

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Bianca Alves Salazar

**A Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro e o monitoramento das ações em
saúde na Atenção Básica no Brasil, 2012**

Rio de Janeiro

2016

Bianca Alves Salazar

A Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro e o monitoramento das ações em saúde na Atenção Básica no Brasil, 2012

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientadoras: Prof.^a Dra. Mônica Rodrigues Campos e Prof.^a Dra. Vera Lucia Luiza.

Rio de Janeiro

2016

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

S161c Salazar, Bianca Alves
 A carteira de serviços do município do Rio de Janeiro e o
 monitoramento das ações em saúde na atenção básica no Brasil,
 2012. / Bianca Alves Salazar. -- 2016.
 89 f. : il. ; tab. ; graf.

 Orientadoras: Mônica Rodrigues Campos e Vera Lucia
 Luiza.

 Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
 Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde.
 3. Saúde da Família. 4. Qualidade da Assistência à Saúde.
 5. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.120981

Bianca Alves Salazar

A Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro e o monitoramento das ações em saúde na Atenção Básica no Brasil, 2012

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 09 de junho de 2016.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo Borges
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Prof.^a Dra. Márcia Fausto
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Mônica Rodrigues Campos (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, dando força para superar as dificuldades, principalmente nas horas “longe” do meu filho.

Ao meu amado filho, Gabriel, que me mostrou o que é o amor maternal e o verdadeiro sentido da vida. Tudo faz valer a pena.

Ao meu amor e marido, que sempre me entendeu e apoiou nas minhas escolhas profissionais e nos meus momentos de dedicação aos estudos. Obrigada por tudo!

Aos meus pais, pelo amor incondicional, que me educaram e me ensinaram valores importantes, como os estudos. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento.

A minha querida irmã e familiares, pelo carinho e apoio.

À Profa. Mônica Campos por acreditar em mim, aceitar a orientação deste estudo e conduzir seu desenvolvimento, com muita parceria, leveza, humor e sabedoria.

À Profa. Vera Lucia Luzia, por seus conhecimentos e por me co-orientar neste trabalho.

À minha querida amiga Fabiane Minozzo, pela confiança, incentivo à realização do mestrado e carinho de sempre.

À minha equipe de trabalho da OSS Viva Rio, pelo companheirismo e compreensão nos meus momentos de dedicação ao mestrado.

Aos colegas do mestrado, pelo convívio e trocas de aprendizado.

A minha amiga e irmã do coração Camile, que compartilha e vibra com as minhas conquistas.

Aos professores Márcia Fausto e Paulo Borges, pelas valiosas sugestões, na banca de qualificação e defesa.

E à todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram nessa trajetória.

Perder tempo em aprender coisas que não interessam, priva-nos de descobrir coisas interessantes

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Com a proposta de reforma da atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro (MRJ), iniciada em 2009, adquire centralidade nesse processo a implantação da Carteira de Serviços (CS) na APS, que relaciona os serviços em saúde que devem ser prestados à população. No entanto, a incorporação rotineira pelas equipes de Saúde da Família dos procedimentos previstos na CS, tem se mostrado um desafio para a gestão. Neste estudo analisamos a oferta de serviços no Brasil frente à CS proposta pelo município do Rio de Janeiro (CS-MRJ). Utilizou-se como fonte de informação a base de dados secundária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), aplicado nacionalmente em 2012. Com exceção da oferta de serviços na saúde mental, encontrou-se boa distribuição na oferta dos demais serviços analisados em todos os extratos populacionais. Os resultados no MRJ foram sempre melhores quando comparada aos grandes centros. Quanto aos procedimentos previstos na CS-MRJ, verificou-se oferta inversamente proporcional ao porte populacional, com exceção do MRJ. Conclui-se que a CS-MRJ é uma importante ferramenta gerencial na coordenação do cuidado e que parece contribuir satisfatoriamente nos resultados. Sugere-se sua implementação nas diferentes esferas de gestão.

Palavras-chave: Atenção básica. Avaliação em Saúde. Saúde da família.

ABSTRACT

A Services Portfolio (CS) is implemented in Rio de Janeiro municipality (MRJ) as an important tool of the primary health care reform initiated in 2009. However, the adoption of the CS-MRJ by the Family Stagey Health Teams has been a managerial challenge. In this paper we analyze the offer of CS-MRJ health services in Brazil. We used a secondary database from the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Health Care, a cross sectional survey applied in 2012 all over Brazil. With the exception of the provision of services in mental health, we found a good distribution in the supply of services in all municipality population strata. The results of MRJ were always better when compared to large centers. The offer of low complexity procedures recommended in CS-MRJ was inversely proportional to population size, except for the MRJ. We conclude that the CS-MRJ is an important management tool in care coordination and it seems to contribute in the good results found to MRJ in this study. We suggest the adoption of a Health Services Portfolio in all managerial levels of the Brazilian health system.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Número de Equipes de Saúde da Família implementadas, Brasil, 2002-2014.....	12
Figura 1 -	Fases do PMAQ.....	25
Figura 2 -	Capa da Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro.....	27
Quadro 1 -	Dimensões para ponderação e certificação das equipes.....	28
Quadro 2 -	Adaptação das linhas de cuidado da carteira de serviço da SMS-RJ segundo questões disponíveis no PMAQ-2012.....	39
Figura 3 -	Probabilidade Predita para o desfecho eSF realiza todos os procedimentos segundo a exposição “estrato populacional”, Brasil 2012.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por estrato populacional. Brasil, 2012.....	58
Tabela 1a -.Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ segundo estrato populacional. Brasil, 2012.....	60
Tabela 1b – Características das equipes de saúde da família eSF que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, por estrato populacional. Brasil, 2012.....	60
Tabela 2 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por localização (pertencer ao município do Rio de Janeiro). Brasil, 2012.....	61
Tabela 2a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ segundo localização (pertence ao MRJ). Brasil, 2012.....	63
Tabela 3 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por eSF disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviço. Brasil, 2012.....	64
Tabela 3a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ para as que disponibilizam todos os procedimentos da Carteira de Serviços. Brasil, 2012.....	66
Tabela 3b - Total de procedimentos da Carteira de Serviços (CS) realizados pelas eSF que responderam ao PMAQ segundo estrato populacional. Brasil, 2012.....	66
Tabela 3c - eSF disponibiliza todos os nove procedimentos da CS e que responderam ao PMAQ segundo localização (pertencer ao MRJ). Brasil, 2012.....	66

Tabela 3d - Características das equipes de saúde da família eSF que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde por eSF disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro (CS-MRJ). Brasil, 2012.....	67
Tabela 4 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde, por localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) e estrato populacional maior de 500 mil habitantes. Brasil, 2012.....	68
Tabela 4a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ segundo localização: município do Rio de Janeiro ou estrato populacional maior de 500 mil habitantes. Brasil. Brasil, 2012.....	70
Tabela 4b - eSF disponibiliza todos os nove procedimentos da CS e que responderam ao PMAQ segundo localização: município do Rio de Janeiro ou estrato populacional maior de 500 mil habitantes. Brasil, 2012.....	70
Tabela 4c - Características das eSF que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, por localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) e estrato populacional maior de 500 mil habitantes (EP6). Brasil, 2012.....	71
Tabela 5 - Resultados de modelo de regressão logística multivariada (<i>stepwise backward*</i>) para o desfecho “equipe da saúde da família (eSF) disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro (CS-MRJ)”. Brasil, 2012.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenações de Área Programática
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia da Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SGDAB	Sistema de Gestão da Atenção Básica
SMS – RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Superintendência de Promoção, Atenção Primária, Vigilância à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVO.....	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específico.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	Breve Histórico da Atenção Primária á Saúde no Brasil.....	18
3.2	O Papel Estratégico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	23
3.3	Modelos de Carteira de Serviços da Atenção Primária no Exterior e no Brasil.....	30
3.3.1	As experiências da Espanha, Portugal e São Paulo.....	30
3.3.2	A Experiência no Município do Rio de Janeiro.....	34
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	Estudo fonte – Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso da Atenção Básica.....	39
4.2	Aspectos operacionais.....	40
4.3	Análise dos dados.....	46
4.4	Limitações do método.....	47
4.5	Considerações éticas.....	47
5	RESULTADOS.....	48
5.1	Artigo Científico – formatado para submissão.....	48
5.2	Resultados complementares.....	70
5.2.1	Avaliação geral por porte populacional.....	70
5.2.2	Avaliação do MRJ e os demais municípios.....	70
5.2.3	Avaliação do desfecho “eSF disponibilizar todos os nove procedimentos da Carteira de Serviços da SMS-MRJ”	71
5.2.4	Avaliação sobre o município do Rio de Janeiro frente (MRJ) ao grandes centros urbanos (acima de 500 mil habitantes)	71
5.5.5	Probabilidade Preditada para o desfecho eSF realiza todos os procedimentos segundo a exposição “estrato populacional”	72
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS COMPLEMENTARES.....	73

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A – TABELAS POR ESTRATO POPULACIONAL.....	81
	APÊNDICE B – TABELAS PARA O MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO	84
	APÊNDICE C – TABELAS SOBRE A DISPONIBILIDADE DE	
	PROCEDIMENTOS PELA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA SMS-RJ	87
	APÊNDICE D – TABELAS PARA O MUNICÍPIO DO RIO DE	
	JANEIRO POR ESTRATO POPULACIONAL ACIMA DE 500 MIL	
	HABITANTES.....	90
	APÊNDICE E – FIGURA DA PROBABILIDADE PREDITA PARA O	
	DESFECHO ESF REALIZA TODOS OS PROCEDIMENTOS	
	SEGUNDO A EXPOSIÇÃO “ESTRATO POPULACIONAL”.....	93

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o debate sobre o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) adquiriu importância na agenda da Política Nacional de Saúde, favorecendo a implementação de medidas e estratégias orientadas para a qualificação do modelo assistencial vigente. Neste processo, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocupando lugar de destaque na discussão da reforma do SUS, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal à atenção em saúde (FAUSTO; FONSECA, 2014).

O desafio de implementar novas práticas de atenção à saúde, que garantissem os princípios preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011): acesso universal aos serviços em todos os níveis de assistência, integralidade da assistência, com uma rede de serviços resolutivos, equidade e participação da comunidade, fez com que a expansão da APS, juntamente com o processo de municipalização, fosse assumida como prioridade pelo Ministério da Saúde (MS).

No Brasil, os serviços da APS se constituem como porta de entrada preferencial do SUS, onde são identificadas e coordenadas as respostas para as necessidades de saúde das pessoas, suas famílias e comunidade. Nesse sentido, o MS consolidou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade para reordenamento da APS e de acordo com os preceitos do SUS. Segundo a PNAB, a ESF deve ser adotada como modelo substitutivo da Atenção Básica¹ tradicional, ampliando seu escopo de atenção e reorganizando o cuidado.

Com duas décadas e meia de implantação no País, a expansão significativa da ESF traz a necessidade de qualificação da atenção ofertada à população como condição para sua sustentabilidade. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento e implementação de ferramentas que permitam a avaliação da ESF de forma permanente, que possibilite agilidade nas tomadas de decisão, refletindo nos resultados desejados.

A institucionalização da avaliação na APS se dá com sua incorporação na rotina dos serviços, assim como o uso de seus achados para adoção de melhorias, por meio do fortalecimento e/ou desenvolvimento da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde. Assim, implica a adoção das ações de monitoramento e avaliação como intrínsecas ao

¹ A Atenção Básica (AB) é o termo correspondente à APS utilizado pelo governo brasileiro. Aqui será adotado o termo “Atenção Primária à Saúde”, considerando o uso abrangente na literatura internacional e escolha da autora desta pesquisa.

planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à formação dos atores envolvidos.

Nesse sentido, como parte das recentes diretrizes do MS para a APS e tendo como compromisso a institucionalização da avaliação neste nível de cuidado, algumas ações e ferramentas são direcionadas a esse propósito de garantia dos princípios preconizados. Dentre essas ferramentas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este tem como objetivo incentivar os gestores e equipes locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas unidades básicas de saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (BRASIL, 2012).

Diante das potencialidades que o PMAQ pode trazer, o processo em curso na saúde converge para o esforço que está sendo empreendido particularmente na APS do município do Rio de Janeiro (MRJ).

Juntamente a esse cenário, cabe referir que desde 2009 há um movimento significativo de expansão da Saúde da Família em todo o MRJ. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), em janeiro de 2009 o município contava com 124 (cento e vinte e quatro) equipes implantadas, correspondendo a um percentual de cobertura da ESF de 7% da população. Já em fevereiro de 2016, existiam 901 (novecentos e uma) equipes implantadas, representando cobertura de 49%.

Com isso, observou-se que até fevereiro de 2016 houve um aumento de aproximadamente 777 das equipes em relação a janeiro de 2009. A meta da SMS-RJ era de que até o final de 2012 o município atingisse 35% de cobertura da ESF, o que registrou 40%, sendo, portanto, satisfatoriamente alcançada.

Em consonância com estas políticas públicas, em agosto de 2010, a secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) publicou um guia de referência rápida, denominado “Carteira de Serviços – Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde” – CS-MRJ (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2011). Este documento, direcionado aos gestores e profissionais da saúde, pretende ser uma inovação gerencial e visa nortear e descentralizar as ações de saúde na APS oferecidas à população do MRJ. Esta descentralização implica na reorientação da oferta dos níveis secundário e terciário para as unidades de atenção primária.

A Carteira de Serviços (CS-MRJ) consiste em um documento elaborado por gestores do nível central e coordenações de áreas programáticas da SMS-RJ, onde se contempla a organização do serviço e suas ações oferecidas por linha de cuidado.

Além do seu principal objetivo como documento norteador no processo de trabalho das equipes de saúde da família (eSF), um monitoramento periódico da CS-MRJ é realizado pela SMS-RJ e Coordenações de Área Programática (CAP), quanto à implantação dos serviços ofertados pelas unidades de saúde e respectivas eSF sob orientação deste guia referencial.

Justificativa do estudo

Diversos aspectos relacionados às peculiaridades encontradas na Atenção Primária à Saúde merecem ser problematizados. A importância desse tema está no fato de que a qualidade prestada por esse nível de atenção presta um papel primordial para que se alcance a qualidade global de todo o sistema, além do reconhecimento de esforços e iniciativas do MS na tentativa de institucionalizar a avaliação da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Entendendo a APS como a porta de entrada do sistema de saúde, isto implica na revisão do seu papel na rede de atenção à saúde, resultando na reorganização e incorporação de novas atividades e práticas, de forma resolutiva na prestação dos serviços.

O MRJ vem, desde 2009, empreendendo esforços para expansão e aprimoramento da ESF. Como parte destes esforços elaborou uma Carteira de Serviços, cuja implementação inclui atividades bastante relevantes ao cuidado dos usuários. No entanto, a despeito de sua baixa complexidade, algumas não eram realizadas na APS de maneira equânime no território, ferindo princípios da lei orgânica da saúde, implicando a desatenção dos usuários ou a busca do cuidado nos demais níveis de atenção, desvirtuando seu papel no que se refere a coordenação do cuidado.

A implementação da CS-MRJ, como um instrumento de gestão no MRJ, visa melhorar a organização dos serviços e nortear as ações dos profissionais, assim como os serviços oferecidos aos usuários. Assim, torna-se relevante investigar em que magnitude este conjunto de atividades são ofertadas nas unidades de APS deste município em relação ao território nacional e aos demais grandes centros.

Outro aspecto é a possibilidade da verificação de resultados baseados em evidências no que se refere aos cuidados de baixa complexidade prestados à população diante da

implantação e monitoramento de um guia de referência para as eSF, de caráter inovador em âmbito local. No entanto, a incorporação rotineira pelas eSF de vários dos procedimentos previstos na Carteira, em particular os de baixa complexidade, tem se mostrado um desafio para a gestão.

Embora tenha se observado que nos últimos anos pesquisas a respeito da atenção primária estão cada vez mais numerosas e com significativas contribuições neste nível de atenção, ainda existem questões que precisam de respostas. Segundo STARFIELD (2004), dois tipos de pesquisas são necessários para promover a eficácia da atenção primária: a pesquisa básica e a pesquisa política. A pesquisa básica inclui os métodos que são importantes na medição, enquanto a segunda contribui com informações que ajudam na tomada de decisão, ao abordar formas de organização, financiamento e prestação de serviços e sobre treinamentos em atenção primária.

Neste sentido da pesquisa política, os dados do PMAQ, com representatividade nacional, se oferecem como excelente oportunidade para esta investigação. Ressalta-se a inexistência, até o presente momento, de estudos que se referiram aos resultados e impactos da CS-MRJ.

Espera-se que o estudo colabore como fonte de pesquisa e produção de novos conhecimentos científicos para serviços de saúde e área técnica, que subsidiará possíveis ferramentas na condução do processo de tomada de decisão, tanto em nível assistencial quanto gerencial local, assim como para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde no Rio de Janeiro.

Com o intuito de contribuir para as discussões em torno desta iniciativa, este trabalho tem como objetivo geral analisar como se caracteriza a oferta de ações em saúde nas eSF que aderiram ao PMAQ-AB, no Brasil em 2012. Espera-se que a identificação de fortalezas e gargalos na oferta de serviços ensejem propostas para melhoria para o acesso e qualidade aos serviços prestados.

O presente trabalho não pretende esgotar o debate acerca dos temas levantados, mas lançar um olhar cuidadoso sobre algumas questões que possam ajudar nos processos de reorganização da rede dos serviços de atenção primária junto aos gestores do SUS.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Analisar como se caracteriza a oferta de ações em saúde nas equipes de saúde da família (eSF) que aderiram ao PMAQ-AB no Brasil em 2012.

2.2 Específicos

- 1) Mapear os indicadores de ações em saúde disponíveis no instrumento do PMAQ-AB segundo as linhas de cuidado da Carteira de Serviços da SMS-RJ;
- 2) Analisar as ações em saúde referidas na Carteira de Serviços da SMS-RJ e realizadas pelas eSF, a partir dos resultados encontrados no 1º ciclo do PMAQ, segundo porte populacional (seis estratos populacionais);
- 3) Analisar os indicadores de ações em saúde por linha de cuidado segundo a situação da eSF que realiza todos os procedimentos da CS-MRJ (sim/não);
- 4) Analisar o perfil das ações da Carteira de Serviços das eSF do município do Rio de Janeiro comparativamente aos demais grandes centros urbanos

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Breve Histórico da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A APS tem uma longa história no Brasil. A proposta reformista do modelo assistencial à saúde pública, iniciada nos anos 1980, culminou com a Constituição Brasileira de 1988, que cria o SUS, representando um marco na história da saúde pública brasileira, ao introduzir a noção de saúde como um direito social, se estruturando em princípios de acesso universal, atenção integral, descentralização administrativa, co-responsabilização e controle social.

O ideário desse novo modelo, surge sob influências conceituais e práticas da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, que no documento reafirma uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano, da forma em que foi reconhecida pela Constituição Federal no Brasil.

Por outro lado, STARFIELD, (2004, p.9), também destaca outro motivo que contribuiu para a mudança do modelo de atenção à saúde em outros países:

Uma grande parte do ímpeto para a reforma origina-se dos custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência de doentes crônicos como resultado de tratamentos médicos aprimorados, e o crescente papel de tecnologias caras no diagnóstico e manejo da doença. Poucos países podem absorver os custos crescentes em uma séria consideração de alternativas. Devido às preocupações compartilhadas entre os países e a centralidade da atenção primária dentro deles, há uma convergência de interesses sobre a natureza da atenção primária e seu papel dentro dos sistemas de saúde.

A história do Programa Saúde da Família (PSF) começou quando o MS criou o “Programa Agentes Comunitários de Saúde” (PACS), em 1991, e o “Programa Saúde da Família” (PSF), em 1994. Foi o início deste processo, e desde o final de 1990, o PSF vem sendo assumido pelo MS como a principal estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, com prioridade no financiamento da política de saúde no país, gerando profundas mudanças no modelo de atenção e assume centralidade na agenda governamental, sendo considerada, portanto, um marco na trajetória da APS.

O PSF, em 1997, começou a perder o caráter de programa, passando a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando diferenciar-se dos programas tradicionais

já existentes pelo MS (BRASIL,1997). Isso permitiu que a ESF se consolidasse em uma estratégia estruturante e prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde, assim como descrito pelo documento oficial da PNAB de 2006 e reiterada pela PNAB de 2011.

