



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

LANGS DE ARANTES FERREIRA DE MELLO

**Avaliação das unidades de atenção primária à saúde no município  
do Rio de Janeiro a partir do Programa Nacional de Melhoria do  
Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**

Rio de Janeiro

2016

# **LANGS DE ARANTES FERREIRA DE MELLO**

## **Avaliação das Unidades de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**

Linha de Pesquisa: “O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Luciane de Souza Velasque

Coorientadora:

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Teresa Tonini

**Rio de Janeiro**

**2016**

M527 Mello, Langs de Arantes Ferreira de.  
Avaliação das unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) / Langs de Arantes Ferreira de Mello, 2016.  
67 f. ; 30 cm

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Luciane de Souza Velasque.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra Teresa Tonini.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.  
3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Velasque, Luciane de Souza. II. Tonini, Teresa. III. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 613.04

Langs de Arantes Ferreira de Mello

**Avaliação das Unidades de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro Segundo os resultados do PMAQ: Indicadores de óbito materno e neonatal**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Luciane de Souza Velasque – UNIRIO  
Presidente

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Joanir Pereira Passos – UNIRIO  
1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo – FIOCRUZ  
2<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Adriana Lemos Pereira – UNIRIO  
Suplente

---

Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva – UNIRIO  
Suplente

**Dedico a minha mãe a realização deste trabalho, pois sem seu apoio e incentivo dificilmente teria conseguido.**

## AGRADECIMENTOS

**Aos membros da banca examinadora**, professores Drs., Kathleen Tereza da Cruz, Fabiana Assumpção de Souza, Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Enirtes Caetano Prates Melo, Joanir Pereira Passos, Adriana Lemos Pereira e Alexandre Sousa da Silva pela disponibilidade e por todas as contribuições para a construção desta dissertação.

**À minha orientadora, Prof. Dra. Luciane de Souza Velasque**, por todas as orientações, pela paciência, disponibilidade e incentivo, assim como por todas as críticas construtivas e reflexões fundamentais neste percurso. Sou grato por todos os ensinamentos transmitidos nestes dois anos de convivência.

**À minha coorientadora, Prof. Dra. Teresa Tonini**, agradeço pelos incontáveis ensinamentos a mim oferecidos desde os meus primeiros passos na graduação durante minha iniciação científica, até a conclusão desta dissertação. Por sempre acreditar em meu trabalho e me guiar na busca pelo conhecimento sempre com alegria e gentileza inigualáveis.

**Aos Profs. Drs. Alexandre Sousa da Silva e Steven Dutt Ross**, pelas inestimáveis contribuições na e construção dos mapas e delineamento estatístico deste trabalho.

**À minha mãe, Emilia Teresa de Arantes**, por todo o cuidado, carinho, apoio e incentivo ao longo de toda esta jornada que me permitiu chegar até aqui.

**À minha família**, por ser minha base e meu porto seguro em todos os momentos.

**Aos meus amigos**, por compreender os momentos de ausência e por todo o incentivo e apoio ao longo desta caminhada.

**Aos professores e a todos os funcionários da UNIRIO**, e em especial da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, esta que foi minha segunda casa ao longo dos últimos sete anos. Devo muito da minha formação acadêmica, profissional e da minha construção enquanto cidadão a esta instituição e a cada um dos 205 milhões de brasileiros que a mantém.

A todos estes, meus mais sinceros agradecimentos.

Da análise

Eis um problema! E cada sábio nele aplica

As suas lentes abismais.

Mas quem com isso ganha é o problema, que fica

Sempre com um x a mais...

(Mário Quintana)

## RESUMO

A partir de 2009 o município do Rio de Janeiro passou por uma marcante reforma na Atenção Primária à Saúde (APS). A cobertura da Estratégia de Saúde da família saltou de 7% em 2009 para 40% em 2012. No intuito de avaliar a qualidade da rede APS, o ministério da saúde instituiu o PMAQ, uma avaliação nacional das equipes de saúde da família. Neste sentido, este estudo objetiva avaliar as Unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Estudo ecológico com dados secundários. Foi realizada a análise descritiva e espacial dos dados, apresentando em mapa a classificação obtida no PMAQ pelas equipes. Os indicadores mortalidade materna e neonatal foram escolhidos para observar se houve algum efeito proporcionado pela mudança da orientação da atenção primária no município. Os dados do PMAQ apontam que no município do Rio de Janeiro 65% das equipes obteve desempenho “bom” ou “ótimo”, 34,7% “regular” e 0,3% “insatisfatório”. Não houve associação entre os indicadores e o tipo de unidade a qual a equipe avaliada estava vinculada. Quando analisada geograficamente, a heterogeneidade dos resultados do PMAQ mostra uma clara polarização entre as unidades com equipes classificadas como ótimas e regulares, estando o primeiro grupo concentrado na região da Área Programática 5 e o segundo na AP 3. De 2008 a 2011 houve uma relativa estabilidade dos indicadores de mortalidade materna e neonatal, havendo inclusive uma tendência de acréscimo de 2012 a 2013. Assim, não podemos associar qualquer mudança de tendência destes indicadores a expansão da rede APS.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

From 2009 the city of Rio de Janeiro has undergone a remarkable reform in Primary Health Care (PHC). The Family Health Strategy coverage jumped from 7% in 2009 to 40% in 2012. In order to evaluate the quality of PHC network, the ministry of health instituted PMAQ, a national evaluation of family health teams. Thus, this study aims to evaluate the Primary Health Care Units in the city of Rio de Janeiro, from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ). Ecological study with secondary data. Descriptive and spatial analysis of data was performed, showing on the map the classification obtained in PMAQ by the teams. Maternal and neonatal mortality indicators were chosen to see if there was any effect provided by the orientation changing of primary health care in the county. The PMAQ data shows that in the city of Rio de Janeiro, 65% of the teams were rated as "good" or "excellent", 34.7% "regular" and 0.3% "unsatisfactory". There was no association between indicators and the type of unit to which the assessed team was bound. When analyzed geographically, the heterogeneity of PMAQ results show a clear polarization between the units with teams classified as "excellent" and "regular", with the first group concentrated in the Programatic Area (AP) 5 and the second in the AP 3. From 2008 to 2011 there was a relative stability of maternal and neonatal mortality indicators, including having an increased trend from 2012 to 2013 so we can not associate any trend change of these indicators to the expansion of PHC network.

**Keywords:** Program Evaluation; Primary Health Care; Family Health Strategy

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro .....	26
<b>Figura 2</b> - Distribuição da população por AP (2012) .....	28
<b>Figura 3</b> - Histórico da cobertura ESF nas capitais do Sudeste .....	29
<b>Figura 4</b> - Distribuição espacial dos tipos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por população residente, segundo áreas programáticas (APs) em 2012. (Censo) .....	34
<b>Figura 5</b> - Distribuição espacial dos tipos de Unidade de Básica de Saúde (UBS) que participaram da avaliação do PMAQ por área programática .....	35
<b>Figura 6</b> - Distribuição espacial das equipes com conceito “ótimo” no PMAQ em 2012.....	39
<b>Figura 7</b> - Distribuição espacial das equipes com conceito “bom” no PMAQ em 2012 .....	39
<b>Figura 8</b> - Distribuição espacial das equipes com conceito “regular” no PMAQ em 2012.....	40

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Síntese dos indicadores de desempenho e monitoramento dos focos assistenciais prioritários da atenção básica. ....	21
<b>Quadro 2</b> - Dimensões para ponderação e certificação das equipes .....	23
<b>Quadro 3</b> - Critérios para estratificação dos municípios .....	23
<b>Quadro 4</b> - Categorias de certificação segundo critérios estatísticos.....	24
<b>Quadro 5</b> - Repasses de verba segundo níveis de certificação .....	24
<b>Quadro 6</b> - Características das APs .....	27

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Tipo de UBS por área programática (agrupadas) segundo o censo de infraestrutura, 2012.....	35
<b>Tabela 2</b> - Classificação das equipes avaliadas pelo PMAQ por AP (agrupadas)....	37
<b>Tabela 3</b> - Classificação das equipes avaliadas pelo PMAQ por tipo de unidade ....	38
<b>Tabela 4</b> - Indicadores de óbito materno e neonatal .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AMAQ</b>	Avaliação para Melhoria de Qualidade (Atenção Básica)
<b>AP</b>	Área de Planejamento
<b>API</b>	Application Programming Interface (Interface de Programação de Aplicação)
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BIRD</b>	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
<b>CAP</b>	Coordenação de Área de Planejamento
<b>CF</b>	Clínica da Família
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CMS</b>	Centros Municipais de Saúde
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>EAB</b>	Equipe de Atenção Básica
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EqSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>GPS</b>	Global Positioning System (Sistema de Posicionamento Global)
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IPP</b>	Instituto Pereira Passos
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>OS</b>	Organização Social
<b>OSCIP</b>	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
<b>OSS</b>	Organização Social de Saúde
<b>PAB</b>	Piso da Atenção Básica
<b>PAC</b>	Programa de Aceleração do Crescimento
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PDRAE</b>	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto

<b>PMAQ</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PROESF</b>	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIM</b>	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UPP</b>	Unidade de Polícia Pacificadora
<b>WHA</b>	World Health Assembly (Assembleia Mundial da Saúde)

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	13
O TEMA e O PROBLEMA .....	13
Objetivo geral .....	18
Objetivos Específicos .....	18
Justificativa .....	18
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	20
Sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) ...	20
Caracterização do município do Rio de Janeiro .....	25
<b>CAPÍTULO 3 - MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	31
3.1 Criação dos mapas .....	31
3.2 Indicadores .....	32
3.3 Análise estatística .....	32
<b>CAPÍTULO 4 - RESULTADOS</b> .....	34
<b>CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>CAPÍTULO 8 - REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>ANEXOS</b> .....	57
Anexo I – Indicadores selecionados pelo PMAQ segundo área estratégica e natureza de seu uso .....	57
Anexo II – Subdimensões do instrumento de avaliação externa PMAQ .....	60
Anexo III – Aprovação CEP UNIRIO .....	65

## **CAPÍTULO 1**

### **O TEMA e O PROBLEMA**

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma complexa rede na qual o setor público, em seus níveis federal, estadual e municipal financiam a atenção à saúde provida através de o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um sistema que se propõe a ser universal, integral e equânime, constituindo-se em grande desafio, dadas as dimensões continentais do Brasil, suas profundas desigualdades socioeconômicas e sua população coberta composta por 202 milhões de pessoas.

Neste sentido, segundo disposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080 de 1990 (Lei orgânica da saúde), que regulamentam o SUS, todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público conformam o SUS, sendo permitido à iniciativa privada atuar no sistema em caráter complementar. (BRASIL, 1988 e BRASIL, 1990).

Fruto de fortes e intensos movimentos sociais, a Reforma Sanitária possibilita o surgimento do SUS. Esse movimento de reforma sanitária emergiu no Brasil no início da década de 1970 em meio a ditadura militar e diante de uma forte crise política. Este movimento era a expressão de um conjunto de ideias relacionadas a mudanças e transformações vistas como necessárias ao sistema de saúde no Brasil. Tendo sido liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil, o movimento da reforma sanitária foi o precursor da quebra do paradigma vigente até então (PAIM et al., 2011).

Na época, o modelo de saúde existente era extremamente biologicista, em contraposição ao modelo almejado pelos profissionais defensores da reforma sanitária por compreenderem que saúde extrapolava a esfera puramente biológica, incorporando a questão social e a política e de forma indissociada à cidadania. Em busca da melhoria das condições de vida da população, os questionamentos trazidos pela reforma sanitária abrangiam o setor saúde como um todo. Este movimento teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

O Banco Mundial viu na saúde um importante mercado a ser explorado. Segundo dados de 1990, consome-se cerca de US\$ 1,7 trilhão em serviços de saúde

no mundo (RIZZOTTO, 2000). Nesse sentido, esse Banco tentava influenciar a política de saúde de países em desenvolvimento, condicionando o empréstimo de dinheiro a aceitação da política de saúde por ele definida. Apesar dessa influência, as propostas da reforma sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado na Constituição Federal de 1988 e a consequente criação SUS.

Em resposta à Constituição Brasileira de 1988 e à aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o Banco Mundial publicou o documento intitulado “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” (1991), em que se posicionava de forma contrária às demandas da reforma sanitária contempladas no novo ordenamento jurídico brasileiro. O eixo central das propostas do Banco Mundial foi o custo-efetividade do sistema baseado no acesso seletivo e não universal à saúde pública, de forma que os programas de saúde fossem orientados especificamente para os pobres (BANCO MUNDIAL, 1991).

Ao propor um modelo assistencial público e limitado voltado à população de baixa renda, O Banco Mundial pressupunha que a parcela da população, com condições de pagar pelos serviços de saúde de forma direta, teria acesso a um modelo mais amplo e a cargo da iniciativa privada. Essas propostas se opunham ao princípio de universalidade do SUS, centravam em uma limitada atenção básica e impunham a racionalização ao atendimento hospitalar.

