



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**



**MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**RAFAELA SOUSA DA SILVA CARDOSO**

**EVOLUÇÃO DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA  
RELAÇÃO COM O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO NO  
MUNICÍPIO DE MARICA – RJ**

**Rio de Janeiro**

**2024**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**RAFAELA SOUSA DA SILVA CARDOSO**

**EVOLUÇÃO DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA  
RELAÇÃO COM O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO NO  
MUNICÍPIO DE MARICA – RJ**

**Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional do Programa de Pós  
Graduação em Atenção Primária à Saúde da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro -  
UFRJ, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de Mestre  
em Atenção Primária à Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Aline Alves Ferreira**

**Rio de Janeiro  
2024**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, por acreditar e me estimular sempre! O amor que vocês têm por mim me ajuda a lutar e vencer todos os dias!*

*Ao meu esposo, com você cada dia é uma alegria. Obrigada pelo seu incentivo e pela paciência comigo naqueles dias tão atarefados com a confecção deste trabalho.*

*Aos meus filhos, o amor de vocês é o que me move. Obrigado pela compreensão e carinho durante este período no qual não pude dedicar-lhes a devida atenção.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu marido Ronaldo e aos filhos Davi e Lucas, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos meus pais e irmão, por todo o apoio, incentivo e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos meus sogros por estarem sempre presentes nos ajudando com a criação dos pequenos e em todas as etapas da nossa vida.

A todos os meus familiares que sempre torceram pela minha vitória e aplaudiram minhas conquistas.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este projeto.

A minha orientadora Aline Alves Ferreira, por ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

Aos professores deste curso de mestrado, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

E a todos que participaram direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

## RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde do usuário e deve estar organizada a atender as diversas necessidades dos mesmos. A APS abrange o âmbito individual e coletivo, a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. O processo de cuidado na Estratégia de Saúde da Família ofertado deve ser avaliado e monitorado ao longo do tempo de modo que possa ser mensurado o quanto a assistência está evoluindo ou sendo efetiva. Para esta finalidade, alguns dados sobre a população são bastante eficientes, tais como dados socioeconômicos, ambientais, sobre acesso a serviços de saúde, morbidade e os eventos vitais. Neste contexto este projeto de pesquisa foi idealizado com o objetivo de avaliar a evolução de indicadores de saúde do contrato de gestão da Organização Social junto a Secretaria Municipal de Saúde de Maricá (RJ) e sua relação com os contextos socioeconômico e demográfico da cidade. Foram selecionados oito indicadores relacionados à APS que constam no contrato de gestão e que descrevem elementos de acesso, assistência e eficiência econômica das 24 unidades de atenção primária do município de Maricá - RJ. Os dados foram coletados via prontuário eletrônico instituído na atenção primária (Vita Care), que gerou os resultados dos indicadores a partir da utilização do sistema pelos profissionais de saúde. Além disso, foi utilizada a estimativa populacional dos bairros adscritos pelas unidades da APS, o banco de dados socioeconômicos extraídos do prontuário eletrônico e a base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A construção do banco de dados se deu a partir da extração dos indicadores selecionados do prontuário eletrônico (Vita Care) que foi salvo em excel e sistematizado por unidade e mês. Foram realizadas análises descritivas através de estatísticas como médias e proporções. Algumas variáveis de natureza contínuas foram transformadas em categóricas (nominais). A evolução dos indicadores de acesso, desempenho e eficiência foi positiva no período estudado para o município de Maricá - RJ. Foi possível perceber que todos os indicadores tiveram incremento ao longo do período analisado e que as condições socioeconômicas dos distritos tiveram impacto direto em como se comportaram os resultados encontrados.

**Palavras Chaves:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Indicadores de Saúde

## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the first level of health care for users and must be organized to meet their diverse needs. PHC covers the individual and collective scope, health promotion and protection, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction and health maintenance, with the aim of developing comprehensive care that impacts in the health situation and autonomy of people and in the determinants and conditions of health in communities. The care process in the Family Health Strategy offered must be evaluated and monitored over time so that it can be measured how much the assistance is evolving or being effective. For this purpose, some data on the population are quite efficient, such as socioeconomic and environmental data, data on access to health services, morbidity and vital events. In this context, this research project was designed with the objective of evaluating the evolution of health indicators in the Social Organization's management contract with the Municipal Health Department of Maricá (RJ) and their relationship with the socioeconomic and demographic contexts of the city. Eight indicators related to PHC were selected, which are included in the management contract and which describe elements of access, assistance and economic efficiency of the 24 primary care units in the municipality of Maricá - RJ. Data were collected via electronic medical records established in primary care (Vita Care), which generated the results of the indicators based on the use of the system by health professionals. In addition, the population estimate of the neighborhoods registered by the PHC units, the socioeconomic database extracted from the electronic medical record and the database from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) were used. The construction of the database was based on the extraction of selected indicators from the electronic medical record (Vita Care), which was saved in Excel and systematized by unit and month. Descriptive analyzes were carried out using statistics such as means and proportions. Some continuous variables were transformed into categorical (nominal). The evolution of access, performance and efficiency indicators was positive in the period studied for the municipality of Maricá - RJ. It was possible to notice that all indicators increased over the analyzed period and that the socioeconomic conditions of the districts had a direct impact on how the results found behaved.

**Key Words:** Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Indicators

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Linha do tempo atenção primária no Brasil.....	20
Figura 2: Fases do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB).....	21
Figura 3: Os determinantes sociais do processo saúde doença.....	38
Figura 4: Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist.....	39
Figura 5: Mapa do município de Maricá, conforme divisões dos distritos.....	42
Figura 6: Média dos indicadores dos quatro distritos.....	58
Figura 7: Média dos indicadores de acesso (a1 e a2) por distrito.....	59
Figura 8: Média dos indicadores de desempenho (d3,d4, d6 e d7) por distrito.....	59
Figura 9: Média dos Indicadores de eficiência (e2 e e3) por distrito.....	60
Figura 10: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 1.....	61
Figura 11: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 2.....	63
Figura 12: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 3.....	65
Figura 13: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 4.....	67
Figura 14: Relação Raça/cor por distrito de saúde. Maricá, RJ - 2020/2021.....	
Figura 15: Relação escolaridade por distrito de saúde. Maricá, RJ - 2020/2021.....	
Figura 16: Percentual médio dos indicadores por distrito de acordo com a escolaridade. Maricá, RJ - 2020/2021.....	

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1: Variáveis sociais e demográficas.....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 2: Implantação das ESF por distrito de saúde, Maricá - RJ, 2020/2021.....</b>	
<b>Quadro 3 : Média, DP (desvio padrão) e CV (coeficiente de variação )dos Indicadores de acesso, desempenho assistencial e eficiência econômica por distrito, trimestralmente, Maricá - RJ, 2020/2021.....</b>	
<b>Quadro 4: População estimada em relação à população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família. Maricá- RJ, 2020.....</b>	<b>72</b>
<b>Quadro 5:Média percentual de população cadastrada por sexo na Estratégia de Saúde da Família. Maricá-RJ, 2020.....</b>	<b>73</b>



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
AMQ - Avaliação para a melhoria da qualidade  
APS - Atenção Primária em Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
DSS - Determinantes Sociais de Saúde  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
JOM - Jornal Oficial de Maricá  
M&A - Monitoramento e Avaliação  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OS - Organização Social  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PEP - Prontuário Eletrônico  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PMAQ AB - Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PSF - Programa de Saúde da Família  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
SESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEIAS - Territórios Integrados de Assistência à Saúde

UOM - Unidades Odontológicas Móveis

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Atenção Primária em Saúde.....	16
2.2 Indicadores de Saúde da Atenção Primária.....	24
2.3 Avaliação dos Indicadores de Saúde da Atenção Primária.....	27
2.4 Indicadores na APS e a relação com o contexto socioeconômico e demográfico.....	33
2.5 A APS no município de Maricá.....	39
3. JUSTIFICATIVA.....	46
4. OBJETIVOS.....	49
4.1 Objetivo Geral.....	49
4.2 Objetivos Específicos.....	49
5. METODOLOGIA.....	50
5.1 Tipo de estudo e fonte dos dados.....	50
5.2 Indicadores de Saúde.....	50
5.3 Descrição dos Indicadores.....	53
5.4 Análise de Dados.....	56
6. PERMISSÕES ÉTICAS.....	57
7. RESULTADOS.....	5
8	
7.1 Indicadores de Saúde.....	58
7.2 Dados Socioeconômicos.....	68
8. DISCUSSÃO.....	73

<b>9. CONCLUSÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>94</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde do usuário e deve estar organizada para atender às diversas necessidades dos mesmos. A APS abrange o âmbito individual e coletivo, a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2006).

A APS, apesar do nome ser “primária”, possui uma grande complexidade uma vez que abrange o cuidado integral da população em todas as suas faixas etárias, com todas as suas especificidades contando com a longitudinalidade e a equidade sendo o ordenador do cuidado do indivíduo e organizando e monitorando seu processo de cuidado na rede de assistência à saúde (ANDRADE, A., 2019)

Nesse contexto se faz necessário monitorar e avaliar a APS nos resultados e impactos na qualidade de vida da população e das estratégias utilizadas no território com intuito de diminuir as comorbidades sensíveis ao cuidado primário e aumentar a qualidade de vida da população (BRASIL,2017). Definir indicadores de saúde para um determinado território é fundamental para que gestores e profissionais de saúde possam monitorar o quão a assistência ofertada impacta nas condições de saúde de uma população. Além disso, é fundamental que os profissionais conheçam as condições sociodemográficas e econômicas do território de atuação a fim de pensar as variáveis e os determinantes dos indicadores de saúde (BARATA, R., 2009)

Os indicadores de saúde podem ser definidos como instrumentos utilizados para medir uma realidade e através da avaliação dos mesmos permitir a tomada de decisão de forma efetiva e eficaz. Podem ainda ser parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados. São importantes para nos conduzir ao resultado final das ações propostas em um planejamento estratégico, além de facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas nas unidades de saúde (FRANCO, 2010).

Além disso, os indicadores de saúde permitem aos profissionais de saúde e gestão traçar o perfil da população e estabelecer prioridades e ações de saúde a fim de modificar as situações de saúde negativas e potencializar as positivas. E possibilitam uma avaliação dos serviços (WHASHINGTON, D.C., 2018).

O processo de avaliação em saúde por indicadores tem sido implementado em diversos municípios do Brasil, como forma de qualificar a assistência, No município do Rio de Janeiro, a experiência com indicadores começou em 2009 e tornou-se exemplo de gestão na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARROS, R.C; CAMPOS, C.E.A., 2021)

Alguns estudos realizaram a mensuração de impacto epidemiológico atribuível às ações da APS. Porém pode-se verificar através de alguns dados e indicadores já existentes que a APS produziu diferença na condição de saúde da população, como por exemplo, controlando doenças crônicas como hipertensão e diabetes através da oferta de atividade física nas UBS (SENNA; ANDRADE, 2015).

Essa mensuração dificilmente ocorre em municípios de médio e pequeno porte (CALVO,M.C.M. et al, 2016), mesmo que tenham uma importância econômica e social para o estado, como é o caso do município de Maricá. A APS de Maricá está organizada em 25 unidades de saúde e o processo de informatização destas unidades básicas se deu a partir de 2019. Atualmente, toda ESF da cidade conta com sistemas de prontuário eletrônico. Desde março de 2020 a Secretaria Municipal de Saúde firmou junto a uma Organização Social (OS) o contrato de gestão para a administração das unidades básicas de saúde no município e com isso mantém o cumprimento de indicadores de saúde que visam dar acesso, qualidade na assistência e eficiência econômica no cuidado junto ao usuário (JOM,2017).

Estes indicadores contratuais são gerados a partir da utilização do prontuário eletrônico (PEP) pelos profissionais de saúde. O contrato prevê indicadores divididos em variáveis. (SORANZ; PINTO, 2017).Os indicadores da variável 2 permitem observar e monitorar a assistência que as equipes de saúde da família oferecem ao usuário por equipe de saúde. São indicadores que demonstram o quão as equipes dão acesso à população, que trabalham as diferentes linhas de cuidado ao usuário como por exemplo, saúde da mulher e da criança e quanto o serviço é eficiente em custos e resolutividade na assistência ofertada. Vale ressaltar que a utilização do prontuário eletrônico como ferramenta de trabalho e registro das ações e atividades

realizadas ao usuário permite a geração de listas de monitoramento e reflexo nos indicadores de saúde da população. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Neste contexto este projeto de pesquisa foi idealizado com o objetivo de descrever e analisar o comportamento de alguns indicadores selecionados relacionados ao contrato de gestão firmado entre a Organização Social (OS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Maricá, RJ, além de correlacionar estes indicadores da APS de Maricá com o contexto demográfico e socioeconômico da cidade.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Atenção Primária em Saúde (APS)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO et al, 2007).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017 a APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS envolve o manejo de pacientes que, geralmente, tem múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento. Ela pode ser considerada o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (STARFIELD, 2002).

Trata-se, portanto, da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2021).



É a assistência essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autor responsabilidade e autodeterminação. (OMS, 2003).

A Atenção Primária – e de maneira especial, a ESF, para sua consecução – necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2012).

Segundo Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena ainda os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. De acordo com Mendes (2015), só pode haver uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A ideia de que os cuidados dispensados na Atenção Primária são simples há muito deixou de ser realidade, se é que algum dia o foi. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influem na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade.

A ação na Atenção Primária, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano. (OMS/UNICEF, 1979)

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF (CAMPOS,2006).

Desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, foi possível observar a várias tentativas de se organizar a APS. Vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante diferentes. Esses centros de saúde, inicialmente propostos

por Paula Souza em São Paulo, propunham ação integral com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde. (FAUSTO et al, 2007)

Outra iniciativa que deve ser destacada é a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1960 após extinção de contrato internacional que a mantinha desde 1942. Essa Fundação teve atuação marcante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, organizando e operando serviços de saúde pública e de assistência médica. (FAUSTO et al, 2007)

Deve-se também citar a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde durante a década de 1960 com atuação voltada em sua maioria para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública, incluindo o enfrentamento das grandes endemias (GIL, 2006). As primeiras experiências de medicina comunitária da década de 1970, sob influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das Universidades marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS (CAMPOS,2006).

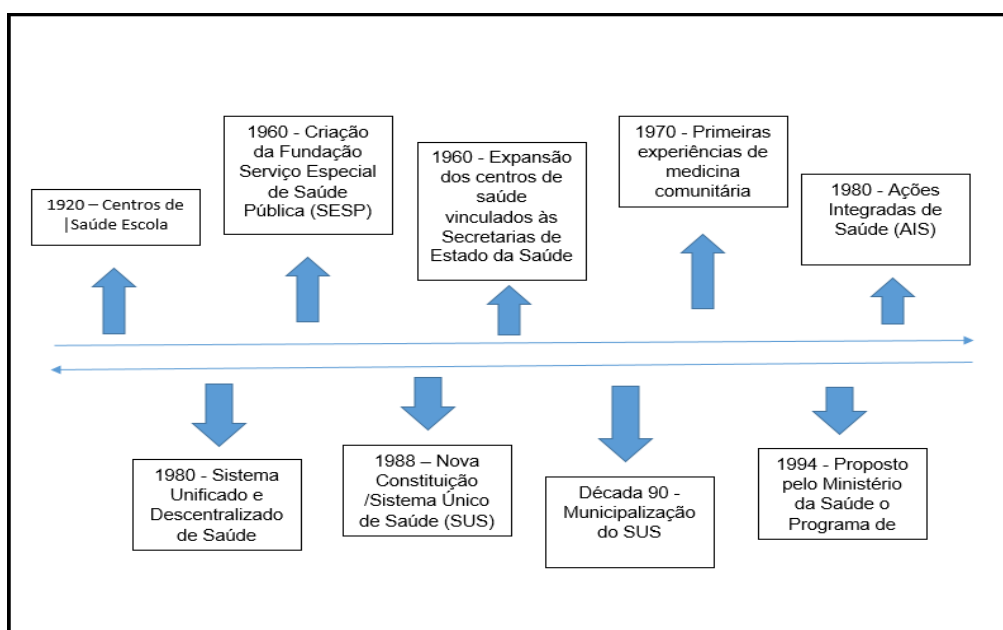
Já no início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição.

Juridicamente, a Constituição de 1988 foi o marco conceitual que consolidou a nova consciência social de promoção de saúde que deu origem ao SUS, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro. Com o SUS, estabeleceu-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol do acesso pleno aos serviços em busca de um novo padrão de cidadania (TAKEDA, 1993).

Nesse período, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento (TAKEDA, 1993).

Em 1994, com uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1998). A figura 2 mostra a linha do tempo em relação aos diversos momentos da atenção básica no Brasil.

**Figura 1: Linha do tempo atenção primária no Brasil, Maricá - RJ, 2020/2021**



Fonte: Próprio Autor

Embora o impacto da utilização do SUS em âmbito nacional tenha sido muito variável, particularmente quando se comparam municípios de pequeno e grande porte, é indiscutível a importância da disseminação dos pressupostos que fundamentam essa estratégia e que são explicitados na PNAB, por exemplo (PNAB, 2011).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, como

cobertura da ESF, equipes de saúde da família completas, dentre outros, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação (GIL, 2006).

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde da população (BRASIL,2013).

As situações de saúde e adoecimento nesse nosso país continental são díspares e, assim, a par das doenças definidas pelo perfil epidemiológico da população e outras que, frente à globalização, emergem e reemergem fazendo com que a população apresente uma pluralidade de agravos à saúde, surgem os problemas de violência, de saúde mental, pobreza, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, acidentes externos, entre outros.

Essa realidade tão complexa necessita de um olhar multifacetado, em que diferentes profissionais possam apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção. Dentro desse escopo foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família, com as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde, sendo o objetivo deste último a implantação de polos para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudável (BRASIL, 2011).

A integralidade se materializa principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde – tanto clínicos quanto sanitários –, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, e atuando no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde. Inúmeras e complexas são as responsabilidades atribuídas aos profissionais do NASF, entre elas: a definição de indicadores e metas que avaliem suas ações; a definição de uma agenda de trabalho que privilegie as atividades

pedagógicas e assistenciais; e ações diretas e conjuntas com a ESF no território (BRASIL, 2011).

