

A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade

Expansion of the Family Health Strategy in Rio de Janeiro, 2009-2012: a case study in one area of the city

La expansión de la Estrategia Salud de la Familia en Rio de Janeiro, 2009-2012: un estudio de caso en una zona de la ciudad

Reniani Lami Jesus. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. renianilami@hotmail.com
Elyne Engstrom. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. engstrom@ensp.fiocruz.br
Ana Laura Brandão. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. alaurabrandao@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Resumo

Objetivo: descrever os aspectos da expansão da Estratégia Saúde da Família à luz dos relatórios gerenciais e documentos oficiais de uma área da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período 2009-2012, identificando fortalezas e fragilidades. **Métodos:** as análises foram sistematizadas considerando as dimensões das mudanças ocorridas na estrutura e processos e resultados em curto prazo; sistematizadas na matriz SWOT. **Resultados:** identificou-se investimentos em processos formativos para diversas categorias profissionais, implantação da Carteira de Serviços, Protocolo de Enfermagem, Prontuário Eletrônico e Academia Carioca, ampliação do acesso aos serviços e participação mais ativa das lideranças locais. **Conclusão:** ainda há fragilidades, como a articulação das Redes de Atenção à Saúde, porém todo esse processo é contínuo, em sintonia com a Política Nacional de Atenção Básica, na perspectiva da integralidade, coordenação do cuidado e superação de paradigmas no campo da saúde, possibilitando uma mudança na concepção do processo saúde-doença. Foi possível observar mudanças incrementais e algumas inovações importantes, tais como a ampliação da cobertura e do escopo das ações no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave:

Estratégia Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde
Serviços de Saúde

Abstract

Objective: to identify the strengths and weaknesses of the expansion of the Family Health Strategy based on management reports and official documents from one area of the Municipal Health Secretary of Rio de Janeiro from 2009-2012. **Methods:** the analyses were systematized in a Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) matrix according to the structural and procedural changes and short-term results. **Results:** the identified strengths included investments in training processes for various professional groups and implementation of the Service Portfolio, Nursing Protocol, Electronic Medical Records, and Carioca Academy, as well as increased access to services and increased participation by local leaders. **Conclusion:** while weaknesses remain, such as the coordination of Primary Health Networks, the process is continuous, and in line with the national policy on primary care as well as the goals of comprehension, coordination of care, and overcoming paradigms in health, thus enabling a change in the conception of the process of health and disease. Incremental changes and important innovations were observed, such as the expansion of both coverage and the scope of actions within the framework of primary health care.

Keywords:

Family Health Strategy
Primary Health Care
Health Services

Como citar: Jesus RL, Engstrom E, Brandão AL. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37)1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)975](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)975)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 15/07/2014.
Aprovado em: 18/11/2015.

Resumen

Objetivo: describir los aspectos de la expansión de la Estrategia Salud de la Familia a la luz de los informes de gestión y los documentos oficiales de un área de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, entre 2009-2012, las fortalezas y debilidades. **Métodos:** los análisis fueron sistematizados considerando las dimensiones de los cambios en la estructura y los procesos y resultados a corto plazo; revisión sistemática de la matriz SWOT. **Resultados:** se identificaron las inversiones en los procesos de capacitación para diversos grupos profesionales, servicios de Implementación de la Cartera, Protocolo de Enfermería, los Registros Electrónicos y Gimnasio Carioca, un mayor acceso a los servicios y la participación más activa de los líderes locales. **Conclusión:** aún existen debilidades, como la articulación de las redes para la Atención a la Salud, pero el proceso está en curso, de acuerdo a la Política Nacional de Atención Primaria en la perspectiva de la integración, la coordinación de la atención y la superación de paradigmas en el campo de la salud, lo que permite un cambio en el diseño del proceso de salud-enfermedad. Se observó los cambios incrementales y algunas innovaciones importantes, como la ampliación de la cobertura y el alcance de las acciones dentro de la atención primaria a la salud.