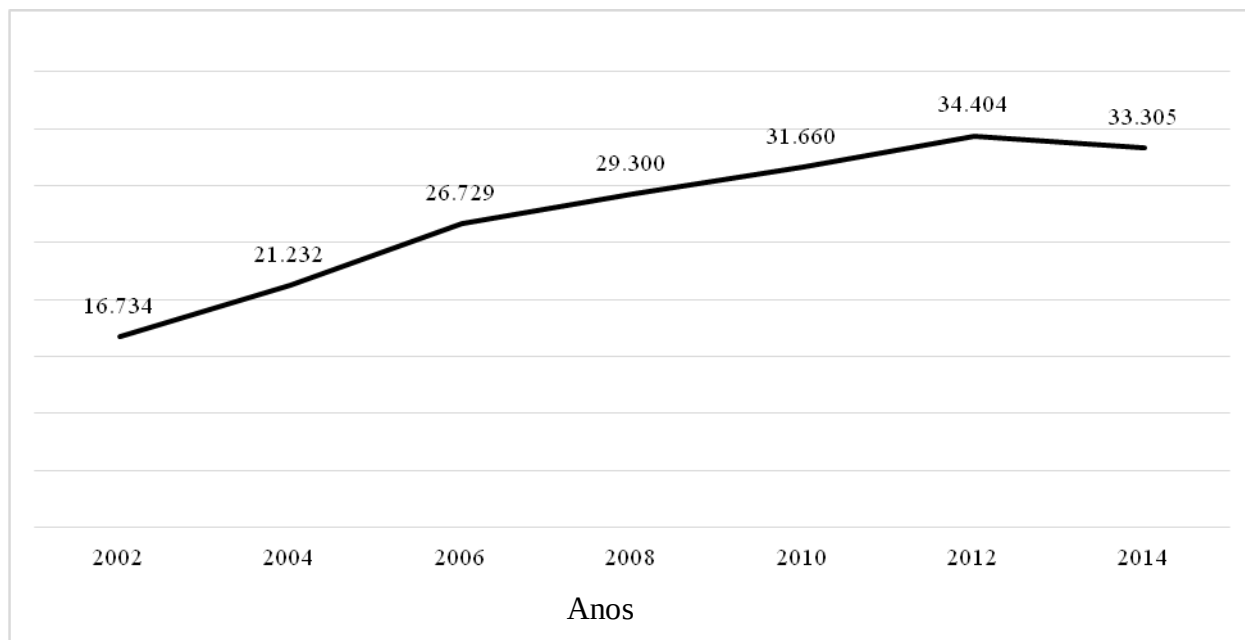
A ESF preconiza a formação de equipes multiprofissionais, constituída por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por atuarem em território definido, com cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Tem ainda como objetivos centrais a prestação da assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, destacando a perspectiva da família. Sua diferença em relação ao modelo de organização da atenção básica tradicional é explicitada a seguir:

(1) planeja e realiza suas ações de saúde; (2) se insere e se vincula a uma comunidade adscrita; (3) lida com as diferentes necessidades e demandas (individuais e coletivas); (4) acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; (5) se antecipa ao aparecimento dos agravos da saúde, lidando com as questões socioambientais e familiares; (6) interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e (7) estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social (BRASIL, 2005, p. 14).

De acordo com os dados do DAB/MS, o total de equipes de saúde da família implantadas no país, em 1994, era de 300 equipes. No final de 2002, a estratégia atinge 4.114 dos municípios brasileiros, cobrindo 30% da população. Foi redefinido, progressivamente, como uma estratégia de mudança dos modelos de atenção hegemônicos, possibilitando a integralidade. Prática que exige alta complexidade tecnológica na área do conhecimento, do desenvolvimento de habilidade e mudanças de atitudes. Ao longo do tempo a ESF expandiu, sob forte indução do MS e hoje, a SF está presente em 5.450 municípios e estimativa populacional de 64%, o que corresponde aproximadamente 124 milhões de pessoas (PAIM, 2012).

No entanto, dada a dimensão continental do país, a divisão do Estado por entes federativos e as especificidades regionais, o desenvolvimento da APS acontece de forma diversificada nestes municípios, o que determina em termos de suas características, processos organizacionais e resultados para implantação da ESF no país

Gráfico 1. Evolução do número de Equipes de Saúde da Família implementadas, Brasil, 2002-2014.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/MS

A Organização Mundial da Saúde, em seu último informe sobre “*La salud em el mundo* (WORLD HEALTH ORGANIZATION; LERBERGHE, 2008), referendou a ESF como exemplo concreto de reforma sanitária orientada pela APS e sua significativa contribuição para a melhoria do equilíbrio entre três níveis de atenção dos Sistemas de Saúde.

O autor ainda ressalta que a ESF brasileira constitui um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos e de como esses devem ser implementados, para que proporcionem melhoria da qualidade da saúde, com os melhores resultados.

Para tanto, é importante destacar que tal proposta de modelo constitui-se um grande desafio, ao representar uma ruptura seja com o modelo assistencial atual, influenciado pela prática médica hegemônica ou na formação profissional, para a construção de uma nova prática focada no cuidado integral e contínuo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por STARFIELD (2004) em quatro atributos essenciais que conjuntamente definem um serviço da APS:

Primeiro contato – implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou episódio de saúde. Isto é, o usuário percebe a atenção à saúde como acessível e consequentemente se reflete na utilização, tendo um serviço disponível sempre que ocorre um problema ou necessidade em saúde. Os benefícios deste primeiro contato bem-sucedido o evidenciam como característica-chave da atenção primária.

Longitudinalidade – estabelecida por meio de cuidados regulares pela equipe de saúde e seu uso de longa duração. As interações entre profissionais e usuários são contínuas e refletem laços interpessoais, que facilitam a efetividade na atenção primária, independentemente da presença ou não de doença.

Integralidade – pressupõe um conjunto de ações pela equipe de saúde que possam reconhecer e atender as inúmeras necessidades de saúde da população e disponibilize os recursos para abordá-las, mesmo que alguns possam não estar disponíveis, identificando o encaminhamento para outros serviços e lugares.

Coordenação da atenção – implica garantir de alguma forma a continuidade da atenção pelo profissional de saúde, devendo estar ciente de todos os problemas de saúde usuário em qualquer contexto no qual estes apareçam, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção. Tanto a continuidade quanto o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação do cuidado.

A autora (2004, p.28) define a APS como:

É aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Em outras palavras a mesma autora, descreve a APS como um sistema que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Aborda os problemas mais frequentes na comunidade, com oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e bem-estar. É a atenção que organiza e racionaliza o uso dos recursos, sejam básicos ou especializados, como também integra a rede de atenção

quando há mais de um problema de saúde e interage com o contexto no qual a doença está inserida e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

No Brasil, são inquestionáveis os resultados positivos da reorganização da APS, por meio da ESF. De maneira geral, acumulam-se importantes evidências relativas ao impacto da ESF e, dentre elas destaca:

Diversos estudos apontam para a efetividade da ESF. Macinko et al. (2006) estabeleceu que um incremento de 10% na cobertura deste programa estava associado a um decréscimo estatisticamente significativo de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, controlados outros determinantes. Rocha e Soares (2010) demonstraram que o programa teve um impacto positivo na redução da mortalidade por toda a distribuição etária e estava associado a redução de fertilidade, melhoria nas matrículas escolares e aumento na oferta de emprego aos adultos. Macinko (2011) demonstrou também que as altas taxas de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família estavam associadas a maior redução em internações evitáveis por um número importante de doenças crônicas, excetuando-se diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica. Ainda, Almeida et al. (2012) documentaram uma diminuição na desigualdade e iniquidade na utilização de serviços de saúde desde a implementação do SUS. É o sucesso da Estratégia de Saúde da Família em alcançar os mais pobres e sua efetividade total que a tornam interessante a outros países em processo de implementação de políticas de cobertura universal. (HARZHEIM, 2013, p.9)

Outro elemento central que merece ser salientado é que embora seja notório os inúmeros avanços na ESF nos últimos anos, é possível constar também fragilidades envolvendo a organização do modelo e o processo de trabalho como algumas experiências em curso demonstra uma grande diversidade as imensas disparidades inter e intra-regionais e as enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

Nesse cenário, a implantação da ESF foi acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, um dos grandes constrangimentos para a consolidação da ESF nos municípios de grande porte, é a lentidão na sua implementação, revelando uma desproporção entre o percentual da população cadastrada e o de municípios cobertos pela estratégia. Esse processo deparou-se com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (ESCOREL et al., 2007).

Frente a estes e outros desafios, a proposta ainda não está consolidada. O diferencial da reforma da APS será na aposta da qualidade, por meio do fortalecimento de alguns atributos, em especial, o acesso, a longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado. Além disso, que se intensifiquem estratégias de formação de recursos humanos de qualidade e bem preparados para trabalhar neste campo de atenção à saúde.

3.2 O Papel Estratégico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Considerando este cenário de evolução da ESF no Brasil e as políticas públicas vigentes, são crescentes as necessidades e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação às práticas de gestão e cuidado prestados à população, por meio de estímulos a ampliação do acesso com qualidade, nos diversos contextos existentes no Brasil (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Um conjunto de iniciativas que se propõe analisar a qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema especialmente relevante, a partir da reformulação dos Sistemas Nacionais de Saúde nas últimas décadas. O atributo da universalidade e da garantia do acesso, por meio dos cuidados primários de saúde tem sido preconizado em vários países do mundo, como forma de alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários.

A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil. No caso da Atenção Primária, porém, essa é uma questão recente em nossa realidade. A elaboração de normas e critérios que norteiam a assistência nesta área, nas últimas décadas, esteve circunscrita às áreas técnicas, responsáveis por diversos programas em saúde.

É importante entender que o conceito de qualidade é relativo e complexo. O significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados. Assim, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade, que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade esperada (UCHIMURA; BOSI, 2002).

No campo da saúde, a ação combinada do desenvolvimento das tecnologias, da crise das finanças públicas e do envelhecimento das populações força os governos a controlar o crescimento dos custos e a continuar, ao mesmo tempo, garantindo a todos, um contexto em que as expectativas não param de crescer, acesso equitativo a serviços de qualidade (HARTZ, 2013).

De antemão e antes que qualquer processo seja considerado satisfatório, será necessário relacioná-los a critérios, que dirão a respeito ao que se considera um atendimento

de qualidade. O estabelecimento desses critérios é a principal tarefa dos estudos de avaliação da qualidade, sendo obtidos mediante pesquisas ou também por meio da construção de consensos entre especialistas. Nesse sentido, a preocupação em avaliar a qualidade dos serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos, em consequência da ampliação na oferta dos serviços de saúde e do aumento dos custos, com a incorporação de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das enfermidades (FRIAS et al.2010).

Longe de apresentar uma definição universal da avaliação por diversidade das definições, sendo reflexo das mudanças e evoluções ao longo do tempo neste campo., HARTZ et al, (2013) propõe uma definição mais ampla, que reúne os elementos que hoje são consensuais:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (p.44).

STARFIELD, (2004) propôs um modelo para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde. Este considera a qualidade da atenção por meio de duas vertentes: a perspectiva clínica e a populacional. A partir da perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais sobre a saúde dos pacientes. Vista pela perspectiva populacional, a preocupação está centrada no impacto dos programas e sistemas de saúde na população e a redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais.

Importante destacar também que os critérios e padrões selecionados para a avaliação da qualidade diferem de um país para outro, dependendo da realidade encontrada. Dessa forma, métodos e instrumentos empregados em um país podem ser inadequados para outro país, considerando o tipo e o estágio em que se encontram os seus sistemas de saúde. Esse é o motivo pelo qual se deve, mesmo com base em diversos modelos internacionais, construir uma proposta que reflita a realidade loco-regional em que se esteja atuando.

Os padrões podem ser de distintos graus, desde os mínimos indispensáveis, até os mais sofisticados e elaborados, considerando um nível avançado de qualidade. Esses são estabelecidos em bases técnicas e científicas, a partir da literatura ou por consenso entre os especialistas.

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, como estratégia indutora de um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a partir de 2012 por meio da Portaria nº 1.654 (SAÚDE EM DEBATE, 2014).

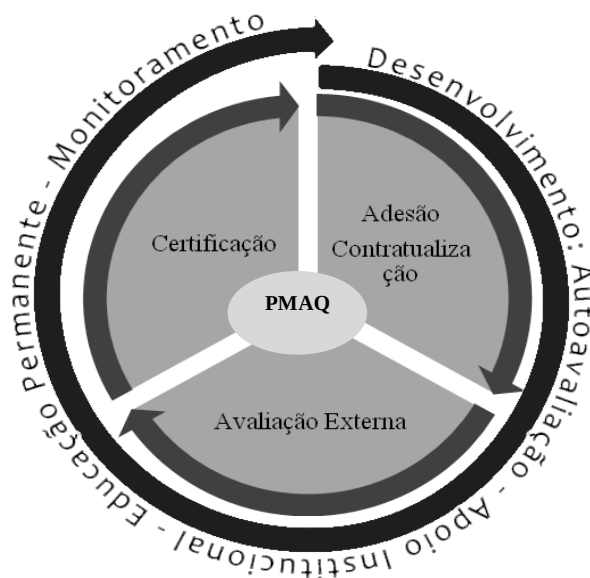
Nesse sentido, instituiu-se na nova PNAB, chamada pelo nome ‘Saúde Mais Perto de Você’, um amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses financeiros conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, visando um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A iniciativa objetiva a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está estruturado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica :Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização (BRASIL, 2012).

Figura 1: Fases do PMAQ



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Fase 1- Etapa formal de adesão ao Programa, por meio da contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e precedida da formalização desses com o Ministério da Saúde. Com a adesão homologada das equipes, o MS transfere ao município, fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB Variável), de acordo com o número de equipes participantes, considerando o mês em que a homologação foi publicada.

Fase 2- Etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica e gestores municipais, com o intuito de reconhecerem as necessidades de melhoria e atuam para promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase inclui dimensões de autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, ações de educação permanente e apoio institucional às equipes.

Fase 3 - Consiste na avaliação externa, momento em que será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. No desenvolvimento, o MS contará com a parceria de Instituições de Ensino e Pesquisa do País. Cabe ao MS, de posse dos dados coletados, proceder a avaliação de desempenho das equipes participantes, segundo metodologia definida pelo programa.

Fase 4- Etapa posterior à certificação das equipes. Constituída por um processo de reconstrutualização das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, a partir da avaliação de desempenho de cada equipe, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

No que tange ao processo de avaliação externa, o instrumento está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações (BRASIL, 2012).

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe. Este módulo será aplicado em todas as UBS do país, incluindo os municípios que não aderiram ao PMAQ, pois é integrante tanto do PMAQ quanto do primeiro Censo Nacional das UBS.

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade.

Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Módulo IV - Módulo on line. Este Módulo da avaliação externa compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa.

Em todos estes módulos, há questões que serão utilizadas para a certificação das equipes e outras que objetivam o levantamento de informações para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Dentre alguns dos compromissos com a institucionalização da avaliação na APS, algumas ferramentas são direcionadas a esse propósito, e uma delas destaca-se o Projeto de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). É

instrumento que compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o PMAQ, como uma das principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A autoavaliação é entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. Visando a induzir a implementação de processos autoavaliativos, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada a essa ação (*ibidem*).

A AMAQ possui disponível um aplicativo online, na página do o SGDAB para registro das informações. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados alcançados.

O quadro 1 apresenta as dimensões e respectivas ponderações que serão consideradas na certificação do desempenho das equipes:

Quadro 1: dimensões para ponderação e certificação das equipes

10%	Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica
10%	Estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde
20%	Valorização do Trabalhador
50%	Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho
10%	Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário

Fonte: Ministério da Saúde

Cabe destacar que a avaliação considera aspectos que são de responsabilidade da gestão e outros que são de responsabilidade das equipes. O resultado será disponibilizado explicitando os desempenhos em cada dimensão e fazendo referência às diferentes governabilidades envolvidas em cada uma delas.

Em consonância com os objetivos do programa, a avaliação da Atenção Básica, no âmbito do PMAQ-AB, possibilita reconhecer de que forma e com quais características estão organizadas as ações nesse nível de atenção. Os dados coletados para a realização da

certificação das equipes que aderiram ao Programa contemplam uma ampla variedade de dimensões sobre a oferta e a atenção prestada.

A análise desses dados, ainda que reconhecidos seus limites por se tratar de coleta para fins de transferências financeiras, é muito promissora. A partir desses dados, é possível construir inúmeras abordagens e desenhos analíticos. Tal análise aprofundada das informações resultantes do PMAQ-AB bem como do acúmulo de estudos avaliativos sobre a Atenção Básica realizados têm grande potencial para subsidiar a tomada de decisão e dar direcionalidade à política de APS no país para garantia de atenção integral e universal (SAÚDE EM DEBATE, 2014).

Para a classificação de desempenho das equipes contratualizadas, realizada por meio do processo de certificação, cada Município ou o Distrito Federal será distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

Para fins da 1ª (primeira) classificação das equipes contratualizadas, por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal, a avaliação de desempenho considerará os seguintes resultados: I – Insatisfatório; II – Regular; III – Bom; IV – Ótimo.

Já a partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada equipe é comparado em relação às outras equipes do mesmo estrato, bem como quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ-AB.

A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas nos acima, os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do PAB Variável e contratualizarão novas metas e compromissos, de acordo com desempenho das equipes (BRASIL, 2015).

No entanto, embora com todas estas finalidades colocadas, o contexto da avaliação no Brasil ainda é incipiente para que seja incorporada como uma prática cotidiana nos serviços, apresentando-se muitas vezes um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão.

Por fim, conclui-se que a avaliação assume um caráter importante quando permite apontar evidências que indicam que os sistemas de atenção à saúde com forte orientação para a APS são mais adequados, pois se organizam a partir das necessidades de saúde da população; são mais efetivos na forma de enfrentar a situação epidemiológica e das condições crônicas; mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres, reduzindo os gastos de pessoas e famílias; e de maior qualidade por colocar ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertarem tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2004 ;WORLD HEALTH ORGANIZATION; LERBERGHE, 2008).

3.3 Modelos de Carteira de Serviços de Atenção Primária no Exterior e no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo adotada em diversos países para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que estes respondam de maneira apropriada às necessidades de sua população.

Para contextualizar o estudo, apresentamos três experiências de modelos similares a carteira de serviços da APS em outras localidades a fim de ser ampliado o conhecimento referente a esse processo. Dentre os países selecionados, as experiências internacionais, da Espanha e Portugal, foram escolhidas devido à utilização de um sistema de saúde baseado em uma expressiva Reforma e orientação para a atenção primária à saúde, semelhante ao ocorrido no Brasil. No âmbito nacional, apresentamos as experiências de São Paulo, do município do Rio de Janeiro e por fim, citamos as demais capitais brasileiras que também adotaram a Carteira de Serviços na APS.

3.3.1 As experiências da Espanha, Portugal e São Paulo

Espanha e Brasil caracterizam-se pela implantação de sistemas nacionais de saúde com princípios organizativos semelhantes, como financiamento por impostos gerais, cobertura universal e processos de reforma no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciados nas décadas de 1980 e 1990, respectivamente, em condições socioeconômicas e tradições históricas distintas (ALMEIDA et al., 2013).

O *Sistema Nacional de Salud* espanhol (SNS), instituído em 1986, pela *Ley General de Sanidad*, representou uma evolução da *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (ASSS). Originada do *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, criado na década de 1940, o seguro social teve sua cobertura incrementada até a década de 1980. A promulgação do Real Decreto 137/1984, foi considerado um marco na criação de um novo modelo de APS no país (ALMEIDA et al., 2013).

O Sistema de Saúde espanhol estrutura-se em dois níveis de atenção: o primeiro é o nível de Atenção Primária, que estrutura e organiza as equipes de profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Primária (Centro de Saúde) e o segundo, é de Atenção Especializada em que se agrupam os hospitais e os ambulatorios de especialidades médicas e cirúrgicas (PINTO et al., 2010).

Instituída pelo Real Decreto 1030/2006, a carteira de serviços comuns tem por objetivo garantir a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde adequados e compreende todas as atividades assistenciais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação realizadas em centros sanitários ou sociossanitários, assim como o transporte sanitário de urgência, cuja cobertura integral é realizada mediante financiamento público. A carteira inclui todas aquelas prestações de serviços cuja provisão se realiza mediante dispensação ambulatorial, abrangendo a atenção primária, atenção especializada, atendimento de urgência, assistência farmacêutica, de ortopróteses, de produtos dietéticos e transporte sanitário considerado não urgente (ESPANHA, 2006).

No contexto de Portugal, o sistema de saúde oferece cuidados gratuitos e universais, com financiamento principalmente por meio de impostos. A prestação pública de serviços existe na atenção primária e nos cuidados hospitalares. Os serviços de apoio diagnóstico, produtos farmacêuticos e consultas médicas compõem a maior parte da prestação privada de assistência à saúde. As USF são integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, tanto pelo setor público administrativo ou pelo setor cooperativo, social e privado (PISCO, 2011).

Em outubro de 2005, o país iniciou uma ambiciosa reforma da APS, onde foi constituída a *Missão para os Cuidados de Saúde Primários* (MCSP), responsável pela condução dessa profunda mudança e remodelagem da APS Portuguesa (PISCO, 2011). Este documento visava “conduzir projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento

da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF)”(PORTUGAL, 2006).

Para a concretização desta reorganização do modelo vigente, o governo português, à fim de tornar os cuidados prestados aos cidadãos mais acessível, eficiente e adequado às necessidades de saúde, elegeu a atenção primária como pilar central do sistema de saúde, tendo os Centros de Saúde (CS) como unidades de saúde familiar (USF). Para tal, as seguintes medidas seriam implantadas:

(1) pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; (2) autonomia organizativa funcional e técnica; (3) contratualização de uma carteira básica de serviços; (4) meios de diagnósticos descentralizados; (5) sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade (PISCO, 2011, p. 2844).

A reforma dos Centros de Saúde (CS) iniciada pela MCSP apresentou um conjunto de oito estratégias, consagradas no documento *Linhas de acção prioritaria para desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*, publicado em janeiro de 2006, destacando-se as duas primeiras – reconfiguração e autonomia dos CS e implementação das USF (ROCHA; SÁ, 2011).

Como peça vital no processo de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários surge o redesenho organizacional de toda a estrutura da administração, regional e local, orientado à desconcentração na tomada de decisões, ao reforço dos mecanismos de contratualização e à implantação da gestão por objetivos, com a criação das Unidades de Saúde Familiares, como principal interface entre o cidadão e o seu sistema de saúde, e a reorganização dos centros de saúde - com a criação de unidades de decisão gestionária mais próximas dos cidadãos e dos serviços. (DE SOUSA, 2009)

Para essa reestruturação dos CS e com o objetivo de tornar a APS mais acessível, mais eficiente e mais adequada às necessidades dos cidadãos e profissionais, umas das medidas adotadas seria a criação e contratualização de uma carteira básica de serviços.

Segundo a Portaria n.º 1368/2007, existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspectos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização e revistos anualmente (PORTUGAL, 2007).

A carteira básica de serviços explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como: núcleo base de serviços clínicos (ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença), secretariado clínico/administrativo, envolvendo questões administrativas, horário de funcionamento, relação dos usuários cadastrados e a USF como espaço de formação contínua.

Enquanto que a carteira adicional é voltada para a prestação de cuidados à saúde adicionais, tais como: para situações de cuidados especializados, com atendimentos por outros profissionais da saúde como fisioterapeuta e psicólogo, dentre outros, ou que ultrapasse o horário de funcionamento nos cuidados domiciliares, programas específicos de intervenção na comunidade como saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, atendimento a adolescentes e a cidadãos em risco de exclusão social.

Já no cenário brasileiro, temos outras iniciativas, como pelo próprio governo federal, como a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), publicada pela portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. Esta estabelece ações e serviços, considerando as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada, agrupando um conjunto de ações e serviços que devem ser oferecidos na atenção primária, na urgência e emergência, na atenção psicossocial, na atenção especializada e hospitalar e na vigilância em saúde (BRASIL, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo publica em 2005 o “ Documento Norteador” direcionada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais atuam na modalidade UBS “tradicional” e UBS com a estratégia Saúde da Família e AMA (Assistência Médica Ambulatorial), no sentido de instrumentalizar e apontar um eixo orientador para o trabalho das AMAs, tendo como desafio garantir os valores da universalidade de acesso, da equidade no atendimento, da atenção integrada e da qualidade do serviço (SÃO PAULO, 2005).

Desta forma, o documento pretende:

subsidiar o Coordenador de Unidade e os profissionais da Unidade de Saúde/AMA, as Instituições Parceiras bem como a população, com ferramentas que possam potencializar o trabalho desenvolvido e os seus resultados, estabelecendo diretrizes para a organização do serviço nas atividades administrativas e assistenciais (SÃO PAULO, 2005, p. 7).

Estruturalmente, o documento é composto pela missão da UBS, processo de trabalho, Organização do Serviço; subdividido em atividades administrativas e assistenciais, Participação Popular, através do conselho gestor e registro/caixa de sugestões; Coordenação

da Unidade, contendo as atribuições do gerente; Almoxarifado, sendo apresentadas as principais funções do responsável pelo almoxarifado.

3.3.2 A Experiência no Município do Rio de Janeiro

A expansão da ESF e a progressiva ampliação da cobertura tornam-se um estímulo e um desafio a mais para as diferentes iniciativas, como de avaliação e de melhoria de acesso e da qualidade. Desde então, é notória a expansão da cobertura da ESF no país, mesmo que de forma heterogênea, persistindo desafios nos grandes centros urbanos. A ampliação bem-sucedida da ESF nas grandes metrópoles, onde comumente encontram-se áreas com altos índices de violência, depende fortemente da atuação do Estado, de aposta política e investimentos de longo prazo, garantindo segurança dos profissionais e população (BRASIL, 2005).

Para induzir tais desafios de expansão da ESF nas cidades de grande porte e capitais, o Ministério da Saúde (MS), apoiado pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD ou Banco Mundial), elaborou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com a finalidade de financiar a implantação e consolidação da ESF em municípios com população acima de 100.000 habitantes sob a justificativa de superar as barreiras de acesso e oferta dos serviços básicos de saúde nos grandes municípios, nos quais se observa maior disponibilidade de serviços de média e alta complexidade, (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o PROESF objetiva aumentar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, aperfeiçoando tecnologias de gestão que garantam resolubilidade do sistema, de forma que otimize e assegure respostas efetivas para a população (BRASIL, 2003).

Outro incentivo à SF é o Pacto pela Saúde, acordado em 2006 entre os gestores do SUS. Este teve suas diretrizes aprovadas através da Portaria nº 339/GM de 22 de fevereiro de 2006 e tem por objetivo consolidar o modelo de Atenção à Saúde proposto pelo SUS através do avanço das condições de saúde da população (BRASIL, 2006). Para tanto, adotou como prioridade, dentre outras, o fortalecimento da Atenção Básica assumindo a necessidade de consolidação e qualificação da SF inseridas a processos de monitoramento de avaliação de forma que garanta uma qualificação da gestão e aperfeiçoamento das ações de saúde.

No caso do MRJ, ressalta-se o engajamento para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde e a prioridade para a melhoria dos níveis de saúde da população nos últimos anos. Ao reconhecer uma histórica dívida sanitária com a saúde pública, a cidade até dezembro de 2008 era a capital do País com a mais baixa cobertura de equipes de Saúde da Família, apenas 3,5% dos moradores contavam com essas eSF (PINTO, 2010).

Na mesma tendência de expansão, o Plano Plurianual de Saúde 2010-2013 (PPA) (RIO DE JANEIRO, 2009) no Município do Rio de Janeiro adotou como objetivo priorizar recursos para o planejamento, o avanço e a recuperação do sistema de saúde. O foco principal da proposta era ampliar a assistência dos programas de atenção básica, a partir da ESF. Para isso, 19% de todos os recursos do PPA 2010-2013 estavam destinados a saúde e 27% dos valores aplicados nas áreas de resultado. Uma das metas estratégicas do PPA era ampliar e garantir uma cobertura mínima da ESF de 55% da população até 2013 (o índice era então de aproximadamente 7%). Era objetivo, ainda, que as 70 clínicas da família que seriam construídas na cidade fossem resolutivas em 85% dos casos (JESUS, 2013).

A urgente necessidade de dar melhores respostas às demandas de saúde da população, iniciou em 2009 um processo de *Reforma da Atenção Primária* do sistema de saúde, a partir de novos investimentos. A decisão política pela ESF para o fortalecimento da APS e reestruturação da Rede de Atenção à Saúde é, sem sombra de dúvida, elemento fundamental para potencializar a implantação da ESF em larga escala.

Ainda em 2009, é lançado o Programa Saúde Presente, uma iniciativa estratégica da SMS-RJ com base na reestruturação e ampliação da APS e, assim, marcava o início de uma nova fase para a atenção à saúde na cidade. Para tal operacionalização, foi regulamentada a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que apontava para um novo modelo de gestão, a gestão compartilhada, celebrado por meio de contratos com as Organizações Sociais (OS).

O contrato de gestão é um documento que firma a parceria entre a SMS-RJ e uma entidade qualificada, como Organização Social², para prestação de serviços, nesse caso, na área de saúde. O contrato é o principal instrumento utilizado para realizar a denominada gestão compartilhada de alguns serviços, com o objetivo de induzir a melhora do desempenho

² A opção do município do Rio de Janeiro pelo modelo de gestão por OSS é tema de diversos debates e discussões, tanto no meio acadêmico quanto nos movimentos sociais. Não é objetivo deste trabalho contribuir para esta discussão, apenas contextualizar a atual expansão da ESF no município

das unidades funcionais por meio da atribuição de incentivos financeiros e instrumentos de monitoramento. Constituem-se, portanto na mais recente proposta para o gerenciamento, operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde no município. (RIO DE JANEIRO, 2016).

Com isso, a ESF deixou de ser uma estratégia paralela e focalizada em comunidades carentes, ampliando-se a cobertura da ESF em outras áreas da cidade, passando a ser o modelo prioritário da APS. Nessas condições, a cobertura da ESF teve um crescimento de mais de 200% em apenas cinco anos, sendo expandida de 8,9%, em julho de 2009, para 43,24%, em julho de 2014.

Foi neste complexo e acelerado cenário de política de expansão da ESF, que se identificou a necessidade de orientar, qualificar e padronizar a oferta dos serviços na APS. Para atender tais necessidades, a SMS-RJ criou ferramentas de controle, como os indicadores de acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico contratualizados com as OSS, além da criação da Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro (CS-MRJ).

A Carteira de Serviços³, publicada em 2010 e distribuída nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, surge como um instrumento que visa nortear as ações de saúde no modelo de APS adotado pela SMSDC/RJ. Este instrumento adota a visão de que a APS não é apenas um nível de assistência, mas sim, a coordenadora do cuidado no SUS, que se orienta pelos princípios da longitudinalidade e acessibilidade.

Figura 2 – Print da Capa da Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro

³ Publicada em três versões - versão profissionais, versão população e versão panfleto. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=1233196>>.



Fonte: SMS-RJ, 2010

Neste trabalho, utilizou-se a versão direcionada aos profissionais que se encontra disponível no site da SMS/RJ. Este documento contém 127 páginas e está dividido em oito eixos estruturantes: *Organização do Serviço; Atenção Centrada no adulto/idoso; Atenção centrada na criança/adolescente; Saúde Mental; Saúde Bucal; Vigilância em Saúde; Promoção à Saúde; Procedimentos/cirurgias ambulatoriais; Manejo de situações de urgência/emergência e Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Além disso, a CS também apresenta a Carteira Opcional, composta por serviços ou procedimentos classificados como facultativos.

Além disso, a SMS-RJ intitulou e implementou “Carteiromêtro”. Um sistema de monitoramento dos serviços oferecidos pela CS-RJ que é feito através do registro dos profissionais de saúde que executaram a ação. Além disso, existe o indicador “taxa de itens da carteira de serviços implementados”, previsto no contrato de gestão e preenchido pelo gestor local. Este indicador é avaliado trimestralmente em cada área programática por uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) composta por membros da SMS-RJ. Isso possibilita identificação e avaliação de possíveis problemas e correções necessárias a fim de garantir os serviços à população previstos pelo documento.

Segundo HARZHEIM, (2013), é uma potente ferramenta de adequação dos serviços ao modelo de APS que a SMS-RJ elegeu como preferencial. O seguimento deste guia norteador na íntegra impediria que os serviços de APS da cidade se caracterizassem por

ofertar uma relação pequena de serviços em saúde, situação comum no cenário das equipes de Saúde da Família no País.

No contexto brasileiro, temos ainda mais 3 capitais que também implantaram a carteira de serviços da atenção primária, após o MRJ, que foram: Florianópolis, Curitiba e Natal.

A cidade de Florianópolis, também elaborada por profissionais da gestão e serviços da APS (FLORIANÓPOLIS, 2014). Em seguida, foi a capital do Paraná, Curitiba. E por último, a Carteira de Serviços de Natal (NATAL, 2014), que baseou-se na do MRJ e principalmente, de Florianópolis, apresentando como única diferença a não inclusão do eixo “Atenção Coletiva”. Todas as CS destas capitais citadas foram publicadas no ano de 2014.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CURITIBA, 2014), alguns dos objetivos deste documento são oferecer um acesso com qualidade a toda rede de serviços e resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população no ponto mais próximo do seu local de residência ou trabalho e auxiliar na ampliação dos serviços oferecidos na APS tendo como meta que a grande maioria dos problemas e situações de saúde possa ter sua resposta na própria unidade de saúde. Somando-se a isso, para a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2014), um dos objetivos da CS é contribuir para diminuição de iniquidades na oferta de ações e serviços, ampliação da abrangência e melhoria da qualidade da atenção primária.

Diante deste cenário apresentado, impõe-se a necessidade de identificar e avaliar processos relativos a assistência à população. Dessa forma, a SMS-RJ, através da Superintendência de Atenção Primária à Saúde, tem investido na institucionalização do monitoramento da Atenção Primária para fortalecer o processo de gestão, acompanhamento das ações e da evolução do trabalho utilizando, para tal, diversas ferramentas e instrumentos, dentre eles, a CS-MRJ.

4 METODOLOGIA

Quanto à natureza, o presente estudo tratou-se de uma pesquisa aplicada, por caracterizar interesse prático, isto é, que os resultados sejam aplicados na resolução de problemas que ocorrem na realidade (MARCONI; LAKATOS, 2008). Foi também descritiva e de corte transversal, ao descrever um fenômeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado tempo-espaço, por meio de registros, análises e interpretações de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente.

4.1 Estudo fonte – Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso da Atenção Básica

O presente estudo teve como fonte de informação a base de dados secundária proveniente do primeiro ciclo da fase avaliação externa do PMAQ, aplicado em nível nacional no período de junho a setembro de 2012.

Os instrumentos de coleta dos pesquisadores de campo foram divididos em três módulos. O primeiro, aplicado como censo em 38.812 nas unidades básicas de saúde, contemplando aspectos referentes sobretudo à infraestrutura (como acessibilidade, sinalização externa, equipamentos, materiais e insumos para atenção à saúde). O segundo, foi direcionado à entrevista com profissionais de saúde de nível superior das eSF e verificação de documentos, com foco na avaliação do processo de trabalho. Finalmente, o terceiro módulo incluiu entrevista com 65.391 usuários, com o intuito de obter informações a respeito da satisfação. (EDITORAS, SAÚDE EM DEBATE 2014).

Os módulos 2 e 3 foram aplicados às eSF que aderiram ao PMAQ, correspondendo a 35,7% das UBS visitadas. A elegibilidade das eSF se deu conforme a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores com o gestor municipal. Com base nesses critérios, a listagem inicial fornecida pelo MS contabilizava um total de 17.304 equipes aderidas ao programa (aproximadamente 51% das equipes de ESF existentes no país em 2012); no entanto, a avaliação externa foi realizada para 17.202 destas (99,4%) (EDITORAS, SAÚDE EM DEBATE 2014).

4.2 Aspectos operacionais

O presente estudo adotou como unidade de análise a eSF, o que significa que a construção dos indicadores envolveu agregação de questões do segundo módulo do instrumento PMAQ.

Inicialmente, foram mapeados os indicadores de ações em saúde disponíveis no instrumento do PMAQ-AB segundo as linhas de cuidado da CS-MRJ (Carteira de Serviços SMS DC RJ, 2011). Em seguida, selecionaram-se as variáveis de interesse tomando-se como base a identificação das ações em saúde referidas na CS-MRJ, conforme exposto no quadro 2.

Para esta definição e seleção do tipo de ação, partiu-se do pressuposto da categorização dos padrões de acesso e qualidade segundo grau de prioridade, sendo estes Essenciais ou Estratégicos para cada linha de cuidado.

Como variáveis de exposição, agregou-se os indicadores de serviços e ações por linha de cuidado, da seguinte forma: Organização do Serviço, Procedimentos/cirurgias ambulatoriais, Atenção Centrada no Adulto/Idoso, Saúde Mental, Atenção Centrada na Saúde da Criança. Além disso, as eSF foram analisadas segundo estrato populacional (municípios com até 20 mil habitantes (EP1), de 10.001 a 20mil (EP2), de 20.001 a 50mil (EP3), 50.001 a 100mil (EP4), 100.001 a 500mil (EP5) e de 500.001 ou mais (EP6) e o estrato EP6#, que corresponde ao EP6, excluindo-se o MRJ)). Estes estratos populacionais tiveram como base a classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (municípios de pequeno, médio e grande porte), assim como estudos de foco similar, além de seguir a distribuição populacional adotada pelo próprio PMAQ-AB.

Foram consideradas duas variáveis desfecho: 1) a eSF pertence ao município do Rio de Janeiro; e, 2) eSF oferta todos os nove procedimentos da CS-MRJ.

Quadro 2. Adaptação das linhas de cuidado da carteira de serviço da SMS-RJ segundo questões disponíveis no PMAQ-2012.

Linha de Cuidado na CS SMS-RJ	Tipo de Ação	Nº da Pergunta (PMAQ)	Detalhamento (Questão do PMAQ)
Organização do Serviço (Características gerais das eSF)	Organização da Agenda	II.16.6	Equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? (a. Sim /b. Não)
		II.16.7	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? a) Organização da agenda a partir da necessidade da atenção b) Demanda espontânea e do cuidado continuado/programado c) Prevenção e acompanhamento do câncer do colo do útero d) Prevenção e acompanhamento do câncer da mama e) Prevenção e acompanhamento do câncer da boca f) Planejamento familiar g) Pré-natal h) Crescimento e desenvolvimento da criança i) Usuários com hipertensão arterial sistêmica j) Usuários com diabetes mellitus k) Problemas relacionados à saúde mental l) Problemas respiratórios crônicos m) Obesidade n) Violência familiar
	Acolhimento	II.16.12a	Agendamento de consultas para qualquer dia/horário? (a. Sim /b. Não)
		II.15.13	Tempo de espera desde a chegada até a 1ª escuta/acolhimento? (Minutos)
		II.15.16	Tempo de espera por atendimento: (Minutos)
		II.15.19	Tempo de espera pela consulta: (Dias)
		II.25.2	Tempo de espera para 1ª consulta de HAS na unidade de saúde? (Dias)
		II.26.2	Tempo de espera para a 1ª consulta de DM na unidade de saúde? (Dias)
		II.29.2	Tempo de espera para a 1ª consulta de transtorno de saúde mental na unidade de saúde? (Dias)

Linha de Cuidado na CS SMS-RJ	Tipo de Ação	Nº da Pergunta (PMAQ)	Detalhamento (Questão do PMAQ)
	Planejamento da Equipe	II.9.1	Equipe realiza planejamento de ações? (a. Sim /b. Não)
		II.11.1	Equipe de atenção básica realiza reunião de equipe? (a. Sim /b. Não)
		II.11.3.1	Organização do processo de trabalho e do serviço (Temas das reuniões) (a. Sim /b. Não)
	Sistema de Informação	II.14.5	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? (a. Sim /b. Não)
	Acolhimento à Demanda	II.15.8	Equipe realiza atendimento de urgência e emergência? (a. Sim /b. Não)
	Integração da Rede de Atenção: Ordenamento e Definição de Fluxos	II.18.1	Há central de regulação para encaminhamento dos usuários? (a. Sim /b. Não)
		II.18.6a	Equipe entra em contato com especialistas para troca de informações sobre os seus pacientes encaminhados? (a. Sim /b. Não)
		II.18.7a	Ocorre Contra-Referência? (a. Sim /b. Não)
	Reunião da Equipe	II.11.3.3	Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades): (a. Sim /b. Não)
	Apoio Matricial à Equipe	II.12.1	Equipe recebe apoio de outros profissionais para casos complexo? (a. Sim /b. Não)
Procedimentos/ cirurgias ambulatoriais	Realização de procedimentos/pequenas cirurgias na UBS	II.20.8	Equipe realiza procedimentos/pequenas cirurgias na UBS? * a) Drenagem de abscesso ** b) Sutura de ferimentos** c) Retirada de pontos *** d) Lavagem de ouvido** e) Extração de unha ** f) Nebulização/ Inalação g) Curativos h) Medicações injetáveis IM i) Medicações injetáveis IV *todos são obrigatórios na UBS do MRJ; **atribuição exclusivamente médica; *** Médico e equipe de enfermagem sob prescrição médica e supervisão do enfermeiro

Linha de Cuidado na CS SMS-RJ	Tipo de Ação	Nº da Pergunta (PMAQ)	Detalhamento (Questão do PMAQ)
Atenção centrada no adulto/idoso	Atendimento à mulher	II.16.7.1	Prevenção e acompanhamento de Câncer do Colo do Útero? (a. Sim /b. Não)
		II.16.7.2	Prevenção e acompanhamento de Câncer de Mama? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.1	Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer do Colo do Útero? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.2	Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer de Mama? (a. Sim /b. Não)
		II.21.1	Equipe de AB realiza a coleta do exame citopatológico na UBS? (a. Sim /b. Não)
	Planejamento familiar	II.16.7.4	Oferta de serviço - Planejamento familiar? (a. Sim /b. Não)
		II.22.1	Equipe de AB desenvolve ações de planejamento familiar? (a. Sim /b. Não)
	Pré-natal	II.16.7.5	Oferta de serviço - Pré-natal? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.3	Protocolo de diretriz terapêutica - Pré-natal? (a. Sim /b. Não)
		II.23.13	As gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto? (a. Sim /b. Não)
	Atendimento à DCNT de alta prevalência	II.16.7.7	Oferta de serviço – HAS? (a. Sim /b. Não)
		II.16.7.8	Oferta de serviço – DM? (a. Sim /b. Não)
		II.16.7.11	Oferta de serviço – Obesidade? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.5	Protocolo de diretriz terapêutica – HAS? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.6	Protocolo de diretriz terapêutica – DM? (a. Sim /b. Não)
		II.25.6	Equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção? (a. Sim /b. Não)
		II.26.6	Equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção? (a. Sim /b. Não)
		II.26.7	Equipe realiza exame do pé diabético periodicamente? (a. Sim /b. Não)

Linha de Cuidado na CS SMS-RJ	Tipo de Ação	Nº da Pergunta (PMAQ)	Detalhamento (Questão do PMAQ)
	Doenças transmissíveis	II.17.4.7	Protocolo de diretriz terapêutica –Tuberculose? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.8	Protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase? (a. Sim /b. Não)
		II.21.4	Equipe possui registro do número de usuários com Tuberculose? (a. Sim /b. Não)
		II.27.4	Equipe realiza busca ativa de faltosos do Tratamento Diretamente Observado para TB? (a. Sim /b. Não)
		II.28.1	Equipe possui registro do número de usuários com Hanseníase? (a. Sim /b. Não)
		II.28.3	Equipe realiza busca ativa de faltosos do Tratamento Diretamente Observado Hanseníase? (a. Sim /b. Não)
Saúde Mental	Oferta de serviço	II.16.7.9	Oferta de serviço de Saúde Mental? (a. Sim /b. Não)
	Utilização de Protocolos	II.17.4.9	Protocolo de diretriz terapêutica - Saúde Mental? (a. Sim /b. Não)
		II.17.4.10	Protocolo de diretriz terapêutica - Álcool e Drogas? (a. Sim /b. Não)
	Abordagem aos usuários com transtorno mental	II.29.3	Equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos: a) Consulta específica em tempo maior b) Registro da história de vida c) Oferta de algum tipo de atendimento em grupo d) Atendimento com profissionais de saúde mental
		II.29.4	Equipe teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental? (a. Sim /b. Não)

Linha de Cuidado na CS SMS-RJ	Tipo de Ação	Nº da Pergunta (PMAQ)	Detalhamento (Questão do PMAQ)
Atenção centrada na Criança	Acompanhamento da Criança	II.16.7.6	Crescimento e desenvolvimento da criança? (a. Sim /b. Não)
	Utilização de Protocolos	II.17.4.4	Protocolo de diretriz terapêutica - Crianças < 2anos? (a. Sim /b. Não)
	Busca ativa de casos de situações relevantes para crianças	II.24.3	Equipe realiza busca ativa das crianças: a) Prematuras b) Baixo peso c) Consulta puericultura atrasada d) Calendário vacinal atrasado
	Registro de acompanhamento realizado	II.24.6	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre: a) Vacinação da criança b) Crescimento e desenvolvimento c) Estado Nutricional d) Teste do pezinho e) Violência familiar f) Acidentes

Fonte: A autora, 2016.

4.3 Análise dos dados

Uma vez selecionadas e categorizadas as variáveis de exposição e desfecho, realizou-se a tabulação dos dados a fim de permitir as análises de associação.

O tratamento estatístico dos dados consistiu de análise uni, bi e multivariada, realizadas no programa SPSS V.17.0. A análise do conjunto de indicadores “Linhas de Cuidados segundo estrato populacional” teve sua associação testada a partir da tabulação e realização de teste qui-quadrado de Pearson (χ^2). O segundo conjunto de indicadores denominado “Linhas de Cuidados segundo MRJ” teve sua associação verificada quanto a “eSF ser ou não do MRJ” por meio do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), bem como a razão de chances “bruta”, (OR) com intervalo de confiança (IC). Por fim, a análise do indicador “eSF oferta todos os procedimentos da Carteira de Serviços” segundo “Linhas de cuidado” igualmente contou com teste qui-quadrado (χ^2) e razão de chances “bruta”, (OR) com respectivo IC. Todos os testes foram realizados ao nível de significância de 5% e seus respectivos p-valores são apresentados.

Foram também avaliadas as diferenças de média na distribuição das medidas de tempo, por exemplo: “tempo de espera para primeira consulta da hipertensão (em dias)”, nos desfechos citados acima, sendo que para o primeiro (estrato populacional) foi aplicado o teste ANOVA e para os demais o Teste-t de *Student*, ambos ao nível de significância de 5%.

Na abordagem multivariada, as variáveis independentes explicativas (relativas à caracterização e às Linhas de cuidados) e estatisticamente associadas ao desfecho “eSF oferta todos os procedimentos da CS-MRJ” e com $OR \geq 2$ em cada linha de cuidado - deram origem a um modelo de regressão logística multivariada. Este modelo foi realizado para identificar às eSF mais propensas à realizarem todos os procedimentos da CS pelas razões de chance ajustadas.(KLEINBAUM, 2010).

O método de seleção utilizado foi o *Stepwise backward*, e foram incluídas no modelo as variáveis com $p < 0,10$ e após as interações foram eliminadas as variáveis com $p > 0,05$, determinando-se, então, os coeficientes de regressão logística, as razões de chances ajustadas e seus respectivos IC95%. Foram, ainda, calculadas as probabilidades preditas para o desfecho (eSF oferta todos os procedimentos = SIM) segundo a exposição “estrato populacional”, no modelo final. O ponto de corte adotado na proporção de desfecho foi 17%

(proporção de eSF que realizavam todos os procedimentos). A proporção de classificação correta entre os positivos (PC+) e entre os negativos (PC-) para o desfecho e a proporção de classificação total (PCT-Overall), foram também determinados.

4.4 Limitações do método

É importante salientar cautela na análise e generalização dos resultados, uma vez que se por um lado o módulo 1 foi aplicado no formato de censo, os dados do módulo 2 apenas às equipes que aderiram voluntariamente ao programa. É razoável pensar um viés de seleção por conveniência das equipes e de acentuação das respostas, o que pode significar que o cenário real dos indicadores dependentes deste módulo seja mais desfavorável no mundo geral. Há interesse tanto das equipes quanto dos gestores municipais em apresentar bons resultados para o repasse do recurso financeiros vinculados ao programa (FAUSTO; FONSECA, 2014).

Do mesmo modo, tratou-se da primeira experiência de aplicação do PMAQ, que teve abordagem ampla e diversificada de um abrangente conjunto de questões ligadas à atenção primária, porém não específica para cobrir às questões da “carteira de serviço da SMS-RJ. Dentro desse contexto, o critério de inclusão foi estritamente daquelas eSF que aderiram ao PMAQ, assim como foram considerados como “procedimentos realizados da Carteira de Serviços” apenas aqueles pesquisados no PMAQ e apontados na carteira de serviço da SMS-RJ simultaneamente. Exclui-se a linha de cuidado “Saúde Bucal” e “Promoção da Saúde”, por opção da autora.

Outro aspecto a ser destacado é que se trata de um estudo transversal, que por definição faz uma avaliação dos dados levantados em um determinado ponto do tempo, não sendo o desenho de estudo mais eficiente para estudos de causalidade, além de não termos uma avaliação longitudinal para outros níveis de atenção à saúde.

4.5 Considerações éticas

Foram utilizados dados de domínio público, de maneira que o estudo foi isentado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) de apreciação ética. Cabe ressaltar que o estudo fonte (PMAQ) foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, e aprovado com o parecer N° 32.012 em 06/06/2012.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em dois grandes blocos. Um deles em manuscrito formatado para submissão à *Revista Ciência e Saúde Coletiva* e outro, de resultados complementares, é apresentado na sequência do texto.

5.1 Artigo Científico – formatado para submissão

A Carteira de Serviços e o monitoramento das ações em saúde na Atenção Básica no Brasil

The Services Portfolio and monitoring of actions in Health in Primary Care in Brazil

Bianca Alves SALAZAR ⁽¹⁾

Endereço: Estrada do Bananal, 395/403 bloco 1. Jacarepaguá, Rio de Janeiro/RJ. CEP: 22750-012

E-mail: bianca.alves.salazar@gmail.com

2 Mônica Rodrigues CAMPOS ⁽¹⁾

3 Vera Lúcia LUIZA ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

Resumo

Com a proposta de reforma da atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro (MRJ), iniciada em 2009, adquire centralidade nesse processo a implantação da Carteira de Serviços (CS) na APS, que relaciona os serviços em saúde que devem ser prestados à população. No entanto, a incorporação rotineira pelas equipes de Saúde da Família dos procedimentos previstos na CS, tem se mostrado um desafio para a gestão. Neste artigo analisamos a oferta de serviços no Brasil frente à CS proposta pelo município do Rio de Janeiro (CS-MRJ). Utilizou-se como fonte de informação a base de dados secundária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, aplicado nacionalmente em 2012. Com exceção da oferta de serviços na saúde mental, encontrou-se boa distribuição na oferta dos demais serviços analisados em todos os extratos populacionais. Os resultados no MRJ foram sempre melhores quando comparada aos grandes centros. Quanto aos procedimentos previstos na CS-MRJ, verificou-se oferta inversamente proporcional ao porte populacional, com exceção do MRJ. Conclui-se que a CS-MRJ é uma

importante ferramenta gerencial na coordenação do cuidado e que parece contribuir satisfatoriamente nos resultados. Sugere-se sua implementação nas diferentes esferas de gestão.

Palavras-chave: Atenção básica. Avaliação em Saúde. Saúde da família

Abstract

A Services Portfolio (CS) is implemented in Rio de Janeiro municipality (MRJ) as an important tool of the primary health care reform initiated in 2009. However, the adoption of the CS-MRJ by the Family Stagey Health Teams has been a managerial challenge. In this paper we analyze the offer of CS-MRJ health services in Brazil. We used a secondary database from the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Health Care, a cross sectional survey applied in 2012 all over Brazil. With the exception of the provision of services in mental health, we found a good distribution in the supply of services in all municipality population strata. The results of MRJ were always better when compared to large centers. The offer of low complexity procedures recommended in CS-MRJ was inversely proportional to population size, except for the MRJ. We conclude that the CS-MRJ is an important management tool in care coordination and it seems to contribute in the good results found to MRJ in this study. We suggest the adoption of a Health Services Portfolio in all managerial levels of the Brazilian health system.

Key words: Primary Health Care. Health Evaluation. Family Health

INTRODUÇÃO

O desafio de implementar novas práticas de atenção à saúde, que garantam os princípios preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que são eles: acesso universal aos serviços em todos os níveis de assistência, integralidade da assistência, com uma rede de serviços resolutivos, equidade e participação da comunidade, fez com que a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), juntamente com o processo de municipalização, fosse assumida como prioridade pelo Ministério da Saúde (MS).

Desde o final de 1990, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo assumida pelo MS como a principal estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, com prioridade no financiamento da política de saúde no país, gerando profundas mudanças no modelo de atenção e assume centralidade na agenda governamental, sendo considerada, portanto, um marco na trajetória da APS.

Com duas décadas e meia de implantação no País, a expansão significativa da ESF traz a necessidade de qualificação da atenção ofertada à população como condição para sua sustentabilidade. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento e implementação de ferramentas que permitam a avaliação da ESF de forma permanente, que possibilite agilidade nas tomadas de decisão, refletindo nos resultados desejados.

Nesse sentido, como parte das recentes diretrizes do MS para a APS e tendo como compromisso a institucionalização da avaliação neste nível de cuidado, algumas ações e ferramentas são direcionadas a esse propósito de garantia dos princípios preconizados. Dentre essas ferramentas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este tem como objetivo incentivar os gestores e equipes locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas unidades básicas de saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (BRASIL, 2012).

Diante das potencialidades que o PMAQ pode trazer, o processo em curso na saúde converge para o esforço que está sendo empreendido particularmente na APS do município do Rio de Janeiro (MRJ).

Desde 2009 há um movimento significativo de expansão da Saúde da Família em todo o MRJ. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS, em janeiro de 2009 o município contava com 124 equipes implantadas, correspondendo a um percentual de cobertura da ESF de 7% da população. Já em fevereiro de 2016, existiam 901 (novecentos e um) equipes implantadas, representando cobertura de 49%.

Em consonância com estas políticas públicas, em agosto de 2010, a secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) publicou um guia de referência rápida, denominado “Carteira de Serviços – Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde” – CS-MRJ (RIO DE JANEIRO, 2011). Este documento, direcionado aos gestores e profissionais da saúde, pretende ser uma inovação gerencial e visa nortear e capitalizar as ações de saúde na APS oferecidas à população do MRJ. Esta descentralização implica na reorientação da oferta dos níveis secundário e terciário para as unidades de atenção primária.

A Carteira de Serviços (CS-MRJ) consiste em um documento elaborado por gestores do nível central e coordenações de áreas programáticas da SMS-RJ, onde se contempla a organização do serviço e suas ações oferecidas por linha de cuidado. Além do seu principal objetivo como documento norteador no processo de trabalho das equipes de saúde da família (eSF), um monitoramento periódico da CS-MRJ é realizado pela SMS-RJ e Coordenações de Área Programática (CAP), quanto à implantação dos serviços ofertados pelas unidades de saúde e respectivas eSF, sob orientação deste guia referencial.

A implementação da CS-MRJ, como um instrumento de gestão no MRJ, visa melhorar a organização dos serviços e nortear as ações dos profissionais, assim como os serviços oferecidos aos usuários. Torna-se, então, relevante investigar em que magnitude este conjunto de atividades são ofertadas nas unidades de APS deste município em relação ao território nacional e aos demais grandes centros. Outro aspecto é a possibilidade da verificação de resultados baseados em evidências no que se refere aos cuidados de baixa complexidade, no entanto, de alta complexidade, prestados à população diante da implantação e monitoramento de um guia de referência para as eSF, de caráter inovador em âmbito local. No entanto, a incorporação rotineira pelas eSF de vários dos procedimentos previstos na Carteira, em particular os de baixa complexidade, tem se mostrado um desafio para a gestão.

Os dados do PMAQ, com representatividade nacional, se oferecem como excelente oportunidade para esta investigação. Ressalta-se a inexistência, até o presente momento, de estudos que se referiram aos resultados e impactos da CS-MRJ.

O presente trabalho não pretende esgotar o debate acerca dos temas levantados, mas lançar um olhar cuidadoso sobre algumas questões que possam ajudar nos processos de reorganização da rede dos serviços de atenção primária junto aos gestores do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, espera-se a identificação de fortalezas e gargalos na oferta de serviços ensejem propostas para melhoria para o acesso e qualidade aos serviços prestados.

METODOLOGIA

O presente estudo possui como fonte de informação a base de dados secundária proveniente do primeiro ciclo da fase avaliação externa do PMAQ, aplicado em nível nacional no período de junho a setembro de 2012.

Foram as principais etapas do trabalho: 1) mapear os indicadores de ações em saúde disponíveis no instrumento do PMAQ-AB, segundo as linhas de cuidado da CS-MRJ; 2) analisar as ações em saúde referidas na CS-MRJ e realizadas pelas eSF, a partir dos resultados encontrados no 1º ciclo do PMAQ, segundo porte populacional (seis estratos populacionais); 3) analisar o perfil das ações da CS-MRJ das eSF do município do Rio de Janeiro comparativamente aos demais grandes centros urbanos; e, 4) analisar os indicadores de ações em saúde por linha de cuidado segundo a situação da eSF que realiza todos os procedimentos da CS-MRJ (sim/não). Os instrumentos de coleta dos pesquisadores de campo foram divididos em três módulos. O primeiro, aplicado como censo em 38.812 nas unidades básicas de saúde, contemplando aspectos referentes sobretudo à infraestrutura (como acessibilidade, sinalização externa, equipamentos, materiais e insumos para atenção à saúde). O segundo, foi direcionado à entrevista com profissionais de saúde de nível superior das eSF e verificação de documentos, com foco na avaliação do processo de trabalho. Finalmente, o terceiro módulo incluiu entrevista com 65.391 usuários, com o intuito de obter informações a respeito da satisfação.

Os módulos 2 e 3 foram aplicados às eSF que aderiram ao PMAQ, correspondendo a 35,7% das UBS visitadas. A elegibilidade das eSF se deu conforme a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores com o gestor municipal. Com base nesses critérios, a listagem inicial fornecida pelo MS contabilizava um total de 17.304 equipes aderidas ao programa (aproximadamente 51% das equipes de ESF existentes no país em 2012); no entanto, a avaliação externa foi realizada para 17.202 destas (99,4%) (MENDES, 2014).

Aspectos operacionais

O presente estudo adotou como unidade de análise a eSF, o que significa que a construção dos indicadores envolveu apresentação de questões do segundo módulo do instrumento PMAQ.

Inicialmente, foram mapeados os indicadores de ações de baixa complexidade disponíveis no instrumento do PMAQ-AB, segundo as linhas de cuidado da CS-MRJ (RIO DE JANEIRO, 2011). Em seguida, selecionaram-se as variáveis de interesse tomando-se

como base a identificação das ações em saúde referidas na CS-MRJ e realizadas pelas eSF. Para esta seleção do tipo de ação, partiu-se do pressuposto da categorização dos padrões de acesso e qualidade segundo grau de prioridade, sendo estes Essenciais ou Estratégico (BRASIL, 2015) para cada linha de cuidado.

Como variáveis de exposição, agregou-se os indicadores de serviços e ações por linha de cuidado, da seguinte forma: Organização do Serviço, Procedimentos/cirurgias ambulatoriais, Atenção Centrada no Adulto/Idoso, Saúde Mental, Atenção Centrada na Saúde da Criança. Além disso, as eSF foram analisadas segundo estrato populacional (municípios com até 20 mil habitantes (EP1), de 10.001 a 20mil (EP2), de 20.001 a 50mil (EP3), 50.001 a 100mil (EP4), 100.001 a 500mil (EP5), de 500.001 ou mais (EP6) e o estrato EP6#, que corresponde ao EP6, excluindo-se o MRJ)). Estes estratos populacionais tiveram como base a classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (municípios de pequeno, médio e grande porte), assim como estudos de foco similar, além de seguir a distribuição populacional adotada pelo próprio PMAQ-AB.

Foram consideradas duas variáveis desfecho: 1) a eSF pertence ao município do Rio de Janeiro; e, 2) eSF oferta todos os nove procedimentos da CS-MRJ.

Análise dos dados

Uma vez selecionadas e categorizadas as variáveis de exposição e desfecho, realizou-se a tabulação dos dados a fim de permitir as análises de associação.

O tratamento estatístico dos dados consistiu de análise uni, bi e multivariada, realizadas no programa SPSS V.17.0. A análise do conjunto de indicadores “Linhas de Cuidados segundo estrato populacional” teve sua associação testada a partir da tabulação e realização de teste qui-quadrado de Pearson (χ^2). O segundo conjunto de indicadores denominado “Linhas de Cuidados segundo MRJ” teve sua associação verificada quanto a “eSF ser ou não do MRJ” por meio do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), bem como a razão de chances “bruta”, (OR) com intervalo de confiança (IC). Por fim, a análise do indicador “eSF oferta todos os procedimentos da Carteira de Serviços” segundo “Linhas de cuidado” igualmente contou com teste qui-quadrado (χ^2) e razão de chances “bruta”, (OR) com respectivo IC. Todos os testes foram realizados ao nível de significância de 5% e seus respectivos p-valores são apresentados.

Na abordagem multivariada, as variáveis independentes explicativas (relativas à caracterização e às Linhas de cuidados) e estatisticamente associadas ao desfecho “eSF oferta todos os procedimentos da CS-MRJ” e com $OR \geq 2$ em cada linha de cuidado - deram origem

a um modelo de regressão logística multivariada. Este modelo foi realizado para identificar às eSF mais propensas à realizarem todos os procedimentos da CS pelas razões de chance ajustadas (Oraj) (KLEINBAUM, 2010).

O método de seleção utilizado foi o *Stepwise backward*, e foram incluídas no modelo as variáveis com $p < 0,10$ e após as iterações foram eliminadas as variáveis com $p > 0,05$, determinando-se, então, os coeficientes de regressão logística, as razões de chances ajustadas e seus respectivos IC95%. Foram, ainda, calculadas as probabilidades preditas para o desfecho (eSF oferta todos os procedimentos = SIM) segundo a exposição “estrato populacional”, no modelo final. O ponto de corte adotado na proporção de desfecho foi 17% (proporção de eSF que realizavam todos os procedimentos). A proporção de classificação correta entre os positivos (PC+) e entre os negativos (PC-) para o desfecho e a proporção de classificação total (PCT-Overall), foram também determinados.

Considerações éticas

Foram utilizados dados de domínio público, de maneira que o estudo foi isentado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) de apreciação ética. Cabe ressaltar que o estudo fonte (PMAQ) foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, e aprovado com o parecer N° 32.012 em 06/06/2012.

RESULTADOS

Quanto à composição das eSF que aderiram ao PMAQ, das equipes entrevistadas no geral 26,8% e 28,7%, respectivamente, mencionaram não haver cirurgião dentista e técnico de enfermagem. Nos municípios de maior porte, 8,2% não tinham médico. Por outro lado, 99,6% das eSF tem pelo menos 1 enfermeiro e todas têm agente comunitário de saúde (ACS).

Em relação à distribuição regional das equipes, 70% localizam-se nas regiões nordeste (32,2%) e sudeste (38,2%), sendo a de menor representação a região norte, com 6,1%. No que se refere à adesão das eSF ao PMAQ, atingiu-se 51% das eSF no País e no MRJ, 55%.

A caracterização das eSF que aderiram ao PMAQ é apresentada na Tabela 1. Com exceção da oferta de serviço em saúde mental, com média nacional de 44,3%, de forma geral, existe uma boa oferta de ações em saúde realizadas pelas eSF em todos os estratos populacionais, chegando a 97% (coleta do exame de citopatológico). Encontrou-se variações expressivas nos serviços oferecidos nos diversos estratos populacionais, com maior oferta nos grandes centros urbanos quanto à existência de prontuário eletrônico (40% no EP6 e 14% no país), utilização de protocolo de diretriz terapêutica para hipertensão, diabetes, tuberculose,

hanseníase (cerca 90% no EP6 e 70% no país) e as ações em saúde mental, que incluem a oferta deste serviço (56% no EP6 e 44% no país) e atendimento com profissional de saúde mental (77% no EP6 e 59% no país).

Evidenciou-se melhor desempenho do MRJ em relação aos demais grandes centros urbanos (EP6#) com diferença significativa ($p < 5\%$) em 10 das 14 ações de saúde selecionadas (Tabela 2). Destaca-se a existência de prontuário eletrônico, com 96% de implantação nas eSF do MRJ, contrastando com 34% nas dos EP6# e 14% no Brasil, e OR 43,0. Porém, ressalta-se que o perfil de oferta de saúde mental em ambos, MRJ e EP6#, encontra-se com baixa cobertura, em torno de 56%.

Outro aspecto relevante deste estudo refere-se aos procedimentos/pequenas cirurgias segundo a CS-MRJ. Observou-se baixo percentual de procedimentos ofertados no território nacional, sendo a maior média ainda inferior a 63%, para retirada de pontos, curativos e medicações injetáveis intramusculares. Verificou-se importante variação entre os diferentes grupos populacionais, principalmente para drenagem de abscesso (52% no EP1 e 26% no EP6), sutura de ferimentos (56% no EP1 e 19% no EP6), lavagem de ouvido (57% no EP1 e 24% no EP6) e extração de unha (50% no EP1 e 13% no EP6). Constatou-se, ainda, a presença de um expressivo gradiente inversamente proporcional da oferta dos procedimentos em relação ao porte populacional, ou seja, maior oferta nos pequenos centros, diminuindo gradativamente conforme aumenta o número de habitantes (Tabela 3).

Por outro lado, quando o MRJ é comparado ao EP6# no que se refere à realização dos procedimentos/pequenas cirurgias, todos os aspectos investigados apresentaram OR brutos acima de oito, com os maiores OR brutos para sutura de ferimentos (17), drenagem de abscesso (14), extração de unha (11), apontando assim para implementação mais consistente destas atividades no MRJ, frente ao EP6#.

Na análise bivariada das associações entre as ações em saúde frente ao desfecho “desempenho das eSF que realizavam todos os procedimentos elencados na CS-MRJ e aferidos no PMAQ” encontrou-se que as eSF que executam estes procedimentos, apresentaram um melhor desempenho em todas as ações em saúde listadas, quando comparado às eSF que não realizam todos os procedimentos. A ação em saúde que apresentou menor diferença foi a realização de colpocitológico (menor que 1 ppc), ofertada pela quase totalidade das eSF (Tabela 4).

A ação em saúde com maior diferença frente a este desfecho (OR bruto = 4,4) foi “eSF realiza atendimento de urgência e emergência”; ou seja, tem-se uma chance cerca de 4 vezes

maior da ser uma eSF que realiza todos os procedimentos se for uma eSF que também realiza atendimento de urgência e emergência.

De modo a obter esta medida de associação controlada pela presença das demais variáveis, aplicou-se na análise multivariada o modelo de regressão logística, gerando-se os OR ajustados. Desta forma, na tabela 5 são expostas no modelo final, após seleção *stepwise backward*, dez ações em saúde selecionadas e os estratos populacionais, com as respectivas razões de chance (OR) bruto e ajustado (ORaj) para o desfecho “eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS-MRJ”.

A análise multivariada evidenciou OR brutos e ajustado com valores próximos, variando entre 1,1 a 1,4, com exceção da “existência de prontuário eletrônico” e “eSF realiza atendimento de urgência e emergência”, com ORaj de 2,5 e 4,6 respectivamente ($p < 5\%$). Além disso, ao avaliar os estratos populacionais, verifica-se um gradiente inverso nos ORaj, variando de 2,2 para o EP5, chegando a 17,3 para o EP1, frente à categoria de referência (EP6).

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu, com o uso de um banco de dados secundários para o nível nacional, analisar a oferta de serviços da atenção primária em saúde no Brasil frente à carteira de serviços proposta pelo município do Rio de Janeiro. Com exceção da oferta de serviços na saúde mental, encontrou-se boa distribuição na oferta dos demais serviços analisados em todos os estratos populacionais, ainda que com importante variação entre eles. A oferta de Ações no MRJ foi sempre maior quando comparada aos grandes centros (EP6).

Já quanto à oferta dos procedimentos/pequenas cirurgias previstos na CS-MRJ, verificou-se oferta inversamente proporcional ao porte populacional dos municípios, com exceção do MRJ quando comparado ao EP6#. Existência de prontuário eletrônico e realização de atendimento em urgência/emergência foram as variáveis que melhor explicaram o desfecho “eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS-MRJ”.

Ainda que tenhamos trabalhado com o bloco de informação do PMAQ referente apenas às equipes que aderiram ao programa, a distribuição é equivalente à apresentada em dados oficiais (BRASIL, 2016), que apontam maior número de equipe nas regiões Nordeste e Sudeste, e menor número na Norte.

Os serviços em saúde mental apresentaram baixa oferta em todos os estratos populacionais quando comparados às demais ações em saúde investigadas. A saúde mental

não é contemplada entre as dez áreas estratégicas (eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde) definidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011). Ademais, há escassos e defasados indicadores de saúde mental no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Assim, nossos achados podem estar refletindo o fato de que a saúde mental ainda é uma área negligenciada do processo de trabalho das equipes de APS.

A organização do cuidado na APS por ciclos de vida e por grandes grupos de doenças pode mascarar interfaces. Por exemplo, considerando as linhas de cuidado em saúde da mulher, doenças crônicas e a saúde mental (uma DCNT), em que pesem as vantagens, pode trazer dificuldades na abordagem a usuários cujas necessidades em saúde estejam contempladas em diferentes linhas de cuidado.

Nesse sentido, Gonçalves (2013) aponta para dificuldades das equipes na abordagem dos casos de saúde mental, que incluem dificuldades diagnóstica e insuficiência de formação, evidenciando as carências na compreensão de que a saúde mental é um tema transversal, presente em todas as áreas estratégicas, ao se entender saúde de forma ampliada.

Já a coleta de exame citopatológico foi o serviço com maior oferta no país, atingindo uma média nacional de 97% de oferta. Este é o principal método utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero (teste de Papanicolau) para detecção de lesões precursoras. No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2015), são esperados para ano de 2016, 16.340 casos novos de CA do colo do útero, que é a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. A alta oferta do exame é bastante relevante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por Câncer (CA) do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo (OMS, 2002). As ações do Ministério da Saúde brasileiro para prevenção e detecção precoce deste câncer é antiga, desde 1984, e são atualmente previstas tanto no Pacto pela Saúde, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos para o controle CA do colo do útero nos estados e municípios (BRASIL, 2007), quanto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), ilustrando a transversalidade das ações de controle deste câncer.

Dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD) informam que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolau pelo menos

uma vez na vida aumentou de 82,6%, em 2003, para 87,1%, em 2008. Além disso, dados do Sistema de Informações de Controle do CA do Colo do Útero (SISCOLO) também apontam um aumento do número de municípios que realizaram a coleta do exame citopatológico de 89,5% (2004/2005) para 95% (2007/2008) (INCA, 2010), sugerindo assim reflexos das políticas adotadas pelo governo brasileiro, bem como a expansão da ESF.

Embora os dados acima sugiram reflexos das políticas adotadas pelo governo brasileiro, bem como a expansão da ESF, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, revelou que no Brasil, 79,4% das mulheres de 25 a 64 anos de idade realizaram o exame preventivo nos últimos três anos anteriores à pesquisa. As Regiões Sudeste (81,1%), Sul (83,0%) e Centro-Oeste (80,9%) apresentaram percentuais acima da média nacional (79%), enquanto as Regiões Norte (75%) e Nordeste (75%) situaram-se abaixo desta¹³.

Entre as mulheres de 25 a 64 anos de idade, que nunca fizeram o exame preventivo (17% das mulheres dessa faixa), 46% declararam não achar necessário, 21% nunca haviam sido orientadas nesse sentido, e 10% declararam ter vergonha de fazê-lo (BRASIL, 2007). Tais resultados indicam problemas no processo para ações de prevenção e detecção precoce, o que revela ainda a necessidade de estudos qualitativos sobre as ações nesta abordagem.

Destaca-se que o MRJ apresentou desempenho superior de suas eSF frente ao EP6# quanto à oferta de serviços, entre eles a operação de prontuário eletrônico.

Sabidamente, o prontuário clínico, seja impresso ou eletrônico, é um valioso instrumento que cumpre diferentes finalidades: consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais das equipes, e dependendo do sistema, integração com demais níveis de atenção à saúde.

Dada a sua importância por múltiplas finalidades e principalmente em virtude dos avanços tecnológicos, em 2007, o Conselho Federal de Medicina aprovou as normas técnicas para digitalização e uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde (BRASIL, 2007).

Corroborando com isso e com o objetivo de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, em 2013, o DAB lançou o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Busca-se um SUS eletrônico e processo de informatização qualificada, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental tanto para ampliar a qualidade no atendimento à população, como para a gestão pública de modo geral (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, no MRJ, o processo de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas unidades de atenção primária ocorreu ao longo do ano de 2010 e 2011, por decisão da gestão processo de informatização dos serviços em saúde e processo de trabalho dos profissionais na municipal de saúde. Constituiu-se, a partir de então um marco para a consolidação da atenção primária. Toda essa evolução ocorreu por meio de um contrato de gestão entre a SMS-RJ e as Organizações Sociais de Saúde, e destas com as empresas de PEP. Tais empresas são periodicamente solicitadas a realizar customizações do PEP para a realidade técnico-assistencial dos profissionais de saúde.

No entanto, é necessário ponderar que também existem fragilidades como a integração do sistema entre os diferentes níveis assistenciais dos serviços de saúde, prejudicando a continuidade do cuidado com o usuário, a intercomunicação entre os profissionais de saúde, uma vez que esta importante ferramenta permite o acesso a todo o histórico do usuário, como: condutas terapêuticas, diagnóstico, resultados de exames etc. Deste modo, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Acerca dos procedimentos de baixa complexidade, estes são procedimentos simples e que deveriam ser amplamente ofertados na APS. No entanto, a pesquisa mostrou uma baixa oferta, sendo a maior média de 63% para retirada de pontos, curativos e medicações injetáveis intramusculares.

Alguns motivos podem ser considerados. Um deles é a dificuldade de manter ou aumentar a oferta de alguns destes procedimentos devido à alta rotatividade de pessoal (MENDONÇA, 2010), principalmente a categoria médica, considerando que os procedimentos com menor oferta são atribuições exclusivamente médicas. Além destes, a insuficiência e/ou ausência de equipamentos e insumos necessários para a realização do procedimento, inadequações da estrutura física e a baixa capacidade das instituições formadoras de profissionais de saúde em promover a adequação do processo formativo compatível com os moldes da saúde da família, o que resulta no despreparo técnico-assistencial para atuar como profissional generalista, elevando o número de encaminhamentos dos usuários (SILVEIRA, 2012).

Esta baixa oferta de procedimentos evidenciada no estudo gera descontinuidade na coordenação do cuidado, fazendo com que os profissionais de saúde referenciem os usuários para os níveis mais especializados de assistência ou, em alguns casos, os próprios usuários do sistema de saúde busquem um serviço de urgência, descaracterizando os atributos essenciais definidos da APS (STARFIELD, 2002).

Baseado nos motivos expostos acima, ressalta-se que o MS no intuito de melhorar o acesso e qualidade das ações no escopo da APS, criou em 2011 o Requalifica UBS. Este projeto tem por objetivo garantir recursos para a ampliação da rede de UBS com a construção de novas unidades, ampliação e reforma da área física de outras, financiando desta forma a construção de salas de procedimentos/observação em UBS já existentes e definiu este tipo de ambiente como padrão nas novas financiadas pelo MS (2016), contribuindo de certa forma para a ampliação do acesso aos procedimentos. Por um lado, os efeitos do Requalifica, criado no ano anterior à coleta dos dados utilizados neste estudo, possivelmente não estiveram neles refletidos. Por outro lado, esta estratégia aborda apenas parte dos problemas implicados na baixa oferta dos procedimentos de baixa complexidade.

Outra informação que merece ser destacada é a maior oferta destes procedimentos nos pequenos centros (até 50 mil habitantes), o que equivale a 53% das eSF respondentes ao PMAQ-AB 2012, diminuindo gradativamente conforme aumenta o número de habitantes. Ainda que escassos, estudos envolvendo municípios pequenos, sendo estes a maioria dos municípios brasileiros, apontam que, em geral, estes não possuem em seus territórios, uma oferta suficiente de serviços de saúde de diferentes níveis de atenção (MEDEIROS, 2013, 2015).

Vale lembrar que uma das características do MRJ está na reforma da APS, iniciada em 2009, por meio de novos investimentos. A decisão política pela ESF para o fortalecimento da APS e reestruturação da Rede de Atenção à Saúde marcou uma nova fase para a atenção à saúde da população carioca. Para tanto, sob a justificativa de que era necessário dar agilidade e flexibilidade a uma gestão considerada morosa e pouco eficiente, regulamentou-se a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que apontava para um novo modelo de gestão, gestão compartilhada, por meio das Organizações Sociais em Saúde (OSS).

Reconhecida a histórica dívida sanitária com a saúde pública, a cidade até janeiro de 2009 era a capital do país com a mais baixa cobertura de eSF, apenas 7%. A expansão da ESF e a progressiva ampliação da cobertura atingiu 49% em fevereiro de 2016, um crescimento de 42% em apenas 6 anos, dando passos significativos no enfrentamento de desafios presentes nos grandes centros urbanos.

Também adquire centralidade, a implantação da Carteira de Serviços na APS, que relaciona os serviços em saúde que devem ser prestados à população por todas as unidades. Segundo Harzheim (2013), é uma potente ferramenta de adequação dos serviços ao modelo de APS que a SMS-RJ elegeu como preferencial. O seguimento deste guia norteador na

íntegra impediria que os serviços de APS da cidade se caracterizassem por ofertar uma relação pequena de serviços em saúde, situação comum no cenário das eSF no País.

No contexto brasileiro, existem ainda mais 3 capitais que também implantaram a carteira de serviços da atenção primária, que foram Florianópolis, Curitiba e Natal, sendo a pioneira neste modelo a cidade de Florianópolis, elaborada por profissionais da gestão e serviços da APS. Todas as CS destas capitais citadas foram publicadas no ano de 2014.

Ainda que os serviços de atenção primária, mesmo que em diferentes formatos, estejam presentes na totalidade dos municípios brasileiros, destaca-se que as competências sobre quais tipos de serviços um município deve possuir, em razão de seu porte econômico, social e demográfico, não são claras nem precisas (VIEIRA, 2015). O aumento da capacidade resolutiva destes serviços está diretamente relacionado à coordenação do cuidado e, quando realizados nas próprias unidades, contribuem para ampliar a percepção de resolutividade por parte dos usuários. Como consequência, os serviços especializados poderão ser melhor utilizados, desafogando, por exemplo, leitos hospitalares.

O monitoramento dos serviços oferecidos pela CS-RJ é feito através do indicador “taxa de itens da carteira de serviços implementados”, previsto no contrato de gestão. Este indicador é avaliado trimestralmente em cada área programática por uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) composta por membros da SMS-RJ. Isso possibilita identificação e avaliação de possíveis problemas e correções necessárias a fim de garantir os serviços à população previstos pelo documento.

Para a análise das associações entre as ações em saúde frente ao desfecho de desempenho das eSF que realizavam todos os procedimentos elencados na CS-MRJ e aferidos no PMAQ, estas eSF apresentaram melhor desempenho em todas as ações, frente àquelas que não realizam todos os procedimentos. Enquanto que, para a análise multivariada, das dez ações em saúde selecionadas frente ao desfecho eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS-MR, destacaram-se: “existência de prontuário eletrônico” com 2,5 vezes mais chances para as eSF que realizam todos os procedimentos elencados na CS-MRJ e para “eSF realiza atendimento de urgência e emergência”, 4,6 vezes mais chances para as eSF que realizam todos os procedimentos elencados na CS-MRJ.

Estes resultados corroboram com a análise anterior, pois refletem a utilização da CS, por se tratar de um documento cujo objetivo é ampliar e auxiliar nas ações em saúde que devem ser oferecidas à população, tendo como meta a resolutividade na própria unidade de saúde a maioria dos problemas de saúde apresentados.

Do mesmo modo, ratifica-se o resultado do gradiente inverso do estrato populacional frente a categoria de referência (EP6), ou seja, conforme aumenta o tamanho populacional, diminui as chances da eSF ser uma das que realiza todos os procedimentos listados.

Este estudo é pioneiro no campo do conhecimento, principalmente no âmbito municipal, baseando-se em uma análise comparada no que se refere ao desempenho das eSF do MRJ que responderam ao PMAQ (ano 2102), frente às eSF dos demais grandes centros, no que tange à implementação da CS-MRJ.

Além disso, ressalta-se a força do estudo quanto à sua abrangência, ao analisar inúmeras linhas de cuidado em saúde. Apresenta base populacional estratificada e tamanho da amostragem expressiva, favorecendo uma análise estatística de maior precisão nas estimativas, tendo os intervalos de confiança de 95% e análise multivariada fornecendo resultados ajustados. Por fim, destaca-se que a utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento do PMAQ como fonte de dados poderá possibilitar estudos futuros comparativos, a partir das sucessivas aplicações futuras do PMAQ.

É importante salientar cautela na análise e generalização dos resultados, uma vez que se por um lado o módulo 1 foi aplicado no formato de censo, os dados do módulo 2 apenas às equipes que aderiram voluntariamente ao programa. É razoável pensar um viés de seleção por conveniência das equipes e de acentuação das respostas, o que poderia significar que o cenário real dos indicadores dependentes deste módulo seja na realidade mais desfavorável. Há interesse tanto das equipes quanto dos gestores municipais em apresentar bons resultados para o repasse do recurso financeiros vinculados ao programa (FAUSTO, 2014).

Do mesmo modo, os resultados apontados para o desfecho MRJ frente ao EP6# é referente a uma média dos demais municípios de grande porte, o que não significa que outros municípios de grande porte tenham resultados inferiores quando comparados ao MRJ.

Além disso, tratou-se da primeira experiência de aplicação do PMAQ, que teve abordagem ampla e diversificada de um abrangente conjunto de questões ligadas à atenção primária, porém não específica para cobrir às questões da CS-MRJ. Dentro desse contexto, o critério de inclusão foi estritamente daquelas eSF que aderiram ao PMAQ, assim como foram considerados como “procedimentos realizados da Carteira de Serviços” apenas aqueles pesquisados no PMAQ e apontados na carteira de serviço da SMS-RJ simultaneamente. Exclui-se a linha de cuidado “Saúde Bucal” e “Promoção da Saúde”, por opção da autora.

Outro aspecto a ser destacado é que se trata de um estudo transversal, que por definição faz uma avaliação dos dados levantados em um determinado ponto do tempo, não

sendo possível inferências causais a partir dos resultados, além disso, não tem-se uma avaliação longitudinal para outros níveis de atenção à saúde.

CONCLUSÕES

Este estudo procurou, utilizando dados do PMAQ 2012, avançar na análise dos procedimentos de baixa complexidade e ações/serviços ofertados por linhas de cuidado nos diferentes estratos populacionais no Brasil, tendo como base a CS-MRJ.

A expansão da ESF para os grandes centros urbanos, combinado à extensão de cobertura de serviços com a maior qualificação da atenção e satisfação das necessidades de saúde para a população brasileira, desfogando o serviço para os demais níveis de atenção à saúde colocam-se como grandes desafios para o fortalecimento da APS no país. Nas áreas de maior densidade populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também na desigualdade de oferta de serviços de saúde.

Não obstante ao aumento do número de eSF no território brasileiro, os resultados chamam atenção para a disparidade na implantação dos programas em municípios de grande porte, com fragilidade sistemática na oferta de determinadas ações e serviços de saúde, como os serviços em saúde mental, uso de prontuário eletrônico e realização de alguns procedimentos, como sutura de ferimentos, lavagem de ouvido e drenagem de abscesso. Tais obstáculos impedem que a APS cumpra com seus objetivos de forma plena e ressaltam o fato de que a ESF é um processo ainda em construção.

A possibilidade de gestão da informação em todo o território nacional, com a criação do e-SUS AB é uma questão importante para a organização e gestão do cuidado, principalmente em um país com grandes dimensões continentais e diversidade cultural. Trata-se de iniciativa pró-coordenação do cuidado que pode garantir maior qualidade ao serviço e integração informacional. Ressalta-se que a criação do e-SUS foi posterior a realização das entrevistas do PMAQ, e seus efeitos talvez possam ser refletidos em estudos futuros.

Este estudo mostrou a precariedade da oferta de alguns procedimentos comuns, não tendo sido encontrados estudos anteriores que abordassem a realização dos procedimentos/pequenas cirurgias na APS segundo o porte populacional, e que permitissem discutir a evolução deste panorama. A realidade revela uma fragmentação dos sujeitos e dos serviços que possivelmente resulta em experiências frustrantes da falta de acesso, com maior impacto nas populações mais vulneráveis. Isto reforça a importância de estudos que avaliem a organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde nos diferentes estratos

populacionais. Enquanto a oferta de procedimentos de baixa complexidade foi um problema maior nos grandes centros, a oferta de ações em saúde nas diferentes linhas de cuidado foi um problema maior nos municípios pequenos.

Acredita-se que a CS-MRJ é uma importante ferramenta gerencial na coordenação do cuidado e que contribuiu satisfatoriamente nos resultados apresentados do MRJ em relação aos demais no mesmo estrato populacional. Espera-se que isto promova a diminuição das iniquidades na oferta de ações e serviços com a consequente melhoria do acesso e na qualidade com reflexos em toda a rede de atenção à saúde. A carteira de serviços mostrou-se uma intervenção gerencial virtuosa, passível de ser adotada nas diferentes esferas de gestão, esforço que se deve ser acompanhado do seu monitoramento.

Este estudo sinalizou temas para uma agenda de pesquisas posteriores, de modo a investigar e detalhar mais profundamente o impacto da ESF, sobretudo nos municípios de grande densidade demográfica.

Tabela 1. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, por estrato populacional. Brasil, 2012.

Variáveis selecionadas	Estrato populacional ⁽⁸⁾						Total
	Até 10.000	10.001- 20.000	20.001- 50.000	50.001- 100.000	100.001- 500.000	500.001 ou mais	
N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	17200
	%	%	%	%	%	%	%
Características Gerais							
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	11,6	7,0	6,1	5,3	10,7	40,5	14,0
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	73,1	63,6	67,0	67,9	79,2	85,2	73,0
eSF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	71,3	64,8	69,4	66,3	64,2	65,1	66,8
Saúde da Mulher							
eSF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	96,0	96,2	96,9	97,9	98,0	98,8	97,3
Planejamento Familiar							
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	88,3	91,3	92,3	92,7	90,5	96,3	92,0
Pré-Natal							
As gestantes acompanhadas pela eSF possuem maternidade definida para o parto?	86,0	77,1	82,3	86,3	81,5	85,0	82,8
Doenças Crônicas Não Transmissíveis							
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – HAS	63,1	60,3	64,3	65,8	76,3	89,7	70,4
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – <i>Diabetes Mellitus</i>	63,6	60,3	64,8	65,5	76,1	89,6	70,5
Doenças Crônicas Transmissíveis							
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose?	64,0	61,8	64,9	66,3	77,2	91,8	71,5
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase?	62,9	59,9	63,0	64,1	72,2	86,7	68,6
Saúde Mental							
Oferta de serviço	42,7	39,0	39,2	37,9	48,7	55,8	44,3
Atendimento com profissionais de saúde mental	58,9	48,7	50,8	51,2	63,1	76,8	58,7
Saúde da Criança							
Há registro sobre vacinação	91,2	91,1	92,5	94,4	96,6	98,4	94,1
Há registro sobre Teste do Pezinho	75,5	70,8	73,6	76,9	82,2	91,1	78,5

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

⁽⁸⁾ Os testes para todas variáveis foram estatisticamente significativos (χ^2 com p_valor < 0,05%)

Tabela 2. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, por localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) e estrato populacional maior de 500 mil habitantes (EP6). Brasil, 2012.

Variáveis selecionadas	Locais de investigação ^(&)					
	MRJ (%)	EP6# (%)	Pvalor (χ^2)	OR Bruto	Intervalo de Confiança (95%)	
					Inf	Sup
N total da amostra	324	2771				
Características Gerais						
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	95,7	34,0	0,000	42,9	24,9	73,7
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	96,6	83,8	0,000	5,4	2,9	10,0
eSF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	65,1	65,1	0,984	-	-	-
Saúde da Mulher						
eSF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	99,7	98,7	0,120	4,2	0,5	31,1
Planejamento Familiar						
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	95,1	96,4	0,233	-	-	-
Pré-Natal						
As gestantes acompanhadas pela eSF possuem maternidade definida para o parto?	99,7	83,3	0,000	-	-	-
Doenças Crônicas Não Transmissíveis						
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – HAS	94,7	89,1	0,002	2,1	1,3	3,6
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – <i>Diabetes Mellitus</i>	94,4	89,0	0,003	2,0	1,2	3,3
Doenças Crônicas Transmissíveis						
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose?	95,0	91,4	0,026	1,7	1,0	3,0
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase?	92,5	86,0	0,001	2,0	1,3	3,0
Saúde Mental						
Oferta de serviço	55,6	55,8	0,935	-	-	-
Atendimento com profissionais de saúde mental	82,6	76,2	0,011	1,4	1,0	2,0
Saúde da Criança						
Há registro sobre vacinação	99,7	98,2	0,049	5,8	0,8	42,2
Há registro sobre Teste do Pezinho	99,1	90,2	0,000	11,5	3,6	36,4

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

^(&) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição.

Tabela 3. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo realização de procedimentos por estrato populacional. Brasil, 2012.

Realização de procedimentos	Estrato populacional ^(&)						MRJ	Total
	Até 10.000	10.001-20.000	20.001-50.000	50.001-100.000	100.001-500.000	500.001 ou mais		
N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	324	17200
	%	%	%	%	%	%		%
eSF realiza procedimentos/pequenas cirurgias. Quais?	73,2	66,4	64,1	59,2	57,2	57,3	91,7	62,8
Drenagem de abscesso	52,5	35,9	32,4	27,3	28,2	26,3	78,4	33,6
Sutura de ferimentos	55,7	35,7	28,4	23,9	23,6	18,9	71,3	30,7
Retirada de pontos	70,8	64,1	62,9	57,3	55,9	55,6	89,8	61,1
Lavagem de ouvido	57,1	40,3	35,7	27,9	25,4	24,2	56,5	34,9
Extração de unha	49,8	29,6	23,4	18,4	16,7	13,4	52,2	24,8
Nebulização/inalação	68,0	60,1	59,3	54,3	51,7	54,0	89,5	57,8
Curativos	72,3	65,6	63,5	58,3	56,2	56,4	90,7	62,0
Medicações injetáveis intramusculares	71,3	63,7	61,8	57,2	56,4	56,3	90,4	61,1
Medicações injetáveis endovenosas	65,2	51,6	49,4	44,2	46,7	51,7	88,0	51,5

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

^(&) Os testes para todas variáveis foram estatisticamente significativos (χ^2 com p_valor < 0,05%)

Tabela 4. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde por eSF disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro (CS-MRJ). Brasil, 2012.

Variáveis selecionadas	eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS-MRJ (**)						
	Sim	Não	Total	Pvalor (χ^2)	OR Bruto (&)	Intervalo Confiança (95%)	
						Inf	Sup
N total da amostra	2951	14200	17151				
Características Gerais							
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	21,4	12,5	14,0	0,000	1,9	1,7	2,1
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	90,8	69,3	73,0	0,000	4,4	3,8	5,0
eSF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	76,7	64,8	66,8	0,000	1,8	1,6	2,0
Saúde da Mulher							
eSF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	98,0	97,2	97,3	0,009	1,4	1,1	1,9
Planejamento Familiar							
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	93,8	91,6	92,0	0,000	1,3	1,1	1,6
Pré-Natal							
As gestantes acompanhadas pela eSF possuem maternidade definida para o parto?	86,6	82,0	82,8	0,000	1,4	1,3	1,6
Doenças Crônicas Não Transmissíveis							
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – HAS	73,9	69,7	70,4	0,000	1,2	1,1	1,3
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Diabetes Mellitus	74,3	69,7	70,5	0,000	1,3	1,1	1,4
Doenças Crônicas Transmissíveis							
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose?	73,3	71,2	71,5	0,021	1,1	1,0	1,2
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase?	71,1	68,1	68,6	0,001	1,2	1,1	1,3
Saúde Mental							
Oferta de serviço	52,2	42,6	44,3	0,000	1,5	1,4	1,6
Atendimento com profissionais de saúde mental	66,0	57,1	58,7	0,000	1,5	1,3	1,6
Saúde da Criança							
Há registro sobre vacinação	95,8	93,7	94,1	0,000	1,5	1,3	1,8
Há registro sobre Teste do Pezinho	84,1	77,4	78,5	0,000	1,5	1,4	1,7

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(**) Lista de procedimentos/pequenas cirurgias: Drenagem de abscesso, Sutura de ferimentos, Retirada de pontos, Lavagem de ouvido, Extração de unha, Nebulização/inalação, Curativos, Medicações injetáveis intramusculares e Medicações injetáveis endovenosas.

(&) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição.

Tabela 5. Resultados de modelo de regressão logística multivariada (*stepwise backward**) para o desfecho “equipe da saúde da família (eSF) disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro (CS-MRJ)**”. Brasil, 2012.

Modelo de Regressão Logística (&)	OR Bruto	OR (*) ajustado	Intervalo de Confiança (95%)	
			Inf	Sup
Características Gerais				
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	1,9	2,5	2,2	2,8
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	4,4	4,6	4,0	5,3
eSF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	1,8	1,3	1,1	1,4
Saúde da Mulher				
eSF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	1,4	1,3	1,0	1,8
Planejamento Familiar				
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	1,3	1,3	1,1	1,6
Pré-Natal				
As gestantes acompanhadas pela eSF possuem maternidade definida p/ o parto?	1,4	1,1	1,0	1,3
Saúde Mental				
Oferta de serviço	1,5	1,2	1,1	1,3
Atendimento com profissionais de saúde mental	1,5	1,2	1,1	1,3
Saúde da Criança				
Há registro sobre Teste do Pezinho	1,5	1,4	1,2	1,6
Estrato populacional				
Estrato populacional: Até 10.000 hab (EP1)	7,4	17,3	14,5	20,6
Estrato populacional: 10.001 - 20.000 hab (EP2)	2,7	7,0	5,8	8,3
Estrato populacional: 20.001 - 50.000 hab (EP3)	1,8	4,3	3,6	5,1
Estrato populacional: 50.001 - 100.000 hab (EP4)	1,4	3,2	2,6	4
Estrato populacional: 100.001 - 500.000 hab (EP5)	1,3	2,2	1,8	2,6
Estrato populacional: mais de 500.001 hab (EP6) {& - categoria de referência}	-	-	-	-

(*) resultado do modelo de regressão logística multivariada: Proporção de classificação total – PCT = 69,5%; PC+ = 69,8% e PC- = 69,5%

(**) Lista de procedimentos/pequenas cirurgias: Drenagem de abscesso, Sutura de ferimentos, Retirada de pontos, Lavagem de ouvido, Extração de unha, Nebulização/inalação, Curativos, Medicações injetáveis intramusculares e Medicações injetáveis endovenosas.

(&) categoria de referência do Odds ratio relativa à resposta “Não”.

5.2 Resultados complementares

5.2.1 Avaliação geral por porte populacional

Na tabela 1, ao analisar os resultados por estrato populacional, destacam-se algumas médias no Brasil:

Percebe-se nas “Características Gerais das eSF”: o fato do agendamento de consultas para qualquer horário, figurar em 55,3% das eSF, revelando questões de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde na APS; a existência da contra-referência em 48% das eSF e a qualificação clínica com a participação de apoio matricial, 48%. A linha de cuidado “Saúde da Criança”, o registro de violência pelas eSF foi de 34% e registro de acidentes, 33%.

Quanto a tabela 1a, “Tempo médio de espera por atendimento na ESF”, mostrou que o tempo espera pelo atendimento em todos os estratos populacionais foi de no mínimo 33 minutos e 22 dias de espera para “agendamento de consulta”, nos grandes centros

5.2.2 Avaliação do MRJ e os demais municípios

No tocante a este desfecho, a “eSF pertencer ou não no MRJ”, buscou-se analisar de forma sintética os resultados (tabela 2 – apêndice 2), destacando-se os de maior relevância.

Inicialmente cabe colocar que todas as ações em saúde por linhas de cuidado deste estudo mostraram ter desempenho superior no município do RJ quando comparado ao grupo de eSF que não pertence a este município, a grande maioria apresentando favoráveis razões de chance (OR) significativos ($p < 5\%$).

Nesta mesma linha de resultados expressivos para eSF pertencentes ao MRJ, a primeira dimensão a ser mencionada é a de Procedimentos realizados. Entre todas as linhas de cuidado avaliadas neste desfecho, de forma geral, esta foi a que apresentou pior resultado pelas eSF não pertencentes ao MRJ.

Para as demais linhas de cuidado, como Saúde da Mulher, Pré-Natal, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Saúde Mental e Saúde da Criança, evidenciou-se um resultado muito superior no MRJ quanto ao uso de protocolo com diretrizes terapêuticas para todas estas linhas cuidado em comparação àquelas eSF não pertencentes ao MRJ.

Além desses resultados, destacaram-se outros indicadores por linha de cuidado. Na dimensão Planejamento familiar, a oferta deste serviço é 92% no município, enquanto que a média no Brasil é de 74%. Para as doenças crônicas não transmissíveis, a realização do exame do pé diabético 85,5% (MRJ) e 57% (Brasil). Na área de saúde mental, o atendimento com profissionais de saúde mental 82,6% (MRJ) e 58,7% (Brasil). E, para a saúde da criança, registro de violência 75% (MRJ) e 33% (Brasil) e para registro de acidentes 76% (MRJ) e 33% (Brasil).

A tabela 2a “Tempo médio de espera por atendimento na ESF” revelou comportamento semelhante a tabela 1a, ou seja, nos grandes centros os usuários esperam por mais tempo quando comparados aos de menor porte populacional, tanto para atendimento (minutos), agendamento de consulta (dias) ou primeira consulta (dias).

5.2.3 Avaliação do desfecho “eSF disponibilizar todos os nove procedimentos da Carteira de Serviços da SMS-MRJ”

Neste grupo de variável de desfecho, que considera a eSF disponibilizar todos os nove procedimentos da Carteira de Serviços do MRJ, ao associar-se a cada linha de cuidado, não verificou-se diferenças expressivas entre os grupos que realizam ou não todos os nove procedimentos.

Para a tabela 3b, revelou-se que a média de procedimentos realizados por eSF foi 7 para MRJ e 4 para o Brasil e demais municípios.

Quando se observa a tabela 3c, dimensão procedimentos, vê-se que apenas 17% das eSF fazem todos os procedimentos, porém entre as eSF do MRJ esse valor vai para 37%, com uma razão de chance (OR) de 3, ou seja, significa que a chance de encontrar todos os procedimentos é 3 vezes maior no MRJ que nos demais lugares.

5.2.4 Avaliação sobre o município do Rio de Janeiro frente (MRJ) ao grandes centros urbanos (acima de 500 mil habitantes)

Neste bloco de resultados, maioria destes são semelhantes ao do desfecho da tabela 2 “Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por localização (pertencer ao município do Rio de Janeiro)” ou seja, quando comparamos a oferta das ações em saúde do MRJ frente aos grandes centros urbanos, os dados evidenciam melhor desempenho do MRJ.

5.2.5 Probabilidade Predita para o desfecho eSF realiza todos os procedimentos segundo a exposição “estrato populacional”

A figura 3 (apêndice 5) reforça um dos resultados expostos no artigo, onde apresenta a chance da “esF que realiza todos os procedimentos da carteira de serviços frente ao estrato populacional”. O resultado é a chance ser 4 vezes maior das esF que realizam todos os procedimentos da CS pertencerem aos municípios de pequeno porte, apresentando um expressivo gradiente inversamente proporcional da oferta dos procedimentos em relação ao porte populacional, ou seja, maior oferta nos pequenos centros, diminuindo gradativamente conforme aumenta o número de habitantes

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS COMPLEMENTARES

A ocorrência da referência e contra-referência ser abaixo de 50% das eSF, expressa uma ausência de articulação de redes integradas nos municípios. A APS deve organizar-se de forma tal que o usuário tenha todos os serviços de saúde necessários, isto implica a referência à atenção secundária ou terciária, uma vez que a APS é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde, rompendo principalmente com um dos atributos essenciais da APS, a integralidade da atenção.

Outro importante atributo, o acesso ou garantia da porta de entrada é ferido em seus princípios ao revelar que 55% das eSF no Brasil agendam consultas para qualquer dia ou horário, além de aguardar 22 dias para “agendamento de consulta”, nos grandes centros.

Ao analisar a porta de entrada temos que considerar a acessibilidade, um componente estrutural dos sistemas e unidades de saúde, necessário para que haja o primeiro contato. Esta é uma das características que corroboram para que a APS seja entendida como organizadora dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que ela é tida como o ponto de entrada preferencial, mas não exclusivo.

No Brasil, o estudo revelou que na abordagem a saúde da criança, o registro de violência e acidentes ficou 34% e 33 respectivamente. Isso corrobora com outros inúmeros estudos que mostram o déficit de notificação de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, além da fragilidade estrutural tanto dos profissionais na caracterização adequada dos casos, quanto da própria rede de atenção à saúde, dificultando o diagnóstico precoce, a tomada de condutas emergenciais, a notificação e o acompanhamento posterior das vítimas (ZAMBON et al., 2012).

A suspeita de crianças vítimas de violência, incluindo o abuso sexual, deve ser sempre lembrada principalmente nos serviços de APS para que as mesmas sejam reavaliadas em programas especializados com equipe multiprofissional incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, conselhos tutelares e todo o amparo legal.

Também teve especial atenção a realização do exame do pé diabético de forma periódica, com 57%. Os membros inferiores constituem uma das regiões do corpo mais vulneráveis em pessoas com Diabetes Mellitus (DM). Estima-se que cerca de 30% de indivíduos com 40 anos ou mais de idade apresentam esses agravos (BRASIL, 2001).

A falta de cuidado dispensado aos pés é um dos maiores desafios para o estabelecimento do diagnóstico precoce em pessoas com DM. Outro obstáculo é a falta de exame dos pés na consulta médica. Dos pacientes admitidos em hospitais com diagnóstico de DM, apenas 10 a 19% tiveram seus pés examinados após a remoção de meias e sapatos (GREGG et al., 2004). Por outro lado, sabe-se que 85% dos problemas relacionados ao pé diabético são passíveis de prevenção desde que sejam oferecidos os cuidados especializados (BRASIL, 2001), reforçando a importância do papel da eSF na abordagem ao usuário diabético, com orientações e avaliações periódicas.

A melhoria da qualidade da gestão implica ações de caráter estrutural, que no caso do desempenho superior das eSF do MRJ comparativamente aos demais municípios e/ou grandes centros, incluiu investimentos em estrutura, qualificação de recursos humanos, adoção de instrumentos modernos, como a introdução do PEP, de gerência que possibilitasse racionalidade, reordenamento dos processos de trabalho, métodos e técnicas. Ampliou-se a oferta de serviços, por meio da elaboração da Carteira de Serviços (CS), bem como a melhoria da infraestrutura física das unidades (construção das Clínicas da Família) dentre outros – tais evidências demonstram como a APS tornou-se prioridade de governo na área da saúde.

Embora já relatado no artigo, outras abordagens de análise estatística revelaram a baixa oferta de procedimentos em todo o território nacional, sendo ainda um pouco melhor a oferta nos pequenos centros, onde a importância da ampliação do escopo de atuação da APS é enfatizada pelo Ministério da Saúde, destacando -se a realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos e o manejo de situações de urgência e emergência.

É fundamental que os serviços de atenção primária no SUS se responsabilizem pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, ferimentos) ou crônicas (unhas encravadas, por exemplo), avaliando sempre o risco de agravamento e a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento a outro serviço de saúde. Não se pode admitir que um usuário que procure um serviço de atenção primária, sobretudo os casos de urgência e emergência, independentemente se este faz parte ou não da sua área adstrita, deixe de ser acolhido na unidade e tenha que recorrer a outro serviço sem ser referenciado pela equipe de atenção primária/Saúde da Família (BRASIL, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou, utilizando dados do PMAQ 2012, avançar na análise dos procedimentos de baixa complexidade e ações/serviços ofertados por linhas de cuidado nos diferentes estratos populacionais no Brasil, tendo como base a CS-MRJ.

A expansão da ESF para os grandes centros urbanos, combinado à extensão de cobertura de serviços com a maior qualificação da atenção e satisfação das necessidades de saúde para a população brasileira, desafogando o serviço para os demais níveis de atenção à saúde colocam-se como grandes desafios para o fortalecimento da APS no país. Nas áreas de maior densidade populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também na desigualdade de oferta de serviços de saúde.

Não obstante ao aumento do número de eSF no território brasileiro, os resultados chamam atenção para a disparidade na implantação dos programas em municípios de grande porte, com fragilidade sistemática na oferta de determinadas ações e serviços de saúde, como os serviços em saúde mental, uso de prontuário eletrônico e realização de alguns procedimentos, como sutura de ferimentos, lavagem de ouvido e drenagem de abscesso. Tais obstáculos impedem que a APS cumpra com seus objetivos de forma plena e ressaltam o fato de que a ESF é um processo ainda em construção.

A possibilidade de gestão da informação em todo o território nacional, com a criação do e-SUS AB é uma questão importante para a organização e gestão do cuidado, principalmente em um país com grandes dimensões continentais e diversidade cultural. Trata-se de iniciativa pró-coordenação do cuidado que pode garantir maior qualidade ao serviço e integração informacional. Ressalta-se que a criação do e-SUS foi posterior a realização das entrevistas do PMAQ, e seus efeitos talvez possam ser refletidos em estudos futuros.

Este estudo mostrou a precariedade da oferta de alguns procedimentos comuns, não tendo sido encontrados estudos anteriores que abordassem a realização dos procedimentos/pequenas cirurgias na APS segundo o porte populacional, e que permitissem discutir a evolução deste panorama. A realidade revela uma fragmentação dos sujeitos e dos serviços que possivelmente resulta em experiências frustrantes da falta de acesso, com maior impacto nas populações mais vulneráveis. Isto reforça a importância de estudos que avaliem a organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde nos diferentes estratos

populacionais. Enquanto a oferta de procedimentos de baixa complexidade foi um problema maior nos grandes centros, a oferta de ações em saúde nas diferentes linhas de cuidado foi um problema maior nos municípios pequenos.

Acredita-se que a CS-MRJ é uma importante ferramenta gerencial na coordenação do cuidado e que contribuiu satisfatoriamente nos resultados apresentados do MRJ em relação aos demais no mesmo estrato populacional. Espera-se que isto promova a diminuição das iniquidades na oferta de ações e serviços com a consequente melhoria do acesso e na qualidade com reflexos em toda a rede de atenção à saúde. A carteira de serviços mostrou-se uma intervenção gerencial virtuosa, passível de ser adotada nas diferentes esferas de gestão, esforço que se deve ser acompanhado do seu monitoramento.

Este estudo sinalizou temas para uma agenda de pesquisas posteriores, de modo a investigar e detalhar mais profundamente o impacto da ESF, sobretudo nos municípios de grande densidade demográfica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. DE et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 98, p. 400–415, 2013.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 8, p. 1727–42, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2015. Seção 1

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2006. Seção 1. 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete ministerial. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011, out 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. 2003. Disponível em: Acesso em: 18 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 30. Procedimentos. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relação Nacional de ações e serviços de saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: Panorama, avaliação e desafios. Brasília: 2005.

DE SOUSA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulina de Enfermagem*, v. 22, p. 884–94, 2009. ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 21, n. 2, p. 164–76, 2007.

ESPANA. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicio s comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Textos legales, 2009.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. 1 ed. Saberes, 2014.

FRIAS, P.G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, cap. 4, p. 43-56, 2010.

GREGG, E. W. et al. Prevalence of lower-extremity disease in the US adult population ≥ 40 years of age with and without diabetes 1999–2000 National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes care*, v. 27, n. 7, p. 1591–1597, 2004.

HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

HARZHEIM, E. Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Município do Rio de Janeiro – Avaliação dos Primeiros Três Anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultado das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. OPAS, 2013.

JESUS, R.V. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro 2009- 2012: estudo de caso na Área Programática 5.3, (dissertação) 2013.

KLEINBAUM, KLEIN M. Logistic Regression. A Self-Learning Text. Third Edition, 2010, NY: Springer-Verlag.

LISBOA. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde. 2006.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo (SP): Atlas, 2008. PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p: 459-491].

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, 2014.

PINTO, I. C. et al. Os sistemas de informação em atenção primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. *Cad Saúde Colet*, v. 18, n. 2, p. 291–297, 2010.

PINTO, L. F. Clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro: a expansão da atenção primária em saúde em questão. Anais do 9o Congresso Nacional da Rede Unida. Anais...2010. Disponível em: <<http://congressoanterior.redeunida.org.br/resumos/RE1539-1.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. Cien Saude Colet, v. 16, n. 6, p. 2841–2852, 2011.

PORTUGAL. Portaria n. 1368/2007 de 18 de Outubro de 2007. Diário da República, 1. série — N. 201, 2007.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria municipal de saúde. Contrato de Gestão, 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. SMSDC/RJ. Plano Plurianual de saúde 2010-2013. Rio de Janeiro, 2009.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Versão profissionais/gestores, 2014.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde Atenção Básica e PSF. Documento Norteador. Compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo, 2005.

PREFEITURA DO NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da atenção Básica de Natal. Versão preliminar Profissionais e Gestores. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços. Guia para profissionais de saúde. Relação de serviços e condições abordadas na atenção primária à saúde. 1 ed, 2014.

Revista divulgação em Saúde para Debate. Atenção Básica construindo a base da integralidade. nº 51; Rio de Janeiro, Out. 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 438–446, 2004.

ROCHA, P. DE M.; SÁ, A. B. DE. Family Health Reform in Portugal: analysis of its implementation. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, p. 2853–2863, 2011.

SAÚDE EM DEBATE. Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Vol. 38, número especial. Rio de Janeiro, 2014.

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

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1561-1569, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; LERBERGHE, W. VAN. The world health report 2008 primary health care: now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.

ZAMBON, M. P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n. 4, p. 465–471, 2012.

APÊNDICE A - TABELAS POR ESTRATO POPULACIONAL

Tabela 1 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por estrato populacional. Brasil, 2012

	Estrato populacional (Habitantes)						Total
	Até 10.000	10.001 - 20.000	20.001 - 50.000	50.001 - 100.000	100.001 - 500.000	500.001 ou mais	
1.1 - Características gerais das eSF							
N total da amostra por estrato populacional	1275	1561	1802	974	1693	1597	8902
eSF programa consultas/ações dos programas/grupos prioritários (cuidado continuado)	86,0	88,7	90,3	92,3	94,6	95,1	91,3
eSF coordena fila de espera/acomp de HAS encaminhados	49,2	45,5	48,9	49,9	49,3	53,9	49,5
eSF coordena a fila de espera/acomp de DM encaminhados	48,0	45,0	47,9	50,4	49,1	55,1	49,2
Agendamento de consultas para qualquer dia/hora.	54,2	54,6	54,8	53,4	50,4	63,9	55,3
eSF realizou planejamento de ações (c/ comprovação)	63,4	65,3	70,1	73,5	77,7	81,4	72,4
eSF realiza reunião de equipe	96,4	97,7	98,8	98,7	98,5	99,6	98,3
Organiza processo de trabalho/serviço	96,0	97,2	96,7	97,3	98,3	97,5	97,2
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	11,6	7,0	6,1	5,3	10,7	40,5	14,0
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	73,1	63,6	67,0	67,9	79,2	85,2	73,0
Há central de regulação para encaminhamento	86,5	88,8	89,7	88,2	92,1	97,1	90,7
eSF entra em contato com especialistas para troca de inf. sobre os seus pacientes encaminhados	71,3	64,8	69,4	66,3	64,2	65,1	66,8
Ocorre contra-referência	50,7	45,7	50,2	47,5	46,6	48,4	48,2
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)	27,3	29,0	45,7	48,7	57,2	73,7	47,8
eSF recebe apoio de outros profs. p/ casos complexos	81,9	85,2	91,7	91,7	88,6	92,6	88,8
1.2 - Saúde da Mulher							
N total da amostra por estrato populacional	2580	2874	3614	1852	3167	3094	17181
Prevenção e acompanhamento de CA do colo do útero	75,1	78,3	80,6	83,2	85,9	81,1	80,7
Prevenção e acompanhamento de CA de mama	70,5	70,9	73,8	76,6	80,9	77,2	75,0
Protocolo de diretriz terapêutica - CA do colo do útero	63,0	61,2	63,0	68,2	76,4	89,3	70,5
Protocolo de diretriz terapêutica - CA de mama	60,0	55,3	58,2	62,7	72,6	86,9	66,3
eSF realiza a coleta do exame citopatológico	96,0	96,2	96,9	97,9	98,0	98,8	97,3
1.3 - Planejamento Familiar							
N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	17200
Oferta de serviço - Planejamento familiar	64,7	69,2	73,8	75,3	76,7	81,7	73,8
eSF desenvolve ações de planejamento familiar	88,3	91,3	92,3	92,7	90,5	96,3	92,0
1.4 - Pré-Natal							
N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	17200
Oferta de serviço - Pré-natal	79,0	80,6	84,1	85,8	89,2	86,5	84,3
Protocolo de diretriz terapêutica - Pré-natal	67,6	66,7	70,2	71,2	83,1	92,8	75,8
Gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto	86,0	77,1	82,3	86,3	81,5	85,0	82,8
1.5 - Doenças Crônicas Não Transmissíveis							
N total da amostra por estrato populacional	2585	2876	3620	1854	3169	3095	17199
Oferta de serviço - HAS	82,0	84,5	87,2	88,8	91,6	90,3	87,5
Oferta de serviço - DM	82,2	84,7	87,0	88,3	91,5	90,8	87,6

Oferta de serviço – Obesidade	38,4	35,8	38,2	36,1	41,8	47,0	39,9
Protocolo de diretriz terapêutica – HAS	63,1	60,3	64,3	65,8	76,3	89,7	70,4
Protocolo de diretriz terapêutica – DM	63,6	60,3	64,8	65,5	76,1	89,6	70,5
eSF realiza exame do pé diabético periodicamente?	51,1	51,1	53,3	53,6	61,6	73,7	57,8

1.6 - Doenças Transmissíveis

N total da amostra por estrato populacional	1299	1305	1670	758	1306	1356	7694
Protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose (TB)	64,0	61,8	64,9	66,3	77,2	91,8	71,5
Protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase (Hansen)	62,9	59,9	63,0	64,1	72,2	86,7	68,6
eSF possui registro do nº de usuários com TB?	64,9	66,7	70,9	72,8	82,9	89,8	75,1
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO para TB	92,7	92,6	92,3	92,6	95,1	96,7	94,1
eSF possui registro do nº de usuários com Hansen	61,2	59,3	61,4	62,5	64,0	65,0	62,2
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO de Hansen	94,4	93,0	93,3	95,0	94,4	96,7	94,4

1.7 - Saúde Mental

N total da amostra por estrato populacional	2551	2828	3556	1829	3116	3057	16937
Oferta de serviço – SM	42,7	39,0	39,2	37,9	48,7	55,8	44,3
Protocolo de diretriz terapêutica - Saúde mental	37,9	32,9	37,9	36,7	49,8	64,4	44,0
Protocolo de diretriz terapêutica - Álcool e drogas	28,1	23,4	26,7	24,6	36,0	50,7	32,2
Estratégia em SM: Consulta com tempo maior	37,9	33,4	36,0	34,9	46,8	55,0	41,1
Estratégia em SM: Registro da história de vida	35,6	31,7	36,2	35,6	51,2	65,3	43,3
Estratégia em SM: Oferta de atendimento em grupo	23,2	16,8	17,8	19,3	33,0	47,8	26,8
Estratégia em SM: Atender com profissional de SM	58,9	48,7	50,8	51,2	63,1	76,8	58,7
eSF teve preparação p/ atendimento de transtorno mental	23,8	19,2	26,4	31,3	44,0	49,5	32,7

1.8 - Saúde da Criança

N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	17200
Crescimento e desenvolvimento da criança	71,0	73,6	78,5	79,8	83,6	81,6	78,2
Protocolo de diretriz terapêutica - Crianças < 2anos	59,3	57,9	61,3	62,9	72,6	86,9	67,3
Busca ativa: prematuros	80,0	78,7	77,5	77,8	80,9	89,6	80,9
Busca ativa: criança com baixo peso	87,8	86,1	86,4	85,9	86,2	92,5	87,6
Busca ativa: criança com consulta de puericultura atrasada	71,3	71,3	73,5	75,4	79,8	89,7	77,1
Busca ativa: criança com calendário vacinal atrasado	92,8	92,6	91,9	92,4	92,2	94,8	92,8
Registro de vacinação em dia da criança	91,2	91,1	92,5	94,4	96,6	98,4	94,1
Registro do crescimento e desenvolvimento	82,9	85,6	87,0	88,8	93,1	97,2	89,3
Registro do estado nutricional	79,2	81,3	83,1	85,5	89,7	96,2	86,1
Registro do teste do pezinho	75,5	70,8	73,6	76,9	82,2	91,1	78,5
Registro de violência familiar	26,2	25,7	26,9	27,9	37,6	56,4	34,0
Registro de acidentes	26,3	24,6	27,3	25,9	37,0	54,2	33,2

Tabela 1a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ segundo estrato populacional. Brasil, 2012.

Tempo de espera (*)	Estrato populacional (Habitantes)						Total
	Até 10.000	10.001 - 20.000	20.001 - 50.000	50.001 - 100.000	100.001 - 500.000	500.001 ou mais	
N total da amostra	2585	2877	3620	1854	3169	3095	17200
Da chegada à 1ª escuta? (min)	16	16	17	18	19	25	19
Por atendimento (min)	36	34	34	36	33	35	35
Pelo agendamento da consulta (dias)	5	6	7	8	10	22	10
Pela 1a consulta de HAS (dias)	3	4	4	5	7	12	6

Pela 1a consulta de DM (dias)	3	4	4	5	7	12	6
Pela 1a consulta de SM (dias)	5	6	5	6	7	13	7

(*) Diferença de média estatisticamente significativa na ANOVA, exceto para tempo por atendimento em minutos (pvalor >5%)

APÊNDICE B - TABELAS PARA O MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO

Tabela 2 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por localização (pertencer ao município do Rio de Janeiro). Brasil, 2012.

2.1 - Realizações de procedimentos	Município do RJ (&)						Intervalo de Confiança (95%)	
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)	Pvalor (χ^2)	OR Bruto			
	N total da amostra	324	16877	17201			Inf	Sup
eSF realiza procedimentos/pequenas cirurgias	91,7	62,3	62,8	0,000	6,6	4,4	9,8	
Drenagem de abscesso	78,4	32,7	33,6	0,000	7,4	5,7	9,7	
Sutura de ferimentos	71,3	29,9	30,6	0,000	5,8	4,5	7,4	
Retirada de pontos	89,8	60,5	61,1	0,000	5,7	4,0	8,2	
Lavagem de ouvido	56,5	34,4	34,9	0,000	2,4	1,9	3,0	
Extração de unha	52,2	24,3	24,8	0,000	3,3	2,7	4,2	
Nebulização/inalação	89,5	57,2	57,8	0,000	6,3	4,4	9,1	
Curativos	90,7	61,4	62,0	0,000	6,1	4,2	8,9	
Medicações injetáveis intramusculares	90,4	60,5	61,1	0,000	6,1	4,2	8,9	
Medicações injetáveis endovenosas	88,0	50,8	51,5	0,000	7,0	5,0	9,9	
2.2 - Características Gerais das eSF	324	16827	17151	Pvalor r ((2))	OR Bruto	Inf	Sup	
N total da amostra								
eSF programa consultas/ações dos programas/grupos prioritários (cuidado continuado)	98,1	91,1	91,3	0,000	5,2	2,3	11,6	
eSF coordena fila de espera/acomp de HAS encaminhados	62,8	49,2	49,5	0,000	1,7	1,4	2,2	
eSF coordena a fila de espera/acomp de DM encaminhados	63,7	48,9	49,2	0,000	1,8	1,5	2,3	
Agendamento de consultas para qualquer dia/hora.	82,1	54,8	55,3	0,000	3,8	2,8	5,0	
eSF realizou planejamento de ações (c/ comprovação)	77,2	72,3	72,4	0,054	-	-	-	
eSF realiza reunião de equipe	99,4	98,3	98,3	0,131	-	-	-	
Organiza processo de trabalho/serviço (Temas das reuniões)	99,7	97,1	97,2	0,006	9,5	1,3	67,7	
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	95,7	12,5	14,0	0,000	-	-	-	
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	96,6	72,5	73,0	0,000	10,8	5,9	19,7	
Há central de regulação para encaminhamento	100,0	90,5	90,7	0,000	-	-	-	
eSF entra em contato com especialistas para troca de inf. sobre os seus pacientes encaminhados	65,1	66,9	66,8	0,506	-	-	-	
Ocorre contra-referência	47,2	48,3	48,3	0,709	-	-	-	
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)	76,4	47,2	47,8	0,000	3,6	2,8	4,7	
eSF recebe apoio de outros prof. para casos complexos	96,9	88,6	88,8	0,000	4,0	2,1	7,6	
2.3 - Saúde da Mulher	324	16858	17182	Pvalor r ((2))	OR Bruto	Inf	Sup	
N total da amostra								
Prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero	88,0	80,6	80,7	0,001	1,8	1,3	2,5	
Prevenção e acompanhamento de câncer de mama	83,6	74,9	75,0	0,000	1,7	1,3	2,3	
Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer do colo do útero	95,0	70,0	70,5	0,000	8,2	4,9	13,5	
Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer de mama	94,4	65,8	66,3	0,000	8,8	5,4	14,1	
eSF realiza a coleta do exame citopatológico	99,7	97,3	97,3	0,007	9,1	1,3	65,1	

2.4 - Planejamento Familiar				Pvalor	OR	Inf	Sup
N total da amostra				r ((2))	Bruto		
Oferta de serviço - Planejamento familiar	92,0	73,4	73,8	0,000	4,1	2,7	6,2
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	95,1	91,9	92,0	0,038	1,6	1,0	2,8
2.5 - Pré-Natal				Pvalor	OR	Inf	Sup
N total da amostra				r ((2))	Bruto		
Oferta de serviço - Pré-natal	92,9	84,2	84,3	0,000	2,5	1,6	3,8
Protocolo de diretriz terapêutica - Pré-natal	95,3	75,4	75,8	0,000	6,6	3,9	11,2
Gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto	99,7	82,4	82,8	0,000	-	-	
2.6 - Doenças Crônicas Não Transmissíveis				Pvalor	OR	Inf	Sup
N total da amostra				r (χ^2)	Bruto		
Oferta de serviço – HAS	92,6	87,4	87,5	0,005	1,8	1,2	2,7
Oferta de serviço – DM	91,7	87,5	87,6	0,024	1,6	1,1	2,3
Oferta de serviço – Obesidade	50,9	39,6	39,9	0,000	1,6	1,3	2,0
Protocolo de diretriz terapêutica - HAS	94,7	70,0	70,4	0,000	7,7	4,7	12,5
Protocolo de diretriz terapêutica - DM	94,4	70,0	70,5	0,000	7,2	4,5	11,6
eSF realiza exame do pé diabético periodicamente?	85,5	57,3	57,8	0,000	4,4	3,2	6,0
2.7 - Doenças Transmissíveis				Pvalor	OR	Inf	Sup
N total da amostra				r (χ^2)	Bruto		
Protocolo de diretriz terapêutica –Tuberculose (TB)	95,0	71,1	71,5	0,000	7,8	4,7	12,8
Protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase (Hansen)	92,5	68,1	68,6	0,000	5,8	3,8	8,8
eSF possui registro do nº de usuários com TB?	96,9	74,7	75,1	0,000	10,5	5,6	19,7
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO para TB	96,3	94,0	94,1	0,102	-	-	-
eSF possui registro do nº de usuários com Hansen	72,3	62,1	62,2	0,000	1,6	1,2	2,1
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO de Hansen	95,5	94,4	94,4	0,537	-	-	-
2.8 - Saúde Mental				Pvalor	OR	Inf	Sup
N total da amostra				r ((2))	Bruto		
Oferta de serviço – SM	55,6	44,1	44,3	0,000	1,6	1,3	2,0
Protocolo de diretriz terapêutica - Saúde mental	75,1	43,4	44,0	0,000	3,9	3,1	5,1
Protocolo de diretriz terapêutica - Álcool e drogas	66,4	31,5	32,2	0,000	4,3	3,4	5,4
Estratégia em SM: Consulta com tempo maior	58,5	40,8	41,1	0,000	2,0	1,6	2,6
Estratégia em SM: Registro da história de vida	68,4	42,8	43,3	0,000	2,9	2,3	3,7
Estratégia em SM: Oferta de atendimento em grupo	45,6	26,5	26,8	0,000	2,3	1,9	2,9
Estratégia em SM: Atender com profissional de SM	82,6	58,2	58,7	0,000	3,4	2,5	4,6
eSF teve preparação p/ atendimento de transtorno mental	50,6	32,4	32,7	0,000	2,1	1,7	2,7
2.9 - Saúde da Criança				Pvalor	OR	Inf	Sup
N total da amostra				r (χ^2)	Bruto		
Crescimento e desenvolvimento da criança	86,7	78,0	78,2	0,000	1,8	1,3	2,5
Protocolo de diretriz terapêutica - Crianças < 2anos	92,8	66,8	67,3	0,000	6,4	4,2	9,8
Busca ativa: prematuros	88,0	80,8	80,9	0,001	1,7	1,2	2,4

Busca ativa: criança com baixo peso	92,6	87,5	87,6	0,006	1,8	1,2	2,7
Busca ativa: criança com consulta de puericultura atrasada	94,1	76,8	77,1	0,000	4,9	3,1	7,7
Busca ativa: criança com calendário vacinal atrasado	96,0	92,7	92,8	0,024	1,9	1,1	3,3
Registro de vacinação em dia da criança	99,7	94,0	94,1	0,000	20,7	2,9	147
Registro do crescimento e desenvolvimento	99,4	89,1	89,3	0,000	19,7	4,9	79,3
Registro do estado nutricional	98,8	85,8	86,0	0,000	13,2	4,9	35,5
Registro do teste do pezinho	99,1	78,1	78,5	0,000	30,0	9,6	93,5
Registro de violência familiar	74,7	33,2	34,0	0,000	5,9	4,6	7,6
Registro de acidentes	75,6	32,4	33,2	0,000	6,5	5,0	8,4

(*) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição.