É importante refletir que cada ação ou todas elas, analisadas no conjunto da obra, pressupõem ações a serem desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família e a comunidade, com vista à vigilância à saúde.

Atualmente, há uma carteira de serviços disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas também, como: o programa saúde na hora e o médico pelo Brasil. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. Entre o conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para cuidar da população no ambiente em que vive estão o Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e a Estratégia Saúde da Família, entre outros programas, ações e estratégias (BRASIL, 2013).

A coordenação da APS conota a capacidade de garantir a continuidade da assistência, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde (RAS) (MENDES, 2011).

As atribuições de todos os profissionais, do ponto de vista organizacional: participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações (BRASIL, 2011).

Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de

Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011).

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

Para que toda essa estrutura possa funcionar, dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de forma coordenada, é necessário estabelecer estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009b; 2011).

Os fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado. A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

Segundo Oliveira et al. (2013) no caso brasileiro, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde. Foi adotada a designação Atenção Primária para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global.

## **2.2 Indicadores de Saúde da Atenção Primária**

A “qualidade” é um termo bastante utilizado para definir o desenvolvimento e aprimoramento dos serviços prestados pelas instituições (BONATO, 2011). Dessa forma, a gestão da qualidade implica no trabalho que é realizado, para o alcance da excelência nos serviços, visando assim, a satisfação do cliente. Além disso, a gestão da qualidade faz parte da construção da sociedade e dos serviços prestados a comunidade (KLUCK *et al.*, 2008).

No que diz respeito à saúde, a gestão da qualidade se faz necessária, pois, permite a identificação dos papéis e das funções das instituições de saúde (KLUCK *et al.*, 2008). É importante ressaltar que, a qualidade não se dá de maneira pontual e sim de forma contínua, ou seja, as instituições devem sempre estar procurando meios de melhora e progresso nos trabalhos executados (CARVALHO *et al.*, 2004). Para tanto, os setores de saúde desenvolvem ferramentas que avaliam a qualidade desses serviços.

O monitoramento e avaliação dos serviços de saúde através da utilização de ferramentas de gestão são de fundamental importância para as tomadas de decisão dos gestores (SELLERA, 2020). Acompanhar os principais indicadores de saúde da população se faz necessário. Este acompanhamento permite aos gestores e profissionais a tomarem medidas preventivas e/ou corretivas diante do cenário apresentado (PINHEIRO, 2016).

O monitoramento é uma estratégia de gestão para acompanhar informações prioritárias, as quais trarão projeções de resolutividade, ou não, das intervenções



adotadas, além de ser um importante meio de tomada de decisões (CRUZ; REIS, 2011). Para tanto, uma importante ferramenta são os Sistemas de Informação. As informações relevantes à saúde são coletadas pelos municípios e estados e assim catalogadas em nível nacional no DATASUS. Os dados são analisados pelos municípios através dos indicadores de saúde. Tais indicadores são indispensáveis para acompanhar a tecnologia de cuidado exercida pelas equipes e como estas se organizam em seu processo de trabalho (GONDIM, 2011).

Indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (SOBRAL, 2010).

Os indicadores universais retratam o acesso e a qualidade da organização em redes e são de pactuação comum e obrigatória em âmbito nacional. Já os indicadores específicos, representam as características epidemiológicas locais, de organização e desempenho do sistema sendo de pactuação obrigatória à medida que forem verificadas as particularidades no território (BRASIL, 2013).

Os indicadores de saúde podem ser conceituados como parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios ao planejamento de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade e diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 2003).

Trabalhar com indicadores de saúde garante ao usuário informações sobre saúde, assegurando a todos o direito e acesso às informações de qualquer espécie, reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 5º do capítulo I, inciso XIV(3). De acordo com o Código de Defesa do Consumidor (1990), é obrigatório ao fornecedor transmitir toda informação, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos. Nesse caso, é clara a identificação de que o usuário assume o papel de consumidor e o Sistema Único de Saúde (SUS),

consequentemente, o de fornecedor de serviços de saúde e, como tal, tem a obrigação de garantir todo tipo de informação sobre este.

O uso dos dados ainda não é uma cultura, como dito anteriormente, mas precisa ser fomentado, já que assegura a compreensão da situação de saúde, possibilita escolhas mais objetivas e efetivas na melhoria no sistema de saúde. Além disso, estimula o debate, aprendizado e reflexão dos envolvidos no processo, contribuindo para melhoria nas condições de saúde da população. (GRIMM S *et al.*, 2018).

Os indicadores são ferramentas usadas para fornecer informações precisas dos serviços prestados pelo SUS; foram implantados nos serviços de saúde e, dessa forma, sentiu-se a necessidade de compreender seu uso para pré-visualizar os desafios a serem enfrentados no cotidiano da Saúde. Além da implantação dessa ferramenta, é necessário um processo de aceitação, adaptação e avaliação dos profissionais em prol da qualificação dos indicadores adotados e do serviço, visando à qualidade do atendimento e à satisfação do usuário (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

A equipe é essencial na aplicabilidade dos indicadores de saúde; ela precisa conhecer suas fontes, os instrumentos e formas de registro, ter domínio da elaboração e aplicabilidade para vencer os desafios que são impostos à saúde pública no Brasil (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

Melhorias nos indicadores de saúde são fundamentais por vários motivos: elas representam um bem em si mesmo, pois pessoas no mundo inteiro valorizam a sua saúde e a saúde dos familiares. A saúde é fundamental para o desenvolvimento individual, pois melhores condições de saúde estão associadas à realização de atividades básicas, como produtividade no trabalho e desempenho acadêmico, entre outros (MOTTA, 2017).

A avaliação e o monitoramento de ações e resultados são fundamentais na adequação das políticas e ações implementadas. Entre os esforços governamentais realizados nesse sentido, citam-se o Sistema de Informação da Atenção Básica, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e editais de financiamento à pesquisa (NEDEL, 2008).

Monitorar indicadores de saúde é fundamental na APS e facilita a tomada de decisão dos gestores municipais, gestores locais e profissionais que atuam diretamente com a população. Acompanhar os indicadores permite a mudança de estratégia, uma vez que os mesmos podem indicar condutas não exitosas e garantir uma assistência de qualidade.

Para que sejam capazes de cumprir sua função no processo de desenvolvimento da qualidade da atenção básica de saúde, os indicadores precisam ser implementados de forma adequada na rotina do serviço. Assim, podem direcionar progressos, articulações e melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **2.3 Avaliação dos Indicadores de Saúde da Atenção Primária**

Nas últimas décadas, a avaliação de políticas e programas assumiu grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. Apesar da existência de experiências anteriores, o interesse pela avaliação tomou grande impulso com a modernização da Administração Pública. Em vários países, este movimento foi seguido pela adoção dos princípios da gestão pública empreendedora e por transformações das relações entre Estado e sociedade (CUNHA, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (1981), avaliação é uma maneira sistemática de aprender por meio de experiências e utilizar o aprendizado para melhorar as atuais atividades e promover um melhor planejamento, escolhendo cuidadosamente entre alternativas para ações futuras.

É importante que o profissional da saúde que atua no campo da gestão e do cuidado entenda que a avaliação ganha relevância quando os resultados podem ser utilizados para influenciar mudanças no processo de trabalho. A avaliação pode modificar determinada situação de saúde, verificar as dificuldades e contribuir para a alteração dos indicadores de morbimortalidade. A avaliação também revela a sua magnitude quando mostra resultados nas práticas de saúde e na organização social

ao trabalhar a eficiência, a eficácia, a efetividade, a qualidade, o impacto, a acessibilidade, a equidade, a cobertura e a satisfação do usuário.

Ao reconhecer que a Atenção Básica exerce o papel de porta preferencial para o sistema de saúde e que suas unidades representam serviços de busca regular por parte dos usuários, além de a AB também exercer o papel de filtro em relação aos demais níveis de atenção, é crucial compreender e analisar o acesso a esses serviços, assim como compreender a qualidade e os resultados dos processos alcançados (MACINKO, 2018).

A avaliação e monitoramento dos processos de trabalho da APS se faz necessário em todas as frentes de atuação dos profissionais a fim de ajustar fluxos, protocolos e organizações e assim permitir mudanças de decisões e melhor organização dos processos assistenciais (SENN, 2015).

Há diferenças entre os conceitos de avaliação e monitoramento/acompanhamento, pois, enquanto o monitoramento/acompanhamento é uma atividade gerencial interna, realizada durante o período de execução e operação, a avaliação pode ser realizada antes, durante a implementação ou mesmo algum tempo depois que o programa provocar todo o seu impacto, e com a preocupação centrada no modo, medida e razão dos benefícios advindos.

A avaliação da disponibilidade, adequação e resolutividade dos processos assistenciais deve se consubstanciar como processo que de fato possa orientar mudanças e se traduzir em ações de melhorias para os usuários do SUS, pois uma federação que cuida de sua população executa políticas públicas que preservam a vida, garantem os principais direitos básicos e acima de tudo o bem-estar. Parte-se do princípio que a utilização de processos avaliativos crítico-reflexivo e contínuos contribuem para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolutividade do sistema e satisfação dos usuários (BRASIL, 2005a).

No Brasil, foram desenvolvidas diversas iniciativas, como as pesquisas acadêmicas e pesquisas avaliativas pelo Ministério da Saúde, para subsidiar a

elaboração de políticas e programas com foco na avaliação em saúde. Nos últimos anos, buscou-se delinear uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica a partir do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (FELISBERTO, 2006). Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica.

Com a expansão da ESF, o Ministério da Saúde passa, então, a investir nas iniciativas de avaliação e em 2005 cria uma ferramenta, a Avaliação para a melhoria da qualidade (AMQ) da ESF, que teve como objetivo avaliar a qualidade do cuidado ofertado na atenção básica (AB), por meio de metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade da ESF, essa ferramenta se inseriu no eixo três (monitoramento e avaliação da AB) do PROESF (BRASIL, 2005b).

Uma revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, ESF, PACS e NASF foi apresentada em uma nova versão da PNAB aprovada através da Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011, nela também há destaque para a introdução de elementos ligados ao papel da AB na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), (BRASIL, 2011).

Para de alguma forma dialogar com a grande heterogeneidade presente no território nacional, a nova versão da PNAB também apresenta modelagens possíveis de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, alguns exemplos são a inclusão de Equipes de AB para a população de rua, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2011).

Na PNAB são propostas, também, algumas alterações no financiamento, incluindo o Programa de Requalificação das UBS importante iniciativa para adequação da estrutura física e de equipamentos das unidades, e nos recursos que estão condicionados à implantação de estratégias prioritárias, tais como NASF; Consultórios na Rua; e aos recursos condicionados a resultados e à avaliação do acesso e da qualidade através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de 2011 (PMAQ) (BRASIL, 2011).

Na última década, podemos observar diferentes movimentos e iniciativas no âmbito da avaliação desenvolvidas por diferentes atores, dentre esses podemos

destacar ao menos três que se apresentam de forma importante na avaliação da APS no Brasil. Inicialmente, destacam-se as iniciativas mais amplas e gerais de avaliação, que muitas vezes, têm como objetivo avaliar o sistema como um todo e claro incluindo a atenção básica (BRASIL, 2005; CRUZ et al. 2014).

Um exemplo desse tipo de iniciativa é a Pesquisa Mundial de Saúde, coordenada pela OMS e que posteriormente foi realizada no Brasil. Um segundo tipo de iniciativa a ser destacado são as atividades que envolvem e articulam grupos de pesquisa e instituições de ensino, como a difusão do instrumento de avaliação da AB, o Pcatool, e a participação nos estudos de linha de base e do PROESF e mais recentemente no processo de avaliação das equipes de AB em todo o Brasil, no âmbito do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) (BRASIL, 2005; CRUZ et al. 2014).

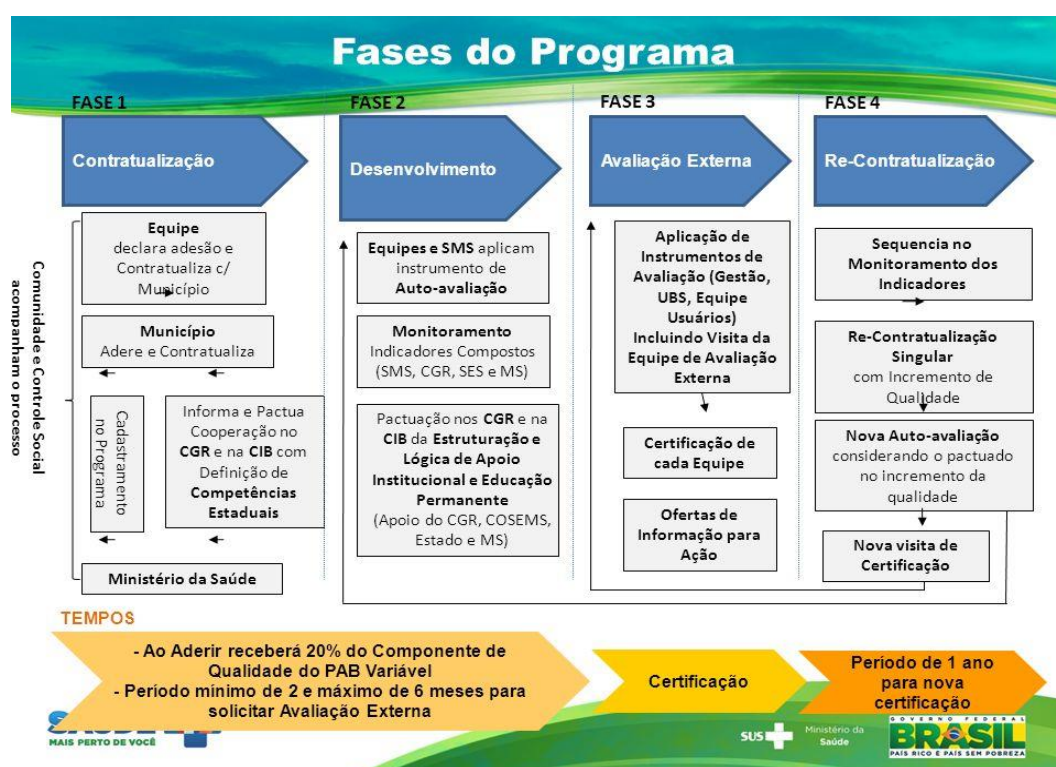
A terceira iniciativa caracteriza-se na perspectiva da institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB no âmbito do Ministério da Saúde com a definição de diferentes iniciativas na gestão governamental, sobretudo na integração do M&A e o desenvolvimento e o fortalecimento de capacidade técnica, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos mais estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS, para os quais destacamos a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e o PMAQ (BRASIL, 2005; CRUZ et al. 2014).

O principal objetivo do PMAQ-AB foi induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio da instituição de processos contínuos e progressivos, que ampliem a capacidade das três esferas de governo em ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2013). Complementando uma lacuna importante da AB, o PMAQ implementa ações de monitoramento e avaliação, através da investigação do desempenho das equipes, avaliado por um conjunto de critérios e está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB.

As equipes de AB aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB e contemplaram primordialmente três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário (BRASIL, 2011; CRUZ et al, 2014). O PMAQ-AB é constituído por quatro fases

complementares que compõem um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A primeira fase é chamada de adesão e contratualização, a segunda é denominada desenvolvimento, a terceira de avaliação externa e a quarta, que representa o início do novo ciclo, é chamada de recontratualização (BRASIL, 2011).

Figura 2: Fases do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB), Caxias do Sul, 2012



Fonte: PMAQ - Caxias do Sul, 2012

A partir da segunda certificação, o desempenho de cada equipe será comparado em relação às outras equipes do seu estado, bem como quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ-AB. Após a classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho, os municípios receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável e contratualização novas metas e compromissos.

Atrelado ao programa, também foi criado o Incentivo financeiro do PMAQ, chamado de componente de qualidade do piso da atenção básica variável, em consonância com a necessidade de melhoria do financiamento da AB no SUS, o MS criou esse novo componente do PAB, condicionando assim novos repasses financeiros de acordo com a adesão ao processo de avaliação e seus resultados, ou seja, a indução financeira aos municípios segundo a condição de desempenho das equipes de AB.

Desde agosto de 2020, quando houve o encerramento do terceiro ciclo do PMAQ, as equipes deixaram de receber o pagamento por desempenho e apenas recebem por indicadores alcançados. Entendendo que a PMAQ é um programa de incentivo a melhoria da qualidade, perde-se então uma forma de sempre estar buscando através de uma auto avaliação de processos oferecer serviços cada vez mais ajustados e de qualidade.

A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (MACINKO, 2018).

Reflexo de serviços de saúde bem organizados é uma assistência de qualidade, atendendo às necessidades dos usuários e demonstrando através dos indicadores de saúde resolutividade, eficiência e eficácia nas ações de saúde ofertadas.

A avaliação deve dar suporte ao processo decisório na gestão do sistema e na prestação de serviços de saúde, bem como contribuir para identificar falhas nos processos dos serviços instalados, verificar a eficiência e a efetividade das práticas assistenciais e mensurar os impactos advindos das ações do sistema de saúde na situação sanitária da população. Assim, a avaliação se efetiva como uma ferramenta indispensável para a melhoria da qualidade da atenção, incluindo a da atenção básica, em que novas práticas e tecnologias são disponibilizadas (SARTI et al., 2008).



## **2.4 Indicadores na APS e a relação com o contexto socioeconômico e demográfico**

Os indicadores de saúde a serem avaliados estão dentro de um contexto socioeconômico, cultural e estrutural de um determinado território e estes contextos fazem muita diferença e influenciam em como as abordagens de assistência à saúde se determinam. Estes contextos em que a população se encontra inserida são os determinantes sociais (DSS) de cada indivíduo. Os DSS representam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. De forma resumida, trata-se das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (PAULA,2015).

Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

O tema dos determinantes sociais e suas relações com o processo saúde-doença entre diferentes grupos populacionais são de grande relevância para a Saúde Pública e vêm ganhando cada vez mais destaque. Nesse processo, modelos teórico-conceituais vêm sendo adotados para explicar como os determinantes sociais geram iniquidades em saúde, de modo a subsidiar ações voltadas para as "causas das causas" e indicadores relacionados aos diferentes determinantes vêm sendo organizados por meio de metodologias que possibilitem análises integradas (SOBRAL, 2010).

Apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens. A própria história da OMS oferece interessantes exemplos dessa tensão, observando-se períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais. A definição de saúde como um

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença. Entretanto, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, há uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção ou cura.

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

O modelo teórico dos DSS vem sendo amplamente discutido e aprofundado e recentemente, diversos estudos, em nível nacional e internacional, utilizam dados populacionais para comprovar a relação desses fatores com o processo de saúde e doença na sociedade (PAULA, 2015). A preocupação de entender as condições sociais e ambientais e suas relações com o processo saúde-doença e intervir sobre elas sempre fez parte, de diferentes modos, de diferentes momentos da história do desenvolvimento do que hoje denominamos de Saúde Pública (SOBRAL, 2010).

Segundo Villar et al. (2007), alguns acontecimentos contribuíram para o redirecionamento do foco das atenções da Saúde Pública para o tema dos determinantes sociais como, o desgaste do modelo neoliberal de desenvolvimento e as tensões geradas pela crescente iniquidade socioeconômica e seus efeitos sobre a saúde. Somam-se a isso, as preocupações com as mudanças climáticas e seus possíveis efeitos adversos sobre a saúde que vêm afetando um grande número de grupos populacionais em todo o mundo, porém com mais ênfase sobre as populações mais pobres e vulneráveis. Entende-se que o mais importante é que esses acontecimentos colocam simultaneamente, nas atuais agendas global e nacional da saúde, a necessidade de se tratar os determinantes sociais e ambientais dos processos saúde-doença.

A importância do contexto social e geográfico para as variações nos níveis de saúde, especialmente de características dos lugares onde as pessoas vivem, tem sido foco renovado de estudos na saúde pública. Nos últimos anos observa-se uma retomada dos estudos de características do ambiente e sua influência nos processos de adoecimento e morte. Se a doença é uma manifestação do indivíduo, as condições de vida são manifestações do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultantes de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (SANTOS, 2008).

As desigualdades de saúde, de acordo com a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, podem ser evidenciadas em subgrupos populacionais segundo várias dimensões: biológica; social; econômica; e, racial/étnica. Tradicionalmente, os estudos de desigualdades sociais em saúde vinham enfocando a influência dessas dimensões na saúde, predominantemente, baseados em características relativas aos indivíduos que compõem essas populações. Dessa forma, as evidências empíricas que embasavam as ações de saúde a serem implementadas davam suporte a ações de prevenção direcionadas ao estímulo dos indivíduos a terem comportamentos e hábitos saudáveis, evitando exposição aos fatores de risco identificados (SANTOS, 2008).

Tal enfoque, praticamente desconsiderava a importância do ambiente, uma vez que o contexto geográfico reflete e condiciona a estratificação social, os diferenciais de exposição, e, conseqüentemente as expressões diferenciais das conseqüências das doenças. Uma das questões importantes para o diagnóstico de condições de vida, nesse sentido, é o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições diferenciais de risco à saúde, advindos de condições ambientais e sociais adversas (SANTOS, 2008).

Estes indicadores devem permitir a identificação diferentes situações de risco de modo específico aos eventos que se pretende prevenir e controlar. É através das relações entre estas condições, a região e a população, os habitantes e seu espaço, que se desenvolvem meios propícios para o surgimento de doenças e também para seu controle. Desta forma, o território se constitui numa unidade de integração entre dados socioeconômicos e registros de agravos à saúde (SANTOS, 2008).

Contudo, sempre que o tema é colocado em debate na rotina de serviços e estudos, a maior polêmica é: o que eu, profissional de saúde, posso fazer para atuar sobre os DSS? Diante disso, é importante refletir sobre ser profissional de saúde, sobre fazer promoção de saúde e, especialmente, sobre ser cidadão. Antes de tudo, é preciso entender, valorizar e respeitar a posição do profissional da Atenção Primária à Saúde. Graças às iniciativas importantes, como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, em 1978 e a implantação das Redes de Atenção à Saúde, em 2010, no Sistema Único de Saúde, o papel das APS vem se destacando. Considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, o perfil do profissional e do serviço de atenção primária tem se modificado, bem como a percepção da própria população sobre sua importância. A relevância desses acontecimentos está no fato de os valores e princípios da APS coincidirem com os esforços sobre os DSS. (PAULA, 2015)

Para que haja uma atuação efetiva na APS sobre os determinantes sociais como caminho para promover a saúde da população, é necessário que os profissionais transponham as concepções biológicas e se apropriem de conceitos de saúde que respondam as diretrizes políticas, os construtos antropológicos, as demandas sociais e a construção histórica, e estejam cientes de que a saúde é um bem público e encontra-se refém dos DSS que perpassam por macro e micro contextos (PAULA, 2015).

Em 1992, Dahlgren e Whitehead sistematizaram o conjunto de determinações do processo saúde/doença ou saúde/adoecimento a partir do paradigma da promoção da saúde, associada à perspectiva da mudança social e da redução das iniquidades (Figura 2).

**Figura 3: Os determinantes sociais do processo saúde/doença, 1992**



Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1992

Os determinantes distais são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que as pessoas, suas famílias e as redes sociais estão inseridas, são o desenvolvimento e a riqueza de um país, uma região ou um município, e a forma como essa riqueza é distribuída, resultando em distintas condições de vida de uma dada população. Os determinantes intermediários são representados pelas condições de vida e de trabalho, o acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de Saúde (e a forma como se organizam). E os determinantes proximais são aqueles relacionados às características dos indivíduos, que exercem influência sobre seu potencial, sua condição de saúde (idade, sexo, herança genética) e suas relações, formais e informais, de confiança, de cooperação, de apoio nas famílias, na vizinhança e nas redes de apoio, onde acontecem as decisões dos comportamentos e estilos de vida, determinados socialmente pela interação de todos os níveis (BRASIL, 2014).

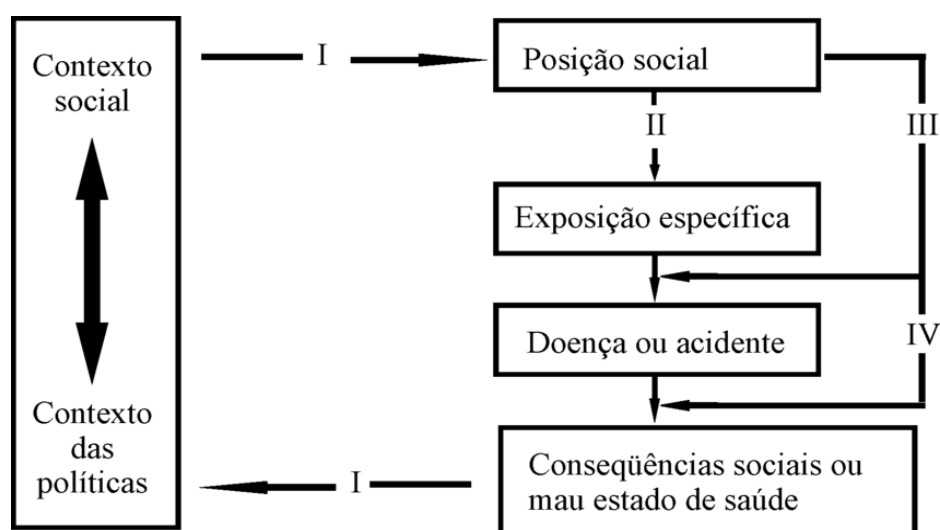
Necessário mencionar, pela crescente influência sobre as condições sociais, econômicas e culturais dos países, o fenômeno da globalização. Suas principais características, assim como a influência da globalização sobre a pobreza e as condições de saúde, e sobre as condições de vida em geral foram analisadas por Buss (2006).

O modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo

contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. No diagrama abaixo (figura 4), (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho.

De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de conseqüências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). Por “conseqüências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.

**Figura 4: Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist, 2007**



Fonte: BUSS,FILHO;FILHO,A.,2007

Atualmente é inquestionável que as condições sociais, ambientais e econômicas influenciam grandemente as condições de saúde das populações. Mais de metade da influência na saúde dos indivíduos tem por base as condições em que as populações nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Compreender

estes fatores permite procurar estratégias de intervenção adequadas a vários níveis no sentido de minimizar seu efeito nocivo na saúde (CAMPOS et al, 2010).

Evidências na literatura mostram que países que adotam o modelo de APS como base do sistema de saúde desenvolvem ações que se associam positiva e significativamente, com incremento em indicadores sociais, melhora da qualidade de vida da comunidade, elevação das taxas de detecção de doenças crônicas, redução da mortalidade precoce devido às causas preveníveis, diminuição da demanda excessiva no nível de maior densidade tecnológica (Malta et al., 2016; Moretti e Fedosse, 2016).

Deste modo, preconiza-se que os serviços de saúde oferecidos no SUS sejam organizados em uma rede de cuidados articulada, com controle dos fluxos, objetivando atender as necessidades da população com vistas à melhoria da qualidade de vida e bem-estar, bem como propiciar um modelo de gestão baseado na vigilância em saúde (Oliveira e Pereira, 2013). A prática da Vigilância em Saúde, na APS, objetiva sistematizar os problemas de saúde por meio de indicadores que permitem identificar e monitorar as necessidades de saúde, o bem-estar da população, sendo norteador do gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde, favorecendo a busca de melhorias nos processos e resultados das ações de saúde (Sumar e Fausto, 2014; Akerman e Furtado, 2017).

## **2.5 A APS no município de Maricá**

Maricá pertence à Região das Baixadas Litorâneas, que também abrange os municípios de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Cachoeiras de Macacu, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio Bonito, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema e Silva Jardim.

O município de Maricá, localizado no estado do Rio de Janeiro, apresenta uma grande área urbana de ocupação rarefeita formada por 04 distritos e 50 bairros, ocupando uma área de 362,5 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010), correspondentes a 6,7% da área da Região Das Baixadas Litorâneas. O eixo rodoviário de Maricá é a RJ-106, ora duplicada, que acessa São Gonçalo e Niterói, a oeste, e Saquarema, a leste. A RJ-

102 é a via litorânea em leito natural que segue por toda a restinga, de Itaipuaçu a Ponta Negra. A RJ-114 dirige-se para Itaboraí, ao norte.

O município tem um grande complexo lagunar, formando a restinga, faixa arenosa com 35km de extensão e largura variável, que acompanha o litoral desde a Ponta de Itaipuaçu, a leste, até a Ponta Negra, a oeste. Com altitude variável entre 2 e 5 metros, tem trechos de vegetação típica de restinga e dunas. É circundado pela Pedra do Elefante, Ponta Negra, Oceano Atlântico e Lagoas de Maricá, da Barra, do Padre e de Guarapina.

A pesca amadora é bastante desenvolvida, com rede nas Lagoas de Maricá, da Barra, do Padre, de Guarapina e de Jacomé, ou com linha nas praias de Itaipuaçu, da Barra, de Guaratiba, de Cordeirinho, de Ponta Negra e de Jacomé. As espécies mais encontradas são tainhas, acarás, bagres, pampos, linguados, corvinas e crustáceos.

Atualmente apresenta um grande desenvolvimento econômico devido aos royalties de petróleo o que o torna um local de grande oferta de serviços e aumento da qualidade de vida da população.

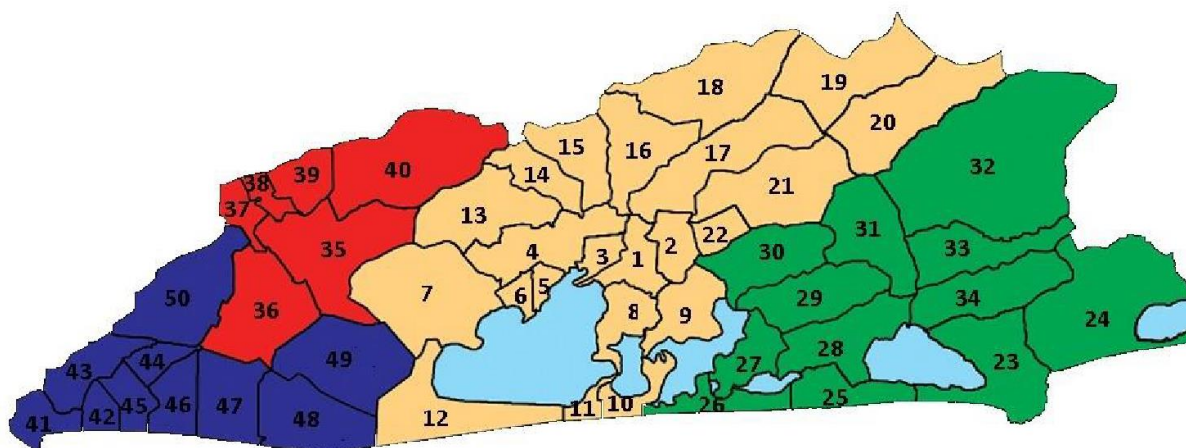
O governo da cidade de Maricá, localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro, instituiu em 2013 um programa de transferência de renda e apoiou a criação de um banco comunitário e uma moeda social, a mumbuca, para fazer o pagamento desse benefício social. A Renda Básica de Cidadania (RBC) é sustentada com recursos oriundos dos royalties do petróleo, e a partir de 2022 seu valor mensal será de 170 mumbucas, que equivalem a R\$ 170

A Lei Complementar nº 207 de 16 de junho de 2010 fixou a divisão, denominação e respectiva delimitação dos Distritos e dos Bairros, do Município, a saber: DISTRITO SEDE-MARICÁ; DISTRITO DE PONTA NEGRA; DISTRITO DE INOÃ; DISTRITO DE ITAIPUAÇU, Representando, em área, respectivamente 40%, 34%, 12% e 14%, do território municipal e cinquenta bairros (IBGE, 2010).

Abaixo segue mapa em que caracteriza a divisão geográfica do município, conforme publicação do JOM Nº 207, 28 de junho de 2010.



Figura 5: Mapa do Município de Maricá, conforme divisões dos distritos, Maricá-RJ, 2010



Fonte: JOM Nº 207, 28 de junho de 2010.

- 1º Distrito de Maricá (amarelo do mapa) tem aproximadamente 66.393 residentes e divide-se em vinte e dois bairros, sendo estes: Centro, Flamengo, Mumbuca, Itapeba, Parque Nancy, Ponta Grossa, São José de Imbassaí, Araçatiba, Jacaroá, Barra de Maricá, Zacarias, Restinga de Maricá, Retiro, Camburi, Caxito, Ubatiba, Pilar, Lagarto, Silvado, Condado de Maricá e Marquês de Maricá.
- 2º Distrito de Ponta Negra (verde do mapa) tem aproximadamente 15.967 residentes e divide-se em doze bairros: Manoel Ribeiro, Pindobal, Jardim Interlagos, Guaratiba, Balneário Bambuí, Cordeirinho, Ponta Negra, Bananal, Espreado, Jaconé, Caju e Vale da Figueira.
- 3º Distrito de Inoã (vermelho do mapa) tem aproximadamente 26.453 residentes e divide-se em seis bairros: Cassorotiba, Chácara de Inoã, Inoã, Calaboca, Santa Paula e Spar.
- 4º Distrito de Itaipuaçú (roxo do mapa) tem aproximadamente 41.064 residentes e divide-se em dez bairros: Recanto de Itaipuaçú, Praia de Itaipuaçú,

Morada das Águias, Rincão Mimoso, Jardim Atlântico, Jardim Atlântico Central, Jardim Atlântico Leste, Cajueiros, Barroco e Itaocaia Valley.

Em Maricá houve um grande crescimento populacional a partir da década de 1990, representando mais especificamente, entre os anos de 2003 e 2013, o quarto maior crescimento populacional projetado do país, segundo o IBGE. A população total residente em 2010 no município foi de 127.461 pessoas, em 2016 a estimativa populacional foi de 149.876 pessoas e segundo o CENSO 2022 foi de 223.938 onde a população residente feminina corresponde a 50,85% (113.872 mulheres) e masculina corresponde à 49,15% (110.066 homens) demonstrando um percentual equilibrado entre os gêneros (IBGE, 2022).

Este incremento populacional nesta década citada é, sobretudo, em decorrência das obras de ampliação de acessibilidade ao município. Também é possível observar que 42,38% da população apresenta faixa de idade de até 30 anos e 25,48% apresenta 50 anos ou mais de idade (IBGE, 2010).

Nota-se uma diferença na base da pirâmide onde indica que está nascendo menos crianças que na década anterior, a população de adultos (20 a 59 anos) apresenta um relativo aumento do número de jovens em relação ao período anterior, e os idosos, acima de 60 anos, estão vivendo mais tempo. Este perfil populacional aponta para uma transição demográfica, no sentido de deixarem de ter uma população jovem para, gradativamente, apresentar uma população idosa (IBGE, 2017).

Em Maricá, a população acima de 60 anos passou de 5,83% em 2000 para 7,36% em 2010 (atlasbrasil, 2013) e 13% em 2012 (MS/DATASUS-2012), enquanto para o Brasil este valor é de 11,3% (IBGE/2010), o que evidencia que o perfil de envelhecimento da cidade é significativo dentro do contexto nacional.

Em relação à raça/cor, 54% das pessoas se autodeclararam brancas, sendo o segundo grupo o de pardos (38%), seguido pelas raças preta (8%), amarela (0,45%) e uma minoria indígena (0,11%) (IBGE, 2017).

Em relação ao desenvolvimento econômico, a construção civil, desde a implantação da Ponte Rio Niterói, tornou-se um dos carros chefe da economia

municipal, pois estimulou a criação de loteamentos para abrigar residências de veraneio. Nos últimos anos, antigas fazendas da cidade vêm sendo adquiridas por incorporadoras imobiliárias como Alphaville para a criação de grandes condomínios horizontais fechados ao longo da RJ 106, o que ajuda a reforçar a arrecadação de IPTU para prefeitura (IBGE, 2017).

Em 2017, Maricá se tornou a cidade do Estado do Rio que mais recebeu royalties e participações especiais do petróleo. A construção civil, desde a implantação da Ponte Rio Niterói, tornou-se um dos carros chefe da economia municipal, pois estimulou a criação de loteamentos para abrigar residências de veraneio (IBGE, 2017).

Pode-se dizer que o município de Maricá tem vivenciado um momento de grande desenvolvimento econômico, fomentado pela exploração petrolífera na bacia de Campos e a descoberta dos depósitos do pré-sal na Bacia de Santos, a 200 km da costa. O Produto Interno Bruto (CEPERJ/IBGE,2014) se encontra em R\$ 68.149,00, o maior da Região Metropolitana II e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,765 classificando-se como o sexto município de maior qualidade de vida no Estado. A taxa de alfabetizados é de 95,10%.

No âmbito da saúde o município de Maricá conta com dois hospitais municipais. O Hospital Conde Modesto Leal que se localiza no centro da cidade. Nele se concentra os atendimentos de emergência, a maternidade, clínica médica, cirúrgica, ortopedia, dentre outros. Já o Hospital Che Guevara, localizado no bairro de São José do Imbassáí, atualmente é referência em atendimento de Covid-19. O município conta ainda com uma UPA 24 hs localizada no bairro de Inoã, 24 unidades de saúde da família, três CAPS (CAPS adulto, infantil e AD), três residências terapêuticas, um polo de atendimento ao covid-19, além de alguns serviços especializados.

As unidades de atenção primária até início de 2020 eram administradas diretamente pela secretaria municipal de saúde. Até que em março de 2020 a prefeitura firma contrato com uma organização social para que a mesma fizesse a administração das 24 unidades de atenção primária do município e os três CAPS.

Após o primeiro ano de contrato a OS se mantém nesta administração e assume também a rede especializada do município.

Com a entrada da organização social, se solidifica a utilização do prontuário eletrônico que já havia sido implantado no município antes mesmo da entrada da OS. Todas as unidades básicas são informatizadas e os atendimentos e procedimentos são registrados nos prontuários dos usuários que é eletrônico. Estes dados geram no PEP automaticamente os indicadores contratuais firmados no contrato de gestão entre a OS e a SMS.

O acompanhamento destes indicadores acontece de forma trimestral pela SMS e estão diretamente ligadas as linhas de cuidado, ao acesso e a eficácia da APS na assistência ao usuário. O fato de o município ter se estruturado ao atendimento a pandemia com locais de referência para o suporte à doença como a abertura de pólos de atendimento aos sintomáticos de covid -19, a testagem dos contactantes e sintomáticos na rede básica e a centralização de atendimento e internação em um hospital da cidade fez com que a rede estivesse organizada ao atendimento a pandemia.

Esta organização permitiu que a APS pudesse manter o acompanhamento dos pacientes conforme suas diversas outras necessidades humanas e com isso a pandemia não teve um impacto considerável no acompanhamento das linhas de cuidado e conseqüentemente nos indicadores. É importante ressaltar que uma pandemia da proporção que estamos vivendo tem impacto na vida de qualquer indivíduo e da assistência à saúde, porém ter uma rede organizada para o atendimento possibilita que as outras necessidades do indivíduo possam ser atendidas em sua plenitude.

### 3. JUSTIFICATIVA

Os indicadores em saúde são essenciais, pois permitem avaliar e planejar as condições de saúde de uma determinada população, especialmente no âmbito da APS. Um indicador na APS pode ser definido conforme a necessidade do território ou até mesmo por uma necessidade momentânea, como por exemplo, a pandemia da COVID -19.

Um dos meios de se avaliar fluxos e processos de trabalho é através do resultado do monitoramento de alguns indicadores ao longo de um determinado tempo, fortalecendo ainda mais a necessidade deste monitoramento para o planejamento das ações de saúde. Neste contexto, a implantação do prontuário eletrônico traz para os profissionais que utilizam o sistema, novos desafios na forma de registro da assistência oferecida ao usuário uma vez que requer treinamento, disponibilidade de tempo e de inserção das informações nos campos adequados para que gere dados fidedignos para avaliação de indicadores.

Entendendo a importância de se oferecer um atendimento de qualidade à população e ainda, que os indicadores pactuados devem refletir esse cuidado ofertado, este estudo se justifica de forma a demonstrar através do registro em prontuário eletrônico como se comportou os resultados alcançados dos indicadores em um determinado tempo, indicadores estes que estão propostos e pactuados no contrato de gestão do município pois se entende que são de fundamental importância para a melhoria da qualidade da assistência.

Para a APS, a implantação deste prontuário foi de suma importância, pois possibilitou que a equipe multiprofissional pudesse manter seus registros atualizados e possíveis de serem avaliados por todos os profissionais que atuam no cuidado e pudessem compartilhar a assistência prestada ao usuário em diferentes momentos. Além de ser uma ferramenta de consolidação das informações registradas de todos os utilizadores do sistema, gerando relatórios de monitoramento da população e indicadores de saúde.

Além disso, a avaliação desses indicadores em um município como Maricá possibilitaria uma avaliação inédita, pois a implantação do prontuário eletrônico se deu a partir de 2019 a partir de um contrato firmado entre a empresa de prontuário

eletrônico e a SMS. Após a entrada da Organização Social o contrato foi realizado junto a OS e a empresa do PEP permaneceu a mesma. O município apresenta a especificidade de estar desde 2020 em um processo de expansão e consolidação da ESF com aumento das equipes e cobertura e investimento em estrutura e descentralização das ações de saúde.

Desse modo, a utilização do sistema de forma ampla e em sua completude possibilitou à equipe e a gestão local acompanhar condições de saúde da população, que refletiram nestes indicadores. Além disso, possibilitou utilizar estas informações para planejamento e gestão de fluxos e processos administrativos e gerenciais.

Ressalta-se que, apesar de o estudo ter ocorrido durante a pandemia, entende-se que a avaliação dos indicadores reflete o esforço da organização municipal de manter a assistência na atenção básica aos grupos de risco e aos cuidados essenciais para a população. Mantendo assim a APS dando o suporte necessário ao acompanhamento das principais linhas de cuidado e algumas outras estruturas de saúde específicas para o atendimento ao covid-19. Diante desta organização entende-se que a evolução e avaliação dos indicadores serão efetivas e perceptíveis.

Em um momento da pandemia as unidades de atenção primária também se tornaram porta de entrada e referência aos pacientes para testagem, tratamento e vacinação contra a COVID 19, porém foi possível perceber o quanto os processos de trabalho e a estrutura, seja física ou profissional, se mantiveram organizadas a fim de atender as demandas da população que não estavam relacionadas ao COVID 19 possibilitando assim que as linhas de cuidados se mantivessem acompanhadas.

É essencial instituir a prática da avaliação e monitoramento nos serviços de saúde e no âmbito da gestão em saúde, além de quantificar a evolução de indicadores específicos, buscar demonstrar o avanço no processo de trabalho ao longo dos anos, tendo em vista os atributos da APS na melhoria dos resultados.

Por fim, se entende que para o meio acadêmico o estudo se justifica uma vez que pode contribuir com os profissionais, gestão e alunos traçando estratégias para solucionar os obstáculos que surgiram ao longo da pandemia e ao mesmo tempo da reestruturação da atenção primária do município.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

O objetivo do presente estudo é avaliar a evolução de indicadores de saúde do contrato de gestão da Organização Social junto a Secretaria Municipal de Saúde de Maricá (RJ) e sua relação com os contextos socioeconômico e demográfico.

### **4.2 Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Descrever e analisar a evolução de indicadores relacionados ao contrato de gestão firmado entre a Organização Social (OS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Atenção Primária à Saúde (APS) durante o período de um ano (março de 2020 a fevereiro de 2021) no município de Maricá, RJ;
- Correlacionar os indicadores selecionados da APS no município de Maricá com o contexto demográfico e socioeconômico do município de Maricá, RJ no período de um ano (março de 2020 a fevereiro de 2021);

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo e fonte dos dados**

Este estudo epidemiológico é do tipo prospectivo longitudinal envolvendo todas as unidades básicas de saúde da cidade de Maricá - RJ, a partir de dados secundários coletados em prontuários eletrônicos, entre março de 2020 e fevereiro de 2021.

Foram selecionados oito indicadores relacionados à APS que constam no contrato de gestão e que podem descrever elementos de acesso, assistência e eficiência econômica das 24 unidades de atenção primária do município de Maricá – RJ existentes na ocasião do estudo. Estes indicadores foram gerados automaticamente a partir dos registros no PEP pelos profissionais de saúde do atendimento dos usuários.

Os dados foram coletados via prontuário eletrônico instituído na atenção primária (Vita Care), que gerou os resultados dos indicadores a partir da utilização do sistema pelos profissionais de saúde, usuários do mesmo. Destaca-se que estes dados secundários não são de domínio público.

Além disso, foi utilizado para a estimativa populacional dos bairros adscritos pelas unidades da APS o banco de dados socioeconômicos extraído do prontuário eletrônico.

### **5.2 Indicadores de Saúde coletados**

O acesso aos dados foi por meio de um banco de dados extraído pela equipe do PEP e enviado através da organização social. Estes indicadores estão no formato Excel ou PDF. O anexo 1 mostra o passo a passo utilizado para a extração dos dados.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários extraídos em planilha do Excel®, não foi utilizado um instrumento para coleta dos dados, mas sim uma checagem dos dados que constam no numerador e denominador de cada indicador como forma de inclusão dos pacientes e/ou informações em cada indicador selecionado para o estudo.



Os indicadores coletados para o presente estudo no que tange o acesso foram:

- Percentual de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família
- Percentual de demanda espontânea em relação à programada

No que tange ao desempenho assistencial selecionados foram:

- Percentual de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses
- Percentual de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos
- Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez
- Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias

Quanto à eficiência econômica foram selecionados os indicadores abaixo:

- Percentual de medicamentos prescritos da REMUME
- Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.

Todos os indicadores estavam no formato de .xls e .pdf no intuito de facilitar a sistematização dos dados coletados e a avaliação dos mesmos. A construção do banco de dados se deu a partir da extração do PEP mensalmente do resultado dos indicadores selecionados no período em análise das 24 unidades da ESF, contemplando todas as equipes implantadas nas referidas unidades e dos dados socioeconômicos, apresentados no município no período em análise.

Vale ressaltar que o município de Maricá - RJ neste período passou por uma expansão das equipes de saúde da família, que mês a mês foram sendo implantadas conforme cronograma em contrato.

A sistematização dos dados para avaliação aconteceu mensalmente. Destaca-se que estes dados estão disponíveis na prestação de contas da OS à SMS, de forma trimestral. Os valores percentuais foram classificados em adequado e não adequado, seguindo o próprio acordo com o contrato de gestão (JOM, 2017).

Com relação às variáveis socioeconômicas e demográficas foram retiradas também do prontuário eletrônico, uma vez que esta fonte de dados nos permitiu obter informações segmentadas por equipe e unidade e posteriormente estratificadas por distrito. Vale salientar que os dados foram extraídos do PEP e que portanto é a condição a que o usuário refere.

As variáveis possíveis de serem extraídas do PEP foram escolaridade, número de cadastrados por ESF, população estimada por sexo e percentual conforme raça/cor. Já as variáveis capacidade financeira, PIB, IDHM por não serem informações registradas no prontuário e por não ter por distrito em banco de dados públicos foram excluídas do estudo. Por fim, a população estimada por unidade foi definida pelo recomendado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017, ou seja, 3000 usuários por equipe de saúde da família.

**Quadro 1: Variáveis Socioeconômicas e Demográficas, Maricá-RJ, 2020/2021**

<b>VARIAVEIS SOCIOECONÔMICAS</b>	<b>VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS</b>
Escolaridade (anos de estudo)	Número de Cadastrados por ESF
Percentual conforme raça/cor	Número de População Estimada por unidade (de acordo com o número de ESF por unidade)
	População Estimada por sexo (feminino e masculino)

Fonte: próprio autor

### 5.3 Descrição dos Indicadores

Os 8 indicadores selecionados fazem parte do contrato de gestão da SMS com a organização social e cada um deles possui o objetivo de avaliar a evolução da assistência prestada aos usuários através da acessibilidade, do desempenho assistencial e da eficiência desta assistência. Para isso, em cada indicador foram definidas metas a serem alcançadas pelas equipes e a descrição técnica de numerador e denominador a fim de inclusão ou exclusão. A seguir segue para maior clareza cada um deles, ressaltando que o grupo A referia-se a indicadores de acesso ao sistema de saúde, o grupo D ao desempenho assistencial e o grupo E a eficiência econômica das equipes no processo de cuidado ao usuário.

- **A1 - Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família**

Meta Contratual: 70 a 90%

Numerador - Número de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe.

Denominador - Número de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade.

- **A2 - Percentagem de demanda espontânea em relação a programada**

Meta Contratual: Mínimo 40%

Numerador - Número de consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe

Denominador - Número total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe

OBS: Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.

- **D3 - Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses**

Meta Contratual: Mínimo 80%

Numerador - Número de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial.

Denominador - Número total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe.

OBS: Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe.

- **D4 - Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos**

Meta Contratual: Mínimo 80%

Numerador - Número de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia.

Denominador - Número total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe.

- **D6 - Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez**

Meta Contratual: Mínimo 80%

Numerador - Número de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez.

Denominador - Número total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe.

- **D7 - Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias**

Meta Contratual: Mínimo 80%

Numerador - Número de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida.

Denominador - Número total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência de equipe.

- **E2 - Percentual de medicamentos prescritos da REMUME**

Meta Contratual: Mínimo 80%

Numerador (N) - Número de medicamentos da REMUME prescritos pelo médico.

Denominador (D) - Número total de medicamentos prescritos pelo médico.

- **E3 - Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos**

Meta Contratual: Máximo 10 %

Numerador (N) - Número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora da área) e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade.

Denominador (D) - Número total de pacientes atendidos pelos médicos de cada equipe (pacientes da área e fora da área)

## 5.4 Análise de Dados

As planilhas extraídas do prontuário eletrônico foram organizadas por distrito, unidade de saúde, indicador e estratificadas por equipe. Os dados, após organizados em planilhas eletrônicas, foram analisados posteriormente no software estatístico SPSS para Windows versão 23.0 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

As variáveis categóricas e os indicadores foram classificadas em adequados, e não adequados, segundo critérios definidos pelo contrato de gestão. Foram realizadas frequências absolutas e relativas.

A análise foi realizada por dados agregados por Unidades de Saúde e distrito de saúde ao longo do ano de estudo, mensalmente, dependendo da análise exploratória dos dados. Foi avaliada a variação (delta) ocorrida entre esses indicadores ao longo do ano, em percentual. A média dos indicadores foi calculada através do grupo de resultado em percentual de cada indicador mensalmente por unidade de saúde e dividido pelo total de unidades de saúde de cada distrito de saúde.

A partir da construção das médias dos indicadores foi possível obter dados para a construção dos resultados através de gráficos demonstrativos.

## **6. PERMISSÕES ÉTICAS**

O presente trabalho utilizou exclusivamente dados secundários. Contudo, trata-se de dados obtidos de fontes de acesso restrito, sendo necessária a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016. O estudo foi apresentado a SMS e a OS no intuito de receber anuência das instituições, com isso foi fornecido pelas mesmas cartas de anuências para que o estudo pudesse ser realizado. O parecer no CEP de número 4.621.479, foi aprovado em março de 2021 (anexo 2).

A pesquisa foi realizada sem necessidade de apresentação de TCLE e sem riscos diretos implicados para os profissionais/equipes da Atenção Básica, à medida que os indivíduos não foram identificados. Porém é importante ressaltar a presença de risco mesmo que mínimo de difusão de informação equivocada uma vez que os dados gerados pelas equipes possuem impactos diretos do cenário atual onde as equipes estão atuando, em meio ao atendimento e vacinação na pandemia de covid-19.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Indicadores de Saúde

Avaliaram-se, através deste estudo, 08 indicadores pertencentes a variável 2 do Contrato de Gestão OS/SMS categorizados em acesso, desempenho e eficiência, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

Ao longo do período avaliado houve a expansão da estratégia de saúde da família do município de Maricá e portanto houve implantação de novas equipes mensalmente dentro das unidades já existentes. Esta expansão ocorreu conforme previsto no contrato de gestão e está demonstrado na tabela adiante:

**Quadro 2: Implantação das ESF por distrito de saúde, Maricá - RJ, 2020/2021**

Número de Equipes por Distrito	Número de Equipes de Saúde da Família nas Unidades de saúde											
	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
Número de equipes Distrito 1	13	15	15	17	17	17	17	19	19	24	24	24
Número de equipes Distrito 2	8	8	8	10	10	10	11	11	11	11	11	11
Número de equipes Distrito 3	7	7	8	11	11	11	11	11	12	12	12	12
Número de equipes Distrito 4	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8
TOTAL	35	37	38	46	46	46	47	49	50	55	55	55



Foram analisados 8 indicadores, que compreendem o total de indicadores de 2 indicadores de acesso, 4 de desempenho assistencial e 2 de eficiência econômica.

Foi possível observar uma variação em todos os indicadores e que em todos os quatro distritos o resultado dos indicadores se comportou de forma ascendente ao longo do período analisado.