Palabras clave:

Estrategia de Salud Familiar
Atención Primaria de Salud
Servicios de Salud

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde, que integra e coordena o cuidado atuando na resolução da maioria das necessidades de saúde da população.¹

AAPS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, e que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada.

Segundo Starfield, os atributos característicos da APS podem ser essenciais e derivados. Os atributos essenciais são: o acesso, a continuidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Os atributos derivados são: a atenção centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. Esses atributos combinados são característicos de sistemas de saúde orientados para a APS.²

Nessa concepção, a APS é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar.²

No Brasil, durante as últimas décadas, grandes mudanças foram realizadas na organização do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na descentralização (regionalização) e reorganização funcional para reorganização do modelo de saúde. A atenção básica obteve um relativo destaque, com a introdução de programas inovadores e estratégicos com objetivos de realizar mudanças no modelo assistencial oferecido pelo SUS.³

Em 1991, iniciou-se a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a proposta de reorientação do modelo assistencial da atenção primária. A experiência inicial de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia de saúde pública estruturada deu-se em 1987, no Ceará, contribuindo para a queda da mortalidade infantil, com ações de saúde da mulher e da criança.

Em 1994, o Ministério da Saúde adota o Programa Saúde da Família (PSF), modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998 como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, com o objetivo principal de viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade.

A ênfase na implantação da ESF justifica-se pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente biomédico por um novo modelo considerando a integralidade da atenção, promoção da saúde, reabilitação, sendo ordenadora do cuidado.

Assim, o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar e social e de seus valores, tornando possível o desenvolvimento de “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”.⁴

A concepção da atenção passa a ser gerenciada por práticas sanitárias, democráticas e participativas, no trabalho em equipe com territórios definidos, pelos quais assumem responsabilidade e a criação do novo modo de atuação, favorecendo a adoção de um enfoque associado ao monitoramento e avaliação dos serviços de saúde da área, buscando, assim, alcançar os princípios norteadores da APS.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Assim, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários.⁴

Estudos apontam a dificuldade de implantação, nos grandes centros urbanos, do modelo centrado na ESF.⁵

Dificuldade apresentada na cidade do Rio de Janeiro, que, no ano de 2009, possuía cobertura de apenas 4% de Estratégia de Saúde da Família, adotando o modelo tradicional de atenção básica em suas unidades de saúde.

Esse cenário modifica-se a partir de 2009, quando o governo municipal propõe um novo modelo de gestão em saúde, com a parceria com Organizações Sociais para gestão da Atenção Básica com o lançamento do Programa Saúde Presente que, entre outras diretrizes, elegeu a ESF como modelo a ser adotado para a expansão e reforma da APS na cidade.⁶

Percebe-se, nesse movimento, uma indução em curto prazo para que a APS possa ser protagonista do modelo de cuidado, promovendo do acesso e melhorando a qualidade dos serviços. Após quatro anos de implementação, cabe uma avaliação desse processo de transformação de modelo de atenção básica, considerando a complexidade de um grande centro urbano, como o caso do Rio de Janeiro. Adota-se como hipótese que o Programa Saúde Presente apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde do município tenha provocado mudanças na reorientação do modelo de atenção à Saúde, há se estudar os desafios e as potencialidades dessa trajetória.

O objetivo deste artigo é descrever a expansão da ESF numa regional de saúde, denominada de Área Programática (AP), situada na Zona Oeste do Município, do Rio de Janeiro em relação às modificações nas condições de estrutura e processos (de gestão, de organização do trabalho, de logística) e alguns resultados intermediários selecionados.

Método

Trata-se de um estudo descritivo que busca apresentar de forma organizada informações sobre a expansão da ESF por meio de um estudo de caso, com análise transversal referente aos anos de 2009 a 2012. Para tal, realizou-se análise documental, em que foram sistematizadas e analisadas informações secundárias da gestão municipal de saúde da área e documentos públicos que expressam um cenário histórico, uma visão política e operacional dos gestores municipais que atuaram na AP no período estudado.

