

## Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família

Patrícia P. Simões,<sup>1</sup> Flávio Gameiro,<sup>1</sup> Paula de C. Nunes,<sup>2</sup> Aluísio G. da Silva Júnior,<sup>2</sup> Mariana T. Scardua,<sup>1</sup> Keith B. F. Simas<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com sistema de saúde. No Brasil, desde 2006, este modelo é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca reorientar o Sistema Único de Saúde. Esta mudança é parte da reforma da AB que ocorre no Município do Rio de Janeiro (RJ), evidenciado a partir de 2008/2009 quando contava com 3,5% de cobertura e, após quatro anos, atinge 40% de cobertura pela ESF. Na expansão deste modelo observa-se que áreas que demandavam maior necessidade de saúde foram priorizadas, guardando uma relação com o princípio da equidade. **Objetivo:** Analisar a evolução e a completude da equipe de saúde da família por Área Programática (AP) no Município do Rio de Janeiro e sua relação com a equidade e a justiça social. **Métodos:** Analisaram-se três categorias de equipe de saúde da família por AP: cadastradas, completas e incompletas e compararam-se com suas respectivas AP. **Resultados:** Observa-se que as AP com índice de desenvolvimento social mais baixos foram priorizadas em relação à implantação de equipes de saúde da família, como as AP 3 e 5. Houve aumento de 24% do número de equipes de saúde da família e, em relação à estratégia de agentes comunitários da saúde, aumento de 67%. Na distribuição por AP observou-se um número superior de equipes completas. **Conclusão:** Foi possível descrever a dimensão da expansão da ESF no Município do Rio de Janeiro, que se encontra em consonância com o novo modelo de gestão e ocorre de forma equânime.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Equidade em saúde.

### Abstract

#### Expansion of primary health care in the city of Rio de Janeiro in 2010: the challenge of access and completeness of the family health teams

**Introduction:** Basic Attention (BA) is the first level of contact of individuals, families and communities with the healthcare system. In Brazil, since 2006 this is the Family Health Strategy (FHS) model, which seeks to reorient the health system. This change is part of the BA reform that takes place in the city of Rio de Janeiro (RJ), starting from 2008/2009 when it had 3.5% coverage, and after four years, it has reached 40% coverage by the FHS. During the expansion of this model, areas that required greater need for health were prioritized, following the principle of equity. **Objective:** To analyze the evolution and completeness of the ESF by Catchment Area (CA) in the

1. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

#### \*Endereço para correspondência:

Rua Afonso Cavalcanti, 455, sl. 812  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20211-110.  
E-mail: patriciasubge@gmail.com

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(3):200-208  
doi: 10.12957/rhupe.2016.29445  
Recebido em 29/06/2016. Aprovado em 14/07/2016.

RJ city and its relationship with equity and social justice. **Methods:** We have analyzed three categories of Family Health Teams (FHT) by CA: registered, complete and incomplete, and we have compared with their respective CA. **Results:** It was observed that those CA lower with social development were prioritized in relation to the implementation of FHT, such as CA 3 and 5. There was a 24% increase in the number of FHT and, regarding the Community Health Agent strategy, there was a 67% increase. In the distribution by AP it was observed a greater number of complete teams. **Conclusion:** It was possible to describe the size of the ESF expansion in the city of Rio de Janeiro, which is aligned with the new management model, and is taking place in an equitable manner.

**Keywords:** Family Health Strategy; Primary Health Care; Health equity.

### Resumen

#### Expansión de la atención primaria de salud en la ciudad de Río de Janeiro en 2010: un desafío de acceso y los equipos de salud de la familia

**Introducción:** La atención primaria es el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema de salud. En Brasil, este modelo es la Estrategia de Salud Familiar (ESF), que busca reorientar el Sistema Único de Salud. Este cambio es parte de una reforma en la atención primaria de la ciudad de Rio de Janeiro (RJ), evidenciado a partir del 2008/2009 cuando hubo una expansión de la ESF de 3,5% para 40%, en cuatro años. **Objetivo:** Analizar la evolución de la ESF por Área Programática (AP) en la ciudad de RJ y su relación con la equidad y la justicia social en la salud. **Métodos:** Fueron analizadas tres categorías de Equipos de Salud Familiar por AP:

cadastradas, completas e incompletas, se compararon con sus respectivas AP. Resultados: Se observa que las áreas con más bajo índice de desarrollo social fueron priorizadas con relación a la implantación de equipos de salud familiar, como en las AP 3 y 5. Hubo 24% de aumento en el número de equipos y, de la estrategia de Agentes Comunitarios de Salud, aumentando 67%. En la distribución por AP se observó un número superior

de equipos completos. Conclusión: Fue posible describir la dimensión de la expansión de la ESF en la ciudad de RJ, la cual es parte de un nuevo modelo de administración, que sigue el principio de la equidad y de la justicia social en la salud

