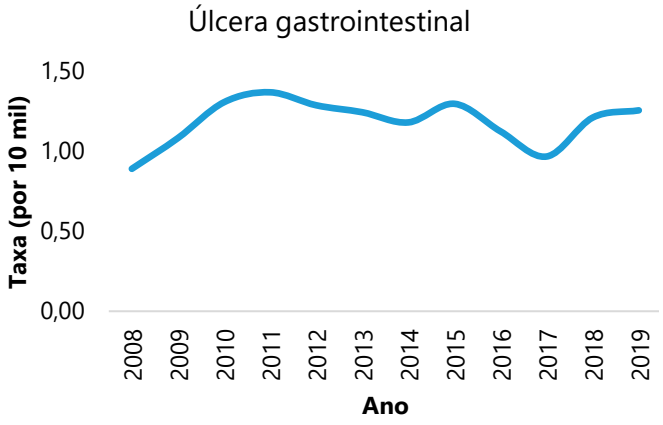


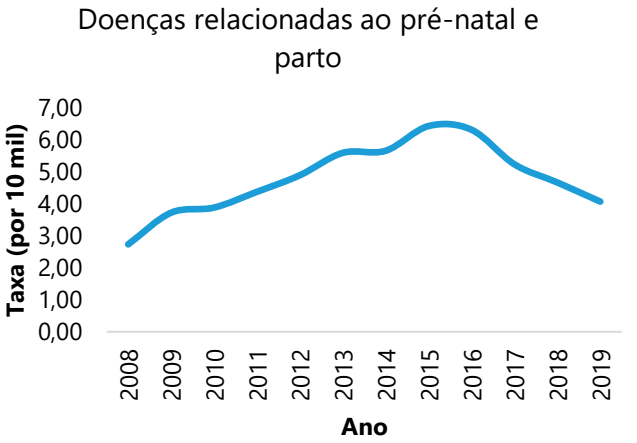
Continua →

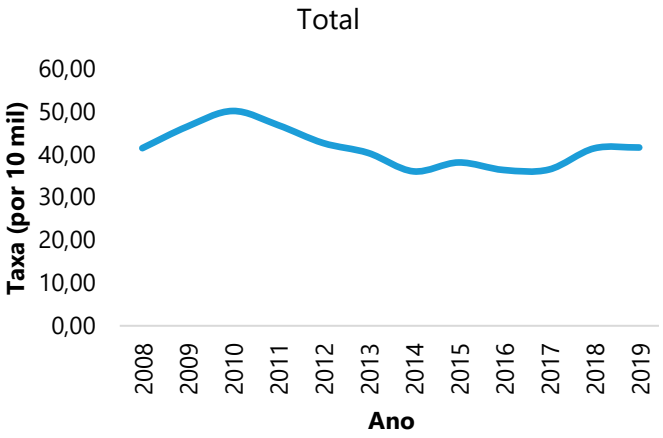












Há, portanto, uma tendência significativa de redução das internações por CSAP com o aumento da cobertura da APS nos moldes de ESF na cidade do Rio de Janeiro a partir do ano de 2008. Esta análise alinha-se à outras experiências no Brasil, como observado na cidade de Florianópolis, em municípios do estado do Espírito Santo e Pernambuco, assim como em outras capitais do país (PAZÓ et al, 2012, MENDONÇA e ALBUQUERQUE, 2014, PEREIRA et al, 2014, BRASIL e COSTA, 2016). Estes avanços podem estar relacionados à consolidação da ESF no Brasil, bem como, a implementação de políticas sociais que apoiaram na redução da pobreza no país, pois a vulnera-

bilidade socioeconômica está diretamente ligada às ICSAP (MENDONÇA, 2016). Isto, reforça o papel da APS para a redução das iniquidades de grupos mais vulneráveis. E, ressalta ainda, a importância dos determinantes sociais da saúde e suas interseccionalidades que devem ser reconhecidas pelas equipes de saúde de atenção primária no cuidado à população (MENDONÇA, 2016; RASELLA et al, 2018; PINTO e GIOVANELLA, 2018). Ao considerar que as ICSAP incidem no acesso e na resolutividade da atenção primária, os dados apresentados reforçam que a APS é o modelo essencial para a organização e a operacionalização efetiva dos serviços em saúde articulado com os outros pontos da RAS (BRASIL, 2010).

De acordo com Santos et al. (2018), houve um importante declínio da taxa de internações por CSAP que reduziu de 43,80 para 30,95 por 10 mil habitantes associado ao aumento de cobertura da ESF, que foi de 6,94% em janeiro de 2009 para 46,16% em dezembro de 2015. Na análise deste estudo as ICSAP também cursaram o mesmo caminho dos resultados citado por Santos et al (2018), quando considerado o mesmo período de observação. Ou seja, isso representou uma diminuição da taxa de ICSAP até o ano de 2017, onde a cobertura total por equipes completas de ESF era de 62,68%, de acordo com as informações do e-Gestor.

Nos anos subsequentes, 2018 e 2019, houve progressiva diminuição da cobertura de equipes completas da ESF para 57,72% e 44,27% respectivamente, acompanhada do aumento da taxa de ICSAP que era de 36,58% no final de 2017, para 41,55 e 41,75% nesses anos. Até o ano de 2008 o município do RJ obtinha um diagnóstico de baixa capacidade na ampliação e oferta dos serviços da atenção básica e com uma cobertura de saúde da família de 3,5% (SORANZ et al., 2016). A partir do ano de 2017 a cidade do RJ vive um cenário inóspito com o subfinanciamento da APS e, como consequência instaura-se uma crise econômica e social que pode ser observado com ascendência da curva de ICSAP quando analisado o período de 2017 e os anos subsequentes (O'DWYER et al, 2019).

Para uma análise mais aprofundada sobre assunto, destaca-se que a Secretaria do Municipal do Rio de Janeiro (SMSRJ) publicou um documento nomeado ''Reorganização dos Serviços de APS'', no qual, previu a extinção de 184 equipes de saúde da família e 55 equipes de Saúde Bucal, com a justificativa de otimização de recursos e qualificação da rede (MELO et al, 2019). Portanto, essas medidas efetivadas pela gestão do município podem estar relacionadas ao aumento da ICSAP, visto que, houve um grande esvaziamento de profissionais de saúde, especialmente de categoria médica a partir da imigração para o setor privado ou para outros municípios e estados. Além disso, as equipes depararam-se com atrasos salariais, demissões de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), rotatividade de profissionais e criação de vacância da categoria médica na rede e, uma redução expressiva de profissionais do Núcleo Ampliado de Apoio à Atenção Básica (NASF-AB) (MELO et al., 2019).