Utilizou-se como base o Relatório de Gestão, que é um instrumento de planejamento e gestão, que demonstra os resultados alcançados e que são apurados com base no conjunto de ações e metas que foram definidos na Programação Anual de Saúde. Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.⁷

Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolvem também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.⁷

No caso estudado o Relatório é elaborado semestralmente pelas áreas programáticas e apresentado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselho Distrital e gestores das unidades, e contém elementos relativos às ações assistenciais, resultados e dificuldades observadas.

APS de qualidade tem sido considerada um importante requisito para a atenção de qualidade nos países, ganhando força por meio de evidências. Os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias em seu elenco de atividades, tendo a APS como eixo norteador das práticas do cuidado, alcançam melhores resultados em saúde e, conseqüentemente, maior satisfação dos usuários.²

Uma série de atributos se combinam para influenciar a qualidade do atendimento que é prestado. Avaliações de desempenho de prestação de cuidados em APS podem incluir detalhes de estrutura e medidas de processo, bem como os de resultados.⁸

A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. A avaliação dos resultados descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como os resultados de políticas e ações de saúde devem-se a muitos fatores, a avaliação de etapas, das proximais às distais, permite aproximações de avaliação do cuidado total.⁹

Considerando-se a natureza multifacetada do estado de saúde, muitas metodologias utilizam medidas de resultado seguras e válidas. Entre estas, incluem-se medidas de capacidade física e estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos, de percepção pessoal da saúde geral, dentre outras.⁹

Considerando os referenciais teóricos sobre pilares da qualidade dos serviços de saúde propostos foram descritas variáveis e indicadores de Estrutura (ampliação das unidades, cadastramento, Recursos Humanos e Informatização), Processo (qualificação das práticas) e Resultados (indicadores referentes a pré-natal, vacinação, exames colpocitológico, dengue, mortalidade materna e infantil), escolhidos por se tratarem de eventos prioritários e relevantes e por estarem nas prioridades da Política Nacional de Atenção Básica.⁹

A avaliação segundo critérios que envolvem estrutura, processo e resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, identificação dos problemas, trazendo, assim, a necessidade de buscar estratégias para a correção dos aspectos não satisfatórios.¹⁰

Os indicadores foram escolhidos por serem considerados nas análises relevantes para a APS, norteadas pela PNAB, a saber: acesso; qualidade e integralidade da atenção; vigilância e informação; promoção da saúde gestão da saúde e formação profissional.⁴

As conclusões foram sistematizadas na Matriz SWOT, por se tratar de uma ferramenta detalhada, de forma a identificar a relação entre os pontos fortes e fracos e atuar para melhoria do processo de trabalho e a gestão dos serviços de saúde. O principal objetivo da matriz SWOT é permitir um olhar em relação às forças que compõem a organização. Isto possibilita que você possa desenvolver e firmar a estratégia. Essa matriz é uma ferramenta de análise de cenário, segundo quatro variáveis: *Strengths* (Forças) e *Weaknesses* (Fraquezas), que possibilitam uma análise do ambiente interno à instituição, e *Oportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), que possibilitam uma análise do ambiente externo.¹¹

Resultados

Sobre a estrutura da APS na área programática

Ampliações dos serviços de saúde

A AP localiza-se na região oeste da cidade do Rio de Janeiro, com área de 163.730km² (13,15% da área do município), é composta por três bairros e possui baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), tendo cerca de 360 mil habitantes.

A expansão de 2008-2012 se retrata pela ampliação do número de unidades, cobertura populacional, número de pessoas cadastradas, número de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e tipos de unidades predominantes.

De 2008 a 2012 houve uma expansão em construção de unidades de saúde. Em 2008, havia 14 Unidades Municipais de Saúde e em 2012 a área possuía 26 unidades, tendo 85% de expansão das unidades.

Em relação ao cadastramento de pessoas da área, em 2009 81.685 cidadãos estavam cadastrados e em 2012 esse numero alcança 332.796 cidadãos com acesso à ESF, ou seja, houve uma cobertura que se iniciou com 58% e em 2012 atingiu 97,2%.

Em relação à implantação das equipes as Equipes de saúde da família, houve um aumento de 183%, e nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) o aumento foi de 205% (Gráfico 1).