**Palabras clave:** Estrategia de Salud da Família; Atenção primária de saúde; Equidade em saúde.

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a Atenção Primária à Saúde (APS) durante a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, antiga União Soviética, sendo estabelecida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde.<sup>1</sup> Posteriormente, Starfield<sup>2</sup> sistematizou o conceito desse nível de atenção em atributos essenciais — o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação — e atributos derivados — a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

No Brasil o modelo de APS também adota a designação de Atenção Básica (AB) e, desde o ano de 2006, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos princípios de territorialização; acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos; cadastramento da população com relação de vínculo e responsabilização da equipe; coordenação da integralidade: ações programáticas e de demanda espontânea; ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; e, estímulo à participação social. Foi na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) publicada em 2006, pela Portaria GM nº 648 e novamente publicada após reformulação em 2011, pela Portaria GM nº 2.488, que a ESF foi definida como modelo assistencial prioritário de caráter substitutivo ao modelo assistencial tradicional.<sup>3</sup>

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.<sup>4</sup> Ela busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.<sup>5</sup> Entretanto, a consolidação dessa estratégia precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, assim como pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.<sup>6</sup>

Dentre as diversas opções existentes de modelo de

atenção à saúde, a Atenção Básica (AB), modelo formado pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família, foi escolhido para ser a base do novo modelo de gestão em saúde do Município do Rio de Janeiro. O argumento principal era que, para além do cofinanciamento federal, diversas cidades do Brasil e do mundo já vinham desenvolvendo este modelo com resultados expressivos na melhoria da qualidade de vida de sua população.<sup>7</sup>

Até o início de 2009, apenas 3,5% da população carioca era atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia Governo Federal. Tal estratégia custeava um sistema personalizado de assistência e que tinha no Rio de Janeiro a menor taxa de atendimento dentre todas as capitais do Brasil.<sup>8</sup> Para o enfrentamento desse problema, o governo municipal definiu como diretriz estratégica para sua gestão o Programa Saúde Presente.<sup>9</sup>

O Programa Saúde Presente, por meio da organização dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), instituiu um modelo de organização de redes de atenção à saúde adequado ao processo de consolidação do SUS, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade.<sup>10</sup> Tem como eixo fundamental para organização da atenção à saúde da população a expansão e articulação da Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, por meio da implantação das clínicas da família,<sup>8,11</sup> vinculando os serviços de referência até o nível do hospital geral, visando, entre outras metas, reduzir a morbimortalidade de crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil.<sup>11</sup> Nesta ampliação do número de clínicas da família, foram priorizadas as regiões da área programática (AP), AP 5 e AP 3, seguindo o princípio da equidade.

Cada clínica tem equipes de saúde responsáveis pela população da região. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Uma equipe é constituída por um médico, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um enfermeiro e um técnico e será responsável pelo atendimento de 4.000 pessoas. Cada pessoa tem seu médico de família,

que o examina e o encaminha a outros especialistas.<sup>8</sup>

A conversão do modelo assistencial tradicional para equipe de saúde da família é parte da reforma da AB que ocorre no Município. Este processo de reorganização da rede a partir da AB ganhou evidência entre os anos 2008 e 2013. Nessa época, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso à saúde, com ampliação de 3,5% para 41% da cobertura de Saúde da Família. Mais de 800 equipes foram implantadas e menos de 7% delas estão incompletas.<sup>12</sup> Nesse mesmo período, foram inauguradas 71 novas clínicas da família, ampliando a rede de saúde de 100 para 194 unidades.<sup>13</sup>

Portanto, para que o programa Saúde Presente seja bem-sucedido, além da ampliação do acesso à atenção primária principalmente nas áreas desprovidas de unidades de saúde, é necessário que as equipes que as compõem estejam completas, com a presença de um médico de família no sentido de qualificar esse atendimento. Estudos que enfatizam que sistemas pautados na AB tendem a apresentar resultados positivos quanto aos cuidados em saúde para a sua população, no que tange à equidade no acesso aos serviços de saúde, à eficiência, à continuidade da assistência e à satisfação dos usuários.<sup>14</sup>