Observa-se maiores reduções nos grupos de doenças imunopreveníveis, as doenças cardiovasculares e a asma, o que também foram observadas em outros estudos realizados no Brasil (PAZÓ et al, 2012, MENDONÇA e ALBUQUERQUE, 2014, PEREIRA et al, 2014, BRASIL e COSTA, 2016; MACINKO et al, 2018). Nesse aspecto, a melhoria do acompanhamento das condições crônicas que se articulam com o aprimoramento do diagnóstico e acesso da oferta dos medicamentos para o tratamento e manejo de doenças desta condição, presume-se que este ganho esteja relacionado às ações da APS (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Pode-se evidenciar esse exemplo através da asma, condição de saúde que pode ser detectada e manejada com as ações de cuidado pelas equipes de atenção primária, contribuindo para a redução de internações por suas complicações. Na cidade do Rio de Janeiro, isto pode estar associado à proximidade territorial das unidades de saúde com a população, no que facilita o acesso do usuário a oferta desses serviços (BRASIL, 2017).

Além disso, a cidade investiu maciçamente na qualificação profissional através dos Programas de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade (PRMFC) e do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade (PRESF) a partir de 2010, refletindo em uma melhor qualidade da assistência e na organização do acesso aos serviços ofertados (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Mas, para que o cuidado seja implementado, além de dispor de profissionais qualificados é necessário o estabelecimento de protocolos e diretrizes, recursos materiais e tecnológicos. Desta forma, observa-se que a cidade do RJ investiu na construção de Carteira de Serviços e Guias de Referência Rápida para apoiar na organização e oferta dos serviços prestados pela APS (SORANZ, 2016).

A redução da taxa de internações relacionadas com as causas cardiovasculares também foi identificada em outros estudos brasileiros nas regiões do Sul e Centro-Oeste (PEREIRA et al, 2014). O perfil encontrado na análise dos indicadores do Brasil no período de 1999-2007, de transição entre o PSF e ESF, faz referência de consolidação da APS como estratégia fundamental para a reorganização da saúde pública no país (MACINKO et al,2010). Porém, no estado de Pernambuco o mesmo grupo de doenças não obteve alterações no período de 2008-2012, apesar do estado ter investido no aumento da cobertura da ESF (MENDONÇA e ALBUQUERQUE, 2014). Algumas hipóteses podem explicar esses resultados, como a relação do perfil epidemiológico, condições socioeconômicas, demográfica, cultural, hábitos de vida da população, qualificação profissional, quantitativo de profissionais médicos na região e outros elementos como contribuintes para incidirem nesses resultados encontrados (FERREIRA et al, 2014).

Algumas taxas apresentaram estabilidade e pouca variação no período analisado, mas as internações por anemia que apresentavam estabilidade até 2015, uma leve redução entre os anos de 2016 e 2018 e um aumento importante no ano de 2019. Segundo Pimenta et al. (2018), cabe a análise e discussão sobre a sensibilidade de

condições como anemia, infecções de nariz, ouvidos e garganta, epilepsia e pneumonias bacterianas à APS, pois tanto pela análise do estudo citado, quanto pelo mesmo resultado apresentado em outros locais do país esses grupos apresentavam pouca mudança com a expansão da APS (PAZÓ et al, 2012, MENDONÇA e ALBUQUERQUE, 2014, REHEM e EGRY, 2016).

Ainda, de acordo com Rehem e Egry (2016), dados como esses permitem discutir duas questões: se essas causas são de fato sensíveis aos cuidados da APS ou se este nível de atenção está menos organizado para atender esses diagnósticos. Ou seja, os resultados nos diferentes estudos realizados com base na lista brasileira de CSAP permitem sugerir que a continuidade dessas condições deve ser analisada com maior atenção e, se necessário, traçadas estratégias para qualificação dos profissionais, com sensibilização destes, para estas causas ou até mesmo a retirada delas da lista. Possibilitando uma aproximação à realidade dos serviços de saúde e do planejamento em políticas públicas para estas patologias. No entanto, o aumento da taxa de internações por anemia no ano de 2019, deve ser avaliada posteriormente para saber se seguirá esta tendência ou se foi algo pontual, considerando que o ano de 2019 foi o ano com a menor cobertura de ESF na cidade desde 2015.

As causas obstétricas apresentaram grande variação positiva no período analisado, mas uma redução do ano de 2017. Este resultado nos traz a reflexão sobre a associação com a cobertura da ESF, que foi discutida no estudo de Pimenta et al, (2018). A autora considerou que o Pré-natal e Parto são Políticas Públicas no Brasil de ordem prioritária, observando um aumento nas notificações de sífilis congênita no período de 2009 a 2013, de 862 para 1771 notificações. O que sugere apontar duas reflexões: 1) se houve aumento da identificação de casos ou 2) falha de tratamento durante o Pré-natal, seja relacionado ao início tardio de acompanhamento, ausência do diagnóstico de sífilis na gravidez ou ausência de tratamento de parceiros. No entanto, ao considerar a diminuição da cobertura da ESF na cidade de 2017 a 2019, a diminuição da taxa de internação por causas obstétricas a partir de 2017, sugere que o cuidado do pré-natal pode estar implementado às rotinas das unidades de saúde, mesmo com a diminuição de equipes da atenção primária no período. Porém, o que chama a atenção são os dados de mortalidade materna, fetal e infantil que não obtiveram uma tendência de melhora, sendo que, a mortalidade materna apresentou uma diminuição significativa no ano de 2018 com a taxa acumulada de 61.3 e, posteriormente apresentou um aumento da taxa acumulada para 90.0, em 2019 (PMRJ/SMS, 2019).

Os resultados apresentados por este estudo, assim como demais realizados no Brasil, evidenciam a importância da consolidação de expansão da APS para a redução das internações CSAP. Além disso, identifica que o indicador utilizado é um importante marcador para a avaliação da resolutividade da APS no Brasil.

Destacando-se, também, a importância do investimento na APS para a sustentabilidade e efetividade da RAS, bem como, a manutenção e expansão do acesso que foram representados expressivamente entre os anos de 2010 e 2016. Para que os processos sejam institucionalizados à face de uma gestão democrática e que tenham como prioridades centrais os atributos da APS, a vigilância à saúde, a promoção à saúde no cuidado individual, familiar e comunitário, a partir de uma gestão compartilhada entre os pontos da rede, sendo executado com qualidade e segurança.

EPÍLOGO

ATENÇÃO PRIMÁRIA CARIOCA: UMA LUTA POR FORTALECIMENTOS E DIREITOS

Fernanda Martins
Lucelia dos Santos Silva
Michelle Nadai

Pensar sobre os caminhos da Atenção Primária à Saúde (APS) no Município do Rio de Janeiro requer o resgate dos marcos teóricos e políticos que nos fizeram chegar até aqui e de qual direção tomar para garantir a sustentabilidade deste modelo de atenção à saúde. Após quarenta anos de Alma-Ata, não faltam evidências dos impactos positivos para as sociedades que organizam seus sistemas de saúde balizados por uma APS forte, capaz de ampliar acesso, organizar a rede de atenção à saúde, coordenando o cuidado centrado no indivíduo, com abordagem integral. Tais características promovem melhores resultados no cuidado à saúde, menores taxas de hospitalização desnecessárias, menores despesas em saúde e maior equidade social.

No Brasil, com trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível garantir acesso universal aos serviços de saúde e a expansão da APS, sobretudo através da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal dispositivo de reorganização da rede de atenção, que ganhou volume e capacidade de execução com investimento financeiro do governo federal e criação do Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável), instituído na NOB-96.

Tratando-se de política pública, toda grande mudança, em benefício das pessoas, precisa de um financiamento coerente e capaz atender aos indivíduos de forma igualitária. As palavras "reforma e financiamento", se tiverem o intuito de atender às demandas da sociedade, precisam caminhar juntas. O incentivo financeiro aos municípios, através do PAB-Variável, levou a Estratégia de Saúde da família a mais de 140 milhões de brasileiros (OPAS, 2018). Há evidências claras dos impactos da APS no Brasil, com ênfase para a redução da taxa de mortalidade infantil (53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011), segundo o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) 4, cuja meta: "Até 2015, reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990", fora alcançada com êxito (MACINKO, 2007).

Dez anos após a proposta de expansão da cobertura da saúde da família no Brasil, o município do Rio de Janeiro, em 2008, colocou a expansão da APS em posição central na agenda do governo, tomando como âncora o problema da baixa cobertura dos serviços do primeiro nível de atenção e o menor financiamento municipal entre

as capitais do País. Iniciamos aqui o ponto de partida que nos levou à construção das reflexões sobre o futuro da APS carioca.

A denominada Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), no Rio de Janeiro, escolheu como base a implantação maciça de Equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), enunciadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que além das eSFs evidenciava a composição de retaguarda assistencial composta pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por equipe multiprofissional com importante papel de apoio matricial. A RCAPS foi orientada por eixos estruturantes, tais como: mudança organizacional e administrativa, que colocou a APS no "assento condutor" do modelo de assistência; mudança do organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); outorgação de Lei e Decreto-Lei das Organizações Sociais e Contratos de Gestão, que possibilitou transição de formas de contratos precários dos trabalhadores da saúde, para contratos mais sólidos regidos pela CLT e deu mais agilidade para a aquisição de insumos utilizados para a garantia da qualidade da assistência à saúde; ampliação do acesso, com a inauguração de várias Clínicas da Família e reestruturação de Centros Municipais de Saúde e implantação de prontuários eletrônicos, que garantem a longitudinalidade do cuidado; governação clínica e gestão do conhecimento, com a criação de protocolos clínicos baseados em evidências e de acordo com a realidade do SUS carioca; padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades, com o desenvolvimento da carteira de serviços da atenção primária e vultoso investimento em programas de formação profissional como as residências de medicina e enfermagem de família e comunidade, mestrado profissional em APS, Curso Técnico de Agentes Comunitários, Oficinas de Atenção Farmacêutica na APS (SORANZ, 2016).

Esse conjunto de medidas provocou a ampliação da cobertura de APS de 3% em 2009 para 70%, ao final de 2016, com aproximadamente 1200 eSF implantadas (O'DWYER, 2019), além de redução de internações por causas sensíveis à atenção primária, gerando impacto positivo na organização dos serviços de média e alta complexidade e grande contribuição para a formação da força de trabalho qualificada para o SUS.

Ressalta-se que ao longo de processo de fortalecimento e ampliação da APS, momentos de enfrentamentos e resistências foram e ainda são vivenciados para a garantia e manutenção de sua Política. Para 2020, o questionamento que inquieta o cotidiano de gestores, trabalhadores da saúde e usuários do SUS e da APS carioca é: como garantir a sustentabilidade da rede no cenário de crise econômica e política que atravessa a Secretaria Municipal de Saúde?

Analisando o cenário atual e o preconizado pelos eixos estruturantes da RCAPS, iniciada na última década, identifica-se um cenário de resseção de investimentos e possível ensaio da mudança do modelo, calcados pela configuração da nova PNAB,

que prevê novos incentivos financeiros para modalidades de Atenção Básica não necessariamente baseadas em atributos da APS, como adotados na ESF.

Em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional 95, introduziu um teto para despesas primárias e que vem, desde então, reduzindo o piso do governo federal para a saúde. Em 2017, com a aprovação de uma "nova" Política Nacional de Atenção Básica, alinhada com ideais de uma APS seletiva, evidenciou-se uma retração no financiamento da saúde, com brechas a outras configurações de equipe na Atenção Básica. Morosini, Fonseca e Lima (2018) analisaram que essas brechas e retrações no financiamento modificaram as diretrizes da Atenção Básica, especialmente no que tange a Cobertura, Posição da ESF, Conformação das equipes e Organização dos serviços. Suprimindo direitos sociais, modificando a destinação dos recursos do fundo público e ampliando a participação do setor privado, a PNAB 2017 permite ainda que os gestores do SUS adotem alternativas de configuração e implementação de equipes em AB, sem induzir a priorização da ESF e flexibilizando a cobertura universal, o que aponta cada vez mais para os interesses neoliberais e causam riscos potenciais ao próprio sistema de saúde. Dessa forma, o aumento das chances de potencialização de desigualdades e fragmentação do acesso e do cuidado na APS se torna cada vez mais latente.

Cabe salientar, que todas as transformações e mudanças na gestão das APS do Rio de Janeiro não se configuram como um fato isolado. Essas medidas estão alocadas em uma agenda de âmbito nacional e internacional, nas quais envolvem diversos atores (setores públicos, privados, organismos internacionais, entre outros), cujos processos refletem uma lógica neoliberal incidindo sob as políticas públicas. A fim de entender melhor essas relações de poder que pautam as políticas públicas e os serviços de saúde, podemos destacar algumas ações, como por exemplo, a publicação do Relatório do Banco Mundial 'Um Ajuste Justo - Análise da Eficiência e Equidade do Gasto Público no Brasil', lançado em 2017. As recomendações na área da saúde sinalizam a necessidade de reformas estratégicas, com a finalidade garantir a eficiência, a equidade e a economia fiscal, através da ampliação seus serviços (devido aumento transição demográfica atrelado à elevação das doenças não transmissíveis).