Apesar dessas inegáveis influências do Banco Mundial na área da saúde, a reforma sanitária logrou com conquistas bastante satisfatórias. Entretanto, pode-se dizer que, de algum modo, tais influências feriram a filosofia e os preceitos dos reformistas. Alguns exemplos são a flexibilização administrativa, repasse de serviços para as organizações sociais e ampliação da rede privada de serviços de saúde claramente demonstrada pela franca expansão da rede privada e do número de usuários (RIZZOTTO, 2000).

Ao longo dos anos, essas situações antagônicas à filosofia e aos preceitos criavam dificuldades ao processo de implantação do SUS. Os cuidados em saúde estavam impregnados de ações curativas de lógica hospitalocêntrica. Necessitava-se responder de forma efetiva e eficiente às demandas da população. Para tal, esse complexo sistema de saúde demandava forte sintonia entre a sua estruturação e a situação de saúde da população. O alcance de tal sintonia implica em entender, previamente, que sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às

necessidades de saúde da população e que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos diretamente impactados por fatores mutáveis ao longo do tempo, tais como os biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e econômicos susceptíveis a variações em nível individual e coletivo.

Dedecca e Trovão (2013) destacam que a criação do SUS permitiu maior acesso à saúde pela população brasileira, entretanto, os serviços prestados são, em média, de baixa qualidade, expondo que além dos recursos financeiros existentes serem insuficientes para atender a população com qualidade, admite-se, também, que existe a necessidade de maior eficiência no gasto. A insuficiência de recursos explicita-se, ainda mais, ao se comparar os gastos no Brasil com aqueles realizados por países que mantêm políticas de saúde de cobertura universal.

Ferreira (2004) afirma que há uma urgente necessidade de ampliar os recursos da saúde sem deixar de reconhecer a existência de níveis inadmissíveis de relacionados a baixa capacidade gerencial das pessoas que operam as ações deste setor, não sendo difícil reconhecer que a gerência dos serviços de saúde padece de mazelas que não podem mais ser toleradas.

Em buscar de responder aos problemas e às demandas em saúde, há crescente preocupação do governo com a atenção básica manifestada através de indução do sistema ao modelo de Atenção Primária. Promove-se esse modelo como efetiva porta de entrada do sistema de saúde para ordenar a rede do SUS, de forma a distanciar-se da lógica hospitalocêntrica que era voltada, prioritariamente, para resolução das patologias em fase aguda.

Segue-se uma grande expansão da atenção básica nos últimos anos, evidenciando a necessidade de definir um modelo assistencial e administrativo mais pérvio e dinâmico, com fluxo de atendimento para minimizar obstáculos de acesso universal do usuário. Essa necessidade de adequação se torna ainda mais premente, uma vez que estudos visto que estudos (LIMA et al., 2007; MARQUES; LIMA, 2007; PONTES et al., 2009) apontam para problemas como a espera prolongada pelo atendimento, a inadequada área física do serviço e até mesmo para a insatisfação quanto ao serviço prestado pelos profissionais da unidade. Para que estes obstáculos sejam minimizados, é de suma importância que este modelo gerencial conte com um planejamento que contemple os preceitos da ESF.

Um sistema de saúde com base na Atenção Primária em Saúde (APS) requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas otimizadas de organização e gerenciamento em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar determinantes de saúde e equidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 2008, p. 8).

Em prol da APS, houve a implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, com objetivo prioritário de reorganização da atenção básica no Brasil. A confluência de um conjunto de fatores impulsionou a implantação do PSF, em especial, a experiência bem-sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, onde já atuava desde 1991. Esse Programa funciona através de equipes de saúde da família compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal (incluídas em 2004 e compostas a priori por um dentista e um técnico em saúde bucal).

A partir de 1998, o governo federal adotou uma série de ações indutivas através do incentivo financeiro através de transferência automática de recursos para a APS, como por exemplo, o Piso da Atenção Básica fixo – PAB fixo (calculado per capita) e o Piso de Atenção Básica variável – PAB variável (específico para o PSF e calculado segundo critérios específicos). Sob influência dessa forte política indutiva do governo federal, através da portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF foi consolidado enquanto estratégia prioritária para a reorganização do modelo assistencial da atenção básica, passando a ser o eixo prioritário do sistema e sendo elevado à porta preferencial de entrada no sistema de saúde. Desde então, passou a ser denominado de Estratégia saúde da Família (ESF).

Apesar de fortes estruturas burocráticas, o governo dentro de sua política indutiva a APS desenvolveu projetos de expansão da atenção primária como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Conforme explicado por Silva (2014), o PROESF foi viabilizado por um empréstimo celebrado com o Banco

Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), que é vinculado ao Banco Mundial.

O objetivo do PROESF era a expansão da ESF em municípios com mais de 100 mil habitantes. Ele se deu em duas fases, sendo a primeira ocorrida entre 2002 e 2007 e a segunda, entre 2009 e 2013. Segundo dados de sua primeira fase, “Em 2004, as Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul apresentavam as maiores proporções de população coberta pelo PSF, aproximadamente 55%, 41% e 38%, seguidas das Regiões Norte e Sudeste, com 34% e 30%.” (CONILL, 2008). Apesar de importante expansão em todas as regiões, o aumento mais expressivo da cobertura se deu em municípios de baixo IDH, porém ainda há desigualdade de cobertura entre as regiões, com destaque a incipiente cobertura ESF nas capitais.

Posteriormente ao PROESF, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), objetivando avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Assim, busca avaliar o desempenho dos sistemas de saúde municipal, estadual e federal, visando ampliação de acessibilidade, fortalecimento do controle social e transparências dos processos de gestão do SUS (BRASIL, 2012).

Em parceria com a Rede de Pesquisa em APS e inúmeras Instituições de Ensino Superior, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde avaliou os serviços de atenção básica de mais de 5 mil municípios brasileiros. Essa avaliação externa focou as condições de acesso e a qualidade das equipes de atenção básica (FAUSTO et al., 2014).

A partir dessas considerações, questiona-se:

- Como se dá a distribuição espacial dos dados do primeiro ciclo do PMAQ?
- Qual o desempenho dos indicadores de mortalidade materna e mortalidade neonatal no município do Rio de Janeiro? Há um efeito positivo da implantação da ESF nesse município?

## **Objetivo geral**

- Avaliar as Unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

## **Objetivos Específicos**

1. Apresentar distribuição espacial por área programática da certificação obtida pelas equipes no Município do Rio de Janeiro a partir dos resultados do PMAQ.
2. Analisar os indicadores de mortalidade materna e mortalidade neonatal relacionando com a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro.

## **Justificativa**

Considerando a política indutiva à Atenção Primária em Saúde (APS) promovida pelo Ministério da Saúde, assim como a ampla expansão da APS no Rio de Janeiro, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos avaliativos deste modelo de Atenção à Saúde neste cenário.

Neste sentido, esta pesquisa contribui para a discussão da necessidade de haver um processo contínuo de avaliação em saúde, em especial, dentro do processo evolutivo da APS. Tal estudo pode servir como parâmetro de comparação da APS com outros Municípios do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil. Devido ao fato do estudo se utilizar do instrumento de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde instituído pelo governo federal a nível nacional, a amostra de UBS participantes pode ser muito superior ao que seria alcançado de outra forma. Além de trazer um olhar mais contextualizado aos dados coletados, a utilização destes dados permite um maior aprofundamento nos dados tendo em vista as especificidades do Município do Rio de Janeiro, o que seria extremamente difícil de atingir somente com a análise do Ministério da Saúde que deve abranger todo o país.

No que tange aos indicadores escolhidos (mortalidade materna e neonatal), destaca-se a magnitude do problema. Apesar da tendência de redução evidenciada nos últimos anos, estes indicadores ainda são considerados altos no Brasil, cenário este que não difere do encontrado no município do Rio. A enorme desigualdade social acaba por criar barreiras de acesso a saúde, especialmente para moradores das favelas que antes da expansão da rede APS, não possuíam UBS em suas comunidades, tendo que se deslocar para obter atendimento, inclusive para realização do pré-natal.

Com a expansão da rede APS e início das atividades das EqSF (objeto de avaliação do PMAQ) dentro das comunidades, observou-se um impacto direto no território, em especial no que tange ao acesso ao sistema de saúde, uma vez que deixou de ser necessário realizar grandes deslocamentos até a UBS de referência. Assim se demonstra a relação entre a performance das equipes na avaliação do PMAQ e mudança do risco ofertado pelo território desta população.

Destaca-se, também, que este estudo se insere a linha de pesquisa “O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar” se propondo a contribuir com a produção de conhecimento na área e trazer subsídios para uma análise aprofundada do tema na academia. Esta discussão se mostra especialmente importante no sentido de contribuir para o processo ensino-aprendizagem, propagação do tema e consequente consolidação da avaliação em saúde como processo contínuo e necessário para melhoria do SUS.

## **CAPÍTULO 2**

### **SOBRE O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

O PMAQ se insere dentro de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde denominada “Saúde mais perto de você”. No âmbito do SUS, o PMAQ foi instituído pela portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 do Ministério da Saúde (MS), que, considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção, define em seu Art. 1º como objetivo do PMAQ:

“[...] Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”  
(BRASIL, 2011)

Conforme disposto na portaria supracitada, o PMAQ é composto por quatro fases distintas e complementares entre si a saber: Adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização. Na fase de adesão, todas as equipes que se encontram em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios definidos no Manual Instrutivo do PMAQ, independente do modelo assistencial pelo qual se organizavam, podem aderir ao programa. Nesta etapa, ocorre a contratualização de compromissos e indicadores entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, desenvolvendo um processo que envolve pactuação local, regional e estadual, havendo participação do controle social. (BRASIL, 2012a; BARBOSA, 2014)

A fase de desenvolvimento se divide em quatro em quatro etapas, a saber: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na primeira etapa é realizada a autoavaliação da equipe segundo instrumentos ofertados pelo programa. O Ministério da Saúde adotou como principal instrumento de autoavaliação das equipes, o AMAQ (Avaliação para Melhoria de Qualidade), mas deixa livre para que cada equipe utilize o instrumento que melhor se enquadre ao seu

perfil. Independente do instrumento, autoavaliação tem por objetivo reconhecer os pontos positivos e negativos do cotidiano das equipes, assim como realizar um levantamento das necessidades de educação permanente e de apoio institucional no âmbito dos serviços, sem caráter punitivo. (op. Cit.)

Ainda na fase de desenvolvimento, o PMAQ utiliza 47 indicadores (Anexo I), subdivididos em sete áreas estratégicas (Quadro 1). Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica. Os indicadores se subdividem em indicadores de desempenho (relacionados ao desempenho da equipe e verificados durante a avaliação externa, quando a unidade é recebida pela visita das equipes de avaliação vinculadas a universidades e centros de pesquisa), e indicadores de monitoramento (acompanhados regularmente e relacionados a oferta de serviços e resultados alcançados pelas equipes, porém, sem influenciar na pontuação das mesmas). Estes indicadores são avaliados através dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (op. Cit.)

**Quadro 1** – Síntese dos indicadores de desempenho e monitoramento dos focos assistenciais prioritários da atenção básica.

Área Estratégica	Desempenho	Monitoramento	Total
Saúde da mulher	6	1	7
Saúde da criança	6	3	9
Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
Saúde bucal	4	3	7
Produção geral	4	8	12
Tuberculose e hanseníase	0	2	2
Saúde mental	0	4	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>47</b>

Fonte: (Brasil, 2012a)

A terceira fase é composta pela avaliação externa, quando há a certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica por instituições de ensino e/ou pesquisa, através da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados. Ocorre, também, avaliação da rede local de saúde pelas equipes, avaliação da satisfação do usuário e estudo sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde com vistas a apoiar a gestão local.

A avaliação externa gera um escore conforme o desempenho considerando três componentes a verificar: implementação de processos auto avaliativos (10% da nota final); verificação dos 24 indicadores de desempenho contratualizados (20% da nota final); e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade através do instrumento de avaliação externa. (70% da nota final). (BRASIL, 2012a, 2013a)

O instrumento de avaliação externa é similar ao Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) de forma a assegurar a coerência das informações, dado que os resultados serão acompanhados ao longo dos próximos ciclos do PMAQ e permitindo, também comparabilidade entre os resultados das equipes do mesmo estrato. O instrumento é composto por itens de responsabilidade dos gestores e das equipes, avaliando a estrutura, condições de trabalho dos profissionais e satisfação dos usuários (BRASIL, 2013b). Conforme exposto pelo MS (BRASIL, 2012b, 2013a, 2013b), instrumento é composto por quatro módulos:

- **Módulo I:** - Observação na Unidade Básica de Saúde avaliando as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS.
- **Módulo II:** - Entrevista com um profissional de nível superior da equipe e verificação de documentos na UBS no sentido de analisar o trabalho da equipe e como esta se organiza.
- **Módulo III:** Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde objetivando verificar a percepção dos usuários no tocante ao acesso e utilização dos serviços oferecidos na UBS.
- **Módulo IV:** Módulo eletrônico respondido on-line respondido pelos gestores. Objetiva fornecer um conjunto de informações complementares aos módulos anteriores.