A expansão da AB no Município do Rio de Janeiro a partir da ESF tem como principal meta cobrir as regiões que possuem maior necessidade, com um direcionamento em busca da justiça social. Estudos realizados pela SMS-Rio demonstram que as localidades com menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) seriam: o Complexo do Alemão (0,474), Rocinha (0,458) e Guaratiba (0,446), esta última ainda com características marcadamente rurais.<sup>15</sup> Tal indicador, originalmente descrito como diretriz nas leis orgânicas do SUS, atrela-se intimamente ao conceito de equidade em saúde, uma vez que pode ser considerado um dos princípios estruturais do SUS devido às diversidades de disparidades encontradas no Brasil.<sup>16,17</sup> É considerado, portanto, mais adequado do que o conceito de igualdade. Este fato implica dispor a cada cidadão a atenção e as ações de saúde segundo suas necessidades de saúde. Diante dos problemas de desigualdades socioeconômicas, demográficas, de acesso à saúde que o Brasil enfrenta, a equidade em saúde configura-se como um desafio a ser enfrentado.<sup>17,18,19</sup>

Este trabalho tem como objetivo analisar a expansão da AB, em especial das ESF, no Município do Rio de Janeiro, quanto à sua distribuição por AP e a completude de suas equipes sob a ótica da equidade e da justiça social.

## Método

O presente trabalho é caracterizado como um estudo sobre a expansão da AB, em especial as equipes de saúde da família, no Município do Rio de Janeiro, sob a ótica da equidade e justiça social. Os períodos analisados foram de julho de 2007 a dezembro de 2008 e de janeiro de 2009 a dezembro de 2010.

### O Município do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro tem uma área de 43.696 Km<sup>2</sup>, e uma população estimada, para 2014, de 16.461.173 habitantes (IBGE<sup>20</sup>) distribuída em noventa e dois municípios. O Município do Rio de Janeiro tem uma área de 1.197 Km<sup>2</sup> e uma população estimada para o ano de 2014 de 6.453.682 habitantes (IBGE<sup>21</sup>). Está situado na Região Metropolitana do estado homônimo, a qual também inclui os municípios Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.<sup>22</sup>

Em termos da organização do SUS, o município divide seus 160 bairros em 10 APs, o que contribuiu para o planejamento da expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde na cidade, tomando por base os princípios descritos por Starfield<sup>2</sup> e Harzheim e colaboradores.<sup>23</sup> As 10 APs do Município do Rio de Janeiro são: 1.0 (Centro e adjacências); 2.1 (Zona Sul); 2.2 (Grande Tijuca); 3.1 (Região da Leopoldina); 3.2 (Grande Meier); 3.3 (Região de Madureira e adjacências); 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências); 5.1 (Região de Bangu e adjacências); 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências); 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências).<sup>26,7</sup>

### Coleta de dados sobre as ESF

As informações relativas às equipes de saúde da família e às equipes de ACS foram obtidas a partir dos dados definitivos do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS-Ministério da Saúde,<sup>12</sup> referentes ao período de julho de 2007 a dezembro de 2010. Esse período foi dividido em duas análises: período de julho de 2007 a dezembro de 2008, o qual se refere à ocasião em que esses dados passaram a ser alimentados no CNES (período pertencente à gestão anterior da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro); e o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010 (relacionado à diretriz estratégica de expansão e qualificação da atenção primária com base na ESF do atual governo municipal).

### Categorização das ESF

Para esta análise das equipes de saúde da família foram utilizadas três categorias:

Equipes de saúde da família cadastradas: correspondem ao total da soma das equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

Equipes de saúde da família completas: são aquelas com um médico na composição da equipe.

Equipes de saúde da família incompletas: são aquelas com agentes comunitários de saúde com e sem equipe de saúde bucal.