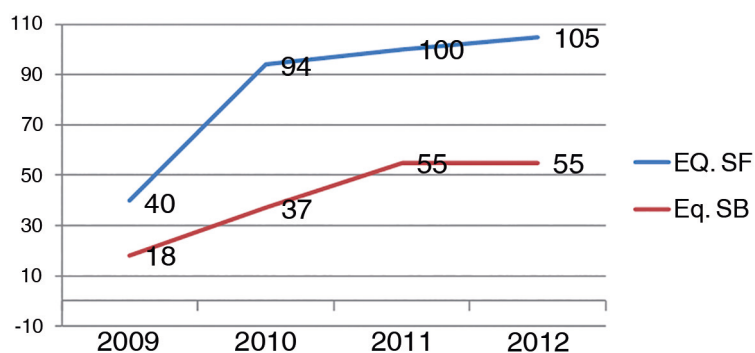


Gráfico 1. Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro, de 2009 a 2012. Fonte: SMS/SUBPAV e AP 5.3 - 2012 ref. Dezembro.

Em relação ao modelo das unidades, foram realizadas denominações: Tipo A, B e C. As unidades tipo A são aquelas que só funcionam a ESF, tipo B equipes de ESF e atendimentos com especialistas e tipo C são unidades que funcionam exclusivamente com especialidades.

Em 2012, houve um aumento nas unidades tipo A (76% para 84%), em relação às do tipo B (12% para 26%) e C (permaneceu 4%) quando comparado a 2011, evidenciando aumento de unidades que adotavam a ESF como principal porta de entrada.

Em relação às Academias Cariocas, em 2011 iniciaram-se as inaugurações e em 2012 todas as unidades foram contempladas com as Academias Cariocas.

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

Recursos humanos

Em relação aos recursos humanos, houve uma expansão de profissionais por meio da contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por Organização Social, permitindo dinamismo ao processo de contratação e, sobretudo, agilidade na admissão de profissionais.

Tal fato se reflete diretamente no acesso da população aos serviços, principalmente de procedimentos clínicos. Entretanto, verificou-se que se manteve a dificuldade de lotação de profissionais médicos na carga horária de 40h/semanais. (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição de profissionais de saúde segundo categoria profissional e regime de contratação de uma área programática do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2009 a 2012.

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

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

Por conta da diversidade de vínculos, há uma diferenciação salarial (Estatutários, Médicos Especialistas e CLT), o que dificulta o processo de contratação de algumas categorias e, diante desse impasse, surgem conflitos em relação aos processos de trabalho.

Implantação de tecnologias de informação

A implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) na área ocorreu a partir de 2011 e foi uma inovação no que se refere ao monitoramento dos indicadores e registros de informações em saúde

obrigatórios pelo contrato de gestão. O mesmo possibilita desde o cadastramento de pacientes e famílias até o registro de consultas médicas, serviços de enfermagem, odontológicos e intervenções, num único prontuário eletrônico por paciente, atingindo, em 2012, 100% de informatização.

Durante o período de implantação do PEP, foram detectadas inconsistências nos dados. Em função disso, a AP organizou um comitê para elaborar coletivamente caminhos para propostas e soluções com a finalidade de melhoria da gestão da informação.

Sobre os processos da APS

Para descrição do processo, utilizou-se a qualificação das práticas em 2011, destaca-se a implantação da Carteira de Serviços e do Protocolo de Enfermagem para nortear o processo de trabalho, bem como aumento das capacitações e ações em saúde para os profissionais e usuários em temas específicos.

A adoção de protocolos e guias auxilia o desenvolvimento de melhores práticas e são estratégias fundamentais tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações quanto na padronização dos processos de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para o enfrentamento de problemas na assistência, na gestão dos serviços de saúde e na obtenção da qualidade dos serviços.

A qualificação das práticas ganha cada vez mais importância visando despertar nos profissionais a vontade de mudar, sendo que aí a EPS é crucial, pois transforma o comprometimento individual no coletivo, abre espaços para o grupo se manifestar e juntos construir um cotidiano de trabalho melhor.