Tabela 2a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ segundo localização (pertence ao MRJ). Brasil, 2012.

Tempo de espera (*)	Município do RJ		
	Sim	Não	Total
Da chegada à 1ª escuta? (min)	12	19	19
Por atendimento (min)	36	35	35
Pelo agendamento da consulta (dias)	19	10	10
Pela 1a consulta de HAS (dias)	12	6	6
Pela 1a consulta de DM (dias)	13	6	6
Pela 1a consulta de SM (dias)	11	7	7

(*) Diferença de média estatisticamente significativa no teste-T, exceto para tempo por atendimento em minutos (pvalor >5%)

APÊNDICE C - TABELAS SOBRE A DISPONIBILIDADE DE PROCEDIMENTOS PELA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA SMS-RJ

Tabela 3 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde por eSF disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviço. Brasil, 2012.

3.1 - Características Gerais	eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS (&)						
	Sim	Não	Total	P_valor (χ^2)	OR Bruto	Intervalo Confiança (95%)	
						Inf	Sup
N total da amostra	2951	14200	17151				
eSF programa consultas/ações dos programas/grupos prioritários (cuidado continuado)	91,7	91,2	91,3	0,355	-	-	-
eSF coordena fila de espera/acomp de HAS encaminhados	56,0	48,1	49,5	0,000	1,4	1,3	1,5
eSF coordena a fila de espera/acomp de DM encaminhados	54,6	48,1	49,2	0,000	1,3	1,2	1,4
Agendamento de consultas para qualquer dia/hora.	60,0	54,4	55,3	0,000	1,3	1,2	1,4
eSF realizou planejamento de ações (c/ comprovação)	74,2	72,0	72,4	0,280	1,1	1,0	1,2
eSF realiza reunião de equipe	98,0	98,4	98,3	0,151	-	-	-
Organiza processo de trabalho/serviço (Temas das reuniões)	97,7	97,1	97,2	0,093	-	-	-
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	21,4	12,5	14,0	0,000	1,9	1,7	2,1
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	90,8	69,3	73,0	0,000	4,4	3,8	5,0
Há central de regulação para encaminhamento	90,7	90,7	90,7	0,967	-	-	-
eSF entra em contato com especialistas para troca de inf sobre os seus pacientes encaminhados	76,7	64,8	66,8	0,000	1,8	1,6	2,0
Ocorre contra-referência	56,6	46,5	48,3	0,000	1,5	1,4	1,6
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)	45,6	48,3	47,8	0,000	0,8	0,8	1,0
eSF recebe apoio de outros prof para casos complexos	88,4	88,8	88,8	0,556	-	-	-
3.2 - Saúde da Mulher							
N total da amostra	2957	14225	17182		OR-Br	Inf	Sup
Prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero	82,6	80,3	80,7	0,005	1,2	1,0	1,3
Prevenção e acompanhamento de câncer de mama	78,2	74,4	75,0	0,000	1,2	1,1	1,4
Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer do colo do útero	73,3	69,9	70,5	0,000	1,2	1,1	1,3
Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer de mama	70,1	65,5	66,3	0,000	1,2	1,1	1,3
eSF realiza a coleta do exame citopatológico	98,0	97,2	97,3	0,009	1,4	1,1	1,9
3.3 - Planejamento Familiar							
N total da amostra	2957	14244	17201		OR-Br	Inf	Sup
Oferta de serviço - Planejamento familiar	74,1	73,7	73,8	0,693	1,0	0,9	1,1
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	93,8	91,6	92,0	0,000	1,3	1,1	1,6
3.4 - Pré-Natal							
N total da amostra	2957	14244	17201		OR-Br	Inf	Sup
Oferta de serviço - Pré-natal	86,6	83,8	84,3	0,000	1,3	1,1	1,4
Protocolo de diretriz terapêutica - Pré-natal	77,6	75,4	75,8	0,011	1,1	1,0	1,2
Gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto	86,6	82,0	82,8	0,000	1,4	1,3	1,6

(continua...)

3.5 - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Sim	Não	Total	P_valor (χ^2)	OR-br	Inf	Sup
N total da amostra	2957	14243	17200				

Oferta de serviço – HAS	88,6	87,3	87,5	0,054	-	-	-
Oferta de serviço – DM	88,5	87,4	87,6	0,086	-	-	-
Oferta de serviço – Obesidade	45,9	38,6	39,9	0,000	1,3	1,2	1,5
Protocolo de diretriz terapêutica – HAS	73,9	69,7	70,4	0,000	1,2	1,1	1,3
Protocolo de diretriz terapêutica – DM	74,3	69,7	70,5	0,000	1,3	1,1	1,4
eSF realiza exame do pé diabético periodicamente?	63,0	56,8	57,8	0,000	1,3	1,2	1,4

3.6 - Doenças Transmissíveis

N total da amostra	1462	6232	7694		OR-br	Inf	Sup
Protocolo de diretriz terapêutica –Tuberculose (TB)	73,3	71,2	71,5	0,021	1,1	1,0	1,2
Protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase (Hansen)	71,1	68,1	68,6	0,001	1,2	1,1	1,3
eSF possui registro do nº de usuários com TB?	73,9	75,4	75,1	0,089	-	-	-
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO para TB	94,0	94,1	94,1	0,871	-	-	-
eSF possui registro do nº de usuários com Hansen	62,7	62,1	62,2	0,582	-	-	-
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO de Hansen	95,1	94,2	94,4	0,162	-	-	-

3.7 - Saúde Mental

N total da amostra	2929	14009	16938		OR-br	Inf	Sup
Oferta de serviço – SM	52,2	42,6	44,3	0,000	1,5	1,4	1,6
Protocolo de diretriz terapêutica - Saúde mental	48,7	43,0	44,0	0,000	1,3	1,2	1,4
Protocolo de diretriz terapêutica - Álcool e drogas	37,8	31,0	32,2	0,000	1,3	1,2	1,5
Estratégia em SM: Consulta com tempo maior	48,0	39,7	41,1	0,000	1,4	1,3	1,5
Estratégia em SM: Registro da história de vida	48,0	42,3	43,3	0,000	1,3	1,2	1,4
Estratégia em SM: Oferta de atendimento em grupo	33,0	25,5	26,8	0,000	1,4	1,3	1,6
Estratégia em SM: Atender com profissional de SM	66,0	57,1	58,7	0,000	1,5	1,3	1,6
eSF teve preparação p/ atendimento de transtorno mental	35,1	32,2	32,7	0,002	1,1	1,0	1,2

3.8 - Saúde da Criança

N total da amostra	2957	14244	17201		OR-br	Inf	Sup
Crescimento e desenvolvimento da criança	79,6	77,9	78,2	0,040	1,1	1,0	1,2
Protocolo de diretriz terapêutica - Crianças < 2anos	69,7	66,8	67,3	0,002	1,1	1,1	1,2
Busca ativa: prematuros	83,9	80,3	80,9	0,000	1,3	1,2	1,4
Busca ativa: criança com baixo peso	89,6	87,1	87,6	0,000	1,3	1,1	1,4
Busca ativa: criança com consulta de puericultura atrasada	77,4	77,0	77,1	0,620	-	-	-
Busca ativa: criança com calendário vacinal atrasado	94,2	92,5	92,8	0,001	1,3	1,1	1,6
Registro de vacinação em dia da criança	95,8	93,7	94,1	0,000	1,5	1,3	1,8
Registro do crescimento e desenvolvimento	90,3	89,1	89,3	0,050	-	-	-
Registro do estado nutricional	88,0	85,6	86,0	0,001	1,2	1,1	1,4
Registro do teste do pezinho	84,1	77,4	78,5	0,000	1,5	1,4	1,7
Registro de violência familiar	40,3	32,7	34,0	0,000	1,4	1,3	1,5
Registro de acidentes	39,5	31,9	33,2	0,000	1,4	1,3	1,5

(*) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição.

Nota: OR-Br = Odds Ratio Bruto

Tabela 3a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ para as que disponibilizam todos os procedimentos da Carteira de Serviços. Brasil, 2012.

Tempo de espera (*)	eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS		
	Sim	Não	Total
Da chegada à 1ª escuta? (min)	17	19	19
Por atendimento (min)	35	34	35
Pelo agendamento da consulta (dias)	8	10	10
Pela 1a consulta de HAS (dias)	5	6	6
Pela 1a consulta de DM (dias)	5	6	6
Pela 1a consulta de SM (dias)	6	7	7

(*) Diferença de média estatisticamente significativa no teste-T, exceto para tempo por atendimento em minutos (pvalor >5%)

Tabela 3b - Total de procedimentos da Carteira de Serviços (CS) realizados pelas eSF que responderam ao PMAQ segundo estrato populacional. Brasil, 2012.

Procedimentos		Estrato Populacional						MRJ		Total
		Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001 - 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Sim	Não	
Nº procedimentos da CS realizados pela eSF	Média	6	4	4	4	4	4	7	4	4
	Desvio padrão	4	4	3	3	3	3	3	4	4
% de procedimentos da CS realizados pela eSF	Média	,63	,50	,46	,41	,40	,40	,79	,46	,46
	Desvio padrão	,42	,40	,39	,38	,38	,37	,28	,40	,40

Tabela 3c - eSF disponibiliza todos os nove procedimentos da CS e que responderam ao PMAQ segundo localização (pertencer ao MRJ). Brasil, 2012.

Procedimentos		Município do RJ (&)					
		Sim	Não	Total	OR Bruto	Intervalo de Confiança (95%)	
		(%)	(%)			Inf	Sup
eSF disponibiliza todos os 9 procedimentos da CS	Sim	37,7	16,8	17,2	2,992	2,381	3,759
	Não	62,3	83,2	82,8			

(&) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para a variável de exposição.

APÊNDICE D - TABELAS PARA O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO POR ESTRATO POPULACIONAL ACIMA DE 500 MIL HABITANTES

Tabela 4 - Características das eSF que responderam ao PMAQ segundo linhas de cuidado em saúde, por localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) e estrato populacional maior de 500 mil habitantes (EP6). Brasil, 2012.

4.1 - Realizações de procedimentos	Locais de investigação (&)					
	MRJ (%)	EP6 (%)	Pvalor (χ^2)	OR Bruto	Intervalo de Confiança (95%)	
N total da amostra	324	2771			Inf	Sup
eSF realiza procedimentos/pequenas cirurgias	91,7	53,3	0,000	9,6	6,4	14,3
Drenagem de abscesso	78,4	20,2	0,000	14,3	10,8	18,9
Sutura de ferimentos	71,3	12,8	0,000	16,9	13,0	22,1
Retirada de pontos	89,8	51,6	0,000	8,2	5,7	11,9
Lavagem de ouvido	56,5	20,4	0,000	5,0	3,9	6,4
Extração de unha	52,2	8,8	0,000	11,2	8,7	14,4
Nebulização/inalação	89,5	49,8	0,000	8,5	5,9	12,3
Curativos	90,7	52,4	0,000	8,9	6,0	13,0
Medicações injetáveis intramusculares	90,4	52,3	0,000	8,6	5,9	12,5
Medicações injetáveis endovenosas	88,0	47,5	0,000	8,0	5,7	11,4
4.2 - Características Gerais das eSF	324	2771	Pvalor (χ^2)	OR Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
eSF programa consultas/ações dos programas/grupos prioritários (cuidado continuado)	98,1	94,8	0,003	2,9	1,2	6,6
eSF coordena fila de espera/acomp de HAS encaminhados	62,8	52,9	0,001	1,5	1,1	1,9
eSF coordena a fila de espera/acomp de DM encaminhados	63,7	54,1	0,001	1,4	1,1	1,8
Agendamento de consultas para qualquer dia/hora.	82,1	61,7	0,000	2,8	2,1	3,8
eSF realizou planejamento de ações (c/ comprovação)	77,2	81,9	0,046	-	-	-
eSF realiza reunião de equipe	99,4	99,6	0,483	-	-	-
Organiza processo de trabalho/serviço (Temas das reuniões)	99,7	97,2	0,008	9,0	1,2	65,6
Existe prontuário eletrônico implantado na eSF	95,7	34,0	0,000	42,9	24,9	73,7
eSF realiza atendimento de urgência e emergência	96,6	83,8	0,000	5,4	2,9	10,0
Há central de regulação para encaminhamento	100,0	96,8	0,000	-	-	-
eSF entra em contato com especialistas para troca de inf sobre os seus pacientes encaminhados	65,1	65,1	0,984	-	-	-
Ocorre contra-referência	47,2	48,5	0,654	-	-	-
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)	76,4	73,4	0,251	1,1	0,8	1,5
eSF recebe apoio de outros prof para casos complexos	96,9	92,1	0,002	2,6	1,3	5,0
4.3 - Saúde da Mulher	324	2771	Pvalor (χ^2)	OR Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero	88,0	80,3	0,001	1,7	1,2	2,5
Prevenção e acompanhamento de câncer de mama	83,6	76,4	0,003	1,5	1,1	2,1
Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer do colo do útero	95,0	88,7	0,000	2,4	1,4	4,0
Protocolo de diretriz terapêutica - Câncer de mama	94,4	86,0	0,000	2,7	1,6	4,4
eSF realiza a coleta do exame citopatológico	99,7	98,7	0,120	4,2	0,5	31,1

4.4 - Planejamento Familiar			Pvalor	OR		
	324	2771	r ((2))	Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Oferta de serviço - Planejamento familiar	92,0	80,5	0,000	2,7	1,8	4,1
eSF desenvolve ações de planejamento familiar?	95,1	96,4	0,233	-	-	-
4.5 - Pré-Natal			Pvalor	OR		
	324	2771	r (χ^2)	Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Oferta de serviço - Pré-natal	92,9	85,7	0,000	2,1	1,4	3,3
Protocolo de diretriz terapêutica - Pré-natal	95,3	92,6	0,069	1,6	0,9	2,8
Gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto	99,7	83,3	0,000	-	-	-
4.6 - Doenças Crônicas Não Transmissíveis			Pvalor	OR		
	324	2771	r (χ^2)	Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Oferta de serviço – HAS	92,6	90,0	0,142	1,3	0,8	2,1
Oferta de serviço – DM	91,7	90,7	0,565	1,1	0,7	1,7
Oferta de serviço – Obesidade	50,9	46,6	0,136	1,1	0,9	1,5
Protocolo de diretriz terapêutica — HAS	94,7	89,1	0,002	2,1	1,3	3,6
Protocolo de diretriz terapêutica — DM	94,4	89,0	0,003	2,0	1,2	3,3
eSF realiza exame do pé diabético periodicamente?	85,5	72,3	0,000	2,2	1,6	3,1
4.7 - Doenças Transmissíveis			Pvalor	OR		
	156	2939	r (χ^2)	Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Protocolo de diretriz terapêutica –Tuberculose (TB)	95,0	91,4	0,026	1,7	1,0	3,0
Protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase	92,5	86,0	0,001	2,0	1,3	3,0
eSF possui registro do nº de usuários com TB?	96,9	89,0	0,000	3,8	2,0	7,2
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO para TB	96,3	96,8	0,635	-	-	-
eSF possui registro do nº de usuários com Hansen	72,3	64,2	0,006	1,4	1,1	1,8
eSF realiza busca ativa de faltosos do TDO de Hansen	95,5	96,8	0,386	-	-	-
4.8 - Saúde Mental			Pvalor	OR		
	320	2775	r (χ^2)	Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Oferta de serviço – SM	55,6	55,8	0,935	-	-	-
Protocolo de diretriz terapêutica - Saúde mental	75,1	63,2	0,000	1,7	1,3	2,2
Protocolo de diretriz terapêutica - Álcool e drogas	66,4	48,9	0,000	2,0	1,6	2,6
Estratégia em SM: Consulta com tempo maior	58,5	54,6	0,178	1,1	0,9	1,4
Estratégia em SM: Registro da história de vida	68,4	65,0	0,229	1,1	0,9	1,4
Estratégia em SM: Oferta de atendimento em grupo	45,6	48,1	0,393	0,9	0,7	1,1
Estratégia em SM: Atender com profissional de SM	82,6	76,2	0,011	1,4	1,0	2,0
eSF teve preparação p/ atendimento de transtorno mental	50,6	49,4	0,678	1,0	0,8	1,3

4.9 - Saúde da Criança	324	2771	Pvalor r (χ^2)	OR Bruto	Inf	Sup
N total da amostra						
Crescimento e desenvolvimento da criança	86,7	81,0	0,012	1,5	1,0	2,1
Protocolo de diretriz terapêutica - Crianças < 2anos	92,8	86,2	0,001	2,0	1,3	3,2
Busca ativa: prematuros	88,0	89,8	0,319	-	-	-
Busca ativa: criança com baixo peso	92,6	92,5	0,913	-	-	-
Busca ativa: criança com consulta de puericultura atrasada	94,1	89,2	0,012	1,9	1,2	3,1
Busca ativa: criança com calendário vacinal atrasado	96,0	94,7	0,308	1,3	0,7	2,4
Registro de vacinação em dia da criança	99,7	98,2	0,049	5,8	0,8	42,2
Registro do crescimento e desenvolvimento	99,4	96,9	0,011	5,1	1,2	21,0
Registro do estado nutricional	98,8	95,9	0,010	3,4	1,2	9,3
Registro do teste do pezinho	99,1	90,2	0,000	11,5	3,6	36,4
Registro de violência familiar	74,7	54,2	0,000	2,4	1,9	3,2
Registro de acidentes	75,6	51,6	0,000	2,9	2,2	3,7

(*) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição.

Tabela 4a - Tempo médio de espera por atendimento na ESF das eSF que responderam ao PMAQ segundo localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) ou estrato populacional maior de 500 mil habitantes (EP6). Brasil, Brasil, 2012.

Tempo de espera (*)	Locais de investigação		
	MRJ	EP6	Total
Da chegada à 1ª escuta? (min)	12	27	25
Por atendimento (min)	36	35	35
Pelo agendamento da consulta (dias)	19	23	22
Pela 1a consulta de HAS (dias)	12	12	12
Pela 1a consulta de DM (dias)	13	12	12
Pela 1a consulta de SM (dias)	11	13	13

(*) Diferença de média estatisticamente significativa no teste-T, exceto para tempo por atendimento em minutos (pvalor >5%)

Tabela 4b - eSF disponibiliza todos os nove procedimentos da CS e que responderam ao PMAQ segundo localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) ou estrato populacional maior de 500 mil habitantes (EP6). Brasil, Brasil, 2012.

Procedimentos		Locais de investigação (*)					
		MRJ	EP6	Total	OR Bruto	Intervalo de Confiança (95%)	
		(%)	(%)			Inf	Sup
eSF disponibiliza todos os 9 procedimentos da CS	Sim	37,7	5,0	8,4	2,992	2,381	3,759
	Não	62,3	95,0	91,6			

(*) Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para a variável de exposição.

APÊNDICE E - FIGURA DA PROBABILIDADE PREDITA PARA O DESFECHO ESF REALIZA TODOS OS PROCEDIMENTOS SEGUNDO A EXPOSIÇÃO “ESTRATO POPULACIONAL”

Figura 3 – Probabilidade Preditada para o desfecho eSF realiza todos os procedimentos segundo a exposição “estrato populacional”, Brasil 2012.

