



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Gabriela Braune de Castro Lopes

**Avaliação de indicadores e áreas selecionadas de expansão da  
estratégia saúde da família na cidade do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro  
2012

Gabriela Braune de Castro Lopes

**Avaliação de indicadores e áreas selecionadas de expansão da estratégia  
saúde da família na cidade do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

L864 Lopes, Gabriela Braune de Castro.  
Avaliação de indicadores e áreas selecionadas de expansão da  
estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro / Gabriela  
Braune de Castro Lopes. – 2012.  
97 f.

Orientadora: Sulamis Dain.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Indicadores de saúde – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Programa  
Saúde da Família (Brasil) – Teses. 3. Cuidados primários de saúde –  
Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 4. Qualidade de vida – Teses. I. Dain,  
Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de  
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou  
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Gabriela Braune de Castro Lopes

**Avaliação de indicadores e áreas selecionadas de expansão da estratégia  
saúde da família na cidade do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 04 de maio de 2012.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Roberto Parada  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fátima Teresinha Scarparo Cunha  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Rio de Janeiro

2012

## **AGRADECIMENTOS**

Os agradecimentos são muitos. O que mostra que, felizmente, muitas pessoas estiveram presentes nessa caminhada.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Sulamis Dain, pela atenção e pelo cuidado com a condução deste trabalho. Ao apoio nas dificuldades e às críticas nas horas certas.

Aos professores que doaram seu tempo para a banca dessa dissertação. Prof.<sup>a</sup> Fatima Scarparo, Prof. Paulo Henrique Almeida e Prof. Roberto Parada, também leitor deste trabalho. Aos professores que também fizeram parte desta banca como suplentes: Prof. Ana Faveret, Prof. George Kornis e Prof.<sup>a</sup> Rosângela Caetano.

Aos professores do curso de Mestrado do IMS, pela dedicação aos alunos. Agradeço a oportunidade de conviver com uma turma muito especial que está junta desde 2010, mas parece que nasceu junta: Ana, Carinne, Cristiane, Flávia, Sandra, Sarah, Thaís, Tatiana, Weena.

Aos funcionários do IMS: secretaria, biblioteca, informática. À Ana Silvia pela cuidadosa revisão do texto.

Agradeço pelo carinho da minha família, os pais que são o começo de tudo e o incentivo nas decisões mais difíceis. Ao meu marido Alexandre pelo apoio de sempre, mesmo nas situações mais complicadas, e por ouvir até cansar as mesmas histórias. Muitas vezes pessoas perguntaram como era possível fazer mestrado com dois empregos e uma criança pequena: A primeira resposta sempre foi o apoio do marido que assumiu todas as responsabilidades da casa e do João para que eu pudesse estudar. Aos meus sogros pelo cuidado com João Gabriel. Ao João que desde que se entende por gente vê a mãe estudando, ausente das viagens e das festinhas.

Sem o apoio dos amigos do trabalho eu não conseguiria cursar o mestrado. Aos amigos do Setor de Odontologia do CMS Heitor Beltrão que ajudaram muitas vezes com as mudanças frequentes de horário e pelas ideias que contribuíram na realização da dissertação.

Aos amigos do CBMERJ e à equipe do Centro de Coordenação e Controle das UPAs e Unidades Próprias da SES. Sem vocês que ouviram todas as fases do mestrado e sempre tiveram palavras amigas, nada disso seria possível.

## RESUMO

LOPES, Gabriela Braune de Castro. *Avaliação de indicadores e áreas selecionadas de expansão da estratégia saúde da família na cidade do Rio de Janeiro*. 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro não pode ser pensada como um instrumento isolado no contexto de saúde local. A sua interação com a rede de saúde da cidade precisa ser considerada para que ocorra um fluxo de pacientes entre os níveis de atenção. O Rio de Janeiro é dividido em dez Áreas Programáticas com coordenações de saúde próprias. O tamanho e a diversidade das regiões da cidade do Rio de Janeiro faz com que estas áreas tenham necessidades particulares e, conseqüentemente exijam respostas diferenciadas para as questões de saúde. A área em foco neste estudo é a 3.1 onde se localiza o Complexo do Alemão. O Complexo é marcado pela pobreza, violência e exclusão social. No ano 2000 tinha o Índice Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,474, um dos piores entre os bairros do Rio de Janeiro. O cenário de vulnerabilidade foi determinante para que o Complexo fosse uma das primeiras áreas a ter intervenções do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo procura relacionar as características da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro com as características do modelo implantado no Complexo do Alemão, a partir de dados dos sistemas de informação e de busca bibliográfica sobre a região. Há características que são comuns ao Rio de Janeiro e ao Complexo do Alemão, como por exemplo, a falta de uma programação de referência e contra-referência para atender a demanda dos pacientes da Estratégia Saúde da Família nos níveis secundário e terciário de cuidados. Existem também características que são próprias do Complexo do Alemão, como por exemplo, a quantidade de equipes compatível com a população segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o que contrasta com a cidade como um todo que tem uma quantidade de equipes ainda pequena em relação à população.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Atenção primária à saúde. Rio de Janeiro.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro cannot be thought of as a single tool in the context of local health. Its interaction with the municipal health network must be considered to occur a flow of patients between the levels of care. The municipality is divided into ten Programmatic Areas with their own health coordination, and the size and diversity of its regions make these areas have particular needs and therefore require different responses to health issues. The area focused in this study is 3.1, which holds the Complexo do Alemão, marked by poverty, violence and social exclusion. In the year 2000, its Human Development Index (HDI) was 0.474, one of the worst among the neighborhoods of Rio de Janeiro. The scenario of vulnerability was crucial for the Complex to be one of the first areas to have interventions of the Community Agents Program and the Family Health Program in the municipality. This study seeks to relate the characteristics of the Family Health Strategy in the municipality of Rio de Janeiro with the characteristics of the model introduced in the Complexo do Alemão, based on data of information systems and bibliographic search on the region. There are common features in Rio de Janeiro and the Complexo do Alemão, such as the lack of a programming reference and counter-reference to meet the needs of patients of the Family Health Strategy in secondary and tertiary levels of care. Also there are features that are characteristic of the Complexo do Alemão, such as the amount of teams compatible with the population according to the guidelines of the Ministry of Health, contrasting with the municipality as a whole, which has a number of teams still small considering the population.

Key words: Family Health Program. Primary health care. Rio de Janeiro.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade total de equipes ESF por ano Rio de Janeiro.....	41
Gráfico 2 – Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF Distribuído por Porte Populacional no BRASIL – ABRIL 2011 .....	45
Gráfico 3 – Consultas médicas por ano – 2006 a 2010.....	46
Gráfico 4 – Posição da taxa de internação dos anos estudados: Relação Estado e Cidade. ....	53
Gráfico 5 – Cobertura Potencial x Cadastro SIAB.....	58
Gráfico 6 – Consultas médicas por ano divididas por faixa etária.....	60
Gráfico 7 – Consultas por ano nas capitais do Sudeste.....	61
Gráfico 8 – Consultas nos 5 municípios mais populosos do Rio de Janeiro.....	62
Gráfico 9 – Relação entre consultas ambulatoriais e visitas domiciliares do médico .....	64
Gráfico 10 – Relação entre exames solicitados e consultas por ano. ....	65
Gráfico 11 – Relação entre consultas ambulatoriais do médico e atendimento individual de enfermagem. ....	66
Gráfico 12 – Relação entre consultas ambulatoriais e encaminhamentos solicitados para o especialista.....	67

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Mapa das Áreas Programáticas da Cidade do Rio de Janeiro.....	27
Mapa 2 – Visão geral dos serviços de saúde da área 3.1 e sua localização no RJ – 2012-10-12 .....	71
Mapa 3 – Visão mais aproximada da área 3.1 e seus serviços de saúde – 2012-10- 12.....	72
Mapa 4 – Mapa dos Subsistemas da Área 3.1 .....	75
Mapa 5 – Clínicas da Família inauguradas até 2011 .....	81

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização Social responsável pela ESF em cada Área Programática, na Cidade do Rio de Janeiro.....	37
Quadro 2 – Resumo da classificação por escore.....	54
Quadro 3 - Área Programática 3.1 – Unidades de Saúde.....	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População por Área de Planejamento .....	28
Tabela 2 – Produção por Área de Planejamento e tipo de unidade de saúde Março 2011.....	30
Tabela 3 – Porcentagem da população coberta pela ESF entre 2006 e 2011 na Cidade do Rio de Janeiro.....	40
Tabela 4 – Equipes de Saúde da Família por tipo: 2007 a 2011. ....	41
Tabela 5 – Porcentagem da população que poderia ser coberta com o número de equipes de cada ano mencionado.....	43
Tabela 6 – Razão entre consultas médicas e visitas domiciliares entre 2006 e 2010. ....	47
Tabela 7 – Razão entre exames de patologia pedidos e consultas médicas.....	48
Tabela 8 – Razão entre consultas médicas e de enfermagem. ....	48
Tabela 9 – Razão entre consultas médicas e encaminhamentos ao especialista. ..	49
Tabela 10 - Hospitalização por condições sensíveis à atenção primária na Cidade Rio de Janeiro. ....	50
Tabela 11 - Taxa de internação por condições evitáveis pela atenção primária a cada 10.000 habitantes atendidos pela ESF na Cidade do Rio de Janeiro. ....	51
Tabela 12 - Hospitalização por condições sensíveis à atenção primária no Estado do RJ .....	51
Tabela 13 - Taxa de hospitalização por condições sensíveis à atenção primária no Estado do Rio de Janeiro .....	52
Tabela 14 – Valores de referência e taxa de internação correspondente aos anos estudados .....	52
Tabela 15 – Resultado do indicador mudança de modelo para o Rio de Janeiro de 2006 a 2010.....	55
Tabela 16 – Somatório dos Indicadores.....	55
Tabela 17 – Razão entre cadastrados e cobertura potencial.....	58

Tabela 18 – Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Rio de Janeiro.....	70
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AP	Área Programática
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Clínica da Família
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMS	Instituto de Medicina Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NSC	Núcleo de Saúde da Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SSC	Núcleo de Saúde da Comunidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1 METODOLOGIA</b> .....	20
<b>2 CENÁRIO DO ESTUDO</b> .....	25
<b>3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	32
<b>4 AVALIAÇÃO</b> .....	39
4.1 <b>Cobertura</b> .....	39
4.2 <b>Índice de mudança de modelo</b> .....	46
4.3 <b>Impacto</b> .....	50
<b>5 RESULTADOS</b> .....	54
5.1 <b>Cobertura</b> .....	57
5.2 <b>Índice de mudança de modelo</b> .....	59
5.2.1 <u>Visitas domiciliares do médico</u> .....	64
5.2.2 <u>Exames de patologia</u> .....	65
5.2.3 <u>Consulta de enfermagem</u> .....	66
5.2.4 <u>Encaminhamentos ao especialista</u> .....	67
5.3 <b>Impacto</b> .....	69
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	71
6.1 <b>Área programática 3.1 divisão e unidades de saúde</b> .....	71
6.2 <b>O Complexo do Alemão</b> .....	76
6.3 <b>Estratégia Saúde da Família no Complexo do Alemão</b> .....	79
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92



## APRESENTAÇÃO

A proposta deste trabalho é analisar a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Rio de Janeiro. Apesar da complexidade que desafia a análise, escolhemos a cidade do Rio de Janeiro pela maior facilidade de acesso às informações.

Salta aos olhos, como grande problema da rede pública de saúde do Rio de Janeiro a precariedade da porta de entrada do sistema. A falta de acesso pode agravar problemas simples, superlotar hospitais, além de sobrecarregar cada vez mais o acesso ao tratamento especializado.

A questão que move este trabalho é o estudo do modo como a Estratégia Saúde da Família pode ser incorporada à rede de saúde da Cidade, de forma a interagir com o restante do sistema público de saúde, ajudando na solução dos problemas existentes.

A presente dissertação divide-se em apresentação e introdução, às quais se seguem mais quatro capítulos:

O Capítulo 1 descreve a metodologia utilizada no estudo. Apresenta e discute as ferramentas utilizadas no trabalho de análise e descreve as fontes de pesquisa que serviram de guia para o embasamento bibliográfico.

O capítulo 2, intitulado “Cenário do Estudo”, mostra a Cidade do Rio de Janeiro e sua divisão administrativa, que consistem em Áreas Programáticas de Saúde.

O Capítulo 3 apresenta a Estratégia Saúde da Família, especificando suas características para a Cidade do Rio de Janeiro. Integra o capítulo, a descrição dos avanços e retrocessos da estratégia, desde a primeira tentativa de implantação até o panorama atual, com a possibilidade de incorporação das Organizações Sociais à gestão da ESF.

O quarto capítulo trata da avaliação da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro entre 2007 e 2010, conforme a metodologia descrita no primeiro capítulo. Esta metodologia está organizada em torno de três temas centrais serão explicitados no capítulo correspondente: Cobertura, Indício de Mudança de Modelo e Impacto da Estratégia Saúde da Família.

No capítulo seguinte são apresentados e discutidos os resultados das avaliações realizadas.

O capítulo 6 confronta os resultados da análise com o panorama real em três planos: a Área Programática 3.1 (a divisão em áreas programáticas é descrita no capítulo relacionado ao cenário do estudo), a microrregião Leopoldina Sul e o Complexo do Alemão. Este Capítulo está dividido em três partes. A primeira descreve a Área Programática 3.1. A segunda caracteriza o Complexo do Alemão e a terceira, a Estratégia Saúde da Família na região do Complexo do Alemão.

A conclusão sistematiza os dados encontrados e propõe caminhos para novas investigações.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família é parte de uma reformulação da Atenção Básica a partir do momento em que esta entra na programação do Governo Federal como a estratégia para ampliar o acesso ao sistema de saúde. O papel da Atenção Básica como primeira linha de atenção é reforçado pela estratégia da ESF que propõe um contato mais direto entre o cidadão e a equipe de saúde. A equipe visita, faz o cadastramento da família e busca ativamente a população.

A expansão do acesso parte do pressuposto teórico que o direito à saúde é integral e para todos, previsto na Constituição Federal de 1988. A busca ativa dos moradores é possível principalmente pelas visitas domiciliares dos agentes comunitários. A saúde chega à porta do cidadão e acolhe suas demandas.

A atenção integral também pode ser entendida como atenção em todos os níveis. A demanda por saúde, das pessoas que antes não chegavam tão frequentemente às unidades de saúde, não termina na Atenção Básica. A necessidade de exames e cuidados especializados também aumenta. Por esta razão, todo sistema de referência e contra-referência precisa ser reestruturado a partir do aquecimento da demanda propiciada pelo alargamento da porta de entrada.

Para que fosse possível acompanhar as atividades da Estratégia Saúde da Família, o cadastramento e o acompanhamento das famílias, foi criado em 1998, pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade e a Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS), o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O objetivo principal do sistema era auxiliar o acompanhamento e a avaliação das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que visitavam os domicílios, cadastravam as famílias e as acompanhavam em diversas situações de saúde, como, por exemplo, o nascimento de novos bebês e a evolução de saúde dos pacientes acamados. O sistema podia agregar e processar dados provenientes das visitas domiciliares dos agentes de saúde e também, os dados de atendimentos domiciliares e ambulatoriais da equipe médica e de enfermagem. (Manual do SIAB - BRASIL, 2000).

O SIAB foi construído para reunir informações sobre determinada área geográfica. Revela as condições de saúde, bem como os fatores determinantes do

processo saúde – doença em cada área. Para isso, o software do SIAB utiliza três formulários de entrada de dados: um para cadastramento familiar, um para informações de saúde e outro para as informações de produção e de marcadores de avaliação.

Os dados são colhidos em quatro fichas:

- A - Cadastro familiar;
- B - Acompanhamento de grupos prioritários;
- C - Acompanhamento de crianças menores de dois anos;
- D - Registro das atividades diárias dos membros da equipe.

Os consolidados destas fichas formam cinco relatórios a serem analisados:

- 1- SSA 2 - Consolidado dos dados das fichas A, B, C, D.
- 2- SSA 4 - Consolidado dos dados SSA 2 de um cidade.
- 3- PMA 2 - Consolidado das fichas D.
- 4- PMA 4 - Consolidado dos relatórios PMA 2 dos cidades.
- 5- A1; A2; A3; A4 - Consolidado dos dados presentes nas demais fichas. Os números correspondem à área: (1) micro-área, (2) área, (3) segmento, (4) município.

O SIAB tem como vantagem a simplicidade de uso do software. Porém, esta também pode se tornar uma limitação, na medida em que algumas categorias importantes não têm codificações mais variadas. Por exemplo, nem todas as doenças e agravos mais comuns na atenção primária estão representados no sistema.

Apesar da possibilidade de que o SIAB venha a ser uma ferramenta importante na microlocalização dos problemas e no planejamento e na tomada de decisão local, a análise de dados se faz fundamentalmente no nível central. (SILVA e LAPREGA 2005). O conhecimento dos dados e a possibilidade de planejar o trabalho futuro poderiam ser de grande valia para as equipes de saúde. O conhecimento do perfil da população, por exemplo, seria de grande utilidade para as decisões das equipes sobre o formato das ações educativas.

O conhecimento da utilidade dos dados seria um importante fator para que os membros das equipes fossem criteriosos com a coleta das informações e com o

correto preenchimento dos formulários. Entretanto, os dados enviados, depois de consolidados não são apontados como parte integrante do planejamento local, como aponta o trabalho de Silva e Laprega (2005).

O trabalho de Souza (2009) em Volta Redonda reitera que o SIAB apresenta inconsistências, principalmente ligadas ao tratamento inadequado dos dados, possivelmente resultado da falta de qualificação profissional da equipe. Ao mesmo tempo reforça que o SIAB da forma que está estruturado é uma ferramenta de trabalho importante para a unidade de saúde e possui características importantes para a realização da vigilância em saúde.

## 1 METODOLOGIA

A dissertação se divide em dois momentos: o primeiro, de análise da cidade do Rio de Janeiro como um todo e, o segundo, de discussão que parte de uma das dez áreas programáticas em que se divide a Cidade do Rio de Janeiro, a área 3.1, que passa pela microrregião de saúde Leopoldina Sul e chega ao Complexo do Alemão. O Complexo será o caso explorado como exemplo prático do funcionamento da estrutura da Estratégia Saúde da Família.

O primeiro momento tem como objetivo fazer uma análise retrospectiva a partir de dados secundários do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), que foi discutido na introdução, e do Sistema de Internações Hospitalares (SIH). A área a ser estudada é a Cidade do Rio de Janeiro, no período de 2006 a 2010.

A escolha dos anos utilizados nesta análise foi feita a partir da consulta de dados no SIAB e no SIH sobre a Cidade do Rio de Janeiro. Os primeiros dados sobre o Programa Saúde da Família datam do ano 2000 no SIAB, porém foi escolhido o ano de 2006, como início desta pesquisa, pois é o primeiro ano em que os dados necessários dos dois sistemas – SIAB e SIH – estão completos sendo possível seguir com a mesma padronização até o ano de 2010.

O objetivo é que este estudo seja o mais recente possível para que possa haver um contraponto com a realidade mostrada pelos trabalhos realizados atualmente no Rio de Janeiro. Entretanto, os dados do SIAB para o ano 2011 não estão completos. Os dados de morbidade, por exemplo, só estão consolidados até o mês de fevereiro.

A primeira parte da pesquisa será feita a partir de uma análise de bases de dados do Ministério da Saúde. A maior parte das informações é proveniente do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Este Sistema, conforme descrito anteriormente na Introdução, é o responsável pela consolidação e apresentação dos dados colhidos localmente pelas equipes de Saúde da Família. Também serão utilizadas as bases de dados do Censo IBGE 2010 para dados de população da Cidade do Rio de Janeiro com o objetivo de analisar a cobertura e a cobertura potencial da ESF nos anos estudados.

Outra base a ser utilizada é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Este sistema, também do Ministério da Saúde, mostra a atenção hospitalar, com

dados de morbidade e mortalidade. O fator limitante mais importante, que é preciso ter em mente em pesquisas que utilizam o SIH, é a não utilização das informações de morbidade e mortalidade que não chegam à internação. Portanto, as informações de morbidade e mortalidade não representam o total de cada faixa etária ou enfermidade.

A proposta é fazer uma avaliação semelhante a que foi feita, no estado de Santa Catarina, por Henrique e Calvo (2008). Esta metodologia já foi reproduzida na análise do Programa Saúde da Família no estado do Amazonas por Henriques Gonçalves e Pires (2011) e na Cidade de Florianópolis por Garcez et al. (2010). O mesmo tipo de análise é usado para comparações intermunicipais e intramunicipais, no caso de Santa Catarina e também em séries temporais, conforme o realizado na Cidade de Florianópolis (GARCEZ et al., 2010). Este estudo é semelhante ao da Cidade de Florianópolis: comparar uma série temporal (2006 a 2010) a partir dos dados da Cidade do Rio de Janeiro.

A metodologia citada foi adotada pela primeira vez no artigo “Avaliação do Programa Saúde da Família nos Cidades do Estado de Santa Catarina, Brasil”, por Henrique e Calvo, em 2008. Em 2010, Garcez et al. elaboraram um novo trabalho, intitulado “Avaliação de Estratégia Saúde da Família na Cidade de Florianópolis”, o qual foi publicado como capítulo do livro *A Formação em Saúde da Família* (BÜCHELLE e COELHO, 2010). A metodologia de 2010 será a utilizada com base do presente trabalho, porém, as principais diferenças de metodologia entre os dois artigos, serão comentadas nos capítulos pertinentes.

As autoras utilizaram como base a tríade estrutura-processo-resultados, sistematizada por Donabedian (1988), para avaliação dos serviços de saúde. A tríade proposta é simplificada nos indicadores representativos de: cobertura potencial, indício de mudança de modelo assistencial e impacto.

A partir deste raciocínio, as autoras afirmam que as propostas de avaliação devem buscar um número sintético de indicadores para fazer um juízo de valor que seja capaz de subsidiar uma decisão. A ideia foi, então, usar um número reduzido de indicadores que estaria disponível no SIAB e SIH.

Segundo Champagne e Contandriopoulos (2005), a escolha dos indicadores tem dois lados: será também influenciada de um lado, por exigências de parcimônia e, por outro lado, por exigências de disponibilidade e qualidade dos dados. A

parcimônia na quantidade e, a simplicidade no uso são virtudes importantes na elaboração de um sistema de avaliação.

Os indicadores devem ser escolhidos com minúcia para, ao mesmo tempo, refletirem de maneira suficientemente global e exaustiva as diversas dimensões do desempenho, evitando-se afogar o utilizador num mar de informações das quais não conseguirá extrair significado algum. (CHAMPAGNE e CONTANDRIOPOULOS, 2005. p. 20.).