Em todos os módulos, há questões para certificação das equipes e questões que têm por objetivo levantar informações para aperfeiçoar as políticas de saúde havendo a possibilidade de em futuros ciclos do PMAQ serem incorporadas às questões que afetam a certificação. As perguntas do instrumento são divididas em subdimensões, cada uma composta por um conjunto de padrões de qualidade a serem aferidos. (Anexo II) Estas subdimensões, por sua vez, são ramificações de

outras cinco dimensões avaliativas (Quadro 2), cada qual ocupando um diferente percentual do instrumento.

**Quadro 2 - Dimensões para ponderação e certificação das equipes**

Percentual	Dimensão
10%	Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica
10%	Estrutura e condições de funcionamento da UBS
20%	Valorização do trabalhador
50%	Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho
10%	Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário

Fonte: (Brasil, 2012b; Barbosa, 2014)

Considerando a diversidade que se apresenta entre os municípios brasileiros, no sentido de garantir a comparabilidade dos resultados, o MS alocou os municípios em seis estratos (Quadro 3). Para tal, foram considerados critérios sociais, econômicos e demográficos a saber: Produto interno bruto (PIB) per capita (peso 2); Percentual da população com plano de saúde (peso 1); Percentual da população com Bolsa-Família (peso 1); Percentual da população em extrema pobreza (peso 1); Densidade demográfica (peso 1). A partir destes indicadores, foi gerado um índice variando de zero a dez, distribuindo os municípios em seis estratos respeitando a seguinte distribuição:

**Quadro 3 - Critérios para estratificação dos municípios**

Estrato	Critérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85

Fonte: (Brasil, 2012a)

A partir da avaliação externa, as equipes foram classificadas em quatro categorias:

**Quadro 4** - Categorias de certificação segundo critérios estatísticos

<b>Desempenho</b>	<b>Critério</b>
Insatisfatório	Quando o resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato
Regular	Quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato
Bom	Quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato
Ótimo	Quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais 1) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato

Fonte: (BRASIL, 2012a)

Segundo o MS, no ano de 2012, 4.069 municípios brasileiros (73%), aderiram ao PMAQ em todos os estados, contemplando 17.669 equipes de atenção básica. Com relação ao repasse Federal, o PMAQ vincula a transferência de recursos do Ministério da Saúde a aferição de qualidade das equipes, caracterizando-se como uma estratégia derivada da pactuação tripartite ao incentivar uma melhoria de resultados seguida de um incremento financeiro aos municípios participantes conforme o resultado da aferição de qualidade dos serviços ofertados a população pelas equipes segundo critérios definidos pelo MS. Denominado “Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), o valor desses repasses fica vinculado ao desempenho das equipes que é classificado como ótimo, bom, regular ou insatisfatório. Os repasses seguem o seguinte critério:

**Quadro 5** - Repasses de verba segundo níveis de certificação

<b>Certificação</b>	<b>Repasso de verbas via PAB variável</b>
Insatisfatório	Suspensão do repasse da verba
Regular	Manutenção dos 20% do Componente de Qualidade do PAB-variável
Bom	Ampliação para 60% do Componente de Qualidade do PAB-variável
Ótimo	Ampliação para 100% do Componente de Qualidade do PAB-variável

Fonte: (BRASIL, 2012a)

Já na fase de reconstrução (quarta e última fase do ciclo), ocorre nova pactuação dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas fases 2 e 3.

## **CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

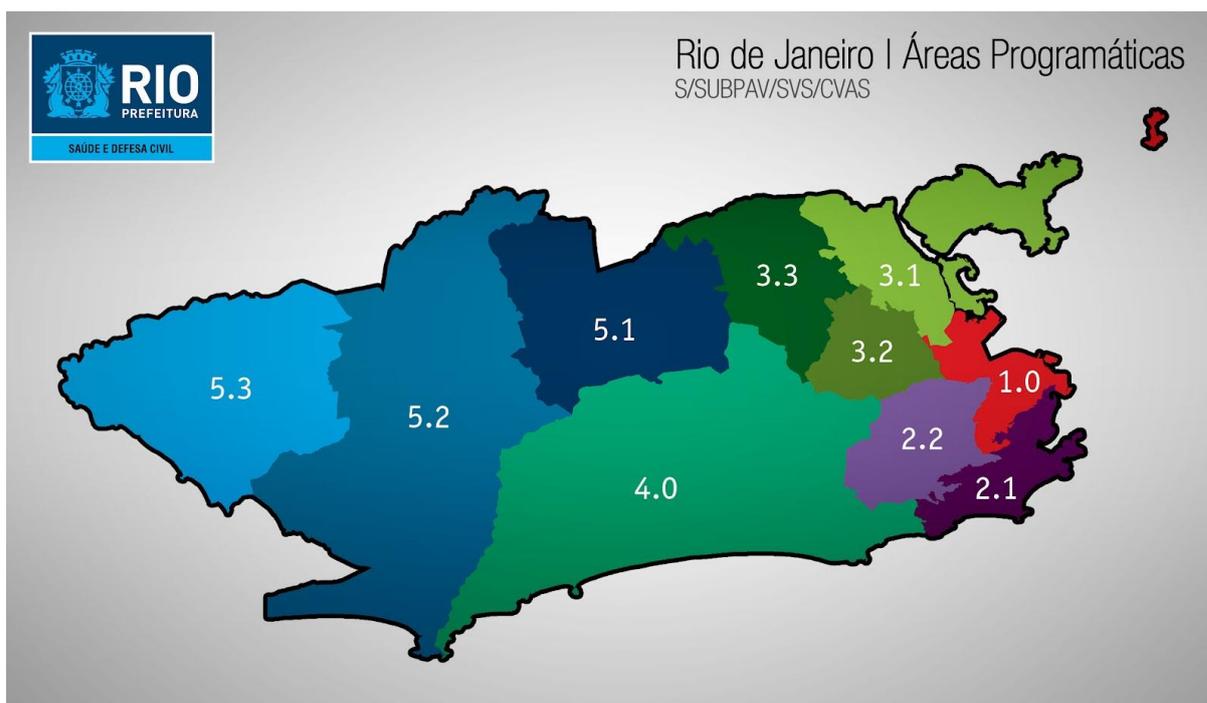
O sistema de saúde a nível municipal sofre influência de diversos fatores que extrapolam as divisões geográficas. Aspectos macro e micro políticos, sociais e econômicos, não raramente repercutem no sistema como um todo. Desta forma, entende-se que o Município do Rio de Janeiro está inserido dentro dos movimentos e exposto as mesmas tensões concernentes a implantação da ESF abordadas no tópico anterior.

Com população estimada de 6.390.290 habitantes em 2012 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013), o município do Rio de Janeiro é o segundo maior centro urbano do país. O município é bastante heterogêneo, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e consequente desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde.

Desde 1993, a Saúde trabalha com 10 Áreas de Planejamento (AP), possuindo cada uma delas estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Área de Planejamento (CAP)

A cidade é dividida em 33 regiões administrativas e 160 bairros, sendo que para fins de planejamento em saúde, desde 1993 a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) trabalha com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP). Cada AP possui uma estrutura gerencial para promoção e implementação das ações de saúde a nível local através das Coordenadorias de Área de Planejamento. (CAVALLIERI; VIAL, 2012; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013a)

**Figura 1 – Mapa das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro**



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2011

Os aspectos históricos da ocupação do Rio de Janeiro refletem fortemente na atual conformação da cidade e conseqüentemente das APs. Indicadores de condições de vida da população apontam grandes variações entre áreas muitas vezes adjacentes. Isso se dá, em especial, devido a coexistência de aglomerados urbanos subnormais (denominação utilizada pelo IBGE para as favelas) ao lado dos setores mais ricos da população (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013a).

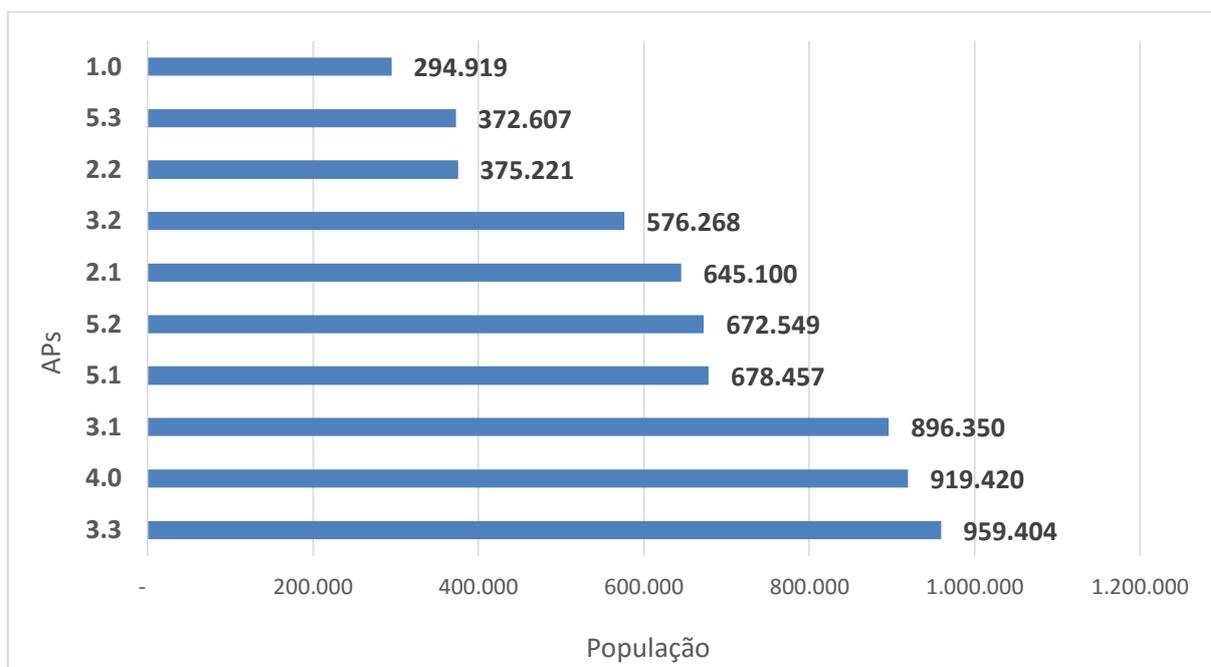
A título de contextualização, no quadro 6, citamos algumas das principais características das Áreas Programáticas do município segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**Quadro 6 - Características das APs**

<b>Área de Planejamento</b>	<b>Características principais</b>
<b>AP 1</b>	Maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%) e maior aparato público de saúde instalado na cidade
<b>AP 2.1</b>	Maior população de idosos (23,1%), maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./Km <sup>2</sup> ). Menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) e maior IDH do município (a exceção da rocinha, 29 <sup>a</sup> no ranking do IDH)
<b>AP 2.2</b>	Similar a AP 2.1, segunda maior população de idosos da cidade (22,1%)
<b>APs 3.1, 3.2 e 3.3</b>	Juntas são a área mais populosa da cidade (37,9% da população), metade dos moradores de favelas vive nessa região
<b>AP 4</b>	A AP 4 é a segunda maior em área, com aproximadamente 1/4 do território do município. Região de expansão urbana de rendas média e alta. Segunda maior população (910 mil hab) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km <sup>2</sup> )
<b>APs 5.1, 5.2 e 5.3</b>	Segunda área mais populosa do município (27% da população). Região de expansão urbana para as populações de média e baixa renda

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013

**Figura 2 - Distribuição da população por AP (2012)**



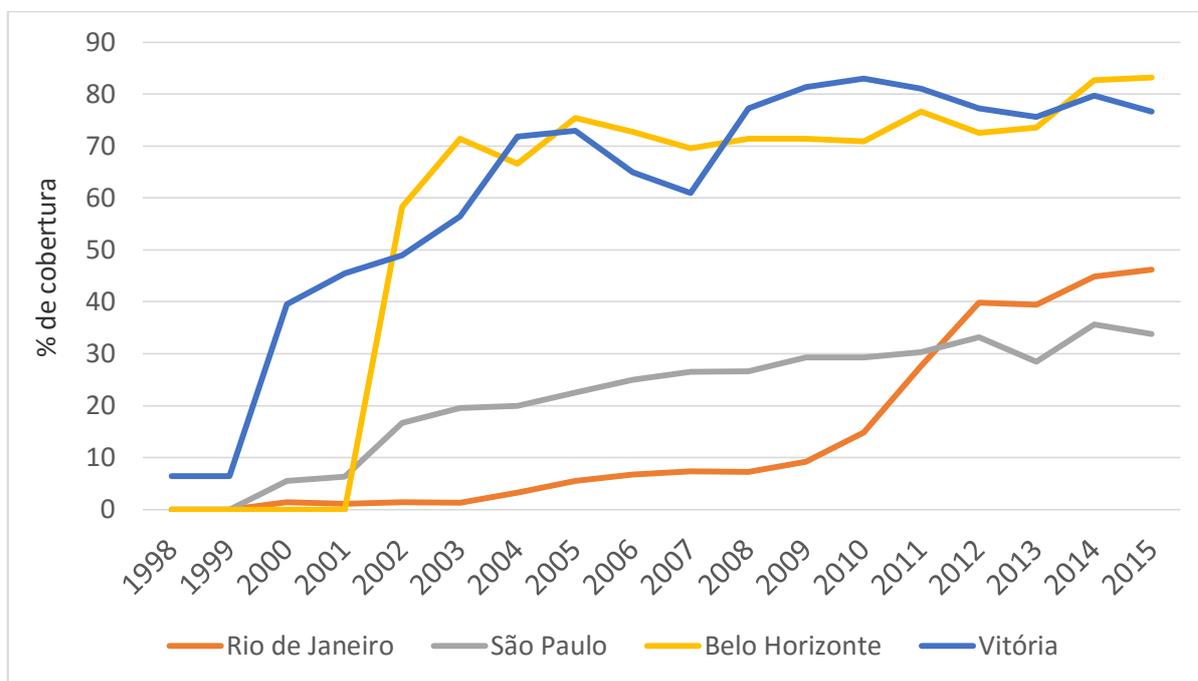
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013

A SMS desde o incipiente início da ESF no Rio de Janeiro, em 1995, restrito somente a ilha de Paquetá realiza parceria com o ONGs. Desde então, a ESF no município passou por pequenas expansões e grandes períodos de estagnação. Essa lógica se manteve até 2009, quando o governo municipal realizou uma grande reforma de reorientação da atenção básica, norteando-a para a ESF. A materialização institucional deste processo se deu com a implantação em maio de 2009 do “Programa Saúde Presente”, projeto esse pautado pela territorialização da cidade e tendo a APS como porta principal de acesso ao sistema de saúde. A rápida expansão da ESF que se deu no Rio de Janeiro teve início em áreas de vazio assistencial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013) ou seja, áreas historicamente com deficiências no acesso ao sistema de saúde.