A Academia Carioca é um espaço mobilizador de Promoção da Saúde por meio de ação comunitária e multissetorial, centrada na inserção da prática de atividade física regular nas Unidades Básicas de Saúde. Por garantir o acesso da população a práticas que visem promover o bem-estar físico, mental e social, a Academia Carioca tem se constituído como um significativo dispositivo de construção de uma sociedade mais ativa e com estilo de vida mais saudável.¹²

Na área estudada, com o aumento da implantação da Academia Carioca em todas as unidades de saúde, observou-se o acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes, fazendo mensuração sistemática dos níveis glicêmicos e pressóricos, realizando atividades físicas e educação em saúde com temas como alimentação saudável. Consequentemente, além da diminuição dos efeitos fisiológicos e metabólicos nos indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, ocorreram melhoras significativas para o controle dos níveis séricos e glicêmicos.¹³

Em relação à Saúde Bucal, houve ampliação do acesso ao tratamento odontológico no qual o indivíduo ingressa no programa, a partir de avaliação/exame clínico odontológico com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico (PPT), e essa melhoria do acesso foi devido ao aumento do número de equipes de Saúde bucal na área.

As certificações realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com a SMS, foram outro fator importante para o fortalecimento da gestão e dos processos de trabalho. Pode-se ressaltar a adesão ao Programa de Melhoria da Qualidade (PMAQ).

Sobre alguns resultados de curto prazo

Para análise dos resultados, foram elencados o Pré-natal, Vacinação, Exames colpocitológico, Dengue (Quadro 1) e Mortalidade Infantil e Materna (Quadro 2) por fazerem parte da Política Nacional de Atenção Básica.

Quadro 1. Avaliação de indicadores Pré-natal, Vacinação Tetravalente, Exames citopatológicos e denúncias relacionadas à dengue entre 2009 e 2012 na área 5.3 no Município do Rio de Janeiro.

Atividade	Indicadores	2009	2010	2011	2012
Consultas de pré-natal*	Média de consultas de pré-natal, por gestantes, da unidade X, por ano	2,5	2,55	4,24	5,8
	Número de consultas de pré-natal na rede de atenção primária	12655	13990	22397	34523
Vacinação de tetravalente**	Proporção de crianças menores de 1 ano vacinadas para tetravalente	95	89	90	97
Exames colpocitológicos***	Razão de exames colpocitológicos na faixa etária de 25 a 64 anos, em relação à população-alvo na área de abrangência da unidade	0,11	0,1	0,17	0,23
% de denúncias relacionadas a dengue atendidas pelo 1746 em até 5 dias. (****)	Forma de cálculo: (nº denúncias atendidas em até 5 dias/nº denúncias realizadas) * 100. Meta: ?70%	0	0	65,10%	80%

Fontes: (*) SIA/SINASC; (**) SI-API; (***) SISCOLO; (****) S/SUBPAV/SVS/CVAS. Dados AP - População (IBGE, 2010), nº mulheres de 25 a 64 anos (IBGE 2010) e nº nascidos vivos (SINASC).

Quadro 2. Análise de indicadores de mortalidade infantil e materna.

Indicador	2009		2010		2011		2012	
	MRJ	AP	MRJ	AP	MRJ	AP	MRJ	AP
Mortalidade infantil (*)	13,63	18,43	13,05	14,38	13,22	17,18	13,5	14,26
Mortalidade materna (*)	72,29	67	75,73	155,9	58,62	168,07	45,7	67,15

Fontes: (*) GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC-RJ.

A oferta das consultas de pré-natal apresentou variação positiva em 2011 de 69,6%, no comparativo com 2009. A variação se atribuiu à expansão da ESF, que ampliou o acesso aos serviços e influenciou a média de consultas de pré-natal, que progride a cada ano, alcançando a média de 5,80 consultas em 2012. A média preconizada pelo MS é de seis consultas durante o acompanhamento de pré-natal.

A vacinação de tetravalente alcançou uma cobertura de 97% em 2012, superior ao estabelecido pela SMS. Diversas iniciativas contribuíram para a melhoria deste desempenho, como campanhas de intensificação, eventos de promoção à saúde e vigilância nas salas de imunização.

Na coleta de exames colpocitológicos, registrou-se, ainda, variação positiva em 2012 relacionando a 2009, variando de 0,11 a 0,23 na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (25 a 64 anos).

Em relação a denúncias sobre a dengue, após a inserção da ouvidoria 1746 e várias atividades nos territórios, os usuários passaram a se conscientizar e ampliar as denúncias de suspeita de focos de dengue.

Em relação à mortalidade materna e infantil, houve declínio em 2012 em relação a 2009, devido ao desenvolvimento de atividades de educação permanente com profissionais e usuárias, temas como assistência pré-natal, incentivo ao aleitamento materno e visita à maternidade por meio do Programa Cegonha Carioca, porém a perda de um hospital da rede (referência para partos locais), no final de 2010, foi relevante para a elevação da mortalidade materna e infantil em 2011 (Quadro 2).

Os achados foram sistematizados na Matriz SWOT, na qual é apresentada uma relevância positiva da aproximação da gestão com o Conselho Distrital e lideranças locais, reordenamento do NASF, inserção de novas tecnologias, qualificação das práticas e monitoramento de desempenho (Figura 1).

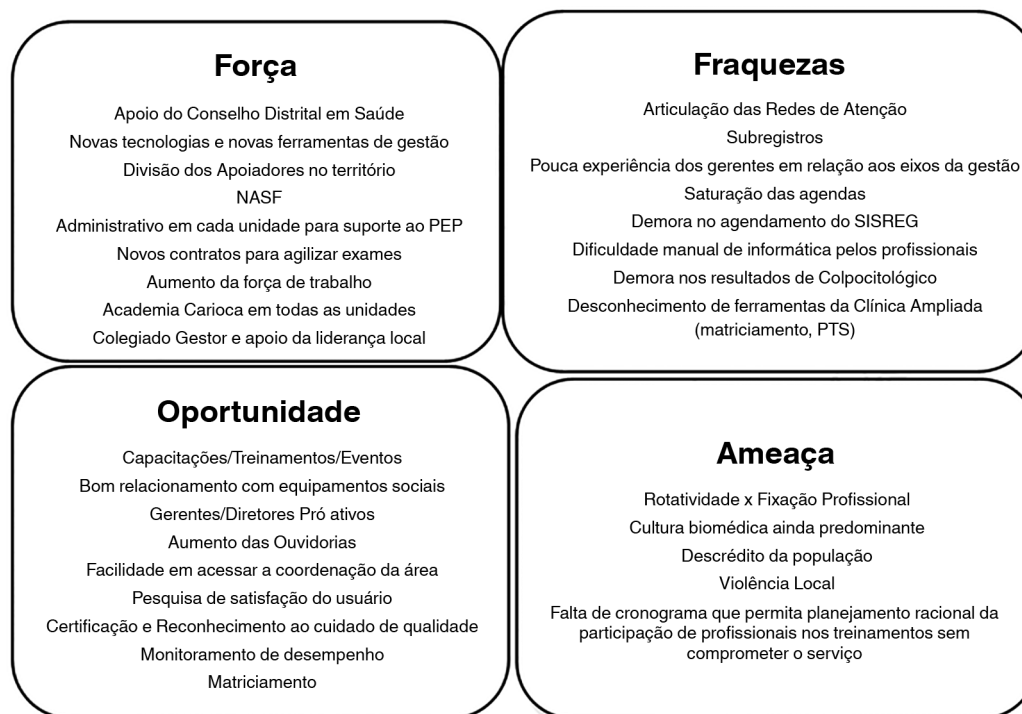


Figura 1. Fragilidades e fortalezas: Matriz SWOT/Comparação com dimensões da PNAB.

Quanto às fragilidades, há rotatividade profissional, fazendo com que a qualificação seja permanente e, com a saída do profissional da unidade, ocorrem problemas, comprometendo o serviço. Ainda há muitos encaminhamentos para especialidades e, por se tratar de um local de difícil acesso, os usuários têm dificuldade de locomoção e de recurso financeiro, causando absenteísmo às consultas agendadas em outro território.