Dessa forma, a avaliação de dados deste estudo está dividida em três indicadores: cobertura, indício de mudança do modelo assistencial e impacto.

Para analisar a cobertura, é utilizada a informação “população cadastrada” no SIAB pelas equipes de ESF para cada ano a ser estudado. Esta é comparada com a informação sobre a população residente na Cidade do Rio de Janeiro. (IBGE 2010).

O indicador indício de mudança no modelo assistencial foi medido pelas atividades da equipe de PSF, baseadas no sistema de informação. Fizeram parte deste indicador: visita domiciliar do médico, exames de patologia clínica solicitados, encaminhamentos ao especialista e atendimentos individuais do enfermeiro. A proporção entre os quatro fatores descritos e as consultas médicas individuais no mesmo período de tempo representa se os indicadores são compatíveis com o objetivo da mudança de modelo assistencial.

O terceiro item a ser avaliado é o impacto, entendido pelos autores do estudo que serve de base para esta dissertação, como a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. As condições sensíveis serão enumeradas no momento da avaliação deste indicador. Essas condições que seriam, portanto, evitáveis com uma boa estrutura de atenção básica são contabilizadas a partir de dados do SIAB para mostrar se o prosseguimento da ESF no Rio de Janeiro tem impacto sobre as condições evitáveis na população da Cidade do Rio de Janeiro.

Durante a análise dos resultados, foi possível perceber que os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) algumas vezes apresentam oscilações importantes entre anos subsequentes. Cada um dos pontos em que houver dúvida será discutido no texto durante a análise dos resultados.

Após a fase de avaliação, é o momento de uma segunda etapa, a de mostrar a Estratégia Saúde da Família a partir da discussão da realidade do Complexo do



Alemão, destacando a visão de moradores, profissionais e gestores por meio da discussão de literatura disponível sobre o local.

Antes da discussão específica sobre a ESF será apresentado o cenário local em que a comunidade está inserida, a área, a microrregião e um panorama do Complexo do Alemão.

A Estratégia Saúde da Família no Complexo do Alemão será apresentada através da discussão dos dados encontrados com base na busca bibliográfica. Foi feita uma pesquisa retrospectiva dividida em três temas principais:

- Programa Saúde da Família; Atenção Primária; Rede de Serviços da Cidade do Rio de Janeiro.

Os textos sobre os três temas foram pesquisados no SCIELO, BVSMS, Teses do IMS (através dos registros da biblioteca). A revisão também se ancora, além dos artigos e teses encontrados na busca, em dados e documentos do DATASUS, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, TABNET Municipal RJ. Também foram utilizadas informações e dados retirados de diversos endereços eletrônicos: Ministério da Saúde, Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, IBGE e Instituto Pereira Passos.

O objetivo é traçar um panorama da rede de unidades básicas, incluídas a estrutura referente ao PSF e ao PACS e suas possibilidades de referência em cada área.

A evolução da ESF, como foi mostrada anteriormente, modifica a rede de serviços de saúde como um todo. A perspectiva de rede norteia, então, toda a evolução da ESF, sendo necessário verificar não somente a estrutura da estratégia nos estudos locais, mas a intrincada relação entre os níveis de atenção no Complexo da Maré. A realidade da rede na região estudada servirá como base para discussão dos dados encontrados.

Em alguns momentos, serão discutidos estudos feitos em outros locais do estado do Rio de Janeiro ou mesmo do Brasil para enriquecerem a análise local. Porém, a prioridade da discussão desta dissertação é o foco local no Complexo do Alemão para aproximar os dados à experiência real. O local escolhido tem suas peculiaridades que serão ressaltadas no momento da discussão.

As regiões da Cidade do Rio de Janeiro são diversificadas em diversos aspectos. Existem diferenças que podem ser medidas, como a densidade demográfica e outras que são diferenças sutis, por exemplo, a relação de cuidado

entre pais e filhos determinada pelos costumes numa localidade. Não é possível transportar a experiência do Complexo do Alemão para outros locais, mas é possível aprender com ela, através de exemplos, relatos e pesquisas realizados e utilizar o que for possível em outras localidades, na Cidade do Rio de Janeiro.

## 2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo é a Cidade do Rio de Janeiro. Para fins de investigação, foram colhidos dados dos anos de 2006 a 2010. O Rio de Janeiro tem 139 bairros divididos em dez Áreas Programáticas, que têm coordenação própria para gerenciar suas redes de saúde. As redes são organizadas e alinhadas com o princípio da regionalização em que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível mais próximo da população atendida. (ARTMANN e RIVERA 2003).

Cabe ao município o papel de orientador que equilibra as demandas de cada área com a possibilidade de execução. A possibilidade da instalação de um serviço secundário em uma dada região depende da viabilidade para tal. Fatores como a existência de demanda para o serviço, possibilidade de acesso que possa atender mais de uma área, se necessário, e recursos disponíveis determinam o planejamento da rede.

A regionalização pressupõe a alocação de recursos de saúde em uma determinada área, de forma que facilite o acesso, ofereça a melhor qualidade dos serviços, menor custo, equidade e acesso à população. (ARTMANN e RIVERA 2003).

Entre 1984 e 1987, a Cidade do Rio de Janeiro foi dividida em cinco áreas de planejamento. Esta divisão foi uma adaptação para a saúde do Plano Urbanístico do Rio de Janeiro, feito na época de Marcos Tamoio como prefeito (1975 – 1978). Para administrar as áreas de planejamento, foram criadas duas instâncias em cada área programática. A primeira era o Grupo Executivo Local (GEL) na qual se reuniam os representantes da sociedade organizada (por exemplo, sindicatos, associações de moradores) para definir ações de saúde de sua área de planejamento. A segunda tinha a função de executar ações definidas no GEL. Denominava-se Comissão Executiva de Área de Planejamento (CEAP) e era formada por diretores das unidades das três instâncias de governo de cada área de planejamento.

No início dos anos 90, os Grupos Executivos Locais e as Comissões Executivas de Área de Planejamento transformaram-se em Coordenadorias de área programática, o que foi importante para a proximidade das comunidades das instâncias de decisão locais. A participação da comunidade organizada era

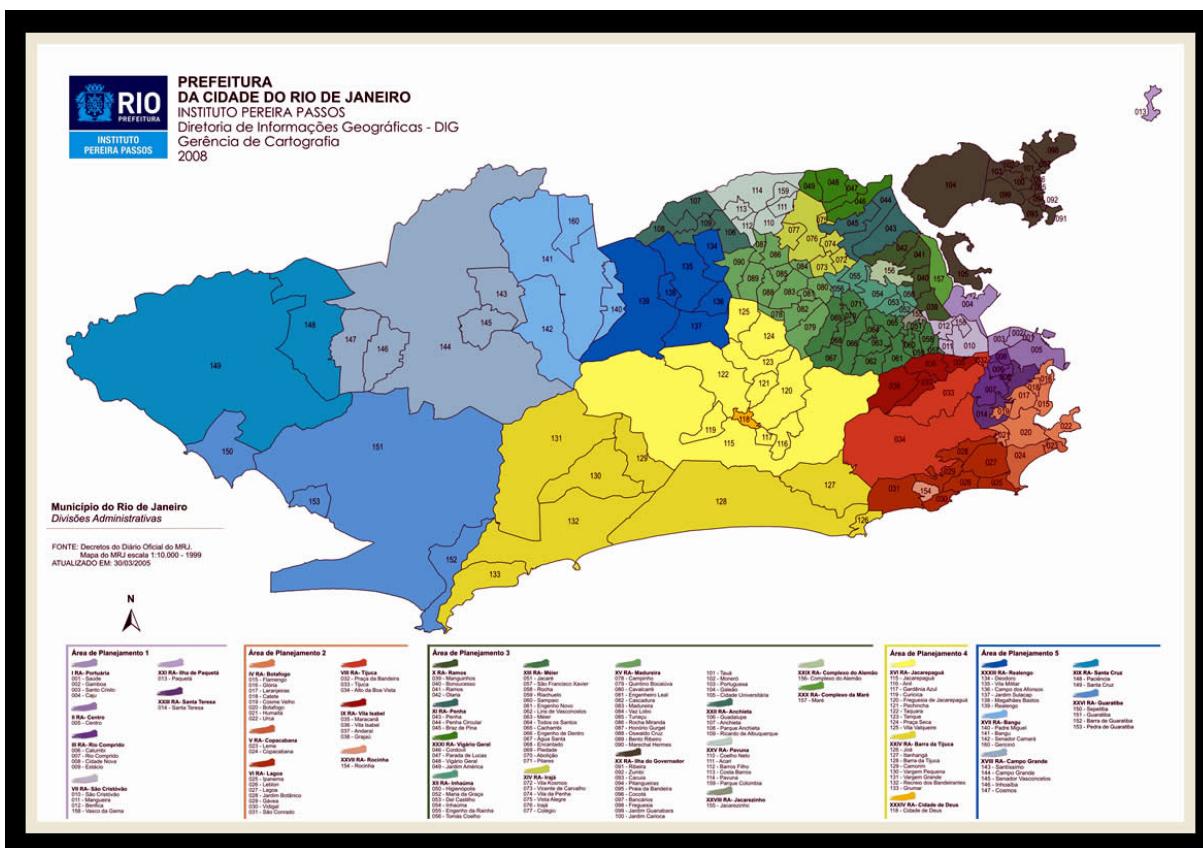
importante nas diretrizes adotadas nas áreas programáticas. Dessa forma, o Rio de Janeiro articulou sua organização regional em distritos sanitários, chamados Áreas Programáticas. (PARADA 2002)

A Cidade foi dividida nas atuais Áreas Programáticas (AP) no ano de 1993. Cada área conta com uma estrutura gerencial local para as ações de saúde denominada Coordenação de Área Programática de saúde (CAP).

As CAPs fazem a integração entre o total de unidades de saúde que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) na Cidade do Rio de Janeiro, congregando estabelecimentos de diferentes naturezas: municipais, estaduais, federais, universitários, sindicais e privados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A delimitação de regiões traduzidas no Rio de Janeiro pela definição de Área Programática, que em alguns casos (como exemplo, área 3.1, como será visto no capítulo 6), ainda é dividida em microrregiões de saúde, é pautada na ideia de descentralização para o planejamento e organização do sistema de saúde. No trabalho de Albuquerque et al. (2011) são definidos três objetos de regionalização em saúde: a delimitação territorial para o planejamento do sistema de saúde, a organização de redes e fluxos de referência e contra-referência e a ampliação da capacidade instalada. (ALBUQUERQUE, 2011). A área 3.1 que será mostrada com maior detalhamento no prosseguimento da dissertação tem a organização da sua rede pautada nos objetos indicados.

A divisão atual da Cidade do Rio de Janeiro, segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde e defesa Civil em Áreas Programáticas (RIO DE JANEIRO 2007). O mapa a seguir mostra a atual divisão da Cidade em Áreas Programáticas.



**Mapa 1 - Mapa das Áreas Programáticas da Cidade do Rio de Janeiro**

Fonte: [http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2680\\_limite\\_bairro\\_ra\\_ap.JPG](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2680_limite_bairro_ra_ap.JPG)

As Áreas Programáticas não têm a população semelhante. São pouco ou muito populosas, conforme a tabela 1. A Programação em Saúde precisa ser diferenciada em áreas com maior ou menor população, pois a necessidade de serviços tende a ser diferente. No caso da Estratégia Saúde da Família, a quantidade de equipes precisa ser maior em áreas com maior população. A equipe dessas áreas, normalmente tem um potencial de cobertura maior, pois as distâncias a serem percorridas são menores.

Em áreas menos povoadas, como certas áreas da Zona Oeste do Rio de Janeiro, nas quais as casas são distantes umas das outras, uma equipe de saúde não poderá acompanhar um numero de famílias muito grande, pois a distância a ser percorrida é maior. A área mais populosa é a AP 3.3 (15,9%), que compreende as regiões administrativas de Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna, seguida pela AP 3.1 (14,6%), que compreende as regiões de Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Maré. Uma das regiões menos populosas é a AP 1.0 (4,6%), que abriga o Centro da cidade e adjacências, regiões residenciais pouco

expressivas em que há grande concentração de imóveis comerciais. Esta região, porém tem uma grande quantidade de procedimentos de saúde realizados, o que será discutido mais à frente neste capítulo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005).

A população em cada região apresenta condições demográficas distintas. A organização dos serviços de saúde, inclusive o PSF, deve ser baseada nas peculiaridades da população local e suas necessidades. Por exemplo, em relação à população com 60 anos ou mais, a AP 2.1, referente à Zona Sul da cidade, é a que apresenta o maior percentual de idosos (16,9%) e a AP 5.3, em Santa Cruz, o menor percentual (3,3%). (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005).

A presença maior de idosos em uma área deveria guiar a capacitação dos profissionais da ESF para o cuidado com a terceira idade, suas famílias e eventuais cuidadores. As áreas com a população mais jovem, como a área 3.1, deveriam ter maior integração da equipe ESF com essa faixa etária. A confiança dos jovens em uma equipe de saúde pode incentivar hábitos saudáveis, como não consumir álcool, por exemplo. Assim, pode-se evitar que esses jovens dirijam embriagados, garantindo-se um benefício para toda a população local.

**Tabela 1 – População por Área de Planejamento**

Áreas de Planejamento ano 2000	Total	% em relação ao total
<b>Total</b>	<b>5 857 904</b>	100,00%
Área de Planejamento 1	574.135	9,80%
Área de Planejamento 2.1	268.280	4,58%
Área de Planejamento 2.2	423.343	7,23%
Área de Planejamento 3.1	859.210	14,67%
Área de Planejamento 3.2	565.580	9,65%
Área de Planejamento 3.3	928.800	15,86%
Área de Planejamento 4	682.051	11,64%
Área de Planejamento 5.1	659.649	11,26%
Área de Planejamento 5.2	585.567	10,00%
Área de Planejamento 5.3	311.289	5,31%

Fonte: elaboração a partir de dados do Instituto Pereira Passos. [www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br)

A capacidade instalada de serviços de saúde na Cidade do Rio de Janeiro em cada área também é distinta. Como visto anteriormente, as áreas programáticas diferem em população. Em teoria, populações maiores deveriam ter mais disponibilidade de serviços de saúde para que os serviços locais não fossem sobrecarregados.

Na Cidade do Rio de Janeiro há 229 serviços de saúde municipais, segundo a lista da homepage da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, atualizada em novembro de 2010. Estes se dividem em Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde (que atuam como porta de entrada do sistema), Hospitais Maternidade, Hospitais de Emergência, e Hospitais Gerais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA - Unidades de Emergência Pré-Hospitalares) e Institutos Especializados. A estrutura estadual conta com 7 hospitais, 15 UPAs e 6 Institutos Especializados. A Cidade do Rio de Janeiro conta ainda com 6 Hospitais Federais e 3 Institutos Especializados Federais: INCA (Instituto do Câncer), INTO (Instituto de Traumatologia-Ortopedia) e Instituto de Cardiologia.

A tabela abaixo mostra a quantidade de procedimentos por tipo, em março de 2011. É possível perceber que os procedimentos são realizados em maior número nas Áreas Programáticas 3.1 (2ª em população) e 1.0 (6ª em população) que é a área central da Cidade. Os pacientes de outras regiões provavelmente se deslocam dos seus locais de residência para receber atendimento no Centro da cidade. Dessa forma, a tabela de procedimentos mostra que a distribuição dos serviços não está feita de forma a facilitar o acesso dos moradores.

As áreas 5.1 e 5.2 não contam com unidades de diagnóstico, possivelmente aumentando as distâncias percorridas em busca de exames complementares. Essa distância pode ser um entrave para a estruturação do PSF na área, pois o estabelecimento e manutenção da Estratégia Saúde da Família dependem da existência de uma rede secundária estruturada para atender às solicitações de exames e consultas especializadas da equipe ESF. Os exames complementares e as consultas especializadas precisam ser oferecidos como parte integrante do cuidado.

Ao verificar a tabela 2, é importante mencionar que ausência de atendimento registrado não revela, necessariamente a ausência de serviço na área, pois o número zero pode estar relacionado ao não lançamento das informações no

sistema. A área mais populosa (AP 3.3) não conta com pronto-socorro, Unidade Diagnóstica, Posto de Saúde e Policlínica. Foram abertas três Clínicas da Família no final de 2011. A área 3.3 corresponde à área entre Madureira e Pavuna. Fazem parte desta área bairros, como Guadalupe, Costa Barros e Fazenda Botafogo, que têm comunidades carentes, provavelmente com necessidades acumuladas.

Uma das propostas deste estudo é discutir se a Estratégia Saúde da Família pode melhorar a distribuição dos serviços de saúde a partir da regionalização dos serviços e a divisão da população em serviços de referência próximos às residências dos pacientes e com o máximo de resolutividade local.

**Tabela 2 – Produção por Área de Planejamento e tipo de unidade de saúde Março 2011**

Tipo Estabelecimento	CAP10	CAP21	CAP22	CAP31	CAP32	CAP33	CAP40	CAP51	CAP52	CAP53
UNIDADE BASICA DE SAUDE	72857	85386	17355	222426	70739	113029	13845	81709	127632	169467
AMBULATORIO ESPECIALIZADO	15247	16232	43067	40819	21873	4476	44118	5719	8088	4729
HOSPITAL ESPECIALIZADO	346222	83143	36561	69141	26089	26661	12846	393	0	0
HOSPITAL GERAL	213819	123117	230922	327435	174603	161152	172471	61358	0	0
POLICLINICA	73516	0	84974	149790	53753	0	22046	94527	139660	82467
POSTO DE SAUDE	0	0	2453	36787	983	0	2583	0	0	0
PRONTO SOCORRO GERAL	0	13065	0	107580	24491	0	58335	0	0	13197
UNIDADE DE DIAGNOSE E TERAPIA	21639	1746	2712	78	695	0	1173	0	0	0
UNIDADE MISTA	6464	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	770859	331362	418044	959250	375818	306977	328997	249600	282322	269975

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde.

O conhecimento do território é primordial para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família. A autonomia municipal, no caso do Rio de Janeiro, é fundamental para que a ESF possa se desenvolver, pois como já foi mostrado, as áreas diferem muito e precisam ter planejamentos próprios. A organização da ESF é estimulada a ser diferenciada em cada área, mas no capítulo dedicado ao exame do cenário da área 3.1 (capítulo 6.1) certifica-se que há limites na autonomia das



áreas programáticas que causam entraves, principalmente, na interação entre a ESF e o restante da rede da Secretaria de Saúde.

A partir da descrição feita das áreas programáticas pode-se verificar que, para garantir a integração da rede e viabilizar a adoção dos critérios de territorialidade e adscrição da clientela, que são bases da Estratégia Saúde da Família, cabe à administração da Cidade do Rio de Janeiro viabilizar a melhor distribuição dos serviços.

É possível constatar alguns esforços neste sentido, como o crescimento do número de equipes ESF para reforço da atenção básica e a inauguração das Clínicas da Família, que podem facilitar o acesso a exames laboratoriais e alguns especialistas, conforme será mostrado no capítulo dedicado à área 3.1.

### 3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RJ

As primeiras equipes do Programa Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro foram implantadas em Paquetá no ano de 1995. Este PSF era localizado numa ilha com cerca de 4.000 habitantes, dentro da Unidade Integrada de Saúde (UIS) Manoel Arthur Villaboim, único e pequeno hospital do local. Apesar de ter sido o primeiro Programa Saúde da Família, não foi uma experiência possível de ser reproduzida para outras comunidades da cidade do Rio de Janeiro.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a relação entre equipe e população ficou muito alta (1 ESF para 1.350 moradores, cerca de 400 famílias, quando o preconizado seria 1 ESF para cada 2.400 a 4.500 moradores). Manter a quantidade de profissionais necessária para dar continuidade à relação entre o número de equipes e o número de moradores, como a da experiência em Paquetá, seria muito dispendioso. Por este motivo, o modelo de PSF não poderia ser reproduzido em outros locais pelo seu alto custo, tendo em vista a remuneração dos profissionais. (CAZELLI 2003).

Em 1996, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro iniciou uma série de experiências na Atenção Básica com base nas diretrizes do Programa Saúde da Família. As regiões em que as experiências seriam realizadas foram escolhidas por gerentes das diversas Coordenações de Área Programáticas da Cidade, segundo Costa (2008), articulados com organizações não governamentais, associações de moradores e conselhos distritais de saúde.

A gestão deste Programa era compartilhada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro e por gestores dessas organizações citadas anteriormente, organizações não governamentais, associação de moradores e conselhos distritais, sob a forma de convênios assinados entre as duas partes. Os recursos requeridos pelo PSF eram provenientes do Piso da Atenção Básica (PAB) variável e eram complementados por recursos do Tesouro da Prefeitura. (COSTA 2008).

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Complexo da Maré e na Comunidade de Vigário Geral (1996/1997) foi parte dessas experiências. Apesar de não terem seguido a orientação do Ministério da Saúde para PACS, pois os gestores eram da Secretaria Municipal de Saúde, o

objetivo era semelhante: aumentar o vínculo da equipe de saúde com as comunidades e promover acesso à porta de entrada do SUS. As equipes ficaram sob responsabilidade da coordenação de área, no caso área 3.1, não havendo inserção no organograma e no fluxograma do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. (CAZELLI 2003).

Em 1998, na iminência de uma epidemia de dengue foram contratados agentes de saúde pela Companhia de Limpeza Urbana do Rio de Janeiro (COMLURB). Estes agentes foram treinados para o trabalho pela SMS. A partir dessa experiência

a e, através da Gestão da Coordenação de Saúde das Comunidades, a SMS iniciou o processo de expansão e por que não, de expansão dos programas de agentes comunitários de saúde e da Saúde da Família. (CAZELLI 2003).

Em 1999, a SMS criou o Núcleo de Saúde da Comunidade (NSC), ligado diretamente ao Gabinete da Superintendência de Saúde Coletiva (SSC). O objetivo era incentivar a ampliação de PACS e PSF. No ano 2000, ampliaram-se as áreas de atuação, atingindo mais comunidades e complexos, chegando em 2003, a 16 comunidades e complexos (conjuntos de comunidades próximas) alcançados pelo PACS, com o total de 426 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O Programa Saúde da Família totalizava 23 equipes de Saúde da Família (ESF) atendendo a 10 comunidades e complexos. (CAZELLI 2003). A partir da média de 3.450 habitantes para cada equipe, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2006), é possível estimar uma população potencialmente atendida de 79.350 pessoas. O ano de 2003, no SIAB, mostra uma cobertura pouco maior que a média esperada, 85.582 pessoas.

Neste período, a contratação de pessoal era feita a partir de parcerias de cada comunidade: Algumas delas optaram por Organizações Não Governamentais (ONGs), seguindo o modelo original da Ilha de Paquetá, outras por cooperativas e outras por contratação via associação de moradores.