A título de comparação, dentre as capitais do Sudeste, o município do Rio de Janeiro foi o que mais tardiamente expandiu sua cobertura ESF (Figura 3). Em 2011, a cobertura ultrapassou a de São Paulo, mas permanece consideravelmente abaixo da cobertura de Belo Horizonte e vitória, assim como permanece distante da meta para 2016 de atingir 70% de cobertura conforme previsto no Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2013 – 2016 (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013b), especialmente ao levar em consideração a tendência de estagnação entre

2014 e 2015. Fato este, possivelmente influenciado pela crise econômica enfrentada pelos três entes federativos.

**Figura 3 - Histórico da cobertura ESF nas capitais do Sudeste**



Fonte: Brasil, 2015 (mês de referência: Dezembro)

No Município do Rio de Janeiro, a Lei Nº 5026 de 19 de maio de 2009 que de forma semelhante a Lei Federal Nº 9.637 dispõe sobre a qualificação de entidades como OS e operacionaliza sua atuação no município. No âmbito da saúde, o Lei 5026 de 19 de maio de 2009 dispõe que as OSS atuarão nas unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor desta Lei e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família. No mesmo sentido, o decreto N.º 30780 de junho de 2009 regulamenta a Lei Municipal 5026 detalhando os requisitos para qualificação como OS, cláusulas necessárias para o contrato de gestão e demais aspectos de operacionalização. Desta forma, as OSS passaram a realizar a cogestão da Atenção Primária à Saúde, competindo a Secretaria Municipal de Saúde definir diretrizes técnicas e operacionais tanto das clínicas da família, quanto dos centros municipais de saúde (CMS), assim como o monitoramento e avaliação do trabalho das OSS.

Um dos maiores símbolos da reforma da rede APS no Rio de Janeiro foi implantação das denominadas Clínicas da Família (CF). Estas unidades concentram

3 ou mais EqSF, mas seu grande diferencial está na estrutura física diferenciada que em muito contrasta com os antigos postos de saúde (atualmente denominados Centros Municipais de Saúde – CMS). O projeto das CF prezou a ambiência, conforto, beleza e sustentabilidade. Diferenciam-se, também nos serviços oferecidos e insumos presentes como a existência do prontuário eletrônico, mobiliário, ar condicionado, coleta de exames laboratoriais, raio x, ecografia, entre outros. Por outro lado, os CMS possuem estrutura mais antiga, algumas vezes precária, porém vêm recebendo

## CAPÍTULO 3 - MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo, ecológico. Foram utilizados dados secundários provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) das Equipes de Atenção Básica (EAB) do Município do Rio de Janeiro no ano de 2012 obtidos junto ao Ministério da Saúde.

Segundo o PMAQ, o município do Rio de Janeiro possui 323 equipes de saúde da família pertencentes a 87 UBS que aderiram ao PMAQ, totalizando 323 entrevistas com profissionais e 1315 com usuários. Além disso, foram realizados censos de infraestrutura em um total de 179 UBS.

Para efeitos deste estudo, foram construídos dois bancos de dados, um onde a unidade de observação era cada UBS e outro onde a unidade de observação era cada equipe avaliada pelo PMAQ. Ambos os bancos continham as coordenadas geográficas obtidas por GPS de cada unidade de saúde do município. Estes dados são públicos e de responsabilidade do Instituto Pereira Passos (IPP), obtidos através do portal “Dados Geográficos Abertos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro”. A partir dos dados do IPP, foram separadas somente as unidades básicas de saúde, e então, feitos cruzamentos com a certificação obtida no PMAQ das 323 equipes avaliadas no município do Rio de Janeiro e utilizando o CNES como parâmetro para o cruzamento dos dados.

### 3.1 Criação dos mapas

Os mapas foram gerados utilizando o software estatístico R. Os mapas coropléticos foram gerados a partir do banco de dados que tem por unidade de análise as equipes avaliadas no PMAQ, os *shapefiles* utilizados foram obtidos no portal do Sistema Municipal de Informações Urbanas, órgão da prefeitura do município do Rio de Janeiro. Os pacotes utilizados no R para gerar os mapas coropléticos foram o “mapproj”, “spdep”, “stringr” e “rgdal”. Os dados populacionais são do censo IBGE 2010.

Para o mapa de satélite, foi utilizado o banco de dados das unidades avaliadas e um terceiro banco com o total de unidades de saúde do município (também proveniente do Sistema Municipal de Informações Urbanas). Foram utilizados os pacotes “RgoogleMaps”, “googleVis”, “plotGoogleMaps”, “dismo”, “ggmap” e “XML”

pacotes estes que utilizam uma API do Google Maps para seu funcionamento, tendo o “Google Maps” como base para gerar os mapas. Exceto nos mapas coropléticos, agrupamos as subdivisões de APs devido a sua relativa similaridade (ex: AP 2 = AP 2.1 + 2.2).

### 3.2 Indicadores

Os indicadores mortalidade materna e neonatal foram escolhidos devido ao curto tempo necessário para que haja o desfecho a ser analisado (óbito), neste sentido, buscou-se observar se houve algum efeito proporcionado pela mudança da orientação da atenção primária no município. Ressaltamos que os dois indicadores escolhidos são afetados especialmente por uma assistência pré-natal de qualidade, no tempo correto, e com um número adequado de consultas, uma vez que as gestantes são um dos grupos prioritários para a atenção primária (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO, 2011).

Para definir óbito materno e neonatal, adotou-se o conceito utilizado pelo Ministério da Saúde, em sintonia com a Assembleia Mundial da Saúde (resoluções WHA20.19 e WHA43.24) que define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação (independente da duração ou localização da gravidez). Para os óbitos neonatais o Ministério da Saúde considera mortes de nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida. Para obter este dado, somamos o total de óbitos neonatais precoces (do nascimento ao sétimo dia de vida) e tardios (após o sétimo dia, mas antes de 28 dias completos de vida).

Para ambos os indicadores, calculou-se a frequência relativa de cada indicador utilizando o seguinte cálculo:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos do indicador no Município do Rio de Janeiro}}{N^{\circ} \text{ de óbitos do indicador no Estado do Rio de Janeiro}} \times 100$$

Denominamos o resultado de “Nº relativo de óbitos maternos” e “Nº relativo de óbitos neonatais”.

### 3.3 Análise estatística

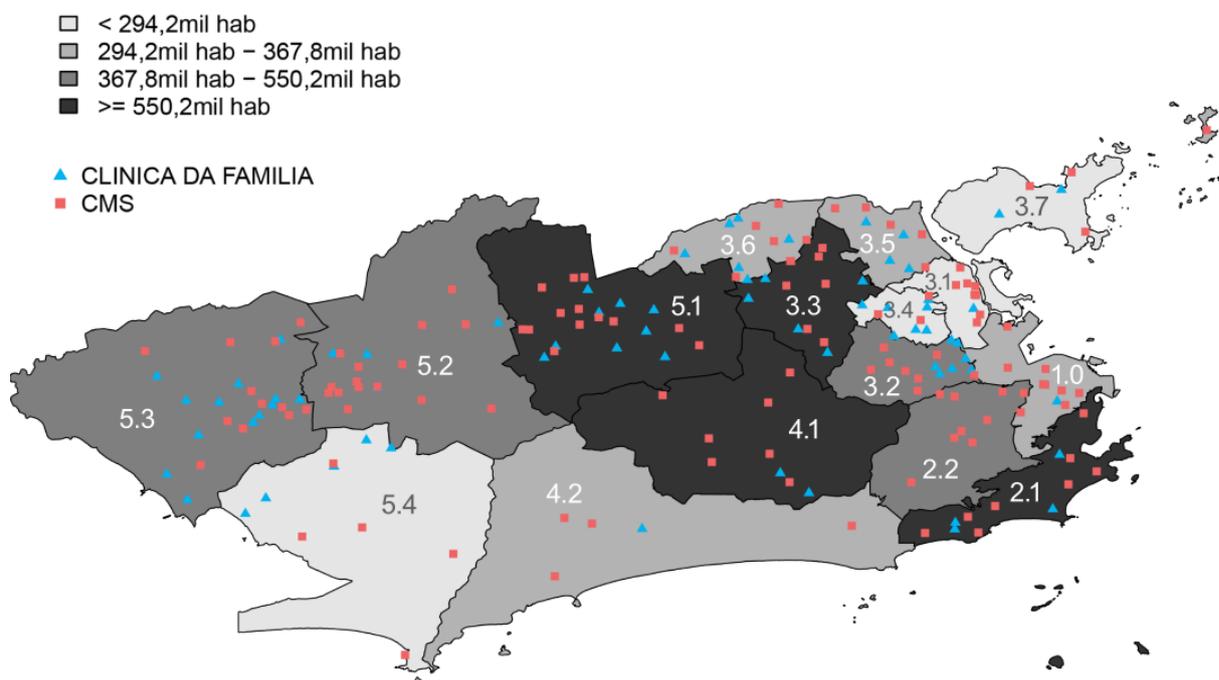
A análise dos dados foi realizada com software estatístico R versão 3.2.1, onde foi realizada a análise descritiva e espacial dos dados. A certificação obtida no PMAQ

foi apresentada em mapa para permitir a visualização espacial da distribuição da mesma. Para verificar a existência associação entre os tipos de UBS e a classificação obtida no PMAQ, foi utilizado o teste exato de Fisher com significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-UNIRIO) sob protocolo 952.274 (Anexo III) em conformidade com a resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

**Figura 4** - Distribuição espacial dos tipos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por população residente, segundo áreas programáticas (APs) em 2012. (Total de UBS)



Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto ao total de UBS por tipo no município (Figura 1), 32,4% (n=58) são clínicas da família (CF) e 67,6% (n=121) são centros municipais de saúde (CMS). Conforme observado na tabela 2 as CF são mais presentes na área programática 5 (5.1; 5.2; 5.3) e 3 (3.1; 3.2; 3.3). A área programática que menos possui UBS é a 2.2 com 8 unidades, enquanto a que mais possui, é a AP 5.2 com 29 UBS. Destaca-se a AP 5.2 e 3.1 com o maior número de UBS (Figura 4).

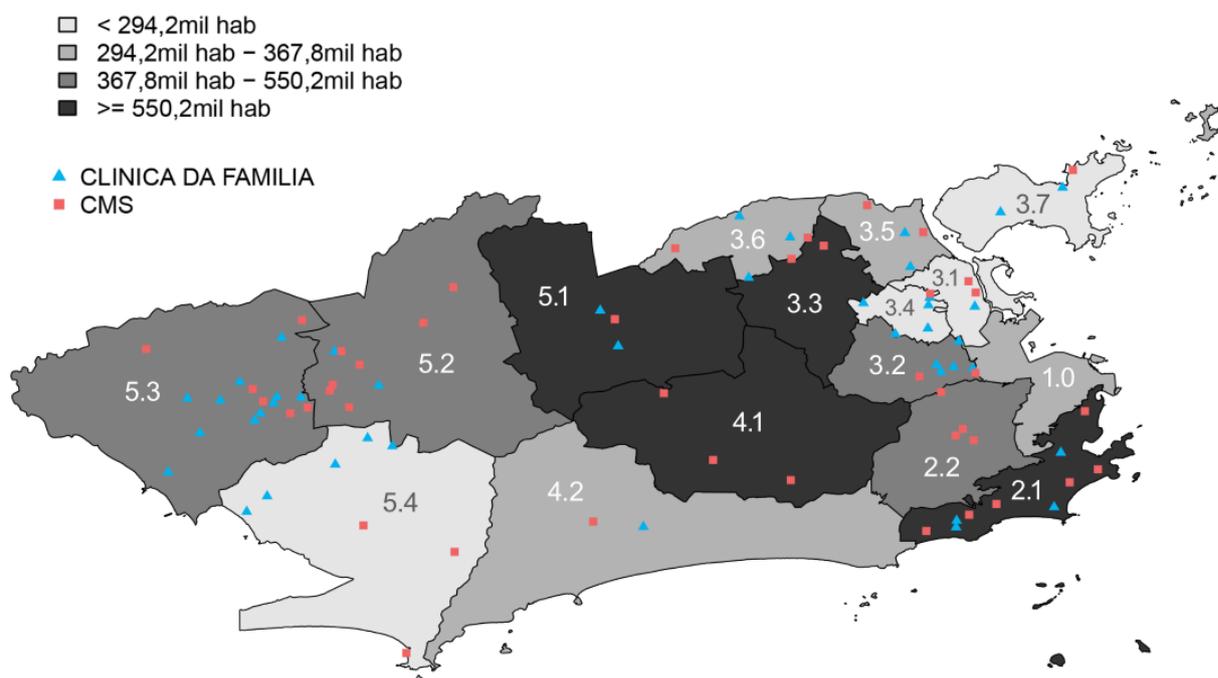
**Tabela 1** - Tipo de UBS por área programática (agrupadas) segundo o censo de infraestrutura, 2012

AP	Clínica da Família		CMS		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	2	1,1	8	4,5	10	5,6
2	3	1,7	17	9,5	20	11,2
3	25	14	40	22,3	65	36,4
4	3	1,7	10	5,6	13	7,3
5	25	13,9	46	25,7	71	39,7
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>32,4</b>	<b>121</b>	<b>67,6</b>	<b>179</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados do 1º ciclo do PMAQ.