O documento indica que o Brasil gasta mais do que pode, alocando seus recursos de forma errônea, no qual tem 9,2% do seu Produto Interno Bruto direcionado para Saúde, sendo mais da metade dos gastos totais financiados privadamente (BANCO MUNDIAL, 2017). Ainda em relação a força de trabalho, relata a "carência de profissionais de saúde qualificados, principalmente médicos, que são relativamente bem pagos, e uma falta de incentivos para elevar o desempenho dos médicos" (p. 115).

No que tange a Atenção Primária, "a maior parte dos municípios é caracterizada por alta produtividade e baixo desempenho, ao passo que, nos atendimentos secundário e terciário, a maioria apresenta baixa produtividade e baixo desempenho" (Banco Mundial, 2017, p. 112). O cálculo da produtividade é atribuído a relação entre

ao desempenho e ao gasto, e, por mais que o atendimento primário indique um uso eficiente dos recursos, o relatório aponta para os problemas de gestão, relacionados a distribuição das macrorregiões do território nacional, assim como, entre os municípios de maior e menor índice populacional. Dentre outros entraves sinalizados estão a falta de integração dos sistemas de saúde e serviços, além da necessidade de melhor performance da força de trabalho no nível de atenção primária.

Tendo em vista essas prerrogativas, em 2018, a Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV/SMS RJ), apresentou o documento intitulado Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, visando identificar oportunidades de aumento de eficiência da APS, melhor relação custo-benefício e mais bem resultados em saúde (SUBPAV, 2018). Dentre as medidas, a SMS propôs, então, uma nova tipologia de equipes, com diminuição de agentes comunitários de saúde por equipe e alto número de usuários, e havendo o descredenciamento de aproximadamente 200 ESFs. Este remodelamento teve como consequência a retração da cobertura da APS no município, passando para 50% em dezembro de 2019 (BRASIL, 2017), associada à diminuição no incentivo de receita própria destinada às ações e Serviços Públicos de Saúde de 25,5%, em 2016 para 21,1%, em 2018 (O'DWYER, 2019). Instalou-se então um quadro de instabilidade financeira e institucional, com atrasos salariais para milhares de prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, até então vinculados às Organizações Sociais; ausência de insumos e materiais nas Unidades de Atenção Primária; e aumento dos itens zerados da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais da APS, atingindo percentual de 43%. Esta congruência de acontecimentos produziu desgaste emocional e adoecimento nos trabalhadores da APS e, por vezes, descontinuidade do cuidado aos usuários do SUS. Por outro lado, fortaleceu a luta sindical e o movimento de trabalhadores na busca de reivindicações por melhores condições de trabalho e preservação dos salários, construindo um legado coletivo e organizado para anos vindouros de luta pela consolidação da APS, com proteção das garantias trabalhistas para os profissionais do SUS.

Contudo, com a justificativa da falta de transparência financeira e validação de economicidade, a SMS resolveu romper alguns contratos de gestão com as Organizações Sociais vigentes no município, em substituição da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RioSaúde. Aprovada pela Câmara de Vereadores em maio de 2013 (Lei 5.586/2013), vinculada à SMS, e atuante exclusivamente no âmbito do SUS, é uma sociedade anônima de capital fechado, com capital 100% integralizado pelo Município do Rio de Janeiro, que contrata profissionais por concurso público, no regime CLT. A proposta, a nível institucional, parece atribuir ao profissional de saúde maior fidelidade e segurança de vínculo profissional. A projeção futura de ter uma empresa pública gerenciando os recursos para toda APS do município é sensata, considerando o cenário apresentado. Entretanto, a transição gera atordoamento de rede, e se não for realizada com atenção

pode ferir as premissas da APS. Uma delas é a longitudinalidade do cuidado, proporcionada por todos os atores das equipes, por isso considera-se importante garantir que haja o mínimo de perdas profissionais. A cada profissional que se perde na APS, um pouco da história dos usuários sob sua responsabilidade também é deixada para trás.

Um ponto que precisa ser visto com cautela para ensaios futuros é a chegada do fenômeno "pejotização" como forma de contratação de profissionais na APS do município, advento das recentes alterações na legislação trabalhista nacional.

Como consequência da transição de contratos de trabalho e diminuição salarial, há um aumento do número de ESF incompletas, principalmente na zona oeste da cidade, região pouco atraente para fidelização de postos de trabalho do profissional médico, e ainda da evasão dos profissionais especialistas formados na rede, com fomento do próprio município.

Assim como há dez anos, houve uma nova mudança no organograma da SMS, e de quatro superintendências vinculadas à Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV); a Superintendência de Atenção Primária foi suprimida. O caminho futuro dessa mudança organizacional precisa ser acompanhado, para mensuração de possíveis perdas e ganhos.

Considerando a crise assumida pelo governo municipal e a necessidade de alinhamento de informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional, uma conduta louvável foi a adesão à implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e-SUS, no município, com o objetivo de integrar as informações dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Um importante passo no processo de digitalização de dados, ainda em processo de implantação, valoriza que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população, fato que gerou economia para os contratos de gestão, desativando prontuários eletrônicos privados, além de ser um importante garantidor da longitudinalidade do cuidado.

Outra política nacional que interfere diretamente e pode orientar positivamente os rumos para sustentabilidade da APS no Rio de janeiro é a instituição do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para os municípios com ESF ou equipes de Saúde Bucal que sejam campo de prática para a formação profissional no âmbito da APS, através da portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que considera a formação para os profissionais de Medicina, Enfermagem e Odontologia voltada para a APS como um meio de fortalecer a oferta de serviços e a qualificação da assistência à população. Atualmente, o Rio de Janeiro concentra o maior projeto nacional de formação de enfermeiros de família e comunidade, através de três programas de residência uniprofissional e o maior programa de Residência de Medicina de Família do Brasil.

A resposta sobre como manter a sustentabilidade da rede de APS carioca pode estar na retomada dos caminhos para consolidação. Os elementos positivos apresentados aqui, como ferramentas de informação e formação profissional, colaboram com

a continuidade da rede e podem a princípio, não a sustentar, mas fortalecê-la. O comportamento da população carioca, com base no perfil demográfico e epidemiológico, e o bom senso político para planejar ações estratégicas de saúde também são fortes componentes para impulsionar a recomposição das equipes, recuperação da valorização profissional e reorganização da rede. A resiliência dos trabalhadores do SUS em manter a militância pelo direito universal à saúde tem sido o fio condutor de sustentação da rede ontem, hoje e amanhã.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. **Ecomapa.** Rev Port Clin Geral 23: 327-30; 2007.

ARREGUI, C. C. **O debate sobre a produção de indicadores sociais alternativos: demandas por novas formas de quantificação**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 529-554, jul./set. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300008

ALFRADIQUE, M. E. ; BONOLO, P. F. ; DOURADO, I. ; COSTA, M. F. ; MACINKO, J. ; MENDONÇA, C. S. ; OLIVEIRA V. B. ; SAMPAIO, L. F. R. ; SIMONI, C. De e TURCI, M. A**. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil).** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA P. F; FAUSTO M. C. R; GIOVANELLA L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev Panam Salud Publica. 2011:29(2):84–95.

ARAÚJO, T.M.E.; SÁ, L.C. ; SILVA, A. A. S. ; COSTA, J. P**. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI**. Rev Eletrônica Enferm 2010; 12:502-10.

AROUCA A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1975. BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo - Análise da Eficiência e Equidade do Gasto Público no Brasil, 2017. Disponível em: https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report.

BARBOSA, J. T. C; VETTORI, T. N. B ; SALDANHA, B. L ; ROCHA, R. M ; BRAGA, A. L. S ; ANDRADE, M. **Sisprenatal como ferramenta facilitadora da assistência à gestante: revisão integrativa da literatura.** Revista de Atenção à Saúde, 12(42):42-47, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V.A.; LEAL, M.C. **Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.11, n. 3, p.725-731. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil.** Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/rio-de-janeiro_rj . Acesso em: 15/04/2019.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**.

BRASIL, **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**.

BRASIL, **Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b**.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996**.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde** - Brasília, 119p, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, 2003.**

BRASIL, **Pacto pelo Saúde 2006.** Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica.** Brasília, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 4 – 60, 2006c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas.** Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.** Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 18 de abril de 2008 [citado 2020 junho 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em Saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 21**. 2. ed. nº 21. Brasília: Impresso no Brasil, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do SUS. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília, 2009a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do SUS. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.** Brasília, 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Promoção da Saúde – 3. ed. – Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília, 2010.

BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 4 – 60, 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. XX p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS.** Brasília - DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acessado em: 05/05/2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa. Brasília, Setembro 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coberturas Vacinais no Brasil, 2010-2014.** Brasília: 2015. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde,** Universidade Federal de Goiás, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica.** Brasília, 2016. Acesso em 30/08/2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Caderno de estudos do Curso em Conceitos e Instrumentos para o Monitoramento de Programas**. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social; Centro de Estudos Internacionais sobre o Governo, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 – Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em Saúde. Publicado**: Quinta, 18 de Maio de 2017, 16h30. Disponível em: https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/sobre-vigilancia-em-saude

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a Vigilância de DCNT. 2018b.** Acessado em: 09 de maio/2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt Acessado em: 10/05/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ASSUNTOS ECONÔMICOS**. Guia Metodológico para Indicadores: Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública**. Brasília, Coordenação de Documentação e Informação, 2018.

BRASIL. **Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 13 nov. 2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 05 mai. 2020.

BRASIL. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil.** Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/rio-de-janeiro_rj . Acesso em: 15/04/2019.

BRASIL. **Informação e Gestão da Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica, 2020.** Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acessado em 05 de mai. 2020.

BRASIL, V. P. ; COSTA, J. S. D. **Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011**. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016.

BROEIRO, P ; Ramos, V ; Barroso, R. **O mapa de problemas – um instrumento para lidar com a morbilidade múltipla**. Rev Port Clin Geral, v 23, p 209-215, 2007.

BROUSSELLE, A. ; CHAMPAGNE, F. ; CONTANDRIPOULOS, A. ; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011

BUSS, P. M. BUSS; PELLEGRINI A. A **Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BUSS, P. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. In: Fiocruz. Disponível em: https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais.

CALDERON, I. M. P. ; CECATTI, J. G. ; VEGA, C. E. P. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, p. 310-315, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Jan. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000500008.Z

CAMPOS, C.E.A. **Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Reconstrução da trajetória de uma Organização Sanitária. 1927-1997. 77 TESE (Doutorado em Medicina).** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1999.

CAMPOS, C. E. A. **A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.

CAMPOS, C.E.A. **As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol.14 no.3. Rio de Janeiro Jul/Set. 2007.

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A.; BRANDÃO, A.L. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.21 no.5 Rio de Janeiro, maio 2016.

CAMPOS, CJG. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo de saúde**. Ver Bras Enferm, v 57, n5, p 611-614, set/out 2004.

CASTELLANOS, P. L**. Sobre o Conceito de Saúde-doença. Descrição e Explicação da Situação de Saúde.** Texto extraído de Boletim Epidemiológico, Organização Pan-Americana de Saúde, v.10, n.4, p.25-32, 1990.

CASTRO, A.L.B. **Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil.** TESE (Doutorado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.

CARVALHO, ALB. **Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, 3(3):16-30, jun./set. 2009.

CAREGNATO, RCA, Mutti, R**. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto Contexto Enferm, v 15, n4, p. 679-684, out-dez 2006.

CAVALCANTE, RB e PINHEIRO, MMK. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais.** Perspectivas em Gestão & Conhecimento, 1(2):106-119, 2011.

CAVALCANTE, R.B.; SILVA, P.C.; FERREIRA, M.N. **Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios.** Revista de Enfermagem da UFSM; 1(2):290-299, 2011.

CAVALCANTE, RB, PINHEIRO, MMK, GUIMARÃES, EAA, MIRANDA, RM. **Panorama de Definição e Implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(5):960-970, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Framework for Program Evaluation in Public Health**. MMWR, Sept 17, 48, p. 1-40, 1999.

CHAMPAGNE, F. ; CONTANDRIPOULOS, A. ; BROUSSELLE, A. ; HARTZ, Z; DENIS, J. **A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos.** In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, Françis; CONTANDRIPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

COELHO NETO, G.C. **Integração entre Sistemas de Informação em Saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica.** Dissertação de Mestrado. Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP. São Paulo, 2019.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** 1º edição, 2005, p. 1 – 127.

COSTA E SILVA, V.; BARBOSA, P.R.; HORTALE, V.A. **Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva vol.21 no.5. Rio de Janeiro, maio 2016.

DARMSTADT GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L**. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?** Lancet 2005 mar;365(9463):977-88.

DEININGER, L. S. C. ; SILVA, C. C. ; LUCENA, K. D. T. ; PEREIRA, F. J. R. ; NETO, E. A. L. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Revisão Integrativa**. Journal of Nurding UFPE Online, v. 9, n. 1, p. 228-36, 2015.

DEUSDARÁ, B. ;ROCHA, D. **Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória.** Alea, vol 7, n2, p 305-322, dez 2005.