Conclusão

A pretensão do programa Saúde Presente é, sobretudo, ampliar o acesso na área programática. Quanto a isso, os resultados foram positivos, pois em 2012 atingiu-se 97% da população com acesso à ESF, o que representa um grande marco para a história da área. Essa expansão contribui assim para a mudança do modelo de atenção básica tradicional para o centrado na saúde da família.

A eficácia e a efetividade da atenção básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes de saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, são influenciadas pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, reposicionamentos no trabalho e capacidade inventiva dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território.¹⁴

Além disso, um eixo que deveria ser mais articulado seria trabalhar com as prioridades locais dos territórios. O trabalho deve ser articulado pelas necessidades de saúde da população, que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.¹

Ao longo do processo de expansão e implantação de equipes, pode-se destacar a valorização e fixação dos profissionais, principalmente médicos. Alguns elementos foram potencializadores, desde os que tangem às questões salariais, inovação tecnológica e na gestão, com a oportunidade ímpar de ter na área médicos especialistas em saúde da família e comunidade, como também a presença de residentes. Esse escopo contribui de forma singular para a qualidade da atenção à saúde.

Além disso, a inserção dos Prontuários Eletrônicos representou mudança significativa para os profissionais e para o processo de trabalho. A informatização foi um avanço no tocante à tecnologia, porém ainda há problemas nos registros e na produção dos dados, causando viés entre dados apresentados e a realidade, sendo que os mesmos já estão sendo aprimorados.

Em relação aos processos e às qualificações das práticas, percebe-se que houve a intensificação em atividades de formação dos profissionais, promovendo uma reavaliação e melhoria nos processos de trabalho.

Em relação aos resultados, houve ampliação do acesso aos serviços e ação na APS por meio da expansão realizada na área, detectando-se, também, melhoria dos indicadores assistenciais.

Um facilitador foi a ativação das organizações sociais no que se refere à contratação de recursos humanos, organização da logística, aquisição de bens móveis e insumos, além de uma cultura de trabalho por desempenho valorizando o novo modelo de gestão, sendo um momento singular não só na área, mas na metrópole do Rio de Janeiro.

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

Neste estudo, observou-se que a APS é de extrema relevância na organização do sistema de saúde, neste caso pautado na ESF, que ganhou importância na agenda da política de saúde.

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

Novos elementos precisam ser sistematizados, principalmente em decorrência de mudanças no modelo com a incorporação de ferramentas e práticas da gestão, como planejamento, avaliação e monitoramento.

Os resultados identificados seguem as diretrizes da PNAB e fazem a diferença para os usuários e profissionais de saúde.

Uma APS de qualidade existirá apenas se cumprir as suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que a APS deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população.¹

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p [Acesso: 20 Mar 2011]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Públ.* 2010;26(2):286-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>
6. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Plano Diretor da Cidade de Saúde. Rio de Janeiro, SMSDC-Rio, 2009 [Acesso: 05 Ago 2013]. Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/planodiretor/pd2009/audiencias_pd/Apresentacao_PD_Saude_SMSDC22-09-09.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básico/Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana; 1984.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):Suppl:166-206. PMID: 5338568 DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/3348969>
10. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção primária à Saúde. *Rev Bras Saude Mater.* 2005;5(Supl 1):S63-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292005000500007>
11. 100 Grandes Conceitos de Gestão. In: Rodrigues JN, Cardoso JF, Nubes C, Eiras R. 50 gurus para o século XXI. 1a ed. Lisboa: Centro Atlântico; 2005.
12. Dia Nacional do Idoso é comemorado com baile do programa Academia Carioca. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro [Acesso: 28 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=4991114>
13. Paz EPA, Guimarães RM, Muzi CD, Tavares MAS, Bahia CA, Ayres ARG. Análise da tendência da mortalidade masculina no Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):593-9. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000400593&script=sci_arttext&tlng=es
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.