### Índice de Desenvolvimento Social das APs do Município do Rio de Janeiro

O índice de Desenvolvimento Social (IDS) do Município do Rio de Janeiro foi extraído da análise efetuada pela prefeitura do Rio de Janeiro, refletindo os resultados da pesquisa censitária realizada pelo IBGE em 2000. O IDS foi inspirado no conhecido Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pela ONU (PNUD) para inúmeros países do mundo que, por sua vez tem servido de base para a construção de uma série de outros índices compostos. Sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza.<sup>15</sup>

### Resultados

A figura 1 mostra a série histórica do número de equipes de saúde da família e ACS, com duas situações

distintas: um referente ao período de julho de 2007, ocasião em que esses dados passaram a ser alimentados no CNES, a dezembro de 2008, e outra referente ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, relacionado à diretriz estratégica de expansão e qualificação da atenção primária com base na Estratégia de Saúde da Família do último governo municipal, o qual corresponde ao período de 2013 a 2016. Observou-se, no período julho/2007 a dezembro/2008, um aumento no número de equipes de saúde, atingindo o máximo de 150 equipes no mês de março de 2008, para posteriormente diminuir a cada mês, chegando a 126 equipes em dezembro de 2008. Considerando o período, houve um aumento de 24% do número de equipes de saúde da família. No entanto, em relação à estratégia de ACS para o mesmo período houve um aumento de 67% no número de equipes.

Pode-se observar que no período que vai de janeiro a abril de 2009, o qual poderíamos chamar de período de recuperação, atinge-se o número de 149 equipes de SF. Em um segundo período, que podemos denominar de ascensão, que vai de maio de 2009 a fevereiro de 2010, atinge-se 173 equipes SF, com uma pequena redução nos meses de maio e abril e um período de franca ascensão que vai de maio a dezembro de 2010, alcançando um total de 281 equipes. Se considerarmos o período da expansão da saúde da família, houve um aumento de 114,5% no número de equipes de saúde da família, ou seja, mais que duplicou para o período mencionado.

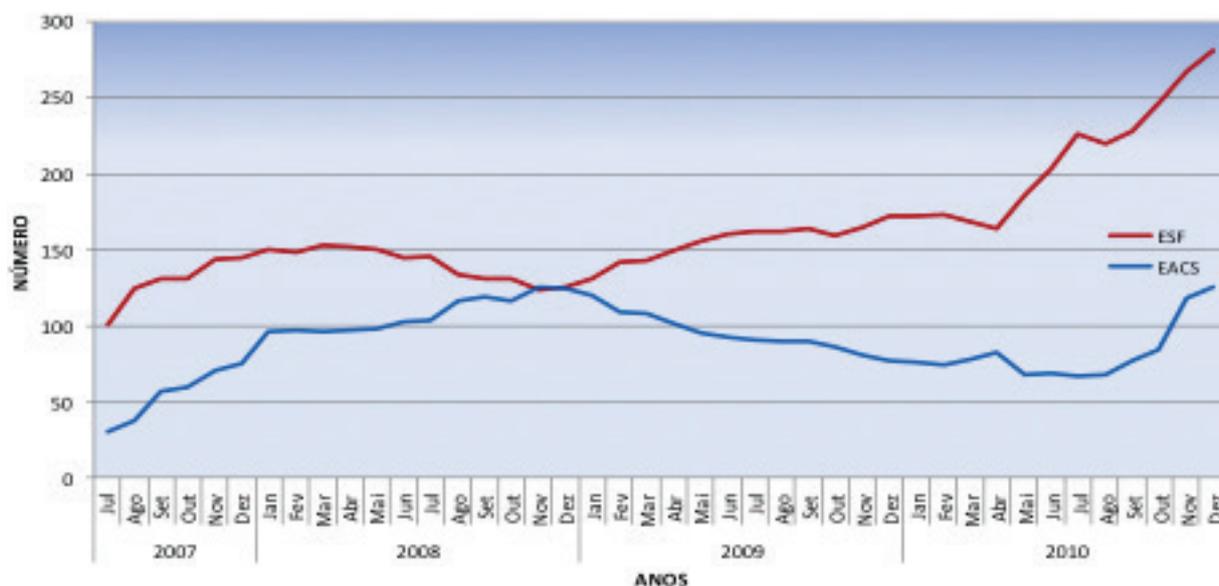


Figura 1. Distribuição das equipes de saúde da família e dos ACS no Município do Rio de Janeiro. Jun./2007-dez./2010. Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

## Artigo original

Em relação às equipes de ACS, o número passou de 120 equipes, em janeiro de 2009, para 79, em julho de 2010, esta redução ocorreu porque estas equipes foram incorporadas à ESF. A partir de setembro de 2010, houve um aumento das equipes de ACS que no futuro deverão compor as equipes de ESF.