DOMINGUES CMAS, TEIXEIRA AMS. **Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações**. Epidemiol Serv Saúde 2013; 22:9-27.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Care How Can It Be Assessed?**. Revista Jama, v. 260, n. 12, p. 1743 – 1748, 1988.

DONNANGELO M. C. F; PEREIRA L. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. **Histórico da Avaliação**. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, Françis; CONTANDRIPOULOS, André-Pierre.

HARTZ, Zulmira (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

ESCOREL, S. et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

ESCOSTEGUY CC et al. **Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(10):3365-3379, 2017.

FARIA, LS; BERTOLOZZI MR. **A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde**. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):789-95 www.ee.usp.br/reeusp/

FERRARI, R. A. P. & BERTOLOZZi, M. R. **Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 5, p. 1207-1214, 2012.

FERREIRA, J. B. B.; BORGES, M. J. G. ; SANTOS, L. L. ; FORSTER, A. C. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010.** Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, 2014.

FIGUEIREDO, E. N; DEMARZO, M. M. P. **Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica. Unidade de Conteúdo**. UNIFESP/UNASUS, [sd] Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf. Acessado em: 04/05/2020

FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições.** In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p: 1-13

FONTANARI, J.; PANICHI, R. D. **Fragilidade do Símbolo. Revista Contemporânea** - Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre, n.07, 2009.

FRACOLLI, L. A; GOMES, M. F. P; NABÃO, F. R. Z; SANTOS, M. S; CAPPELLINI, V. K; ALMEIDA, A. C. C. **Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese**. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(12):4851-4860.

FRANCO, Netto G et al. **Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde** .Ciência & Saúde Coletiva, 22(10):3137-3148, 2017.

FRIAS, P.G. et al. **Atributos da qualidade em saúde**. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, A.C; Frias, P.G. Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro. Medbook, 2010.

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, vol.22 79 no.6. Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Caderno de Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro, 2008.

GOUDARD, B.; DE OLIVEIRA, F. H.; GERENTE, J. **Avaliação de modelos de localização para análise da distribuição espacial de Unidades Básicas de Saúde**. Revista Brasileira de Cartografia, v. 67, n. 1, 28 fev. 2015.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. **Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 105-111, Mar. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Dec. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100014.

GUIMARÃES, T. M. R; ALVES, J. G. B; TAVARES, M. M. F. **Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4):868-876, abr, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n4/868-876/#ModalArticles Acesso em 15 jan 2020.

GUSSO, G; LOPES J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Territorialização; p 241-247

GUBA, E. G & Lincoln, Y. S. **Histórico da Avaliação.** In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, Françis; CONTANDRIPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (orgs). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

HARTMANN, A. **Diagrammatic assessment of Family relationships**. Social Casework, p 465-476, 1978.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. **Pesquisa em avaliação da Atenção Básica: a necessária complementação do monitoramento**. Divulg. saúde debate. 21:29-35, 2000.

HARTZ, Z. M. A**. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a Atenção Básica.** Cienc. Saúde coletiva. 7(3), 2002.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HOWE, A. et al. **Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos de fundação da cidade.** Ciência & Saúde Coletiva vol.21 no.5 Rio de Janeiro, maio de 2016.

IBGE. **Indicadores Sociais: presente, passado e futuro**. Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais, organizado por André Simões e Antônio Carlos Alkmim, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101153.pdf. Acesso em: 22/01/2019.

INSTITULO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS (IPP). **Idosos: um perfil estatístico da terceira idade no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2360_Idosos%20-%20Um%20perfil%20estat%C3%ADstico%20da%20terceira%20idade%20no%20Rio%20de%20Janeiro.pdf Acesso em: 04/05/2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER. **Manual preliminar para apoio à implantação / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**.– Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114p.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ; **Fórum Brasileiro de Segurança Pública Atlas da violência 2019.** Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

JACOBS, M. R.; DAGAN R. **Antimicrobial resistance among pediatric respiratory tract infections: clinical challenges.** Semin Pediatr Infect Dis. 2004;15(1):5-20. https://doi.org/10.1053/j.spid.2004.01.003.

JANNUZZI, P. M. **Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil**. Brasília, Revista do Serviço Público, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005.

JANNUZZI, PM. **Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais.** Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, 1(1):36-65, 2011.

JANNUZZI, PM. **Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão**. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, 1(5):4-27, 2013.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Sociais no Brasil**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2017.

JÚNIOR, J. B. R. **Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1049 – 1053, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde.** RAP Rio de Janeiro 34(6):35-45, Nov./Dez. 2000.

KAIPPERT, I, ANDERSON, MIP, TEIXEIRA, DS. **Ecomapa comunitário – ferramenta proposta para organização do trabalho com a comunidade**. In: 12º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12.,2013, Pará. An Congr Bras Med Fam Comunidade: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), Belém, 2013. p 12:26

KAIPPERT, I, Ecomapa Comunitário – **Proposta de Ferramenta na Organização do Trabalho das Equipes na Identificação dos Recursos Territorializados para Ações de Promoção da Saúde e Intersetorialidade**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (dissertação), 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. DE C. M. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS**. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 8, 2016.

KASHAN AS, BARKER PN, KENNY LC. **Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: a register-based in cohort study**. BMC Pregnancy and Childbirth 2010; 10(36):1-8.

LACERDA, J. T; TRAEBERT, J. L**. A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão (SC), Editora UNISUL, 2006.

LANZIERI TM, et al. **Trends in Hospitalizations From All-Cause Gastroenteritis in Children Younger Than 5 Years of Age in Brazil Before and After Human Rotavirus Vaccine Introduction, 1998-2007**. PediatrInfectDisJ, 2010 Jul;29(7):673-5.

LIMA, D. M. DE C. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade.** [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), 2014.

LIMA, K. W. S; ANTUNES, J. L. F; SILVA, Z. P**. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde.** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n.1, p.61-71, 2015.

LUNKES, L.C.; MURGAS, L.D.S.; DORNELES, E.M.S.; ROCHA, C.M.B.M.; MACHADO, G.J. **Fatores Socioeconômicos Relacionados Às Doenças Cardiovasculares: Uma Revisão. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** HYGEIA, ISSN: 1980-1726. Minas Gerais, 2019.

MACINKO J.; DOURADO, I. et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked **To Decline In Unnecessary Hospitalization. Health Affairs**, vol. 29 n.12, p. 2149-2160. Estados Unidos, 2010.

MATOS, L.N.; TEIXEIRA, E.M.; HARBACHE, L. M.; GRIEP, R.H. **Mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro.** Escola Anna Nery R Enferm. 2007 jun; 11 (2): 283 - 8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a15.pdf. Acesso em: 04/05/2019.