As APs que receberam o maior número de clínicas da família foram as APs 3 e 4, cada uma com 25 CF. Estas mesmas APs possuem o maior número total de UBS independente do tipo (65 UBS na AP 3 e 71 UBS na AP 5).

**Figura 5** - Distribuição espacial das Unidades de Básicas de Saúdes (UBS) que participaram da avaliação do PMAQ por área programática e por tipo de UBS



Fonte: Elaborado pelo autor

Dentre as unidades que tiveram equipes avaliadas pelo PMAQ, 49,43% (n= 43) são CF e 50,57% (n= 44) são CMS. O número de equipes nas CF variou entre 1 e 11 tendo média de 4,69 equipes por unidade (desvio padrão= 2,32), já entre os CMS, o número de equipes variou entre 1 e 7, tendo média de 2,75 equipes por unidade (desvio padrão= 1,58).

Nas tabelas 2 e 3, nota-se a assimetria entre o total de unidades por AP e as unidades que tiveram equipes avaliadas no PMAQ. Nas APs 3.2 e 5.1, por exemplo, ocorre a inversão da proporção entre CF e CMS ao comparar o total de UBS com as UBS participantes do PMAQ.

**Tabela 2 – Total de Unidades Básicas de Saúde por AP.**

AP	CF		CMS		TOTAL
	%	N	%	N	N
1.0	18,18%	2	81,82%	9	11
2.1	38,46%	5	61,54%	8	13
2.2	0%	0	100%	7	7
3.1	37,04%	10	62,96%	17	27
3.2	50%	9	50%	9	18
3.3	30%	6	70%	14	20
4.0	23,08%	3	76,92%	10	13
5.1	45%	9	55%	11	20
5.2	25%	7	75%	21	28
5.3	54,55%	12	45,45%	10	22

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados do 1º ciclo do PMAQ.

**Tabela 3 – Unidades Básicas de Saúde avaliadas no PMAQ por AP.**

AP	CF		CMS		TOTAL
	%	N	%	N	N
1.0	100%	1	0%	0	1
2.1	40%	4	60%	6	10
2.2	0%	0	100%	4	4
3.1	53,33%	8	46,67%	7	15
3.2	75%	6	25%	2	8
3.3	43%	3	57%	4	7
4.0	20%	1	80%	4	5
5.1	67%	2	33%	1	3
5.2	41%	7	59%	10	17
5.3	64,71%	11	35,29%	6	17

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados do 1º ciclo do PMAQ.

Na tabela 4, observa-se que 52,3% das equipes obtiveram classificação “bom”, 34,7% “regular”, 12,7% “ótimo” e 0,3% “insatisfatório”. Quanto às áreas programáticas, a distribuição das equipes avaliadas não foi uniforme. Destacam-se, neste sentido, as APs 5.3; 5.2 e 3.1 com o maior número de equipes avaliadas. Juntas, estas três APs representam 61% da amostra.

**Tabela 4 - Classificação das equipes avaliadas pelo PMAQ por AP (agrupadas)**

AP	Ótimo		Bom		Regular		Insatisfatório		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	0	1	20	4	80	0	0	5	100
2	2	4,65	15	34,88	26	60,47	0	0	43	100
3	8	6,84	71	60,68	38	32,48	0	0	117	100
4	2	15,4	6	46,2	5	38,5	0	0	13	100
5	29	20	76	52,41	39	26,90	1	0,69	145	100

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados do 1º ciclo do PMAQ.

A tabela 5 mostra que embora pareça existir uma tendência das classificações obtidas nas Clínicas da Família serem maiores quando comparado com os Centros Municipais

de Saúde, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor = 0,119) entre tipo de unidade a qual a equipe avaliada estava vinculada e a classificação obtida no PMAQ. Mesmo quando realizado ajuste com a retirada da categoria insatisfatório (que possui apenas uma equipe), a ausência de associação entre as variáveis se manteve. Das equipes pertencentes a clínicas da família, 35,3% tiveram classificação “Bom” contra apenas 17% das equipes de CMS.

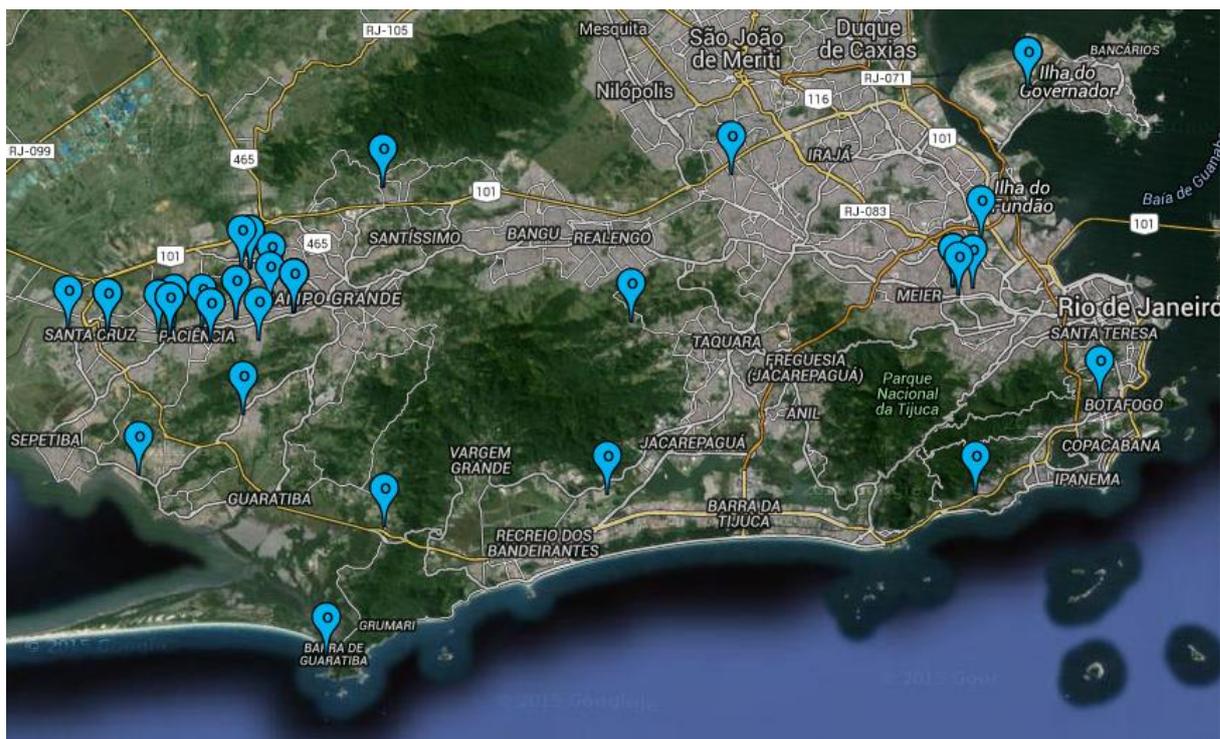
**Tabela 5** - Classificação das equipes avaliadas pelo PMAQ por tipo de unidade

Tipo de UBS	Ótimo		Bom		Regular		Insatisfatório		Total	
	N	% linha	N	% linha	N	% linha	N	% linha	N	% linha
Clínica da Família	25	7,7	114	35,3	63	19,5	0	0	<b>202</b>	<b>62,5</b>
CMS	16	5	55	17	49	15,2	1	0,3	<b>121</b>	<b>37,5</b>
Total	<b>5</b>	<b>12,7</b>	<b>169</b>	<b>52,3</b>	<b>112</b>	<b>34,7</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelo autor segundo dados do 1º ciclo do PMAQ.

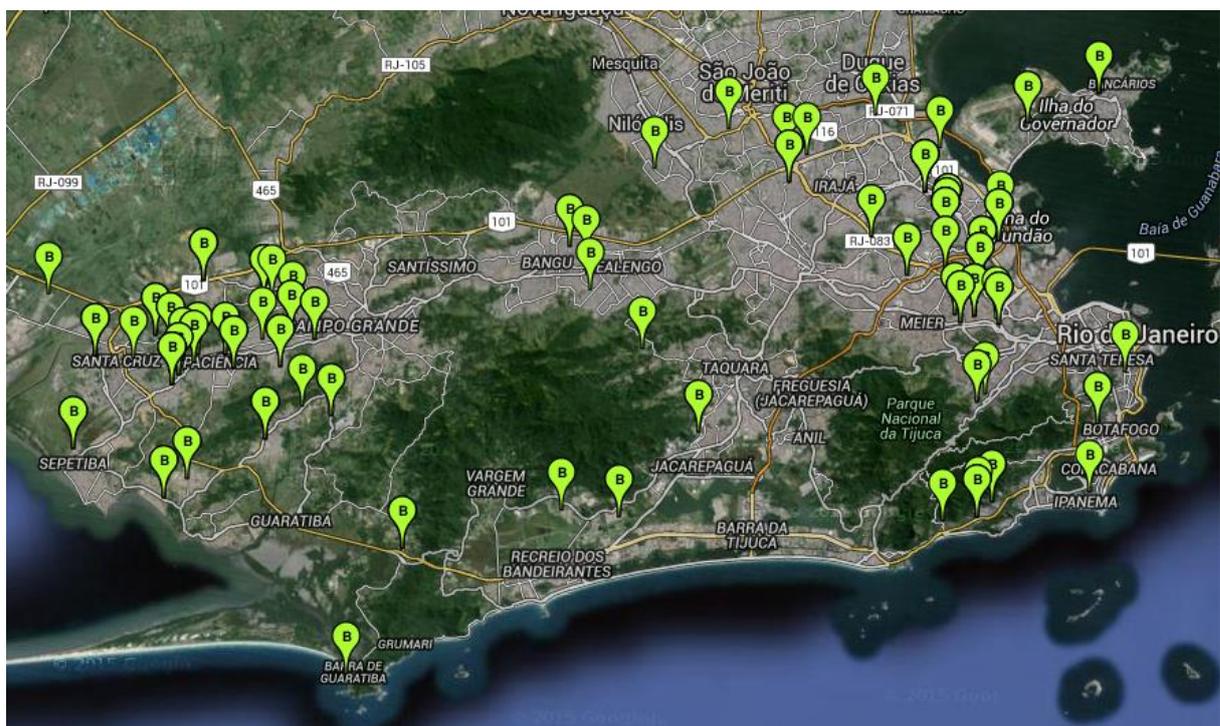
Conforme a distribuição espacial das equipes, nota-se claramente que existe uma concentração de equipes com conceito “ótimo” na região das APs 5.3 e 5.2 (figura 6). As equipes avaliadas com conceito “bom” encontram-se amplamente distribuídas entre as unidades avaliadas (figura 7), não se associando de forma maior ou menor a nenhuma AP. Na faixa de classificação “regular” (figura 8), observa-se uma concentração discretamente inferior na região das APs 5.2 e 5.3 ao levarmos em consideração a grande quantidade de equipes avaliadas nesta região.

**Figura 6 - Distribuição espacial das equipes com conceito “ótimo” no PMAQ em 2012**



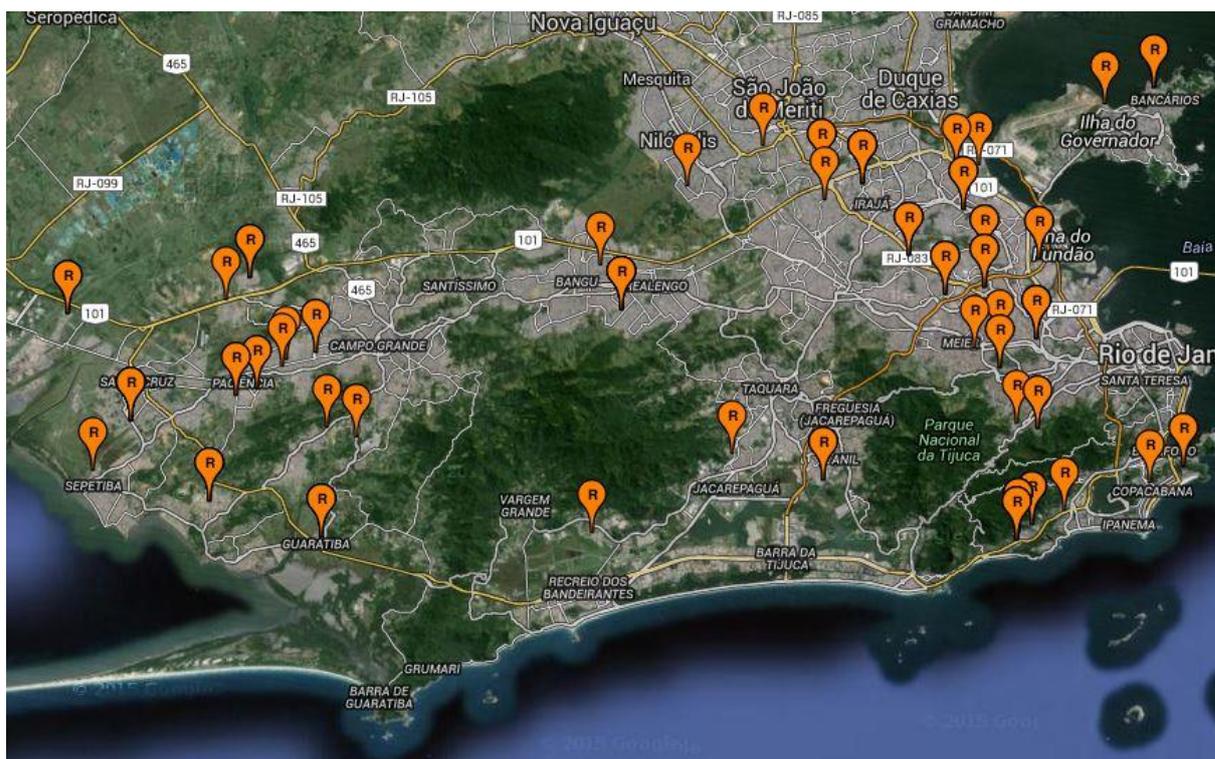
Fonte: Elaborado pelo autor

**Figura 7 - Distribuição espacial das equipes com conceito “bom” no PMAQ em 2012**



Fonte: Elaborado pelo autor

**Figura 8 - Distribuição espacial das equipes com conceito “regular” no PMAQ em 2012**



Fonte: Elaborado pelo autor

**Tabela 6 - Indicadores de óbito materno e neonatal**

<b>Indicador</b>	<b>2007 (%)</b>	<b>2008 (%)</b>	<b>2009 (%)</b>	<b>2010 (%)</b>	<b>2011 (%)</b>	<b>2012 (%)</b>	<b>2013 (%)</b>
Óbitos maternos	34,88	36	33	35,56	35,37	32,78	37,22
Óbitos neonatais	24,88	34,63	35,81	35,31	32,92	35,26	38,21

Fonte: SIM e SINASC

Conforme observado na tabela 6, a proporção de óbitos maternos e neonatais no município do Rio de Janeiro em relação ao estado apresenta uma tendência convergente. Ambos os indicadores apresentam relativa estabilidade de 2008 a 2011. Não é observada qualquer mudança de tendência a partir de 2009, ano em que se deu o início da expansão da rede APS no município. De 2012 a 2013 apresenta-se, inclusive, uma tendência de crescimento de ambos os indicadores.

## CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

A nível municipal, o PMAQ permite observar que a distribuição das UBS no município não é homogênea, dado que leva em consideração fatores como a densidade populacional e demandas assistenciais da população, IDH dos bairros e identificação das áreas com menor oferta de serviços de saúde. Esta distribuição espacial das UBS deve ser relativizada levando em conta as diferenças entre as áreas programáticas. Em conformidade com o princípio doutrinário da equidade, os critérios de implantação de unidades do SUS não podem ser unicamente geográficos, devendo considerar com especial atenção as necessidades e características da população. Isso se torna ainda mais importante no município do Rio de Janeiro, uma vez que o território da cidade é marcado por uma forte desigualdade, de forma que comunidades de baixa renda são muito próximas, quando não inseridas, em bairros cuja população tem alto poder aquisitivo e acesso a serviços e infraestrutura. É importante distinguir que equidade em saúde não significa oferecer o mesmo a todos, mas oferecer mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Acompanhando esta premissa, nota-se que existem mais UBS nas APs com população mais elevada e com menor nível socioeconômico.

Ao analisarmos a distribuição geográfica do total de unidades por tipo (CF ou CMS), nota-se que majoritariamente, as clínicas da família se encontram na região da AP 3 e 5 (zonas norte e oeste respectivamente). Esta configuração se justifica na zona oeste (AP 5), uma vez que esta possui uma histórica deficiência nos serviços de infraestrutura básica, não sendo diferente ao analisar sua rede de saúde anterior a expansão da ESF no município. Na zona norte (AP 3), a marcante criação de clínicas da família se dá devido a existência de comunidades de baixa renda (especialmente favelas) que até então tinham seu território dominado por traficantes de drogas e por isso, não contavam com unidades de saúde dentro das comunidades. A partir do final de 2008 e ao longo dos seis anos subsequentes, visando garantir a proximidade do Estado com a população, o governo retomou estes territórios através da implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). A partir da retomada destes territórios é que foi possível potencializar a entrada de serviços públicos (incluindo a implantação de UBS dentro destas comunidades) e de infraestrutura (algumas vezes provenientes de obras do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC).

Destaca-se que um grande número de equipes avaliadas integra UBS localizadas na zona oeste (mais especificamente, nas APs 5.2 e 5.3) e também a AP 3.1 na zona norte. No caso das APs 5.2 e 5.3, provavelmente, isso se deve ao fato de que a expansão da rede de atenção primária no município foi iniciada por esta região (FAUSTO; FONSECA, 2014; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013). Por outro lado, o elevado número de equipes na região da AP 3.1 se deve a sua alta densidade populacional e a existência de comunidades como o Complexo da Maré e Complexo do Alemão, regiões historicamente carentes de serviços públicos essenciais. (PREFEITURA RIO DE JANEIRO, 2013a) É importante salientar que ao final de 2012, ano em que os dados do PMAQ foram coletados, o município do Rio já contava com 28 UPPs. (BANCO MUNDIAL, 2012) A entrada do poder público nestes territórios tão carentes de infraestrutura foi determinante para a priorização destas comunidades na implantação de novas UBS no município.

Apesar de paridade entre o número de clínicas da família (n=43) e CMS (n=44) que tiveram suas equipes avaliadas pelo PMAQ, observa-se que a proporção de equipes avaliadas por tipo de unidade é substancialmente diferente. De um total de 323 equipes avaliadas, 202 estavam vinculadas a clínicas da família e somente 121 a CMS. Do total de 179 UBS do município, 121 (67,6%) eram CMS e 58 (32,4%) clínicas da família. Isso em parte, se explica pelo fato das clínicas da família possuírem uma média de equipes de 4,69 (desvio padrão= 2,32) em contraste aos CMS com média de equipes por unidade de 2,75 (desvio padrão= 1,58).

Conforme observado, existe uma assimetria entre as UBS avaliadas e a distribuição da população no território. Essa assimetria acaba por produzir uma avaliação referente a equipes que cobrem uma menor parcela da população do município, uma vez que houve uma grande concentração de UBS avaliadas nas APs 5.2 e 5.3 e, por outro lado, em APs onde a população residente é maior, houveram poucas UBS avaliadas, como foi o caso das APs 3.3, 5.1 e parte da AP 4.0. Considerando que a amostra de equipes avaliadas não acompanha a proporção por cada tipo de UBS do município, isso pode acabar por representar um viés ao se analisar conjuntamente as equipes. Ainda neste sentido, gestores municipais e as equipes avaliadas podem ou não optar pela adesão ao PMAQ, as equipes respondentes não foram selecionadas aleatoriamente do universo de equipes. A ausência de uma amostra aleatória pode representar um importante viés de seleção,

uma vez que dá margem ao gestor escolher equipes com melhor desempenho potencial, especialmente ao considerarmos que uma avaliação positiva no PMAQ aumenta o repasse do governo federal à equipe através de componente qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB) variável.

Ao avaliar o desempenho das equipes por área programática, destaca-se a AP 5.2 com a maior proporção de “ótimo” dentre as APs (5,6%) seguida pela AP 5.3 com 3,4%. Não coincidentemente, APs da zona oeste, por onde a expansão da rede APS teve início com a construção de diversas clínicas da família. Das equipes avaliadas, 52,3% foram certificadas com conceito “bom”, havendo destaque às APs 3.1; 5.2 e 5.3, precisamente as que possuem os maiores números de equipes participantes. Na categoria “regular”, onde se enquadra 34% da amostra, destaca-se a AP 2.1 com 21 de suas 35 equipes. Destaca-se que a AP 2 compõe a zona sul da cidade, região onde a as UBS são predominantemente CMS, unidades com estrutura mais antiga e que não oferecem toda a carteira de serviços de uma CF. Por fim, o conceito “insatisfatório” foi atribuído a somente uma equipe da AP 5.3.

Observa-se que é marcante a heterogeneidade da qualidade aferida pelo PMAQ tanto no território devido a polarização de equipes certificadas com conceito “ótimo” e “regular”, quanto nas próprias unidades, onde observou-se que uma mesma unidade algumas vezes possuía equipes com classificação variando do regular ao ótimo. Neste sentido, a decisão da unidade de avaliação do PMAQ ser a EqSF e não a unidade como um todo, mostrou-se especialmente importante no plano local, já que permite que a gerência da unidade tenha um diagnóstico de cada equipe de forma individual. Desta forma, é possível que as deficiências de cada equipe sejam trabalhadas e reavaliadas no ciclo seguinte do PMAQ, dando uma continuidade ao processo de avaliação e conseqüente melhoria do processo de trabalho.

Esses resultados corroboram com estudos citados por Harzheim, Lima e Hauser (2013) que apontam para a heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pelas EqSF, assim como para a necessidade de ampliar sua capacidade de resposta frente aos agravos de saúde característicos do Brasil.

Observa-se que a estratificação linear do município não é capaz de abranger a desigualdade tão marcante na cidade. O Rio de Janeiro, dentro do PMAQ, é estratificado junto aos municípios com mais de 500 mil habitantes e PIB mais elevado,

de forma que os conceitos das equipes vão se basear na média deste estrato (que neste caso, possuirá uma média maior). O problema é a existência de bairros com robusta infraestrutura (inclusive de saúde) e bairros que historicamente são vazios sanitários. Esta situação acaba por dar um ponto de partida muito diferente para o trabalho das equipes de saúde da família. Outro fator a ser considerado é a marcante diferença socioeconômica entre as diversas regiões do município. Uma vez que a população local possua mais elevado nível socioeconômico, espera-se que seja mais exigente quanto a qualidade do serviço. Fatores como os apresentados podem acabar por representar determinado nível de viés na avaliação das equipes, uma vez que possuem potencial impacto em seus resultados, de forma especial no que se refere ao monitoramento dos indicadores de desempenho e monitoramento e ao módulo de entrevista com o usuário.

Cada equipe de saúde da família (EqSF) é responsável por até 4 mil pessoas, de forma que o módulo de entrevista com o usuário se constitui como um componente subjetivo do PMAQ, tendo por função captar a percepção do usuário acerca do serviço oferecido pela equipe e pela unidade de saúde. Neste sentido, um importante fato a ser considerado é que em média foram entrevistadas apenas 4 usuários para cada equipe. Considerando uma equipe que esteja cobrindo o teto de 4 mil pessoas, 4 usuários entrevistados representaria apenas 0,1% da população coberta por aquela equipe. Além de ser um número muito pequeno de entrevistas, os usuários respondentes foram captados na própria unidade tendo como critério de inclusão não terem passado por consulta com médico ou enfermeiro no dia da entrevista.

A construção histórica do município do Rio foi pautada não só por uma forte desigualdade social, mas também pela segregação de populações de baixa renda a serviços essenciais, fator determinante no processo saúde-doença. Em última instância, quando a desigualdade social se reflete nos serviços públicos mais essenciais como o da saúde, a inércia do estado se torna perniciosa ao ponto de definir quem vive e quem morre. É neste sentido, que o poder público não pode se eximir de sua imperativa responsabilidade para com a população de forma a amenizar as desigualdades sociais, em especial na saúde. Avaliar e garantir que haja um padrão mínimo aceitável de qualidade nos serviços de saúde independente da região onde esteja é papel do Estado, assim como garantir que os meios de aferir a qualidade do serviço prestado sejam tão fidedignos quanto possível.