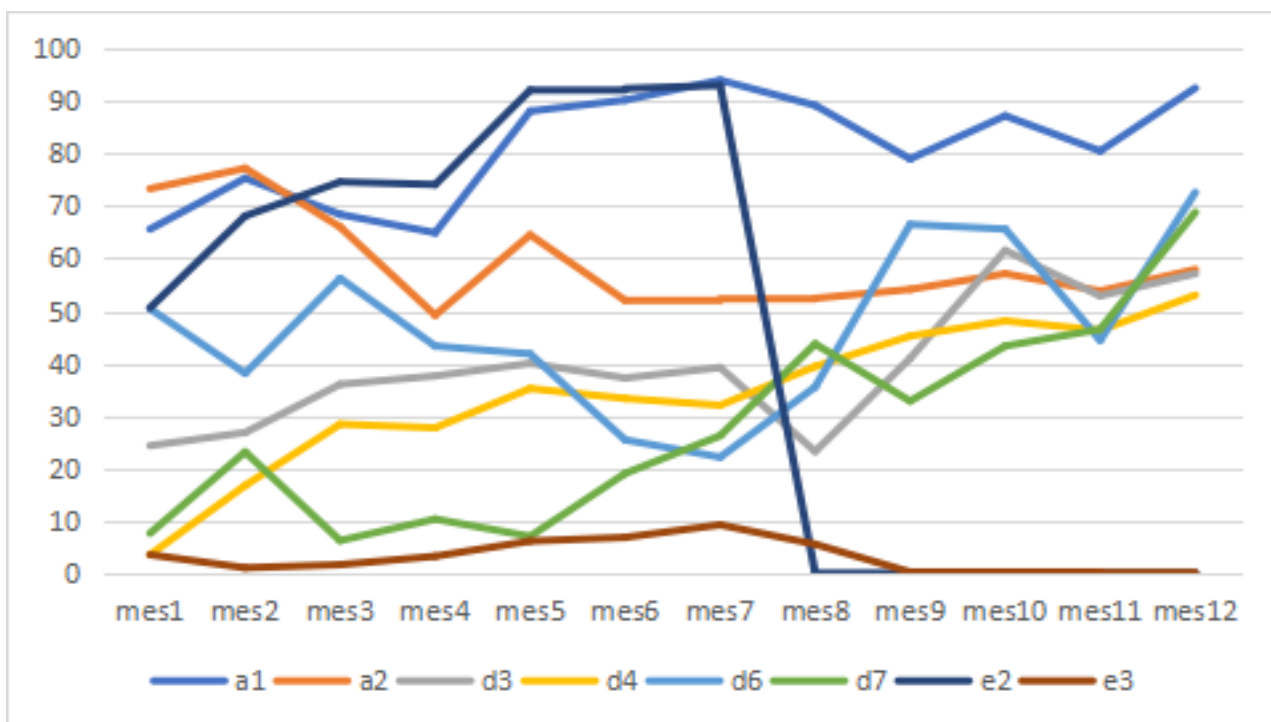
Com relação aos indicadores de acesso, indicadores que se relacionam com o atendimento do profissional médico da equipe de saúde da família, todos os distritos mantiveram uma média entre 50 e 100% ao longo do período. As equipes conseguiram aumentar o vínculo médico da família x paciente e o acesso por demanda espontânea da população adscrita para atendimento com toda equipe técnica (médicos, enfermeiros e dentistas), como demonstra a figura adiante (Figura 6).

Ao observar o valor percentual médio dos indicadores, nos 3 primeiros meses não foi sinalizado um aumento nos indicadores de acesso aos serviços de saúde para a população, porém ao longo dos demais meses houve uma crescente no distrito 1. Já nos demais distritos esta crescente se percebe a partir do nono mês, conforme figura adiante (Figura 7).

Quanto aos indicadores de desempenho, os quatro têm como objetivo mensurar o desempenho assistencial das ESF, ou seja, a capacidade de atendimento através das linhas de cuidado de hipertensão, gestante e criança. A média desses indicadores nos quatro distritos demonstra que havia um percentual inicial em torno de 20% e no final do período, apresentou médias entre 60 e 70% média de cumprimento dos indicadores (Figura 8).

Os indicadores de eficiência mensuram o quanto a atenção primária consegue dar resolutividade às questões com a utilização racional e econômica dos recursos. Pode-se observar que a média dos distritos permaneceu entre 20 e 50% aproximadamente até o oitavo mês de avaliação e após houve uma queda que zerou a média do resultado (Figura 9).

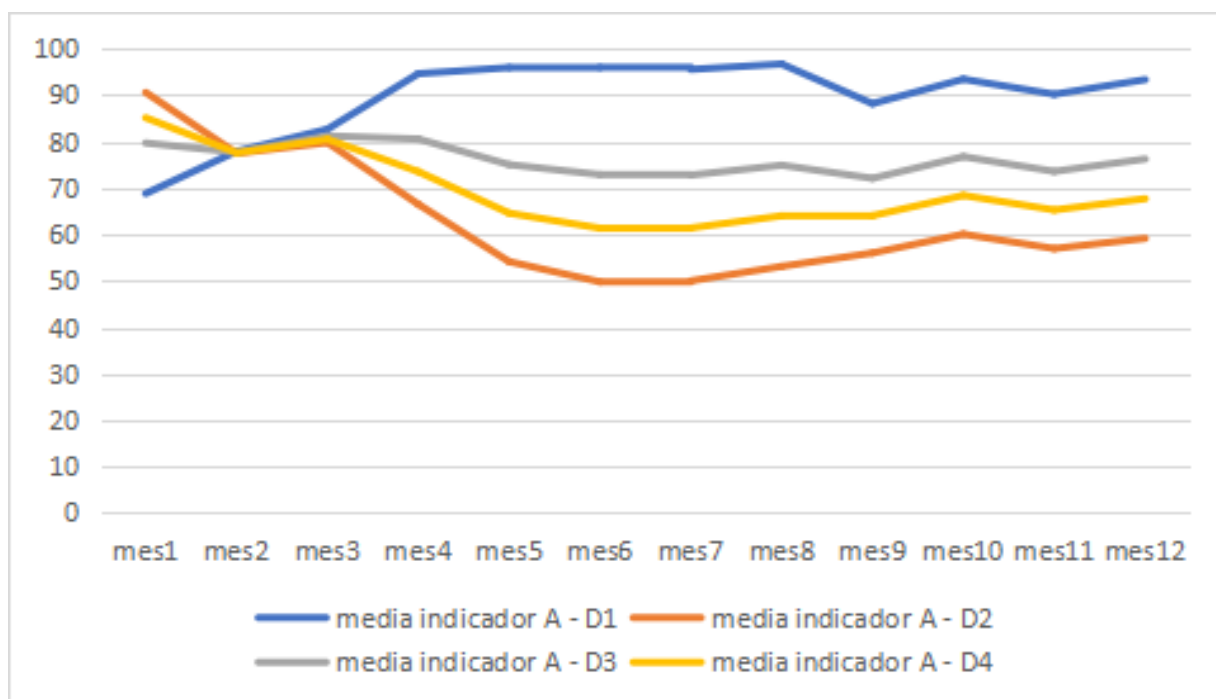
**Figura 6: Média dos indicadores de acesso, desempenho e eficiência dos quatro distritos, Maricá - RJ, 2020/2021**



Fonte: Próprio Autor

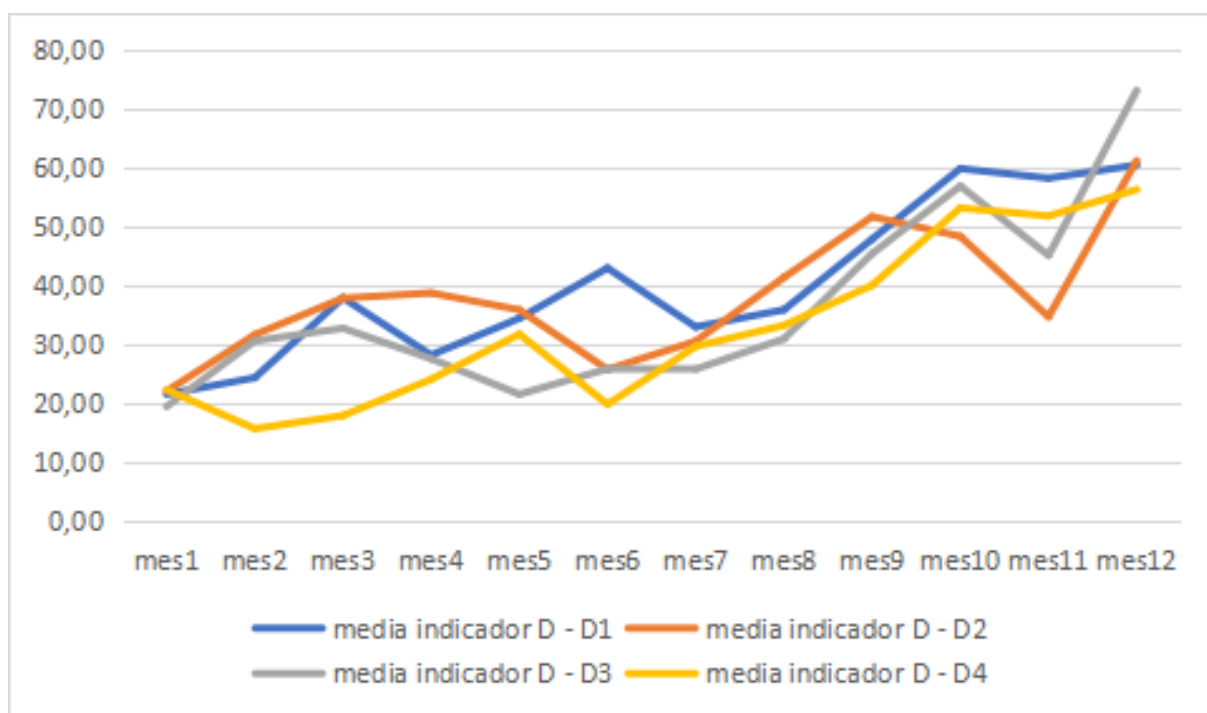
Legenda: a1: indicador: Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família; a2: indicador: Percentagem de demanda espontânea em relação à programada; d3: indicador: Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses; d4: indicador: Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos; d6: indicador: Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez; d7: indicador: Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias; e2: indicador: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME; e3: indicador: Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos

**Figura 7: Média dos indicadores de acesso (a1 e a2) por distrito, Maricá - RJ, 2020/2021**



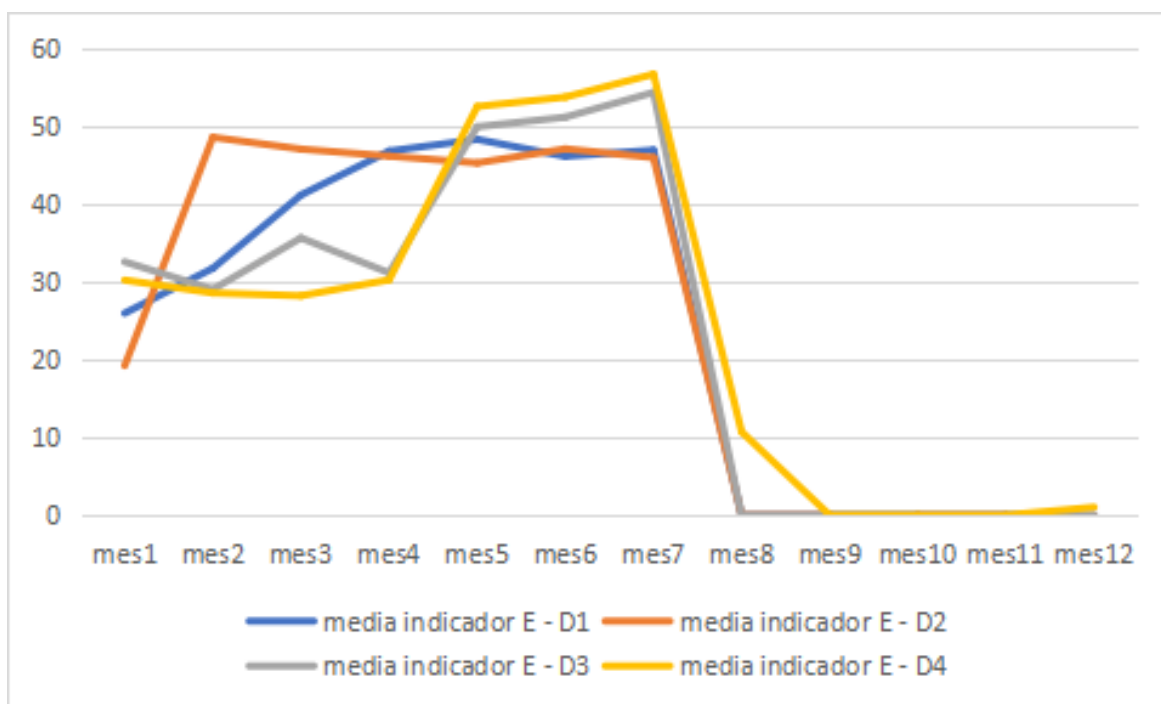
Fonte: Próprio Autor

**Figura 8: Média dos indicadores de desempenho (d3,d4, d6 e d7) por distrito, Maricá - RJ, 2020/2021**



Fonte: Próprio Autor

Figura 9: Média dos Indicadores de eficiência (e2 e e3) por distrito, Maricá - RJ, 2020/2021



Fonte: Próprio Autor

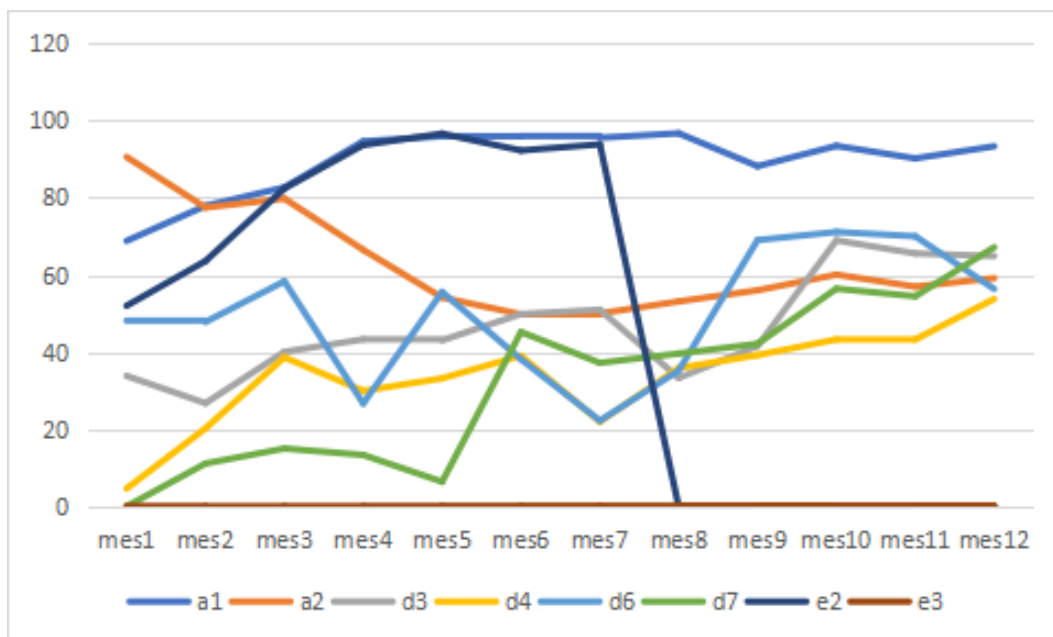
Ao avaliar a evolução dos indicadores por distrito do município, verificou-se que o distrito 1 apresentou uma evolução correspondente a um processo de crescimento e a implantação de novas equipes. Verifica-se que a partir do mês 08 o indicador E2 permanece zerado, demonstrado na figura 10.

Com relação à evolução dos indicadores no distrito 2, observou-se que ao longo do período avaliado houve oscilações nas variações dos indicadores, com alguns mais ascendentes e outros menos.. Percebeu-se também declínios pontuais em alguns meses, conforme figura 11, mais adiante, demonstra. Um dos indicadores (e3) permaneceu zerado ao longo do período e outro (e2), zerou no mês oito da avaliação.

No distrito 3 os indicadores sofreram oscilações no período analisado de forma crescente com alguns momentos de decréscimo abrupto conforme demonstra a figura 12, adiante.

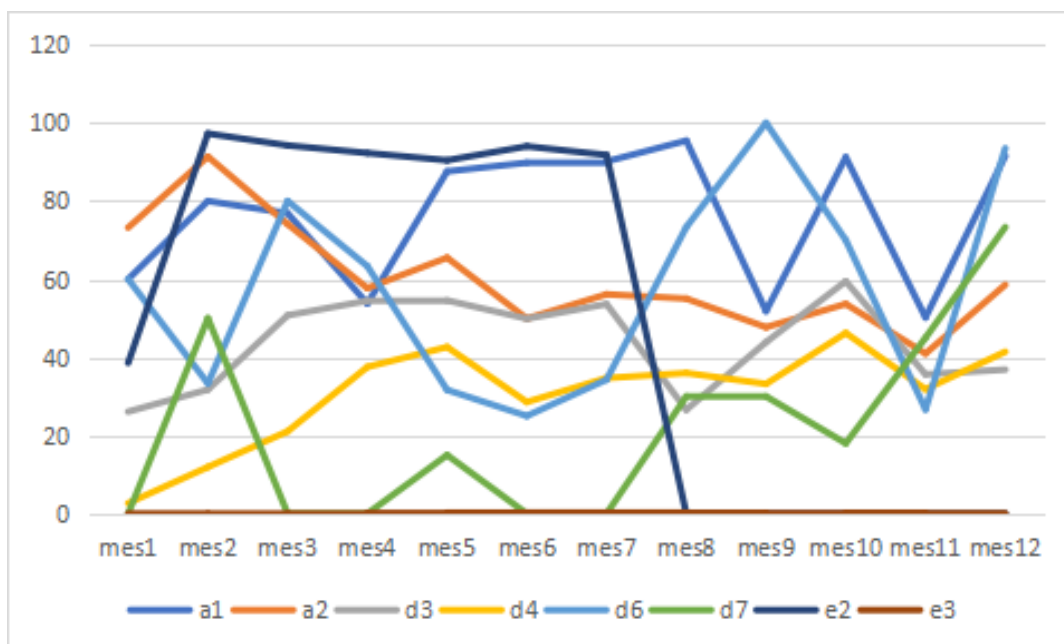
Quanto ao distrito 4, no que tange à evolução dos indicadores de saúde analisados ao longo do período, verificou-se que todos os indicadores se mantiveram crescentes conforme figura 13, o que nos sugere uma organização dos processos de trabalho nas unidades deste distrito.

Figura 10: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 1, Maricá - RJ, 2020/2021



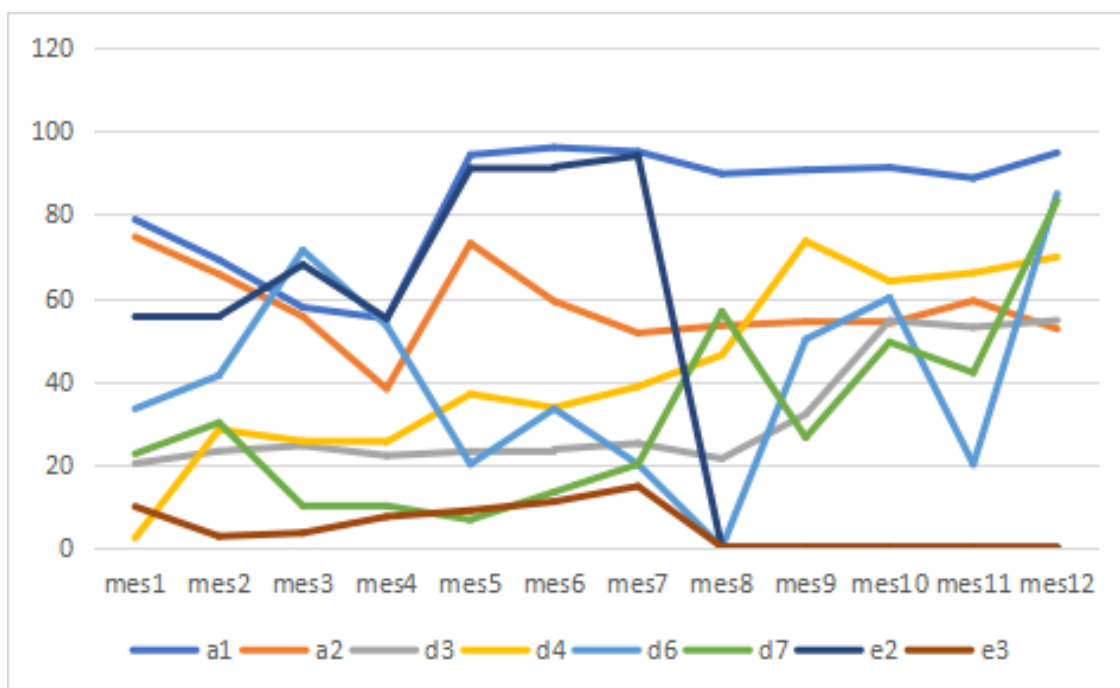
Fonte: Próprio Autor

Figura 11: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 2, Maricá - RJ, 2020/2021



Fonte: Próprio autor

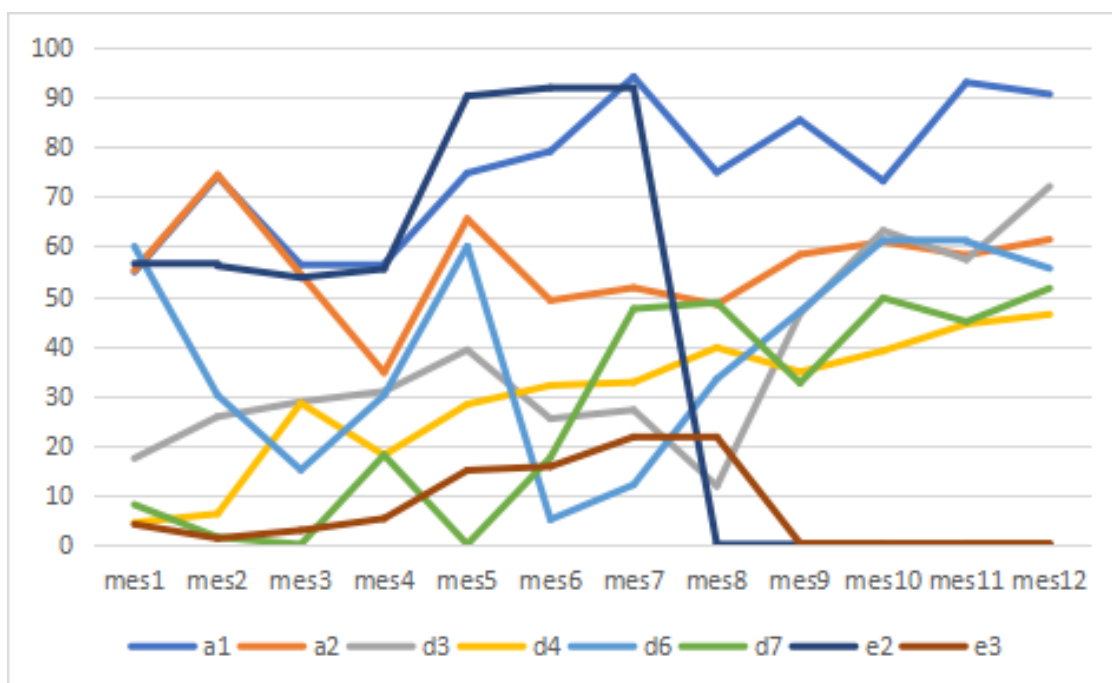
Figura 12: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 3, Maricá - RJ, 2020/2021



Fonte:

Próprio Autor

Figura 13: Evolução dos indicadores no período em análise no distrito 4, Maricá - RJ, 2020/2021



Fonte: Próprio Autor

O quadro 2 demonstra a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação de todos os indicadores de saúde no município de Maricá, de maneira trimestral. , Ao avaliar a média trimestral do período analisado de cada indicador por distrito, os indicadores de acesso (a1 e a2) permaneceram dentro da meta pactuada no contrato de gestão (70 a 90% e mínimo de 40%, respectivamente) em todos os distritos.

Quanto aos indicadores de desempenho (d3,d4,d6 e d7), todos eles apresentaram uma evolução progressiva, melhorando o acompanhamento da população dentro das linhas de cuidado. Porém em nenhum deles a meta pactuada foi alcançada (mínimo de 80%).

Já os indicadores de eficiência (e2 e e3) mantiveram-se em todos os distritos dentro da meta pactuada (Mínimo de 80% e Máximo de 10%, respectivamente) e com uma melhora ao longo do período ou seja, os medicamentos em sua maioria prescritos aos usuários se encontravam na lista da REMUME o que permitiu que nossas farmácias pudessem suprir a necessidade sem ter que fazer o usuário comprar o medicamento.

**Quadro 3 : Média, DP (desvio padrão) e CV (coeficiente de variação )dos Indicadores de acesso, desempenho assistencial e eficiência econômica por distrito, trimestralmente, Maricá - RJ, 2020/2021**

INDICADOR A1	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO
1º DISTRITO	76,5	95,5	93,5	92,3	86,0	8,8	9,8
2º DISTRITO	72,3	77,1	79,1	77,6	74,7	3,0	3,9
3º DISTRITO	68,5	81,8	91,9	91,6	75,2	11,0	13,2
4º DISTRITO	61,8	70,1	84,8	85,6	65,9	11,6	15,4
INDICADOR A2							

1º DISTRITO	82,6	56,8	53,0	58,7	69,7	13,4	21,4
2º DISTRITO	79,6	57,7	53,0	51,1	68,6	13,1	21,8
3º DISTRITO	65,2	56,8	53,0	55,2	61,0	5,3	9,3
4º DISTRITO	61,3	49,8	52,8	60,2	55,5	5,6	10,1
<b>INDICADOR D3</b>							
1º DISTRITO	33,5	45,4	41,9	66,4	39,5	14,0	29,9
2º DISTRITO	36,2	53,0	41,4	44,0	44,6	7,0	16,1
3º DISTRITO	22,6	22,9	26,1	54,0	22,8	15,1	48,2
4º DISTRITO	23,9	31,8	28,4	64,2	27,8	18,4	49,5
<b>INDICADOR D4</b>							
1º DISTRITO	21,2	34,1	32,3	46,8	27,6	10,5	31,2
2º DISTRITO	11,9	36,3	34,6	39,8	24,1	12,7	41,4
3º DISTRITO	18,7	31,9	52,8	66,6	25,3	21,3	50,1
4º DISTRITO	13,0	26,1	35,7	43,2	19,5	13,0	44,3
<b>INDICADOR D6</b>							
1º DISTRITO	51,4	40,1	42,1	65,8	45,8	11,7	23,5
2º DISTRITO	57,8	40,0	69,2	63,4	48,9	12,6	21,9



3º DISTRITO	48,7	35,6	23,3	55,0	42,1	14,1	34,7
4º DISTRITO	35,0	31,7	30,7	59,3	33,3	13,5	34,5
<b>INDICADOR D7</b>							
1º DISTRITO	8,7	21,6	39,6	59,3	15,2	22,0	68,1
2º DISTRITO	16,7	5,0	20,0	45,4	10,8	17,0	78,2
3º DISTRITO	20,8	10,0	34,4	58,2	15,4	20,8	67,4
4º DISTRITO	3,1	11,8	42,9	48,7	7,5	22,5	84,5
<b>INDICADOR E2</b>							
1º DISTRITO	66,0	94,2	31,3	0,0	80,1	41,0	85,6
2º DISTRITO	76,7	92,2	30,6	0,0	84,5	42,3	84,8
3º DISTRITO	59,6	79,2	31,4	0,0	69,4	34,5	81,1
4º DISTRITO	55,4	79,2	30,6	0,0	67,3	34,0	82,2
<b>INDICADOR E3</b>							
1º DISTRITO	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	44,7
2º DISTRITO	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	61,8
3º DISTRITO	5,3	9,1	5,0	0,1	7,2	3,7	75,5
4º DISTRITO	2,7	11,9	14,5	0,2	7,3	6,9	94,7

Fonte: próprio autor

## 7.2 Dados Socioeconômicos

No período em análise deste estudo, o município de Maricá apresentou, conforme quadro 4, um total de 162.450 cadastrados no prontuário eletrônico usado nas ESF, sendo a população estimada de 168.000 pessoas. Foi possível perceber que os distritos 2 e 4 tiveram um número maior de cadastrados. As Unidades de Saúde que apresentaram maior população cadastrada foram ESF Central e ESF Barroco. Tais unidades estavam localizadas no Distrito 1 e 4, respectivamente. Os menores percentuais de população cadastrada foram nas Unidades USF Barra e USF Ubatiba, ambas localizadas no distrito 1.

**Quadro 4: População estimada em relação à população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família. Maricá- RJ, 2020.**

NOME DA UNIDADE	TOTAL DE EQUIPES	POPULAÇÃO ESTIMADA	POPULAÇÃO CADASTRADA (%)
ESF CENTRAL	5	15.000	14.936 (99,57%)
USF MUMBUCA	4	12.000	11.296 (94%)
USF SÃO JOSÉ 1	2	6.000	7.938 (132%)
PSF UBATIBA	2	6.000	4.042 (67%)
USF BAIRRO DA AMIZADE	2	6.000	6.695 (112%)
USF BARRA	2	6.000	3.771 (63%)
USF RETIRO	1	3.000	2.955 (99)
USF SÃO JOSÉ 2	4	12.000	9.161 (72%)
USF PONTA GROSSA	2	6.000	5.232 (87%)
<b>TOTAL DISTRITO 1</b>	<b>24</b>	<b>72.000</b>	<b>66.026 ( 92%)</b>
USF PONTA NEGRA	2	6.000	7.734 (129%)
USF BAMBUÍ	2	6.000	5.812 (97%)
USF ESPRAIADO	1	3.000	2.253 (75%)
USF CORDEIRINHO	2	6.000	8.275 (138%)
ESF GUARATIBA	1	3.000	4.784 (159%)

<b>TOTAL DISTRITO 2</b>	<b>8</b>	<b>24000</b>	<b>28.858 ( 120%)</b>
USF INOA 2	2	6.000	4.006 (67%)
USF CHÁCARA DE INOÃ	2	6.000	6.621 (110%)
USF CARLOS ALBERTO SOARES DE FREITAS	2	6.000	4.069 ( 68%)
USF SANTA PAULA	2	6.000	5.571 (93%)
USF INOÃ 1	4	12.000	10.597 (88%)
<b>TOTAL DISTRITO 3</b>	<b>12</b>	<b>36.000</b>	<b>30.864 (86%)</b>
USF JARDIM ATLANTICO	4	12.000	13.314 ( 111%)
USF RECANTO	1	3.000	4.464 (149%)
USF BARROCO	2	9.000	14.748 (164%)
USF CARLOS MARIGHELLA	2	6.000	6.489 (108%)
USF SANTA RITA	2	6.000	8.284 (138%)
<b>TOTAL DISTRITO 4</b>	<b>11</b>	<b>36000</b>	<b>47299 (131%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>168.000</b>	<b>162.450 (103%)</b>

Fonte: próprio autor

Com relação ao perfil da população quanto ao sexo, pode-se considerar que a maioria era do sexo feminino, com percentual médio de 55,6. O quarto distrito apresentou o maior percentual de mulheres (56,9%) e o segundo distrito, o menor percentual (53,6%), conforme pode ser observado no quadro 4.

**Quadro 5 : Média percentual de população cadastrada por sexo na Estratégia de Saúde da Família. Maricá-RJ, 2020**

<b>NOME DA UNIDADE</b>	<b>Percentual de população cadastrada do sexo feminino (%):</b>	<b>Percentual de população cadastrada do sexo masculino (%):</b>
<b>ESF CENTRAL</b>	59,37	40,63
<b>USF MUMBUCA</b>	56,29	43,71

USF SÃO JOSÉ 1	54,21	45,79
PSF UBATIBA	53,66	46,34
USF BAIRRO DA AMIZADE	56,37	43,63
USF BARRA	54,1	45,9
USF RETIRO	54	46
USF SÃO JOSÉ 2	56,18	43,82
USF PONTA GROSSA	55,36	44,64
<b>MÉDIA PERCENTUAL DISTRITO 1</b>	<b>55,5</b>	<b>44,5</b>
USF PONTA NEGRA	54,62	45,38
USF BAMBUI	53,21	46,79
USF ESPRAIADO	51,17	48,83
USF CORDEIRINHO	56,32	43,68
ESF GUARATIBA	52,68	47,32
<b>MÉDIA PERCENTUAL DISTRITO 2</b>	<b>53,6</b>	<b>46,4</b>
USF INOA 2	54,54	45,46
USF CHÁCARA DE INOÃ	56,24	43,76
USF CARLOS ALBERTO SOARES DE FREITAS	57,73	42,27
USF SANTA PAULA	55,17	44,83
USF INOÃ 1	58,83	41,17
<b>MÉDIA PERCENTUAL DISTRITO 3</b>	<b>56,5</b>	<b>43,5</b>
USF JARDIM ATLANTICO	57,17	42,83
USF RECANTO	54,4	45,6
USF BARROCO	57,57	42,43
USF CARLOS MARIGHELLA	58,47	41,53
USF SANTA RITA	56,66	43,34
<b>MÉDIA PERCENTUAL DISTRITO 4</b>	<b>56,9</b>	<b>43,1</b>

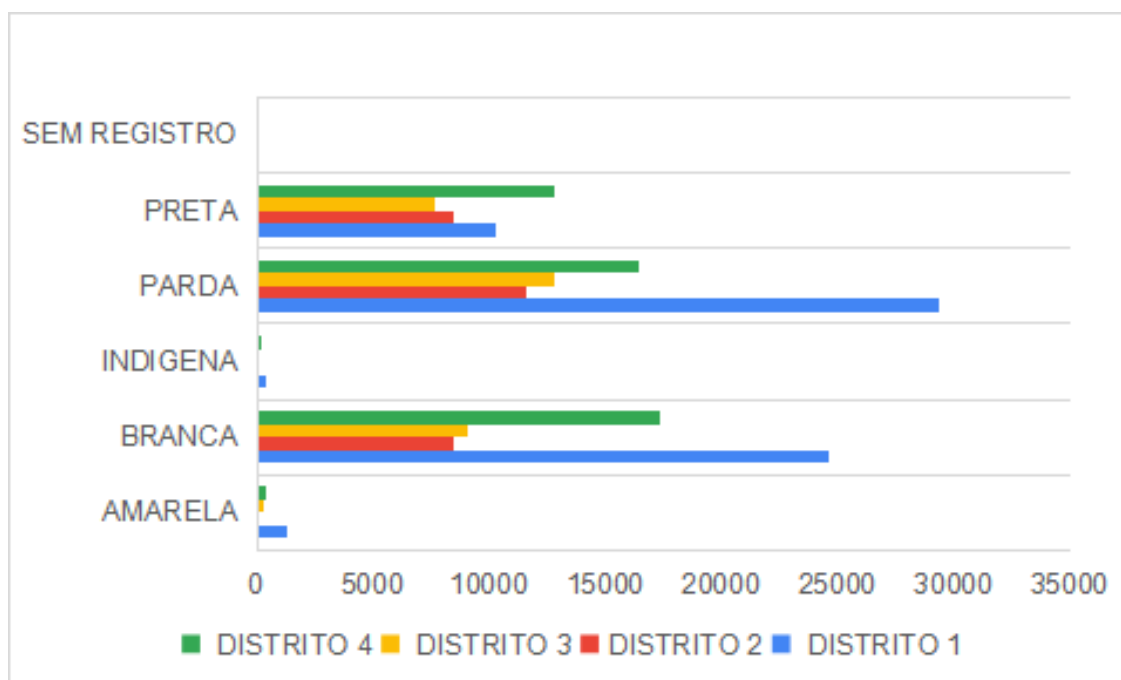
Fonte: próprio autor

Em relação à raça/cor, foi possível perceber, conforme demonstra a Figura 18, que a maioria da população do município se considera parda, especialmente no Distrito 1. A raça/cor branca é a segunda maior autotclassificação em todos os distritos. O Distrito 4 é o local onde tem a maior autotclassificação de pretos e que o município possui uma população indígena no primeiro e no quarto distrito.

Em relação à escolaridade, o município apresentou em PEP um número expressivo de pessoas de 15 anos ou mais que são alfabetizadas. Este número absoluto chega a 114.264. Os distritos 2 e 3 tiveram um percentual inferior a 80% de indivíduos de 15 anos ou mais alfabetizados e o distrito 4 apresentou o menor percentual no que tange às crianças de 7 a 14 anos matriculados na escola.

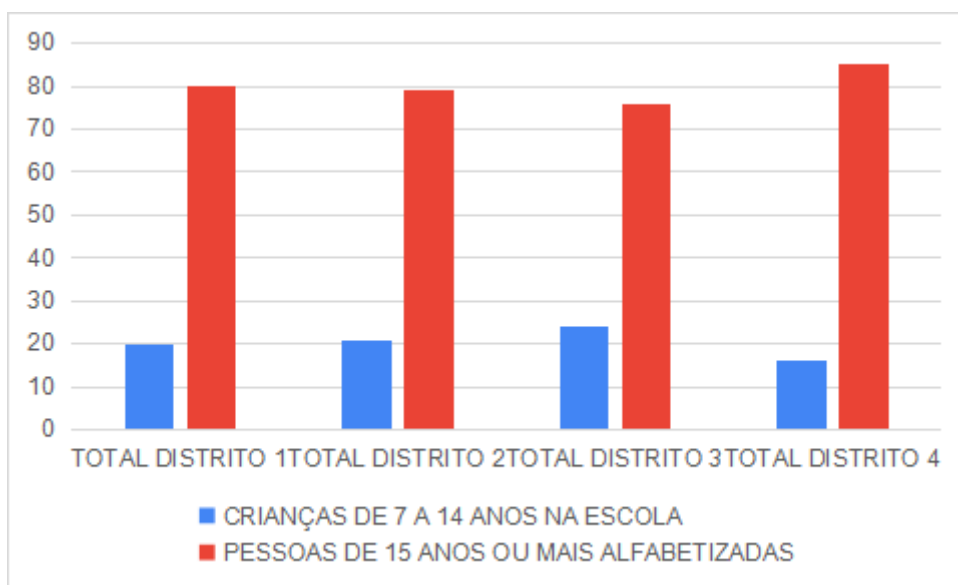
Vale ressaltar que o distrito 1 foi onde a média do percentual de indicadores foi maior e que neste distrito o percentual de pessoas com mais de 15 anos de estudo foi de 80%. Já no distrito 4 o percentual dos indicadores apresentou o menor resultado e neste distrito tivemos o maior percentual de pessoas com mais de 15 anos alfabetizadas conforme Figura 16.

**Figura 14: Relação Raça/cor por distrito de saúde. Maricá, RJ - 2020/2021**



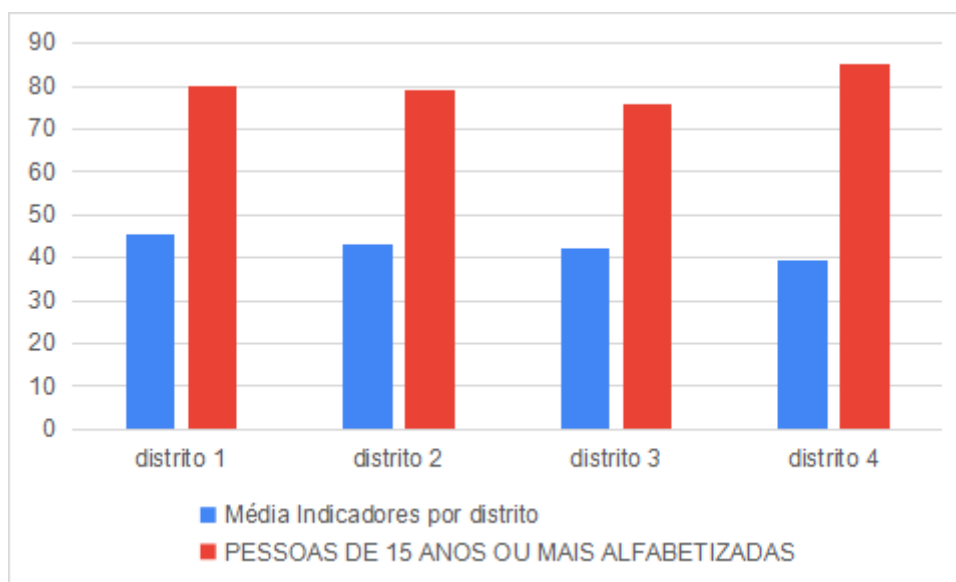
Fonte: Próprio Autor

**Figura 15: Relação escolaridade por distrito de saúde. Maricá, RJ - 2020/2021**



Fonte: Próprio Autor

**Figura 16: Percentual médio dos indicadores por distrito de acordo com a escolaridade. Maricá, RJ - 2020/2021**



Fonte: próprio autor

## 8. Discussão

O presente estudo analisou a evolução dos indicadores de saúde, do contrato de gestão da SMS/OS, ao longo do período de março de 2020 a fevereiro de 2021 no município de Maricá/RJ. De maneira geral, observou-se incremento progressivo dos indicadores. Dos oito indicadores analisados, todos apresentaram incremento no período estudado. Este incremento, se analisado na perspectiva dos objetivos do contrato de gestão na indução da melhoria dos indicadores, pode ser considerado positivo, uma vez que o contrato entrou em vigor em março de 2020.

Foi possível perceber que o acesso da população nas unidades de saúde, se manteve em crescimento ao longo do período, entendendo que o município estava passando por um período de expansão e portanto de fixação de novos profissionais médicos garantindo um aumento do atendimento pelo seu próprio médico de família.

A problemática da fixação dos profissionais de saúde na atenção primária não é exclusividade brasileira. A temática se encontra na agenda de vários países do mundo como medidas indutoras para suprir a necessidade de médicos nos denominados “vazios sanitários” (Andrade L. et al, 2019).

A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis é um importante obstáculo para a universalização do acesso à saúde em diversos países e sistemas de saúde no mundo (Pinto, I. et al, 2019).

Além do reflexo da consolidação e fixação das equipes, acarretando em uma melhor organização do processo de trabalho e diminuição do atendimento por demanda espontânea e aumentando a programação da agenda de forma mais eficaz.

Ainda quanto ao acesso, vale ressaltar que a população cadastrada nas unidades dos distritos 2 e 4, foi a que mais cresceu e se manteve maior do que a estimada pelo Ministério da Saúde, conseqüentemente houve um aumento na procura por atendimento nas unidades de saúde, que conseguiram mesmo sobrecarregadas, aumentar o acesso da população a estes serviços.

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família precisam assumir inúmeras e diversificadas atribuições por trabalharem inseridos na comunidade e por se tornarem referência de atenção à saúde da população residente em sua área de abrangência. Dessa forma, depara-se com problemas econômicos, sociais, biológicos, entre outros,

os quais, por vezes, desencadeiam a sensação de impotência devido às limitações, que em muitas situações, comprometem o adequado cuidado da saúde (Trindade, 2007, p. 18).

Além do acompanhamento das linhas de cuidado as UBS absorveram algumas demandas relacionadas a pandemia de covid-19, pois a partir da segunda quinzena do mês de março de 2020, o município de Maricá-RJ, assim como diversos outros municípios e estados brasileiros, passou a ter restrições que acarretaram cancelamento por um tempo, ou diminuição no acesso das gestantes, crianças e hipertensos e diabéticos nas Unidades Básicas de Saúde, para consultas de acompanhamento.

Vale ressaltar que mais da metade da população cadastrada nas unidades de saúde são do sexo feminino e que estima-se que este público possui a característica de acessar de forma mais frequente os serviços de saúde.

Segundo Pinheiro (2002), as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença.

Posteriormente, o atendimento às linhas de cuidado foi priorizado na pandemia e os indicadores de desempenho das equipes, também tiveram crescimento progressivo, o que demonstra uma organização das linhas de cuidado de saúde da mulher e crianças como eixos prioritários do cuidado.

No indicador de consultas de pré-natal do contrato de gestão, que preconiza que o pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre da gestação, houve uma crescente nos quatro distritos. Entendendo que existe uma atenção em âmbito nacional acerca da qualidade da assistência do pré-natal e que segundo o Ministério da Saúde, recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais (Portaria nº 570, 2002).

O município de Maricá em 2020 apresentou uma taxa de 70,53% junto ao indicador do PREVINE BRASIL, que podemos considerar ser uma taxa próxima a meta pactuada para estes indicadores do contrato de gestão, que é de 80%.



Quanto à cobertura vacinal, o indicador mensura nas crianças menores de dois anos e estimula como meta contratual o mínimo de 80 %. O Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas à população. Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações, PNI, disponibiliza mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas entre 44 imunobiológicos, incluindo vacinas, soros e imunoglobulinas. No entanto, a hesitação vacinal está entre as 10 ameaças à saúde mundial. O ressurgimento de doenças como o sarampo em nações onde este já era erradicado é só um dos exemplos de como a hesitação vacinal pode ser um sinal de ameaça à saúde pública (Milani, L., 2021).

O indicador teve um incremento porém em nenhum dos distritos a meta foi alcançada. Segundo dados do SIPNI (2020) o município de Maricá - RJ, apresentou neste período uma taxa de 13,12%, ou seja, uma taxa muito aquém do esperado o que fragilizou o acompanhamento das crianças e trouxe a possibilidade de contrair doenças previsíveis. Isso pode ser consequência de um sub registro no banco de dados de informação e um reflexo da pandemia de covid 19, uma vez que estávamos no início do lockdown.

O primeiro distrito do município de Marica/RJ é composto por nove unidades de saúde da família e é nele que estão os principais centros de referência de especialidades da cidade, como o Hospital Municipal Conde Modesto Leal, Ambulatorio Pericles Siqueira, Centro de Diagnostico e Terapia (CDT) e os Caps AD, CapsIII e Capsi, dentre outros. É neste distrito que há a maior densidade demográfica do município.

No distrito 1 foi possível perceber que os indicadores que mais demonstraram crescimento foram o de acesso aos serviços de saúde e os ligados ao acompanhamento do pré-natal nas gestantes, demonstrando a organização dos serviços de saúde em acolher as demandas da população e priorizando a linha de cuidado de saúde da mulher.

O segundo distrito é composto por cinco unidades de saúde da família e é o distrito litorâneo do município de Maricá/RJ tendo uma característica uma população de veranistas que por conta da pandemia de covid-19, foram se firmando como população de moradores fixos ao longo do tempo. Quanto aos indicadores foi possível perceber que os indicadores de acesso foram os que mais evoluíram no período

analisado. Este distrito não possui nenhuma outra rede de assistência à saúde além das ESF, o que faz dessas unidades uma referência para qualquer situação de saúde, das mais simples para as mais complexas, para a população.

O terceiro distrito do município é composto por quatro unidades de saúde da família e é nele que encontra-se a única unidade de pronto atendimento da cidade (UPA de Inoã). É um distrito que possui uma vulnerabilidade social elevada, comunidades com a presença de tráfico próximo as unidades que por vezes precisam encerrar seus atendimentos por conta de violência armada. Os indicadores relacionados à vacinação das crianças foram os que mais se destacaram, demonstrando que as equipes fortaleceram o vínculo e o monitoramento junto a essas famílias.

O quarto distrito é composto por 5 unidades de saúde da família. É um distrito que vem apresentando ao longo do tempo um aumento populacional grande uma vez que é o distrito limítrofe com a cidade de São Gonçalo e que por conta das melhores condições de vida em Maricá, esta população tem migrado em larga escala. Vale ressaltar que neste distrito também os indicadores de acesso da população aos serviços foram os que mais tiveram incremento no período. e que de fato a população teve um aumento de possibilidade de estar dentro das unidades se vinculando a sua equipe e tendo suas necessidades de saúde atendidas, seja por demanda espontânea ou por demanda programada.

O momento de organização dos processos de trabalho e da rede de assistência reflete em uma abertura do acesso para a população e um cobertura de acompanhamento que ao longo dos anos tende a se consolidar através do vínculo e de eficácia da assistência

Em relação às características de raça/cor da população foi percebido predominância da cor parda em todos os distritos e que no quarto distrito a cor preta se sobressaiu em relação aos demais distritos. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas negras, ou seja, que se autodeclararam pretas e pardas, constitui 56% do total da população brasileira em 2022 (IBGE, 2022), assim a saúde está intrinsecamente relacionada com as condições de vida e processos de vulnerabilização advindos do racismo.

Vale ressaltar que o município de Maricá atualmente possui diversas políticas públicas pensadas a partir da vulnerabilidade socioeconômica da população como por exemplo a moeda social (moeda mumbuca) que é oferecida às famílias com critérios de vulnerabilidade pensando em minimizar o empobrecimento dessa população.

A visão em nível municipal, da evolução dos indicadores do contrato de gestão da SMS/OS, que este estudo proporcionou é importante para apontar novos caminhos para estudos posteriores, com abordagem, tanto quantitativa como qualitativa e com foco mais local sobre outros aspectos contextuais, assim como, a organização e o processo de trabalho na APS, podendo contribuir na identificação de fatores que estejam associados aos resultados de cada distrito e que possam servir de modelo para tomadas de decisões, como também, podem servir como base, para estudos mais amplos, em que se abordem outros municípios/estados, para comparar essa evolução e constatar diferenças/semelhanças.

Outro ponto importante a ser destacado, foi a não estudos semelhantes encontrados na literatura, para a análise da evolução dos indicadores abordados no contrato de gestão, realizado no município de Maricá-RJ, o que torna o estudo pioneiro.

Apesar de ser um estudo pioneiro, ao mesmo tempo o estudo apresentou algumas limitações como uma discussão mais ampla dos resultados, acredita-se que os resultados poderiam ter sido melhores, uma vez que em alguns casos a meta contratual não foi alcançada, assim como o tempo para a coleta de dados foi curto para a análise.

## 9. CONCLUSÃO

A evolução dos indicadores de acesso, desempenho e eficiência foi positiva no período estudado para o município de Maricá - RJ. Foi possível perceber que todos os indicadores tiveram incremento ao longo do período analisado e que as condições socioeconômicas dos distritos tiveram impacto direto em como se comportaram os resultados encontrados.

Essa melhoria pode estar ligada ao aumento de cobertura de atenção básica, uma vez que houve no período a implantação de novas equipes de ESF. No entanto, houve pouca variação desta entre os anos estudados, o que torna difícil estabelecer uma associação direta para este estudo.

As variáveis também podem ter melhorado devido ao aprimoramento da APS, o que inclui infraestrutura, treinamento de profissionais, melhoria do acesso à Unidade Básica de Saúde, entre outros. Quanto às limitações deste estudo, é importante destacar que os dados aqui utilizados são secundários, coletados em prontuário eletrônico utilizado no município (Vita Care), com consequente limitação no que tange à coleta e ao registro dos dados.

As informações nos sistemas dependem de um profissional de saúde que registre ou notifique adequadamente uma situação. A inexistência ou inadequação do registro implica em uma diferença entre o resultado adquirido na teoria com a realidade, o que se busca minimizar com testes de consistência dos dados em série histórica. Apesar disso, o estudo cauteloso dos dados estudados auxilia no direcionamento de políticas públicas, visando evidenciar os serviços de Atenção Primária que precisam ser aprimorados e pensados com maior atenção pelos gestores.

Nesse aspecto, a série histórica dos indicadores selecionados mostrou não só uma evidente expansão da oferta de APS, mas também um aumento na qualidade das ações em saúde.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J. P. Avanços e desafios na implantação do e-SUS- Atenção Básica, 2017

ANDRADE, A.G.M. Atenção Primária à Saúde: Tecendo a rede de cuidado ao usuário - trabalhador do território

ANDRADE, L.R. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia, 2019

BARATA, R.B. Como e porque as desigualdades sociais fazem mal a saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Informação e Informática em Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica Informaçã Saude29\\_03\\_2004. pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20Saude29_03_2004.pdf)>. Acesso em: 13 de maio de 2021

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado. Brasília, DF: SGTES, 2005a

\_\_\_\_\_. Educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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, DF, 22 Out. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Set. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA – SISAB, 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *e-SUS AB Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_cds.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf)>. Acesso em: 19 de maio de 2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 Set. 2017

BUSS P.M.; FILHO A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais - Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CALVO, M.C.M. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2016

CAMPOS, C. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2006

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Alto Comissário da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.638 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial União, 9 ago. 2002. p. 184-185.

COSTA, C. G. A. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software. Campinas. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) - Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001

COSTA, K.S.; NASCIMENTO, Junior; HÓRUS, J.M. Inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Rev. Saúde Pública 2012; Disponível: [http:// dx.doi.org/10. 1590/S0034-89102012005000063](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063)

CRUZ M.M.; REIS, AC. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W. Qualificação de gestores do SUS. 2ªed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011.

CRUZ, M.M.; SOUZA, R.B.C.; TORRES, R.M.C.; ABREU, D.M.F.; REIS, A.C.; GONÇALVES, A.L. Usos do planejamento e auto avaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 38, p. 124-139, out. 2014.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992.

EDITAL 02/2019 - CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CELEBRAÇÃO DE PARCERIA COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE MARICÁ, JOM, 2017.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C - Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas, 2007.

FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS - UNASUS/UNIFESP, 2017



FRANCO, J.L.F. Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação. Modulo Político Gestor. UNIFESP. UNASUS. 2010. Disponível in: [www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/.../Unidade\\_8.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_8.pdf)

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2006 v. 22, n. 6 [Acessado 10 Julho 2021], pp. 1171-1181. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>>. Epub 29 Maio 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>.

GONDIM R., GRABOIS V., MENDES W. Qualificação de gestores do SUS. 2ªed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011.

GUIMARÃES, J.B., SOBREGARGA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER: dificuldades e estratégias de enfrentamento no município de Alfredo Vasconcelos- Minas Gerais, 2017

IBGE (10 de outubro de 2002). [«Área territorial oficial»](#). Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Consultado em 5 de março de 2021

\_\_\_\_\_ (30 de agosto de 2017). [«Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017](#) Consultado em 5 de março de 2021

\_\_\_\_\_ [Produto Interno Bruto dos Municípios 2016»](#). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consultado em 10 de março de 2021

\_\_\_\_\_ Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012

Lei n. 8.078 de 11 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 12 set 1990. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/13/1990/8078.htm>

MACEDO, V.C. Avaliação na Estratégia Saúde da Família, Recife, 2015

MACINKO, J. e M.; CLAUNARA, S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 5 Junho 2021] , pp. 18-37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>.ISSN2358-2898.

MALTA, Deborah C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARTINS, R. Relato de Experiência: Importância do Sistema de Informação na Estratégia de Saúde da Família, 2018

MEDEIROS, K. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS, 2005

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- -Americana da Saúde, 2011

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015

MESSIAS, J.K.S. et al Indicadores em Saúde na Atenção Básica: Uma revisão de literatura. Revista Humanidades e Inovação v.8, n.45, 2021

MILANI, L.R.N. et al, Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil, 2021

MORETTI, Patrícia G. S.; FEDOSSE, Elenir. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 241-247, set. 2016

MOTTA, A. L. B. Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na atenção básica em saúde no estado do Rio de Janeiro / Ana Laura Brandão Motta, 2017

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MATEO, M. M.; VIEIRA, L. A. S.; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS), 2008

OLIVEIRA, A. E. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência, 2016

OLIVEIRA, M. A. de C. e P.; IARA, C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2013, v. 66, n. spe .Acessado 5 Junho 2021], pp. 158-164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Epub 30 Set 2013. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

OLIVEIRA, Maria A. de C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, n. 66, p.158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O Prontuário Eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Washington, DC: OPAS/OMS, 2003.

PANITZ, L. M. Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014

PAULA, J.S. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: ABORDAGENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Rev. APS. 2015 abr/jun; 18(2): 133

PINHEIRO, A. L. Gestão da Saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão, 2016

PINHEIRO, R. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, 2002

ROCHA, R.F. Especial O Ministério da Saúde e o PNI | A cor da desigualdade: a Política de Saúde da População Negra. Disponível em: <https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/2478-especial-o-ministerio-da-saude-e-o-pni-a-cor-da-desigualdade-a-politica-de-saude-integral-da-populacao-negra.html>

ROUQUAYROL, M.Z., FILHO, N.A. Epidemiologia & Saúde. 6ªed.Rio de Janeiro: Editora Medsi;2003

SALA, A.; MENDES, J.D.V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saúde soc. dezembro de 2011;20(4):912–26

SANTOS, S. M. A importância do contexto social de moradia na auto-avaliação em saúde. 2008. 96 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008

SCHERER V., Miranda F.M.D.; SARQUIS L.M.M.; LACERDA M.R. Sinan net: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador. Cogitare enferm. 2007;Disponível:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10027/688>

8

SCHMITZ, C.C.C.; HEINEMANN, I.T.S.B.; DURAND, M.K. A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoção e dos Determinantes Sociais da Saúde. REVISTA ENFERMAGEM ATUAL | 2018; 86

SELLERA, P. E. G. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 6 Junho 2021] , pp. 1401-1412. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>

SENNA, M., ANDRADE, S. Indicadores e Informação no Planejamento Local em Saúde: Visão dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, 2015

SOARES, D.; ANDRADE, S.; CAMPOS, J. Epidemiologia e Indicadores de Saúde, capítulo 10, página 188, 1997.

SOARES, E. V. Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência, 2016

SOBRAL, A. e F.; MACHADO, C. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. Saúde e Sociedade [online]. 2010, v. 19, n. 1 [Acessado 5 Junho 2021] , pp. 35-47. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>>. Epub 25 Mar 2010. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>

SORANZ, D., PINTO L. F. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro, 2017

SOUZA, L.A. Inovações e Tendências Aplicadas nas Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão da Saúde, 2014. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, ISSN-e 2316-3712, Vol. 3, Nº. 2, 2014 (Exemplar dedicado a: Julho-Dezembro), págs. 11-29

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *Journal of Management & Primary Health Care*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TAKEDA, S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. *Porto Alegre; s.n; 1993. 83 p.* Tese em Português, Português | Coleciona SUS | ID: biblio-928178 Biblioteca responsável: BR1751.1 Localização: BR1751.1; 614(043), T136a

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Estudo Sócio Econômico, Maricá, 2004

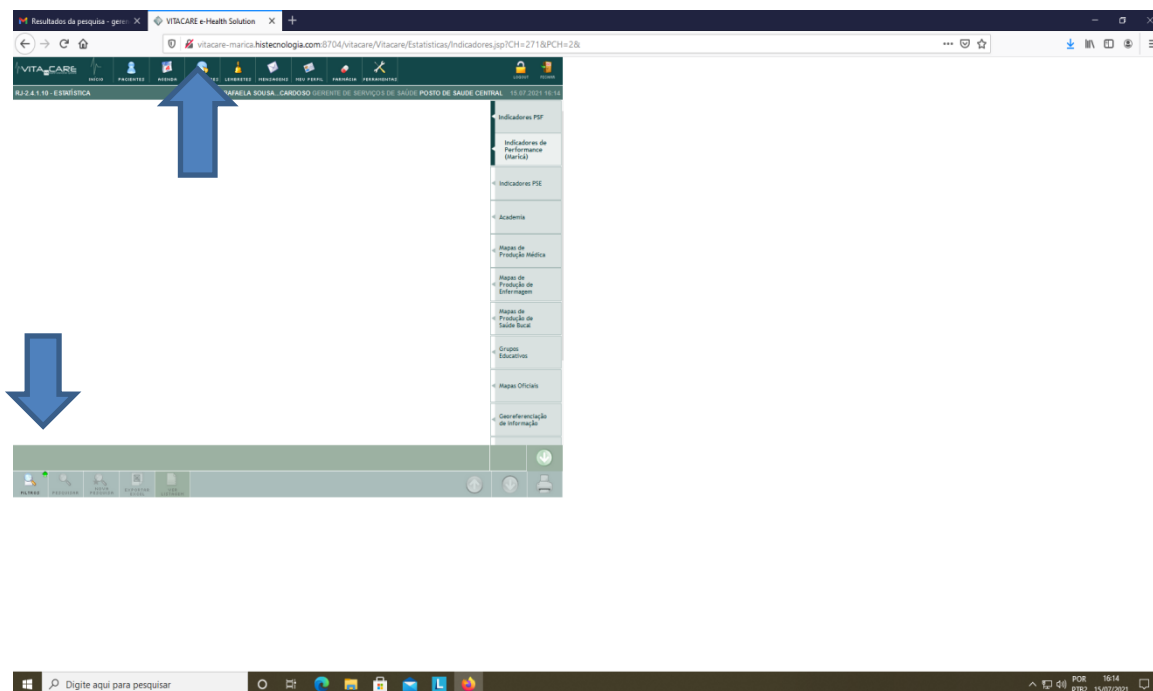
VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias da informação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 219-235,2002.

WASHINGTON,D.C. Indicadores de saúde: Elementos conceituais e práticos, 2018

## 10. ANEXOS

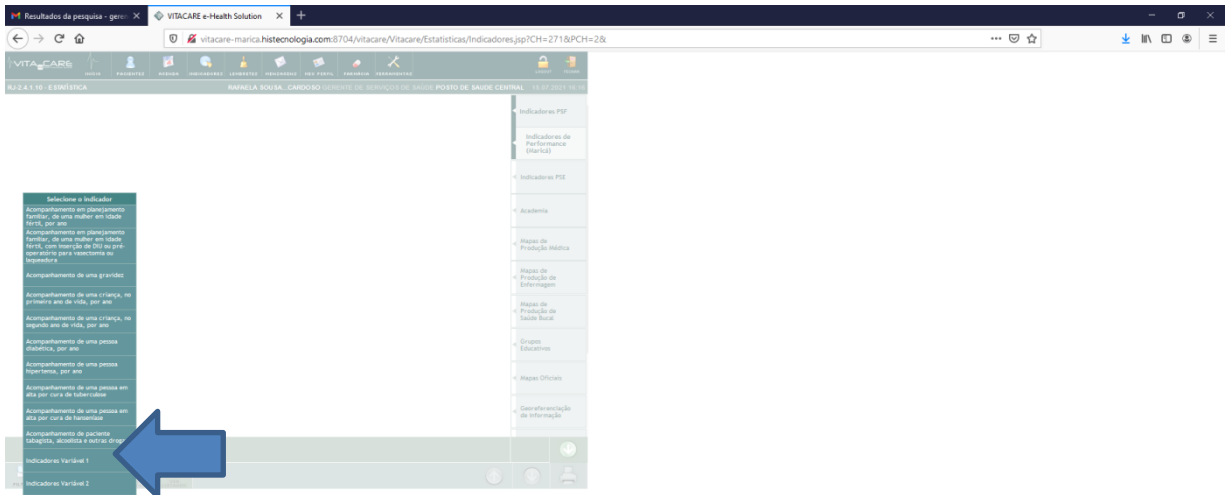
- Anexo 1 – PASSO A PASSO EXPORTAÇÃO DOS INDICADORES VARIÁVEL 2 DO VITA CARE

### PASSO 1: SELECIONAR INDICADORES E FILTROS

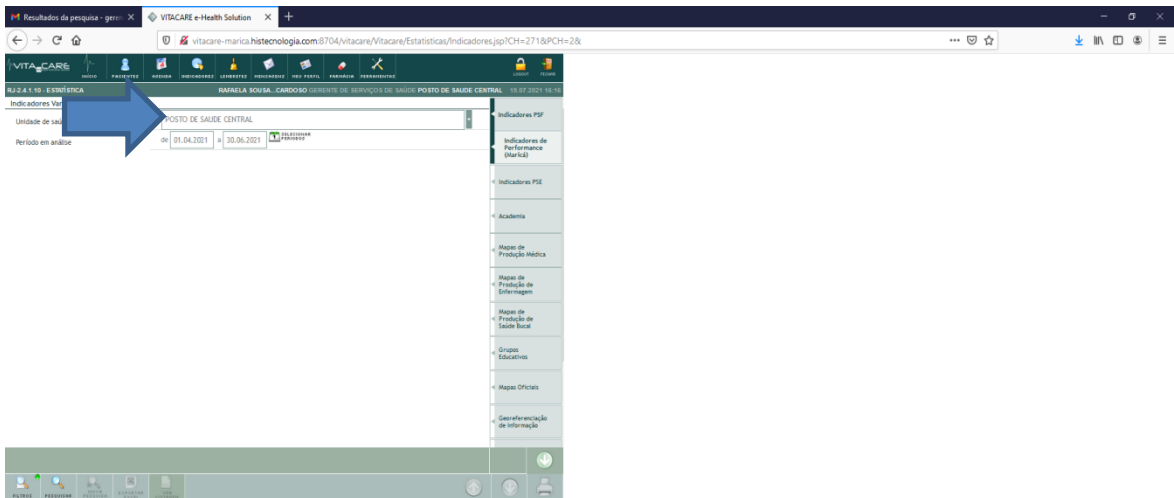


### PASSO 2: SELECIONAR “INDICADORES VARIÁVEL 2”





### PASSO 3: SELECIONAR A UNIDADE E O PERÍODO A SER ANALISADO



### PASSO 4: OBSERVAR OS RESULTADOS DOS INDICADORES POR EQUIPE

Resultados de pesquisa - gen - vitacare e Health Solution

vitacare-marica.histecologia.com/704/vitacare/Vitacare/Estatisticas/Indicadores.jsp?CH=271&PCH=2&

RJ2.4.1.10 - ESTATÍSTICA RAFAELA SOUSA, CARDOSO (GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE) POSTO DE SAÚDE CENTRAL 16.07.2021 16:11

Dados Pesquisa

Unidade de saúde: POSTO DE SAÚDE CENTRAL

Data: 01.04.2021 a 30.06.2021

Indicadores de Performance - Variável 2

A1. Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família (VAR1\_A1\_9.2020.0)

Entidade/CAEP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	Diferença
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAXITO	92,00	102,00	90,20 %	...	...	...	...
CENTRO	520,00	561,00	92,69 %	...	...	...	...
FLAMENGO	168,00	190,00	88,42 %	...	...	...	...
INHINO	141,00	173,00	81,50 %	...	...	...	...
SACO DAS FLORES	642,00	655,00	98,02 %	...	...	...	...
POSTO DE SAÚDE CENTRAL	1543,00	1681,00	92,08 %	...	...	...	...
MUNICÍPIO	1543,00	1681,00	92,08 %	...	...	...	...

A2. Percentagem de demanda espontânea em relação à programada (VAR2\_A2\_9.2020.0)

Entidade/CAEP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	Diferença
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAXITO	59,00	154,00	38,31 %	...	...	...	...
CENTRO	409,00	805,00	50,81 %	...	...	...	...
FLAMENGO	121,00	327,00	37,00 %	...	...	...	...

Indicadores PSF

Indicadores de Performance (Marica)

Indicadores PSE

Academia

Mapas de Produção Médica

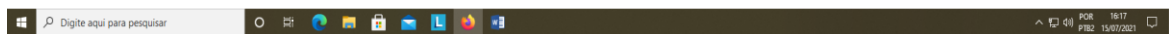
Mapas de Produção de Estratégias

Mapas de Produção de Saúde Bucal

Grupos Educacionais

Mapas Oficiais

Gerenciamento de Informação



Resultados de pesquisa - gen - vitacare e Health Solution

vitacare-marica.histecologia.com/704/vitacare/Vitacare/Estatisticas/Indicadores.jsp?CH=271&PCH=2&

RJ2.4.1.10 - ESTATÍSTICA RAFAELA SOUSA, CARDOSO (GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE) POSTO DE SAÚDE CENTRAL 16.07.2021 16:11

Dados Pesquisa

Unidade de saúde: POSTO DE SAÚDE CENTRAL

Data: 01.04.2021 a 30.06.2021

Indicadores de Performance - Variável 2

S2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses (VAR2\_S2\_9.2020.0)

Entidade/CAEP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	Diferença
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAXITO	6,00	13,33	45,01 %	...	...	...	...
CENTRO	91,33	115,66	78,98 %	...	...	...	...
FLAMENGO	18,66	34,00	54,88 %	...	...	...	...
INHINO	33,00	49,33	66,90 %	...	...	...	...
SACO DAS FLORES	108,66	134,33	80,89 %	...	...	...	...
POSTO DE SAÚDE CENTRAL	257,66	346,66	74,33 %	...	...	...	...
MUNICÍPIO	257,66	346,66	74,33 %	...	...	...	...

S3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses (VAR3\_S3\_9.2020.0)

Entidade/CAEP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	Diferença
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAXITO	2,66	11,00	24,18 %	...	...	...	...
CENTRO	57,33	187,00	30,66 %	...	...	...	...
FLAMENGO	11,66	33,33	46,88 %	...	...	...	...
INHINO	37,00	76,00	48,68 %	...	...	...	...
SACO DAS FLORES	106,33	211,00	50,39 %	...	...	...	...
POSTO DE SAÚDE CENTRAL	219,00	518,33	42,25 %	...	...	...	...
MUNICÍPIO	219,00	518,33	42,25 %	...	...	...	...

Indicadores PSF

Indicadores de Performance (Marica)

Indicadores PSE

Academia

Mapas de Produção Médica

Mapas de Produção de Estratégias

Mapas de Produção de Saúde Bucal

Grupos Educacionais

Mapas Oficiais

Gerenciamento de Informação



## PASSO 5: VISUALIZAR A DESCRIÇÃO DE CADA INDICADOR CASO HAJA NECESSIDADE

Resultados da pesquisa - geral x VITACARE e-Health Solution x

vitacare-marica.hitecologia.com:8704/vitacare/Vitacare/Estatisticas/Indicadores.jsp?CH=271&PCH=2&

R2.2.4.1.19 - ESTADÍSTICA RAFAELA SOUSA - CARDOSO GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE POSTO DE SAÚDE CENTRAL 15/07/2021 16:17

D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses (VAR2\_02\_R\_2020.0)

ENTRADA/CAP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	DIFERENÇA
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAIXO	6,00	13,33	45,01 %				
CENTRO	91,33	115,66	78,96 %				
FLAMENGO	18,66	34,00	54,88 %				
MONHÓ	32,00	49,33	64,90 %				
SACO DAS FLORES	108,66	134,33	80,93 %				
POSTO DE SAÚDE CENTRAL	257,66	346,66	74,33 %				
MUNICÍPIO	257,66	346,66	74,33 %				

D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial

ENTRADA/CAP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	DIFERENÇA
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAIXO	2,66	11,00	24,18 %				
CENTRO	57,33	187,00	30,66 %				
FLAMENGO	15,66	33,33	46,98 %				
MONHÓ	37,00	76,00	48,68 %				
SACO DAS FLORES	196,33	211,00	92,99 %				
POSTO DE SAÚDE CENTRAL	219,00	518,33	42,25 %				
MUNICÍPIO	219,00	518,33	42,25 %				

**Descrição**

**INDICADOR** (VAR2\_02\_R\_2020.0)

Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses

**OBJETIVO**

Meta Oficial: 80%  
 Período de avaliação: Trimestral  
 Fonte: Prontuário Eletrônico (PEP)

**NUMERADOR** (VAR2\_02\_N\_2020.0)

Número de diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses

**DENOMINADOR** (VAR2\_02\_D\_2020.0)

Número total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe

**OBSERVAÇÕES**

Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe.

Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de diabéticos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (Ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico).

Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, no de consultas últimos 12 meses, moderno e telemed.

Resultados da pesquisa - geral x VITACARE e-Health Solution x

vitacare-marica.hitecologia.com:8704/vitacare/Vitacare/Estatisticas/Indicadores.jsp?CH=271&PCH=2&

R2.2.4.1.19 - ESTADÍSTICA RAFAELA SOUSA - CARDOSO GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE POSTO DE SAÚDE CENTRAL 15/07/2021 16:17

Dados Pesquisa

Unidade de saúde: POSTO DE SAÚDE CENTRAL

Data: 01.04.2021 a 30.06.2021

Indicadores de Performance - Variável 2

D3. Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família (VAR2\_A1\_R\_2020.0)

ENTRADA/CAP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	DIFERENÇA
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAIXO	92,00	102,00	90,20 %				
CENTRO	520,00	561,00	92,69 %				
FLAMENGO	166,00	190,00	87,42 %				
MONHÓ	141,00	173,00	81,50 %				
SACO DAS FLORES	642,00	655,00	98,02 %				
POSTO DE SAÚDE CENTRAL	1563,00	1681,00	92,98 %				
MUNICÍPIO	1563,00	1681,00	92,98 %				

D4. Percentagem de demanda espontânea em relação à programação

ENTRADA/CAP	N	D	Valor	Status	CONTRATUALIZADO	Por Ativar	DIFERENÇA
POSTO DE SAÚDE CENTRAL							
CAIXO	59,00	154,00	38,31 %				
CENTRO	409,00	806,00	50,81 %				
FLAMENGO	121,00	327,00	37,00 %				

**Descrição**

**INDICADOR** (VAR2\_A1\_R\_2020.0)

Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família

**OBJETIVO**

Meta Oficial: 70 a 80%  
 Período de avaliação: Trimestral  
 Fonte: Prontuário Eletrônico (PEP)

**NUMERADOR** (VAR2\_A1\_N\_2020.0)

Número de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe

**DENOMINADOR** (VAR2\_A1\_D\_2020.0)

Número de consultas médicas realizadas a pacientes da unidade

**OBSERVAÇÕES**

- **ANEXO 2 - PARECER CEP**