No ano de 2003, houve um processo de seleção de profissionais da rede da Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais interessados em trabalhar no Programa Saúde da Família se inscreveram e foram entrevistados. Quando aprovados, a inserção no PSF aconteceu através do remanejamento entre as unidades de saúde da SMS. O profissional era substituído em sua unidade de origem por outro da rede da SMS, passando a ser dedicação de 40 horas para o

PSF, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Para participar do PSF, os funcionários receberiam uma gratificação Saúde da Família, a fim de adequar os salários às 40 horas semanais necessárias para dedicação ao PSF. A remuneração era diferenciada para cada categoria.

Duas categorias continuaram com o regime de contratação mesmo depois da seleção dos funcionários da SMS. Para os médicos, normalmente não era interessante receber a gratificação e ter dedicação exclusiva ao Programa Saúde da Família, pois a possibilidade de fazer vários plantões era mais vantajosa financeiramente. Também a formação médica era a que mais mantinha a característica de ser centrada no modelo do hospital sendo muito diferente do modelo de saúde coletiva proposto pelo PSF.

Em relação aos agentes comunitários de saúde, estes precisavam ser moradores do local onde iriam trabalhar para fortalecer o vínculo formado com a comunidade e para conhecer melhor o local e seus moradores. Assim, as duas categorias, médicos e agentes comunitários, continuaram a ser contratadas em regime regido pela CLT, tornando a maior parte das equipes mistas, em função de permanecerem os vínculos funcionais, estatutário e celetista.

No ano de 2008, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil realizou Processo Seletivo para a Estratégia de Saúde da Família, para profissionais que não eram servidores municipais. A busca foi feita através do envio de currículos para uma caixa postal após anúncio publicado no jornal. Foram selecionados auxiliares de consultório dentário (ACD), técnico em higiene dental (THD), cirurgião dentista e enfermeiro.

Essa seleção foi realizada de acordo com o número de vagas disponíveis naquele momento e dividida pela área programática de interesse do candidato. O resultado final começou a ser divulgado a partir de fevereiro de 2009 e, os profissionais, convocados através da Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção da SMSDC. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).

Desde seu início no Rio de Janeiro em 1995, o Programa Saúde da Família foi alvo de várias estratégias de organização. Apesar disso, ainda não se transformou, na Cidade do Rio de Janeiro, em modelo abrangente, conforme será visto nos próximos capítulos.

O Rio de Janeiro, além de características das grandes cidades, apresenta características próprias, que não podem ser excluídas do planejamento de sua rede

de saúde. A cidade é formada por regiões que diferem em renda, população, acesso a serviços, entre outros aspectos relevantes. Outro ponto é que há uma rede de saúde preexistente à ESF. Esta rede tem funcionários com seu próprio regime de trabalho e usuários que têm suas escolhas de local e tipo de atendimento.

Como exemplo de área em que a população tem dificuldade de acesso ao atendimento, temos a pesquisa de Dias, Cunha e Amorim (2005), na Área Programática 5.3, que engloba os bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba. Nessa região, além de haver poucos serviços de saúde disponíveis a estrutura de transporte é precária. A rede secundária, com especialistas e exames, não existe nas áreas, obrigando os moradores a se deslocarem para a região central da cidade. Conforme foi descrito no capítulo “Cenário do Estudo” o Centro da cidade, área que não é densamente povoada tem grande quantidade de atendimentos, provenientes provavelmente de regiões onde estes não são encontrados.

Além da carência de recursos, a região ainda sofre com grande influência do tráfico de drogas, descrito no estudo como um “poder paralelo”, que por várias vezes, interrompe o deslocamento em busca dos serviços. Os problemas causados pelo tráfico, como o uso de drogas e uso de armas de fogo e suas consequências, contraditoriamente aumentam a demanda por serviços e dificultam a fixação dos profissionais de saúde na região, provocando maior carência de serviços.

Esse é um problema que dificulta inclusive a expansão da Estratégia Saúde da Família no local. É interessante que sejam feitos novos estudos sobre as áreas da Cidade em que foram instaladas Unidades de Polícia Pacificadoras (UPP) para verificar se houve influência na expansão da ESF, como, por exemplo, a área 3.1. Porém, as Unidades Pacificadoras ainda não chegaram até área da Zona Oeste incluída neste relato (Área Programática 5.3).

Além da violência, há dificuldade de fixação dos profissionais, provocada pela distância do centro e pela dificuldade de trabalhar sem uma rede secundária e hospitalar que possa absorver a demanda da ESF, mencionada no texto. Estes fatores vêm provocando dificuldade de contratação e evasão dos profissionais, principalmente dos profissionais de nível superior, especialmente médicos.

A fragilidade da rede de referência também influencia na limitação da atenção. Este fator está presente como dificuldade nas grandes cidades, pois apesar da existência dos recursos de atenção com maior nível de complexidade, a distância

maior a ser percorrida entre referência e contra-referência dificulta o acesso da população aos serviços.

Esse problema pode ser visualizado no estudo em questão, pois apesar da área pesquisada ter quatorze unidades básicas e um hospital geral na época do estudo, em 2005 (O Hospital Estadual Pedro II, único localizado em Santa Cruz que está desativado desde 2010 por causa de um incêndio), a quantidade não responde à necessidade de atenção secundária e terciária da população local. (DIAS, CUNHA e AMORIM 2005).

De 2010 até o presente ano foram construídas dez Clínicas da Família na região deste estudo. A estrutura desse tipo de unidade será descrita no capítulo sobre a atenção no Complexo do Alemão, mas a proposta é que possa responder às demandas secundárias de exames e consultas especializadas.

Atualmente, o PSF no Rio de Janeiro conta com novo modelo de gestão, as Organizações Sociais, que se soma aos anteriores. A Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, introduziu no âmbito municipal o modelo de Organizações Sociais – OS, com propósito de possibilitar a modernização das formas de contratação de serviços públicos, introduzindo novas formas de gestão, seguindo experiências adotadas por outras unidades da Federação, como Santa Catarina e São Paulo. (JORNAL VOZ DA SAÚDE 2011)

Segundo a lei referenciada no parágrafo acima, uma entidade pode se habilitar à qualificação de organização social se corresponder aos critérios a seguir:

*“a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;*

*b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;*

*c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto,*

*d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;*

*e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;*

*f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da Cidade, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão com a Cidade;*

*g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do Estatuto;*

*h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;*

*i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da Cidade da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da Cidade, na proporção dos recursos e bens por este alocados;*

*j) comprovação dos requisitos legais para constituição de pessoa jurídica.”*  
(Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009).

A Comissão de Qualificação de Organizações Sociais – COQUALI, criada pelo Decreto nº 30.780, de 2 de junho de 2009, é a entidade responsável por certificar as organizações que podem trabalhar junto à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro estabelecendo os serviços que podem ser prestados por elas, através de contratos de gestão.

A partir do ano de 2010, a Secretaria de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro lançou as convocações públicas para parcerias com o objetivo de: gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde; incluindo a Estratégia Saúde da Família, que ficou separada entre a administração de cinco organizações sociais divididas mantendo a divisão em áreas programáticas, segundo o quadro a seguir:

ÁREA PROGRAMÁTICA	ORGANIZAÇÃO SOCIAL
AP 1.0	Global Soluções de Saúde
AP 2.1/ 3.1/3.3	Viva Comunidade
A.P.2.2	Instituto Social Fibra
AP 3.2 /5.3	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
AP 4.0/ 5.1/ 5.2	Instituto de Atenção Básica e Avançada em saúde (IABAS)

**Quadro 1 - Organização Social responsável pela ESF em cada Área Programática, na Cidade do Rio de Janeiro.**

Fonte: Informação colhida nos contratos da SMS, disponíveis na Internet. (SMS)

Os primeiros contratos entre a Prefeitura da Cidade do Rio Janeiro e Organizações Sociais ainda não completaram seu segundo ano. O acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde possibilitará verificar a eficiência desta nova maneira de gerir serviços de saúde.



## 4 AVALIAÇÃO

Todos os itens desta avaliação seguem a metodologia aplicada no trabalho de Garcez et al. (2010): “Avaliação de Estratégia Saúde da Família na Cidade de Florianópolis”, capítulo do livro *A Formação em Saúde da Família* (BÜCHELLE e COELHO, 2010), conforme foi detalhado no capítulo 1 – “Metodologia” deste trabalho.

### 4.1 Cobertura

O indicador cobertura pode ser avaliado a partir das informações sobre a população cadastrada pelos agentes de saúde nas visitas das equipes de ESF. Estas informações são contabilizadas e informadas no SIAB. A cobertura da ESF é a razão entre a população residente na cidade do Rio de Janeiro recenseada pelo (IBGE 2010) em cada ano estudado e a população cadastrada no SIAB. Essa razão é multiplicada por 100 para demonstrar a porcentagem de população coberta pela ESF. (GARCEZ et al, 2010).

Os dados de cadastramento do ano de 2011 estão incluídos no SIAB até julho. Como são dados cumulativos com os outros anos, já que a cobertura de um normalmente se soma à do ano anterior, serão registrados nesse indicador para atualizar a quantidade de equipes ESF e a cobertura. Os dados mostrados nos itens a seguir 4.2 - Mudança de modelo e, 4.3 – Impacto, não serão avaliados no ano de 2011, pois precisam do completo preenchimento deste ano, o que ainda não ocorreu.

É preciso ressaltar que o SIAB é alimentado com as informações do cadastro das famílias, preenchido pelos agentes comunitários de saúde em cada equipe (vide Introdução). A padronização é conferida por capacitação dos agentes, mas principalmente pelo pequeno número de agentes em alguns locais, a falta de capacitação e a necessidade destes dados serem digitados por outra pessoa, aumenta a possibilidade de erro para a consolidação destas informações.

**Tabela 3 – Porcentagem da população coberta pela ESF entre 2006 e 2011 na Cidade do Rio de Janeiro.**

ANO	POP CADASTRADA SIAB	POPULAÇÃO DO RJ	% COBERTA
2006/Dez	265980	6136656	4,33
2007/Dez	424677	6178762	6,87
2008/Dez	425709	6161047	6,91
2009/Dez	411678	6186713	6,65
2010/Dez	410879	6320446	6,50
2011/Julho	483143	6320446	7,64

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

Na avaliação proposta por Garcez et al.(2010), a cobertura alta de ESF corresponde mais de 70% (recebe escore 5); cobertura média de 50 a 70% (recebe escore 3) e a cobertura baixa menos de 50% (recebe escore zero). Portanto, conforme a tabela 3, a cobertura da cidade do Rio de Janeiro nos anos estudados é baixa. A Cidade recebe escore zero em todos os anos estudados.

Outra metodologia de avaliação de cobertura feita pelos mesmos autores em 2008 é baseada no cálculo da Cobertura Potencial Populacional. Esta representa quantas pessoas poderiam estar efetivamente cobertas pela Estratégia Saúde da Família, se cada equipe da Cidade do Rio de Janeiro estivesse responsável por 3.450 habitantes, conforme a média da determinação do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006, p. 14).

$$\text{Cobertura Populacional Potencial} = \frac{\text{Número Equipes ESF} \times 3450}{\text{Número de Residentes do Cidade}} \times 100$$

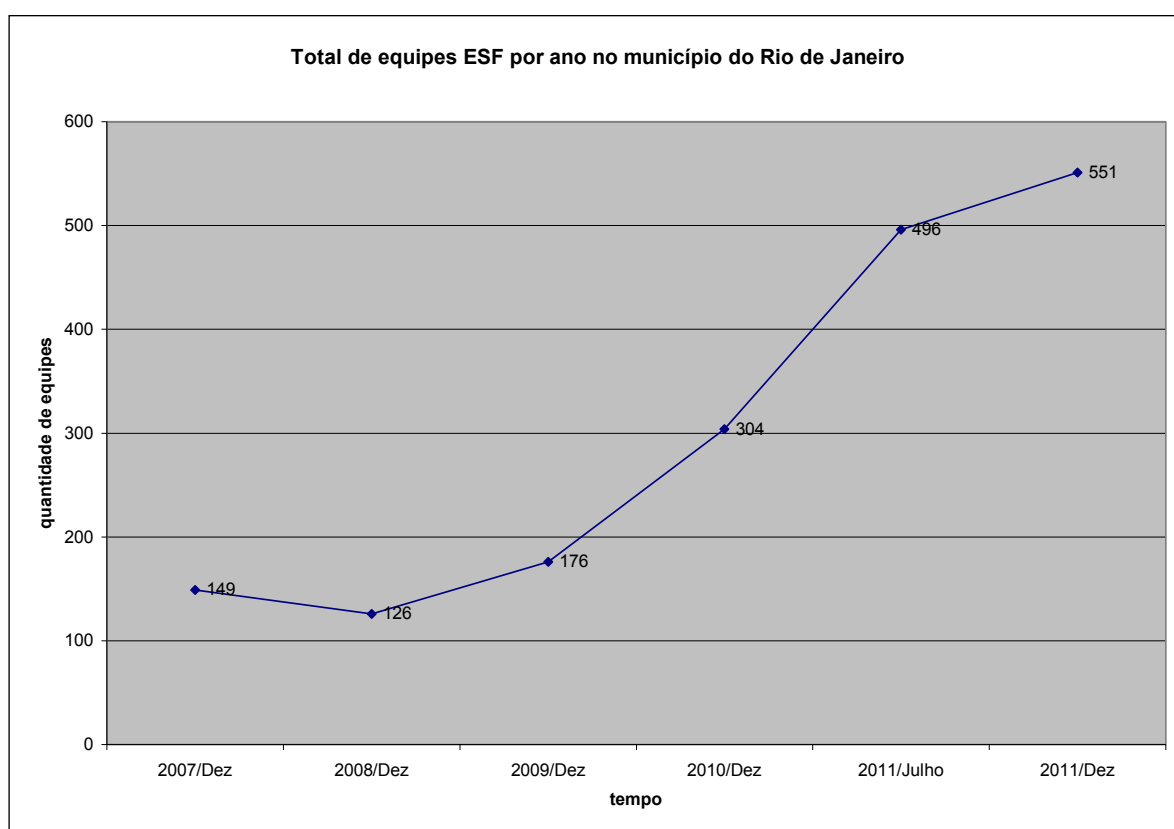
A tabela 4 mostra a quantidade de equipes de Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro, dividida por tipo de equipe, entre dezembro de 2007 e dezembro de 2011(CNES - cadastro por tipo de equipe). Esse cadastro no CNES foi iniciado em 2007, portanto, não há informações no CNES sobre o ano de 2006.

**Tabela 4 – Equipes de Saúde da Família por tipo: 2007 a 2011.**

Tipo da Equipe	2007/Dez	2008/Dez	2009/Dez	2010/Dez	2011/Jul	2011/Dez
01-ESF-EQUIPE DE SAÚDE DA FAMILIA	82	35	51	105	131	141
02-EQP. DE SAUDE DA FAMILIA C/SBUCAL M.I	49	69	102	130	187	188
03-EQP. SAUDE DA FAMILIA C/SBUCAL M.II	18	22	23	58	135	180
06-ENASF1-EQP. DO NASF	-	-	-	11	43	42
Total	149	126	176	304	496	551

Fonte: Ministério da Saúde cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

O gráfico 1 mostra a quantidade total de equipes ESF na cidade do Rio de Janeiro. Entre 2007 e 2008 há uma queda (15%) depois os números são crescentes até o final de 2011.

**Gráfico 1 - Quantidade total de equipes ESF por ano Rio de Janeiro**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das tabelas 3 e 4.

Para a avaliação do potencial de cadastramento, não foram consideradas as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por não possuírem o papel de cadastro e porta de entrada do sistema, conforme a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Estas equipes foram, portanto excluídas do total de equipes de 2010 e 2011, anos em que já faziam parte do total da cidade do Rio de Janeiro.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade preveem a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008).

A classificação proposta no outro trabalho de Henrique e Calvo (2008) leva em conta somente a cobertura potencial, porém os escores atribuídos continuariam iguais. Cobertura potencial maior que 70% é considerada alta (recebe escore 5). A cobertura potencial média fica entre 50 e 70% da população e recebe escore 3. A cobertura potencial baixa é considerada abaixo de 50% e recebe escore zero.

No caso da Cidade do Rio de Janeiro, a cobertura potencial receberia escore zero em todos os anos estudados, conforme a tabela 5. Porém, ao verificar os números das duas tabelas, chama atenção um aspecto: a relação entre a cobertura potencial e a cobertura registrada no SIAB em cada período. A possibilidade de cobertura da quantidade de equipes é muito maior que a cobertura efetivamente registrada. Esse aspecto será comentado com maiores detalhes nos resultados deste estudo.

**Tabela 5 – Porcentagem da população que poderia ser coberta com o número de equipes de cada ano mencionado.**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011
Número equipes por ano	149	126	176	293	509
Cobertura Máxima Possível = (Equipes x 3450)	514050	434700	607200	1010850	1756050
População	6178762	6161047	6186713	6320446	6355949
% População Coberta	8,32	7,06	9,81	15,99	27,63

Fonte: Censo IBGE 2010.

O aumento de cobertura da Estratégia Saúde da Família é um problema não só para o Rio de Janeiro. A dificuldade de expansão da cobertura é um problema verificado nas cidades grandes em geral, especialmente nas que superam a marca dos cem mil habitantes.

Os dados de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL 2011) mostram grande diferença de cobertura entre municípios grandes e pequenos, apesar de iniciativas como o PROESF para expandir a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um Acordo de Empréstimo celebrado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. Está dividido em duas fases: A primeira fase compreende os anos de 2003 a 2007 e a segunda, os anos de 2010 a 2013. Ainda é, portanto, um programa em execução. (BRASIL 2011).

A proposta do programa foi a de fortalecer a reorganização da atenção básica a partir do PSF nos cidades com mais de 100.000 habitantes. Estudos de linha de base foram financiados por este programa a partir de uma concorrência pública que selecionou oito instituições nacionais para estudar o diagnóstico do padrão epidemiológico e a organização dos serviços, principalmente em relação à atenção básica em 168 cidades com mais de 100.000 habitantes.

Esses estudos serviriam como subsídio aos gestores do sistema com informações confiáveis sobre a situação da atenção básica nos grandes centros urbanos do país. O termo de referência do PROESF propõe que os estudos de linha de base devam ser seguidos de novas investigações e pesquisas que poderão

fornecer informações para futuros estudos comparativos sobre organização e desempenho dos sistemas de saúde. (BODSTEIN et al. 2006).

Algumas publicações sobre os estudos de linha de base mostram desafios a serem enfrentados na implantação do PSF e, portanto, são reflexões importantes sobre a estratégia de substituição do modelo existente. (CAETANO e DAIN 2002; FACHINNI et al. 2006; MELO et al. 2008; PEREIRA et al. 2006; ROCHA et al. 2008; SZWARCOWALD et al. 2006; VIANA et al. 2008).

1 – Necessidade de capacitação e fortalecimento da gestão municipal.

2 – Necessidade de tornar, não apenas dos vínculos, mas o próprio processo de trabalho em saúde menos precário.

3 – Dificuldade de atingir a diminuição da iniquidade com políticas homogêneas para situações desiguais, especialmente no caso do financiamento.

4 – Dificuldade de articulação da atenção básica com a rede de serviços especializada.

5 – Melhora da pactuação entre cidades para formação de uma rede integrada.

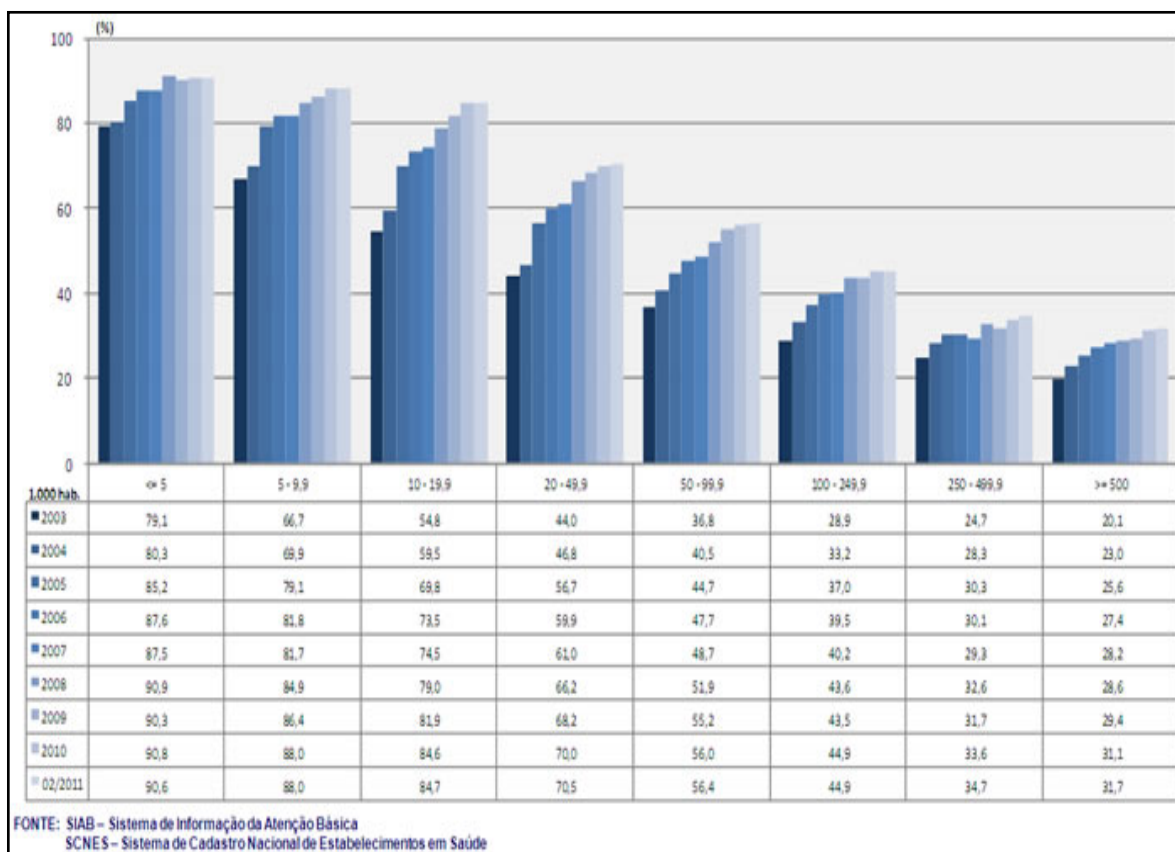
6 – Capacidade de monitoramento inadequada por falta de sistemas de informação confiáveis.

7 – A existência de uma rede de saúde preexistente em grandes centros. Normalmente, esta rede ainda conta com a relação entre o público e o privado, o que dificulta ainda mais a perspectiva de uma mudança total de modelo.

8 – Grandes cidades contam com realidades complexas e heterogêneas: desde o perfil de urbanização e condições de vida diversas, que são dependentes de políticas intersetoriais até diferenças epidemiológicas e acesso à serviços de saúde que podem não se adequar a um único modelo de atenção.

É possível perceber que ao longo do tempo, o PSF passou por várias mudanças em suas normas, financiamento e até nos objetivos, tornando-se estratégia. Porém, a cobertura do programa continua menor em grandes cidades.

O gráfico abaixo mostra a diferença de adesão entre os municípios por seu porte populacional. Na primeira faixa, de até 5 mil habitantes, a cobertura é quase total, pois segundo as regras do programa, apenas uma equipe cobre praticamente 100% da população. A última faixa, que mostra os municípios de mais de 500.000 habitantes, apesar dos esforços no sentido de aumentar a cobertura nos municípios maiores, a cobertura passou de 20,1% em 2003 para 31,7% em 2011.



**Gráfico 2 – Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF Distribuído por Porte Populacional no BRASIL – ABRIL 2011**

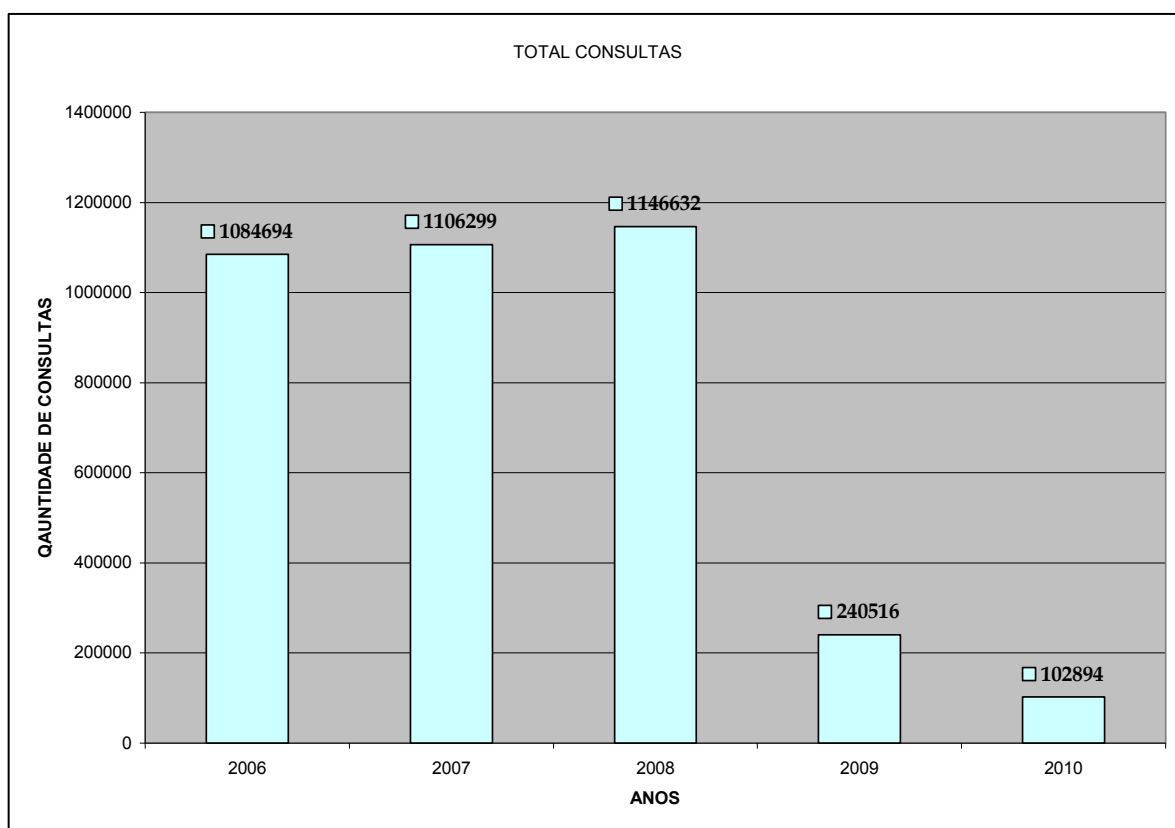
Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>

## 4.2 Indício de mudança de modelo

Compõe este indicador, as visitas domiciliares do médico, os exames de patologia clínica solicitados, os encaminhamentos ao especialista e o atendimento individual do enfermeiro. Como denominador, é utilizada a quantidade de consultas médicas total, incluídas todas as faixas etárias descritas no SIAB. A fórmula encontrada pressupõe que a consulta médica individual é importante na assistência à saúde, mas que no modelo da Estratégia Saúde da Família deve estar em equilíbrio com as outras atividades desenvolvidas.

O cálculo das consultas médicas esperadas leva em conta o tempo de 20 minutos por paciente, multiplicado por 24 horas de atendimento semanal, totalizando 72 consultas médicas por semana. O contrato de 40 horas para o PSF é exigido na maior parte dos municípios, o cálculo prevê 24 horas para atendimento em consultório e 16 horas para as atividades em equipe previstas na ESF.

O gráfico 3 mostra a variação da quantidade de consultas entre 2006 e 2010:



**Gráfico 3 – Consultas médicas por ano – 2006 a 2010**

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)



A análise dos dados de visita individual do médico procura perceber o quanto a visita domiciliar é valorizada na relação entre médico e paciente. O parâmetro para visitas domiciliares contempla o tempo de deslocamento e a maior interação no domicílio, ou seja, uma consulta mais demorada, resultando em um cálculo de 40 a 80 minutos por consulta, normalmente em 4 horas semanais que corresponde a 1 turno semanal de visita médica domiciliar. A proporção esperada seria então, de uma visita domiciliar para cada 12 a 24 consultas médicas.

A tabela 6 mostra que o parâmetro de visitas domiciliares está dentro dos padrões esperados na cidade do Rio de Janeiro entre 2006 e 2010. Apesar do número de consultas diminuir muito em 2009 e 2010, é possível perceber a queda proporcionalmente maior das visitas domiciliares, pois a razão entre elas aumenta.

**Tabela 6 – Razão entre consultas médicas e visitas domiciliares entre 2006 e 2010.**

Ano	Consultas	Visita do Médico	% Consulta/Visita	Escore
2006	1084694	65094	16,66	1
2007	1106299	70948	15,59	1
2008	1146632	92888	12,34	1
2009	240516	15542	15,48	1
2010	102894	6023	17,08	1
total 2006 a 2010	3681035	250495	14,70	1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

No segundo parâmetro constata-se que a mudança de modelo é a razão entre quantidade de exames de patologia pedidos e a quantidade de consultas médicas. A metodologia do estudo de Henrique e Calvo (2008) mostra o cálculo baseado nos valores deste parâmetro encontrados para o Brasil em 2001. Os valores são divididos em quatro quartis. O valor considerado ideal fica entre o final do primeiro e o início do terceiro quartil. Por este motivo, a razão esperada entre exames de patologia clínica e consultas médicas continua a ser considerado 3 a 6 consultas para cada exame. O estudo de 2010 utilizou os mesmos números apesar de não explicitar no texto como foram encontrados.

Como pode ser verificado na tabela 7, o Rio de Janeiro esteve dentro dos parâmetros de 2007 a 2009. No ano de 2006, a proporção de exames por consulta

foi maior que o esperado, totalizando 6,31 consultas para cada exame pedido. No ano de 2010 há uma queda em relação ao valor esperado, a cada 0,76 consultas é pedido um exame, relação muito maior que o mínimo esperado que é de 1 exame a cada 3 consultas.

**Tabela 7 – Razão entre exames de patologia pedidos e consultas médicas.**

Ano	Consultas	Ex. Patologia Clínica	% Consultas/Exames	Score
2006	1084694	172036	6,31	0
2007	1106299	216932	5,10	1
2008	1146632	302082	3,80	1
2009	240516	52601	4,57	1
2010	102894	135568	0,76	0
Total 2006 a 2010	3681035	879219	4,19	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

O terceiro parâmetro é a razão entre consultas de enfermagem e consultas médicas. O valor padrão é calculado da mesma forma que o item anterior. O esperado é 1 consulta de enfermagem para cada 2 a 4 consultas médicas.

A tabela 8 mostra que o parâmetro só atinge o valor esperado em 2006. Entre 2007 e 2009 o valor se encontra abaixo do esperado. No ano de 2010, a razão 0,30 mostra que, para cada consulta de enfermagem, há de 1,51 consultas em 2007 a 0,30 consultas médicas em 2010.

O valor abaixo do esperado demonstra não só que há um aumento nas consultas de enfermagem, o que representaria a mudança de modelo, mas que possivelmente há menor acesso às consultas médicas.

**Tabela 8 – Razão entre consultas médicas e de enfermagem.**

Ano	Consultas	Individual Enfermagem	%Consultas/Atend. Enf	Score
2006	1084694	475900	2,28	1
2007	1106299	733550	1,51	0
2008	1146632	1056360	1,09	0
2009	240516	161959	1,49	0
2010	102894	342439	0,30	0
total 2006 a 2010	3681035	2770208	1,33	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

O quarto parâmetro, o de encaminhamento ao especialista, segue o padrão preconizado para a resolutividade da atenção primária, que é de 85%. O trabalho de Henrique e Calvo (2008) segue o padrão de 10 a 20% de encaminhamentos. A razão deve ser, portanto, de 5 a 10 consultas para cada encaminhamento ao especialista.

A tabela 9 mostra que somente o ano de 2008 está dentro do parâmetro. Todos os outros anos têm baixa proporção de encaminhamentos ao especialista. Por exemplo, no ano de 2010, para cada 16,33 consultas clínicas, havia apenas 1 encaminhamento ao especialista. Esse parâmetro, possivelmente, ultrapassa o que seria esperado de resolutividade da clínica. Provavelmente, a dificuldade de acesso ao especialista influencia neste resultado.

**Tabela 9 – Razão entre consultas médicas e encaminhamentos ao especialista.**

Ano	Consultas	Encam.Atend.Espec.	% Consultas/Enc.	Escore
2006	1084694	57891	18,74	0
2007	1106299	82206	13,46	0
2008	1146632	167376	6,85	1
2009	240516	22548	10,67	0
2010	102894	6300	16,33	0
total 2006 a 2010	3681035	336321	10,95	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

### 4.3 Impacto

A avaliação do impacto do PSF, seguindo a metodologia utilizada, pode ser medida pela quantidade de internações por condições sensíveis à atenção primária que estão presentes nas informações do SIAB. A escolha dos agravos a serem medidos será discutida mais adiante no capítulo “Resultados”, no item “Impacto”.

As condições adotadas para esta avaliação foram:

- 1) Pneumonia em menores de cinco anos;
- 2) Desidratação em menores de cinco anos;
- 3) Complicações de diabetes;
- 4) Complicações por abuso de álcool;

A razão entre a soma das internações por estas doenças e o número de residentes multiplicado por 10.000 é a taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária.

A tabela 10 abaixo mostra os valores encontrados para cada item de hospitalização na cidade do Rio de Janeiro:

**Tabela 10 - Hospitalização por condições sensíveis à atenção primária na Cidade Rio de Janeiro.**

Ano	<5a_Pneumonia	<5a_Desitrat	Abuso_Álcool	Complic.Diab.	TOTAL
2006	218	24	33	161	436
2007	238	18	30	202	488
2008	331	12	60	260	663
2009	222	8	40	175	445
2010	19	3	2	24	48
Total	1483	159	293	1179	3114

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

A tabela 11 mostra a taxa de internação por dez mil habitantes:

**Tabela 11 - Taxa de internação por condições evitáveis pela atenção primária a cada 10.000 habitantes atendidos pela ESF na Cidade do Rio de Janeiro.**

TOTAL	POP. COB. PSF	POR 10000
436	265980	16,39
488	424677	11,49
663	425709	15,57
445	411678	10,80
48	410879	1,16
3114	2978747	10,45

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

Para classificar o impacto nas internações é preciso saber os dados de internação no Rio de Janeiro, anos de 2006 a 2010.

A divisão dos escores foi feita a partir da taxa de internação no estado do Rio de Janeiro, (da mesma forma que o trabalho realizado em Florianópolis calculou a taxa em Santa Catarina) em três categorias:

- Baixo número de internações: até 25% das internações do ano correspondente - Escore = 5

- Médio número de internações: de 25% a 100% das internações do ano correspondente - Escore = 3

- Alto número de internações: mais que 100% das internações do ano correspondente – Escore ZERO.

**Tabela 12 - Hospitalização por condições sensíveis à atenção primária no Estado do RJ**

Ano	<5a_Pneumonia	Hosp.<5a_Desitrat	Hosp. Abuso_Álcool	Hosp.Complic.Diab.	TOTAL
2006	2645	860	1330	3853	8688
2007	2477	441	1243	3980	8141
2008	2346	403	1173	4062	7984
2009	2060	468	1117	4077	7722
2010	1812	486	1112	4031	7441

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB)

**Tabela 13 - Taxa de hospitalização por condições sensíveis à atenção primária no Estado do Rio de Janeiro**

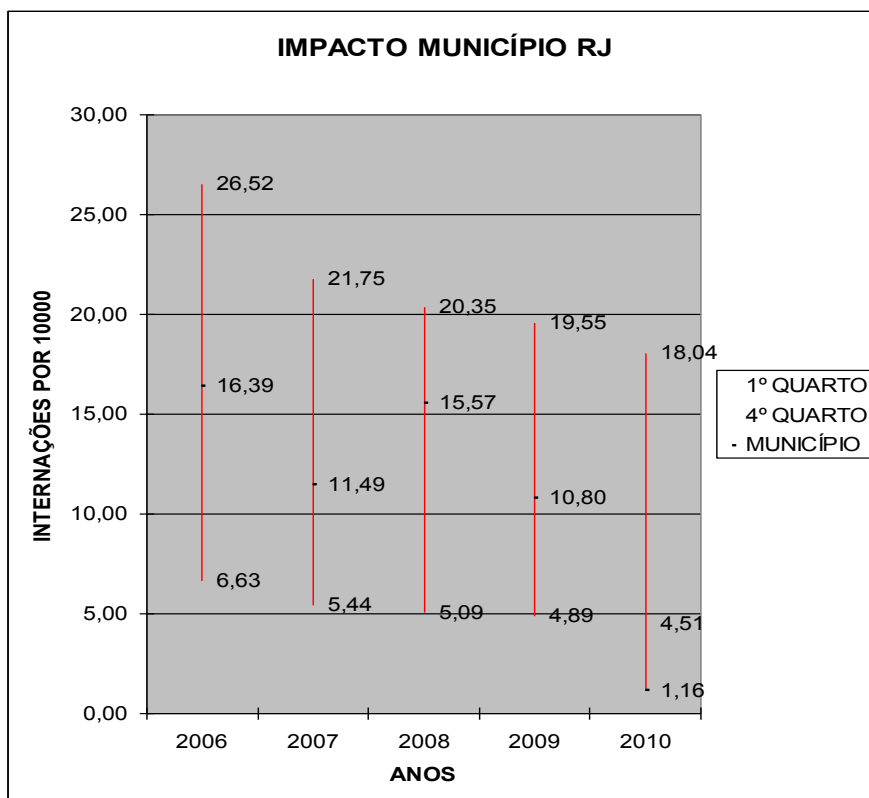
Ano	TOTAL	COBERTURA	INT. POR 10000
2006	8688	3276246	26,52
2007	8141	3743099	21,75
2008	7984	3922523	20,35
2009	7722	3950128	19,55
2010	7441	4125799	18,04

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

**Tabela 14 – Valores de referência e taxa de internação correspondente aos anos estudados**

ANO	1º QUARTO	4º QUARTO	CIDADE	TAXA	SCORES
2006	6,63	26,52	16,39	MÉDIO	3
2007	5,44	21,75	11,49	MÉDIO	3
2008	5,09	20,35	15,57	MÉDIO	3
2009	4,89	19,55	10,80	MÉDIO	3
2010	4,51	18,04	1,16	BAIXO	5

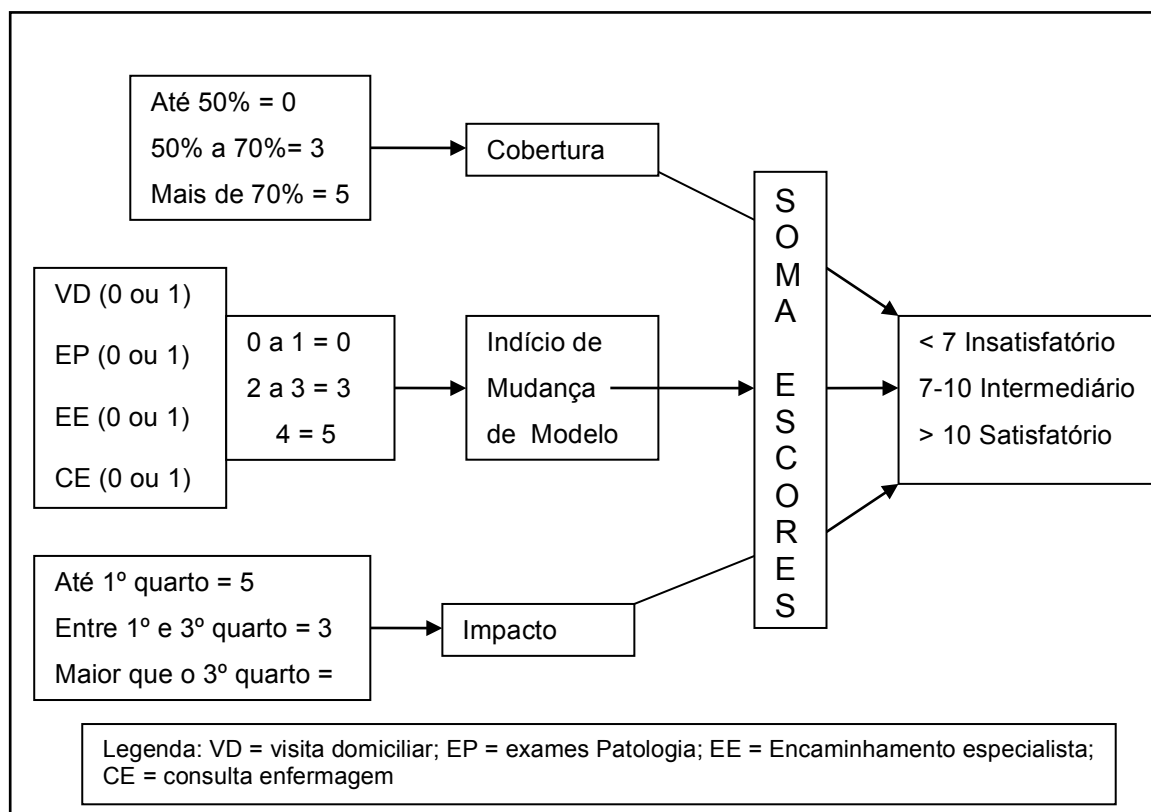
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB



**Gráfico 4 – Posição da taxa de internação dos anos estudados: Relação Estado e Cidade.**

## 5 RESULTADOS

A partir da metodologia utilizada, os escores são somados, porém análise das variáveis será feita separadamente. O quadro 2 mostra a composição dos escores a partir da soma dos indicadores.



**Quadro 2 – Resumo da classificação por escore.**

Fonte: Adaptado de Garcez et al. 2010

O indicador mudança de modelo é composto por quatro medidas que representam atividades desenvolvidas pelas equipes de PSF. Cada uma destas medidas, quando atingido o valor padrão estabelecido, em cada caso foi numerada com escore 1. O valor não atingido recebeu escore zero. Foi atribuído um escore total à soma destes escores parciais para que este indicador tivesse o mesmo peso dos demais.



**Tabela 15 – Resultado do indicador mudança de modelo para o Rio de Janeiro de 2006 a 2010.**

ANOS	VIS. DOM	EXAMES	ENCAMINHAMENTO	CONS ENF.	SOMA	RESULTADO
2006	1	0	1	1	3	3
2007	1	1	0	0	2	3
2008	1	1	0	0	2	3
2009	1	1	0	0	2	3
2010	1	0	0	0	1	0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das tabelas anteriores.

A tabela 16 mostra a soma dos três indicadores: cobertura, mudança de modelo (totalizado da forma acima) e impacto. As duas últimas colunas mostram o total e o resultado para cada ano. Os anos de 2006 até 2010 receberam a classificação insatisfatória, porém a composição do escore foi diferente, como mostra a tabela 16.

**Tabela 16 – Somatório dos Indicadores.**

ANOS	COBERTURA	MUD. MODELO	IMPACTO	TOTAL	
2006	0	3	3	6	INSATISFATÓRIO
2007	0	3	3	6	INSATISFATÓRIO
2008	0	3	3	6	INSATISFATÓRIO
2009	0	3	3	6	INSATISFATÓRIO
2010	0	0	5	5	INSATISFATÓRIO

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das tabelas anteriores.

O estudo de HENRIQUES et al. (2011) que aplicou a mesma metodologia do estudo de Garcez et al 2010 aos cidades do Amazonas, classificou como insatisfatória a implantação da ESF na capital Manaus nos dois momentos em os dados foram estudados: 2004 e 2008. Os autores citam que essa classificação de Manaus pode ser fruto do início da implantação do PSF que não se deu conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

O trabalho em Florianópolis (Garcez et al 2010) que comparou 2002 e 2006 concluiu que a cidade ainda apresentava um índice de mudança pouco significativo no caminho da ESF, apesar de ter havido aumento na cobertura populacional.

Como o resultado geral não dá ideia da totalidade da avaliação, os resultados serão detalhados por cada indicador e, no capítulo 6, discutidos a partir da bibliografia que trata de ESF no Rio de Janeiro.

## 5.1 Cobertura

O indicador cobertura de ESF recebeu escore zero em todos os anos estudados. A cobertura se mantém entre os anos estudados, 2006 a 2010, em torno de 6%. O percentual de 50% de cobertura exigida, pela avaliação de Garcez (2010) para pontuar neste indicador, não parece viável para uma grande metrópole como o Rio de Janeiro, pois para este percentual ser atingido, deveriam estar cobertas pela ESF mais de três milhões de pessoas.