Destaca-se que as ponderações apontadas em nada afastam a necessidade de um esforço tanto da gestão municipal quanto das coordenadorias de áreas programáticas e da gerência de cada UBS no sentido de melhorar a qualidade do serviço ofertado pelas equipes em toda a cidade. Não se deve perder de vista o objetivo de promover condições para uma maior homogeneidade na qualidade dos serviços ofertados independentemente da região onde a equipe e a UBS se encontram. Para tal, não basta apenas o comprometimento do setor saúde, mas também de todas as áreas do governo, no sentido de reduzir a enorme desigualdade social na cidade.

A reforma do sistema de saúde carioca fez parte de um conjunto de ações do governo municipal, estadual e federal não só na área da saúde, mas de infraestrutura como um todo. Em 2009, em meio aos preparativos para a copa do mundo (2014) e as olimpíadas (2016), o município recebeu recursos consideráveis para melhoria da infraestrutura da cidade. Neste contexto, ocorreram ações de pacificação de áreas antes dominadas pelo tráfico de drogas. Com a “recuperação” destes territórios pelo estado, é que foi possível oferecer à população destas comunidades pobres acesso a serviços básicos, dentre eles, a saúde. Neste sentido, a presença de UBS dentro das comunidades, foi um importante passo para o acesso desta população a serviços de saúde como os oferecidos pela atenção primária.

Quanto ao instrumento de avaliação externa do PMAQ, este segue a já conceituada tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultado). A dimensão de estrutura diz respeito aos recursos físicos, humanos e materiais, como por exemplo, profissionais treinados, medicamentos e exames. Majoritariamente corresponde ao módulo de observação do PMAQ, mas também é abrangida por determinadas dimensões do módulo de entrevista com o profissional. O processo diz respeito a dinâmica do cuidado em saúde, onde ocorre a inter-relação entre o profissional e o usuário do serviço. Corresponde a parte módulo de entrevista com profissional e entrevista com o usuário. Já o resultado, diz respeito ao produto final da assistência prestada, no caso, a melhora do estado de saúde dos indivíduos e a conseqüentemente a satisfação de suas expectativas. Dentro do PMAQ esta etapa corresponde a parte do módulo de entrevista com o usuário, assim como a monitoração do conjunto de indicadores pactuados junto ao governo.

O módulo III do instrumento de avaliação externa (módulo de entrevista com o usuário) poderia ser um importante indicativo da percepção do usuário acerca do serviço, porém, o número de entrevistas se mostra insuficiente para ser representativo. O PMAQ entrevistou 1315 usuários das 323 EqSF avaliadas, gerando uma média de 4 usuários entrevistados por cada equipe. Considerando que cada equipe pode ser responsável por 4 mil pessoas, esta amostra representa apenas 0,1% do universo de pessoas atendidas pela equipe. Somado a isso, o fato destes usuários serem captados para a entrevista dentro da unidade enquanto acessavam o serviço pode representar um viés para as respostas oferecidas. Neste sentido, o PMAQ poderia ser mais robusto no que tange a dimensão do processo de trabalho no sentido de aferir com mais precisão como se dá a relação profissional-usuário e o quanto essa relação atende às necessidades de saúde daquela população.

Para averiguar se a reforma da atenção primária já permite perceber um efeito na saúde da população foram escolhidos dois indicadores que possuíssem um desfecho rápido o suficiente para já ser percebido apesar do pouco tempo da reorientação do modelo de saúde no município. Para tal, foram escolhidos os indicadores de mortalidade materna e mortalidade neonatal. De 2008 a 2011 houve uma relativa estabilidade de ambos os indicadores, havendo inclusive um acréscimo de 2012 a 2013. Sendo assim, ao considerarmos o número de óbitos nos indicadores de mortalidade escolhidos e a flutuação aleatória, não podemos associar qualquer mudança de tendência destes indicadores a marcante expansão da rede APS que se deu a partir de 2009. Pondera-se por maiores que sejam as adversidades e iniquidades em saúde no Rio de Janeiro, o município conta com uma infraestrutura de saúde que mantém os indicadores num patamar menos sensível às ações da ESF.

Haveria impacto maior da ESF nos indicadores escolhidos caso eles estivessem muito elevados, pois considerada a natureza multicausal do processo saúde-doença, não basta apenas a atuação da ESF para redução dos indicadores de morbidade e mortalidade a patamares mínimos. Após certo ponto, a redução dos indicadores não depende apenas do acesso a atenção primária, mas da qualidade da rede de saúde como um todo, uma vez que os indicadores escolhidos também são afetados pela atenção secundária, necessitando de exames e intervenções realizadas corretamente e em tempo adequado em todos os níveis de atenção.

A existência de uma rede de saúde integrada e de qualidade, acesso à educação e infraestrutura básica de serviços afetam direta ou indiretamente as condições de saúde da população (em especial da população em vulnerabilidade socioeconômica) ainda que não sejam de competência gerencial do SUS nem das secretarias de saúde e ministério da saúde. Possivelmente outros indicadores que não os analisados nesta pesquisa possam demonstrar algum efeito da reforma da atenção primária no município, mas para diversos outros indicadores, o curto espaço de tempo desde a reforma da rede APS no município ainda não permite utiliza-los para averiguar a existência de um efeito claro sobre a saúde da população devido a seu desfecho ser mais longo do que o tempo decorrido desde a reforma da atenção primária.

Desde a sua concepção, a ESF atrela o trabalho das equipes multiprofissionais ao acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada. A área de abrangência de cada UBS segue uma lógica que não necessariamente acompanha a divisão territorial por bairros, podendo compreender um bairro, parte dele ou até vários bairros. A lógica observada pelas UBS durante a territorialização busca uma relativa homogeneidade socioeconômica e sanitária. Este olhar sobre o território leva em consideração não somente o espaço físico, mas também as diversas dimensões que se sobrepõem a ele e que podem impactar na saúde da população.

É necessário compreender que o território não se resume apenas ao espaço físico, mas também a uma sobreposição de dimensões como a histórica, ambiental e social. Estas dimensões, mutáveis ao longo do tempo, produzem forças que interferem no processo saúde-doença. Determinar os problemas e necessidades de saúde específicos da população adscrita é papel intrasferível de sua equipe de saúde. Neste sentido, os profissionais de enfermagem precisam levar em consideração o impacto que o território oferece em suas mais diversas dimensões. O desafio que se apresenta é intervir de forma positiva no território e em sua população no sentido de amenizar as potenciais vulnerabilidades de saúde as quais a população está exposta.

## **CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

São inegáveis os avanços na cobertura de atenção básica no município do Rio de Janeiro. A rápida expansão da rede APS era uma resposta necessária a antiga conformação do sistema de saúde. A escolha da ampliação da rede APS utilizando lógica da ESF no município foi uma decisão acertada, uma vez que permitiu que UBS pudessem estar mais próximas das comunidades graças a ampliação do acesso em especial em áreas historicamente carentes de serviços de infraestrutura. Porém, não basta ampliar a oferta sem oferecer um serviço de qualidade. O PMAQ, neste sentido, veio seguindo a tendência de avaliação em saúde com o intuito de atender a uma necessidade natural de avaliar (e melhorar) a qualidade das UBS, em especial, as clínicas da família, orientadas para o modelo de ESF.

A marcante desigualdade social presente no município do Rio acaba de certa forma por afetar a representatividade dos resultados do PMAQ, uma vez que o que define os resultados das equipes é a média dos estratos ao qual o município está inserido. Se por um lado o município como um todo tem uma infraestrutura robusta, ela não é distribuída de forma uniforme no território, com a presença de áreas há muito tempo negligenciadas pelo poder público e outra com sobreposição de serviços de infraestrutura. Esta configuração da rede de saúde do município tem se modificado com a priorização das áreas de vazio assistencial para implantação das novas UBS.

A institucionalização da cultura de avaliação constante do processo de trabalho é etapa fundamental em todos os serviços de saúde. Em especial, na atenção primária, uma vez que permite mensurar a qualidade da APS de forma a dar comparabilidade dos resultados a nível nacional, bem como traz luz ao recente movimento governamental de adotar o modelo ESF para expansão da atenção primária. Outra vantagem é a possibilidade de comparar o modelo atual com outras propostas, permitindo que sejam feitas adaptações. Os benefícios se dão tanto a nível macro, servindo como subsídio das políticas públicas, quanto a nível micro, oferecendo aos gerentes da UBS um diagnóstico de cada equipe e melhorando o processo de tomada de decisão a nível local.

Quando analisada geograficamente, a heterogeneidade dos resultados do PMAQ mostra uma clara polarização entre as unidades com equipes classificadas

como ótimas e regulares, estando o primeiro grupo concentrado na região da AP 5 e o segundo na AP 3. Apesar das diferenças inerentes a população de cada AP, que inevitavelmente cria um diferencial na avaliação de cada região, o governo deve ter como objetivo central a melhora da qualidade do serviço ofertado pelas equipes proporcionando uma maior homogeneidade dos resultados no município. De fato, para que isso ocorra, não basta apenas haver um comprometimento do setor saúde, mas de todos os setores do governo, no sentido de reduzir a desigualdade social oferecendo uma infraestrutura minimamente adequada para todos.

O PMAQ se propõe a ser uma avaliação da APS através das EqSF. É provável que uma avaliação da rede APS de forma mais global seja um avanço desejável do programa. Identificar o quanto esta rede é capaz de efetivamente ser a porta de entrada para o SUS e intervir positivamente no processo saúde-doença, englobado a capacidade de promoção e manutenção da saúde, assim como diagnóstico e tratamento oportuno e principalmente em tempo adequado. É enorme o desafio de ser porta de entrada de todo um sistema de saúde, especialmente quando este se propõe a resolver a maior parte dos problemas de saúde das pessoas. Por isso, o investimento em treinamento, tecnologias leves e duras é essencial para que a rede seja eficiente e acima de tudo resolutive, e para atingir este objetivo, não há caminho que não passe por uma avaliação constante da estrutura, processos e resultados do sistema de saúde.

A partir dos indicadores de mortalidade materna e neonatal escolhidos para avaliar a existência de algum efeito sobre a saúde da população a partir de 2009, não foi possível associar a reforma da assistência com algum efeito positivo ou negativo. Isso se deve ao fato dos dados dos indicadores nas diversas APs não apontarem de forma consistente para um único efeito. Desta forma, emerge a necessidade de serem realizados outros estudos a fim de identificar impacto da ESF sobre a saúde da população.

Considerando que o conceito de qualidade em saúde varia a depender de um complexo contexto multifatorial, é natural e necessário que o PMAQ seja aperfeiçoado de forma a acompanhar não só as mudanças conjunturais, mas também o conhecimento acumulado acerca do tema. O PMAQ é um importante passo na consolidação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil por construir um padrão de

qualidade comparável a nível nacional, regional e local. É sabido que o desafio de realizar uma avaliação que consiga abranger os mais díspares cenários que se apresentam em nosso país é enorme, mas proporcional ao desafio, é a necessidade de ampliar nossa rede de atenção primária com qualidade, eficiência e eficácia.

O financiamento de um sistema de saúde é um desafio que se impõe aos governos que adotam sistemas universais de saúde como é o SUS, em especial, em épocas de crise econômica como a enfrentada pelo Brasil. É imperativa a necessidade de manter uma política de expansão da cobertura da atenção básica pautada na gestão responsável do bem público. Sem periódicas avaliações, não há como diagnosticar os problemas que se contrapõem a uma atenção à saúde de qualidade, que seja custo-efetiva, prezando a eficiência e eficácia e atendendo adequadamente às demandas de saúde da população e principalmente, antevendo-as.

## CAPÍTULO 8 - REFERÊNCIAS

1. BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington D.C.: [s.n.]. Disponível em: <[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/11/22/000386194\\_20111122042533/Rendered/PDF/78070SR0SPANIS0ult0health000spanish.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/11/22/000386194_20111122042533/Rendered/PDF/78070SR0SPANIS0ult0health000spanish.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2015.
2. BANCO MUNDIAL. **O retorno do Estado às favelas do Rio de Janeiro: Uma análise da transformação do dia a dia das comunidades após o processo de pacificação das UPPs**, 1 out. 2012. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/10/17431100/bringing-state-back-favelas-rio-de-janeiro-understanding-changes-community-life-after-upp-pacification-process-o-retorno-estado-favelas-rio-de-janeiro-uma-analise-da-transformacao-dia-dia-das-comunidades-apos-o-processo-de-pacificacao-das-upps>>. Acesso em: 5 dez. 2016
3. BARBOSA, M. R. **Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um Município de Médio Porte**. Dissertação—Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.
4. BARCELLOS, C. DE C. et al. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129–138, 2002.
5. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. . 1988, p. 63.
6. BRASIL. 8.080. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. . 19 set. 1990.
7. BRASIL. 9.637. Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998. . 15 maio 1998 a.
8. BRASIL. Emenda Constitucional Nº 19. Emenda Constitucional Nº19, de 04 de junho de 1998. . 4 jun. 1998 b.
9. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011. . 2011 a.

10. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
11. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** Ministério da Saúde, , 2012a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_s ite.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_s ite.pdf)>. Acesso em: 8 fev. 2015
12. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento Síntese para Avaliação Externa**, 2012b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliac ao\\_Externa\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliac ao_Externa_2012_04_25.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2016
13. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica**, 2013a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_p maq.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_p maq.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2014
14. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PMAQ: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)**, 2013b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento\\_ae\\_sfp.p df](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.p df)>. Acesso em: 10 mar. 2014
15. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 7 dez. 2015.
16. BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 391–410, 2008.