Na tabela 1, observamos três tendências diferentes quanto ao número de equipes de saúde da família e ACS cadastradas no CNES segundo as APs no período de agosto a dezembro de 2010. As APs 3.1, 5.2 e 5.3 vêm crescendo de maneira mais lenta, enquanto as APs 3.3 e 5.1 mostram um aumento importante a partir do mês de outubro. As APs 1, 2.1, 2.2, 3.2 e 4 não apresentaram aumento no número de equipes de saúde da família e ACS cadastradas para o período.

A figura 2 mostra em ordem decrescente o percentual de equipe de saúde da família e ACS cadastradas no mês de dezembro de 2010, sendo que as APs 3.1, 5.3, 3.3, 5.2 e 5.1 apresentaram um percentual maior em relação às outras APs e essas cinco áreas, quando somadas, correspondem a um percentual de 83% das equipes cadastradas no Município do Rio de Janeiro.

A tabela 1 mostra as equipes de saúde incompletas nas APs também para o período de agosto a dezembro de 2010. Observa-se que no mês de agosto as APs 5.1, 3.3 e 5.2 foram as que apresentaram um número maior de equipes incompletas quando comparadas as outras APs. Nos meses de setembro e outubro as APs 5.1 e 5.2 continuam apresentando um número maior junto com a AP 3.1, que ultrapassa a AP 3.3. Nos meses de novembro e dezembro observa-se o aumento do número de equipes incompletas nas APs 3.3 e 3.1 superando as APs 5.1 e 5.2.

Em relação à distribuição percentual das equipes de saúde da família para o mês de dezembro, observa-se na figura 3 que a AP 3.3 teve 60% das suas equipes incompletas, seguidas das APs 5.2 e 5.1, apresentado em torno de 40% de equipes incompletas. No entanto, a AP 3.1 ficou com 34% das equipes incompletas, próximo à AP 2.2, com 36%. As APs 2.1 e 5.3 são as que se encontram em melhor situação com suas equipes quase completas.

As APs 4 e 3.2 apresentaram, respectivamente, 8 equipes cadastradas, todas completas.

### Discussão

Durante 1990/2000, o Rio de Janeiro se caracterizou por uma oferta limitada de serviços de atenção básica públicos e universais. Em 2008, a cobertura de equipes de saúde da família correspondia a 3,5% de sua população, considerada a mais baixa entre as capitais nacionais. Ao final de 2013 esta cobertura atingiu mais

de 40% da população do RJ, com equipes formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários em saúde e agentes de vigilância em saúde, além de profissionais de saúde bucal.<sup>7</sup>

Segundo Malta,<sup>25</sup> no Brasil, a ESF teve uma ampla expansão nos últimos anos, devido a um grande incentivo do Ministério da Saúde, o que corrobora os dados apresentados neste estudo para o Município do Rio de Janeiro. Ela é considerada a estratégia prioritária de reorientação da atenção primária e principal porta de entrada do SUS. Possui papel fundamental nesse primeiro contato, na coordenação do cuidado e longitudinalidade e deve funcionar como base das redes de atenção à saúde, por meio de suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar.

Na pesquisa realizada por Malta,<sup>25</sup> os autores apresentaram a cobertura da ESF estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), comparando com dados administrativos e coberturas anteriores da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) e evidenciaram que, na Região Sudeste, o Estado do Rio de Janeiro é o que apresenta a menor cobertura, proporcionalmente. Entretanto, quando avaliada a cobertura do Município do Rio de Janeiro, nota-se que entre os anos de 2008 e 2013, houve ampliação de 3,5% para 41%.

Neste contexto, o presente artigo descreve a experiência do Município do Rio de Janeiro na expansão da ESF para a sua população, buscando a reordenação no modelo de atenção à saúde. Foi possível perceber que, em pouco tempo, houve um aumento substancial no número de equipes de saúde da família, mostrando que o Rio de Janeiro está cada vez mais próximo de realizar uma cobertura de saúde universal e alinhada com a diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde, que define a AP como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde.<sup>10</sup> Howe e colaboradores<sup>26</sup> evidenciam que no Rio de Janeiro, assim como em outras regiões do Brasil, foram observados declínios significativos nos índices de morbimortalidade, especialmente em crianças com idade inferior a 5 anos. Evidencia-se assim, não apenas os ganhos quantitativos na ampliação do acesso à saúde de forma integral, mas também os ganhos qualitativos referentes à redução do número e da prevenção dos agravos encontrados na população. Cabe ressaltar que neste processo também foram necessárias mudanças no organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, o qual se baseou em um novo modelo de gestão por resultados.<sup>7</sup>

No Brasil, a AB é pautada na regionalização, que pode ser entendida como uma estrutura de implanta-

Tabela 1. Número de equipes de saúde da família e de ACS cadastrados e distribuição do número de equipes de saúde da família incompletas segundo as AP do Município do Rio de Janeiro (ago.-dez./2010)

AP	Agosto			Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			
	Eq de SF e ACS	%	Eq de SF incompletas	Eq de SF e ACS	%	Eq de SF incompletas	Eq de SF e ACS	%	Eq de SF incompletas	Eq de SF e ACS	%	Eq de SF e ACS	%	Eq de SF incompletas	%	
1	17	5,69	7	8,86	18	5,71	7	8,05	18	5,28	7	7,45	20	5,08	6	4,76
2.1	30	10,03	2	2,53	30	9,52	3	3,45	30	8,80	3	3,19	31	8,05	5	1,59
2.2	9	3,01	4	5,06	11	3,49	4	4,60	11	3,23	4	4,26	11	2,86	4	3,17
3.1	62	20,74	12	15,19	66	20,95	16	18,39	68	19,94	16	17,02	78	21,19	25	22,22
3.2	1	0,33	0	0,00	1	0,32	0	0,00	1	0,29	0	0,00	1	0,26	0	0,00
3.3	33	11,04	17	21,52	34	10,79	15	17,24	34	9,97	14	14,89	51	13,25	29	29,37
4	7	2,34	0	#DIV/0!	9	2,86	0	0,00	9	2,64	0	0,00	9	2,34	0	0,00
5.1	39	13,04	19	24,05	38	12,06	17	19,54	41	12,02	21	22,34	52	13,51	21	15,87
5.2	44	14,72	14	17,72	48	15,24	17	19,54	57	16,72	21	22,34	57	14,81	21	19,84
5.3	57	19,06	4	5,06	60	19,05	8	9,20	72	21,11	8	8,51	75	19,48	7	3,17
Total	299	100,00	79	100,00	315	100,00	87	100,00	341	100,00	94	100,00	385	100,00	118	100,00

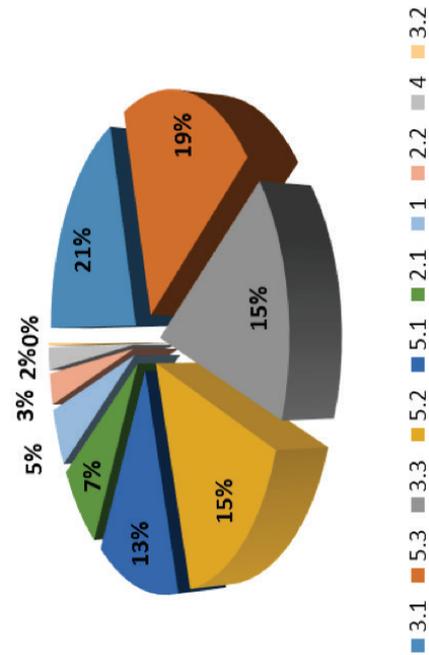


Figura 2. Distribuição percentual das Equipes de Saúde da Família e dos ACS no Município do Rio de Janeiro (dez./2010) Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

## Artigo original

ção racional dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica (de acordo com os níveis de atenção). Esse modelo permite uma atenção mais próxima à realidade da população local em centros primários, enquanto os demais serviços são apropriadamente utilizados conforme as necessidades de cada usuário, facilitando, dessa forma, o acesso, oferecendo alta qualidade nos serviços, custos racionalizados, efetividade na resolução de problemas e rápida resposta às necessidades, além da equidade.<sup>17,27</sup>

O percentual de equipes completas para o município foi de 70% no período de agosto a dezembro de 2010. Na AP 4.0 todas as equipes cadastradas estavam completas, e as APs que apresentaram um maior percentual de equipes de saúde da família completas foram as APs 5.3 e 2.1. Também são essas as equipes que possuem maiores recursos para melhor desenvolverem as ações de promoção da atenção integral, contínua e organizada da população adstrita, assim como o acolhimento dos usuários, garantindo escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo ocorra efetivamente.<sup>3</sup>

Ressalta-se que não houve uma homogeneidade na completude das equipes, uma vez que algumas AP já apresentavam, antes de 2008, uma maior tradição em Saúde da Família na cidade, como é o caso da AP 3.1. Enquanto a 3.2, à época, possuía apenas uma equipe. Logo, o número de equipes completas já existentes, bem como a equidade em relação à necessidade da oferta de melhor acesso aos serviços de saúde das diversas AP

foram consideradas neste processo de expansão.

A ESF no município do Rio de Janeiro tem como meta que todas as equipes estejam completas, ou seja, que em todas as equipes tenham um médico de família e comunidade. Portanto, as equipes de agentes comunitários e de agentes comunitários de saúde com saúde bucal foram consideradas equipes de saúde da família incompletas até que seja admitido um médico em cada equipe. Desta forma, em análises posteriores, espera-se encontrar números superiores aos apresentados neste estudo.

## Conclusões

Este trabalho teve como objetivo a descrição da situação do programa de expansão da ESF no ano 2010 em seu aspecto estrutural como subsídio para o planejamento e organização dos serviços, bem como a reflexão para as possíveis soluções do que foi apontado. No entanto, este tipo de análise informa somente uma dimensão que o programa de expansão se propõe a fazer, que é aumentar o potencial da atenção primária na lógica da estratégia da saúde da família. A estrutura possibilita alcançar a qualidade na atenção, o que dependerá também de outros fatores, como a formação de recursos humanos.

Apesar dessa limitação, é importante o acompanhamento sistemático e conhecimento da situação das equipes de saúde da família nas unidades de saúde como um fator que contribui para a melhoria na qualidade da atenção primária no Município do Rio de Janeiro.

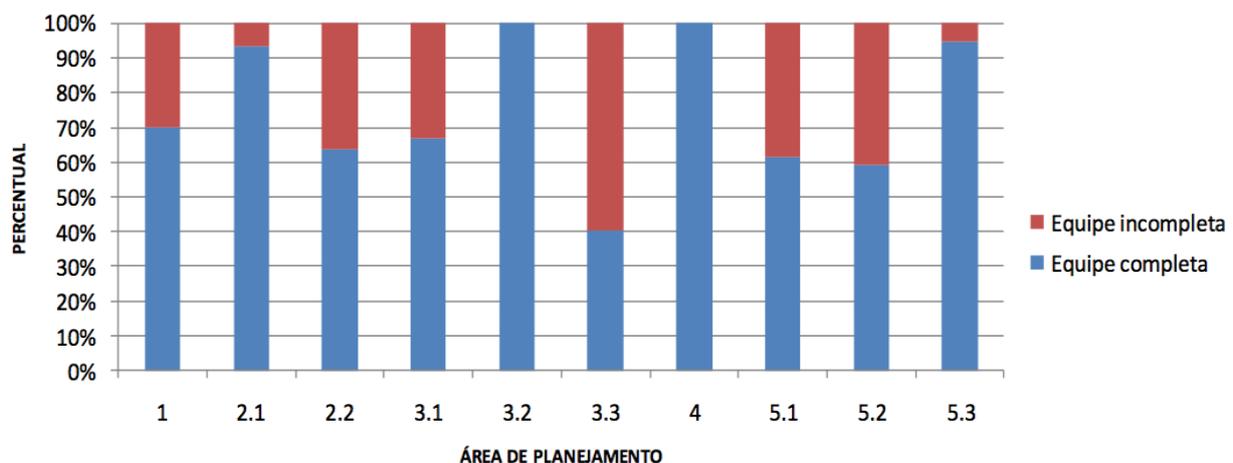


Figura 3. Distribuição percentual das equipes de saúde da família completas e incompletas por AP no Município do Rio de Janeiro (dez./2010) Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O aumento de mais de 100% no número de equipes de saúde da família completas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010 evidenciado na série histórica confirma o projeto do atual governo de expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

Para as áreas 3 e 5, fica evidenciado pelo aumento de equipes cadastradas para as áreas 3.1, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 no período de agosto a dezembro de 2010 sendo que em dezembro do total das equipes cadastradas no município, 80% estavam localizadas nestas áreas. A AP 3.2 encontrava-se em atraso neste processo devido a problemas em relação à licitação das OSS para sua área que somente foi definida em meados de agosto de 2010.

O percentual de equipes completas para o município ficou em torno de 70% para o período de agosto a dezembro. As áreas que apresentaram um percentual maior de equipes incompletas foram as da CAP 3.3, 5.1 e 5.2, sendo necessário um maior investimento para essas áreas. As áreas que apresentaram um maior percentual de equipes de saúde da família completas foram as da CAP 5.3 e 2.1. Na CAP 4 todas as equipes cadastradas estavam completas.

Dessa forma, concluímos que houve um importante incremento e expansão na cobertura da ESF, acompanhado do número de equipes de profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde, sinalizando para o aumento na qualidade dos serviços prestados à população deste município. Esse incremento e expansão na cobertura da ESF evidenciam o aumento do acesso aos serviços de saúde e, por consequência, da equidade.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
4. Baggio MA, Erdmann AL. A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2015 dez [Acesso em: 17 nov 2016]; ser IV(7): 11-20. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000700002&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000700002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15012>.
5. Faustino EB, Azevedo EB, Silva PMC, et al. Diabetes Mellitus: Busca Ativa em Portadores de Obesidade. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):110-5
6. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]; 2016 maio [Acesso em: 14 jul 2016];21(5):1327-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1327.pdf>
7. Prefeitura do Rio de Janeiro. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro: 2009 à 2012. [Acesso em: 29 jun 2016]. Disponível em: [http://www.riocomovamos.org.br/arq/planejamento\\_estrategico.pdf](http://www.riocomovamos.org.br/arq/planejamento_estrategico.pdf).
8. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Saúde Presente: o plano que está mudando a saúde do Rio. [Acesso em: 20 jun 2016]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011. 5. ed. Brasília, 2007. 128 p. [Acesso em: 20 out 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsau-de/programa.php>.
10. Prefeitura do Rio de Janeiro. Marco de Gasto de Médio Prazo (MGMP) do Município do Rio de Janeiro, 2011. [Acesso em: 29 jun 2016]. Disponível em: [file:///C:/Users/SUBPAV-SAP/Desktop/Marco\\_de\\_Gasto\\_de\\_Medio\\_Prazo.pdf](file:///C:/Users/SUBPAV-SAP/Desktop/Marco_de_Gasto_de_Medio_Prazo.pdf).
11. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Dados preliminares de agosto de 2013. Disponível em: [http://www.subpav.org/cnes/cnes\\_eq\\_cobertura\\_listar.php](http://www.subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar.php)
12. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014 – 2015. Rio de Janeiro, 2013.
13. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saude soc. [Internet]. 2011 dez [Acesso em: 17 nov 2016];20(4): 927-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.
14. Prefeitura do Rio de Janeiro. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro; 2008. [Acesso em: 29 jul. 2016]. Disponível em: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394\\_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social\\_IDS.pdf](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf).
15. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional da Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
16. Castro-Nunes P. As iniquidades no acesso das pacientes com câncer de mama à rede pública de saúde do Município de Niterói - RJ. Niterói. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2015.
17. Finkelman J. Análise de Equidade – Saúde: Brasil. [Acesso em: 17 jul 2016]. Disponível em: [http://www.paho.org/english/dbi/Op08/OP08\\_13.pdf](http://www.paho.org/english/dbi/Op08/OP08_13.pdf).
18. Caldas JMP, Santos ZMSA. Health and equity. Rev. esc. enferm. USP [Internet]; 2016 Aug [cited: 2016 nov 17];50(4): 540-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400540&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400540&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500001>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). 2015a. Perfil do Estado do Rio de Janeiro. [Acesso em: 19 jul 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). 2015b. Perfil da cidade do Rio de Janeiro. [Acesso em: 19 jul 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmu330455>.
21. Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de

## Artigo original

- Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ). 2015. Disponível em: [http://www.ceperj.rj.gov.br/noticias/Mar\\_14/27/novo\\_mapa.html](http://www.ceperj.rj.gov.br/noticias/Mar_14/27/novo_mapa.html).
22. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCA-Tool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(8):1649-59.
23. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Clínicas da Família – Município do Rio de Janeiro. [Acesso em: 01 de julho de 2016]. Disponível em: <http://otics-rio.blogspot.com.br/p/clinicas-da-familia.html>.
24. Malta DC et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. & Saúde Coletiv.* 2016;21(2):327-38.
25. Howe A, Anderson MIP, Ribeiro JM, et al. Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos de fundação da cidade. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 maio [Acesso em: 14 jul 2016];21(5):1324-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1324.pdf>
26. Artmann E, Rivera FJU. Regionalização em saúde e mix público-privado. Rio de Janeiro; 2003.