MATOS, L.N.; TEIXEIRA, E.M.; HARBACHE, L. M.; GRIEP, R.H. **Mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro.** Escola Anna Nery R Enferm. 2007 jun; 11 (2): 283 - 8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a15.pdf. Acesso em: 04/05/2019.

MATOS, R. A. C. et al. **Perspectiva Da Vigilância Em Saúde No Processo De Trabalho Da Enfermagem** Protenf | Ciclo 12 | Volume 2 | 2010.

MAREGA, AG; SAITO, RXS. **A prática da Vigilância e a Vigilância na prática. Curso de Vigilância em Saúde** UNIFESP/UNASUS, [sd]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade07/unidade07.pdf Acessado em: 30/04/2020.

MEDRONHO R. A.; CARVALHO D. M. ; BLOCH V. K. LUIZ R. R. ; WERNECK G. L. **Epidemiologia.** São Paulo(SP): Atheneu; 2003.p. 39-43.

MELLO, E. L.; ALVES, J. E. D. **A fecundidade no município do Rio de Janeiro entre 1991 e 2000: favela versus cidade. Planejamento e Políticas Públicas** | ppp | n. 32 | jan./jun. 2009. Disponível: http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/8/4 Acesso em: 07/05/2019.

MELLO G. A; VIANA A. L. A. **Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade**. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 2012; pg 19

MELO, E. A; MENDONÇA, M. H. M; OLIVEIRA, J. R; ANDRADE, G. C. L. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Revista Saúde e Debate, v. 42, n. 1, p. 38 – 51, 2018.

MELO, E. A; MENDONÇA, M. H. M; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019.

MENDES, E. V. et al. **Território: conceitos chave.** In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012.

MENDONÇA, C. S. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil** [tese]. Porto Alegre: FAMED/ UFRGS; 2016.

MENDONÇA, S. S. e ALBUQUERQUE, E. C. **Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, n. 3, p. 463-474, 2014.

MIRANDA A. C. ; BARCELLOS C. ; MOREIRA J. C. ; MONKEN M. **Território, Ambiente e Saúde.** 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. Capítulo 13, O Território da Saúde: a Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização; p. 237-256

MONKEN, M, BARCELLOS C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (3): 898-906, mai-jun 2005.

MORAES, IHS e GOMEZ, MNG. **Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(3):553-565, 2007.

MORAES, I.H.S. Sistemas de Informações em Saúde: **Patrimônio da Sociedade Brasileira.** IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. [org]. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. pp. (649-665).

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; Lima, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar, 2018.

MOTA, R. G.; BARROS, N. F. **O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 09 [Acessado 26 Dezembro 2019], pp. 2879-2888. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14582016.

MINAYO, M. C. DE S**. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 17, n. 4, p. 245–246, dez. 2008.

NEDEL, F.B**. Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa de Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil** 81 – Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. Pelotas, 2009.

NETO, W. J. S; JANNUZZI, P. M.; SILVA, P. L. N. **Sistemas de Indicadores ou Indicadores Sintéticos: do que precisam os gestores de programas sociais?.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, 2008.

NÚCLEO TELESSAÚDE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL. Curso EAD de **Qualificação dos Processos de Trabalho e Gestão da APS: "vigilância nas nuvens".** Disponível: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7514. Acessado em 27/04/2020

NUNES; B.P. et al. **Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde.** Revista de Saúde Pública; vol. 48, n. 6, p. 968-976. São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Boletín Epidemiológico 20 años. Resumenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS).** Organización Panamericana de la Salud, v. 20, n. 3, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS**).Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Inovação na Gestão Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. OPAS. Porto Alegre, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS.** 07 nov 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820 Acesso em 30 dez 2019.

PAIM J.S. **Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil**. In: Hartz ZM, Vieira-da-Silva LM (Ogrs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, Saúde no Brasil. 9 de maio de 2011.

PANITZ, L. M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS**. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PARAHOS, R; FILHO, D. B. F; ROCHA, E. C; JÙNIOR, J. A. S.; MAIA, R. G. **Construindo Indicadores Sociais: Uma revisão da bibliografia especializada**. Revista Perspectivas, São Paulo , v. 44, p. 147-173, 2013.

PAZÓ, R. G; FRAUCHES, D. O; GALVÊAS, D. P; STEFONIA, A. V; CAVALCANTI, E. L. B; SILVA, F. H. P**. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 2, p. 275-282, 2012.

PEREIRA, F. J; SILVA, C. C; NETO, A. L. **Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira**. Revista Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 38, 2014.

PEREIRA, IC, OLIVEIRA, MAC**. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário.** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109 p.

PEREIRA, A. G. **Uma Proposta de instrumento para a gestão: Monitoramento e Avaliação do Desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (Dissertação), 2020.

PEREIRA, P.; SALLAS, J.; SOUSA, A.; COSTA, M.; ANDRADEM, R.; DUARTE, J.; SILVA, I.. **Uso de ferramentas para apoiar a gestão: Painel de Indicadores da Atenção Básica.** Mostra de Estágios da Faculdade de Saúde da UnB, Brasil, nov. 2018. Disponível em<https://conferencias.unb.br/index.php/mostradeestagiosFSUnB/ostradeestagiosFSUnB8/paper/view/12975>. Data de acesso: 12 mai. 2021.

PIMENTA L.; DUTRA V.G.P.; DE CASTRO A.L.B.; GUIMARÃES, R.M. **Analysis of conditions sensitive to primary care in a successful experience of primary healthcare expansion in Brazil, 1998 e 2015.** Public Health vol.162 p. 32-40. Inglaterra, 2018.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1998.

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PINTO, L. F; FREITAS, M. P. S; FIGUEIREDO, A. W. S. **Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de janeiro, v. 23, n. 6, p. 1859 – 1870, 2018.

PINTO, L. F., et al**. Sistemas Comparados de Saúde: Atenção Primária à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro.** Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2017, v. 22, no. 3, p. 676-677, Disponível em: http://ref.scielo.org/jhdxrj Acessado em: 30/05/2018.

PMRJ/SMS - Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro, 2019.

Polioeradication: **Global Polio Eradication Initiative; c2010** [cited 2015 Sep 22]. Available from: http://www.polioeradication.org/.

RAMOS, A.P.; SETA, M.H. **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.35, n.4, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000405003&lng=en&nrm=iso>. Access: 22 Mar. 2020. Epub Apr 08, 2019.

RASELLA, D; BASU, S; HONE, T; SOUSA, R. S; REIS, C. O. O; MILLETT, C. C. **Morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study**. Revista Plos Medicine, EUA, v. 5, n. 5, 2018.

REHEM, T. C. M. S. B; EGRY, E. Y. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

RIBEIRO, J.M.; ALCOFORADO, F**. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva vol.21 no.5. Rio de Janeiro, maio de 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA) **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa.** – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA**). Número de profissionais de saúde por habitante - E.1. 2012.** Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/e-1/?l=pt_BR Acesso em 26 dez 2019.

SALA, A; MENDES, J. D. V. **Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2011.v20n4/912-926/#ModalArticles Acesso em 25 jan 2020.

SANTAGADA, S. **Indicadores sociais: uma primeira abordagem social e histórica**. Revista Pensamento Plural, v. 01, p. 113-142, 2007.

SANTANA FA, Lahm JV, SANTOS RP. **Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto**. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2015 ago; 17(3):123 – 127.

SANTANA R.S.; LUPATINI, E.; ZANGHELINI, F.; DE MARCH RONSONI, R.; RECH, N.; LEITE, S.N**. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases.** Plos One vol. 13 n.10. Inglaterra, 2018.

SANTIAGO, A. C; FRACOLLI, L. A; ZOBOLI, E. L. C. P; SILVA, R. M. V. **Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 798-803, 2008.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem.** 5 ed. 3 reimp – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012. 96p.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Geografia.** São Paulo/ Milton Santos; em colaboração com Denise Elias, - 6 ed. 2 reimp. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014. 136p.

SANTOS, L. P. R. dos; Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM**. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro.** Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178-218, 2018.

SANTOS, B. V; LIMA, D; FONTES, C. J. F**. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de Rôndonia: Estudo descritivo do período de 2012-2016.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 28, n. 1, 2019.

SAVASSI, L. C. M.; Dias, RB. **Planejamento de Ações na Equipe. Belo Horizonte: AMMFC, 2007.** Artigo virtual Disponível em: http://docplayer.com.br/1088467-Planejamento-de-acoes-na-equipe.html.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMS**). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde.** Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016.

SILVA AAM, GOMES UA, TONIAL SR, et al. **Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil**. Cad Saúde Pública 1999;15(4):749-57.

SILVA, L.S. et al . **Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 22, n. 2, p. 325-334, jun. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 30 dez. 2019. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000200014.

SILVA, S.F**. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, n. 6, 2753-2762. Rio de Janeiro, 2011.

SIMÃO, E; ALBUQUERQUE, G. L; ERDMANN, A. L**. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques.** Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007 Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027958007.pdf Acesso em: 25 jan 2020.

SIMÕES, P; GAMEIRO, F; NUNES, P. C; JÚNIOR, A. G. S; SCARDUA, M. T; SIMAS, K.B**. Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família**. Revista HUPE, v. 15, n. 3, 2016

SOLIGO, V. **Indicadores: Conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais.** Revista Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 23, n. 52, p. 12-25, 2012.

SORANZ, D; PINTO, L. F; PENNA G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1327-1338, 2016.

SOUZA, L. E. P. F; PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F; BAHIA, L; GUIMARÃES, R; FILHO, N. A; MACHADO, C. V; CAMPOS, G. W; SILVA, G. A**. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 2019.

SOUSA, C. et al. **Política Pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do sistema único de saúde – sus.** [s.l: s.n.].

SOUZA, M. M. O; GUEDES, J. P. F. S. **A Integração Da Vigilância Em Saúde Com A Atenção Básica Por Meio Da Estratégia Saúde Da Família.** Disponível em: http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/A%20INTEGRA%C3%87%C3%83O%20DA%20VIGIL%C3%82NCIA%20EM%20SA%C3%9ADE%20COM%20A%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81SICA%20POR%20MEIO%20DA%20ESTRAT%C3%89GIA%20SA%C3%9ADE%20DA%20FAM%C3%8DLIA.pdf Acessado em: 05/05/2020.

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

SUBPAV. **Carteira de serviços: subpav,** 2018. http://www.subpav.org/download/impressos/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf

TAKEDA, S. A **Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde**. In: Duncan, et al (Org.) Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

TAMAKI, E. M; TANAKA, O. Y; FELISBERTO, E; ALVES, C. K. A; JUNIOR, M. D; BEZERRA, L. C. A; CALVO, M. C. M; MIRANDA, A. S. **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 839-849, 2012.

TANAKA, O.Y. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta.** Revista Saúde Sociedade, vol.20, n.4, p.927-934. São Paulo, 2011.

TANAKA, O.Y. & TAMAKI, E.M**. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):901-911, 2012.

TANCREDI, FB; BARRIOS RL; FERREIRA, JHG. **Planejamento em Saúde. Série Saúde e Cidadania,** vol 2 – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 82P.

TARIMO, E.; E.G. WEBSTER. **Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World.** Alma-Ata revisited. ARA Paper number 7. 1996.

TEIXEIRA, C. F. **Epidemiologia e planejamento de saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287 – 303, 1999.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA. Salvador, 2005.

TEIXEIRA, M.G. et al. **Vigilância Em Saúde No SUS - Construção, Efeitos E Perspectivas** - Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1811-1818, 2018.

UNASUS e UFSC. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35068/mod_resource/content/1/Unidade%203/top1_1.html Acesso em 30 dez 2019.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York**; 2015. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld (Acessado em: 20 de julho de 2019).

UNIS, G. **Papel da atenção básica no controle da tuberculose**. Rev Epidemiol Control Infect. 2012;2(3):120-121. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2766/2199 Acesso em 24 fev 2020.

VAITSMAN, J; RODRIGUES, RWS.; PAES-SOUSA, R. **O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil.** Policy Papers, n. 17. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Brasília, 2006.

VELLOSO, A. F; VARANDA, M. P. **Difusão de inovação e atores-chave na ESF.** Cad. Saúde Coletiva, 2017.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Revista de Saúde Coletiva Physis, vol.8 no.2. Rio de Janeiro, 1998.

WEIDLE W. G; MEDEIROS, C. R. G; GRAVE, M. T. Q; BOSCO, S. M. D. **Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?** Cad Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53. DOI: 10.1590/1414- 462X201400010008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004 update. Geneva;** 2008 [citado 2015 abr 17]. Disponível em: http://www. who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

WORTHEN, B.; SANDERS, J.; FITZPATRICK, J. **O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: Worthen, B. et al. (Org). Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Gente, 2004. p. 33-58

ZARLOTTI, C. ; SCUDESE, E. ; SENNA, G. W. ; TONINI, T.; LOPES, T. S., & PESTANA, C. L. S. (2017). **Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/ RJ.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 9(3),811-817.[fecha de Consulta 26 de Diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/505754116026.



Capa: Amanda Beatriz Bail
Diagramação: Thomas Falconi

www.diagramado.com.br

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Apoio

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ENSP

CAPES

inova APS
análise de situação de saúde
em atenção primária

EXIS

ABEFACO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE