



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Renato Bergallo Bezerra Cardoso

**Gestão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro:**  
uma análise do período 2017-2018

Niterói  
2019

Renato Bergallo Bezerra Cardoso

**Gestão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro:**  
uma análise do período 2017-2018

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde, da Universidade Federal Fluminense, área de concentração Saúde da Família, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadoras: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Fernandes Flauzino, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Hélia Kawa

Niterói  
2019

Renato Bergallo Bezerra Cardoso

C2678g Cardoso, Renato Bergallo Bezerra

Gestão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro: uma análise do período 2017-2018 / Renato Bergallo Bezerra Cardoso; Regina Fernandes Flauzino, orientadora ; Hélia Kawa, coorientadora. Niterói, 2019.

98 f. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGSC.2019.m.11890229741>

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Gestão em saúde. 3. Política pública de saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Produção intelectual. I. Flauzino, Regina Fernandes, orientadora. II. Kawa, Hélia, coorientadora. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. IV. Título.

CDD 614

Renato Bergallo Bezerra Cardoso

**Gestão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro:**  
uma análise do período 2017-2018

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Orientadoras: Prof. Dr. Regina Fernandes Flauzino Prof. Dr. Hélia Kawa

Aprovado em 05 de julho de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Fernandes Flauzino  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helia Kawa  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Regina Santos Ribeiro  
Universidade Federal Fluminense

Dedico este trabalho à minha esposa, eterna e amada companheira, e aos meus pais, responsáveis por me criar com tanto amor e dedicação e por me tornar uma pessoa preparada para os desafios do mundo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às minhas orientadoras, Regina Flauzino e Hélia Kawa por toda paciência, compreensão e ajuda em tantos momentos desafiadores ao longo dessa trajetória de 2 anos.

Aos professores Marcos Corvino e Cláudia Ribeiro pelo apoio nos momentos mais tensos do curso.

À professora Patty Fidelis, pela ajuda constante no desenvolvimento da dissertação.

A todos os outros professores do curso e aos meus colegas Marcelo, Mônica, Naise e André pelas ricas, prazerosas e inesquecíveis trocas nos encontros presenciais, que contribuíram tanto para fazer de mim uma pessoa menos ignorante.

A meus pais, Laura e Gilberto, pela compreensão por minha ausência nos momentos em que o mestrado exigiu de mim dedicação quase que exclusiva.

A minha esposa Priscila pelo apoio, doçura e amor que formaram as bases para eu conseguir concluir essa etapa.

Aos meus amigos do coração, já há muito tempo conhecidos como "mestres", que são parte importantíssima da minha rede de apoio.

Quando eu nasci, as frases que hão-de salvar a humanidade já estavam todas escritas, só faltava uma coisa - salvar a humanidade.

José de Almada Negreiros, s/p.

## RESUMO

A implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro passou por diferentes fases: uma fase inicial, entre 1993 e 2008, de lenta expansão; a segunda, marcada pela rápida expansão da ESF entre 2008 e 2016; e uma terceira fase, iniciada com a nova gestão municipal, no ano de 2017. No último período, observa-se um conjunto de ações que parecem indicar um redirecionamento da condução das políticas de saúde no município, como cortes orçamentários, desabastecimento de insumos, atrasos salariais e greves de categorias profissionais. Este estudo tem o objetivo de analisar as mudanças recentes na gestão das políticas de Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, nos anos de 2017 e 2018, quando se iniciou a atual gestão municipal. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, a partir de pesquisa documental e análise de dados secundários, com foco em 4 dimensões: indicadores de saúde da APS; cobertura populacional pela ESF no município; composição profissional das equipes de Saúde da Família; e características do financiamento municipal da APS. Os principais achados sugerem que a expansão e o financiamento da APS não foram prioridade para a atual gestão, com diminuição do investimento em saúde, propostas de mudanças de modelos de equipes, em alinhamento com o contexto neoliberal no país. Pretendeu-se com este estudo contribuir para o monitoramento das políticas de saúde no futuro, bem como oferecer subsídios para a tomada de decisões no âmbito da gestão, no sentido de garantir a manutenção e qualificação da APS no município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Gestão em Saúde. Análise de Políticas de Saúde.



## ABSTRACT

The implementation of the Family Health Strategy (FHS) in the city of Rio de Janeiro has gone through different phases: an initial one, between 1993 and 2008, of slow growth; a second one, marked by the fast expansion of the FHS between 2008 and 2016; and a third one, which began with the new municipal administration, in the year 2017. In the last period, it is possible to observe a group of actions that seem to indicate a redirection of public health policies in the city, such as budget cuts, shortage of supplies, wage arrears and strikes of professional categories. This study has the objective of analyzing the recent changes in the public administration of Primary Health Care (PHC) in the city of Rio de Janeiro, in the years of 2017 and 2018, when the current municipal administration began. The study follows a qualitative approach, of an exploratory character, based on document research and secondary data analysis, with a focus in 4 dimensions: PHC health indicators; population coverage by the FHS in the city; professional composition of the Family Health Teams; and features of the municipal financing of PHC. The main findings suggest that the expansion and financing of PHC were not priorities for the current administration, with a reduction in health investment, proposals of changes in team models in alignment with the neoliberal context in the country. The aim of this study is to contribute to the monitoring of public health policies in the future, as well as to provide subsidies for decision-making in the scope of health administration, in order to ensure the maintenance and qualification of PHC in the city of Rio de Janeiro.

Keywords: Family Health Strategy. Health Management. Health Policies Analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas em Saúde .....	22
Figura 2 — Distribuição de unidades de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro em 2017 .....	25

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Total de internações hospitalares no município do Rio de Janeiro de 2006 a 2016 .....	25
Gráfico 2 — Estimativa de cobertura pela ESF no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2018.....	31
Gráfico 3 — Estimativa de cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018.....	34
Gráfico 4 — Número total de Equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018 .....	35
Gráfico 5 — Número total de Equipes de Saúde da Família completas no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018 .....	35
Gráfico 6 — Procedimentos ambulatoriais registrados por unidades do município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	37
Gráfico 7 — Procedimentos ambulatoriais registrados por unidades do município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	38
Gráfico 8 — Número de consultas médicas realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	39
Gráfico 9 — Número de consultas de enfermagem realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	39
Gráfico 10 — Número de procedimentos odontológicos realizados no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018.....	40
Gráfico 11 — Número de visitas domiciliares realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	40
Gráfico 12 — Número de consultas pré-natal realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	41
Gráfico 13 — Número de testes HIV realizados no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018.....	42
Gráfico 14 — Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	42
Gráfico 15 — Número de DIU inseridos no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	43
Gráfico 16 — Proporção de participantes em escovação dental supervisionada no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018.....	44
Gráfico 17 — Proporção exodontia/procedimentos odontológicos no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018.....	44
Gráfico 18 — Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	45

Gráfico 19 — Proporção de cura de casos novos de Hanseníase no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	45
Gráfico 20 — Cobertura vacinal tetra/pentavalente em menores de 1 ano no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 .....	46
Gráfico 21 — Despesa municipal do Rio de Janeiro prevista para a Saúde, segundo a LOA, em reais, de 2014 a 2019.....	47
Gráfico 22 — Evolução do orçamento para a Saúde, para o município do Rio de Janeiro, segundo a LOA de 2014 a 2017, em comparação com a PLOA de 2018 .....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Indicadores de desempenho da plataforma SUBPAV a serem analisados.....	30
Quadro 2 — Equipe tipo 1 (Equipe de Saúde da Família) .....	54
Quadro 3 — Equipe tipo 2 (Equipe de Saúde da Família) .....	54
Quadro 4 — Equipe tipo 3 (Equipe de Saúde da Família) .....	54
Quadro 5 — Equipe tipo 4 (Equipe de Atenção Básica, modelo não-ESF).....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Documentos a serem pesquisados para cada período e dimensão .....	30
Tabela 2 — Total de equipes de ESF e ESB no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018 .....	32
Tabela 3 — Indicadores de produção ambulatorial do DATASUS no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018 .....	36
Tabela 4 — Resumo da Despesa Municipal do Rio de Janeiro para a Secretaria Municipal de Saúde, segundo a origem dos recursos, de acordo com a Lei Orçamentária Anual de cada ano .....	46
Tabela 5 — Total das receitas municipais do Rio de Janeiro previstas para arrecadação em 2018 e 2019.....	48
Tabela 6 — Despesa municipal do Rio de Janeiro por função segundo a LOA de 2018 e de 2019.....	48
Tabela 7 — Despesa municipal do Rio de Janeiro por órgão segundo a LOA de 2018 e de 2019.....	49
Tabela 8 — Orçamento para a saúde para o município do Rio de Janeiro por grupos de despesas segundo a LOA de 2018 e de 2019.....	50
Tabela 9 — Despesa municipal do Rio de Janeiro para cada CAP, segundo a LOA de 2018 e de 2019.....	50
Tabela 10 — Despesa municipal do Rio de Janeiro de custeio e investimento para a APS, segundo a LOA de 2018 e de 2019.....	52
Tabela 11 — Evolução do orçamento para a Saúde, para o município do Riode Janeiro, segundo a LOA de 2014 a 2017, em comparação com a PLOA de 2018.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AP</b>	Área Programática
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAP</b>	Coordenação de Área Programática
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CF</b>	Clínica da Família
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DIU</b>	Dispositivo Intrauterino
<b>eAB</b>	Equipe de Atenção Básica
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>GTAPS</b>	Grupo de Trabalho para Análise da Proposta de Reestruturação da APS
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICSAB</b>	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IDS</b>	Índice de Desenvolvimento Social
<b>LOA</b>	Lei Orçamentária Anual
<b>MFC</b>	Medicina de Família e Comunidade
<b>MIF</b>	Mulheres em Idade Fértil
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
<b>PLOA</b>	Projeto de Lei Orçamentária Anual
<b>PMDB</b>	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>SBMFC</b>	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
<b>SCNES</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>SIOPS</b>	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
<b>SMS-Rio</b>	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

<b>SUBPAV</b>	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TEMFC</b>	Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....</b>	16
1.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	16
1.2	AS ABORDAGENS DA APS E OS CONTEXTOS POLÍTICOS.....	18
1.3	A APS E A ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO .....	20
1.4	A REFORMA DA APS NO MUNICÍPIO E A EXPANSÃO DA ESF .....	22
2	<b>QUESTÃO NORTEADORA.....</b>	26
3	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	27
4	<b>OBJETIVOS .....</b>	28
4.1	OBJETIVO GERAL .....	28
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	28
5	<b>METODOLOGIA.....</b>	29
6	<b>RESULTADOS.....</b>	31
6.1	COBERTURA POPULACIONAL .....	31
6.2	INDICADORES DE SAÚDE .....	36
6.3	FINANCIAMENTO .....	46
6.4	COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES.....	53
6.4.1	<b>PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO .....</b>	53
7	<b>DISCUSSÃO .....</b>	57
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	59
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	60
	<b>ANEXO A — INDICADORES DE DESEMPENHO DE SAÚDE DA PLATAFORMA SUBPAV .....</b>	65
	<b>ANEXO B — FICHAS E PARÂMETROS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DE SAÚDE DA PLATAFORMA SUBPAV.....</b>	66
	<b>ANEXO C — MODELOS DE EQUIPES PROPOSTOS NO DOCUMENTO “REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ESTUDO PARA OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS”, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO .....</b>	94

# 1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

## 1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A Atenção Primária à Saúde (APS), conforme OMS e UNICEF (1979), pode ser considerada uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, tendo um importante marco na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão. Na Conferência de Alma Ata o lema “saúde para todos no ano 2000”, expressa o intuito de romper as barreiras que impediam o acesso a saúde por grande parte da população mundial.

Naquele contexto, além das disparidades sociais, a atenção à saúde se caracterizava pelo caráter curativo, com tecnologias sendo incorporadas e o acesso à saúde ficando cada vez mais longe de grande parcela da população (OMS, 1979).

Para a OMS (1979) as campanhas que visavam o controle de problemas prioritários à saúde não teriam seus resultados permanentes caso não houvesse uma estratégia para garantia das ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde.

Na década de 1960, novos rumos já se abriam para a saúde. Buscava-se a modificação do modelo médico predominante, o qual centrava suas ações na cura da doença. Para tanto, conferências e relatórios sugeriram, dentre eles, destacam-se o Relatório Lalonde “Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” de 1974 e as viagens promovidas por Halfdan Mahler, diretor geral da OMS em 1973-1974 à China. As ideias desse período já direcionavam o modelo de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva mais abrangente (BUSS e FERREIRA, 2001).

A Atenção Primária à Saúde implantada no Brasil sofreu várias influências, desde experiências seletivas dos países em desenvolvimento, voltadas para o atendimento à população carente, que antes não possuía acesso a nenhum tipo de cuidados médicos; até experiências emancipatórias, desenvolvidas em contextos locais inspiradas em Alma Ata (CARVALHO, 2013).

Com vistas ao fortalecimento da APS, no ano de 1979, foi estabelecida uma meta social a ser alcançada no ano 2000, a qual: “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde, no ano 2000, que lhes permitisse levar uma vida saudável e economicamente produtiva” (UNICEF/OMS, 1979).

A Conferência realizada em Alma-Ata clamou aos países que redirecionassem seus sistemas de saúde de forma a proporcionar atenção ao conjunto da população. Nessa ocasião, a atenção primária à saúde foi colocada como principal foco, devendo-se, portanto, realizar ações prioritárias e com estratégias de alto impacto na saúde da população (OMS, 1979).

A Assembleia Mundial de Saúde em 1979 ratificou o consenso conseguido na Conferência de Alma-Ata, onde a OMS convocou todos os países membros para instituírem

estratégias com o objetivo de concretizar a meta “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Conforme as autoridades presentes metade da população mundial não possuía atendimento à saúde digno e, assim, a APS foi vista como saída para estreitar a distância entre os privilegiados e os mais carentes.

Nesse contexto, a Conferência de Alma-Ata foi fundamental para o desenvolvimento da saúde como está hoje, visto que ampliou os conceitos de saúde, priorizando os aspectos de atenção primária à saúde, descentralizando o foco apenas na enfermidade, que foi colocada como foco durante muito tempo, mas também em ações preventivas e de promoção à saúde (CARVALHO, 2013).

Todavia, conforme destaca Fausto (2005), apesar da ampla propagação dos princípios da Declaração de Alma-Ata, o modelo de saúde aplicado passou a ter uma concepção de atenção seletiva, estando destinada a populações rurais e pobres da área urbana, o que distanciava das propostas assumidas inicialmente na Conferência.

No Brasil, a atenção primária à saúde foi um dos principais eixos de reforma do sistema de saúde no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988. Destaca-se que as principais funções dos sistemas de proteção social oriundos de um princípio de justiça, conforme Carvalho e Goulart (1998) são: realizar políticas redistributivas, programas renda mínima, bem como, proporcionar proteção para todos os membros da comunidade nacional. Pode-se dizer que a sobrevivência e qualidade de vida de uma população é inerente às condições de saúde da mesma, e que dependem de vários fatores, sobretudo da forma como se relacionam Estado e sociedade. Assim, através das políticas públicas, como o SUS, o Estado deveria agir no intuito de proporcionar a qualidade de vida aos cidadãos com relação direta com as políticas de saúde. Nesse contexto, o Governo brasileiro propôs a implantação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994.

Para que o SUS pudesse atuar de forma compatível ao conceito ampliado de saúde, foi necessário redirecionar o foco de atenção em saúde, que até então estava pautado em um modelo curativo, devendo passar a funcionar como um modelo preventivo, com ações voltadas para a promoção e a prevenção de doenças (CARVALHO, 2013). Nesse contexto, conforme menciona Mendes (1995), a APS priorizaria não apenas a clínica, passando a ser contextualizada com as necessidades de vida e saúde, favorecendo a participação da população no cuidado ao processo de adoecimento e cura.

Em conformidade com Brasil (1997) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia, proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção primária e que objetiva:

- A prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- A intervenção sobre os fatores de risco a que esta população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença.

Entende-se, assim, que o programa visa reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais primando pela saúde e qualidade de vida da população, baseando-se técnicas inovadoras através de trabalhos para uma dinâmica política e administrativa.

A ESF a nível nacional dispunha, em 2011, de 30.996 equipes distribuídas em 5.272 municípios, sendo a maioria na região nordeste e alguns no sudeste, de acordo com dados de Mendes (2011). As equipes multiprofissionais trabalham de modo interdisciplinar em um território adscrito, ou seja, cada equipe, em seus respectivos territórios de atuação, atendendo idealmente de 600 a 1.000 famílias (TEIXEIRA e COSTA, 2003; BRASIL, 2006).

De acordo com Gastão e Guerrero (2010) a Estratégia Saúde da Família encontra-se amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais com a finalidade de analisar de forma constante e permanente as condições e a situação da saúde da população assistida, bem como a organização e execução de práticas adequadas para o combate dos problemas existentes, pondo em prática as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos.

## 1.2 AS ABORDAGENS DA APS E OS CONTEXTOS POLÍTICOS

A Constituição Federal brasileira de 1988, através de seu artigo 196, estabelece a saúde como “direito de todos e dever do estado”, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda de acordo com a consituição, o SUS possui, como seus princípios, a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social. Entendendo a importante influência dos aspectos econômicos, sociais e ambientais sobre o processo saúde-doença, a proposta de garantir, a partir do estado, um sistema de saúde universal, pela constituição brasileira, se aproxima das concepções definidas na conferência de Alma Ata, em 1978, sobre saúde (PIRES-ALVES, 2017).

Sobre o princípio da universalidade, Brasil, 2000 define que a saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público a provisão de serviços e ações que lhe garanta.

Nesse contexto, a forma de se entender a Atenção Primária à Saúde precisa levar em consideração o entendimento ampliado sobre o processo de saúde e adoecimento da população, bem como o pressuposto de garantia universal aos serviços de saúde. Segundo Giovanella (2008), são três as principais concepções de APS:

Uma primeira, mais comum em países europeus (...) é aquela de serviços ambulatoriais de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, não especializados, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e, por vezes, de ações de saúde pública, direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Outra interpretação é de programa focalizado e seletivo com cesta restrita de serviços. Essa concepção (...) implica em distinto modelo assistencial, todavia não se conforma em estratégia de reorganização do sistema com um todo. Subentende apenas programas com objetivos restritos para cobrir determinadas

necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados, em Alma Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000. (Giovanella, 2008, p. 21 e 22)

Nas proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Esta terceira interpretação de Atenção Primária à Saúde, denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral. (Giovanella, 2008, p. 22)

Levando-se em consideração a indissociabilidade entre desenvolvimento sócio econômico e saúde (OMS, 1978), a concepção de APS integral é a que garante, de fato, a universalidade e também os outros princípios do SUS. A Carta de Alma Ata, produzida durante a conferência de mesmo nome, expressa ao mundo a importância da construção de uma APS abrangente no sentido de se garantir saúde de maneira universal e integral.

No entanto, ao longo da história e em diferentes países, é possível verificar tendências à construção de APS seletiva, influenciada por contextos específicos (PIRES-ALVES, 2017). Políticas neoliberais e forças conservadoras parecem contribuir para o desenvolvimento dessa tendência, como pôde ser visto na Europa e Estados Unidos (CUETO, 2004 e BIRN, 2018) e na América Latina, nas décadas de 80 e 90 (TESTA, 1992 e GIOVANELLA, 2017). Giovanella, 2008, também aponta a relação entre os modelos de APS, a possibilidade de construção de um sistema de saúde universal e a influência dos contextos políticos sobre eles:

(...) no processo de implementação do SUS, observa-se uma tensão permanente entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal a todos os níveis de atenção e um sistema direcionado aos mais pobres com programas seletivos. Na consolidação de sistemas universais em países periféricos, a tensão entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos e garantir cesta ampla está sempre presente, e a direcionalidade depende muito da constelação de forças políticas em cada momento histórico. (GIOVANELLA, 2008, p. 22)

No Brasil e em outros países latino-americanos, a partir dos anos 2000, iniciam-se processos de valorização da abordagem abrangente da APS, a partir da assensão de governos com políticas com maior comprometimento com a justiça social. Dessa maneira, o alinhamento com os preceitos da Carta de Alma Ata retorna ao cenário brasileiro (GIOVANELLA, 2017 e 2019).

Em 2018, em comemoração aos 40 anos da Carta de Alma Ata, realizou-se a Conferência de Astana, com o objetivo de se renovar o compromisso da APS com a universalidade em saúde. (OMS, 2018). Contudo, conforme descreve Giovanella (2019), o contexto internacional da época, com políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia restringe a concepção de APS integral, seguindo tendências pró-mercado e neoliberais, com diminuição da intervenção estatal e aumento da seletividade da oferta de serviços de saúde.

A conjuntura desse mesmo período, no Brasil, é similar. Sob a égide do pensamento neoliberal, o orçamento da saúde no país convive com cortes e com congelamento de verbas, como no caso da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que limita o teto de gastos públicos por 20 anos, inclusive com saúde. Nos níveis nacionais, estaduais e municipais, as políticas sociais, principalmente as políticas de saúde, antes orientadas à universalização, passam a ser compreendidas como custos sob a luz do neoliberalismo vigente (LAZARINI, 2019).

Ainda segundo Lazarini, 2019, o êxito que o SUS obteve nos seus primeiros 30 anos encontra-se sob ameaça, devido ao avanço de políticas conservadoras, da influência da especulação financeira e da visão de saúde como mercadoria. As políticas de saúde do país apontam, no momento, para o retrocesso a um sistema residual, destinado apenas aos mais pobres, fortalecendo a ideia de APS seletiva.

A evolução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao longo dos anos, consegue também refletir a tendência neoliberal que domina o cenário político brasileiro, evidenciando consequências diretas na APS. Em 2017, a publicação da nova PNAB (BRASIL, 2017) acarretou em críticas de diversas instituições historicamente vinculadas à consolidação do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Entre as denúncias de retrocesso em relação à PNAB de 2011, encontram-se a revogação da prioridade à ESF como modelo de APS e os riscos dessa mudança dentro de um contexto de austeridade financeira para a manutenção de uma APS integral; a flexibilização da cobertura populacional por equipes de atenção básica; a segmentação do cuidado promovida pelos diferentes modelos de Atenção Básica estimulados na política; a fusão de funções de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias; e fragilização do pacto federativo nas políticas de saúde (MOROSINI, 2018).

### 1.3 A APS E A ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro está localizado na região sudeste do Brasil. Foi capital do país, desde a época de colônia, passando pelo período do império e da república, até 1960 quando a capital foi transferida para Brasília.

É a segunda maior metrópole do Brasil e possui 160 bairros, divididos em 10 áreas de planejamento, divisão esta que orienta a gestão em saúde na cidade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do Rio de Janeiro em 2018 é de 6.688.927 habitantes, com uma densidade demográfica de 5.265,81 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2011). Apresenta uma notável disparidade entre os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) dentro da cidade, o que denota sua marcada desigualdade social entre subúrbio, favelas e regiões mais ricas como a Zona Sul (PNUD, 2010).

Durante as décadas de 1990 e 2000, a oferta dos serviços de APS na cidade do Rio de Janeiro era muito baixa, assim como sua capacidade de ampliação. O financiamento se caracterizava por encontrar-se nos limites mínimos constitucionais, enquanto havia um

crescimento importante dos planos privados de saúde (PINTO, 2004 e COSTA, 2002). Em 2008, a cidade apresentava a menor cobertura pela ESF entre todas as capitais brasileiras (3,5%), segundo a base de dados DATASUS, e o menor financiamento público municipal, segundo o Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2014).

Assim como costuma ocorrer caracteristicamente com grandes centros urbanos, a evolução da cobertura pela ESF no Rio de Janeiro se deu de maneira mais lenta nos seus anos iniciais de implantação. Entre os motivos prováveis para essa característica, encontram-se a desarticulação e má distribuição da oferta de serviços de saúde, os agravos de saúde característicos de grandes cidades e o acesso ainda excludente aos serviços de saúde (ESCOREL, 2007).

É importante ressaltar que, segundo o Ministério da Saúde, a expansão da ESF em grandes metrópoles geralmente necessita de mais recursos financeiros, materiais e humanos, além de apresentar maiores dificuldades na integração das ações de prevenção e promoção à assistência médica, que ocorrem devido às resistências corporativas em alterar o processo de trabalho baseado na lógica biomédica. Ou seja, muitas vezes a própria rede de saúde tradicional resiste à mudança da lógica da assistência à saúde centrada no médico e no hospital (BRASIL, 2002).

Além disso, destacam-se também como características que podem ter contribuído para a dificuldade de expansão da cobertura pela ESF nos primeiros anos no Rio de Janeiro as intensas migrações, que causam mudanças demográficas; as grandes desigualdades sociais e econômicas existentes na cidade; e a violência, o crime organizado e a presença de poder paralelo ao Estado (CAETANO, DAIN, 2002).

No cenário dessa primeira fase da ESF no Rio de Janeiro também era possível identificar dificuldades importantes em relação aos recursos humanos, características de grandes centros urbanos, como a alta rotatividade de profissionais, principalmente de médicos, com importante dificuldade em atração e fixação nas unidades básicas de saúde e a falta de qualificação desses profissionais, que muitas vezes possuíam alguma outra formação pregressa especializada inadequada para a atuação na APS (SORANZ, 2002).

Para fins de organização na gestão da saúde, a cidade se divide, desde 1993, em 10 áreas de planejamento (AP), conforme figura 1. Essas áreas compartilham características sociais e econômicas que determinam formas de adoecimento e mortalidade de cada região. As diferentes Coordenadorias de Áreas Programáticas são responsáveis por boa parte da gestão da APS do município (RIO DE JANEIRO, 2013).

Figura 1 - Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas em Saúde



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017

#### 1.4 A REFORMA DA APS NO MUNICÍPIO E A EXPANSÃO DA ESF

Em abril de 2009, teve início a reforma da APS no município do Rio de Janeiro, inspirada na Reforma dos Cuidados Primários de Portugal (SORANZ, 2016). O governo municipal propõe uma nova forma de gestão em saúde, através de parcerias com as Organizações Sociais para gestão da APS e com o Programa Saúde Presente, que sustenta a ESF como diretriz para a expansão da cobertura na cidade (RIO DE JANEIRO, 2013). A reforma da APS foi orientada pela padronização da qualidade de atendimento e acesso. A garantia da qualidade foi pautada principalmente na criação das “Clínicas da Família”.

Há então, um movimento de alçamento da APS, a protagonista do modelo de cuidado, promovendo o acesso e aumentando a qualidade dos serviços. Foram lançados eixos estratégicos para orientar os processos de reforma, pautados nos atributos essenciais e derivados da APS (SORANZ, 2016). A reforma e consequente expansão da ESF tangencia inúmeros pilares de ações, como reconhecimento de território – mais expressivo nas CF tipo “A”, prontuários clínicos eletrônicos e, destacando-se entre eles a oferta de consultas espontâneas e programadas, que anteriormente à reforma era percebida como uma limitação.

Outro ponto que ganhou destaque na reforma da APS foi o sistema de referência e contrarreferência. Percebeu-se também que uma unidade tipo “A” equipada com o mínimo recursos de exames complementares – radiografia convencional, coleta de exames básicos e ultrassonografia simples – é capaz de atender mais de 25% das consultas, que se baseiam na procura exclusiva para a realização de exames. De acordo com a SMS-RJ, o grupo de exames



ultrassonográficos, obstétricos ou não, foi o principal tipo de consulta/procedimento procurado, com o total de 12.033 – no mês de agosto de 2012, sendo sucedido por consultas oftalmológicas e mamografia, como o total 6.335, no mesmo mês. Esses procedimentos traduzem, por sua simplicidade de realização e interpretação, a facilidade de aplicação e protocolização na própria unidade de saúde (Clínica da Família), reduzindo os pedidos de referenciamento que permeava a atenção primária (HARZHEIM, 2013).

As “Clínicas da Família”, juntamente com os Centro Municipais de Saúde, se tornam as unidades básicas de saúde, para atuação na APS. As unidades passam a ser classificadas como “tipo A”, que são aquelas que possuem apenas a ESF como modelo assistencial; as “tipo B”, aquelas com equipes da ESF e também com equipes tradicionais de ações programáticas; e as “tipo C” que são aquelas sem equipes da ESF (HARZHEIM, 2013). A criação das Clínicas da Família no Rio de Janeiro faz parte da reorganização do modelo assistencial de APS, favorecendo a universalização do cuidado e facilidade de acesso ao direito à saúde, sendo responsáveis pelo primeiro contato do paciente com as unidades de saúde. Como portas de entrada, o município possui também as CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), para o acesso de saúde mental e as UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) como acesso à unidade emergencial.

A adesão do município carioca ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) é condizente com o próprio incentivo governamental federal ao município, firmado como parte da aliança entre o Partido dos Trabalhadores (PT), na época, representatividade máxima da república e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que representava a gestão do Rio de Janeiro. Em corte ecológico, do ano de 2012, Portela (2016) analisou, fotograficamente, a situação da expansibilidade da APS no município do Rio de Janeiro e, de forma pragmática, constatou que os centros ambulatoriais de primeiro contato (Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde) foram responsáveis por 65,1% de todos os atendimentos, consultas e acompanhamentos realizados. Em contrapartida, exames complementares classificados como “simples” foram, em sua maioria, realizados por centros de maior complexidade, com destaque aos Hospitais com Enfermaria/Ambulatório, realizando 63,5% de todos os procedimentos. Tal fato, só retoma a discussão inserida por Harzheim (2013), que salienta a autossuficiência de uma CF bem equipada com infraestrutura ser capaz de suplantando a maior parte da demanda tanto de atendimento, quanto de exames complementares diagnósticos.

Muitas CF do “tipo A” atualmente se encontram com profissionais e ferramentas diagnósticas especializadas e capazes de conduzir integralmente o cuidado ao paciente e sanar as principais demandas que apresentam. Chama atenção, entretanto, que, em um primeiro momento, a implantação da reforma da APS, tenha havido um aumento no gasto bruto com a saúde, aproximadamente 31,1% do PIB – passando à cifra de 1 bilhão. Então, é necessário entender que não são todos os municípios que possuem um apoio governamental tão intenso quanto aquele disposto pelo município do Rio em 2009.

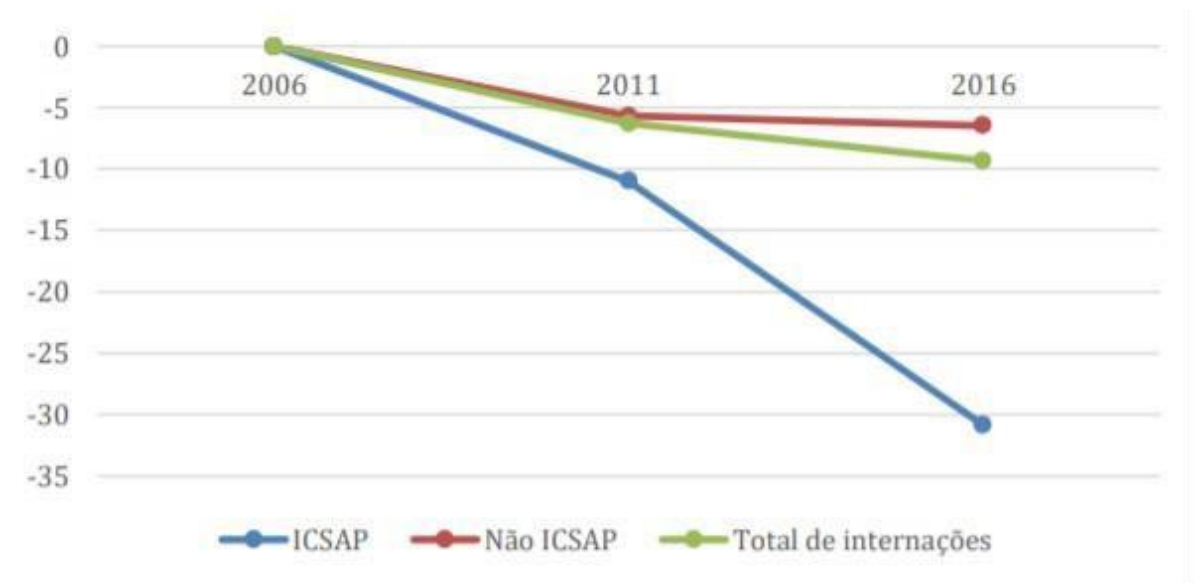
A reforma da APS no município teve como finalidade melhorar o cuidado em saúde da população carioca, tornando-o centrado na pessoa, acessível, eficiente e mais satisfatório para usuários e profissionais (FERREIRA et al., 2010).

Nesse período, de 2009 a 2016, caracterizado neste estudo como a segunda fase da ESF no Rio de Janeiro, dentre as ações para consolidação da ESF, destaca-se a abertura de 220 vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) por ano; a solicitação de médicos do Programa Mais Médicos para áreas de difícil provimento; a opção de carga horária de 20 horas semanais para o médico, além da já existente de 40 horas, de acordo com a decisão do profissional; o estabelecimento de média de 3.200 pacientes por equipe; a criação de plano de carreira com incentivo à formação, com adicionais aos salários por especialização em Medicina de Família e Comunidade, mestrado e doutorado; o incentivo financeiro à fixação de profissionais em áreas distantes e de difícil provimento; e o investimento em melhorias estruturais das unidades, como prontuários eletrônicos, climatização das unidades e tecnologia (HARZHEIM, 2013).

Neste contexto, ocorrem importantes saltos na cobertura pela Estratégia da Saúde da Família no município. No início da reforma, em meados de 2009, a cobertura municipal oscilava em torno de 7% da população. Após três anos, ao final de 2012, a cobertura já havia acumulado um aumento de quase seis vezes maior, chegando aos 40% da cobertura municipal (HARZHEIM, 2013). Em nova análise, em 2015, passou os 50% de cobertura e para mais de 70% em 2016 (SORANZ, 2017). Os desafios da APS permaneceram muitos, mas os estudos demonstram que a expansibilidade da APS, após a reforma iniciada em 2009, com alta efetividade na adscrição de clientela, aumentou significativamente a cobertura da ESF e sua função como primeiro contato com os serviços de saúde.

O aumento da cobertura pela ESF, mesmo que recente, mostra resultados de impacto positivos na saúde. Pinto e Giovanella (2018) apontam para uma redução expressiva no número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), conforme mostra o gráfico 1, abaixo:

Gráfico 1 - Total de internações hospitalares no município do Rio de Janeiro de 2006 a 2016



Fonte: Grupo de Trabalho do Conselho Municipal de Saúde para análise da “Proposta De Reorganização” da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro Relatório Parcial.

Para MINAYO (2016) são cinco pontos que necessitam de maior intervenção no âmbito da atenção primária no Rio de Janeiro e no país:

- (1) dar continuidade aos modelos eficazes de realização e financiamento da proposta, de forma crítica e permanente; (2) ter estruturas de governança e responsabilização que evitem corrupção e práticas não seguras; (3) promover serviços com qualidade e consistência suficientemente elevadas; (4) investir no treinamento, provimento de recursos e preservação de uma força de trabalho qualificada e motivada; (5) promover um sistema de avaliação que ajude a corrigir falhas e focar os cuidados na qualidade de vida da população. (MINAYO, 2016, p. 1)

Figura 2 - Distribuição de unidades de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro em 2017



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

## **2 QUESTÃO NORTEADORA**

Considerando os aspectos expostos acima, este estudo parte da seguinte questão norteadora:

- Quais são as possíveis mudanças no direcionamento da gestão da política de APS no município do Rio de Janeiro no período de 2017 e 2018?

### 3 JUSTIFICATIVA

A vivência por parte dos profissionais no cotidiano da APS no Rio de Janeiro é intensa, principalmente ao longo dos últimos anos, quando se acostumou com grandes e constantes mudanças por parte da gestão municipal. Aqueles que participaram como objetos dos programas de formação estimulados nos últimos anos na cidade, puderam desenvolver um senso crítico no sentido da defesa de uma APS forte e organizada. Ver e participar da expansão da ESF na cidade torna esses objetos das políticas de formação em atores, fazendo-os se sentirem responsáveis pela defesa do direito à saúde da população do Rio de Janeiro. Nesse sentido, a troca na gestão municipal com as eleições de 2016 trouxe mudanças políticas que impactaram de forma profunda o direcionamento das políticas de APS e seus profissionais, ao se depararem com ameaças de demissão, atrasos salariais e êxodo de colegas pela insegurança profissional, associadas ao frágil vínculo empregatício. Anúncios de cortes de orçamento, de trabalhadores e até de unidades deram início a uma onda de protestos na cidade por parte desses profissionais, com o intuito da defesa dos direitos de saúde conquistados pela população nos últimos anos.

Nesse contexto, refletindo sobre as influências nas decisões em saúde por parte do governo, sendo elas políticas ou técnicas, este estudo pretende contribuir com informações que possam colaborar na tomada dessas decisões, principalmente em relação àquelas no contexto da APS. Traçar um cenário com os possíveis ganhos e perdas a partir das ações da gestão municipal dos últimos anos é algo que parece poder colaborar a se evitar a reincidência de erros no futuro, bem como estimular a manutenção de uma APS forte no município do Rio de Janeiro.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar aspectos da gestão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, nos anos de 2017 e 2018.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a evolução da cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018;
- Avaliar possíveis mudanças nos indicadores de saúde a partir de 2017;
- Comparar características do financiamento da APS no município do Rio Janeiro no período de 2013 a 2018;
- Descrever a composição das equipes de APS propostas no período de 2017 e 2018.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa exploratória, com pesquisa documental e análise de dados secundários. Pretende-se analisar dados relacionados a 4 diferentes dimensões, sendo elas cobertura populacional pela ESF no município; indicadores de saúde da APS; características do financiamento da APS pela gestão municipal e composição profissional das equipes.

Este estudo visa relacionar as dimensões acima citadas e os documentos pesquisados.

Os dados para análise foram obtidos através de documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) disponibilizados pela plataforma on-line da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, incluindo painéis de indicadores e relatórios de gestão; documentos disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde através de seu sítio eletrônico; de atas e documentos oficiais disponíveis no site da Câmara Municipal do Rio de Janeiro; de documentos presentes no site oficial da prefeitura, como o Diário Oficial do município, documentos produzidos ou apresentados ao Conselho Municipal de Saúde, os Planos Municipais de Saúde, as Leis Orçamentárias Anuais, Deliberações e Resoluções. Os documentos obtidos através de sítios eletrônicos são de acesso público, com exceção da plataforma SUBPAV, onde o acesso é restrito a profissionais de saúde que prestam serviço para a prefeitura.

A relação de documentos pesquisados para cada dimensão e período encontram-se na tabela 1.

Pretende-se utilizar os dados encontrados nos documentos para comparar, a partir da análise documental, dois diferentes momentos da ESF no município do Rio de Janeiro: o período da última gestão municipal (2013 a 2016) e os últimos dois anos, correspondentes à atual gestão (2017 e 2018). A análise documental deve ser capaz de refletir objetivamente as informações do documento original, levando em conta a sua contextualização em determinados momentos (MOREIRA, 2005). Portanto, este estudo caracteriza esses 2 diferentes momentos da implantação da ESF no município, para fins dessa contextualização.

A análise dos dados referentes às diferentes dimensões estudadas será realizada de forma a permitir a sua contextualização temporal, de maneira a favorecer a observação da evolução e maturação das práticas exercidas ao longo desses momentos acima caracterizados, como explicita Cellard (2008).

Tabela 1 - Documentos a serem pesquisados para cada período e dimensão (continua)

Indicadores de saúde	Cobertura populacional	Composição das equipes	Financiamento
----------------------	------------------------	------------------------	---------------

Tabela 1 - Documentos a serem pesquisados para cada período e dimensão

	Indicadores de saúde	Cobertura populacional	Composição das equipes	Financiamento
Última gestão (2013-2016)	Painéis de indicadores (DATASUS); Indicadores de desempenho (plataforma SUBPAV).	Indicadores de desempenho (plataforma SUBPAV); SCNES (DATASUS); Portal e-Gestor Atenção Básica.	Carteira de Serviços da APS e painéis de indicadores (SUBPAV); Portal e-Gestor Atenção Básica.	Planos Municipais de Saúde; Leis Orçamentárias Anuais; atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, atas de sessões da Câmara Municipal do Rio de Janeiro.
Gestão atual (2017-2018)	Painéis de indicadores (DATASUS); Indicadores de desempenho (plataforma SUBPAV).	Indicadores de desempenho (plataforma SUBPAV); SCNES (DATASUS); Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro; Portal e-Gestor Atenção Básica.	Reorganização dos serviços de APS – estudo para otimização de recursos (SMS-Rio); Painéis de indicadores (SUBPAV); Portal e-Gestor Atenção Básica.	Planos Municipais de Saúde; Leis Orçamentárias Anuais; atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, atas de sessões da Câmara Municipal do Rio de Janeiro.

Fonte: O autor (2019)

Quadro 1 - Indicadores de desempenho da plataforma SUBPAV a serem analisados

Indicadores SUBPAV ( <a href="https://subpav.org">https://subpav.org</a> )	Estimativa de cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), Estimativa de cobertura populacional pelas equipes básicas de Saúde Bucal, Número total de equipes de Saúde da Família, Número de equipes de Saúde da Família completas, Número de procedimentos ambulatoriais realizados, Número de consultas médicas realizadas, Número de consultas de enfermagem realizadas, Número de procedimentos de odontologia realizados, Número de visitas domiciliares realizadas, Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária, Número de DIU inseridos, Número de teste HIV realizados, Proporção de cura de casos novos de Hanseníase, Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, Cobertura vacinal tetra/pentavalente em menores de 1 ano, Proporção de exodontia em relação aos procedimentos Odontológicos
--	--

Fonte: O autor (2019)



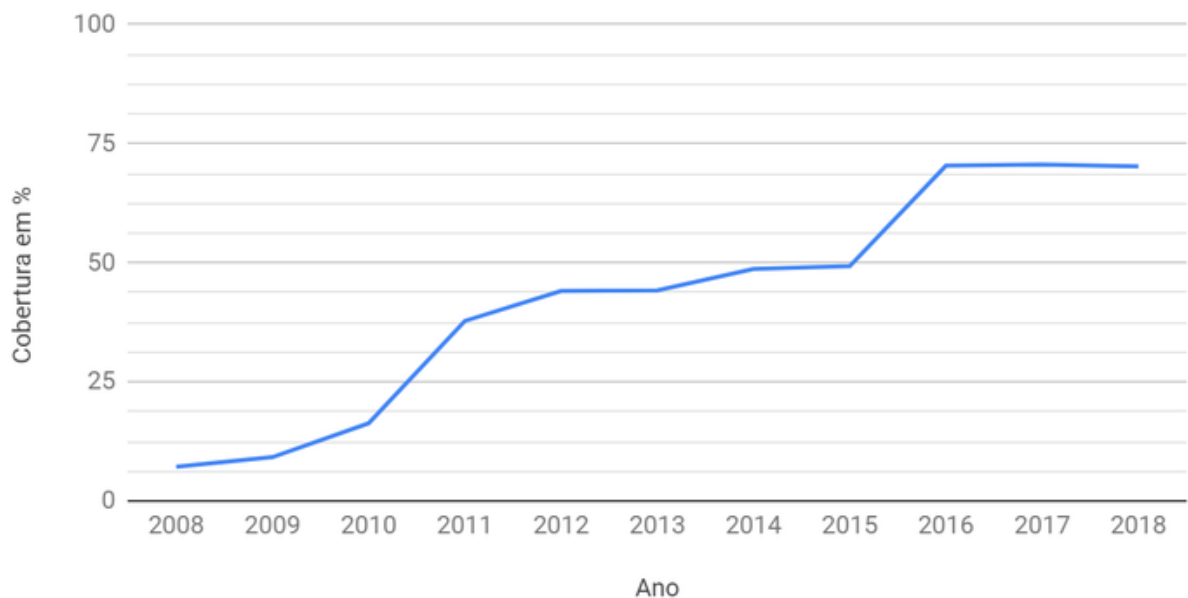
## 6 RESULTADOS

Os resultados apresentados estão organizados a partir das quatro dimensões selecionadas para análise da APS no período de 2017-2018, quais sejam: cobertura populacional pela ESF no município; indicadores de saúde da APS; características do financiamento municipal da APS e composição profissional das equipes de Saúde da Família.

### 6.1 COBERTURA POPULACIONAL

A análise da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro pode ser realizada de maneira simples ao acessar bases de dados do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Como mencionado anteriormente, a partir de 2009, a cidade passou por uma grande reforma na Atenção Primária à Saúde, motivo pelo qual a comparação no gráfico 2, abaixo, se apresenta desde esse ano.

Gráfico 2 - Estimativa de cobertura pela ESF no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Entre 2013 e 2016, a tendência é de ampliação de cobertura pela ESF. A partir de 2017 observa-se estagnação da cobertura, com manutenção de 1.294 equipes responsáveis por 70,6% de cobertura populacional.

Além da estagnação do crescimento nestes últimos anos, ao analisarmos o número de equipes de Saúde da Família no município, mês a mês, se evidenciam momentos de diminuição do número de equipes, a partir de 2017, com mais frequência do que anteriormente, conforme tabela 2, a seguir, com mais meses onde ocorrem diminuições em um período de 2 anos, do que no período anterior, em 4 anos.

Os meses em que houve diminuição do número de ESF ou de ESB em relação ao mês anterior foram marcados com uma seta para baixo (↓).

Tabela 2 - Total de equipes de ESF e ESB no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018 (continua)

Mês/ano	Total de equipes de ESF	Total de equipes de ESB
01/2013	756	296
02/2013	760	291 ↓
03/2013	761	293
04/2013	748 ↓	291 ↓
05/2013	739 ↓	286 ↓
06/2013	741	285 ↓
07/2013	732 ↓	278 ↓
08/2013	756	283
09/2013	768	281 ↓
10/2013	745 ↓	294
11/2013	735 ↓	305
12/2013	723 ↓	301 ↓
01/2014	783	300 ↓
02/2014	795	304
03/2014	792 ↓	301 ↓
04/2014	788 ↓	310
05/2014	813	307 ↓
06/2014	817	307
07/2014	839	315
08/2014	873	325
09/2014	875	323 ↓
10/2014	877	323
11/2014	872 ↓	326
12/2014	874	324 ↓
01/2015	869 ↓	324
02/2015	869	323 ↓
03/2015	862 ↓	323
04/2015	867	323
05/2015	877	327
06/2015	877	323 ↓
07/2015	894	327
08/2015	897	327
09/2015	900	374
10/2015	897 ↓	364 ↓
11/2015	898	368

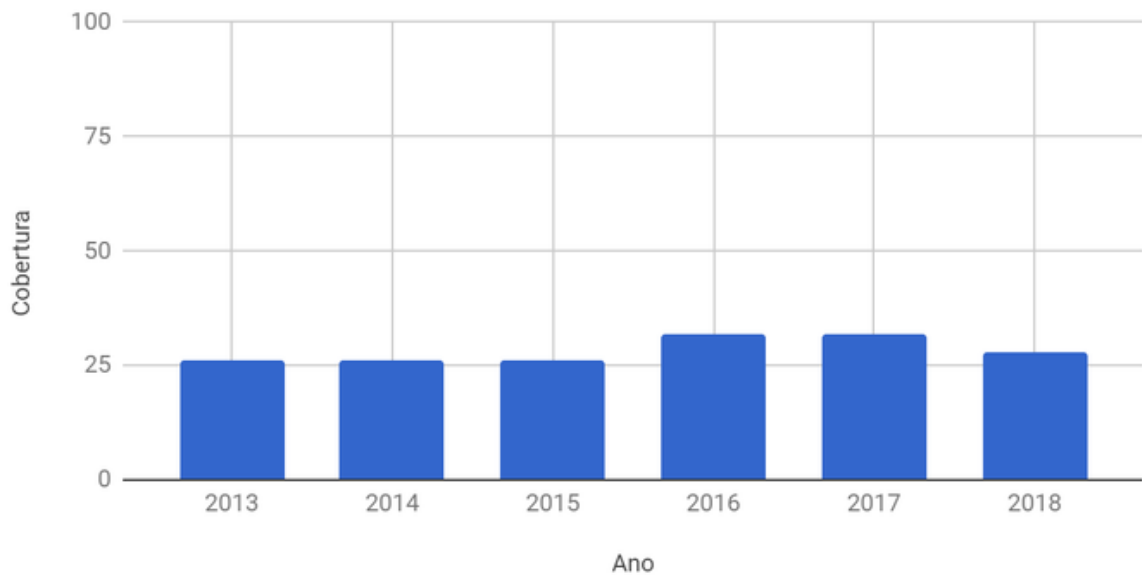
Tabela 2 - Total de equipes de ESF e ESB no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018 (conclusão)

Mês/ano	Total de equipes de ESF	Total de equipes de ESB
12/2015	903	373
01/2016	952	380
02/2016	976	392
03/2016	990	395
04/2016	991	394 ↓
05/2016	983 ↓	390 ↓
06/2016	1010	399
07/2016	1041	405
08/2016	1067	413
09/2016	1134	422
10/2016	1161	426
11/2016	1171	424 ↓
12/2016	1229	452
01/2017	1275	454
02/2017	1280	455
03/2017	1257 ↓	459
04/2017	1263	460
05/2017	1269	453 ↓
06/2017	1266 ↓	448 ↓
07/2017	1275	450
08/2017	1283	455
09/2017	1280 ↓	456
10/2017	1286	461
11/2017	1283 ↓	442 ↓
12/2017	1278 ↓	441 ↓
01/2018	1289	446
02/2018	1285 ↓	442 ↓
03/2018	1272 ↓	435 ↓
04/2018	1250 ↓	441
05/2018	1286	436 ↓
06/2018	1284 ↓	436
07/2018	1265 ↓	434 ↓
08/2018	1262 ↓	433 ↓
09/2018	1263	424 ↓
10/2018	1250 ↓	423 ↓
11/2018	1209 ↓	418 ↓
12/2018	1200 ↓	405 ↓

Fonte: Portal e-Gestor AB (egestorab.saude.gov.br)

A tabela 2 apresenta o total de equipes de Saúde Bucal, que também sofre com diminuições no período. Nota-se que sempre houve um déficit de equipes de Saúde Bucal no município, agravado nos últimos dois anos, conforme também evidencia o gráfico 3.

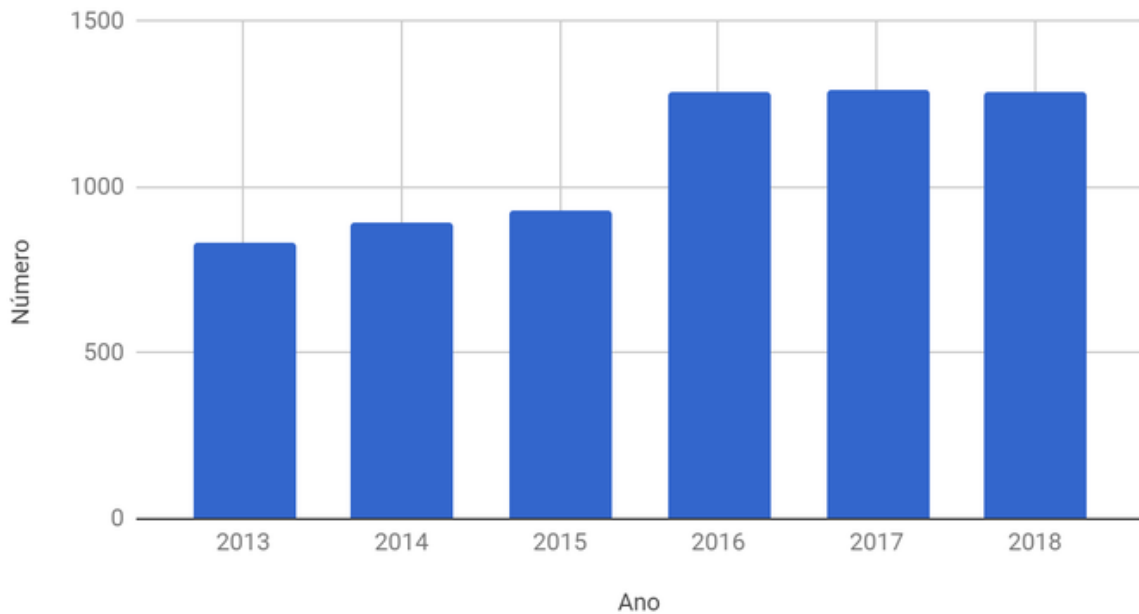
Gráfico 3 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

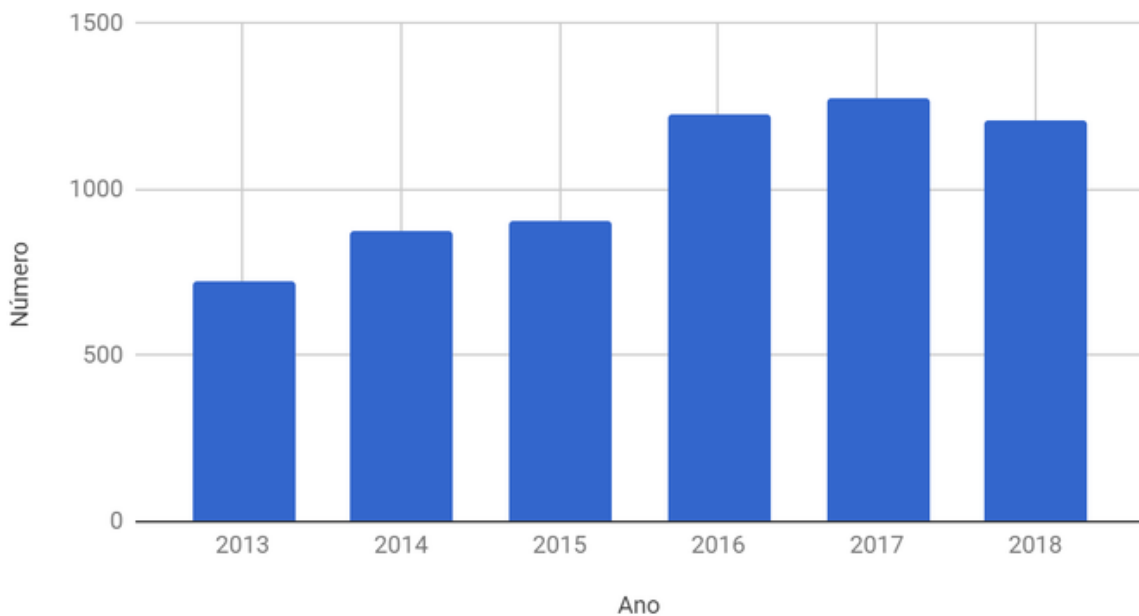
Em números absolutos (gráfico 4), a comparação entre os dois períodos produz análise similar. O aumento que vinha ocorrendo ano após ano aparentemente se desfaz a partir de 2017, com um agravante de diminuição do número de equipes completas, conforme mostra o gráfico 5.

Gráfico 4 - Número total de Equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 5 - Número total de Equipes de Saúde da Família completas no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

A variável “cobertura populacional” pode ser avaliada à luz de critérios objetivos. Nesse sentido, percebe-se que os dois períodos analisados possuem comportamentos distintos.

O momento de expansão da APS aparenta ter esgotado. Ainda assim, medidas anunciadas pela gestão municipal no final de 2018 apontam para um provável agravamento desse quadro.

Em 31 de outubro de 2018, é publicada oficialmente o anúncio da “Reestruturação da Atenção Primária”. Entre as medidas dessa reestruturação, encontrava-se o corte de equipes, conforme trecho do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (2018, p. 56):

Definida a partir de critérios técnicos e de produção das equipes, a reorganização vai permitir um melhor acompanhamento do trabalho desenvolvido na Atenção Primária, que deverá aumentar sua produção e resolutividade, absorvendo o público que busca atendimento em unidades pré-hospitalares como as UPAS. No total, 184 equipes de Saúde da Família serão desabilitadas. Importante destacar que o custo (R\$ 184 milhões) será revertido em outras estratégias de atendimento na própria área da Saúde. (Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2018, p. 56)

## 6.2 INDICADORES DE SAÚDE

Sabe-se que indicadores de saúde, podem ser reflexos de medidas de longo e médio prazo na assistência e gestão. Dessa maneira, admite-se que sua análise para fins de comparar períodos de poucos anos não só não é a mais precisa, como pode trazer conclusões falsas a depender do contexto de cada um. A análise dos indicadores nesse estudo é limitada e não pretende, portanto, chegar a conclusões concretas ou fechadas a partir de sua análise.

Contudo, a disponibilidade desses dados através da internet, possibilitado pelos prontuários eletrônicos, os quais todas as unidades de APS no município possuem, trazem dados que merecem ilustração, mesmo com essas limitações.

Os indicadores de produção ambulatorial do DATASUS, disponíveis através da plataforma TABNET, utilizados como fonte de informação para subsidiar o financiamento dos atendimentos ambulatoriais pelo Ministério da Saúde, conforme explicita a própria plataforma, permitem uma visão ampla de diferentes procedimentos ao longo do tempo, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Indicadores de produção ambulatorial do DATASUS no município do Rio de Janeiro de 2013 a 2018

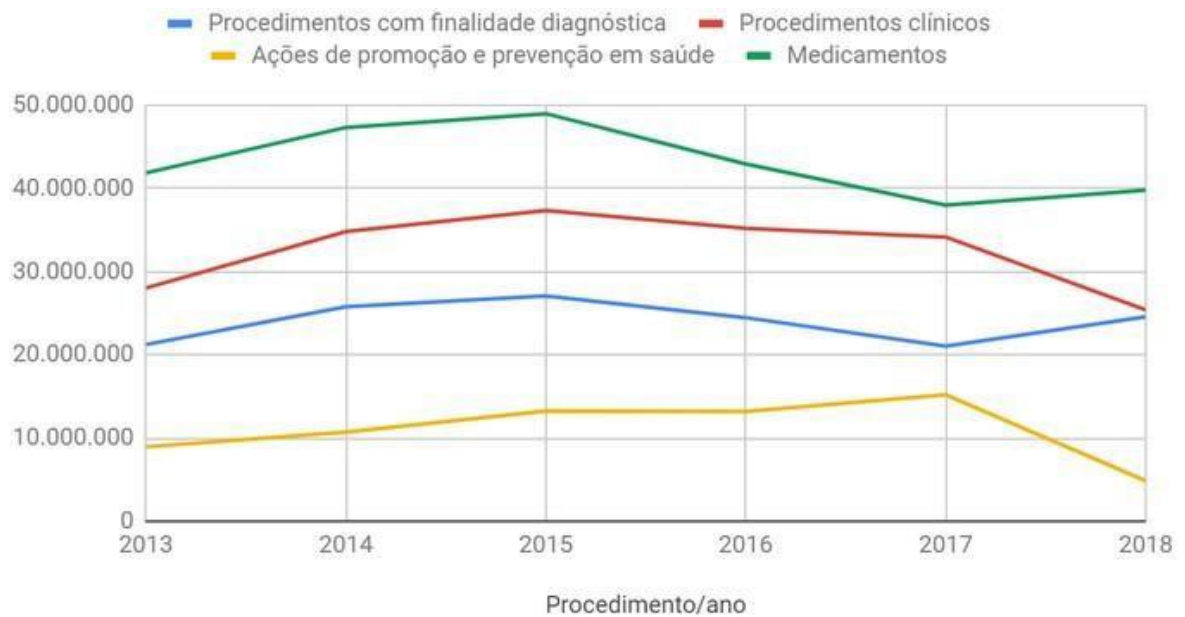
Procedimento/ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Procedimentos cirúrgicos	727.449	843.941	957.089	739.321	664.300	419.873
Transplantes de órgãos, tecidos e células	64.064	36.561	40.882	33.322	33.936	43.038
Órteses, próteses e materiais especiais	372.642	447.364	439.707	453.125	525.794	455.653
Ações complementares da atenção à saúde	101294	81932	65297	49588	33388	30598
Procedimentos com finalidade diagnóstica	21.210.465	25.739.370	27.035.310	24.438.390	21.027.655	24.546.513
Procedimentos clínicos	28.008.781	34.771.561	37.303.298	35.154.779	34.112.279	25.374.498
Ações de promoção e prevenção em saúde	8.933.609	10.704.544	13.224.056	13.171.581	15.181.701	4.855.684

Fonte: TABNET – DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>)

Dentre os oito procedimentos listados, existem aqueles que podem não aparentar muita interface com a APS. Entretanto, levando-se em consideração que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde e responsável pela coordenação do cuidado, conforme define STARFIELD 1992, pode-se supor que é possível que eles sofram influência da atuação da APS.

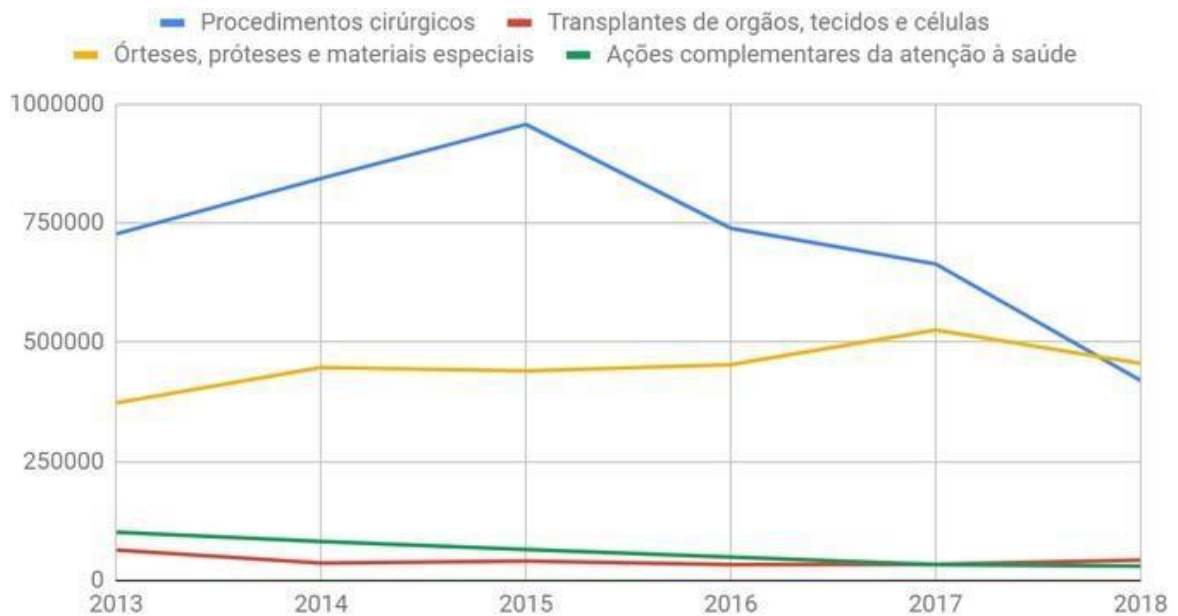
Os dados apresentados nos gráficos 6 e 7 permitem uma apreciação visual, conforme a seguir.

Gráfico 6 - Procedimentos ambulatoriais registrados por unidades do município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de dados extraídos de TABNET – DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>)

Gráfico 7 - Procedimentos ambulatoriais registrados por unidades do município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de dados extraídos de TABNET – DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>)

Enquanto os indicadores de “transplante de órgãos, tecidos e células” e de “ações complementares da atenção à saúde” experimentam pouca diferença ao longo do tempo, observa-se que “medicamentos” e “procedimentos com finalidade diagnóstica” diminuem em 2017 e aumentam em seguida, em 2018. Por outro lado, todos os outros indicadores (procedimentos cirúrgicos; órteses, próteses e materiais especiais; ações de promoção e prevenção em saúde; e procedimentos clínicos) nitidamente tomam a direção de diminuição.

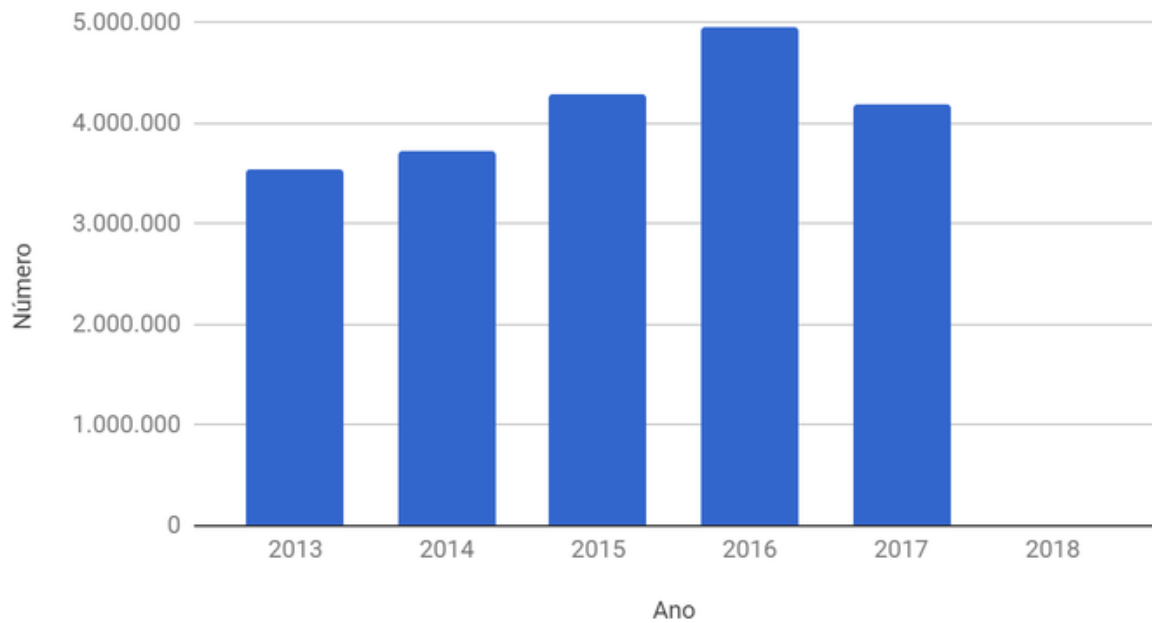
É importante refletir sobre a relação direta entre uma menor cobertura populacional e a diminuição do número de procedimentos realizados na APS.

Nesse sentido, os indicadores da plataforma SUBPAV, site da Subsecretaria de Promoção, Atenção e Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, podem trazer informações relevantes. O Anexo A traz a relação de todos esses indicadores, bem como seus valores para o período de 2013 a 2018 e o Anexo B as fichas e parâmetros de cada indicador.

Os gráficos a seguir apontam números de alguns procedimentos que podem sofrer a influência da proporção de equipes para uma determinada população.

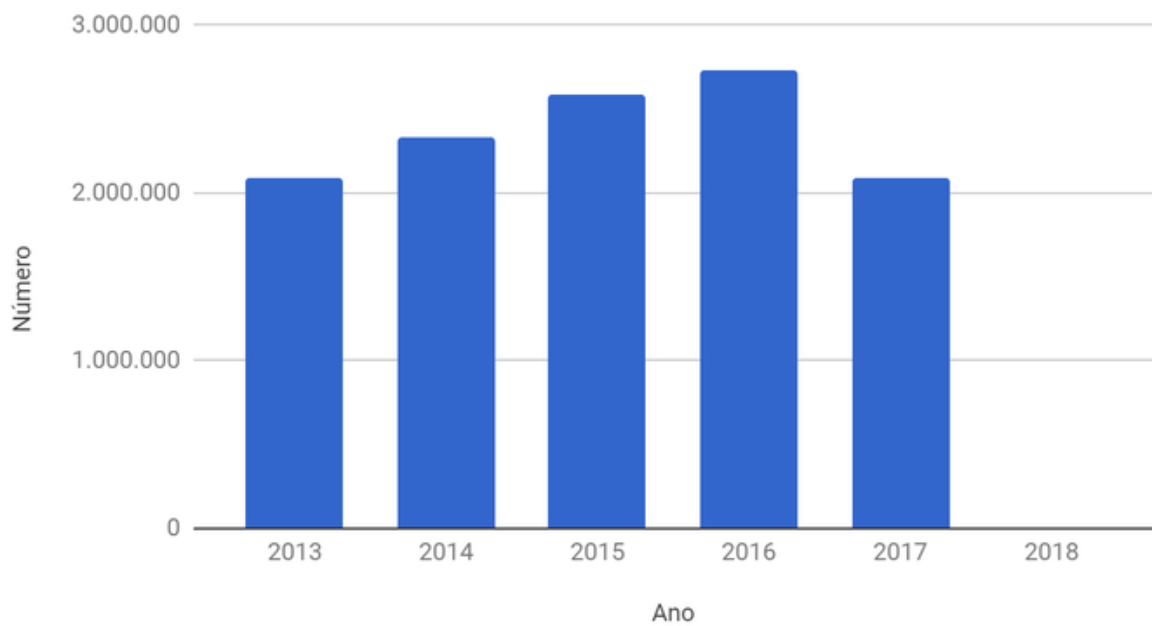


Gráfico 8 - Número de consultas médicas realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



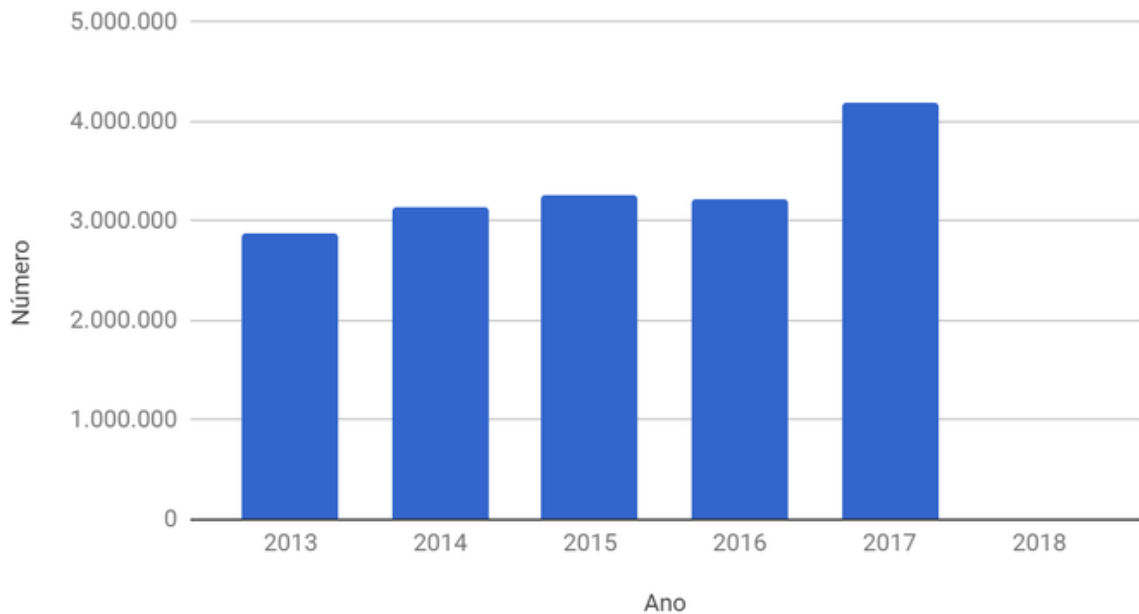
Fonte: Adaptado de dados extraídos de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 9 - Número de consultas de enfermagem realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



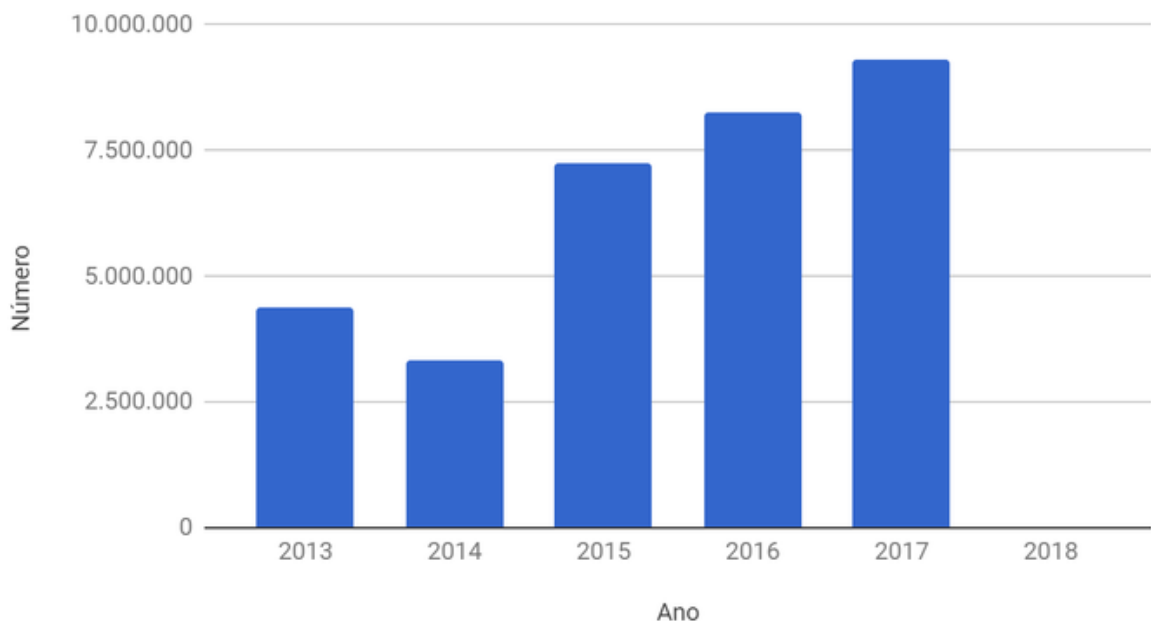
Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 10 - Número de procedimentos odontológicos realizados no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 11 - Número de visitas domiciliares realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



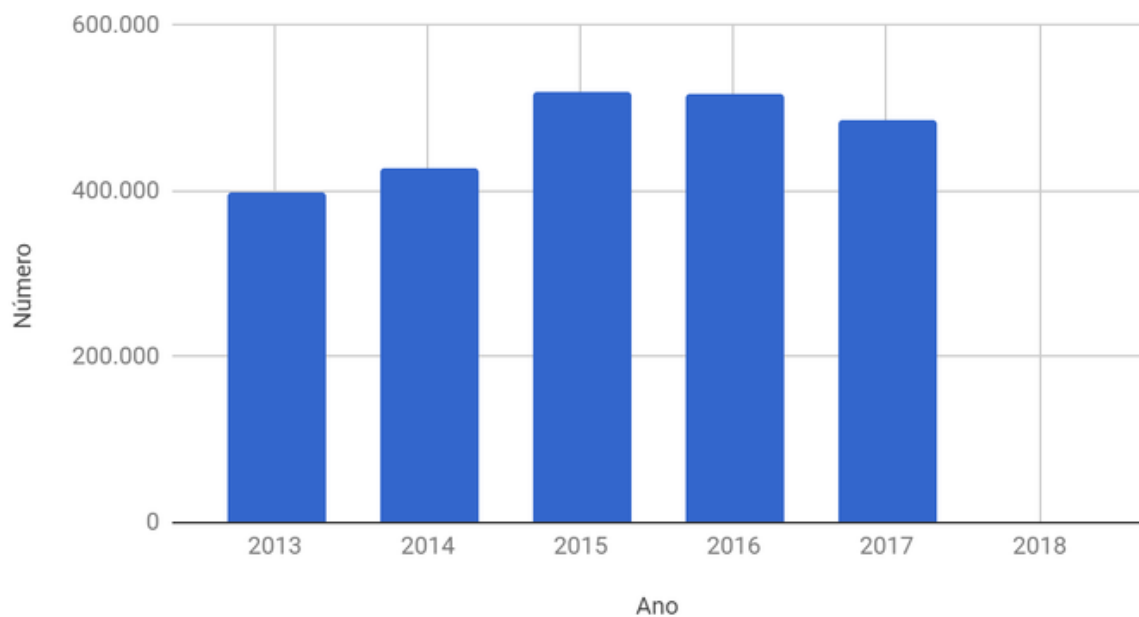
Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Importante notar que para esses indicadores específicos, não há valores disponíveis na plataforma sobre o ano de 2018. Ainda assim, percebe-se em dois deles, uma diminuição do

número desses procedimentos, que são realizados por profissionais da APS. Por outro lado, há um nítido aumento das visitas domiciliares e de consultas odontológicas, o que, no caso deste último, não está coerente com outros indicadores da área de saúde bucal, como os dos gráficos 16 e 17. O fato de não apresentarem dados do ano 2018 dificulta o aprofundamento dessa análise.

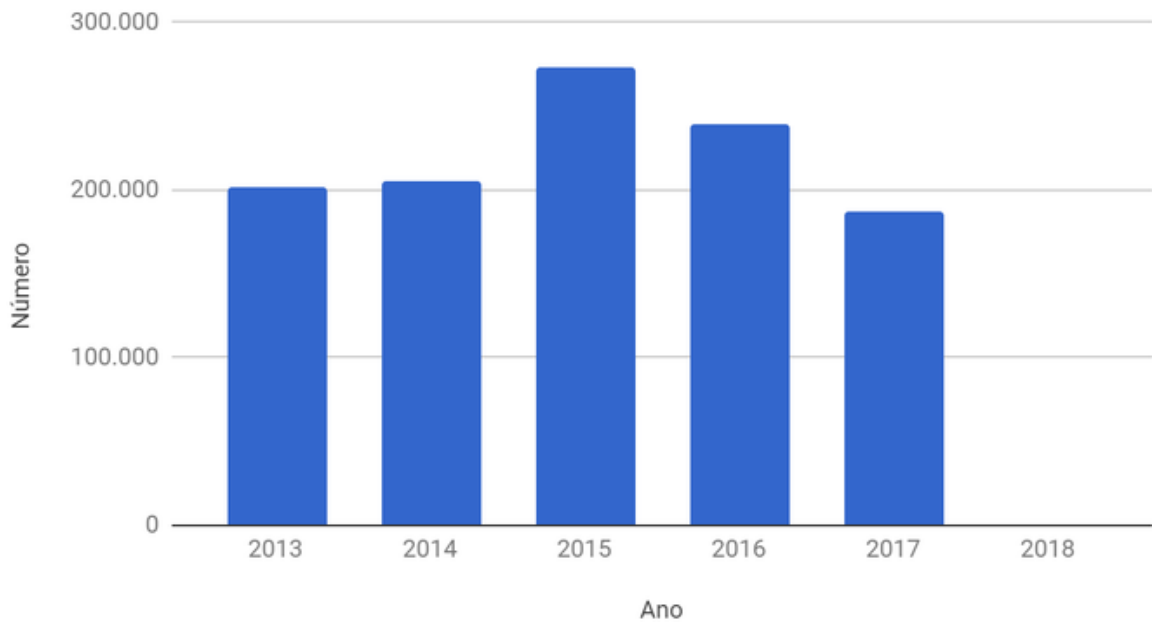
A diminuição do número de consultas gera, necessariamente, menor capacidade de acompanhamento de linhas de cuidado e de doenças crônicas. Observando-se os gráficos seguintes, é possível se gerar reflexões nesse sentido.

Gráfico 12 - Número de consultas pré-natal realizadas no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



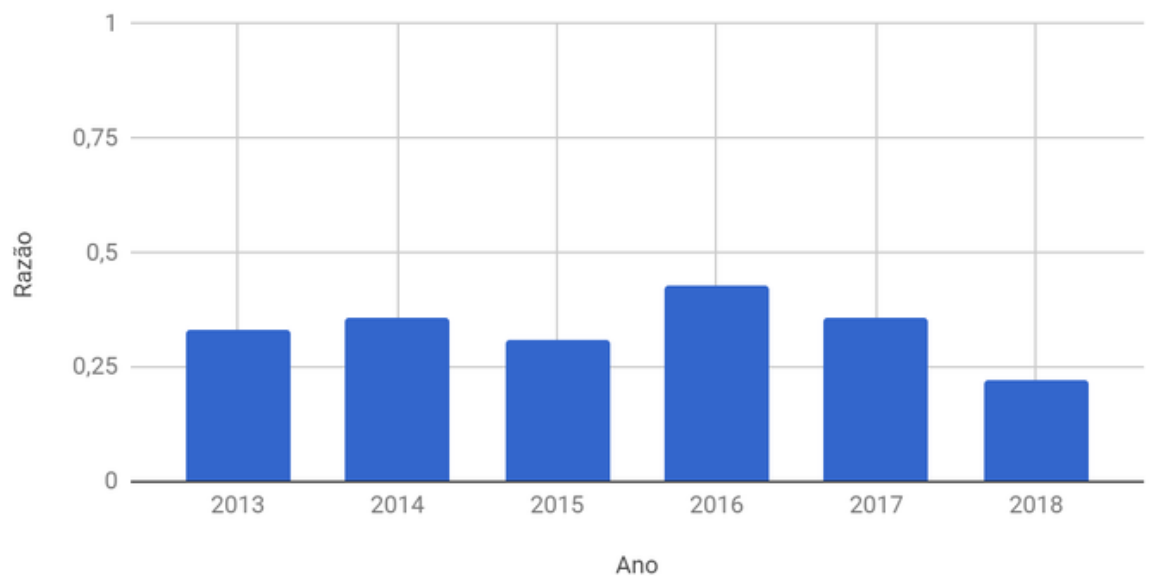
Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 13 - Número de testes HIV realizados no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 14 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018

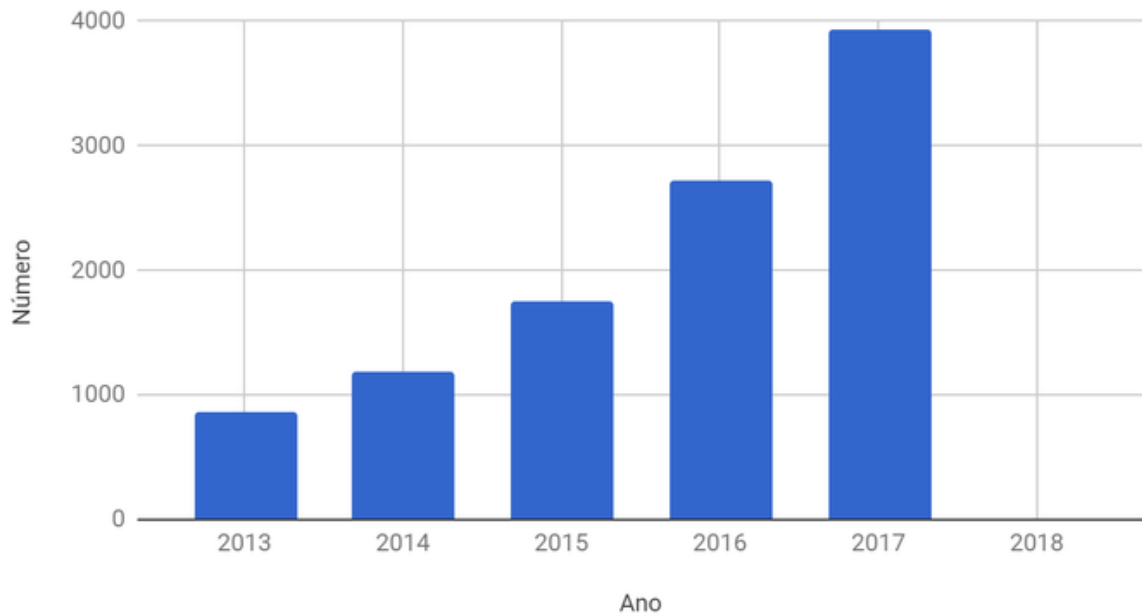


Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Ao compararmos os períodos estudados, percebe-se que em muitos casos há uma volta para patamares anteriores nos indicadores. Contudo, no período anterior, havia sentido de crescimento, enquanto no atual há de declínio.

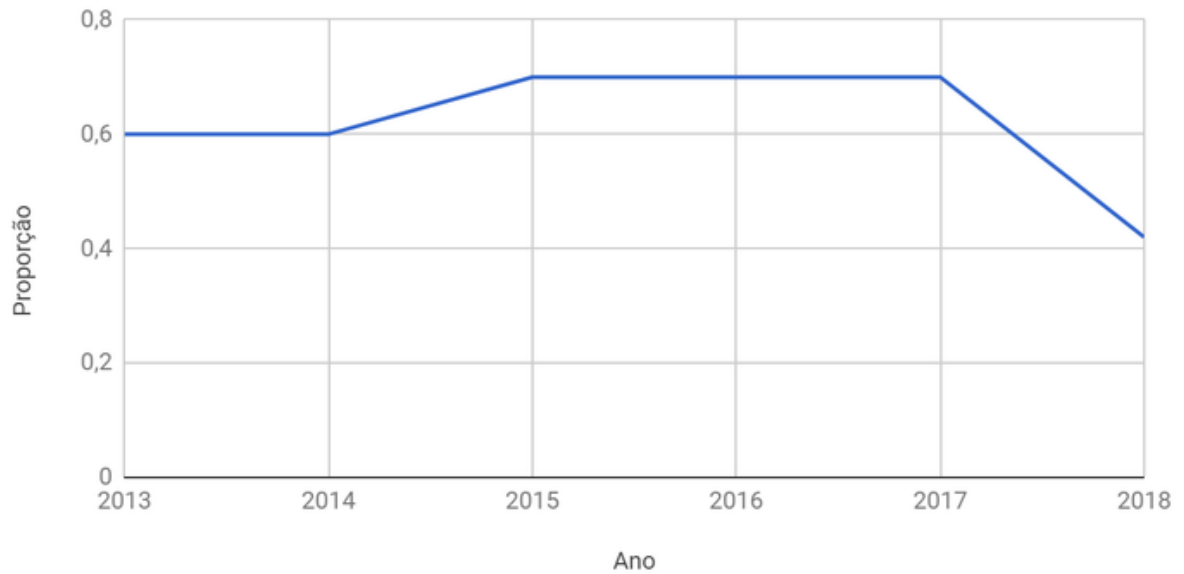
Apesar de alguns indicadores da área da Saúde da Mulher terem tido queda na comparação entre os períodos das duas últimas gestões, o indicador que mede a colocação do DIU manteve o padrão de aumento e teve seu pico em 2017. Contudo, não há dados de 2018 disponíveis na plataforma SUBPAV.

Gráfico 15 - Número de DIU inseridos no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



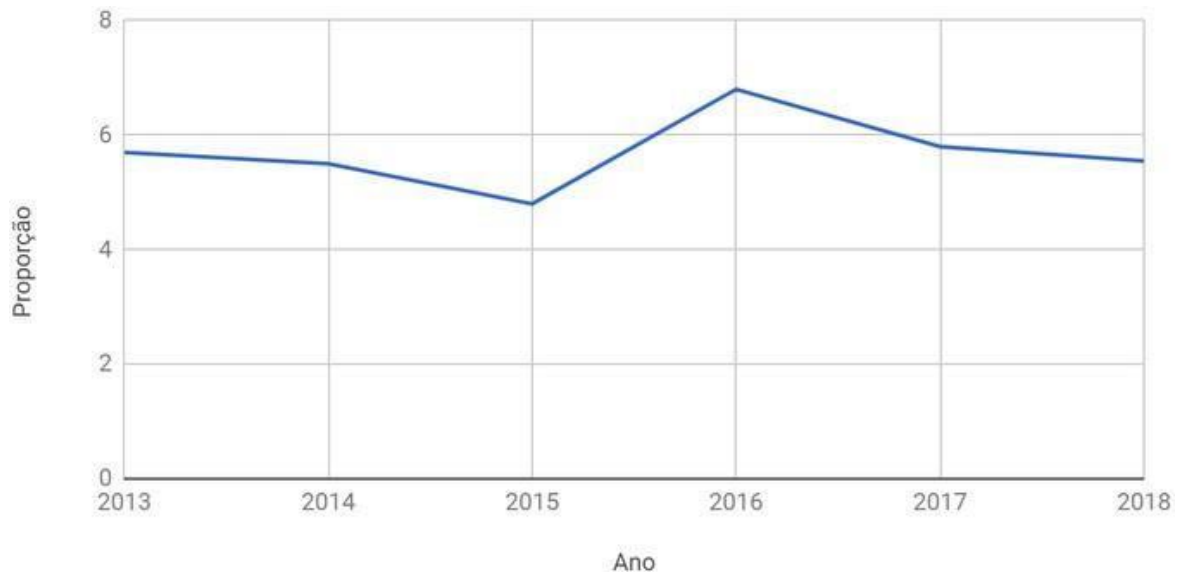
Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 16 - Proporção de participantes em escovação dental supervisionada no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 17 - Proporção exodontia/procedimentos odontológicos no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018

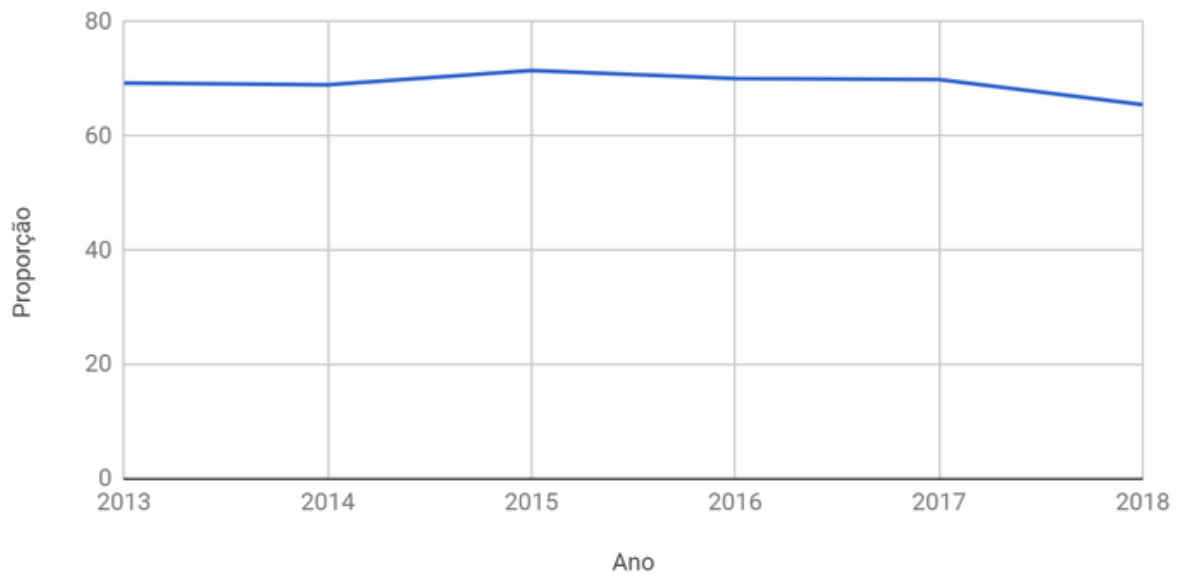


Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

As doenças infectocontagiosas merecem destaque na análise comparativa entre os dois períodos. O controle e monitoramento dessas infecções é essencial para evitarmos novos casos e mortes. A análise do período pós 2017 dos seguintes gráficos traz à luz a discussão da

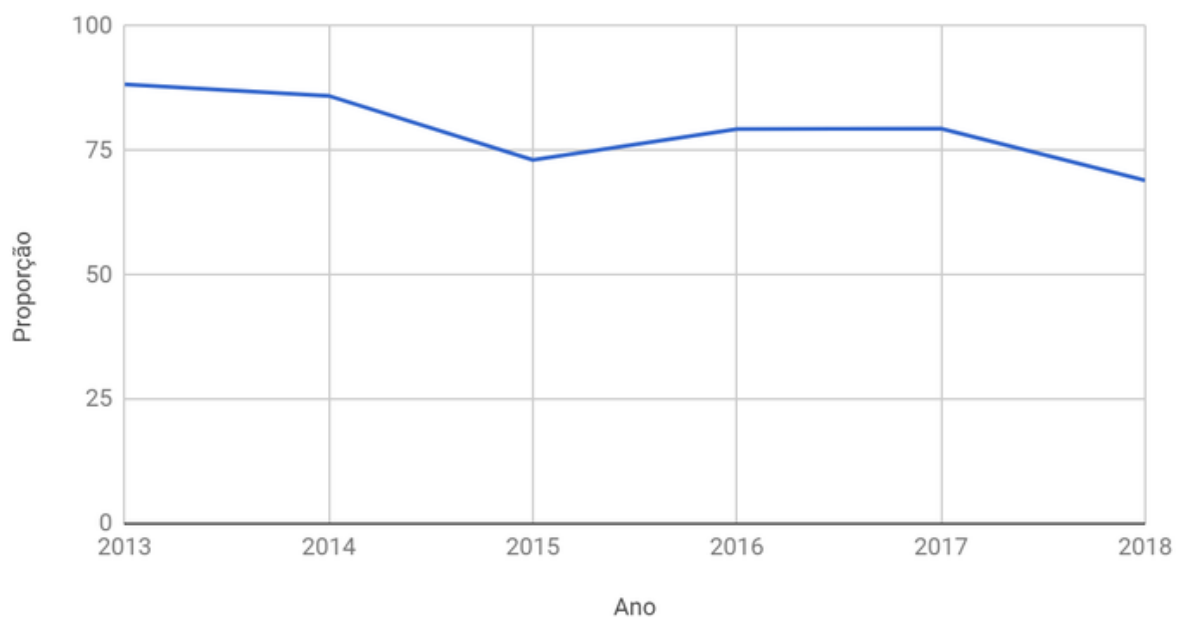
importância de seu rigoroso manejo, que pode trazer consequências mesmo em curto prazo.