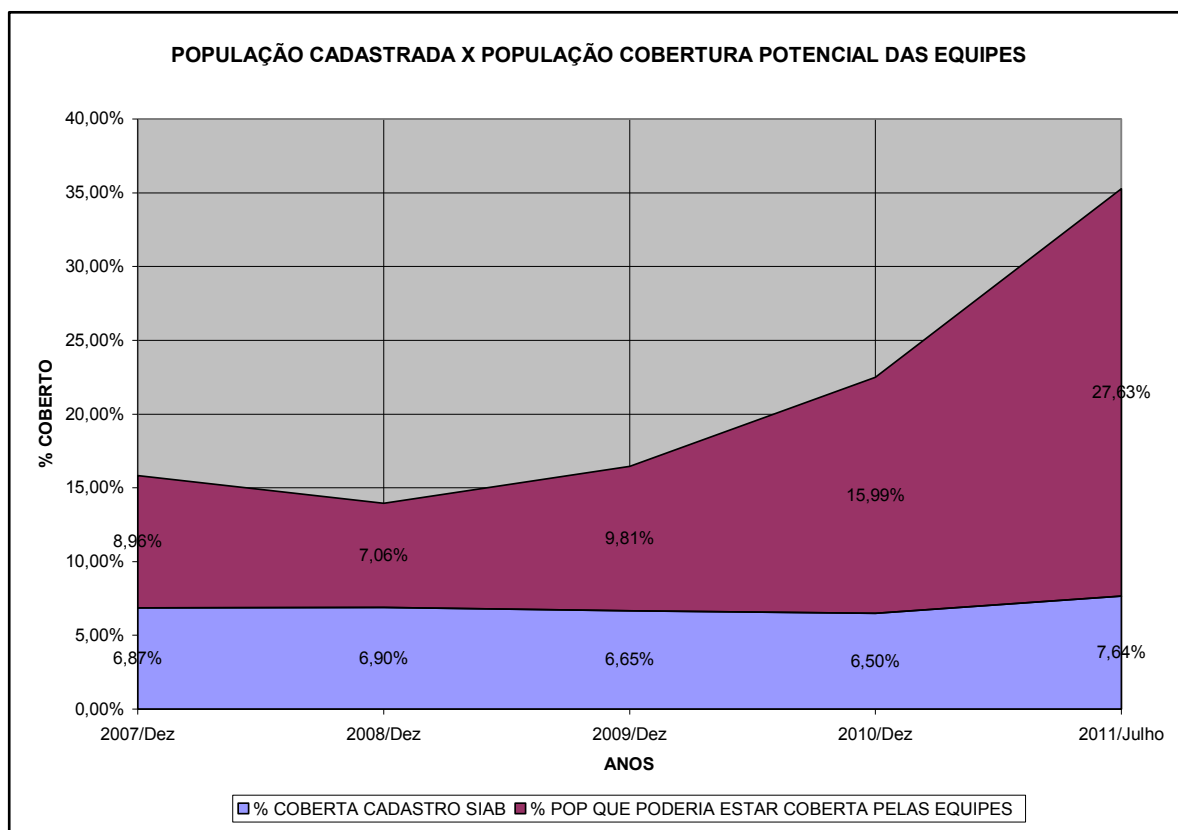
Ao incluir o ano de 2011 é possível perceber que a tendência é de crescimento da cobertura de ESF. Entre 2006 e 2009 nenhum ano teve o crescimento verificado em 2011, mesmo com os dados atualizados apenas até o mês de julho.

É interessante verificar os dados de cobertura, comparando com o número de equipes cadastradas no CNES. O ano de 2006 não estará nesta comparação pelo cadastro das equipes no CNES por ter se iniciado no ano seguinte.

O número de cadastrados de 2007 a julho de 2011 aumenta 0,71%. O número de equipes que cadastram moradores (retirando, neste momento os NASF, conforme foi explicado no capítulo “Avaliação”) aumenta de 149 para 509 (341,61%).

Ao verificar os números da tabela 17 e do gráfico 5, chama atenção um aspecto: a relação entre a cobertura potencial e a cobertura registrada no SIAB em cada período.

O gráfico 5 mostra a diferença entre a população cadastrada (SIAB) e a população que poderia ser coberta com o potencial das equipes implantadas. É possível perceber que, se cada equipe tivesse o cadastro de 3.450 moradores, que serve de base para o indicador do Ministério da Saúde, (média entre 2.500 e 4.000 pessoas) a cobertura da Estratégia Saúde da Família seria bem maior. O gráfico mostra que, a partir de 2009, a distância cobertura SIAB x cobertura potencial aumenta. A área azul mostra a população efetivamente coberta e cadastrada no SIAB. A área roxa mostra a população que estaria coberta se cada equipe tivesse 3.450 pessoas cadastradas.



**Gráfico 5 – Cobertura Potencial x Cadastro SIAB**

Fonte: elaboração baseada nas tabelas anteriores.

A gráfico 5 mostra a razão entre potencial de cobertura (equipes x 3.450) e número de cadastrados no SIAB. Ou seja, em 2007, 82,61% do potencial das equipes foi utilizado. Esta razão cai de 2007 a 2011. Em 2011, apenas 30,91% do potencial das equipes era utilizado. O número de equipes aumentou, mas este potencial aparentemente não foi bem aproveitado para o cadastramento de novas famílias e, conseqüentemente, de seu acompanhamento.

**Tabela 17 – Razão entre cadastrados e cobertura potencial.**

ANO	CADASTRADOS	POTENCIAL	RAZÃO
2007/Dez	424677	514050	82,61%
2008/Dez	425709	434700	97,93%
2009/Dez	411678	607200	67,80%
2010/Dez	410879	1010850	40,65%
2011/Julho	483143	1562850	30,91%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

## 5.2 Indícios de mudança de modelo

O indicador mudança de modelo é composto por quatro elementos que serão discutidos separadamente neste capítulo. Estes avaliam as atividades pertinentes à Estratégia Saúde da Família e as comparam com a quantidade de consultas médicas.

As consultas médicas informadas no SIAB para a Cidade do Rio de Janeiro se mantiveram em torno de 1.100.000 entre 2006 e 2008. Em 2009, foram apenas 240.516 e, em 2010, foram 102.894 consultas médicas.

As consultas diminuem em todas as faixas etárias em 2009 e 2010. Até 2008, havia variações. De um ano para outro algumas faixas aumentavam ou diminuía.

É possível verificar no gráfico 5, que depois de pequenos aumentos de 2006 para 2007 e 2008, distribuídos entre as faixas etárias, a quantidade de consultas médicas decresce até 2010. É relevante a queda das consultas fora de área de 2007 para 2008, o que pode ser um indício de que a territorialidade inerente ao PSF deve estar sendo seguida. Os dados no SIAB referentes ao ano de 2011 estão incompletos. Constam apenas os meses de janeiro e fevereiro, por isso não fazem parte dos gráficos.

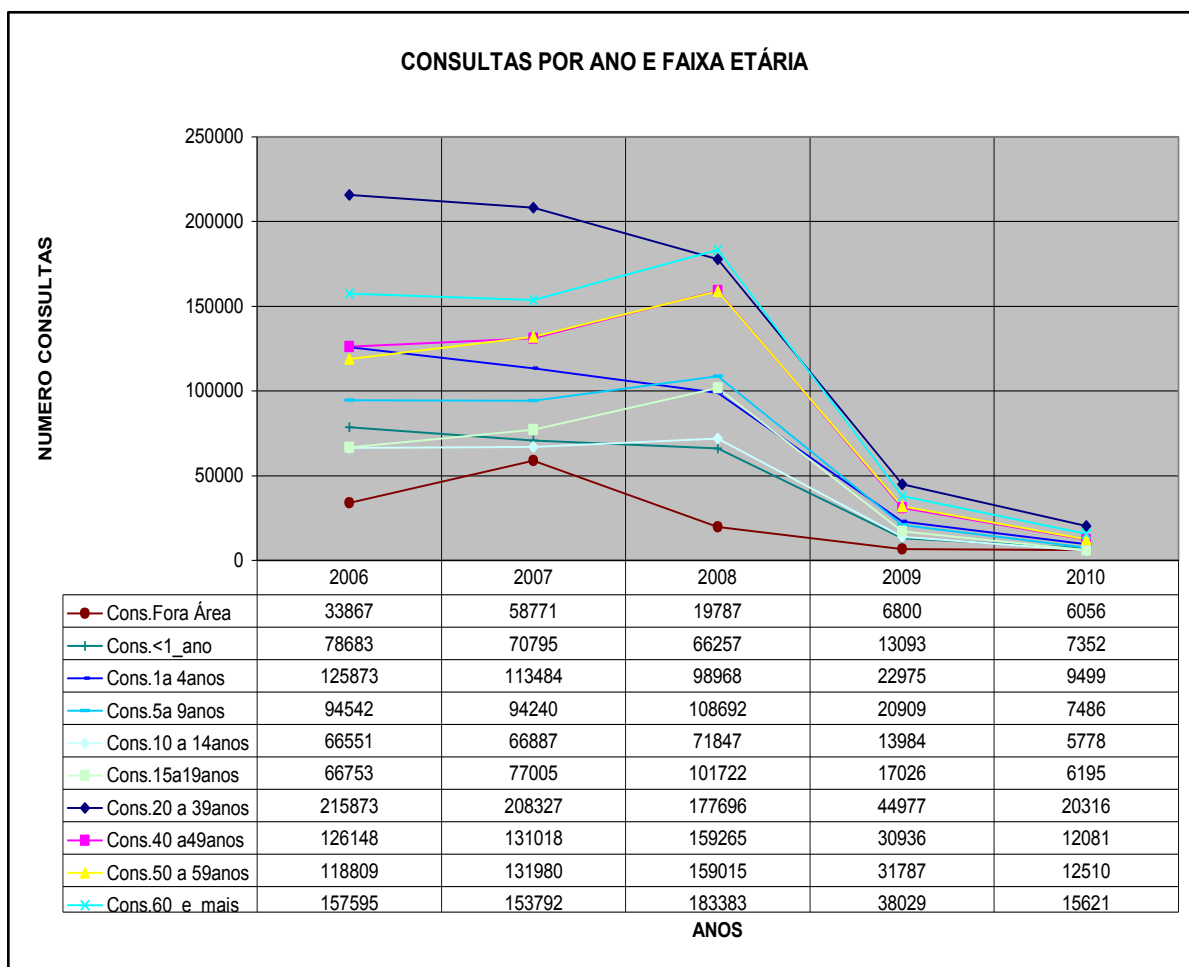
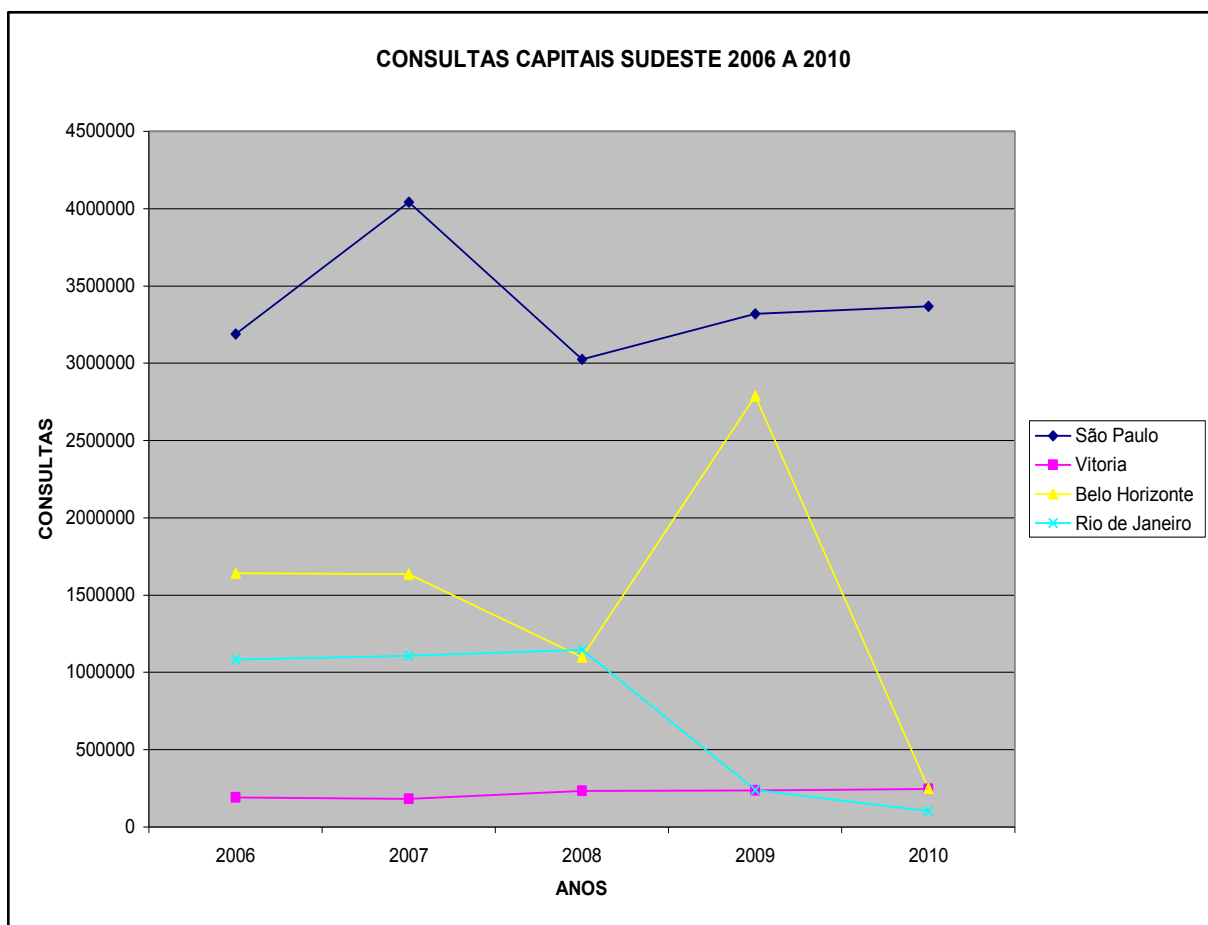


Gráfico 6 – Consultas médicas por ano divididas por faixa etária.

Fonte: Ministério da Saúde - Datasus

Com o objetivo de verificar se a queda no número de consultas é um padrão de variação comum no período, é feita a comparação com outras capitais e com grandes municípios do Rio de Janeiro.

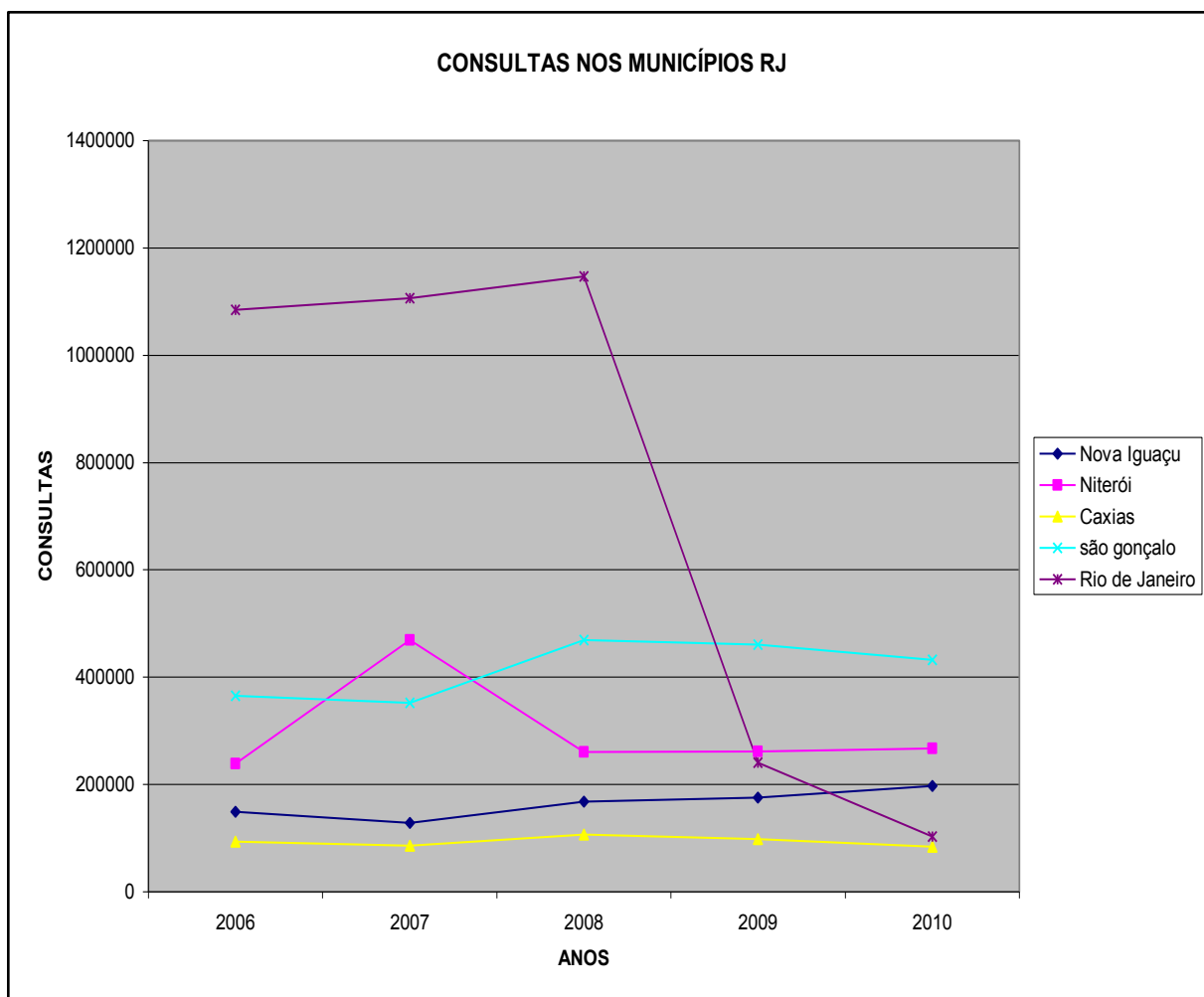
Entre as quatro capitais do Sudeste, nenhuma acompanha a variação do número de consultas do Rio de Janeiro. São Paulo e Vitória não apresentaram diferença significativa entre os anos. Belo Horizonte teve uma queda grande no número de consultas de 2009 para 2010, conforme o gráfico abaixo.



**Gráfico 7 – Consultas por ano nas capitais do Sudeste.**

Fonte: Ministério da Saúde - Datasus

Entre os cinco Municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro (IBGE CENSO 2010), só o Rio de Janeiro tem grande variação no número de consultas de 2009 e 2010, como mostra o gráfico 8.



**Gráfico 8 – Consultas nos 5 municípios mais populosos do Rio de Janeiro.**

Fonte: Ministério da Saúde – Datasus.

A variação do número de consultas é própria dos números do Rio de Janeiro. Não varia por faixa etária e não é comparável com outros lugares. Então, a queda na quantidade de consultas poderia ser um reflexo de mudança no padrão assistencial baseado em consultas médicas individuais para um modelo multidisciplinar.

Porém, é importante mencionar que as consultas individuais do médico de Saúde da Família são incluídas no indicador “média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas”, da Política Nacional de Atenção Básica (2006).

O parâmetro nacional, segundo este documento, deveria ser 1,5 consulta médica/habitante/ano, considerada a população total. Em 2010, se for considerada consulta/habitante coberto PSF, mesmo com toda a queda das consultas, ainda seriam 4 consultas/habitante. O numerador desse indicador é composto pela soma



de 20 procedimentos listados no Política Nacional de Atenção Básica (2006) que serão divididos pela quantidade de habitantes.

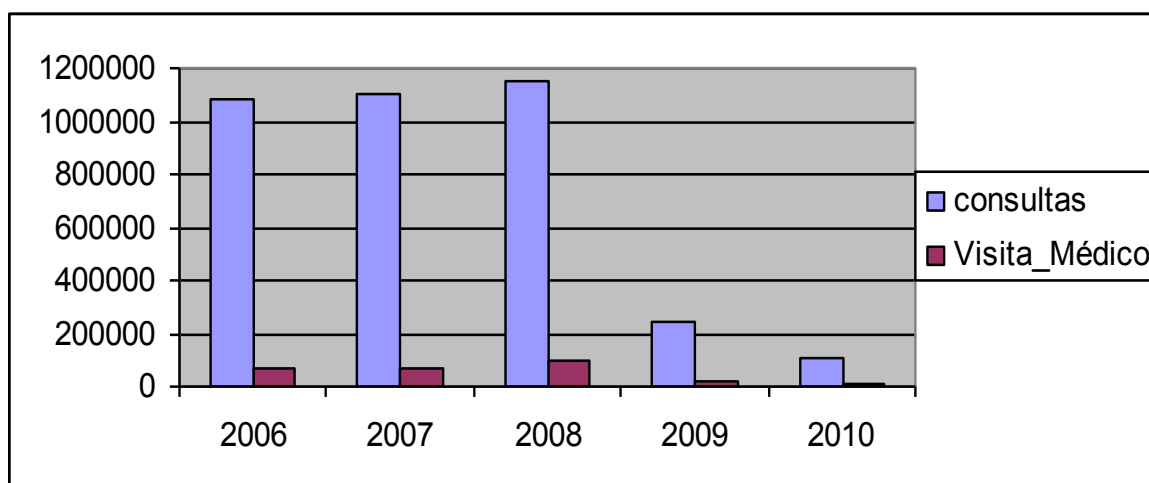
Segundo o Ministério da Saúde, esse indicador tem utilidade para avaliar e reprogramar a oferta de consultas médicas básicas ambulatoriais, porque reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual. Um dos fatores limitantes citados pelo próprio ministério é o sub-registro das informações no SIA/SUS, principalmente a partir da introdução do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, utilizado pelas equipes de Saúde da Família.

Na informação do documento, o estado do Rio de Janeiro tinha em 2002, a média de 1,9 consultas por habitante e, a cada ano, o estado perde 0,1 consulta por ano até chegar à média de consultas é de 1,5 por habitante em 2006.

### 5.2.1 Visitas domiciliares do médico

As visitas domiciliares estiveram dentro do parâmetro esperado na avaliação. As visitas domiciliares são parte importante da presença de toda equipe, e, neste caso, especificamente do médico.

Conforme descrito no início deste capítulo, a cidade do Rio de Janeiro teve queda considerável no número de consultas ambulatoriais do médico em 2009 e 2010. Contudo, proporcionalmente a queda das visitas domiciliares de médico foi ainda maior.

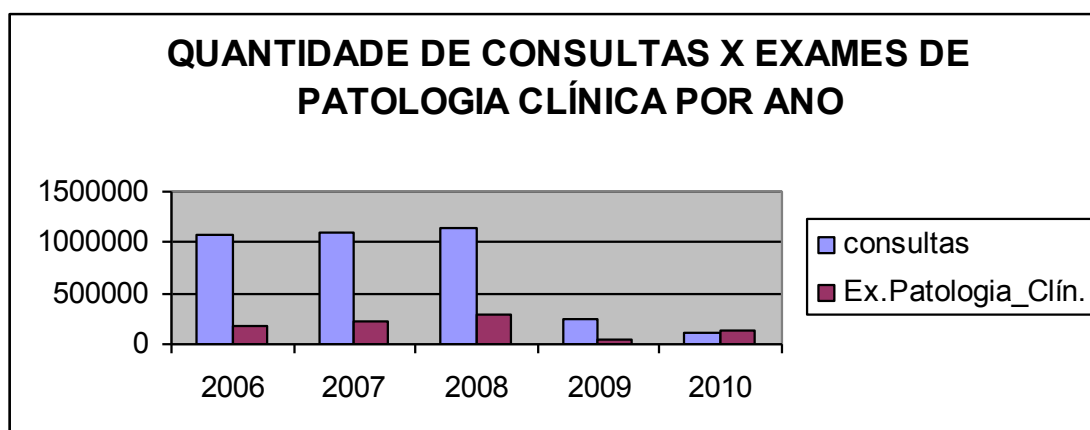


**Gráfico 9 – Relação entre consultas ambulatoriais e visitas domiciliares do médico**

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

### 5.2.2 Exames de patologia

O Rio de Janeiro se manteve dentro dos padrões esperados pela avaliação proposta entre 2007 e 2009. Os anos fora dos parâmetros foram 2006 e 2010. O ano de 2006 ultrapassou por pouco a proporção com 6,31 consultas para cada exame. O ano de 2010 teve 0,76 consultas para cada exame, ou seja, mais de um exame por consulta.



**Gráfico 10 – Relação entre exames solicitados e consultas por ano.**

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Com a queda do número de consultas a menos da metade de 2009, a tendência já seria diminuir a proporção, mas o número de exames pedidos é duas vezes e meio maior que em 2009.

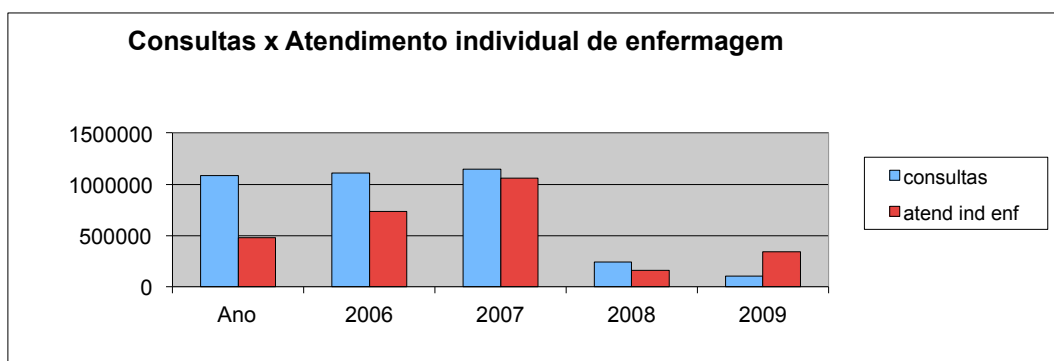
A proporção de exames pedidos tem relação com a rede em que a Estratégia Saúde da Família está inserida, se está próximo a algum local onde os exames de patologia possam ser realizados, se a rede de referência e contra-referência respondem adequadamente aos pedidos pelos médicos do programa.

### 5.2.3 Consultas de enfermagem

A relação entre consultas médicas individuais e consultas de enfermagem fica desde o ano de 2007 abaixo do parâmetro referido na metodologia. O ano de 2010 tem mais consultas de enfermagem que consultas médicas. Muito é devido à queda das consultas médicas já discutidas, porém houve grande crescimento do número de consultas de enfermagem em 2010.

O fato de essa nova conformação das consultas de enfermagem ultrapassar o esperado, não demonstra o equilíbrio desejado em uma equipe multiprofissional. Pode sugerir a dificuldade de atendimento médico ou também a absorção de mais atividades na ESF pela equipe de enfermagem.

A redução do número de consultas médicas que é o numerador desta razão também influencia o menor valor desta.



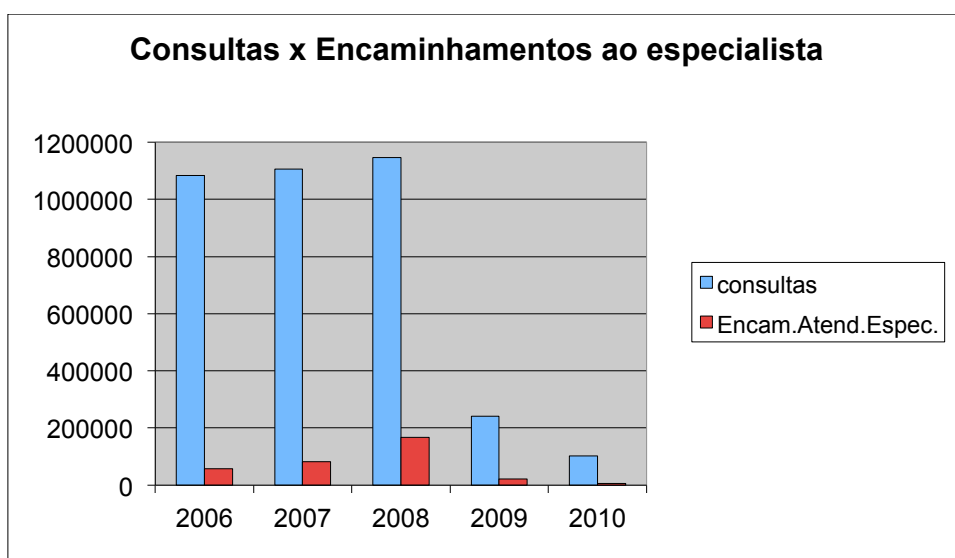
**Gráfico 11 – Relação entre consultas ambulatoriais do médico e atendimento individual de enfermagem.**

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

#### 5.2.4 Encaminhamentos ao especialista

O ano de 2008 está dentro do parâmetro e o ano de 2009 fica bem próximo. Os anos de 2006, 2007 e 2010 ficam bem acima do esperado. No ano de 2010 há um encaminhamento apenas para cada 16,33 consultas.

O intervalo entre 5 a 10 encaminhamentos seria esperado para 85% de resolutividade na Atenção Básica (haveria encaminhamento em 10 a 20% das consultas). O resultado do ano de 2010 mostra, então que os encaminhamentos acontecem menos frequentemente do que seria esperado. No caso de 2010, apenas 6,25% das consultas tinham encaminhamento para o especialista. Há possibilidade de que o baixo número de encaminhamentos seja reflexo da dificuldade de acesso ao especialista necessário.



**Gráfico 12 – Relação entre consultas ambulatoriais e encaminhamentos solicitados para o especialista.**

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O estudo de Madureira et al (1989) indica que resolutividade não pode ser traduzida apenas pela quantidade de encaminhamentos, pois estes não são sinônimos de demandas resolvidas. É possível que uma unidade que só encaminha 5% de sua demanda (sendo considerado um ótimo serviço, por isso), não tenha condições e recursos para diagnosticar a necessidade real de encaminhamentos. Por outro lado, um serviço que encaminha 20% de sua demanda pode ser serviço

compatível com os recursos disponíveis, diagnosticando sua necessidade real de encaminhamentos.

Em São Gonçalo, grande cidade do Rio de Janeiro, Monnerat et al. (2002) mostram a organização do PSF como um desafio de reorganizar a Atenção Básica e provocar a remodelagem de toda a rede de maior complexidade tecnológica. A demanda que, com a organização do programa deixa de ser reprimida e chega à rede com solicitações de consultas e exames especializados, pode dificultar a integração entre o PSF e a rede de serviços já existente, caso não se efetivem mecanismos gerenciais capazes de promover a articulação entre o PSF e os demais programas de saúde.

Se a rede de serviços secundária e terciária continua a mesma, esta será incompatível com as novas solicitações que decorrem do aumento da capacidade de atendimento da rede de Atenção Básica a partir da ESF. A capacidade de resolutividade da ESF depende dos serviços de maior complexidade para auxílio diagnóstico e prosseguimento ao tratamento. Se a demanda do paciente não pode ser resolvida, quebra-se a relação de confiança formada entre a equipe ESF e a população. A quebra da expectativa de resolução de problemas pode desacreditar toda a ESF.

### 5.3 Impacto

A taxa de internação registrada no SIAB referente às condições sensíveis à atenção primária naquele sistema foi classificada como média entre 2006 e 2009. O ano de 2010 teve a quantidade de informações registradas como baixa. O impacto do PSF poderia, então, ser classificado como médio entre 2006 e 2009 e alto em 2010.

O ano de 2010 apresenta queda importante no número de internações (de 10,80 a cada 10.000 habitantes em 2009 para 1,16 em 2010). A queda no número de registros de internação em 2010 levou à busca em manuais e portarias sobre mudança de regra de preenchimento no SIAB, porém nada foi encontrado. Quando os dados de 2011 estiverem disponíveis, seria interessante verificar se esta queda é mantida.

Esse resultado pode ser um indício de impacto da Estratégia Saúde da Família, mas não pode ser creditado exclusivamente a este fato. É preciso examinar a relevância desta informação da população coberta pela ESF no contexto geral da população da Cidade. Para efeito desta comparação, foi realizado o exame dos números de internação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) dos anos estudados.

É necessário classificar quais são as doenças sensíveis à atenção primária no CID 10 para que seja possível encontrar a informação referente às internações na Cidade e compará-las com os dados do SIAB.

É importante frisar que o SIH se refere à população total da cidade. O valor encontrado será o parâmetro para ser comparada com as internações de fração atendida pelo PSF, representada no SIAB. A classificação das doenças, que causam internações evitáveis pela atenção primária representadas no SIH, é feita de forma diferente por vários estudos. Elias e Magajewski (2008) somam às categorias do SIAB a pneumonia em maior de 60 anos, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. O artigo de Alfradique (2009) listou 120 condições como internações evitáveis. A classificação proposta segue a utilizada por Henrique e Calvo (2008) para Santa Catarina.

**Tabela 18 – Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Rio de Janeiro.**

Internações por Lista Morbidade CID-10					
Lista Morbidade CID-10	2006	2007	2008	2009	2010
Diarréia e gastroenterite origem infecciosa Presumível	417	317	4505	4556	5937
Insuficiência Cardíaca	3572	4054	22237	21697	20208
Pneumonia	8263	8739	41897	45247	46363
Asma	1162	1094	11154	8753	8748
	13414	14204	79793	80253	81256
POPULAÇÃO RESIDENTE	6136656	6178762	6161047	6186713	6320446
<b>TAXA DE INTERNAÇÃO POR 1000</b>	<b>2,19</b>	<b>2,30</b>	<b>12,95</b>	<b>12,97</b>	<b>12,86</b>

Fonte: SIH e IBGE 2010 ([www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores))

Pela tabela é possível perceber que o impacto notado no ano de 2010 nas internações por causas evitáveis, na população cadastrada no SIAB, não pode ser extrapolado para a população em geral.

É possível perceber que nas categorias de morbidade usadas para avaliar a morbidade da população em geral, o ano de 2010 não difere muito de 2008 e 2009. Os anos de 2006 e 2007 têm a quantidade de internações bem mais baixa.

Também é importante observar que a partir da Portaria nº 221, de 17/04/08, o Ministério da Saúde (BRASIL 2008) listou as doenças sensíveis aos cuidados primários e propôs sua utilização como instrumento de avaliação. A lista preconizada pelo ministério é maior, mas contém os quatro motivos de internação deste estudo. A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à atenção primária passou a ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008).

A informação do SIH tem como unidade a internação e não o indivíduo. Por exemplo, uma pessoa que foi internada três vezes no ano contará como três e não como um, o que pode aumentar o valor por pessoa.

Pela tabela 18 é possível perceber que o impacto notado no ano de 2010, nas internações por causas evitáveis, na população cadastrada no SIAB não pode ser extrapolado para a população em geral.

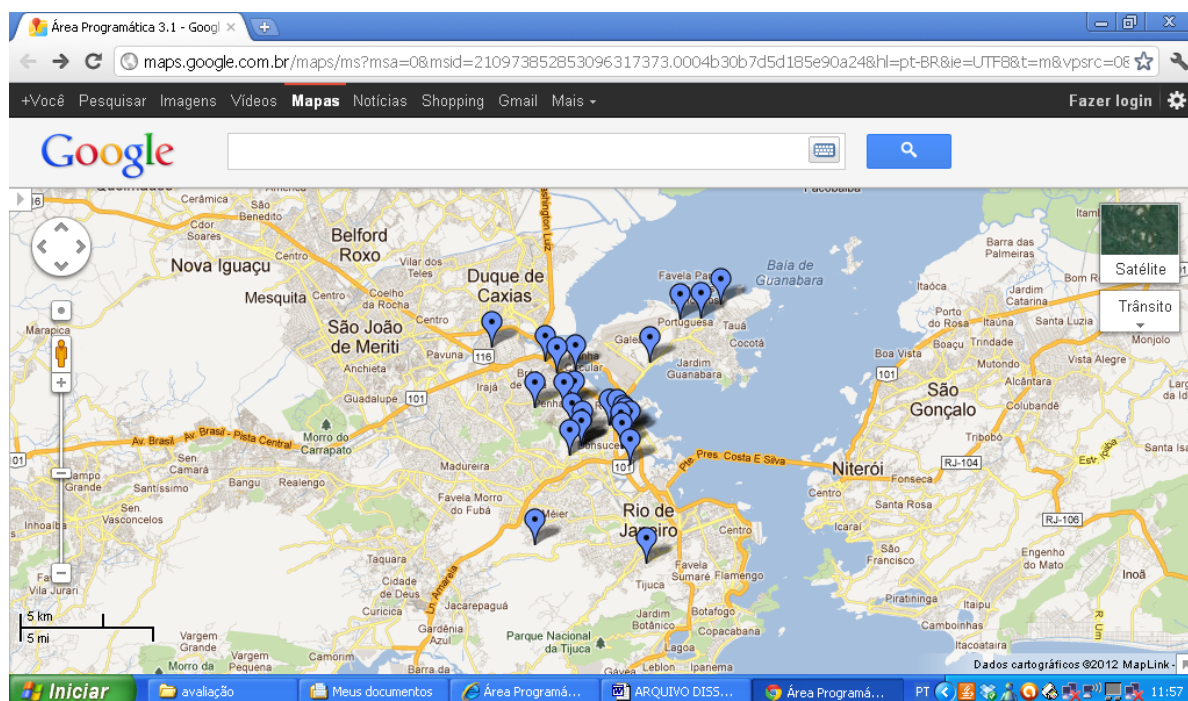


## 6 DISCUSSÃO: ÁREA 3.1 – ESF COMUNIDADE ALEMÃO

### 6.1 Área Programática 3.1 - Divisão e Unidades de Saúde

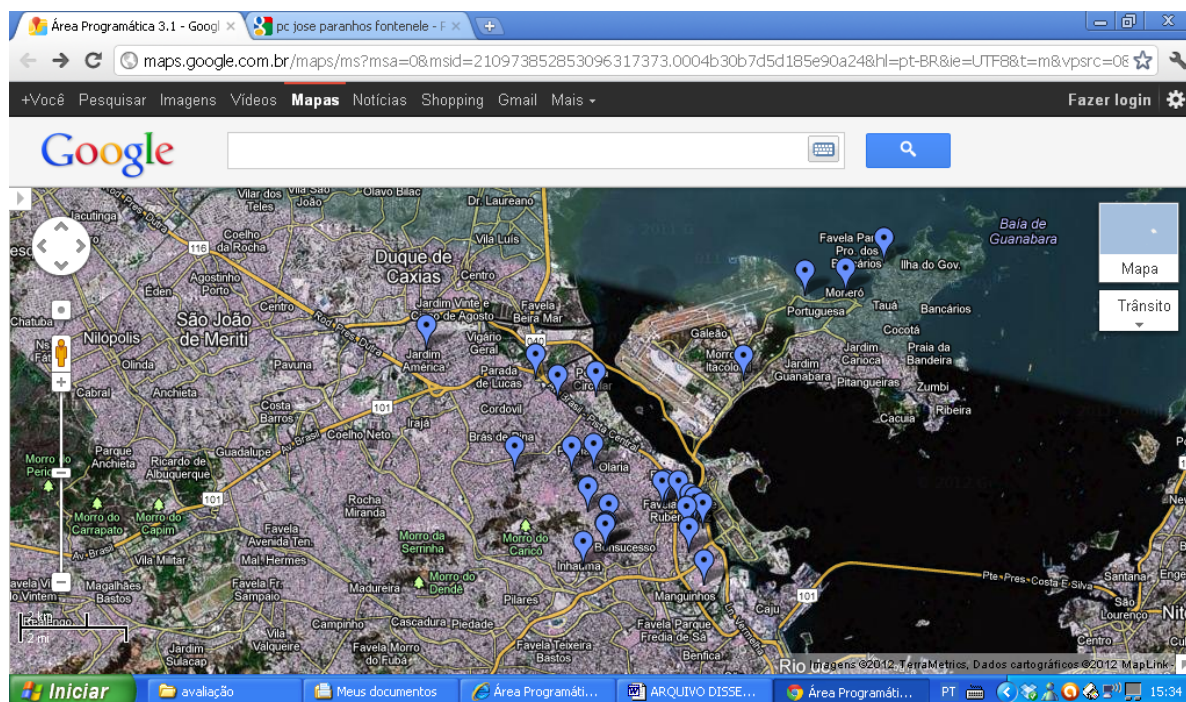
Conforme discutido no capítulo 4, que descreve o cenário deste estudo, a Cidade do Rio de Janeiro é dividida em dez Áreas Programáticas. A área 3.1, que será discutida neste capítulo, corresponde aos bairros: Vigário Geral, Zumbi, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Tauá, Penha, Parada de Lucas, Olaria, Pitangueiras, Penha Circular, Portuguesa, Ramos, Manguinhos, Ribeira, Moneró, Praia da Bandeira, Maré, Freguesia, Alemão, Brás de Pina, Bonsucesso, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Cordovil, Bancários, Galeão.

A área 3.1 foi escolhida para ser o alvo deste estudo por ter sido uma das primeiras áreas onde foi implantado o PSF no Rio de Janeiro em 1996 e, por apresentar a maior quantidade e melhor qualidade das informações disponíveis na literatura entre as Áreas Programáticas da Cidade do Rio de Janeiro. Os mapas abaixo representam a região e seus serviços de saúde.



**Mapa 2 – Visão geral dos serviços de saúde da área 3.1 e sua localização no RJ – 2012-10-12**

Fonte: OTICS



**Mapa 3 – Visão mais aproximada da área 3.1 e seus serviços de saúde – 2012-10-12**

Fonte: OTICS

A Área Programática 3.1 é a segunda região mais populosa da Cidade e a primeira em quantidade de procedimentos ambulatoriais, conforme as tabelas discutidas no capítulo “Cenário do estudo”. (DATASUS 2011).

A área conta com 19 Centros Municipais de Saúde (CMS), 5 Clínicas da Família (CF), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), 1 Policlínica (PC) e 1 Posto de Saúde (PS) – (Organização Social Viva Comunidade). O quadro a seguir mostra a lista das unidades de saúde da Área Programática 3.1 e seus respectivos bairros.

CMS Heitor dos Prazeres	Brás de Pina
CMS Elis Regina/ N. Holanda	Maré
CMS Vila do João	Vila do João
CMS Samora Machel	Maré
CF Zilda Arns	Complexo do Alemão, Ramos
CF Rodrigo Roig	Complexo do Alemão, Ramos
CMS Esperança	Olaria
CMS Alemão	Ramos

CMS Maria de Lourdes	Complexo do Alemão, Ramos
CAPS João Ferreira	Ramos
CMS Parque Royal	Ilha do Governador
CMS Madre Teresa de Calcutá	Ilha do Governador
CF Maria Sebastiana de Oliveira	Ilha do Governador
CF Assis Valente	Ilha do Governador
PS José Breves dos Santos	Cidade Alta, Cordovil
CMS 14 de Julho	Ramos
CMS M <sup>a</sup> Cristina Roma Paugartten	Ramos
CMS Gustavo Capanema	Maré
CMS Hélio Smith	Maré
CMS Augusto Boal	Ramos
CMS Sereno	Penha Circular
CMS Caracol Grotão	Morro do Grotão, Penha
CF Felipe Cardoso	Penha

**Quadro 3 - Área Programática 3.1 – Unidades de Saúde.**

Fonte: Observatório de Tecnologias de Informação em Sistemas e Serviços de Saúde no Rio de Janeiro – OTICS.

Um estudo do ano de 1994 sobre as unidades de saúde da área 3.1 mostrou que toda a região contava somente com cinco unidades básicas no ano estudado: três unidades assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde (os Centros Municipais de Saúde da Ilha do Governador, de Ramos e da Penha) e duas unidades básicas ligadas a instituições de ensino: Germano Sinval Faria (ENSP) e Vila do João (UFRJ). (BOSI 1994).

A partir da tabela de unidades mostrada, é possível perceber que houve um aumento considerável na quantidade de unidades de saúde da área 3.1. Apesar do aumento na quantidade de unidades, inclusive com a criação de cinco Clínicas da Família, a avaliação dos capítulos 4 e 5 desta dissertação ainda mostra um aumento pouco significativo na cobertura da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, a despeito desta se mostrar crescente nos primeiros dados consolidados de 2011 e de ser uma região com a ESF/PACS desde 1996. Os achados reforçam a informação do histórico da ESF no Rio de Janeiro, localizada em áreas prioritárias como a 3.1.

A região 3.1 foi uma das primeiras a ter a implantação de PACS e PSF, conforme foi dito, um dos motivos da escolha desta região para o presente estudo. Quando os primeiros PACS seriam implantados no Rio de Janeiro, (vide capítulo “Estratégia Saúde da Família”) as regiões foram escolhidas por gerentes das diversas Coordenações de Áreas Programáticas da Cidade, articulados com organizações não governamentais, associações de moradores e conselhos distritais de saúde. A prioridade foi dirigida para áreas em que a população não teria acesso aos serviços de saúde, como as áreas de favela.

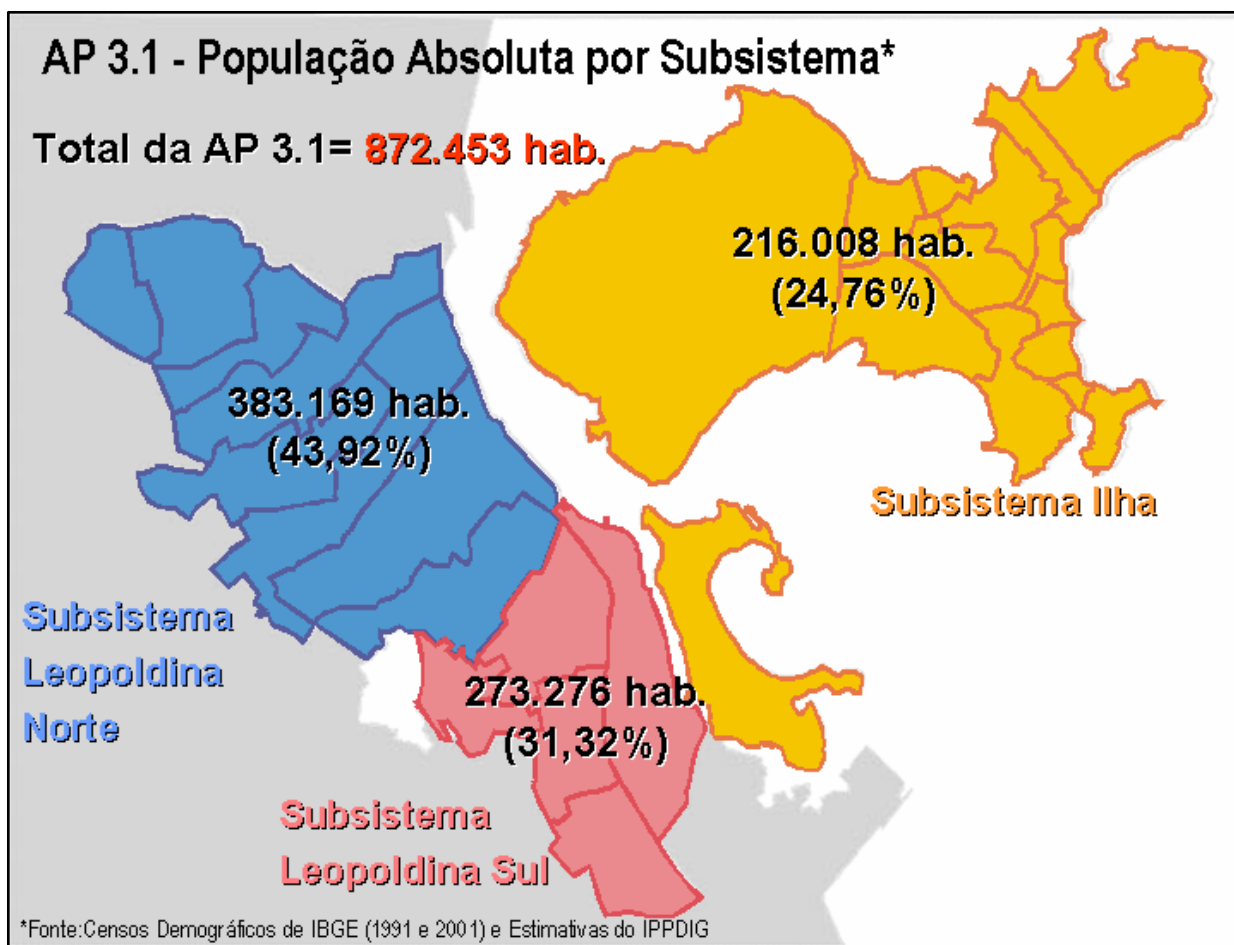
A área 3.1 possui um total de 85 favelas, com 274.408 habitantes, representando 33,52% da população total da região. (CARDOSO 2007). As primeiras equipes foram implantadas em 1996, no Complexo da Maré e em Vigário Geral (vide histórico no Capítulo sobre Saúde da Família). (COSTA 2008).

A área 3.1 se divide em três subáreas chamadas Microrregiões ou Subsistemas de Saúde com o objetivo de melhorar o acesso, cada subsistema tem sua unidade secundária de referência e um serviço de emergência.

O primeiro é o Subsistema Ilha, que tem como referência de atendimento emergencial da população o Hospital Paulino Werneck. A referência secundária é dividida entre as unidades PS Madre Tereza de Calcutá (perfil materno-infantil) e o PAM Newton Alves Cardoso (demais clínicas).

O segundo Subsistema é o Leopoldina Norte. Dentro deste subsistema identificam-se duas unidades centrais para onde convergem os atendimentos: a Policlínica José Paranhos Fontenelle (unidade de referência secundária) e o Hospital Getúlio Vargas (hospital de emergência).

O último, o Subsistema Leopoldina Sul, tem como hospital de referência o Hospital Geral de Bonsucesso e como unidade ambulatorial de referência secundária, o PAM Ramos. Neste sistema estão localizados 70% da população que vive em favelas na área, inclusive o Complexo do Alemão.



**Mapa 4 – Mapa dos Subsistemas da Área 3.1**

Fonte: Silva, 2008

## 6.2 O Complexo do Alemão

O Complexo de favelas do Alemão tem 69.143 mil moradores, de acordo com o Censo de 2010. Segundo a prefeitura, a extensão territorial do local é de 2,96 km<sup>2</sup> de área, ou seja, quase 300 hectares. O Complexo abriga as comunidades do Alemão, Grota, Nova Brasília, Alvorada, Matinha, Mineiros, Itararé, Esperança, Palmeiras, Morro do Adeus, Baiana e Reservatório de Ramos. (SILVA 2008).

O Censo Favelas, que foi realizado entre 2008 e 2009, pelo Escritório de Gerenciamento de Projetos do Governo do Estado do Rio de Janeiro (EGP - RIO) mostra o perfil das comunidades feito por moradores treinados como recenseadores. O censo se dividiu em duas partes – empresarial e residencial. O objetivo do censo residencial, que é o foco deste trabalho, foi conhecer o perfil detalhado dos moradores destas comunidades e os principais problemas das comunidades a partir do ponto de vista destes. (RIO DE JANEIRO 2010)

O censo realizado no Complexo do Alemão mostra que em 2009 existiam 29.984 imóveis, sendo 27.624 domiciliares e 2.360 não domiciliares. A população recenseada foi de 69.586 indivíduos. A estimativa de população para o ano de 2009 era de 89.912 pessoas, ou seja, uma média de 3,1 habitantes por domicílio. Aproximadamente 45% da população têm até 24 anos.

Segundo a estimativa feita por Zaluar e Monteiro (2012) com dados do Censo de 2000, a probabilidade de um jovem morrer entre 20 e 25 anos no Complexo do Alemão é de 10,9 por mil, contra 2,3 por mil na Lagoa. Mesmo entre comunidades carentes este número é alto. Na Maré a probabilidade de morrer entre 20 e 25 anos é de 7,4 por mil e, na Rocinha, de 7,5 por mil.

Em bairros e favelas com alta densidade demográfica, como os da AP 3, moram pessoas de estratos sociais marcados por famílias uniparentais, gravidez na adolescência e baixa escolaridade, baixa renda e grande número de crianças e adolescentes por residência.

Aos fatores familiares de vulnerabilidade descritos se somam os fatores externos que podem levar ao risco social. A desarticulação organizacional da vizinhança tem mais impacto sobre a criminalidade entre jovens do que as de ordem privada. Apesar disso, a família, no que se refere à violência doméstica e ao abuso de crianças, deve ser considerada como fator importante de formação psíquica e

moral da criança que se tornará jovem e sairá para relações fora do controle familiar. (ZALUAR e MONTEIRO 2012).

O Complexo é marcado pela pobreza, violência e exclusão social, apresentando Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,474), o décimo pior resultado entre os bairros do Rio de Janeiro (INSTITUTO PEREIRA PASSOS 2008).

A esperança de vida é de 63,50 anos, além do alto índice de desemprego e baixa escolaridade. (ZALUAR e MONTEIRO 2012). A renda média por pessoa é de R\$ 373, 99 e a renda familiar, de R\$ 758,38. O percentual de trabalhadores com carteira assinada é de 20,4%. Quase a mesma proporção da população, 20,2%, está desempregada, tem empregos informais ou eventuais – os chamados “bicos”. (RIO DE JANEIRO 2010).

Em caso de doença, o posto de saúde é a primeira opção de cuidado para 51,7% das famílias. A ESF em 2009 (antes das Clínicas da Família) era a escolha de 3,7% das famílias. O pronto-socorro era a opção de 22,5% e o atendimento particular, 9,3%. (RIO DE JANEIRO 2010).

Os dados sobre a área 3.1 mostram que 7,36% das mortes são registradas como causas não definidas (R99 do CID 10). Entre as causas definidas, a principal causa de morte é o infarto agudo do miocárdio. A segunda, complicações de diabetes, seguida por pneumonia e acidente vascular cerebral. (RIO DE JANEIRO 2007).

Complicações de diabetes, pneumonia e AVC são considerados agravos que podem ser prevenidos pela intervenção da Atenção Básica. Uma rede de atenção que seja acessível à comunidade pode evitar que casos graves cheguem à rede hospitalar de emergência ou mesmo a óbito.

As agressões por arma de fogo e o CID Y34, que representam fatos e eventos de intenção, não determinada, também classificada como causa externa, ocupam o sexto e o sétimo lugares no total de mortes, respectivamente. Quando considerado apenas o sexo masculino, agressões por arma de fogo são a segunda maior causa de morte, principalmente entre 15 e 29 anos. (RIO DE JANEIRO 2007).

O censo mostra que grande parte da população do Complexo do Alemão está nesta faixa de idade. A necessidade de políticas públicas que possam preservar os jovens do contato com a criminalidade é evidente. O Programa de Aceleração do Crescimento, principalmente em seu componente social presente no Complexo em

obras de urbanização, centros sociais, áreas de lazer é uma proposta desse tipo de política. (RIO DE JANEIRO 2011)

Este cenário fez com que a SMS-Rio identificasse o Complexo do Alemão como área prioritária para a implantação da Estratégia de Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro. (CARDOSO 2007).

Além de atingir a população jovem, o trabalho de Vinagre (2008) mostra que o Programa Saúde da Família também tem reflexos na vida dos idosos da região. Dos 301 idosos entrevistados, 74% percebe a sua saúde como excelente, muito boa ou boa. O trabalho apresenta duas características que parecem influenciar positivamente este dado no Morro do Alemão. A primeira é a existência de uma rede de apoio social formada pela proximidade entre indivíduos de uma mesma família que normalmente reside próximos. Outro fator é a presença da Vila Olímpica Júlio de Castilho, onde são desenvolvidas atividades físicas que incluem a participação de idosos, trazendo além da melhora física com os exercícios, uma possibilidade de maior socialização.



### 6.3 Estratégia Saúde da Família no Complexo do Alemão

O artigo de Almeida et al. (2011) relata fatores externos à comunidade importantes para a dificuldade de expansão da ESF no Complexo do Alemão. O texto relata que havia dificuldade na divisão de recursos entre as linhas de trabalho da coordenação de área que não assumia o Programa Saúde da Família como prioridade.

O artigo relata a dificuldade para transformar um projeto restrito em projeto que seria assumido pela gestão do SUS municipal como modelo de Atenção Básica, a ESF. As entrevistas do artigo citam que não houve a autonomia desejada para definir onde deveriam ser investidos os recursos e que houve um equívoco de projeto. Foi entendido pelos gestores do Rio de Janeiro que a fase 1 do PROESF era para implantar equipes e a fase 2, para qualificação de pessoal, quando na verdade não havia esta divisão.

Outro fator limitante citado foi incompatibilidade entre as diretrizes nacionais da ESF e a realidade socioeconômica e dos serviços de saúde presentes no Complexo do Alemão. Os serviços ainda têm foco na atenção curativa, diferente da atenção preconizada pela ESF.

O trabalho de Almeida et al. (2011) também discute a relação entre o Grupo de Apoio Técnico ao PSF (GAT) e a Coordenação de Área Programática 3.1. Segundo os autores, as prioridades não eram discutidas em conjunto. As unidades de ESF também não eram vistas como parte da rede no momento de aplicar recursos financeiros ou decidir como a demanda da ESF seguiria no atendimento às necessidades em outros níveis de atenção.

Apesar das dificuldades mostradas, a área 3.1 teve uma grande instalação de serviços de saúde, inclusive com a instalação de cinco Clínicas da Família que contam com equipes de PSF. Estas foram inauguradas no ano de 2010, na Penha e no Alemão e, mais recentemente, no ano de 2011, na Ilha do Governador. As Clínicas da Família estão localizadas nas comunidades ou próximas a elas, o que pode sugerir que a ESF no Rio de Janeiro tem a característica de expansão de cobertura maior nestas áreas.

O Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS) descreve as Clínicas da Família:

*“ As clínicas possuem de três a nove Equipes de Saúde da Família e de uma a quatro Equipes de Saúde Bucal. A Equipe de Saúde da Família é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Agente de Vigilância em Saúde (AVS) e a Equipe de Saúde Bucal é composta por 1 cirurgião-dentista, 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB) ou 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e é responsável pelo acompanhamento de 4.000 habitantes. As Clínicas da Família proporcionam um atendimento de melhor qualidade, mais próximo ao cidadão, com aumento da resolutividade do atendimento local, através da coleta diária para os principais exames laboratoriais, realização de ultrassonografia, radiografia (Raios X) e eletrocardiograma. (OITCS 2012).*

Duas das Clínicas da Família estão localizadas no Complexo do Alemão. A Clínica da Família Rodrigo Roig, que conta com três equipes de Saúde da Família e 1 de Saúde Bucal e a Clínica da Família Zilda Arns, que conta com 11 equipes de Saúde da Família e 4 de Saúde Bucal. Esta clínica está localizada em um polo que conta ainda com o CAPS João Ferreira e a UPA do Alemão.

Em 2009, antes da inauguração destas clínicas, o Complexo do Alemão contava com 15 equipes de ESF divididas em seis Unidades de Saúde da Família (USF). USF Nova Brasília, USF Morro do Alemão, USF Esperança, USF Baiana, USF Adeus. (OLIVEIRA E VARGAS 2010).

A equipe das Clínicas da Família tem atividades diferenciadas em relação às atividades das equipes de ESF em geral. As atividades dentro da clínica são mais numerosas, justamente por terem sido criadas para ser o elo entre a atenção primária e a atenção especializada.

Portanto, não é possível dizer que a cobertura de ESF no Alemão passou de 15 equipes, (na média de 3.450 proposta pelo MS) responsáveis por 51.750 moradores para 100.050 moradores com 29 equipes, o que ultrapassaria a população do Complexo. As Clínicas da Família também, em sua conformação, seriam referência para outras áreas da AP 3.1 fora do Complexo do Alemão.



**Mapa 5 – Clínicas da Família inauguradas até 2011**

As Clínicas da Família, segundo a Prefeitura do Rio de Janeiro, têm o objetivo de aproximar os exames ou a coleta destes, para a maior resolutividade local. Uma das queixas mais recorrentes nos trabalhos sobre PSF no Rio de Janeiro é a falta de referência e contra-referência, tanto para a realização de exames diagnósticos como para a sequência de tratamento com especialista.

O resultado da avaliação realizada no capítulo 4 para a Cidade do Rio de Janeiro revela que atualmente são encaminhados menos pacientes que o esperado para os especialistas, um dos motivos pode ser a falta de acesso às unidades de referência.

De forma diferente, os exames na avaliação do ano de 2010 ultrapassaram muito a quantidade esperada por consulta (mais de um exame por consulta – capítulo 4 – “Avaliação”). O ano de 2010 não seguiu o padrão de quantidade de pedidos dentro da faixa de normalidade que acontecia desde 2006.

É necessário verificar se este padrão perdurará nos anos subsequentes com a instalação das clínicas que passam a ser um centro de apoio para a realização dos

exames complementares necessários e possibilidade de melhor acesso às consultas especializadas.

O trabalho de Almeida et al. (2011) mostrou que na época a coordenação de área na região do Complexo do Alemão não tinha a preocupação de procurar suprir a demanda de consultas e exames verificada pelas equipes de ESF ou como estes pacientes seriam atendidos em outros níveis de atenção, em caso de necessidade, o que demonstrava que o trabalho realizado pelas equipes não estava articulado com a coordenação de saúde da área para absorver a demanda em outros níveis.

Outras pesquisas apresentadas abaixo mostram que a dificuldade de prosseguir tratamento em condições diagnosticadas pelas equipes ESF, prejudicando sua resolutividade acontece no Complexo do Alemão, mas também é um problema em outras regiões da cidade do Rio de Janeiro.

A pesquisa sobre prevenção à cegueira em pré-escolares do Complexo do Alemão (JEVEAUX et al. 2008) conclui que seria importante o treinamento dos profissionais generalistas da ESF para fazerem a triagem de casos de risco de cegueira em crianças. Porém, ao pesquisar a possibilidade destas seguirem tratamento, mostra a dificuldade de encaminhamento como obstáculo à ação da ESF, que descobriria crianças com risco de cegueira, mas não teria possibilidade de encaminhá-las ao exame oftalmológico e tratamento necessários.

Pesquisa semelhante foi realizada no PSF localizado na Lapa (Área Programática 1.0), por Oliveira et al. (2010). A conclusão mostra que há falta de campanhas voltadas a identificar os fatores relacionados à cegueira infantil. Esta pesquisa realizada na área 1.0 também revela os nós da referência e contra-referência do SUS.

O diagnóstico é dos problemas relacionados à cegueira infantil. É feito pelas equipes com o treinamento adequado, mas o tratamento que precisa ser seguido para acompanhamento e prevenção da cegueira fica sem local de referência. A falta de resolutividade em casos como este causa preocupação nas famílias atendidas e nas equipes de trabalho.

O indicador impacto nos resultados da análise para o Rio de Janeiro (Capítulo 4) mostra uma realidade compatível com a dificuldade encontrada nos estudos descritos para o Rio de Janeiro. O impacto da Estratégia Saúde da Família depende de uma rede integrada de serviços para existir. A demanda criada pelas visitas e

consultas realizadas pela ESF não poderá ser totalmente resolutive se a rede de referência não estiver estruturada.

A realidade da área 3.1 e do Complexo do Alemão é descrita como das mais difíceis em termos de impacto, pois é formada por grandes áreas de favela, anteriormente sem previsão para atendimento. As transformações devem ser da rede de saúde como um todo, não apenas da Estratégia Saúde da Família, no sentido do atendimento integral para todos os cidadãos. A forma a ser seguida pode depender da realidade local (localização dos serviços, horários de funcionamento e visitas, forma de interação com a comunidade), mas a integração com a rede de serviços depende do planejamento desenhado para a Cidade do Rio de Janeiro.

O Complexo do Alemão se caracteriza por ser uma das regiões que mais apresentam risco social, fator importante na motivação para que a ESF fosse implantada na área, conforme já foi discutido no capítulo Estratégia Saúde da Família. (OLIVEIRA e VARGAS, 2010).

A pesquisa de Oliveira e Vargas (2010) identifica que a FICHA A do SIAB, preenchida com o objetivo de identificar a qualidade de vida da população não identifica com precisão situações informadas sobre o saneamento de uma comunidade como o Alemão. A Ficha A identifica somente o tipo de moradia (material com que esta é feita), destino do lixo, abastecimento e tratamento de água e destino do esgoto, com opções fechadas para marcar.

O trabalho de Cunha et al. (2007) sobre saneamento na região da Leopoldina mostrou que, apesar de 62% das moradias apresentarem cobertura da rede de esgoto que é identificada na ficha A, os dados não refletem a realidade, pois a maior parte deste esgoto ainda vai para os mananciais sem qualquer tratamento.

O mesmo estudo revelou que 74% das casas têm acesso ao abastecimento de água, porém, persistem problemas que têm impacto negativo sobre a saúde da população: a contaminação da rede de distribuição de água e a precariedade ou vulnerabilidade dos sistemas de abastecimento, causado fundamentalmente pela clandestinidade dirigida à rede de água, o que provoca inúmeros problemas.

Desta forma, é possível que o preenchimento desta ficha (Ficha A – SIAB) não mostre a realidade das moradias da região. A forma simplificada deste preenchimento pode levar a uma visão reduzida das condições de vida das famílias. A realidade só pode ser verificada pelo contato periódico do agente de saúde que é parte da comunidade e partilha os problemas desta.

Além do entendimento dos problemas e queixas, a relação de confiança formada com visita periódica do agente e o contato com a equipe, sempre que solicitado, pode mostrar as particularidades de cada família e de suas condições de vida, não só no sentido material, mas em todas as perspectivas que envolvem a vida de um cidadão.

A pesquisa de Oliveira e Vargas (2010) identificou que ainda não há o entendimento de saúde de uma forma ampla mesmo nas equipes de ESF. É possível perceber que a importância da presença do saneamento, como prevenção de agravos e melhora de qualidade de vida da comunidade, não é relatada pelos agentes de saúde pesquisados.

A pesquisa sobre o entendimento do que é saneamento para os agentes de saúde que trabalham no Complexo do Alemão mostrou que o saneamento, pela maior parte dos agentes, somente representa a estrutura física que existe ou não em uma comunidade. Estes são os agentes que preenchem a ficha A, que serve como base para o entendimento do tipo de moradia da comunidade. A quantidade de residências com esgoto é superestimada como comprova este trabalho, conclusão que reforça o achado de Cunha em 2007 (pesquisa mostrada no parágrafo acima) que o relato de “casa com saneamento” não mostra que o destino final do esgoto não seja uma vala aberta na comunidade.

Nessa mesma pesquisa de Oliveira e Vargas (2010), poucos foram os agentes que citaram a procura por condições melhores de vida, a autonomia da população para que esta possa melhorar sua saúde através da busca de mudança das condições precárias de vida, as parcerias com as empresas de saneamento através das associações de moradores para buscar o direito à saúde e ao saneamento básico.

A pesquisa conclui que dentro das equipes de ESF deve ser constante o diálogo e a reflexão. Assim, o diferencial da ESF que é tratar não somente o indivíduo, mas melhorar as condições de vida da comunidade poderia ser mantido.

Outro item que dificulta o impacto da ESF, mostrado não só nos estudos do Complexo do Alemão, mas debatido constantemente em todo o Brasil é a formação acadêmica atual, principalmente a formação médica. A quantidade de equipes formadas e a cobertura são indicadores importantes. A qualidade do serviço, no entanto, também precisa ser avaliada para verificar o motivo do o motivo pelo qual o impacto não foi o esperado.

A formação e o treinamento dos profissionais são importantes para que a equipe ESF possa se manter coesa. Os ideais compartilhados motivam a equipe nas dificuldades que podem surgir no dia a dia, principalmente em áreas carentes como o Complexo do Alemão.

A falta de estrutura das moradias, as dificuldades no saneamento e abastecimento mostradas anteriormente são obstáculos para a saúde da comunidade, mas não podem ser intransponíveis. A equipe que vive a ESF precisa ter a uma formação que possa perceber a comunidade como um todo e os desafios que se encontram nela, como os que foram exemplificados anteriormente.

A formação acadêmica atual não prepara para o entendimento que a saúde do indivíduo depende da comunidade que o cerca, nem ao menos para a relação profissional-paciente presente no PSF. Apesar de esta relação ser o benefício direto para o paciente e a grande experiência de vida para o profissional, o trabalho de Pessanha e Cunha (2011) mostra em forma de entrevistas sobre aprendizagem-trabalho no Alemão que a formação ainda é descrita como hospitalocêntrica. Ainda predomina o modelo centrado na queixa do paciente e não na pessoa como um todo e sua família, como seriam propostos pela ESF. Apesar disso, a fala dos profissionais abre caminho para reflexão ao citar como ponto importante o convívio com o paciente para a formação de relações mais humanas.

O trabalho de Pessanha e Cunha (2011) revela também que as equipes estudadas receberam o curso introdutório próximo ao início da prática e há capacitações constantes. Os relatos mostram que algumas capacitações são adequadas para serem aplicadas no ambiente de trabalho e algumas outras, por serem mais teóricas, não chegam a ser aplicadas no contexto real do Complexo do Alemão. A aprendizagem – trabalho é uma ferramenta adequada na visão das cinco equipes entrevistadas.

As capacitações e processos de aprendizagem citados se perdem quando a rotatividade dos profissionais é grande. Essa é uma queixa frequente das equipes quando entrevistadas. Um dos principais motivos é a instabilidade dos vínculos de trabalho. Ainda não há um padrão a ser seguido em relação aos vínculos de trabalho relacionados à Estratégia Saúde da Família.

As pesquisas de Rocha (2005) e Gonçalves (2009) evidenciam a instabilidade dos vínculos e a insegurança que este fato causa ao profissional. Apontam, por exemplo, as contratações por empresas privadas como causa importante na não

fixação dos profissionais porque estes não imaginam essa contratação como um trabalho de longo prazo. Além de interromper o processo de aprendizagem – trabalho a falta de fixação dos profissionais também dificulta à formação de vínculo com as famílias atendidas. A manutenção de uma mesma equipe faz com que a população atendida saiba quem são e o que esperar dos profissionais que compõem o núcleo de Saúde da Família. O trabalho de Ney (2009) em Duque de Caxias mostra a perda de profissionais médicos. A profissão médica é a que mais apresenta rotatividade nas equipes de saúde da família.

Foram mostrados neste capítulo muitos avanços na consolidação da Estratégia Saúde da Família no Complexo do Alemão. Por exemplo, o aumento das quantidades de equipes, a construção das Clínicas da Família, avanço importante no processo aprendizagem – trabalho, treinamento das equipes no momento adequado.

Ainda existem pontos a avançar dentro da ESF na Comunidade do Complexo do Alemão. Como mostrado pela pesquisa sobre saneamento, o entendimento da diversidade de fatores que contribuem para a saúde da comunidade que vão desde os cuidados pessoais, higiene, alimentação até a disponibilidade de áreas de lazer, ainda está aos poucos sendo internalizado em uma sociedade que há algum tempo entendia saúde como ausência de doença.

As relações entre a ESF no Complexo do Alemão, a Coordenação da Área 3.1 e a Secretaria Municipal de Saúde são importantes para solidificar as conquistas da Estratégia Saúde da Família no Complexo do Alemão e atingir objetivos ainda maiores. Uma iniciativa recente e importante dessa parceria é a construção das Clínicas da Família dentro da comunidade. Um passo a seguir pode ser a maior autonomia das áreas para o planejamento de suas ações dentro das realidades locais.

Essa autonomia poderia ser de grande valia, por exemplo, para que fossem feitos investimentos na rede que pudessem abranger as solicitações de referência e contra-referência da Estratégia Saúde da Família. Desta maneira, a ESF estaria, de fato, integrada à rede da SMS e a população teria facilitado o acesso ao cuidado em todos os níveis.



## 7 CONCLUSÃO

A dimensão da cidade do Rio de Janeiro é diferente de Florianópolis, onde foi realizada a pesquisa que serviu de guia para a análise geral da Cidade. Por este motivo, principalmente para o indicador cobertura como vai ser discutido, pode requerer avaliações com indicadores diferenciados ainda a serem formulados.

Apesar dessa limitação, é possível perceber mudanças entre os componentes dos indicadores avaliados no decorrer dos anos, que foram representadas nos resultados, e que serão comentadas nos próximos parágrafos da conclusão.

Tanto a avaliação dos indicadores representados como a revisão da literatura mostram que a implantação da Estratégia Saúde da Família pode ser um fator que traga benefícios para a Cidade do Rio de Janeiro, como, por exemplo, a possibilidade de maior acesso aos serviços de saúde, como é o caso do Complexo do Alemão.

A área em que está localizado o Complexo do Alemão, a Área Programática 3.1 abriga em seu território duas escolas importantes, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz). A Fiocruz tem sua sede em Manguinhos, bairro com várias comunidades carentes. A fundação atua no atendimento à comunidade tanto de forma individual como coletiva. No atendimento individual, tem destaque o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, criado em 1967.

É possível citar como exemplos de ações em prol da comunidade de forma coletiva, as pesquisas realizadas na Escola Nacional de Saúde Pública com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento e do acesso ao cuidado, e também da vigilância epidemiológica realizada pela Fiocruz no seu entorno.

Estratégia Saúde da Família no Complexo do Alemão tem a parceria importante da Escola de Enfermagem Ana Nery (UFRJ) que realiza estágios dos alunos nas unidades da área e diversas pesquisas que monitoram a ESF.

As iniciativas dos institutos de ensino possibilitaram a diversidade e a riqueza dos estudos analisados sobre a região nesta dissertação. É muito importante que esse tipo de parceria entre a Estratégia Saúde da Família e as instituições de ensino seja sempre reforçado. A prática se beneficia dos estudos realizados pelas instituições de ensino para guiar suas ações. Da mesma maneira as instituições

podem verificar no campo da prática as intervenções programadas e discutidas aperfeiçoando-as cada vez mais.

O apoio das universidades e o destaque da Estratégia Saúde da Família que já é componente da região desde 1996, fazem com que a área 3.1 e, dentro desta, o Complexo do Alemão, seja o local ideal para as reflexões a partir dos indicadores encontrados.

O primeiro indicador da análise do capítulo 4 para a Cidade do Rio de Janeiro foi a cobertura da Estratégia Saúde da Família. A cobertura se manteve baixa no decorrer dos anos estudados quando se leva em conta a totalidade da Cidade. O padrão seguido para a pontuação dos indicadores, segundo Garcez et al. (2010), prevê que toda a população da Cidade esteja coberta pela Estratégia Saúde da Família. A pontuação máxima só é atingida com mais de 70% e a Cidade só pontua com mais de 50% de cobertura.

A realidade de grandes cidades como o Rio de Janeiro pode não corresponder à cobertura de 100% da população. Há limitações importantes inerentes ao tamanho das cidades, como limitações da distribuição de recursos para manter a rede em todos os níveis de atenção e as interações que a ESF gera com a rede preexistente, por exemplo.

Além das limitações gerais das grandes cidades, o Rio de Janeiro tem características próprias, como a presença de comunidades e a heterogeneidade entre as diversas regiões do Rio de Janeiro. As regiões mais próximas do centro têm maior facilidade em atrair profissionais interessados em trabalhar na ESF, maior possibilidade de interagir com os outros níveis da rede e formar uma rede de referência e contra-referência.

Um ponto importante quando se avalia a cobertura de ESF na cidade do Rio de Janeiro é perceber que há uma tendência de aumento de cobertura da estratégia nos primeiros meses de 2011 que deve ser acompanhada. O incremento de equipes foi grande no último ano, juntamente com a construção de Unidades de Saúde da Família nas comunidades. O monitoramento das famílias acompanhadas pelo SIAB pode ser um apoio para as pesquisas locais.

O olhar local desta análise de cobertura mostra que o Complexo do Alemão, mostrado no capítulo 6, tem um grande potencial de cobertura pela relação entre a quantidade de equipes e a população. Se contarmos com as equipes que fazem parte das Clínicas da Família, seriam 29 equipes para 69.143 mil habitantes, ou seja,

2.384 habitantes por equipe, um pouco menos que o preconizado pelo Ministério da Saúde em Portaria nº 157, 19 de fevereiro de 1998. Esta portaria recomenda 2.400 a 4.500 moradores por equipe.

Observando as atividades diferenciadas (coleta diária para os principais exames laboratoriais, realização de ultrassonografia, radiografia e eletrocardiograma) (OITCS) das equipes das Clínicas da Família, permanecemos com 15 equipes, totalizando 4.609 habitantes por equipe. Ainda assim, seria bem próximo do que o Ministério da Saúde indica como ideal. A cobertura seria de 74,84% da população. A partir da revisão de literatura parece um trabalho mais abrangente e consolidado do que na totalidade do Rio de Janeiro de uma forma geral, talvez por ser uma área em que a ESF já esteja implementada praticamente desde seu início na cidade do Rio de Janeiro.

O segundo indicador avaliado, a mudança do modelo de atenção, é um somatório de quatro indicadores parciais relacionados com a mudança do tipo de consulta. No capítulo 4, quando as variáveis são analisadas, são mostrados os cálculos dos parâmetros esperados para cada uma delas.

Como o objetivo é observar a mudança de modelo do atendimento, todos os indicadores parciais têm como denominador a quantidade de consultas médicas feitas no ambulatório. Uma quantidade grande de consultas médicas em ambulatório representaria a permanência do modelo antigo, voltado para a consulta individual. Os numeradores representam as consultas de enfermagem, consultas domiciliares do médico, encaminhamentos ao especialista e solicitação de exames laboratoriais.

As consultas domiciliares do médico e as consultas individuais de enfermagem, quando em quantidade proporcional às consultas ambulatoriais do médico demonstrariam um avanço na mudança de modelo. Os encaminhamentos e solicitações de exames demonstrariam a possível resolutividade da Atenção Básica.

O primeiro indicador parcial, a relação entre consultas ambulatoriais de enfermeiros e médicos mostra para a Cidade como um todo, o crescimento da relação entre consultas de enfermagem e consultas médicas. Há um aumento na quantidade de consultas de enfermagem entre 2009 e 2010, porém o indicador sofre influência da queda acentuada nas consultas médicas ambulatoriais a partir de 2009 (descrito no item 5.3 - Impacto, no capítulo "Resultados"). A revisão da bibliografia tanto dos artigos publicados sobre a região do Complexo do Alemão como de outras localidades mostram o enfermeiro com várias funções na equipe ESF.

O enfermeiro assume o papel de coordenador, orientando o trabalho dos técnicos e dos agentes comunitários e conduzindo as reuniões de equipe. Também assume o papel de gerente, por ser responsável pelo envio das informações ao nível central. O papel do enfermeiro em consulta individual parece aumentar tanto na avaliação numérica para a Cidade, quanto na revisão de literatura, mas não quer dizer necessariamente um equilíbrio na relação da equipe multiprofissional.

O aumento da proporção de consultas de enfermagem pode ser um indício de mudança de modelo requerido para o trabalho em equipe da Estratégia Saúde da Família, mas também aponta para uma sobrecarga de funções deste profissional.

O segundo indicador parcial referente à mudança de modelo é a proporção de pedidos de exames laboratoriais em relação às consultas médicas ambulatoriais. A proporção dos pedidos de exame aumentou nos últimos anos para a Cidade do Rio de Janeiro.

Segundo a revisão de literatura, a quantidade de pedidos de exames clínicos se relaciona muito com a resposta da rede de referência. A possibilidade de realizar os exames próximos da residência e a agilidade neste processo aumenta a quantidade de pedidos de exame.

O ano de 2010 no Rio de Janeiro mostra um resultado que precisa ser cuidadosamente analisado. A quantidade de exames pedidos supera a quantidade de consultas médicas. A queda no número de consultas médicas, discutida nos resultados do capítulo 5, influencia os resultados, mas é preciso refletir se a quantidade de pedidos de exame pode mostrar que o uso desse tipo de apoio diagnóstico pode estar sendo exagerado.

No exemplo do Complexo do Alemão é possível verificar a inauguração das Clínicas da Família nos anos de 2010 e 2011. Essas clínicas têm como um dos propósitos da instalação facilitar o acesso aos exames complementares ou à sua coleta. Um acompanhamento dos dados desta área poderia mostrar se o acesso às clínicas modificará o padrão de pedidos de exame.

O terceiro ponto do indicador mudança de modelo que é a quantidade de encaminhamentos para consultas especializadas, também se relaciona à rede de referência e contra-referência. A quantidade de consultas com encaminhamentos na Cidade, de forma geral diminuiu nos últimos anos. A leitura desse indicador pode refletir uma melhora na resolutividade na atenção primária no município estudado. Porém, o menor encaminhamento ao especialista, a partir do caso estudado (área

3.1) parece refletir mais a dificuldade no fluxo de referência e contra-referência do que a mudança de modelo esperada.

A referência e contra-referência na área 3.1, conforme discutido nos capítulos “Resultados” e “Área Programática 3.1” ainda está longe do ideal para o acesso da população. As Clínicas da Família, conforme discutido no capítulo referente aos resultados também se propõe a melhorar este aspecto.

O último resultado parcial do indicador mudança de modelo é a proporção entre visitas domiciliares e consultas ambulatoriais do médico. As consultas domiciliares estiveram dentro da proporção esperada nos anos estudados. O modelo da Estratégia Saúde da Família já pressupõe a divisão de horários entre os dois tipos de consultas.

O cumprimento deste parâmetro é crucial na mudança para a ESF, pois é um instrumento importante na formação de um elo de confiança dentre paciente e médico, além do conhecimento do profissional da realidade cotidiana do seu paciente. Os estudos locais do Complexo do Alemão relatam a formação desse vínculo a partir do depoimento dos usuários e profissionais na literatura mostrada na discussão do capítulo 6.

O impacto foi o indicador em que a Cidade do Rio de Janeiro mais pontuou. Porém, conforme discutido nos resultados relativos a este índice, a situação encontrada para a população cadastrada no SIAB, portanto coberta pela ESF, o impacto registrado, não pode ser extrapolada para a população da Cidade em geral.

A discussão do Complexo do Alemão mostra que o impacto de um Programa de Saúde não depende apenas da aplicação ou dos investimentos dirigidos à saúde. De acordo como o panorama discutido no capítulo 6, que caracteriza a área e o Complexo do Alemão, depende de um leque de fatores muito mais amplo, que vão além da Estratégia Saúde da Família, como o saneamento e o acesso à alimentação saudável e de espaços para o lazer e a prática de exercícios, além de políticas de trabalho e renda.

Ainda assim, Estratégia Saúde da Família pode ser um instrumento de mudança, como pode ser verificado no caso do Complexo do Alemão. A possibilidade de enxergar indivíduos como parte de uma comunidade abre espaço para que esta se organize na busca de direitos, além da esfera da saúde, como educação, segurança, emprego que melhoram a qualidade de vida da comunidade e de todos os envolvidos neste processo em que se organizam diversos atores.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabiola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, Ana Luiza D'ávilla; LIMA, Luciana Dias. **Regionalização e Relações Federativas na política de saúde do Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 117-173.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. 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 Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 25, p.1337-1349, jun. 2009.

ALMEIDA, Hugo; CUNHA, Fatima Teresinha Scarparo; SOUZA, Fabiana Barbosa. Relações intergovernamentais e interinstitucionais na implantação da estratégia saúde da família no Rio de Janeiro: estudo do Complexo do Alemão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 35, p.39-47, jan. 2011.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier. **Regionalização em saúde e mix público-privado**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AS\\_05\\_EArtmann\\_RegionalizacaoEmSaude.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2012.

BODSTEIN, Regina. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.725-731, jul. 2006.

BOSI, Maria Lucia. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.446-456, out. 1994.

BRASIL. IBGE. Ministério do Planejamento. **Censo 2010**. Disponível em: <[www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br)>. Acesso em: 12 dez. 2011.

BRASIL. IBGE. Ministério do Planejamento. **Estimativas das populações dos municípios em 2011**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=1961](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1961)>. Acesso em: 29 jan. 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **PROESF**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/proesf/>>. Acesso em: 11 set. 2011.

BRASIL. Datasus. Ministério da Saúde. **Estatísticas sobre saúde**. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 10 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma avaliação de indicadores selecionados**. Distrito Federal, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_brasil.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221 de 17 de abril de 2008. Define que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Distrito Federal, 1988.

CAETANO, Rosângela; DAIN, Sulamis. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p.11-21, jan. 2002.

CAZELLI, Carla Moura. **Avaliação da implementação do programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2003. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2003.

CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde**. < [http://nepas.ufsc.br/wp-content/uploads/Francois\\_Champagne.pdf](http://nepas.ufsc.br/wp-content/uploads/Francois_Champagne.pdf) > Acesso em 10 nov. 2011.

COSTA, Ismael. **Da mudança de modelo ao modelo de mudanças: um estudo sobre o curso introdutório do PSF**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CUNHA, Cynara de Lourdes Nóbrega; FERREIRA, Aldo Pacheco; LOPES, Aloísio Geraldo Sabino. Implicações do saneamento na saúde pública observadas na região da Leopoldina. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 2, n. 3, p.223-237, jul. 2007.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed. **Journal Of The American Medical Association**, Chicago, v. 12, n. 260, p.1743-1748, jul. 2006.

FACCHINI, Luiz Augusto. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.669-681, jul. 2006.

FÓRUM DE CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA 1, 1., 2005, Rio de Janeiro. **Reorganizando o SUS na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

GARCEZ, Amanda et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Município de Florianópolis/SC. In: BUCHELE, Fátima et al. (Org.). **A Formação em saúde da Família: Uma Estratégia na Consolidação do SUS**. Florianópolis: UFSC, 2010. Cap. 9, p. 205-222.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary. Formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 33, p.393-403, jul. 2009.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina. Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 n.4, p 809-819, abr. 2008.

HENRIQUES, Hadelândia Milon; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; PIRES Rodrigo Otávio Moretti. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: Análise da Implantação e Impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 35-45, jan. 2011.

HOSPITAIS HUMANITÁRIOS DO PARANÁ (Paraná). Federação Das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Estado do Paraná. Organizações sociais trazem qualidade ao atendimento do SUS. **Voz Saúde**, Curitiba, n.62, p.3-4, jul. 2011. Disponível em: <[http://www.femipa.org.br/edicoes\\_antteriores/jornal\\_voz\\_saude\\_62.pdf](http://www.femipa.org.br/edicoes_antteriores/jornal_voz_saude_62.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

JOVEAUX, Giancarlo Cardoso; PORTES, Arlindo José; COUTO JÚNIOR, Shinzato Flávio. Prevenção à cegueira em crianças de 3 a 6 anos assistidas pelo programa saúde da Família (PSF) do Morro do Alemão, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 5, p. 226-30, set. 2008.

LOPES, Eliana; BOUSQUAT, Aylene. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 19, n. 6, p.118-124, jan. 2011.

MADUREIRA, Paulo Roberto de; DE CAPITANI, Eduardo de Mello; CAMPOS Gastão Wagner de Souza. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 45-59, jan.1989.

MELO, E. M. et al; A organização da atenção básica em municípios integrantes do Projeto Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso do Sul. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup.1, p S29 – S41, jan. 2008.

MENESES Ana Angélica Rocha Ribeiro de; TRAD, Leny Bonfim. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios da construção de uma nova prática. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 303-316, mar. 2005.



MONNERAT, Gisele Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 7, n.3, p. 509-521, jul. 2002.

NEY, Márcia Silveira. **Condições de fixação do Médico no Programa Saúde da Família**. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIAS EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Saúde da família área 3.1**. Disponível em: <<http://www.otics.org/rio/clinicasdafamilia>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

OLIVEIRA, Arlete Machado et al. Detecção de ambliopia, ametropias e fatores ambliogênicos em comunidade assistida por Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v.69, n. 5, p. 285-9, set. 2010.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA COMUNIDADE (Rio de Janeiro). **Saúde da Família área 3.1**. <<http://vivario.org.br/area-programatica-3-1>> Acesso em: 28 jan. 2012.

PARADA, Roberto. **Federalismo e SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade**. 2002. 156 f. Tese (Doutorado) – Curso de Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PEREIRA, Andréa Tabosa Silva et al. A sustentação econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão e Tocantins. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.607-620, jul. 2006

PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA Fátima Teresinha Scarparo. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 233-40, abr. 2009.

RIO DE JANEIRO (Cidade) Lei Municipal N° 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Instituto Pereira Passos. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Índice de desenvolvimento social: Comparando as realidades microurbanas do município do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

RIO DE JANEIRO (Cidade) Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Áreas Programáticas da Cidade do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=1348621>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Informações sobre políticas públicas em Saúde na**

**Cidade.** Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc>>. Acesso em: 6 out. 2011.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Mortalidade Geral no Município do Rio de Janeiro** <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=1368545>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Governo do Estado do Rio de Janeiro. **PAC – Rio Complexo do Alemão.** <[http://www.chs.ubc.ca/consortia/events/E-20080916/GovernoRJ-Complexo\\_do\\_Alemao.pd\\_Alemao.pdf](http://www.chs.ubc.ca/consortia/events/E-20080916/GovernoRJ-Complexo_do_Alemao.pd_Alemao.pdf)> Acesso em: 20 mar. 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Casa Civil, Governo do Estado do Rio de Janeiro. **Censo das Favelas: PAC Alemão domiciliar - Março 2010.** <[www.egprio.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=285](http://www.egprio.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=285)>. Acesso em: 08 fev. 2012

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p.S69-S78, jan.2008.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, nov. 2010.

SILVA, Anderson Soares; LAPREGA, Milton Roberto; Avaliação crítica do Sistema de Informação da atenção básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.21, n.6 p.1821-1828, nov. 2005.

SILVA, Fatima Virginia Siqueira de Menezes. **A educação permanente como um caminho para construção de novas práticas na Estratégia Saúde da Família: Uma experiência na área 3.1.** Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pa/ok1045h\\_fatima\\_virginia\\_pa18.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pa/ok1045h_fatima_virginia_pa18.pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2011.

SOUZA, Inês Leoneza. **Utilização dos dados em saúde como ferramenta de gerência da unidade de saúde da família.** 2009. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Curso Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, Leonardo Lemos; COSTA, Juvenal Soares Dias. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde do Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.4 p.765-72, ago. 2011.

SZWARCWALD, Célia Landman et al; Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: Resultados de um inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.11, n.3 p.643 - 655, jul/set. 2006.

VIANA, Ana Luiza et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.11, n.3 p.577-606, jul. 2006.

VINAGRE, Fernando Rufo Diniz. **Avaliando a qualidade de vida do idoso no Morro do Alemão**. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

ZALUAR, Alba; MONTEIRO, Mario Giani; MONTEIRO, Rodrigo Araújo. **Observatório das Favelas com intervenções do Programa Aceleração do Crescimento**. 20 p. Não publicado.