17. CAVALLIERI, F.; VIAL, A. **Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010** Instituto Pereira Passos, , 2012.  
Disponível em:  
<[http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190\\_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro\\_Censo\\_2010.PDF](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro_Censo_2010.PDF)>. Acesso em: 15 out. 2015
18. CONASS. **Vigilância em Saúde - Parte 1**. Brasília: CONASS, 2011. v. 1
19. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. s1, 2008.
20. DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1555–67, 2013.
21. FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, p. 13–33, 2014.
22. FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014.
23. FERREIRA, A. S. Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, p. 69–76, 2004.
24. HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. [s.l.] Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE Rio de Janeiro, 2011.

26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2012**, 2013. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_tcu.shtm)>. Acesso em: 12 out. 2015
27. LIMA, M. A. D. DA S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul enferm**, v. 20, n. 1, p. 12–7, 2007.
28. MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. DA S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13–9, 2007.
29. MENDES, E. V. **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, 2012.
30. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: [s.n.]. Disponível em:  
<<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.
31. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Brasil. Ministerio da Saude, 2008.
32. PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.
33. PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 500–7, 2009.
34. PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Favela x Não Favela: Cadernos do Rio**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em:

- <[http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3288\\_favelas\\_bairros\\_for\\_mais.PDF](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3288_favelas_bairros_for_mais.PDF)>. Acesso em: 8 dez. 2015a.
35. PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2013 - 2016**, 2013b. Disponível em: <[http://www.conselhodacidade.com/v3/pdf/planejamento\\_estrategico\\_13-16.pdf](http://www.conselhodacidade.com/v3/pdf/planejamento_estrategico_13-16.pdf)>. Acesso em: 7 nov. 2015
36. PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO; COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE. **Áreas programáticas - Bairros**, 25 ago. 2011. Disponível em: <<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>>. Acesso em: 10 mar. 2015
37. RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: UNICAMP, 2000.
38. SANTIAGO, W. R. **Parâmetros para elaboração de um modelo de competências para o desenvolvimento dos gestores científicos do Instituto Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.
39. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**, 2013. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2015
40. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**, 2011. . Acesso em: 11 mar. 2016
41. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Rede Orics-Rio: rede de estações observatório de tecnologias de informação e comunicação em serviços de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: [s.n.].
42. SILVA, V. C. E. **Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde**

**da Família.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014.

43. STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002.

## **ANEXOS**

### **Anexo I – Indicadores selecionados pelo PMAQ segundo área estratégica e natureza de seu uso**

#### **1. Saúde da mulher:**

##### Desempenho:

- 1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica;
- 1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
- 1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;
- 1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;
- 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia;
- 1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

##### Monitoramento:

- 1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

#### **2. Saúde da criança:**

##### Desempenho:

- 2.1 Média de atendimentos de puericultura;
- 2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;
- 2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;
- 2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;
- 2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano;
- 2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos.

##### Monitoramento:

- 2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
- 2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
- 2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

#### **3. Controle de *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica:**

##### Desempenho:

- 3.1 Proporção de diabéticos cadastrados;
- 3.2 Proporção de hipertensos cadastrados;
- 3.3 Média de atendimentos por diabético;
- 3.4 Média de atendimentos por hipertenso.

Monitoramento:

- 3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
- 3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

#### **4. Saúde bucal:**

Desempenho:

- 4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- 4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- 4.3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;
- 4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Monitoramento:

- 4.5 Média de instalações de próteses dentárias;
- 4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
- 4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

#### **5. Produção geral:**

Desempenho:

- 5.1 Média de consultas médicas por habitante;
- 5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado;
- 5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada;
- 5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Monitoramento:

- 5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
- 5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
- 5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;
- 5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;

5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica;

5.10 Média de atendimentos de enfermeiro;

5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;

5.12 Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.

## **6. Tuberculose e hanseníase:**

### Monitoramento:

6.1 Média de atendimentos de tuberculose;

6.2 Média de atendimentos de hanseníase.

## **7. Saúde mental:**

### Monitoramento:

7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas;

7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool;

7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas;

7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo.

## Anexo II – Subdimensões do instrumento de avaliação externa PMAQ

<b>Subdimensão (Módulo I – Observação na UBS)</b>	<b>Nº de Padrões de qualidade</b>
<b>I.1 - Identificação Geral</b>	-
<b>I.2 - Identificação da Unidade de Saúde</b>	-
<b>I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica</b>	6
<b>I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos</b>	4
<b>I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde</b>	1
<b>I.6 - Veículo na Unidade de Saúde</b>	3
<b>I.7 - Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços</b>	2
<b>I.8 - Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde</b>	6
<b>I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde</b>	8
<b>I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde</b>	90
<b>I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde</b>	14
<b>I.12 - Equipamentos e Materiais</b>	38
<b>I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde</b>	4
<b>I.14 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde</b>	14
<b>I.15 - Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde</b>	5
<b>I.16 - Insumos para Atenção à Saúde</b>	23
<b>I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares</b>	5
<b>I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica</b>	254

<b>Subdimensão (Módulo II – Entrevista com o profissional)</b>	<b>Nº de Padrões de qualidade</b>
<b>I.1 - Identificação Geral</b>	-
<b>I.2 - Identificação da Unidade de Saúde</b>	-
<b>I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica</b>	6
<b>I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos</b>	4
<b>I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde</b>	1
<b>I.6 - Veículo na Unidade de Saúde</b>	3
<b>I.7 - Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços</b>	2
<b>I.8 - Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde</b>	6
<b>I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde</b>	8
<b>I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde</b>	90
<b>I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde</b>	14

<b>I.12 - Equipamentos e Materiais</b>	38
<b>I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde</b>	4
<b>I.14 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde</b>	14
<b>I.15 - Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde</b>	5
<b>I.16 - Insumos para Atenção à Saúde</b>	23
<b>I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares</b>	5
<b>I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica</b>	254
<b>II.1 - Identificação Geral</b>	-
<b>II.2 - Identificação da Unidade de Saúde</b>	-
<b>II.3 Informações sobre o Entrevistado</b>	5
<b>II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica</b>	32
<b>II.5 Vínculo</b>	3
<b>II.6 Plano de Carreira</b>	5
<b>II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas</b>	12
<b>II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe</b>	18
<b>II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial</b>	7
<b>II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica</b>	8
<b>II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde</b>	4
<b>II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea</b>	21
<b>II.13 Organização da agenda</b>	6
<b>II.14 Atenção à Saúde</b>	8
<b>II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde</b>	2
<b>II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos</b>	3
<b>II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe</b>	2
<b>II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério</b>	9
<b>II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida</b>	8
<b>II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade</b>	3
<b>II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose</b>	10
<b>II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase</b>	6
<b>II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico</b>	10
<b>II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência</b>	3
<b>II.25 Práticas Integrativas e Complementares</b>	5
<b>II.26 Promoção da Saúde</b>	2
<b>II.27 Programa Bolsa-Família</b>	2
<b>II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio</b>	8
<b>II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário</b>	6
<b>II.30 Atividades nas Escolas</b>	6

<b>II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas</b>	7
<b>II.32 Atenção à Pessoa Tabagista</b>	4
<b>II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</b>	23

<b>Subdimensão (Módulo III – Entrevista com o usuário)</b>	<b>Nº de Padrões de qualidade</b>
<b>I.1 - Identificação Geral</b>	-
<b>I.2 - Identificação da Unidade de Saúde</b>	-
<b>I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica</b>	6
<b>I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos</b>	4
<b>I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde</b>	1
<b>I.6 - Veículo na Unidade de Saúde</b>	3
<b>I.7 - Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços</b>	2
<b>I.8 - Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde</b>	6
<b>I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde</b>	8
<b>I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde</b>	90
<b>I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde</b>	14
<b>I.12 - Equipamentos e Materiais</b>	38
<b>I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde</b>	4
<b>I.14 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde</b>	14
<b>I.15 - Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde</b>	5
<b>I.16 - Insumos para Atenção à Saúde</b>	23
<b>I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares</b>	5
<b>I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica</b>	254
<b>II.1 - Identificação Geral</b>	-
<b>II.2 - Identificação da Unidade de Saúde</b>	-
<b>II.3 Informações sobre o Entrevistado</b>	5
<b>II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica</b>	32
<b>II.5 Vínculo</b>	3
<b>II.6 Plano de Carreira</b>	5
<b>II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas</b>	12
<b>II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe</b>	18
<b>II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial</b>	7
<b>II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica</b>	8
<b>II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde</b>	4

<b>II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea</b>	21
<b>II.13 Organização da agenda</b>	6
<b>II.14 Atenção à Saúde</b>	8
<b>II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde</b>	2
<b>II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos</b>	3
<b>II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe</b>	2
<b>II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério</b>	9
<b>II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida</b>	8
<b>II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade</b>	3
<b>II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose</b>	10
<b>II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase</b>	6
<b>II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico</b>	10
<b>II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência</b>	3
<b>II.25 Práticas Integrativas e Complementares</b>	5
<b>II.26 Promoção da Saúde</b>	2
<b>II.27 Programa Bolsa-Família</b>	2
<b>II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio</b>	8
<b>II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário</b>	6
<b>II.30 Atividades nas Escolas</b>	6
<b>II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas</b>	7
<b>II.32 Atenção à Pessoa Tabagista</b>	4
<b>II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</b>	23
<b>III.1 - Identificação Geral</b>	-
<b>III.2 - Identificação da Unidade de Saúde</b>	-
<b>III.3 - Identificação do Usuário</b>	6
<b>III.4 - Bolsa Família</b>	4
<b>III.5 - Acesso aos Serviços de Saúde</b>	8
<b>III.6 - Marcação de Consulta na Unidade de Saúde</b>	4
<b>III.7 - Acolhimento à Demanda Espontânea</b>	9
<b>III.8 - Atenção Integral à Saúde</b>	9
<b>III.9 - Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado</b>	10
<b>III.10 - Coordenação do Cuidado</b>	2
<b>III.11 - Visita Domiciliar</b>	2
<b>III.12 - Saúde da Mulher</b>	1
<b>III.13 - Gravidez e Pré-natal</b>	29
<b>III.14 - Acolhimento Específico à Gestante</b>	6
<b>III.15 - Atenção ao Pós-parto</b>	12
<b>III.16 - Saúde da Criança</b>	2
<b>III.17 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança</b>	14
<b>III.18 - Amamentação/Alimentação da Criança</b>	2

<b>III.19 - Problemas de Saúde da Criança</b>	6
<b>III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	6
<b>III.21 - Diabetes Mellitus</b>	6
<b>III.22 - Satisfação do Usuário</b>	2
<b>III.23 - Satisfação com o Cuidado</b>	12
<b>III.24 - Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários</b>	4

## Anexo III – Aprovação CEP UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qualidade do serviço nas Unidades Atenção Básica do Rio de Janeiro segundo dados do PMAQ: Um estudo avaliativo

**Pesquisador:** Langs de Arantes Ferreira de Mello

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39693614.0.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 952.274

**Data da Relatoria:** 09/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Apresentado como um Projeto de Dissertação de Mestrado (PPGEnf - UNIRIO) no contexto do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e a implantação das Organizações Sociais de Saúde no município do Rio de Janeiro. Apresenta como questões norteadoras: Segundo os dados do PMAQ, a qualidade do serviço prestado pela Atenção Primária é afetado pelo tipo de Unidade Básica de Saúde? Os indicadores do PMAQ mostram uma distribuição homogênea em todo o município do Rio de Janeiro? Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) das UBS do Município do Rio de Janeiro no ano de 2012 a serem obtidos junto ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde via Lei de Acesso a Informação. "A análise dos dados será realizada com software estatístico R versão 3.1.2, onde será realizada a análise descritiva dos dados. Os indicadores obtidos serão apresentados em mapa para permitir uma visualização espacial da distribuição dos mesmos."

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade do serviço prestado pela Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro segundo os dados do PMAQ.

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 952.274

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresentado como:

Riscos: Não há riscos envolvidos, dado que a fonte de dados é secundária (PMAQ).

Benefícios: Permitir um maior conhecimento acerca da qualidade dos serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Dissertação de mestrado de relevância no contexto da administração / gestão de Unidades Básicas de Saúde tendo como referência o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: apresentado e assinado pelo pesquisador responsável e Instituição proponente (Coordenadora do PPGEf - UNIRIO);

TCLE: solicita dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido " ..., pois o banco de dados a ser utilizado nesta pesquisa se utilizará somente dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado pelo Ministério da Saúde por ocasião do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos."

Instrumento: não apresentado;

**Recomendações:**

Anexar / disponibilizar os documentos:

- TERMO "... o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.";
- INSTRUMENTO a ser utilizado para captar dados / informações no PMAQ.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No que se refere a questões éticas em pesquisa (SEM PERDER DE VISTA AS RECOMENDAÇÕES ASSINALADAS): APROVADO

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 952.274

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

RIO DE JANEIRO, 11 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Sônia Regina de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com