Gráfico 18 - Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Gráfico 19 - Proporção de cura de casos novos de Hanseníase no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018

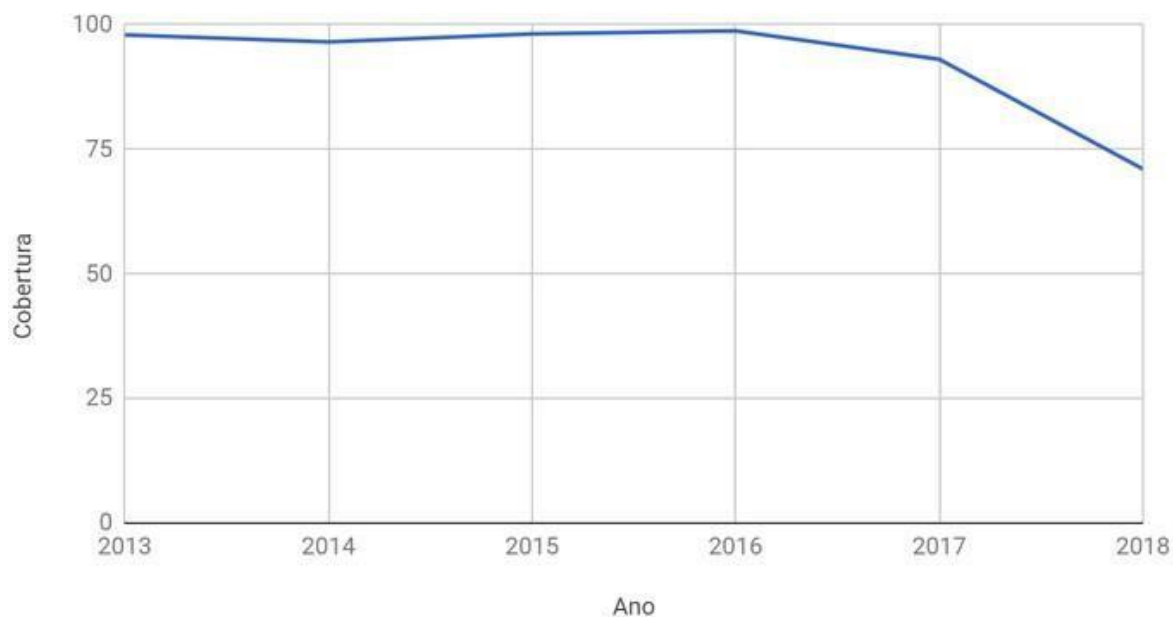


Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

Ainda nesse sentido, uma queda na cobertura vacinal, conforme demonstra o gráfico

20, devido a diminuição de oferta de serviços de APS também possui repercussões importantes na prevenção e controle das doenças infecciosas.

Gráfico 20 - Cobertura vacinal tetra/pentavalente em menores de 1 ano no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018



Fonte: Adaptado de Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

### 6.3 FINANCIAMENTO

A análise da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2018 e 2019 traz alguma luz sobre a escolha e prioridade de aplicação dos recursos municipais durante o período. A LOA é elaborada no ano anterior ao de sua execução, portanto a LOA de 2019, concebida em 2018, pertence ao período estudado e merece análise. A tabela 4 demonstra a despesa, segundo a LOA, do município do Rio de Janeiro com a Secretaria Municipal de Saúde de 2014 a 2019, segundo a origem dos recursos, de maneira absoluta e percentual.

Tabela 4 - Resumo da Despesa Municipal do Rio de Janeiro para a Secretaria Municipal de Saúde, segundo a origem dos recursos, de acordo com a Lei Orçamentária Anual de cada ano (continua)

Ano	Tesouro	%	Outras fontes	%	Total	%
2014	4.350.269.517	18,55	0	0	4.350.269.517	16,01
2015	4.479.634.125	17,37	12.488.988	0,28	4.492.123.113	14,88
2016	4.932.133.877	19,12	66.372.529	1,31	4.998.506.406	16,19



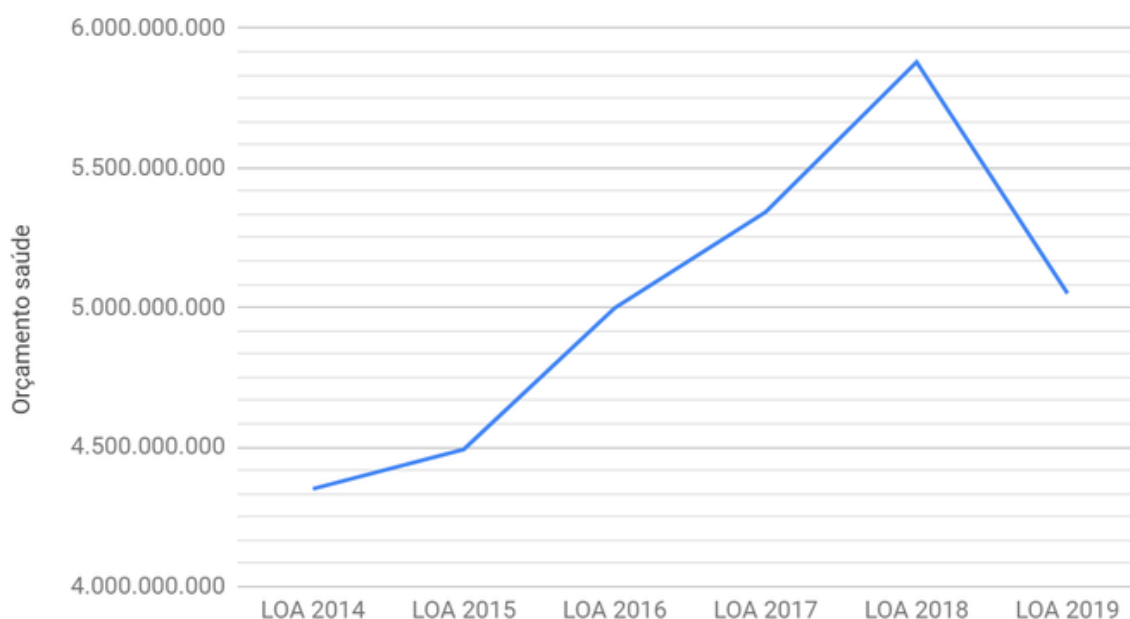
Tabela 4 - Resumo da Despesa Municipal do Rio de Janeiro para a Secretaria Municipal de Saúde, segundo a origem dos recursos, de acordo com a Lei Orçamentária Anual de cada ano (conclusão)

Ano	Tesouro	%	Outras fontes	%	Total	%
2017	5.348.601.757	22,19	119.979.307	2,22	5.468.581.064	18,53
2018	5.878.857.997	23,90	132.539.306	2,34	6.011.397.303	19,86
2019	5.050.419.206	20,86	250.229.302	3,90	5.300.648.508	17,30

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

Nota-se um aumento constante da quantidade de recursos destinados à saúde, no período de 2014 a 2018, seguido de queda importante (diminuição de mais de 710 milhões de reais) na LOA para o ano de 2019, como mostra o gráfico 21, a seguir.

Gráfico 21 - Despesa municipal do Rio de Janeiro prevista para a Saúde, segundo a LOA, em reais, de 2014 a 2019



Fonte: Adaptado de dados das Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

O orçamento para a Saúde para o ano de 2019, aprovado em 2018, teve então um corte de R\$ 710.748.795,00. A tabela 4 já mostra que também há, percentualmente, queda do investimento em saúde. Contudo, como as despesas da Lei Orçamentária Anual são calculadas a partir da previsão de arrecadação municipal, cabe verificar quanto o município esperava arrecadar em 2019, de maneira a se entender a real diferença de despesas para o ano de 2018. A tabela 5 apresenta esses dados.

Tabela 5 - Total das receitas municipais do Rio de Janeiro previstas para arrecadação em 2018 e 2019

Ano	2018	2019	Diferença	%
Receita prevista	30.273.632.037,00	30.632.372.919,00	+ 358.740.882,00	+ 1,18

Fonte: Projeto de lei da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2019 (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude#>)

Pode-se perceber que, apesar de haver discreto aumento de previsão de arrecadação municipal, houve corte orçamentário para a Saúde. Tendo em vista as diferentes prioridades que uma gestão municipal pode ter em termos de orçamento, cabe verificar as diferenças de recursos previstos na LOA de 2019 para outros setores e órgãos. As tabelas 6 e 7 trazem esses dados:

Tabela 6 - Despesa municipal do Rio de Janeiro por função segundo a LOA de 2018 e de 2019

Despesa por função	2018	2019	Diferença
Legislativa	927.581.656,00	931.301.703,00	3.720.047,00
Judiciária	158.278.032,00	125.926.875,00	- 32.351.157,00
Administração	2.682.940.986,00	2.758.458.915,00	75.517.929,00
Segurança pública	580.601.748,00	588.100.363,00	7.498.615,00
Assistência social	738.342.902,00	636.940.924,00	- 101.401.978,00
Previdência social	5.201.660.856,00	5.806.854.081,00	605.193.225,00
Saúde	6.011.397.303,00	5.285.878.508,00	- 725.518.795,00
Trabalho	31.823.304,00	28.822.154,00	- 3.001.150,00
Educação	6.732.278.339,00	6.798.496.895,00	66.218.556,00
Cultura	175.056.728,00	164.159.052,00	- 10.897.676,00
Direitos da cidadania	14.193.194,00	8.194.369,00	- 5.998.825,00
Urbanismo	2.777.458.440,00	2.634.969.810,00	- 142.488.630,00
Habitação	271.857.674,00	199.893.489,00	- 71.964.185,00
Saneamento	671.087.525,00	556.218.920,00	- 114.868.605,00
Gestão ambiental	117.859.627,00	105.035.478,00	- 12.824.149,00
Ciência e tecnologia	31.151.747,00	16.491.166,00	- 14.660.581,00
Indústria	12.372.966,00	11.439.039,00	- 933.927,00
Comércio e serviços	81.609.672,00	81.107.493,00	- 502.179,00
Transporte	376.984.908,00	358.945.573,00	- 18.039.335,00
Desporto e lazer	24.148.392,00	31.923.976,00	7.775.584,00
Encargos especiais	2.608.346.008,00	3.448.214.136,00	839.868.128,00
Reserva de Contingência	46.600.000,00	55.000.000,00	8.400.000,00

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

Tabela 7 - Despesa municipal do Rio de Janeiro por órgão segundo a LOA de 2018 e de 2019

Despesa por órgão	2018	2019	Diferença
Legislativo	927.581.656,00	931.301.703	3.720.047,00
Câmara municipal do Rio de Janeiro	685.195.565,00	689.241.703	4.046.138,00
Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro	242.386.000,00	242.060.000	- 326.000,00
Executivo	29.343.050.381,00	29.701.071.216	358.020.835,00
Secretaria Municipal da Casa Civil	7.833.074.395,00	8.421.814.183	588.739.788,00
Controladoria Geral do Município	59.721.621,00	59.518.510	- 203.111,00
Secretaria Municipal de Fazenda	489.784.152,00	472.058.651	- 17.725.501,00
Secretaria Municipal de Urbanismo, Infraestrutura e Habitação	1.115.853.275,00	1.033.452.375,00	- 82.400.900,00
Secretaria Municipal de Educação	6.732.778.844,00	6.798.080.118	65.301.274,00
Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos	454.461.134,00	350.811.475	- 103.649.659,00
Secretaria Municipal de Saúde	6.011.197.303,00	5.285.878.508	- 725.318.795,00
Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro	223.572.376,00	265.107.251	41.534.875,00
Secretaria Municipal de Conservação e Meio Ambiente	1.021.792.737,00	812.953.259	- 208.839.478,00
Secretaria Municipal de Desenvolvimento, Emprego e Inovação	90.498.468,00	58.485.966	- 32.012.502,00
Secretaria Municipal de Transportes	260.297.927,00	302.479.494	42.181.567,00
Secretaria Municipal de Cultura	173.126.229,00	163.948.913	- 9.177.316,00
Encargos gerais do município	4.102.307.758,00	4.892.923.298	790.615.540,00
Secretaria Municipal de Ordem Pública	693.338.882,00	694.358.615	1.019.733,00
Gabinete do prefeito	37.645.208,00	34.200.600	- 3.444.608,00
Reserva de contingência	46.600.000,00	55.000.000	8.400.000,00

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

As funções que não sofreram cortes foram Desporto e Lazer, Educação, Segurança Pública, Reserva de Contingência e, notadamente com maiores aumentos, Administração, Previdência Social e Encargos Especiais. Quando se verifica as despesas por órgão, os aumentos referidos parecem se traduzir nos orçamentos da Secretaria Municipal da Casa Civil e em Encargos Gerais do Município, além de um aumento menos significativo na Secretaria Municipal de Educação, com redução em quase todas as demais secretarias.

É válido notar que a Secretaria Municipal de Saúde recebe o maior corte, com menos R\$ 725.318.795,00, enquanto o aumento para a Casa Civil é de R\$ 588.739.788,00 e para Encargos Especiais chega a R\$ 790.615.540,00, valor esse que, sozinho, supera o montante de

diminuição orçamentária prevista para a Saúde.

Quando se detalha o orçamento para a Saúde em grupos de despesas, conforme tabela 8, nota-se a importante redução do valor destinado a investimentos, com redução de R\$ 348.087.767,00, o equivalente a uma notável diminuição de 94% em relação ao destinado na LOA de 2018, apontando para uma tendência de não expandir serviços, como os de APS, ou qualificar mais os já existentes.

Tabela 8 - Orçamento para a saúde para o município do Rio de Janeiro por grupos de despesas segundo a LOA de 2018 e de 2019

Grupo de despesa	Total	Pessoal e encargos sociais	Outras despesas correntes	Investimentos
LOA 2018	6.011.197.303	1.817.753.744	3.825.646.485	367.797.074
LOA 2019	5.285.877.908	1.945.351.015	3.320.818.186	19.709.307

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

A LOA de 2019 apresenta diminuição do orçamento para a saúde, apesar de não haver queda na previsão de arrecadação municipal. O balanço entre as pastas que sofreram maiores cortes e aquelas que sofreram maiores aumentos merece estudo mais aprofundado. Cabe, no entanto, refletir sobre possíveis volumosas diferenças na distribuição de orçamento.

Tendo em vista o financiamento da APS, o orçamento para a Saúde em 2019 merece ser detalhado. As despesas com as Coordenações de Áreas Programáticas (CAP) sofrem um corte de R\$450.419.079,00. É relevante apontar que a maior parte do orçamento das CAP se destina a manutenção da rede de APS. As CAP 1.0, 5.1 e 5.3 perdem mais de 30% de seu orçamento. Esses dados podem ser verificados na tabela 9, a seguir:

Tabela 9 - Despesa municipal do Rio de Janeiro para cada CAP, segundo a LOA de 2018 e de 2019

	2018	2019	Diferença
Coordenadoria Geral de APS da AP 1.0	151.448.572,00	94.996.057,00	- 56.452.515,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 2.1	108.568.085,00	92.108.179,00	-16.459.906,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 2.2	87.968.612,00	73.341.123,00	- 14.627.489,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 3.1	281.263.400,00	227.933.184,00	- 53.330.216,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 3.2	178.040.685,00	138.876.302,00	- 39.164.383,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 3.3	229.879.593,00	184.638.326,00	- 45.241.267,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 4.0	183.175.412,00	132.317.374,00	- 50.858.038,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 5.1	229.700.831,00	159.660.337,00	- 70.040.494,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 5.2	223.990.088,00	177.797.152,00	- 46.192.936,00
Coordenadoria Geral de APS da AP 5.3	178.180.311,00	120.128.476,00	- 58.051.835,00

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

Observando-se separadamente o orçamento de custeio e investimento para a APS,

notam-se cortes ainda mais volumosos, conforme mostra a tabela 10. O valor destinado ao Gabinete cai 69,93%, em relação a 2018. Para as CAP, exclusivamente sobre a verba para APS, há uma diminuição geral de 34,82%, indo desde 20% para a CAP 2.1 até 55,56% para a CAP 1.0.

Nesse sentido, no tocante ao financiamento, vemos um cenário de cortes sólidos no orçamento, tanto da Saúde de uma maneira geral, como da APS.

Tabela 10 - Despesa municipal do Rio de Janeiro de custeio e investimento para a APS, segundo a LOA de 2018 e de 2019 (continua)

Valores de investimento e custeio APS	2018	2019	Diferença	Diferença %
Gabinete – Atenção Primária à Saúde	88.599.763,00	26.637.944,00	-	- 69,93
Implantação de sistema de informação padronizado	2.000,00	1.200,00	- 800,00	- 40,00
Implantação de unidades de Atenção Primária a Saúde – Clínica da Família	10.000.000,00	200,00	- 9.999.800,00	- 99,00
Modernização da infraestrutura das unidades de Atenção Primária mistas (tipo B) e centros de reabilitação	50.000.000,00	2.000,00	- 49.998.000,00	- 99,00
Renovação do parque tecnológico em unidades de Atenção Primária à Saúde	1.005.000,00	1.230.876,00	225.876,00	+ 22,40
Construção, ampliação e reforma de unidades de Saúde da Família	153.000,00	1.000,00	- 152.000,00	- 99,3
Pessoal do Programa Saúde da Família	24.714.000,00	21.234.000,00	- 3.480.000,00	- 14,08
Manutenção da rede de Atenção Primária à Saúde	2.324.648,00	3.965.018,00	1.640.370,00	+ 70,56
Qualificação da Atenção Primária à Saúde Bucal	201.115,00	203.650,00	2.535,00	+ 1,26
Reforma da unidade de saúde NAII RA AP 1.1	200.000,00	0	- 200.000,00	- 100
CAP 1.0 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	101.246.418,00	44.995.872,00	- 56.250.546,00	- 55,56
CAP 2.1 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	50.850.424,00	40.511.332,00	- 10.339.092,00	- 20,33
CAP 2.2 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	46.730.045,00	32.308.310,00	- 14.421.735,00	- 30,86
CAP 3.1 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	194.389.469,00	142.697.280,00	- 51.692.189,00	- 26,59
CAP 3.2 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	130.264.931,00	89.566.455,00	- 40.698.476,00	- 31,24

Tabela 10 - Despesa municipal do Rio de Janeiro de custeio e investimento para a APS, segundo a LOA de 2018 e de 2019 (conclusão)

Valores de investimento e custeio APS	2018	2019	Diferença	Diferença %
CAP 3.3 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	165.086.940,00	121.048.307,00	- 44.038.633,00	- 26,68
CAP 4.0 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	137.241.892,00	85.486.721,00	- 51.755.171,00	- 37,71
CAP 5.1 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	172.924.027,00	102.735.477,00	- 70.188.550,00	- 40,59
CAP 5.2 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	159.157.907,00	113.411.315,00	- 45.746.592,00	- 28,74
CAP 5.3 Manutenção da rede de Atenção Primária a Saúde	130.698.300,00	67.114.096,00	- 63.584.204,00	- 48,65
Total	1.377.190.116,00	866.513.109,00	- 510.677.007,00	- 37,08

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais (<http://www.camara.rj.gov.br>)

Importante pontuar que o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2019 foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e reprovado, conforme registrado em ata da reunião ordinária do conselho do dia 09 de outubro de 2018. Apesar desta reprovação, o PLOA posteriormente foi aprovada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro. O PLOA é a proposta que a prefeitura faz para o orçamento do ano seguinte, necessitando ser aprovada na Câmara de Vereadores para sua execução.

O período de análise deste estudo compreende os anos de 2017 e 2018, os dois primeiros da nova gestão municipal. Assim, é interessante notar que a diminuição do orçamento para a Saúde ocorre na LOA de 2019, mas um movimento similar já fazia parte do PLOA para 2018, construída em 2017. Nesse ano, contudo, em audiência pública, a Câmara Municipal se posicionou contra a proposta de corte no orçamento da saúde, conforme ata da sessão do dia 26 de outubro de 2017. Desse modo, a LOA aprovada para 2018 não apresentou cortes na Saúde, apesar de a proposta da prefeitura ter sido apresentada com diminuição de R\$ 502.987.967 em seu orçamento, em relação à LOA de 2017.

A tabela 11 demonstra a comparação entre as LOAs de 2013 a 2017 e o PLOA de 2018. O gráfico 22 apresenta o que seria a evolução orçamentária para a Saúde, de 2013 a 2018, caso o PLOA para 2018 tivesse sido aprovado. A queda observada no gráfico é bastante similar à que acabou ocorrendo a partir da LOA de 2019 (gráfico 21), ocasião em que os cortes na Saúde foram aprovados pela Câmara, em 2018.

Uma observação pertinente é que, apesar das duas propostas, pela prefeitura, de redução de orçamento para a saúde em 2017 e 2018, no Programa de Governo de sua respectiva candidatura para as eleições de 2016 encontra-se a proposta de “Colocar mais

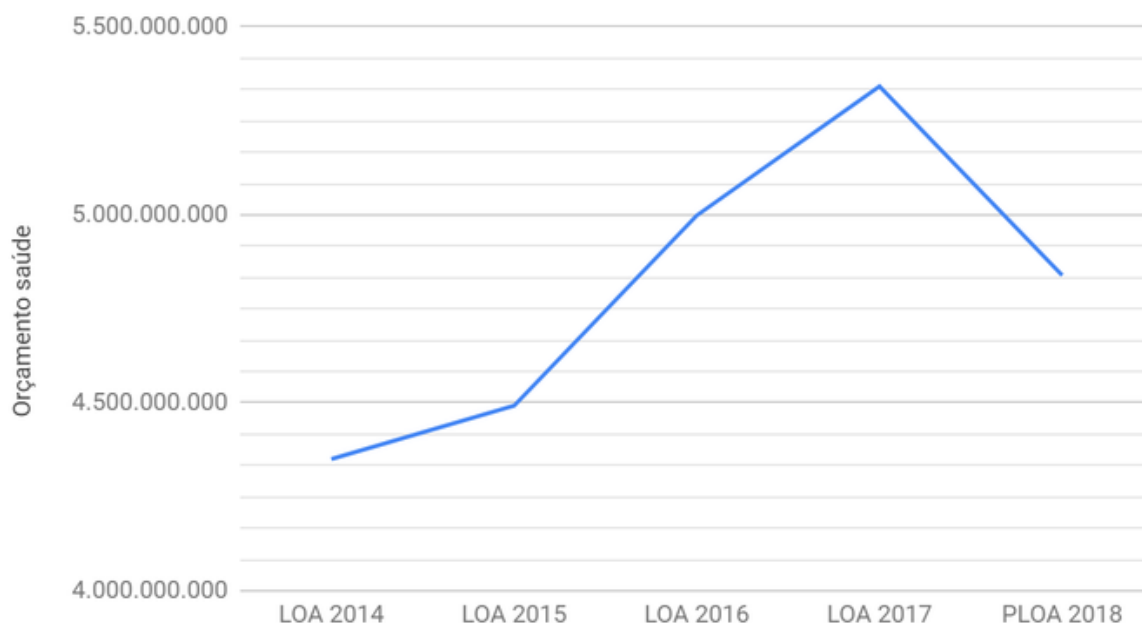
recursos na Saúde (R\$ 250 milhões a mais por ano)”. No documento, essa proposta aparece como a primeira entre as 50 principais propostas do candidato.

Tabela 11 - Evolução do orçamento para a Saúde, para o município do Riode Janeiro, segundo a LOA de 2014 a 2017, em comparação com a PLOA de 2018

	LOA 2014	LOA 2015	LOA 2016	LOA 2017	PLOA 2018	Diferença
Total	4.350.269.517	4.492.123.113	4.998.506.406	5.342.093.886	4.839.105.919	-502.987.967

Fonte: Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2018 (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude#>)

Gráfico 22 - Evolução do orçamento para a Saúde, para o município do Rio de Janeiro, segundo a LOA de 2014 a 2017, em comparação com a PLOA de 2018



Fonte: Adaptado de Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2018 (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude#>)

## 6.4 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

### 6.4.1 PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO

Em 31 de outubro de 2018, a prefeitura anuncia a “Reestruturação da Atenção Primária”, conforme os seguintes trechos destacados do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (2018, p. 56):

Com base em um detalhado estudo técnico, a Prefeitura do Rio está reorganizando o atendimento oferecido pela rede de Atenção Primária de Saúde em toda a cidade. Elaborada por um grupo de trabalho formado por profissionais das secretarias municipais de Saúde, da Casa Civil e da Fazenda, a adequação ajusta a oferta de serviços à necessidade real de cada região, uma vez que o levantamento demonstrou que a população mais pobre e com menor infraestrutura de serviços públicos estava contando com menos equipes para o atendimento. O plano ainda busca adequar o serviço ao orçamento municipal, tão impactado pela crise financeira que afetou todo o país e pela diminuição da arrecadação de tributos. (Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2018, p. 56)

A prefeitura lança então documento intitulado “Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde – estudo para otimização de recursos”, detalhando as propostas para mudanças na APS do Rio de Janeiro anunciadas no diário oficial.

Em uma das partes do documento, intitulada “Criação de tipologia de equipes com melhor custo-benefício”, são apresentadas estruturas de equipes de atuação na APS com modelos diferentes do de uma Equipe de Saúde da Família. Essa proposta vem embasada pela PNAB de 2017, que flexibiliza a modelagem das equipes. Nesse sentido, são apresentados 4 tipos de equipe, conforme quadros 14, 15, 16 e 17 a seguir:

Quadro 2 - Equipe tipo 1 (Equipe de Saúde da Família)

População Adscrita	Máximo 3500 habitantes.
Composição da Equipe	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 ACS para cada 750 pessoas.
Área para cobertura	Regiões com menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da cidade.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Quadro 3 - Equipe tipo 2 (Equipe de Saúde da Família)

População Adscrita	Máximo 3500 habitantes.
Composição da Equipe	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 ACS para cada 750 pessoas. Com programa de residência.
Área para cobertura	Regiões com menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da cidade.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Quadro 4 - Equipe tipo 3 (Equipe de Saúde da Família) (continua)

População Adscrita	Acima de 3500 habitantes, variando com base em dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico.
--------------------	--



Quadro 4 - Equipe tipo 3 (Equipe de Saúde da Família) (conclusão)

População Adscrita	Acima de 3500 habitantes, variando com base em dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico.
Composição da Equipe	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 ACS com número dependente da necessidade de busca ativa e mobilidade da equipe na área adscrita.
Área para cobertura	Regiões com Índice de Desenvolvimento Social (IDS) médio e alto, onde haja relativa facilidade de deslocamento da equipe técnica pelo território.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Quadro 5 - Equipe tipo 4 (Equipe de Atenção Básica, modelo não-ESF)

População Adscrita	Até 18.000 habitantes.
Composição da Equipe	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 ACS.
Área para cobertura	Regiões com Índice de Desenvolvimento Social (IDS) alto, com facilidade de deslocamento da equipe e população que acessa o serviço de saúde quando necessita, o fazendo com baixa frequência.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Chama atenção a proposta de equipe tipo 4, que contaria com apenas 1 profissional de cada categoria para até 18.000 habitantes.

Essa reorganização busca respaldo na citada PNAB de 2017. A definição de uma população adscrita acima de 3.500 habitantes e de um número de pessoas por ACS acima de 750 pessoas é uma proposta que se encontra nessa política e que é diferente daquela das gestões anteriores. A tentativa até o ano de 2016, era de manter cada equipe com 5 a 6 ACS e com um número máximo de 4.000 pessoas (BRASIL, 2012). Vale destacar o cenário para equipes tipo 4, que teriam sob sua responsabilidade um número de até 18.000 habitantes, o que equivaleria a uma quantidade de pessoas 4,5 vezes maior do que era proposto anteriormente. Podemos encontrar os trechos que respaldariam essas mudanças na nova PNAB (2017):

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

(...)

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os

princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. (PNAB, 2017, p. 12 e 13)

A PNAB de 2017, de fato, flexibiliza o tamanho da população adscrita de cada equipe. Entretanto, informa que essa decisão é facultativa aos gestores conjuntamente com as equipes e os conselhos municipais e locais de saúde.

Nesse sentido, é importante assinalar que, conforme consta na respectiva ata, o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em sua reunião ordinária do dia 13 de novembro de 2018, debateu a proposta de reestruturação e deliberou pela sua rejeição por “insuficiência de informações quanto a redução de Equipes e demissão de profissionais de Saúde”.

Outra deliberação dessa mesma reunião foi “Criar no âmbito do Conselho Municipal de Saúde o Grupo de Trabalho para Análise da Proposta de Reestruturação da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde (GTAPS)”. Este Grupo de Trabalho produziu e publicou, no dia 11 de dezembro de 2018, um relatório analisando as propostas de reestruturação apresentadas pela prefeitura. Nele, encontram-se pontuações válidas para reflexão sobre os tipos de equipe 3 e 4, propostos pela prefeitura.

De acordo com o GTAPS (2018, p. 19):

Prevê-se no plano que tais equipes cobririam áreas de médio/alto IDS. Abrem-se aqui dois questionamentos: 1) é muito comum em nossa cidade que tenhamos pequenos bolsões de pobreza em meio a regiões “abastadas”. O documento carece de explicações sobre estratégias para este fenômeno; 2) principalmente nas áreas de maior IDS, tem sido crescente o uso da ESF pela população idosa, sem condições de abarcar financeiramente os custos abusivos dos planos privados de saúde para a sua faixa etária. Tal população tem entre suas características prevalentes o acúmulo de condições crônicas de saúde e dificuldades de mobilidade. Demandam, portanto, maior número de contatos, contatos mais longos e deslocamentos mais frequentes dos profissionais ao domicílio. Não é seguro, portanto, afirmar que equipes que atuam em áreas de dito médio/alto IDS a priori prescindem da atuação cotidiana do ACS no território ou que utilizam menos a Atenção Primária à Saúde. (GTAPS, 2018, p. 19)

Ainda sobre as composições e tipologias das equipes na proposta de reestruturação da prefeitura, o relatório analisa que os tipos 3 e 4 não correspondem ao modelo de APS que possui altos resultados comprovados por estudos ao redor do mundo, além de não ser baseado na atuação de profissionais especialistas em APS, proposta essa reconhecida no mundo como mais resolutiva, de menor custo relativo e mais redutora de internações a condições sensíveis.

## 7 DISCUSSÃO

Ao analisarmos a comparação dos dados dos períodos de 2013 a 2016 e de 2017 e 2018, vemos nítidas mudanças de direção no que diz respeito à gestão da Atenção Primária à Saúde.

Ao estudarmos a dimensão sobre a cobertura pela ESF no município, notamos que a mesma, que vinha expandindo cada vez mais a cada ano, sofre uma desaceleração em 2017, seguida de uma diminuição em 2018. Nesse mesmo ano, surge a proposta de corte de 184 equipes de Saúde da Família, o que reduzirá, de maneira ainda mais importante, essa cobertura. Como consequência direta, nota-se já a diminuição de procedimentos ambulatoriais, como consultas (menos 7.725.566 consultas médicas realizadas em 2017, comparado ao ano anterior), o que tende a agravar ainda mais com o referido corte de equipes. Por sua vez, a diminuição de consultas significa pior acompanhamento de doenças crônicas e de linhas de cuidado, papéis essenciais da APS. A atuação de prevenção e promoção pode ficar comprometida, gerando doenças em estágios mais avançados, que poderiam ser evitados e acabam causando mais morbidade, mortalidade, sofrimento para o paciente e custos para o sistema.

Ao analisarmos os indicadores de saúde do município, percebemos limitação da avaliação dessa dimensão. O curto período de tempo, somado à complexidade dos significados inerentes a indicadores de saúde faz perceber que essa análise merece estudo mais detalhado, com um intervalo de tempo maior. Notam-se, em muitos deles, diminuições, que podem ser consequências ou não à escolha pela não priorização da APS. A ESF possui resultados comprovados de melhora de diversos indicadores de saúde, como mortalidade infantil (BASTOS, 2017), mortalidade por AVC (RASELLA, 2014) e por outras causas como por doenças infecciosas e diabetes (HONE, 2017). Por isso, acredita-se que, com a manutenção dessa posição de não valorização da ESF e com o anunciado corte de equipes, é provável que a análise mais aprofundada dessa dimensão não traga bons resultados. Cabe a reflexão sobre a importância de direcionar esforços no sentido de melhorá-los. Realizar novas análises comparativas com períodos mais longos ou mais equivalentes, em estudos estruturados para análise de indicadores talvez possa trazer resultados concretos.

Percebe-se também, a sintomática ausência de dados de 2018 de alguns indicadores de saúde, apesar de a sua coleta ter sido realizada em maio e junho de 2019. Essa ausência indica, por si só, um reflexo da própria não valorização da APS e suas informações por parte da atual gestão.

Se os resultados sobre as dimensões de cobertura populacional e de indicadores de saúde apresentam leve diminuição ou pouca conclusão entre os dois períodos estudados, o mesmo não pode ser dito sobre a dimensão do financiamento. Diferentemente da interpretação por vezes subjetiva dos indicadores, a análise das LOAS propostas e aprovadas pela atual gestão apresentam um panorama mais objetivo. Há quedas importantes no financiamento, tanto da saúde, quanto da APS, absoluta e percentualmente, quando comparado ao do período anterior.

A justificativa, pela gestão municipal, de austeridade para os cortes na saúde devido a crise econômica esbarra em alguns aspectos. Primeiramente, não há queda da previsão de arrecadação municipal nos anos em que se propuseram cortes. Em segundo lugar, há previsão de aumento orçamentário em algumas funções, como “Administração” e “Encargos Especiais”, este último com um aumento maior do que o próprio corte na função “Saúde”. Evidencia-se, assim, as áreas com prioridades distintas de investimento pela gestão atual. O corte de 34,82% da verba destinada às CAPs para manutenção e investimento na APS também pode gerar reflexões nesse sentido. A justificativa de cortes por necessidade financeira faria mais sentido se a diminuição orçamentária ocorresse em todas as áreas. Além disso, a escolha pela área da Saúde como aquela que mais sofre com os cortes em possível caso de crise econômica suscita reflexão. Estudos demonstram que medidas de austeridade na área repercutem em importante piora dos resultados em saúde (GIOVANELLA, 2014; GIOVANELLA, 2016; STUCKLER, 2009).

Os cortes orçamentários no município do Rio de Janeiro devem ser vistos também à luz do contexto político-econômico no país. Cortes em políticas sociais e ameaças a direitos individuais e universais vêm sendo característicos e todas as esferas de governo. O cenário político neoliberal permite diminuição de gastos nas áreas sociais, desde a Emenda Constitucional nº 96 e outras medidas de austeridade da esfera federal até os cortes em cada município. As pressões do mercado, aliadas às justificativas de crise econômica pressionam pela desvalorização da APS integral e conseqüentemente da ESF, com respectiva valorização de modelos de APS seletiva.

O importante corte no financiamento da saúde pela LOA encontrou respaldo da Câmara Municipal apenas em 2018, mas a proposta de redução dos gastos na área vem desde o ano anterior, como pôde-se ver no PLOA originalmente apresentado. Isso sugere que a intenção de diminuição do aporte do financiamento da saúde vem desde o início da gestão, o que não dialoga com a proposta do Programa de Governo de sua candidatura, que propunha aumentos anuais de investimento na área.

Por fim, a dimensão analisada de composição das equipes evidencia a proposta, pela atual gestão, de novos modelos de equipes. O modelo originalmente proposto para a ESF, que possui melhores resultados em saúde e melhor custo-benefício (STARFIELD, 2005; KRINGOS, 2013) deixa de ser o prioritário.

É importante ressaltar que, apesar de a PNAB de 2017 respaldar mudanças do modelo e da adscrição populacional das equipes, ela ressalta que as mesmas devam ser feitas em decisão conjunta entre os gestores, equipes e conselhos municipais e locais de saúde. Nesse sentido, além de não ter havido compartilhamento da decisão com os profissionais de saúde, o Conselho Municipal de Saúde rejeitou essa proposta de mudança que, se colocada em prática, desrespeitará o proposto pela referida Política (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, é possível identificar tendências, novamente, das características políticas que dominam o contexto brasileiro atualmente. A importante instância de controle social do Conselho Municipal de Saúde não teve seu parecer levado em conta, o que parece ser apenas mais um sintoma da autoritária diminuição da participação popular nas decisões públicas, característica de nosso momento político.

A proposta de outros formatos de equipes para atuação na APS também se mostra respaldada por políticas de âmbito federal, ao encontrar na PNAB de 2017 brechas para propor modelos que não o da ESF.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A desvalorização da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, pelos gestores pode trazer graves consequências à saúde da população. Os impactos de direcionamentos equivocados das políticas públicas de saúde podem aparecer a curto, médio e longo prazo, de maneira cada vez mais intensa. Os cortes políticos e financeiros na área parecem já se destacar pelos resultados desse estudo. Entretanto, seguindo este caminho, as atuais escolhas da gestão em relação à saúde podem trazer repercussões ainda mais significativas à frente.

O resultado naturalmente será desfavorável quando se opta por não seguir recomendações já consagradas em saúde pública. O caminho escolhido para essa área no município do Rio de Janeiro, nos anos de 2017 e 2018 é oposto àqueles que as melhores evidências indicam como os mais eficazes. Cabe, portanto, o estudo das consequências dessas escolhas a novos prazos, para que possam continuar a subsidiar as boas práticas em gestão em saúde.

Importante notar o alinhamento das tendências políticas municipais com o contexto neoliberal instituído nos últimos anos no país. Direcionamentos equivocados e prejudiciais à qualidade do cuidado em saúde puderam ser tomadas por encontrarem respaldo político em outras esferas. O cenário de diminuição da participação popular, de ameaça de direitos universais e individuais e de cortes orçamentários em áreas sociais não é apenas municipal, mas também nacional. A APS toma um direcionamento à restrição de serviços e de risco à universalidade. Cabe à população atenção e cobrança pela manutenção de suas garantias e seus direitos, tão duramente conquistados, em todas as esferas e em todas as intâncias.

Este estudo cumpre o objetivo de analisar os aspectos da gestão da APS no município do período de 2017 a 2018 e espera contribuir, portanto, para novos estudos com o mesmo intuito de sinalizar retrocessos, bem como de disseminar avanços nas políticas públicas de saúde, no sentido de garantir a manutenção e qualificação da APS no município do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. **O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde.** In V. A. Angerami-Camon (Ed.), *Psicologia da saúde* (pp. 7-22). São Paulo: Pioneira, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1997. p. 176.
- BASTOS, M. L.; MENZIES, D.; HONE, T. et al. **The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review.** *PLoS One*, v. 12, n. 8, p. e0182336, 2017.
- BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Secretária de promoção à saúde. Brasília: 2002. p.33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 25 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [página da Internet]. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consleiorespfiscal.php>>. Acesso em: 25 mai. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Ministério da Saúde Secretaria Executiva – Brasília Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México.** Brasília, 2001.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CAETANO, R.; DAIN, S. **O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-23, jan/jun. 2002.
- CÂMARA, V. M.; GALVÃO, L. A. C. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. **In:**

- MENDES, R ed. Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1995. p.609-30.
- CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Atenção básica e reforma Em J. Negri (Org.).** Recursos Humanos em Saúde Pública: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho (pp.56-90). Campinas: Unicamp. 2002.
- CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras.** Physis, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.47-58, 2002.
- CARSON, D.; CLAY, H.; STERN, R.. Urgent Care: a practical guide to transforming same-day care in general practice.** Lewes: Primary Care Foundation, 2009.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil.** Estud. av. [online], vol.27, n.78, p.7-26, 2013.
- CASTRO, A. B. S; SOUSA, J. T.; SANTOS; A. A. Atribuições do enfermeiro do trabalho na prevenção de riscos ocupacionais.** JHealth Sci Inst., v. 28, n. 1, p. 5-7, 2010.
- CAZELLI, C. M. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro : s.n., 2003.
- CELLARD, A. A análise documental In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008.
- PORTELA, Z. G. Pesquisa mostra que Rio de Janeiro municipalizou atenção primária à saúde, mas apresenta ‘fragilidade’ na relação público-privado. CCE-FIO CRUZ, 11 mai. 2016.** Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/375>>. Acesso em: 28 set. 2018.
- CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Ata da Reunião Ordinária da Câmara Municipal do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, out 2017.
- CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Ata da Reunião Ordinária da Câmara Municipal do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, out 2017.
- CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Leis Orçamentárias Anuais.** Acesso em: <<http://www.camara.rj.gov.br/>>. Acesso em 22 jun. 2019.
- CHAN, M. K. Addressat the International Seminar on Primary Health Care in Rural China in November 2007.** China: nov, 2007
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Grupo de Trabalho do Conselho Municipal de Saúde para análise da “Proposta De Reorganização” da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro Relatório Parcial - 1ª versão.** Rio de Janeiro, 2018.
- COSTA, H. Decreto N.º 384.** Ministério da Saúde (MS). Brasília, abr. 2003.
- COSTA N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 7907-7923, 2002.
- CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care.** Am J Public Health 2004; 94:1867-74.
- BIRN A. E. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond.** Am J Public Health 2018; 108:1153-5.

DATASUS. **Procedimentos ambulatoriais**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/>>. Acesso em 22 jun. 2019.

DIAS, E. C. et al. **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

ESCOREL, S. et al. **O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Pan American Journal of Public Health, Washington, v. 21, n. 2/3, 2007, p. 164-176.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG [tese]**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

FERREIRA, P. L.; ANTUNES, P.; PORTUGAL, S. **O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

GIOVANELLA, Lígia. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008.

GIOVANELLA, L. **“Austeridade” no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização - exemplos para não seguir**. Cad. Saude Publica, v. 32, n. 7, p. e00092716, 2016.

GIOVANELLA L, Almeida P. F. **Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul**. Cad Saúde Pública 2017; 33 Suppl 2:e00118816.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. **Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha**. Cad. Saude Publica, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, 2014.

GIOVANELLA, Lígia et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019.

HARZHEIM, E. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do rio de janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. et al. **Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance**. Health Aff (Millwood), v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P. **Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending**. Health Aff (Millwood), v. 32, p. 686-694, 2013.



- LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. 1974 Apr.; Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981 [citação: 2013 Setembro, 05]. Disponível em: <<http://www.phacaspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>> Acesso em: 28 set. 2018.
- LAZARINI, Welington Serra; SODRÉ, Francis. **O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 14, n. 41, p. 1904, mar. 2019. ISSN 2179-7994.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan-mar 2011.
- LIMA, D. M. C. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade**. / Danielle Moreira de Castro Lima. -- 2014.
- MINAYO, M. C. S. **450 anos da cidade do Rio de Janeiro: Reforma dos cuidados em Atenção Primária à Saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 21, n.5, jan-mai 2016.
- MOREIRA, S. V. **Análise documental como método e como técnica**. In: DUARTE, Jorge; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.
- MOROSINI, et al. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 116 [Acessado 4 Setembro 2019], pp. 11-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, out 2018.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. **Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família**. *Physis*, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- OPAS, **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2005.
- PIERANTONI, C. R. et. al. Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em saúde da família. In: Pierantoni CR, Viana AL (Orgs). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 224-39.
- PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. **Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil**. *Cienc. Saude Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.
- PIRES-ALVES F. A., Cueto M. **A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional**. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:2135-44.
- PORTELA, Z. G. **A Reforma da Atenção Primária à Saúde e a utilização dos serviços ambulatoriais no município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil**. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p.34-48, out-dez 2016.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Brasília: PNUD, 2010.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Plano Diretor da Cidade de Saúde. Rio de Janeiro**. SMSDCRio, 2009. Acesso em: 05 Ago. 2013.

- RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L. et al. **Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data.** *BMJ*, v. 349, g4014, 2014.
- SAQUY, P. C. **A ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião-dentistas. Parte III: agentes químicos e biológicos.** *ROBRAC*, v. 23, n. 7, p. 50-54, 2002.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **A Reforma da Atenção Primária no Rio de Janeiro. Cartilha da Atenção primária.** Rio de Janeiro, v. único, 2009-2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.** Rio de Janeiro, 2013.
- SORANZ D.; PINTO, L, F; PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cinc. Saude Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.
- SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. **Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios.** *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 679-686, mar 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
- STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy.** New York: Oxford University Press, 1992.
- STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A.; MCKEE, M. **The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis.** *Lancet*, v. 374, n. 9686, p. 315-323, 2009.
- SUBPAV. **Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro, 2018.
- SUBPAV. **Painel de Indicadores.** Disponível em: <<https://subpav.org/>>. Acesso em 22 jun. 2019.
- TESTA M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C.R. **Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A Década de 90 em Destaque.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-44, 2008.
- VIANA, A. L. D.; DALPOZ, M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 255-264, 2005.
- VILAÇA, E. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Conference on Primary Health Care.** <https://www.who.int/primary-health/conference-phc> (acessado em 27/Out/2018).

## ANEXO A — INDICADORES DE DESEMPENHO DE SAÚDE DA PLATAFORMA SUBPAV

Tabela - Indicadores de desempenho de saúde da plataforma SUBPAV no período de 2013 a 2018 (continua)

	Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	Estimativa de cobertura						
1	populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF)	44,2	48,7	49,3	70,4	70,6	70,25
	Estimativa de cobertura						
2	populacional pelas equipes básicas de Saúde Bucal	26	26,26	26,15	32,01	31,74	27,87
3	Número total de equipes de Saúde da Família	835	893	930	1.289	1.294	1.287
4	Número de equipes de Saúde da Família completas	723	874	903	1.229	1.278	1.207
	Proporção de						
5	beneficiários do Cartão Família Carioca acompanhados nas ESF	–	69,1	83,2	79,1	77,6	
	Proporção de						
6	beneficiários de Cartão Bolsa Família acompanhados por ESF	–	68,4	81,5	79,3	79,9	
7	Número de procedimentos ambulatoriais realizados	40.064.856	37.948.834	44.228.897	44.669.974	36.944.408	
8	Número de consultas médicas realizadas	3.545.280	3.719.272	4.299.493	4.966.198	4.190.648	
9	Número de consultas de enfermagem realizadas	2.090.709	2.333.984	2.588.599	2.734.917	2.094.333	
10	Número de procedimentos de odontologia realizados	2.870.036	3.149.608	3.268.781	3.224.398	4.190.648	
11	Número de visitas domiciliares realizadas	4.366.264	3.344.042	7.250.252	8.243.867	9.309.202	
	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)						
12		21,24	19,57	19,22	19,7	20	

Tabela - Indicadores de desempenho de saúde da plataforma SUBPAV no período de 2013 a 2018 (continuação)

	Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018
13	Proporção de óbitos não fetais por causas bem definidas	95,8	95,6	96,3	95,9	95,6	
14	Número de alunos matriculados na Academia Carioca	50.483	66.119	82.194	111.896	124.302	133.481
15	Cobertura do saúde na escola na Estratégia de Saúde da Família	41,6	-	-	51	58,3	
16	Razão de Mortalidade materna	75,5	71,2	71,8	74,7	82,9	61,2
17	Número de consultas pré-natal realizadas	399.260	427.394	520.669	517.364	486.986	
18	Proporção de tratamento adequado de sífilis gestacional	79,5	84,5	93,2	94,7	93	91,3
19	Taxa de incidência de sífilis congênita	18,2	17,7	17,9	17,7	16,9	14,5
20	Proporção de parto normal	43,1	43	43,9	44,8	46,7	48,9
21	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	89,1	95,1	92,6	93,8	95	98,4
22	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	70,8	71,7	74,1	76,5	80,2	87,7
23	Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa	0,16	0,17	0,17	0,18	0,15	0,2
24	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária	0,33	0,36	0,31	0,43	0,36	0,22
25	Número de DIU inseridos	860	1.190	1.747	2.722	3.937	
26	Proporção de nascidos vivos de mães menores de 20 anos residentes no Rio de Janeiro	16,4	15,9	15,3	14,9		12,5

Tabela - Indicadores de desempenho de saúde da plataforma SUBPAV no período de 2013 a 2018 (conclusão)

	Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018
27	Taxa de Mortalidade Infantil	12,7	11,3	12,1	12,8	11,2	11,7
28	Cobertura vacinal tetra/pentavalente em menores de 1 ano	98	96,6	98,2	98,8	93,1	71,1
29	Proporção de internação por asma em indivíduos <=14 anos	4,87	2,9	5,18	5,4	6,1	
30	Cobertura vacinal contra	87,6	85,4	85,4	89,4	91	
31	Proporção média mensal de participantes em supervisão	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,42
32	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos Odontológicos	5,7	5,5	4,8	6,8	5,8	5,55
33	Taxa de mortalidade por Doença Cerebrovascular em adultos de 30-59 anos	24,3	23,5	22,5	25,6	24,5	22,7
34	Proporção de diabéticos cadastrados na ESF						
35	Proporção de abandono de tratamento de TB	34,2	51,6	68,4	–	–	
36	Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera	15,3	15,3	14,7	14,8	14,9	14,4
37	Proporção de cura de Hanseníase	69,3	69	71,5	70,1	69,9	65,5
38	Número de teste HIV	88,3	86	73,1	79,3	79,4	69
39	Proporção de atendimento em até 5 Dengue no 1746	202.240	205.040	273.270	238.806	186.631	
40	Cobertura de imóveis com visitas domiciliares da Vigilância Ambiental em Saúde programadas	91,4	90,9	95,9	94,1	97,2	96,7
		80,1	92,2	96,6	93,8	98,7	90,5

Fonte: Plataforma SUBPAV (<https://subpav.org>)

## ANEXO B — FICHAS E PARÂMETROS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DE SAÚDE DA PLATAFORMA SUBPAV

Estimativa de cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF)	
Conceito	Percentual da população de determinada área com cobertura de Saúde da Família
Interpretação	Avaliação da população assistida pela Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento
Limitação	Defasagem na alimentação do CNES
Fonte	SCNES *(resultado extraído a partir do dia 16 do mês posterior à competência de análise; data limite para atualização do número de equipes) Painel SUBPAV
Método de Cálculo	Número de equipes completas no CNES para a competência, multiplicado por 3450 (pessoas assistidas por cada equipe) dividido pela População estimada IPP para o Município do Rio de Janeiro (X100)
Documentos Oficiais	
Meta Pactuada	
Valor de referência	39,03%
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	
Conceito	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica.
Interpretação	Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.
Uso	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação.
Limitação	Defasagem na alimentação do CNES
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS -SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	25,0%
Valor de referência	24,71%
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

Número total de equipes de Saúde da Família	
Conceito	Número absoluto de Equipes de Saúde da Família em uma competência

Interpretação	Número absoluto de Equipes de Saúde da Família em uma competência	67
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento	
Limitação	Defasagem na alimentação do CNES	
Fonte	CNES (txt SIAB) *(resultado extraído a partir do dia 16 do mês posterior à competência de análise; data limite para atualização do número de equipes)	
Método de Cálculo	Apuração do quantitativo de equipes após fechamento da competência do CNES	
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV	
Meta Pactuada	971	
Valor de referência	768	
Ano de referência	2013	
Tendência	Aumento	

Número de equipes de Saúde da Família completas	
Conceito	Número de Equipes de Saúde da Família completas em uma competência
Interpretação	Número de Equipes de Saúde da Família completas em uma competência
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento
Limitação	Defasagem na alimentação do CNES
Fonte	CNES (txt SIAB) *(resultado extraído a partir do dia 16 do mês posterior à competência de análise; data limite para atualização do número de equipes)
Método de Cálculo	95% do total de equipes ESF implantadas. Apuração do quantitativo de equipes após fechamento da competência do CNES
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	922
Valor de referência	768
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento
OBS: meta de 95% das equipes de SF completas (Indicador variável 1)	

Proporção de beneficiários de Cartão Família Carioca acompanhados por ESF	
Conceito	Proporção de beneficiários de Cartão Família Carioca acompanhados por ESF
Interpretação	Número de pessoas beneficiárias acompanhadas no que se refere às condicionalidades de saúde programa cartão família carioca no período pelo total de beneficiários do Cartão Família Carioca
Uso	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do Cartão Família Carioca (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação.
Fonte	Portal Bolsa Família- SUBPAV e Prontuário Eletrônico

Método de Cálculo	Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Cartão Família Carioca com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano sobre Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Cartão Família Carioca com perfil saúde na última vigência do ano X 100
Documentos Oficiais	Painel Subpav
Meta Pactuada	100%
Valor de referência	69,17
Ano de referência	1ª competência de 2014
Tendência	Aumento

Proporção de beneficiários de Cartão Bolsa Família acompanhados por ESF	
Conceito	Proporção de beneficiários de Cartão Bolsa Família acompanhados por ESF
Interpretação	Número de pessoas beneficiárias acompanhadas no que se refere às condicionalidades de saúde no período pelo total de beneficiários do Bolsa Família
Uso	O indicador permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação.
Fonte	Portal Bolsa Família- SUBPAV e Prontuário Eletrônico
Método de Cálculo	Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano sobre Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano X 100
Documentos Oficiais	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1)
Meta Pactuada	100%
Valor de referência	75,73%
Ano de referência	1ª competência de 2014
Tendência	Aumento

Número de procedimentos ambulatoriais realizados	
Conceito	Número de procedimentos ambulatoriais realizados.
Interpretação	Avaliação quantitativa dos procedimentos realizados na esfera da APS no Município do Rio de Janeiro
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação



Fonte	TABNET/SAI
Método de Cálculo	Contabilização dos procedimentos realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês anterior
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	NA
Valor de referência	NA
Ano de referência	2014
Tendência	Aumento

Número de Consultas Médicas Realizadas	
Conceito	Número de Consultas Médicas Realizadas.
Interpretação	Avaliação quantitativa Das consultas de enfermagem realizadas na esfera da APS no Município do Rio de Janeiro
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação
Fonte	TABNET/SAI
Método de Cálculo	Contabilização dos procedimentos de consulta médica realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BASICA, 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA) para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês anterior
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	NA
Valor de referência	NA
Ano de referência	2014
Tendência	Aumento

Número de Consultas de Enfermagem Realizadas	
Conceito	Número de Consultas de Enfermagem Realizadas.
Interpretação	Avaliação quantitativa Das consultas de enfermagem realizadas na esfera da APS no Município do Rio de Janeiro
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação
Fonte	TABNET/SAI

Método de Cálculo	Contabilização dos procedimentos de consulta de enfermagem realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BASICA (EXCETO MEDICO); 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)), POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (CBO: 223505 ENFERMEIRO; 223565 ENFERMEIRO DE ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA; 223555 ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIATRICO; 223560 ENFERMEIRO SANITARISTA ENFERMEIRO DE SAUDE PUBLICA; 2235C1 ENFERMEIRO SAUDE DA FAMILIA) para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês anterior
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	NA
Valor de referência	NA
Ano de referência	2014
Tendência	Aumento

Número de Procedimentos Odontológicos Realizados	
Conceito	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.
Interpretação	Reflete o aumento da assistência em saúde Bucal na atenção básica e especializada.
Uso	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações.
Limitação	
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) e Período.
Método de Cálculo	Nº total de procedimentos odontológicos coletivos e individuais no mesmo local e período
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	3.123.790
Valor de referência	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações.
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

Número de visitas domiciliares realizadas	
Conceito	Número de visitas domiciliares realizadas
Interpretação	Avaliação quantitativa dos procedimentos realizados na esfera da APS no Município do Rio de

	Janeiro
Uso	Ações de planejamento e acompanhamento
Limitação	Defasagem na alimentação das bases de dados, temporal ou qualitativa, para alimentação do SIA.
Fonte	Prontuário eletrônico, apuração TABNET/SIA
Método de Cálculo	Contabilização das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (0101030010 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NIVEL MEDIO; 0301010137 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR, VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE SUPERIOR: 030105014-7 ), por mês , considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês anterior
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	por equipe 230 VDs/1000 cadastrados( sem saúde bucal ) ou 260/1000 (com saúde bucal)
Valor de referência	NA
Ano de referência	2014
Tendência	Aumento

71

Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica	
Conceito	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária
Interpretação	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.
Uso	Monitorar as internações por causas sensíveis à Atenção Primária e apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação.
Fonte	Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)
Método de Cálculo	Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período. (Numerador) sobre (Denominador) Total de internações clínicas, em determinado local e período X 100. Obs: o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador encontra-se disponível no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, que não é idêntico a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.
Documentos Oficiais	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1)
Meta Pactuada	30,5%

Valor de referência	31,2	72
Ano de referência	2012	
Tendência	Redução	

PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS	
Conceito	Proporção de óbitos cuja causa básica está definida como integrante de qualquer capítulo da CID-10, excetuando os códigos R00 a R99, do Cap XVIII, que reúne os sinais, sintomas e achados anormais ao exame clínico e laboratorial na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Trata-se, portanto, de um indicador da qualidade da informação de mortalidade de um determinado espaço geográfico, e tempo considerado.
Interpretação	Avalia o grau da qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais baixos sugerem deficiências na declaração das causas de morte, que podem expressar má qualidade da assistência médica, do registro médico, da codificação, do sistema de investigação de causas de óbito, etc. A frequência de causas definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico. O emprego de expressões ou termos imprecisos prejudica a identificação da causa básica da morte, contribuindo para o aumento dos óbitos codificados no capítulo de causas mal definidas (códigos R00 a R99 da CID - 10), e conseqüentemente para a piora do indicador de causas definidas.
Uso	Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por causas definidas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais com o propósito de identificar os fatores que condicionam a baixa definição de causa. Avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação dos sistemas de informação sobre mortalidade, para a adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.
Limitação	As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste. A proporção de causas definidas tende a estar subestimada em áreas com baixa cobertura de informação sobre mortalidade. Essas áreas costumam apresentar condições assistenciais insatisfatórias, com prejuízo para a identificação das causas de morte.
Fonte	Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS).
Método de Cálculo	Número de óbitos, não fetais, por causas básicas definidas (todas as causas de mortalidade, constantes em todos os capítulos da CID - 10, excetuado o Cap XVIII - códigos R00 a R99), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado/Número total de óbitos não fetais informados ao SIM na população residente em determinado espaço geográfico, no ano consideradoX100
Documentos Oficiais	COAP - Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013
Meta Pactuada	95,0%
Valor de referência	93,8%
Ano de referência	2008
Tendência	Aumento

TOTAL DE USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA	
Conceito	Número de usuários cadastrados no Programa Academia Carioca no município do Rio de Janeiro, no período considerado.
Interpretação	Mede o número de pessoas com prática regular de atividade física estimado na clientela da APS.
Uso	Analisar a expansão da oferta à população de realização de prática regular de atividade física, visando proteção da saúde individual e coletiva, e também, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde com vistas a assegurar a maximização dos recursos e o alcance de melhores condições de vida.
Limitação	Meta condicionada à oferta da capacidade instalada.
Fonte	PEP
Método de Cálculo	O cálculo considera o número de pessoas cadastradas com participação regular e frequência superior a 75% dos dias de atividades previstas no mês.
Documentos Oficiais	Indicadores da Casa Civil (2014) , Indicadores SUBPAV (2013) e Plano Pluri-Anual (2014-2017)
Meta Pactuada	Alcançar o total de 50.006 usuários no Programa Academia Carioca em dezembro/2015
Valor de referência	417 usuários no Programa Academia Carioca.
Ano de referência	2009
Tendência	Crescimento

Conceito	Proporção de Escolas e Creches Municipais do Rio de Janeiro com atividades de promoção, prevenção ou assistência realizadas na Unidade Escolar pela Unidade de Atenção Primária de referência, no período considerado.
Interpretação	Mede o percentual de escolas e creches municipais do Rio de Janeiro com atividades de promoção, prevenção ou assistência realizadas pela Unidade de Atenção Primária de referência na Unidade Escolar. - O PSE Carioca tem por objetivo a conjugação de esforços visando à proteção, promoção e atenção à saúde integral e prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde da comunidade escolar. É articulado de forma intersectorial entre as redes de saúde, de educação e de desenvolvimento social.
Uso	Analisar o número de escolas com atividades do PSE Carioca. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação do PSE Carioca.
Limitação	Não permite discriminar o tipo de atividade realizada.
Fonte	PEP e Declarações das Unidades Escolares.
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de Escolas e Creches municipais que receberam ação do PSE Carioca no período apurado}}{\text{Número total de Escolas e Creches municipais}} \times 100$ .
Documentos Oficiais	Indicadores SUPPAV
Meta Pactuada	Realizar ações do PSE Carioca em 100% das 1457 Escolas e Creches Municipais do Rio de Janeiro.
Valor de referência	66,61% das Escolas e Creches municipais que receberam ação do PSE Carioca
Ano de referência	2012
Tendência	Crescimento

RAZAO DE MORTALIDADE MATERNA	
Conceito	<p>Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p> <p>A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”</p> <p>A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Estes casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.</p>

Interpretação	<p>Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.</p> <p>Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.</p>
Uso	<p>Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Realizar comparações nacionais e internacionais, para o que se adota a definição tradicional de morte materna, ocorrida até 42 dias após o término da gestação. Para determinadas análises no âmbito nacional, utiliza-se o conceito de mortalidade materna tardia.</p> <p>Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.</p>
Limitação	<p>Exige conhecimento preciso das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorrem os óbitos, para que sejam classificados corretamente. Imprecisões no registro geram subdeclaração de mortes maternas, o que demanda, em todos os países, a adoção de um “fator de correção”.</p> <p>Requer estudos especiais para determinar esse fator de correção, que é obtido pela razão entre o número de mortes maternas conhecido por investigação e o número informado em atestados de óbito originais, nos quais a morte materna foi efetivamente declarada pelo médico.</p> <p>Impõe cuidados na aplicação de fator de correção, pois em algumas regiões os dados obtidos diretamente do sistema de informação sobre mortalidade podem já estar corrigidos por investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva. Requer correção, em menor escala, da subenumeração de nascidos vivos informados em sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida, mas que envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, sobretudo em pequenas populações.</p>
Fonte	<p>Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS), para as estimativas de nascidos vivos e de óbitos de mulheres em idade reprodutiva. Método indireto.</p>
Método de Cálculo	<p>Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas. de morte materna/ Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000. Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses.</p>
Documentos Oficiais	Indicadores da Casa Civil - DOM de 24/06/2014
Meta Pactuada	Atingir mortalidade materna de 67,41/100.000 nascidos vivos em 2014
Valor de referência	72,29/100.000 NV
Ano de referência	2009
Tendência	Redução

Conceito	Quantidade de consultas de pré-natal realizadas nas unidades de saúde da SMS.	76
Interpretação	Permite mensurar a produção de consulta de pré-natal realizadas nas unidades de saúde.	
Uso	Possibilita a verificação, de forma indireta, a oferta dos serviços e o acesso às consultas de prenatal nas unidades de saúde.	
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação (considerado mês anterior para o cálculo do indicador)	
Fonte	TABNET/MUNICIPAL (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA)	
Método de Cálculo	Contabilização dos procedimentos de consulta de pré-natal realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (0301010110 CONSULTA PRE-NATAL) para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: Todos ESFERA ADMINISTR.: Todas / Valor referente ao mês anterior	
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV	
Meta Pactuada	NA	
Valor de referência	NA	
Ano de referência	NA	
Tendência	Aumento	

TRATAMENTO ADEQUADO DA SIFILIS NA GESTAÇÃO	
Conceito	Proporção de casos de sífilis em gestante (cód. A50 da CID-10), na população residente no município, adequadamente tratados período considerado. São considerados adequadamente tratados os casos em que as gestantes receberam tratamento de acordo com o protocolo preconizado pelo MS ( Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.) durante o pré-natal.
Interpretação	Indica a ação preventiva realizada durante a atenção pré-natal contra a transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, da intensidade com que a doença acomete a população. A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento.
Uso	Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da transmissão vertical da sífilis. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis congênita e à prevenção e controle de doenças de transmissão vertical.
Limitação	Subnotificação
Fonte	SINAN SMS RJ
Método de Cálculo	Média móvel de 12 meses do número de casos de sífilis em gestantes residentes que recebeu tratamento com 3 doses de penicilina G benzatina durante o acompanhamento pré-natal no município no período a contar de 3 meses antes do mês avaliado x 100 [DIVIDIDO] pelo total de gestantes com detecção de sífilis ocorridos no município no mesmo período
Documentos Oficiais	Indicadores da Casa Civil - DOM de 24/06/2014



Meta	Aumento de 10% de gestantes corretamente tratadas para sífilis (22%)	77
Valor de referência	12%	
Ano de referência	2013	
Tendência	Aumento	

INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÊNITA	
Conceito	Número absoluto de casos novos de sífilis congênita (cód. A50 da CID-10), na população residente no município, no período considerado. São considerados casos de sífilis congênita toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem que não tenha sido tratada ou recebido tratamento inadequado. A definição de caso de sífilis congênita baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.
Interpretação	Indica a frequência no período de casos notificados de sífilis congênita, decorrentes de transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> , ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população. Indica condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas. A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento.
Uso	Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da sífilis congênita. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis congênita e à prevenção e controle de doenças de transmissão vertical.
Limitação	O subdiagnóstico e a subnotificação podem mascarar a real magnitude da doença. Também se deve considerar a possibilidade de diagnóstico tardio. Assim, o número de casos confirmados pode sofrer variações ao longo dos períodos, com a notificação de períodos posteriores retificando o número de casos. Um aumento na detecção poderá, inclusive, apontar elevação, sem indicar piora da qualidade da atenção.
Fonte	SINAN e SINASC
Método de Cálculo	Média móvel de 12 meses do número de casos de sífilis congênita em residentes no município no período a contar de 6 meses anteriores ao mês avaliado x 1000 [DIVIDIDO] pelo total de NV de mães residentes no município no mesmo período.
Documentos Oficiais	Indicadores da Casa Civil - DOM de 24/06/2014
Meta	15,96 casos/1000 nascidos vivos
Valor de referência	16,8 casos/1000 nascidos vivos
Ano de referência	2013
Tendência	Redução

PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS	
Conceito	Distribuição percentual dos nascidos vivos segundo tipo de parto normal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação	Indica a frequência de nascidos vivos de partos normais. Baixos percentuais podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco. É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos especializados.
Uso	Analisar variações geográficas e temporais sobre a frequência de partos normais, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência de gravidez. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas a atenção à saúde da mulher e da criança.
Limitação	Não abrange o universo dos partos que deram origem a natimortos e abortos. A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos. A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos, resultante da implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios. Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos. Disponibilidade de dados do Sinasc com, pelo menos, 1 ano de atraso.
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Método de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de partos normais em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$
Documentos Oficiais	COAP - Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013
Meta Pactuada	50,0%
Valor de referência	46,2%
Ano de referência	2008
Tendência	Aumento

#### PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS

Conceito	Proporção dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos (mulheres em idade fértil) investigados, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação	Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos investigados, por 100, no total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Uso	De acordo com a Portaria nº 1119, de 05/06/2008, os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) são considerados eventos de investigação obrigatória. A investigação dos óbitos pode garantir o resgate da informação sobre a real causa do óbito contribuindo na prevenção de casos semelhantes. Ou seja, detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos destas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Trata-se, portanto, de um indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno. A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.
Limitação	A subnotificação dos eventos constitui-se em um grande obstáculo para o conhecimento e a tomada de decisões sobre o problema, pois o subregistro e as informações inadequadas são uma realidade que torna relevante o papel dos Comitês de Redução da Mortalidade Materna.
Fonte	Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS).
Método de Cálculo	$\frac{\text{Nº de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM}}{\text{Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos residentes}} \times 100$
Documentos Oficiais	COAP - Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013
Meta Pactuada	83,0%
Valor de referência	77,5%
Ano de referência	2012
Tendência	Aumento

79

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL	
Conceito	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com 7 ou mais consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação	Estima a frequência de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. O número de consultas de pré-natal pode estar associado à qualidade dos serviços de saúde prestados a esta mulher. É influenciado por fatores socioeconômicos e pela infra-estrutura de prestação de serviços.
Uso	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

Limitação	<p>Não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação um nascido morto. Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas realizadas. A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.</p> <p>A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos, resultante da implantação parcial do SINASC em alguns estados e municípios. Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.</p> <p>Disponibilidade de dados do SINASC com, pelo menos, 1 ano de atraso. O Sinasc não mede os resultados apenas do SUS, mas também da Saúde Suplementar, onde é possível que, por terem maior acesso à educação e maior afluência econômica, sejam realizadas mais consultas, estando elevado artificialmente, principalmente nos estados com maior cobertura de Saúde Suplementar, como os da região Sudeste.</p>
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Método de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$
Documentos Oficiais	SISPACTO
Meta Pactuada	70%
Valor de referência	63%
Ano de referência	2011
Tendência	Aumento

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária	
Conceito	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária em um dado local e
Interpretação	Mede o acesso a realização de exames de mamografia para rastreamento do câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos. Aponta a capacidade de captação dessas mulheres pelas Unidades Básicas de Saúde. Avalia o quantitativo de exames de rastreamento do câncer de mama realizados em mulheres na faixa etária preconizada pelo M.S./INCA em relação a população alvo. Quanto maior a razão, maior a cobertura estimada para esta ação.
Uso	Permite a análise de variações temporais no acesso a exames de rastreamento do câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos em um mesmo local ao longo de uma série histórica, e a comparação entre diferentes regiões, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
Limitação	O indicador considera o quantitativo de exames realizados e não o quantitativo de mulheres submetidas ao rastreamento, fragilizando a análise de cobertura, além de não permitir avaliação qualitativa do programa.
Fonte	Sistema de Informação Abulalorial (SIA/SUS), Código do Procedimento: 0204030188 - mamografia bilateral para rastreamento (M.S.). Sistema de Informação de Câncer de Mama - SISMAMA e SISCAN - Sistema de Informação de Câncer (Painel SUBPAV) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de mamografias para rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos}}{\text{metade da população feminina de 50 a 69 anos no mesmo ano e local}} / \text{Valor referente a 2 meses anteriores}$

Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	0,14
Valor de referência	0,12
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

81

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	
Conceito	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária em um dado local e período.
Interpretação	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, oferecendo subsídio aos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher. Avalia o quantitativo de exames de rastreamento do câncer do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária preconizada pelo M.S./INCA em relação a população alvo. Quanto maior a razão,
Uso	Permite a análise de variações temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero na população
Limitação	O indicador considera o quantitativo de exames realizados e não o quantitativo de mulheres submetidas ao rastreamento, fragilizando a análise de cobertura, além de não permitir avaliação qualitativa do programa.
Fonte	Sistema de Informação Abulalorial (SIA/SUS), Código do Procedimento: 0203010019 - exame citopatológico cérvico- vaginal/microflora (Ministério da Saúde). Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero - SISCOLO e SISCAN - Sistema de Informação de Câncer (Painel SUBPAV) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Método de Cálculo	Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos / um terço da população feminina de 25 a 64 anos no mesmo ano e local / Valor referente a 2 meses anteriores
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	0,35
Valor de referência	0,33
Ano de referência	2012
Tendência	Aumento

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.156 p.: il. - (Série Articulação Interfederativa, v. 1)

82

Número de DIU Inseridos	
Conceito	Quantidade de DIU inseridos nas unidades de primárias e secundárias de saúde da SMS.
Interpretação	Permite mensurar a produção das equipes de saúde, a oferta e o acesso da mulheres ao método contraceptivo.
Uso	Possibilita a verificação, de forma indireta, a oferta do método contraceptivo, a oferta do mesmo pelas unidades e o acesso das mulheres.
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA
Método de Cálculo	Contabilização dos procedimentos de inserção de DIU realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (0301040028 ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	NA
Valor de referência	NA
Ano de referência	NA
Tendência	Aumento
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica: manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2011.

#### PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES MENORES DE 20 ANOS

Conceito	Distribuição percentual de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
----------	---

Interpretação	Indica a frequência de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade. A idade materna pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, tais como prematuridade e o baixo peso ao nascer, que tendem a ser mais frequentes em mães adolescentes e idosas. Oferece subsídios sobre a frequência de gravidez precoce, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população.
Uso	Analisar variações geográficas e temporais sobre a frequência de gravidez precoce, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência de gravidez. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna.
Limitação	É influenciada pela estrutura etária da população feminina e pelo padrão de fecundidade. Não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação um nascido morto. A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres. Deve ser usado em associação com informações adicionais, entre as quais a taxa específica de fecundidade. A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos, resultante da implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios. Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos. Disponibilidade de dados do Sinasc com, pelo menos, 1 ano de atraso.
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Método de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães menores de 20 anos em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$
Documentos Oficiais	SUBPAV
Meta Pactuada	16,0%
Valor de referência	16,9%
Ano de referência	2008
Tendência	Redução

83

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	
Conceito	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação	<p>Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.</p> <p>Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (ver componentes da mortalidade infantil, no item categorias de análise1).</p> <p>Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20)2, parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico.</p> <p>Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos.</p>
Uso	<p>Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.</p> <p>Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.</p>
Limitação	<p>Pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal).</p> <p>Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.</p> <p>Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida.</p> <p>Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.</p>
Fonte	<p>Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.</p> <p>IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.</p>
Método de Cálculo	<p>Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/ Número de nascidos vivos de mães residentes X 1000. Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses.</p>
Documentos Oficiais	<p>Indicadores da Casa Civil - DOM de 24/06/2014</p>
Meta Pactuada	<p>Atingir mortalidade infantil de 11 por 1.000 nascidos vivos em 2014</p>



Valor de referência	13,3/1.000 NV
Ano de referência	2008
Tendência	Redução

COBERTURA DE VACINAÇÃO PENTAVALENTE	
Conceito	Proporção de crianças menores de um ano de idade, vacinadas contra Difteria, Tétano, Coqueluche e Infecções por Haemophilus influenza tipo b e Hepatite B.
Interpretação	É reconhecido o êxito do Programa Nacional de Imunizações nos últimos anos no País, refletindo e contribuindo para melhorias na saúde da população ao prevenir doenças infecciosas redutíveis por imunizantes. É reconhecida a redução significativa da ocorrência de doenças imunopreveníveis, como sarampo, rubéola, tétano, difteria, coqueluche, meningite tuberculosa e meningite por hemófilo e a erradicação de doenças como a varíola e a poliomielite. Para garantia desse estado de controle, de eliminação e/ou de erradicação dessas doenças imunopreveníveis, faz-se necessária a manutenção em níveis elevados de coberturas vacinais de rotina e em campanhas ( $\geq 95\%$ ) de forma homogênea em cada estado, isto é, espera-se que no mínimo 70% dos municípios obtenham 95% de cobertura para a maioria das vacinas (BCG, Poliomielite, Pentavalente, Tríplice viral, Pneumo 10, Meningo C, Rotavírus), 90% para Rotavírus e a vacina contra febre amarela nas áreas indicadas. As informações constantes no Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC serão utilizadas como base de cálculo para as coberturas vacinais.
Uso	Avaliação da proporção de crianças menores de 1 ano protegidas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas pelo Haemophilus influenza tipo b, o que contribui para redução de casos e óbitos por doenças imunopreveníveis
Limitação	Este indicador apresenta limitações para expressar o cálculo devido a erros que podem alterar os componentes para o cálculo. Em relação ao numerador pode haver erros de registros, além daqueles decorrentes da coleta, uma vez que registra-se doses aplicadas por ocorrência do vacinado e não por procedência (não identifica o vacinado) e em relação ao denominador, uma vez que este é composto pelos nascidos vivos registrados no Sinasc que pode estar sub-registrado ou superestimado.
Fonte	APIWEB-DATASUS para doses aplicadas /SINASC para população menor de 1 ano de idade.
Método de Cálculo	$N^{\circ}$ de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose da DTP+Hib+Hep B / População de menores de 1 ano x 100.
Documentos Oficiais	SISPACTO e PMS
Meta Pactuada	95%
Valor de referência	95%
Ano de referência	2012
Tendência	Aumento

Proporção de Internações por Asma em indivíduos $\leq 14$ anos	
Conceito	
Interpretação	Expressa o percentual de internações por asma em relação ao total de internações por doenças do aparelho respiratório em indivíduos $<$ ou $= 14$ ANOS, em determinado local e período.

Uso	A proporção de internações hospitalares por asma em indivíduos < ou = 14 anos pode refletir problemas de acesso, condições inadequadas de atendimento, problemas no cuidado continuado que comprometem a resolubilidade da equipe no sentido de evitar internações por condições sensíveis atenção primária.
Limitação	Defasagem na alimentação dos sistemas de informação.
Fonte	TABNET/SIH SUS
Método de Cálculo	Numerador: Número de internações por asma na faixa etária < = 14 anos, em determinada área e período sobre Denominador: Número de internações por doenças respiratórias na faixa etária < ou = 14 anos , em determinada área e períodoOBS: O indicador do mês vigente deverá ser calculado com os resultados de 2 meses anteriores.
Documentos Oficiais	PMAQ
Meta Pactuada	4,14%
Valor de referência	4,87%
Ano de referência	2013
Tendência	Diminuição

COBERTURA VACINAL DE GRIPE NO IDOSO	
Conceito	Percentual de idosos vacinados contra Gripe, na Campanha Anual de vacinação
Interpretação	Representa a proporção de indivíduos de 60 anos e mais, vacinados na campanha de vacinação contra influenza, realizada anualmente, que tem meta mínima recomendada de 80% do grupo alvo. As informações de estimativa populacional do IBGE são utilizadas para cálculo das coberturas vacinais desse grupo.
Uso	Avaliação da proporção da população alvo que está imunizada contra influenza, o que contribui para redução de casos graves por complicações da gripe.
Limitação	Este indicador apresenta limitações para expressar o cálculo devido a erros que podem alterar os componentes para o cálculo. Em relação ao numerador pode haver erros de registros, além daqueles decorrentes da coleta, uma vez que registra-se doses aplicadas por ocorrência do vacinado e não por procedência (não identifica o vacinado) e em relação ao denominador, que trata o grupo alvo pelo município de residência.
Fonte	APIWEB-DATASUS para doses aplicadas na campanha / população de 60 anos e mais, pelo IBGE
Método de Cálculo	Nº de vacinados de 60 ano e mais, com dose anual contra gripe / População de 60 anos e mais x 100.
Documentos Oficiais	PAINEL SUBPAV
Meta Pactuada	80%
Valor de referência	-
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Conceito	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.
Interpretação	Reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.
Uso	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da ação.
Limitação	
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).
Método de Cálculo	Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF N° de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses / 12 X 100 População no mesmo local e período
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	1
Valor de referência	0,5%
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	
Conceito	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica. Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.
Interpretação	Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.
Uso	Prestar apoio no planejamento, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações.
Limitação	
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Extrações dentárias (Código: 04.14.02.012-3 e 04.14.02.013-8), Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 16 códigos de procedimento) e Período.

Método de Cálculo	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) IBGE - População Critério de Seleção: Numerador - Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE) Denominador - Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso a polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ Preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ Três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente Permanente uni-radicular; 0307020118 selamento de perfuraçãoo radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem corono-radicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontosecção/ Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	≤ 6,0%
Valor de referência	4,5%
Ano de referência	2013
Tendência	Redução

Mortalidade por Doença Cerebrovascular em adultos de 30-59 anos	
Conceito	Número de óbitos por doenças cerebrovasculares em adultos entre 30 e 59 anos, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação	Estima o risco de morte por doenças cerebrovasculares em adultos entre 30 e 59 anos e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco. Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.
Uso	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças cerebrovasculares. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
Limitação	Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.

Método de Cálculo	Número de óbitos por doenças cerebrovasculares em adultos de 30-59 anos/População de 30 a 59 anos residente do município X 100.000 Os óbitos por doenças cerebrovasculares correspondem aos códigos I60 a I69 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses.
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	Reduzir a taxa de mortalidade (de 30 a 59 anos) por doenças cerebrovasculares
Valor de referência	24,2
Ano de referência	2014
Tendência	Redução

Proporção de diabéticos cadastrados na ESF	
Conceito	Percentual de diabéticos cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), em relação ao total de diabéticos estimados para área adscrita da equipe, no período considerado.
Interpretação	Permite a análise da proporção de diabéticos cadastrados no SIAB, em função do quantitativo de diabéticos estimados para determinado local e período.
Uso	Esse indicador permite subsidiar os processos de planejamento, gestão e monitoramento das ações voltadas à atenção à pessoa com diabetes, tanto para as equipes de atenção básica, como para a gestão municipal.
Limitação	Depende do preenchimento correto nos prontuários eletrônicos e da ficha A para que a informação apareça nos relatórios.
Fonte	Numerador: SSA2 (Diabéticos) do SIAB; Denominador: Ficha A. Numerador e Denominador - relatórios dos prontuários eletrônicos - plataforma SUBPAV.
Método de Cálculo	Numerador: número de diabéticos cadastrados na ESF, a partir dos dados do Tabnet – Subpav. Acessar <a href="http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_sitsaude.php">http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_sitsaude.php</a> Selecionar na linha “município”, coluna “não ativa” e conteúdo “DM cadastrado”, dentro do período desejado.  Denominador: Número de diabéticos estimados na população cadastrada na ESF. Acessar <a href="http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_cadastro.php">http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_cadastro.php</a> Selecionar na linha “município”, coluna “não ativa” e conteúdo “mulheres maiores de 20 anos e homens maiores de 20 anos”, dentro do período desejado. A partir do total obtido que é a população >20 anos, calcular o número de diabéticos estimados utilizando dados do vigitel para maiores de 18 anos do ano anterior.  O resultado será numerador/denominador x 100  OBS: O indicador do mês vigente deverá ser calculado com os resultados disponíveis na plataforma SUBPAV de 2 meses anteriores, em virtude da atualização no site não estar disponível no momento do cálculo do mês vigente.
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV; PMAQ
Meta Pactuada	60%

Valor de referência	34,16
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

Proporção de Abandono de tratamento dos casos de tuberculose	
Conceito	Proporção de abandono de todos os casos de tuberculose registrados na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. Considera-se encerrado por abandono o caso em que o doente fica 30 dias ou mais sem tomar a medicação, para os casos em tratamento supervisionado, ou 30 dias após a última consulta agendada, quando o tratamento é autoadministrado.
Interpretação	É um indicador operacional que avalia a adesão ao tratamento da tuberculose. Proporções elevadas de abandono de tratamento estão associadas à baixa qualidade de prestação de serviços aos pacientes com tuberculose. É aceitável uma proporção de até 5% de abandono de tratamento.
Uso	O alcance das metas pactuadas para esse indicador visa um melhor prognóstico do tratamento, assim como a redução do risco de ocorrência de resistência a drogas de primeira linha. Possibilita a verificação, de forma indireta, da qualidade da assistência aos pacientes.
Limitação	A qualidade da base de dados do SINAN pode interferir diretamente nos resultados encontrados. Apresenta restrição em seu uso sempre que ocorre elevada proporção de registros sem informação do desfecho de tratamento ou grande volume de transferências não confirmadas pela vinculação de registros.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
Método de Cálculo	Média móvel de 12 meses do total de casos de tuberculose encerrados por abandono de tratamento no período a contar de 12 meses anteriores ao mês avaliado/Total de casos de tuberculose notificados no mesmo período X 100 para residentes no município
Documentos Oficiais	S/GAB; Painel SUBPAV
Meta Pactuada	12,50%
Valor de referência	13%
Ano de referência	2013
Tendência	Redução
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica: manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2011.

Proporção de Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	
Conceito	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação	Permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose e a consequente diminuição da transmissão da doença.

Uso	Possibilita a verificação, de forma indireta, da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde apontam como meta o alcance de 85% no valor deste indicador.
Limitação	A qualidade da base de dados do SINAN pode interferir diretamente nos resultados encontrados. Apresenta restrição em seu uso sempre que ocorre elevada proporção de registros sem informação do desfecho de tratamento ou grande volume de transferências não confirmadas pela vinculação de registros.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
Método de Cálculo	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados no período/Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados no período X 100 para residentes no município
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	76%
Valor de referência	72,8%
Ano de referência	2012
Tendência	Aumento
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica: manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2011.

PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS PERÍODOS DAS COORTES	
Conceito	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos períodos das coortes (Multibacilares e Paucibacilares segundo a classificação final) nas modalidades de tratamento de primeira linha (I e II)
Interpretação	Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de Saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. A cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas.
Uso	Indicador operacional: avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento de casos novos de diagnosticados até a completude do tratamento.
Limitação	
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Método de Cálculo	Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação; Denominador: Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local Fator de multiplicação: 100

Documentos Oficiais	Orientações Acerca dos Indicadores da Pactuação de Diretrizes, Objetivos e Metas 2012. Conforme pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 26 de abril de 2012. Versão atualizada em 03/08/2012. Ministério da Saúde. - Ministério da Saúde - Portaria Nº 3.125, de 7 outubro de 2010. - Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
Meta Pactuada	90%
Valor de referência	88,30%
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

NÚMERO DE TESTES PARA HIV REALIZADOS	
Conceito	Número de testes para HIV realizados.
Interpretação	Permite monitorar a utilização dos recursos diagnósticos disponibilizados para a detecção de casos de infecção pelo HIV, e comparar esta utilização com a oferta destes recursos na rede assistencial.
Uso	Avaliar o emprego dos recursos disponibilizados para ampliar a detecção de casos de AIDS na população, ensejando a oportunidade de tratamento precoce e quebra na cadeia de transmissão da doença.
Limitação	Subnotificação dos procedimentos realizados.
Fonte	TABNET/SIA
Método de Cálculo	Contabilização dos testes realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): 0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT); 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA); 0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA; 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE; 0214010058 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HIV), para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês anterior A meta pactuada considera um aumento de 10% em relação aos testes realizados em 2013.
Documentos Oficiais	Painel SUBPAV
Meta Pactuada	231.527
Valor de referência	210.479 testes
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

COBERTURA EFETIVA DE VISITAS PROGRAMADAS PARA O ANO	
Conceito	Cobertura e frequência dos agentes da vigilância em saúde nas atividades de campo da vigilância em saúde ambiental.



Interpretação	O conhecimento e a detecção das mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde, pressupõe a presença efetiva de agentes de vigilância em saúde, na dinâmica do controle vetorial dos diversos territórios da cidade. Para tanto, é preciso de uma cobertura significativa em número de visitas sobre os imóveis existentes.
Uso	Indicador de processo na atividade de controle vetorial.
Limitação	Como todos os agentes são territorializados, o absenteísmo contribui como redutor da média, ficando-se assim na dependência da produção e majorada nos territórios
Fonte	SISFAD
Método de Cálculo	Visitas efetivamente realizadas x 100 / a base de imóveis elegíveis do MRJ (2.187.920) x 4 .
Documentos Oficiais	FAD
Meta Pactuada	83%
Valor de referência	80%
Ano de referência	2013
Tendência	Aumento

**ANEXO C — MODELOS DE EQUIPES PROPOSTOS NO DOCUMENTO  
“REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –  
ESTUDO PARA OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS”, DA SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

Quadro - Equipe tipo 1 (Equipe de Saúde da Família)

Modelo de Atenção	Estratégia Saúde da Família (ESF).
População Adscrita	Máximo 3500 habitantes.
Composição da Equipe	01 médico com carga horária de 40h, preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade (Residência em MFC ou TEMFC emitido pela SBMFC); 01 enfermeiro, preferencialmente especialista em enfermagem de família e comunidade; 01 técnico de enfermagem; 01 agente comunitário de saúde para cada 750 pessoas cadastradas.
Processo de trabalho	Cadastramento e atualização de cadastro ativos. Trabalho na lógica da ESF, com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião de equipe). Garantia de atenção a famílias socialmente vulneráveis que não acessem espontaneamente o serviço de saúde, tenham dificuldade de utilização de canais de comunicação com a equipe de saúde ou precisem de vigilância ativa no território, feita pessoalmente através de visitas domiciliares regulares pelo agente comunitário.
Área para cobertura	Regiões com menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da cidade.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Quadro - Equipe tipo 2 (Equipe de Saúde da Família)

Modelo de Atenção	Estratégia Saúde da Família (ESF).
População Adscrita	Máximo 3500 habitantes.
Composição da Equipe	01 médico com carga horária de 40h, preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade (Residência em MFC ou TEMFC emitido pela SBMFC); 01 enfermeiro, preferencialmente especialista em enfermagem de família e comunidade; 01 técnico de enfermagem; 01 agente comunitário de saúde para cada 750 pessoas cadastradas; Com programa de residência.
Processo de trabalho	Cadastramento e atualização de cadastro ativos. Trabalho na lógica da ESF, com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião de equipe). Garantia de atenção a famílias socialmente vulneráveis que não acessem espontaneamente o serviço de saúde, tenham dificuldade de utilização de canais de comunicação com a equipe de saúde ou precisem de vigilância ativa no território, feita pessoalmente através de visitas domiciliares regulares pelo agente comunitário.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Quadro - Equipe tipo 3 (Equipe de Saúde da Família)

Modelo de Atenção	Estratégia Saúde da Família (ESF).
População Adscrita	Acima de 3500 habitantes, variando com base em dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico.
Composição da Equipe	01 médico com carga horária de 40h; 01 enfermeiro com carga horária de 40h; 01 técnico de enfermagem 40h; Ao menos 01 agente comunitário de saúde, com número dependente da necessidade de busca ativa e mobilidade da equipe na área adscrita.
Processo de trabalho	Cadastramento e atualização de cadastro dependendo do tamanho da população, utilização e perfil epidemiológico, podendo ser ativo ou passivo. Trabalho com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião), adaptada ao padrão de utilização dos serviços pela população. Visitas domiciliares dependentes da capacidade de acesso da população às unidades de saúde e facilidade de comunicação por outros canais (telefone, e-mail).
Área para cobertura	Regiões com Índice de Desenvolvimento Social (IDS) médio e alto, onde haja relativa facilidade de deslocamento da equipe técnica pelo território.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Quadro - Equipe tipo 4 (Equipe de Atenção Básica, modelo não-ESF)

Modelo de Atenção	Anterior à implantação da ESF.
População Adscrita	Até 18.000 habitantes.
Composição da Equipe	Ao menos 01 médico com carga horária de 40h (com avaliação dinâmica); 01 enfermeiro com carga horária de 40h; 01 técnico de enfermagem dedicado 40h à equipe; 01 agente comunitário de saúde.
Processo de trabalho	Cadastramento passivo (a partir da procura do usuário pelos serviços). Agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião de equipe) adaptada ao padrão de utilização dos serviços pela população.
Área para cobertura	Regiões com Índice de Desenvolvimento Social (IDS) alto, com facilidade de deslocamento da equipe e população que acessa o serviço de saúde quando necessita, o fazendo com baixa frequência.

Fonte: Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde - estudo para otimização de recursos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro