

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

João Victor Bohn de Albuquerque Alves

Acesso à Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro:
monitoramento dos efeitos indiretos da Covid-19 sobre as condições crônicas de saúde

Rio de Janeiro

2022

João Victor Bohn de Albuquerque Alves

Acesso à Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro:
monitoramento dos efeitos indiretos da Covid-19 sobre as condições crônicas de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Coorientador: Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Access to Primary Health Care in the municipality of Rio de Janeiro : monitoring of the indirect effects of Covid-19 on chronic health conditions

A474a Alves, João Victor Bohn de Albuquerque
Acesso à Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro: monitoramento dos efeitos indiretos da Covid-19 sobre as condições crônicas de saúde / João Victor Bohn de Albuquerque Alves. -- 2022.
122 f.; il. color.

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
Coorientador: Raphael Mendonça Guimarães.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de Janeiro/RJ, 2022.
Bibliografia: f. 99-107.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Indicadores de Serviços. 4. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. 5. Estudos de Séries Temporais. I. Título.

CDD - 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

João Victor Bohn de Albuquerque Alves

Acesso à Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro:
monitoramento dos efeitos indiretos da Covid-19 sobre as condições crônicas de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 25 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alfredo de Oliveira Neto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Angela Oliveira Casanova
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico esta pesquisa aos profissionais em atuação na Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro, em especial àqueles que vivenciaram o período aqui descrito e que perseveraram diante de tantos eventos e fases dramáticas que impactaram seus processos de trabalho, sua satisfação pessoal e seu bem-estar mental e físico. Sua resiliência foi fonte de motivação na construção de uma narrativa que retratasse essa trajetória sinuosa, repleta de desafios e crises. Espero ter sido capaz de fazer jus à essa vivência compartilhada.

Considerando a construção deste trabalho como um processo orientado a partir da prática e da minha vivência profissional e pessoal, não poderia deixar de dedicá-lo:

Aos meus colegas de trabalho e preceptoria em Medicina de Família e Comunidade na CF Maria do Socorro, na Rocinha: Marcos Adams Golraich, Luiza Crochemore Mohnsam da Silva, Marina Franciscon Gomes da Cruz, Eberhart Portocarrero Gross, Leticia Renck Bimbi, Bruno Alves Brandão e Moisés Vieira Nunes.

Aos colegas membros e coordenadores do Programa de Medicina de Família e Comunidade da SMS RJ, em especial: Bernardo Lago Alves, Pedro Henrique Braga Pereira, Carolina de Sousa Tóffoli, Viviane dos Santos Jacob Monteiro, Andre Ferreira Lopes, Nayara Monteiro da Rocha, Marcia Cristina Lemos dos Santos, Daniel de Medeiros Gonzaga e Débora Junqueira Fonseca Oliveira.

À minha esposa Aline, meus pais Juliana e Aderbal, e minha irmã Marcela pelo apoio incondicional.

Ao meu filho Francisco, que esperamos com amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Elyne Montenegro Engstrom pela mentoria experiente, aberta e sempre respeitosa às minhas inquietações. Sua orientação permitiu que tomasse forma um projeto de pesquisa factível, relevante e que contemplasse minhas motivações como pesquisador. De forma empática, soube instigar, estimular e acolher nos momentos necessários. Além disso, agradeço o esforço conjunto de revisão textual e reconheço a contribuição das suas sugestões na composição final do texto.

Ao Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães, por ter se disposto de forma generosa a embarcar nessa pesquisa em um momento crucial. Sua experiência ajudou a validar nossas escolhas e refiná-las, contribuindo de forma relevante para o resultado do trabalho, assim como sua orientação na produção e revisão do texto final.

Aos membros da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro (SUBPAV), Renato Cony Serodio, Michael Schmidt Duncan e Audrey Fischer Aded pela inestimável contribuição na discussão relativa aos indicadores de acesso que basearam este trabalho. Seus apontamentos, permeados por um vasto conhecimento da APS e sua gestão, foram essenciais para a produção dessa pesquisa. Também, agradeço à Aline Gonçalves Pereira, cujas ideias e discussões nas fases iniciais da concepção do escopo e dos métodos dessa dissertação me nutriram de ideias para seguir e o conforto para acreditar que era possível.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, Dr. Daniel Soranz, Dr. José Carlos Prado Jr., Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis, Dr. Alfredo de Oliveira Neto e Dra. Angela Oliveira Casanova. Sua generosidade e experiência trouxeram apontamentos que ajudaram a validar e refinar essa pesquisa contribuindo, também, para meu crescimento pessoal e acadêmico.

RESUMO

A Covid-19 tem sido descrita como uma sindemia por impactar de forma desigual pessoas com piores condições socioeconômicas e de saúde, apresentando piores desfechos em portadores de comorbidades. A sobrecarga dos serviços de saúde imposta pelo seu enfrentamento tem levantado preocupações pela restrição do acesso aos usuários, em especial, aqueles com condições crônicas de saúde. No âmbito do SUS do município do Rio de Janeiro (MRJ), a Atenção Primária à Saúde (APS) – responsável pelo acesso, coordenação e continuidade do cuidado desses usuários – vivenciava crise com desestruturação da rede, prévia ao início da epidemia na cidade. Nesse contexto, precisou se readequar à nova realidade sanitária e aos papéis assumidos por seus profissionais. A pesquisa teve como objetivo analisar os efeitos da epidemia do novo coronavírus sob o acesso aos cuidados na APS do MRJ pelos usuários com condições crônicas de saúde. Foi elaborada uma estratégia de monitoramento desenvolvida em 3 etapas: construção de um painel de indicadores que expressam a cobertura pela APS e acesso, em especial, para condições crônicas de saúde a partir de traçadores, de 2016 a 2021; exploração do contexto político-institucional, com a construção de uma linha do tempo de acontecimentos significativos à APS; sistematização, tabulação e representação dos dados em gráficos de séries temporais e tabelas para análise descritiva. A construção do painel contou com a colaboração de gestores da Secretaria Municipal de Saúde na avaliação da pertinência e oportunidade da utilização destes indicadores extraídos de bases de acesso público. Achados sugerem aumento das barreiras de acesso aos usuários com condições crônicas de saúde, expresso principalmente pela marcada redução no número de equipes de APS, de agentes comunitários de saúde e de atendimentos a hipertensos e diabéticos. Além disso, destaca-se a redução no percentual de casos novos curados de tuberculose pulmonar e aumento na incidência de sífilis congênita. A tendência decrescente para a maioria dos indicadores se iniciou antes do início da epidemia na cidade. Essas restrições de acesso podem resultar no aumento de complicações relacionados às condições crônicas de saúde. Espera-se que este estudo possa auxiliar na tomada de decisão pela gestão de saúde do município para implementação de políticas no sentido da expansão da APS e remoção de barreiras de acesso, bem como no planejamento de estratégias para a preparação dos serviços para o enfrentamento de outras emergências sanitárias no futuro. Novos estudos são necessários para a compreensão do impacto dessas restrições sobre os desfechos em saúde no MRJ.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; acesso a serviços de saúde; indicadores de serviços; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; estudos de séries temporais.

ABSTRACT

Covid-19 has been described as a syndemic disease for unequally impacting people exposed to poorer socioeconomic and health conditions, resulting in worst outcomes for patients with comorbidities. The overload of health services imposed by its confrontation has raised concerns about the restriction of access to users who seek care for reasons other than coronavirus infection, especially those with chronic health conditions. Within the scope of the Universal Health System in the city of Rio de Janeiro, its Primary Health Care (PHC) network - responsible for access, coordination, and continuity of care for these users - had been experiencing a crisis with disruption in services prior to the beginning of the epidemic in the city. It had to readjust to the new public health situation and the roles embraced by its professionals. The research analyzed the effects of the new coronavirus epidemic on access to care in the municipality's PHC network by users with chronic health conditions. A monitoring strategy was developed in 3 stages: construction of a panel of indicators that express PHC coverage and access by users with chronic health conditions from 2016 to 2021, based on tracers; exploration of the political-institutional context and construction of a timeline of significant events; systematization, tabulation, and representation of data in time series graphs and tables followed by a descriptive analysis of selected indicators. The construction of the panel relied on the collaboration of health managers from the Municipal Health Secretariat in assessing the relevance and opportunity of using these indicators extracted from publicly available databases. Findings suggest an increase in access barriers for users with chronic health conditions, mainly expressed by the marked reduction in the number of PHC teams, Community Health Workers, and the number of consultations for hypertensive and diabetic patients. In addition, there was a reduction in the percentage of cured new cases of pulmonary tuberculosis and an increase in the incidence of congenital syphilis. The downward trend for most indicators started before the beginning of the epidemic in the city. Access restrictions can result in increased complications related to chronic health conditions. It is hoped that the findings of this research can subsidize decision-making by the health management of Rio de Janeiro municipality for the implementation of policies towards the expansion of PHC and removal of barriers of access to its users, and, in the planning of strategies for the preparation of these services to face future public health emergencies. Additional studies are needed to comprehend the impact of these restrictions on health outcomes in the context of Rio de Janeiro city.

Keywords: primary health care; health services accessibility; indicators of health services; barriers to access of health services; time series studies.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 -	O modelo para o estudo do acesso aos cuidados de saúde de Aday e Andersen, 1974.....	32
Quadro 1 -	Elementos e componentes do modelo de estudo do acesso à saúde de Aday e Andersen 1974.....	33
Quadro 2 -	Painel final de indicadores de acesso à Atenção Primária à Saúde no MRJ, gerais e por condições traçadoras.....	45
Figura 2 -	Exploração do contexto: Acontecimentos e marcos temporais relevantes à APS do MRJ (2016 - 2021)	53
Quadro 3 -	Painel preliminar de indicadores selecionados pelo pesquisador para discussão e pactuação com gestores do SMS-RJ.....	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Número de notificações de casos confirmados de Covid-19, casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e doses de vacina aplicadas na campanha de vacinação contra a Covid-19 no MRJ, por mês.....	55
Gráfico 2 -	Equipes de Saúde da Família e outras equipes de APS no município do Rio de Janeiro por mês.	57
Gráfico 3 -	Número de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro por mês.....	59
Gráfico 4 -	Estimativa da cobertura populacional da Atenção Primária e por Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro por mês.....	62
Gráfico 5 -	Consultas médicas e de enfermagem na APS do município do Rio de Janeiro segundo mês.....	64
Gráfico 6 -	Atendimentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus na APS do município do Rio de Janeiro por médicos(as) e enfermeiros(as) segundo mês.....	67
Gráfico 7 -	Consultas médicas e de enfermagem na APS do município do Rio de Janeiro segundo ano.....	68
Gráfico 8 -	Razão de atendimentos médicos, de enfermagem, de hipertensão e diabetes na APS do município do Rio de Janeiro segundo mês.....	70
Gráfico 9 -	Média de consultas por equipe de APS no município do Rio de Janeiro por mês.	73
Gráfico 10 -	Exames do pé diabético realizados por Equipes da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro por mês.....	75
Gráfico 11 -	Aferições de pressão arterial realizadas por Equipes da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.....	77
Gráfico 12 -	Casos novos, casos novos curados e percentual de casos novos curados de tuberculose pulmonar no município do Rio de Janeiro por ano.....	79
Gráfico 13 -	Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.....	81
Gráfico 14 -	Casos novos de tuberculose pulmonar em usuários portadores de diabetes mellitus no município do Rio de Janeiro, por ano.....	82

Gráfico 15 -	Proporção de nascimentos de acordo com o número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação no MRJ por mês, em maternidades da rede municipal, estadual, federal e de universidades públicas.....	84
Gráfico 16 -	Número de nascimentos registrados por tipo de prestador no MRJ por ano e percentual de nascimentos ocorridos na rede de maternidades municipais.....	85
Gráfico 17 -	Percentual de nascimentos com 7 ou mais registros de consulta de pré-natal por tipo de prestador no MRJ, por ano.....	87
Gráfico 18 -	Incidência anual de diagnóstico de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, por ano.....	88
Gráfico 19 -	Ocorrências de óbitos maternos, nascidos vivos e Razão de Mortalidade Materna (RMM) no MRJ, por ano.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População estimada do MRJ segundo mês e aumento populacional em relação ao ano anterior.....	60
Tabela 2 -	Média de atendimentos individuais e para HAS/DM mensais por equipe de APS do MRJ a cada ano.....	72
Tabela 3 -	Incidência anual de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro para nascidos vivos residentes no município, de 2016 a 2021.....	88
Tabela 4 -	Síntese dos resultados: variação anual dos principais indicadores selecionados.....	91
Tabela 5 -	Indicadores relacionados à Covid-19 e seu enfrentamento no MRJ por mês.....	112
Tabela 6 -	Ações de saúde realizadas na APS do MRJ por mês (Aferição de pressão arterial e Exame do pé diabético).....	112
Tabela 7 -	Indicadores gerais de cobertura, produção e de acesso no MRJ, por mês, relativos ao período de 2016 a 2021.....	114
Tabela 8 -	Indicadores de acesso e produção ambulatorial mensais e proporção de consultas de pré-natal por nascimento no MRJ, por mês, relativas ao período de 2016 a 2021.....	116
Tabela 9 -	Razão de atendimentos por quadrimestre no MRJ de 2016 a 2021.....	119
Tabela 10 -	Consultas médicas, de enfermagem e atendimentos de hipertensão e diabetes no MRJ, por ano.....	120
Tabela 11 -	Número de nascimentos por prestador e % de nascimentos na rede de saúde municipal por ano no MRJ.....	120
Tabela 12 -	Percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal por tipo de prestador.....	121
Tabela 13 -	Óbitos maternos, nascidos vivos, Razão de Mortalidade Materna e Incidência de sífilis congênita por ano no MRJ de 2016 a 2021.....	121
Tabela 14 -	Casos novos de tuberculose pulmonar com diagnóstico laboratorial, casos novos curados e percentual de casos novos curados por ano no MRJ (PREFAPS 10 2019).....	122
Tabela 15 -	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, total de casos novos de tuberculose pulmonar por ano, casos em usuários com diabetes e proporção de casos com diabetes como comorbidade.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CCS	Condições Crônicas de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Covid-19	Doença causada pelo novo coronavírus (coronavirus disease 2019)
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAPS	Internações por Condições Sensíveis de Saúde
IOM	Institute of Medicine
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREFAPS	Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCAPS	Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde
SAPS/SMS-RJ	Superintendência de Atenção Primária
SAP/MS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	O CONTEXTO DA APS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.....	22
4.2	COVID-19, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS PACIENTES INVISÍVEIS	25
4.3	O CONCEITO DE ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE	28
4.4	CONSIDERAÇÕES PARA O ESTUDO DO ACESSO	30
4.5	CONSIDERAÇÕES SOBRE MONITORAMENTO EM SAÚDE	34
5	MATERIAIS E MÉTODOS	36
5.1	CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE INDICADORES	37
5.2	EXPLORAÇÃO DO CONTEXTO E CONSTRUÇÃO DA LINHA DO TEMPO	39
5.3	PLANO DE ANÁLISE TEMPORAL DOS INDICADORES SELECIONADOS	40
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
5.5	ORÇAMENTO E RECURSOS	41
6	RESULTADOS	42
6.1	PAINEL DE INDICADORES	42
6.2	EXPLORAÇÃO DO CONTEXTO	51
6.3	INDICADORES GERAIS DE ACESSO E COBERTURA DA APS NO MRJ....	56
6.3.1	Equipes de Saúde da Família e outras equipes de APS no MRJ por mês	56
6.3.2	Número de Agentes Comunitários de Saúde no MRJ por mês	58
6.3.3	Cobertura Populacional da Atenção Primária à Saúde e por ACS no MRJ por mês	60
6.3.4	Número de consultas médicas e de enfermagem na APS do MRJ por mês	63
6.4	INDICADORES DE ACESSO À APS RELATIVOS ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MRJ	65
6.4.1	Número de atendimentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus no MRJ por mês	65

6.4.2	Relação entre atendimentos individuais na APS e atendimentos de hipertensão arterial ou de diabetes mellitus no MRJ por ano	66
6.4.3	Razão entre atendimentos médicos e de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família por quadrimestre no MRJ	69
6.4.4	Média de consultas totais, de hipertensão e diabetes por equipe por mês.....	71
6.4.5	Exame de pé diabético	74
6.4.6	Aferição de pressão arterial	76
6.4.7	Diagnóstico e tratamento de casos novos de tuberculose no MRJ por ano.....	76
6.4.8	Percentual de casos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no MRJ por ano	80
6.4.9	Casos novos de tuberculose pulmonar em usuários com diabetes no MRJ por ano	82
6.4.10	Número de consultas pré-natal por nascimento no MRJ em prestadores da rede pública por mês	83
6.4.11	Número de nascimentos por tipo de prestador no MRJ por ano	85
6.4.12	Proporção de nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal por tipo de prestador	86
6.4.13	Frequência anual de sífilis congênita no MRJ	87
6.4.14	Ocorrências de óbitos maternos no MRJ por ano	89
6.4.15	Síntese dos Resultados	91
7	DISCUSSÃO	92
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE A – PARECER DE DISPENSA CEP/ENSP Nº 19/2021	108
	APÊNDICE B – PAINEL PRELIMINAR DE INDICADORES	109
	APÊNDICE C – TABELAS COMPLETAS REFERENTES AOS INDICADORES ANALISADOS	112

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (*SARS-CoV-2*), foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020 e se provou rapidamente a maior crise de saúde pública dos últimos 100 anos, ainda em curso (BBC BRASIL, 2020). Em tempos de grandes incertezas, ainda não é possível mensurar com precisão o impacto que a doença trouxe para os serviços de saúde, para a economia e para a sociedade de forma geral, ao redor do mundo.

Ao final de junho de 2021, aproximadamente quinze meses desde o início da pandemia, o novo coronavírus já havia causado ao menos 183 milhões de infecções e perto de 4 milhões de mortes confirmadas em todo mundo, segundo boletim epidemiológico da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021). Graças a esforços sem precedentes no desenvolvimento e produção de vacinas, realizados em tempo recorde, aproximadamente 24% da população mundial já se encontrava parcialmente vacinada e 11% havia recebido o esquema vacinal completo, contribuindo para a redução dos números da pandemia (RITCHIE *et al.*, 2021). No entanto, apesar das tendências promissoras de redução de novos casos, o início do mês de julho daquele ano trouxe mais uma vez a lembrança da incerteza que a pandemia impõe à humanidade quanto a qual será o “novo normal”: após quase dois meses de redução na taxa de incidência global da Covid-19, e de redução de mortes, com a menor mortalidade registrada desde outubro de 2020, observou-se novamente uma tendência global de subida nos casos novos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021). Contribuem para essas incertezas a identificação e disseminação de variantes virais e a possibilidade de redução da eficácia da vacinação enquanto estratégia de contenção da pandemia.

No Brasil, há bem documentado um conjunto de erros e omissões na gestão de saúde, em todas as esferas da federação. Este cenário levou a desfechos muito deletérios no quadro sanitário brasileiro no que diz respeito à contenção, disseminação da doença e manejo de suas consequências para a saúde da população e para a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2021a). Ao longo de boa parte do período pandêmico, até a metade de 2021, o país se destacou negativamente como um dos epicentros de contágio do vírus. Ainda, o Brasil foi destaque pela atuação negacionista e beligerante do governo federal, sendo alvo de Comissão Parlamentar de Inquérito para a apuração das ações e omissões frente à crise sanitária (THE LANCET, 2020; GIOVANELLA; MEDINA *et al.*, 2020; BRASIL, 2021b). No início de julho de 2021, mais de 19 milhões de casos de Covid-19 haviam sido confirmados, assim como 532.893 óbitos, deixando o país atrás apenas dos Estados Unidos da América quanto aos óbitos e casos, e da

Índia, quanto aos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2021).

No país, e ao redor do mundo, as ações de enfrentamento à pandemia foram criticadas pelo foco inicial na atenção hospitalar e na redução da transmissibilidade do vírus, não considerando os seus aspectos sociais e sua sinergia com a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (e de outras condições crônicas de saúde), que por sua vez se manifestam de forma mais intensa em população vulnerabilizadas e com piores condições socioeconômicas (HORTON, 2020; MEDINA *et al.*, 2020). As interações biológicas e sociais entre estes elementos – as condições crônicas de saúde, as disparidades socioeconômicas e a Covid-19 – parecem resultar numa exacerbação dos efeitos negativos individuais de cada um deles, aumentando a susceptibilidade das pessoas a desfechos negativos em saúde, o que tem levado alguns autores a caracterizar a Covid-19 como uma sindemia (HORTON, 2020; MENDES, 2020; SINGER *et al.*, 2017). Este é um dos legados da pandemia, que diz respeito às novas barreiras de acesso impostas pelo contexto pandêmico e suas repercussões aos sistemas de saúde e às pessoas que buscam cuidados para condições não Covid-19, especialmente para as condições crônicas. Neste contexto, estes usuários também têm sido chamados de pacientes invisíveis (LEE, 2020; MENDES, 2020).

Desde a conferência de Alma-Ata, a implementação de sistemas de saúde coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido amplamente promovida como uma política estratégica na garantia do acesso à saúde, incluindo a prevenção e cuidado das condições crônicas de saúde, bem como na coordenação desse cuidado com outros níveis de atenção (MENDES, 2012). No contexto pandêmico, foram exigidas respostas rápidas e criativas dos serviços de APS para lidar com as novas barreiras de acesso impostas, tanto pela sobrecarga dos serviços, quanto pelas necessárias medidas sanitárias de mitigação da pandemia.

Estudos realizados no Reino Unido e Canadá, países com sistemas de saúde públicos coordenados pela APS, relatam que esses serviços foram rapidamente reorganizados para fornecer acesso de forma virtual, enquanto consultas presenciais foram reservadas para uma pequena fração de pacientes que precisavam ser examinados. Profissionais foram deslocados por períodos determinados, em regime de revezamento, para somar esforços no enfrentamento à pandemia, reconhecendo a importância fundamental da sua colaboração nesse desafio, mas sem perder de vista a preservação do funcionamento da APS e sua importância na atenção às condições de saúde não relacionadas à Covid-19 (GLAZIER *et al.*, 2021; GREENHALGH; KOH; CAR, 2020; KENDZERSKA *et al.*, 2021; LEE, 2020; MENDES, 2020).

No Brasil, a saúde é considerada direito constitucional e dever do Estado. As normativas recomendam que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) sejam organizadas a partir da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público, universal e descentralizado. No SUS, apesar do papel indutor e normativo da gestão federal da saúde, cabe aos municípios a implementação, gestão e o fortalecimento da APS (BRASIL, 2006, 2011, 2012a, 2017; MENDES, 2011). Espera-se que, quando este nível de atenção opera a partir de uma forte expressão de seus atributos – acesso ao primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar, competência cultural, orientação comunitária – seja capaz de resolver a maioria das demandas em saúde de sua população adscrita (STARFIELD, 2002).

A despeito das recomendações técnicas e aspectos normativos, observou-se um vazio de coordenação federal das políticas e ações para o enfrentamento da Covid-19 no país, que se refletiu na escassez de protocolos assistenciais que norteassem o papel da APS na pandemia e o planejamento para implementação da reorganização na oferta do cuidado e acesso aos serviços. Por outro lado, instituições acadêmicas, sociedades científicas e pesquisadores contribuíram sobremaneira ao propor linhas de atuação e de reorganização dos serviços de APS, buscando a preservação de seus atributos e se valendo dessas potencialidades para pensar a assistência à saúde da população no contexto pandêmico (ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA; BOUSQUAT *et al.*, 2020; HEINZELMANN; NETO, 2021; MEDINA *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020). Ressalta-se, ainda, o desafio prático para gestores locais e profissionais em lidar com o dinamismo das evidências internacionais de melhores práticas no enfrentamento à pandemia frente ao progressivo conhecimento científico acumulado, em especial quando as poucas orientações provenientes do Ministério da Saúde (MS) com frequência se mostraram conflitantes com essas evidências científicas (CAVALCANTE; ABREU, 2020; FERNANDES; ORTEGA, 2020; GIOVANELLA; MEDINA *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o município do Rio de Janeiro (MRJ) foi destaque negativo entre as capitais do país, apresentando altas taxas de incidência, letalidade e mortalidade, com 28.731 óbitos confirmados até a metade de 2021 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2021). Com a disseminação da pandemia no MRJ, os serviços de APS precisaram se readaptar à nova realidade sanitária e aos novos papéis essenciais que viriam a ser cumpridos por seus profissionais no enfrentamento da Covid-19. No entanto, era evidente a situação preocupante e insuficiente em que os serviços de saúde se encontravam para lidar com esse novo agravo e todas as implicações necessárias para a reorganização de suas práticas

(FERNANDES; ORTEGA, 2020; SILVA, 2020). Nesse sentido, compreender o desmonte da saúde pública do município, em curso desde 2018 e vigente na chegada da Covid-19, se faz essencial para o entendimento dos seus efeitos sobre esses serviços de saúde e para a população carioca (ARAÚJO; MALLART; GAUDENZI, 2020).

Após um período de grandes conquistas, com reconhecida expansão e qualificação da rede de APS de 2009 até o final de 2016, se iniciou em 2018 uma nova fase de austeridade e contração dos serviços (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). De forma incremental e persistente, até a chegada da Covid-19 à cidade, a APS carioca vinha sofrendo múltiplas perdas e constrangimentos incluindo – mas não limitadas a – reduções no número de equipes de saúde da família (EqSF), reduções na cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) na cidade, redução no número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes, aumento da saída e vacância de profissionais, atrasos salariais, greves anuais, sem considerar ainda a baixa manutenção e precarização estrutural das unidades de APS do município (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; O'DWYER *et al.*, 2019).

Nesse contexto, em meio a uma rede fragilizada, esforços foram realizados para adequar espaços físicos, incorporar fluxos de atendimento rápido para pacientes com quadros suspeitos para Covid-19, realizar ações de telemonitoramento de pacientes infectados, rastreamento de contatos, atividades comunitárias de educação em saúde, incorporação de novas tecnologias para monitoramento de pacientes com doenças crônicas, entre outras diversas novas atribuições, ao mesmo tempo que lidavam com afastamentos frequentes de profissionais por adoecimento (GIOVANELLA; BOUSQUAT *et al.*, 2020). Com os recursos escassos, cronicamente debilitados e deslocados para o manejo da pandemia, a oferta dos serviços essenciais da APS para condições de saúde não relacionadas à Covid-19 ficou ameaçada, na medida que novas barreiras de acesso se apresentaram (COLLUCCI; FARIA, 2021a, b; MENDES, 2020).

Na evidente impossibilidade de tamanha complacência dos serviços de APS da cidade em atender às demandas desse cenário, o desafio intangível da APS estava posto. Enquanto devia prover assistência para o enfrentamento à pandemia, devia também manter a prestação de serviços habituais, especialmente para grupos de pacientes que mais necessitam, que são os mais prejudicados pela Covid-19 e pela restrição no acesso decorrente de seu enfrentamento.

Pressupõe-se, então, que houve barreiras de acesso aos usuários com condições crônicas de saúde, que requerem cuidados coordenados e longitudinais pela APS. Dessa forma, o presente estudo traz como questão de pesquisa: Quais foram as influências da epidemia da Covid-19 no acesso aos cuidados primários de saúde relativos às condições crônicas de saúde no município do Rio de Janeiro?

2 JUSTIFICATIVA

Como médico de família e comunidade formado e atuante na APS do SUS da cidade do Rio de Janeiro nos últimos 7 anos, desde 2015, “acesso” sempre foi um elemento central na minha prática. Entre meus pares e eu há um entendimento de que este atributo essencial da APS seja condição primordial para que o cuidado longitudinal, abrangente e coordenado com os demais níveis de atenção possa de fato ocorrer: uma espécie de pedra fundamental da APS forte e resolutive, fiel aos princípios que a definem. Em um nível pessoal, fornecer acesso oportuno a todos os usuários(as) que buscam a atenção de minha equipe de saúde é, ao mesmo tempo, um dos maiores desafios e motivações da minha prática: meu Norte é fornecer um serviço facilmente acessível e de qualidade, que eu mesmo utilizaria e recomendaria para familiares e amigos. No entanto, perseguir essa direção nem sempre se provou possível na medida que múltiplos eventos ameaçaram nossas condições de trabalho nos últimos anos. Para além disso, multiplicaram-se barreiras de acesso aos demais níveis de atenção, filas estagnadas para procedimentos eletivos na regulação ambulatorial e grandes vazios de fluxos para necessidades de saúde identificadas na APS, mas dependentes de tratamento em outros contextos, representando fonte de grande frustração para a equipe e muitos de nossos usuários. Destaco a impressão de que essas limitações tendem a afetar de forma ainda mais proeminente aqueles que mais precisam de cuidados e que possuem menos recursos financeiros e sociais, e que em tempos de crise puderam contar cada vez menos com o espaço comunitário de atenção integral e interdisciplinar outrora fornecido na APS.

Com a chegada da pandemia da Covid-19 em 2020 e o subsequente tensionamento dos serviços de saúde da cidade, previamente sobrecarregados e sucateados, meu senso da qualidade do cuidado e do acesso para os usuários caiu de forma marcada. Apesar do reconhecimento da importância estratégica óbvia da reorganização dos serviços de APS para o enfrentamento da pandemia na cidade, em determinado momento, a percepção de que o cuidado às demais condições de saúde havia sido demasiadamente prejudicado e restringido – conforme a pandemia se arrastava em níveis elevados por todo país – se tornou uma fonte de grande preocupação. Qual seria o tamanho desse passivo? E o que isso poderia representar para a saúde da minha população adscrita e da cidade em geral?

Acredita-se que a redução do acesso aos cuidados de saúde relacionados às condições crônicas possa precipitar uma nova onda de agravos e necessidades em saúde, representada pela complicação de doenças crônicas, pelo atraso na atenção de condições de saúde que podem resultar em adoecimento crônico e o conseqüente aumento na carga de doenças, morbidade e

mortalidade da população (MENDES, 2020). Ademais, o passivo oculto da pandemia tende a recair sobre aqueles usuários que mais necessitam desses cuidados, perpetuando a “lei dos cuidados inversos” e reforçando a característica de sindemia que a Covid-19 assume. Nesse sentido, são os usuários portadores de condições crônicas de saúde aqueles potencialmente mais afetados pela sindemia.

Acesso à saúde é referido como um dos elementos organizacionais dos sistemas de saúde, e está associado à entrada dos usuários nos serviços, bem como à continuidade da prestação de cuidados (ANDERSEN, 1974). O "acesso" pode ser estudado de formas e perspectivas distintas, entre elas, a partir do monitoramento de indicadores. O monitoramento remete ao acompanhamento rotineiro de informações de interesse e apresenta-se como uma ferramenta de gestão para a identificação de mudanças e tendências nos sistemas ao longo do tempo (TAMAKI *et al.*, 2012). Sua finalidade principal é fornecer, em tempo oportuno, informações que auxiliem a identificação de problemas e tomada de decisão por gestores (FELISBERTO, 2004). No caso do estudo do acesso a partir do monitoramento de indicadores, a coleta de dados empíricos pode permitir a análise comparativa entre a disponibilidade e a utilização de serviços para grupos em uma população, ao longo do tempo (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar as influências da pandemia da Covid-19 sobre o acesso aos cuidados na APS do município do Rio de Janeiro pelos usuários com condições crônicas de saúde, a partir da análise da tendência de indicadores selecionados. Sua relevância se justifica no desconhecimento da magnitude do efeito dessas restrições no MRJ, bem como de seu efeito sinérgico com as limitações previamente vigentes, podendo contribuir com informações relevantes para a elaboração e monitoramento de políticas públicas e práticas gerenciais que possam ajudar a reparar esse cenário e ampliar o acesso à saúde da população do Rio de Janeiro a partir de uma APS forte, resolutiva e acessível.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as influências da pandemia da Covid-19 sobre o acesso aos cuidados na APS do município do Rio de Janeiro pelos usuários com condições crônicas de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir um painel de indicadores para monitoramento do acesso à APS para as condições crônicas de saúde por meio de traçadores destas condições.
- Descrever o comportamento dos indicadores selecionados durante o período de 2016 a 2021, considerando a exploração do contexto e eventos antes e depois da chegada da epidemia da Covid-19 no município.
- Identificar possíveis barreiras de acesso à APS relacionadas às condições crônicas de saúde no contexto da epidemia da Covid-19 no município.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O CONTEXTO DA APS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

A história dos serviços de APS no MRJ é recortada por fases, de acordo com as políticas de saúde propostas por cada governo, notando-se um padrão de significativa descontinuidade de políticas como resultado das trocas de gestão (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Para a compreensão dos fatores contextuais – contemporâneos às duas décadas do século XXI – que se relacionam com o acesso à APS do município, se faz importante lembrar mudanças no modelo de atenção e gestão da APS, implementadas a partir da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) ocorrida entre 2009 e 2016, e as mudanças na oferta e organização dos serviços nos tempos subsequentes, cujas repercussões influenciaram o enfrentamento da pandemia.

A estrutura administrativa e organizacional da SMS-RJ não privilegiava a autonomia e a indução financeira para o desenvolvimento da APS, que apresentava modelos de atenção diversos e vinha perdendo sua lógica de territorialização. Além disso, era evidente a falta de mecanismos formais de regulação ambulatorial e hospitalar para o acesso aos serviços de média e alta complexidade a partir das unidades básicas de saúde que, em geral, ofertavam uma carteira de serviços restrita e heterogênea (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; PINTO *et al.*, 2017). Nesse sentido, apesar da existência de longa data de serviços de APS no MRJ, sua implementação era de pequena escala, e possuíam acesso restrito, pouca vinculação dos usuários, oferta de uma carteira de serviços limitada e poucas possibilidades de coordenação do cuidado com os outros níveis de atenção (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A RCAPS teve seu início no ano de 2009 e foi implementada a partir de três eixos de ação: reforma administrativa; reforma do modelo organizacional; e reforma do modelo de atenção. Seu planejamento foi traçado em duas fases: a primeira compreendendo os períodos de 2009 a 2012, que contemplava os objetivos de mudança organizacional e administrativa, ampliação do acesso, governação clínica, gestão do conhecimento, sustentabilidade e desenvolvimento; a segunda, de 2013 a 2015, em que ganham destaque os componentes de coordenação do cuidado e accountability, responsabilização profissional, interação serviço-pesquisa, transparência e formação de rede (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Os resultados da RCAPS foram notáveis para a expansão da APS e ganharam destaque nacional e internacionalmente (SORANZ; PISCO, 2017). As decisões tomadas, alinhadas com

políticas indutoras de cofinanciamento da APS pelo MS e a gestão de recursos financeiros pela SMS-RJ, garantiram um aumento no financiamento destinado a este nível de atenção. A gestão horizontalizada da APS a partir da reorganização do organograma de gestão da SUBPAV trouxe maior dinamismo e uma maior eficiência nas práticas da administração dos serviços (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A despeito de críticas à sustentabilidade e ao funcionamento do modelo de gestão de saúde adotado, a adoção de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) trouxe celeridade para a contratação de profissionais – em regime de celetista – e para a qualificação da infraestrutura das unidades, incluindo a implantação de prontuário eletrônico em toda APS do Rio. O modelo de atenção prioritário escolhido foi a Estratégia de Saúde da Família e sua implantação avançou a passos largos, saindo de 3,5% em 2008 para até 70% da população carioca em 2016, o que representou um aumento de 128 equipes de ESF em 2008 para 958 equipes em 2016 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Entre estes marcos, diversos outros êxitos foram observados, como o desenvolvimento de iniciativas de auditoria e prestação de contas, a utilização de indicadores para monitoramento da qualidade dos serviços e pagamentos diferenciais por performance, iniciativas de qualificação técnica da rede e de educação permanente, como as residências em Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem de Família e Comunidade (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Os avanços da APS carioca no período, se tornaram objeto de pesquisa e se traduziram em evidências, por exemplo, demonstrando reduções nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), aumento no acesso à atenção especializada e a utilização de estratégias de monitoramento, avaliação e pagamento por performance para a indução de práticas assistenciais orientadas para os atributos da APS (CALDAS, 2020; PINTO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2018; SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017).

Após mudança da gestão municipal, ao longo de 2017, o novo governo indicava promessas no sentido da continuidade das políticas de saúde no âmbito da APS e a criação de centros de especialidades. Ao final daquele ano, as EqSF implantadas chegaram ao número de 1251 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Ressalta-se que a definição orçamentária e o planejamento em saúde do primeiro ano de gestão de cada governo são definidos pelo seu predecessor. A partir de 2018, com influências nacionais e municipais, se inicia um período de crise envolvendo a gestão da saúde no município (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Entre os fatores contextuais em nível nacional relevantes à APS do MRJ destacam-se o congelamento dos gastos da saúde via emenda constitucional, o risco de redução na

transferência de recursos federais para o município pela mudança nos blocos de financiamento do SUS, bem como as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (MEDINA *et al.*, 2020; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; REIS, 2020).

Em nível municipal, alegando déficits orçamentários – supostamente de responsabilidade do governo que o antecedeu – se iniciou um padrão de atrasos nos repasses às OSS que perdurou, com períodos de estabilização, até 2020. Com isso, observou-se recorrentes atrasos salariais em diferentes áreas da cidade, reduções nos horários de funcionamento das unidades e reduções no número de ACS por equipe de Saúde da Família. Além disso, com a falta de repasse de recursos para a manutenção das unidades, sucedeu-se o sucateamento progressivo e a deterioração de suas condições de trabalho. Esse contexto de desmonte provocou um êxodo de profissionais técnicos, notadamente médicos de família e comunidade, para outros municípios e para a saúde suplementar (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

As ameaças e retrocessos também mobilizaram os trabalhadores de saúde, em especial da APS e da rede de saúde mental, no sentido da organização de estratégias de resistência. Os coletivos de diferentes categorias profissionais, bem como os sindicatos de cada categoria, entre outras organizações, promoveram manifestações públicas e acionaram mecanismos jurídicos, legislativos e sindicais em uma tentativa de oposição, bem como de obter respostas e soluções por parte da gestão (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Em diversas ocasiões e por períodos prolongados, de 2018 a 2020, ocorreram greves e interrupção parcial do funcionamentos dos serviços, implicando significativas restrições de acesso e interrupções na continuidade dos cuidados (CASTRO, 2018; G1, 2020).

Em meio a esse cenário, após sinalizações prévias e não concretizadas de fechamento de unidades de APS, a SMS-RJ lançou o documento “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos”, que propunha a redução de 184 EqSF e 55 equipes de Saúde Bucal, alegando que não haveria prejuízos aos cuidados dos usuários pois seria possível “fazer mais com menos”. Entre outras medidas, previa novas tipologias para as equipes de APS, com alto número de usuários cadastrados. Com isso, houve uma redução para 1.177 EqSF em 2018 e 1.090 no início do ano de 2019 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Houve, também, marcada redução no número de ACS no município, que caiu de 6.803 em 2016 para 5.935 em 2018 (O’DWYER *et al.*, 2019). Melo (2019) argumenta que essa racionalidade gerencial proposta, que incumbe os profissionais a fazer mais com menos recursos, de forma prolongada, tende a produzir sofrimento, cinismo e um ambiente de competição, deletérios para a qualidade da assistência prestada na APS (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

É nesse contexto, de escassez de recursos e de sobrecarga dos profissionais, que a APS do MRJ recebe a pandemia da Covid-19 em março de 2020 (ARAÚJO; MALLART; GAUDENZI, 2020). O déficit de recursos humanos se tornou ainda mais evidente com os frequentes afastamentos profissionais pelo contágio da Covid-19 ou por se incluírem em grupos de risco, bem como de profissionais da APS que precisaram ser deslocados para cumprir novas funções (FERNANDES; ORTEGA, 2020; SILVA, 2020).

4.2 COVID-19, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS PACIENTES INVISÍVEIS

Desde março de 2020, quando a OMS reconheceu o status de pandemia à Covid-19, a humanidade vivencia a maior crise sanitária do último século e uma crise econômica e social sem precedentes. Assim como todos os aspectos da sociedade e da vida humana, os sistemas de atenção à saúde foram desorganizados e sobrecarregados com o aumento da demanda e com a escassez dos recursos (KENDZERSKA *et al.*, 2021; MENDES, 2020).

Ao redor do mundo, as políticas de saúde implementadas em resposta à Covid-19 falharam ao considerá-la apenas uma doença infecciosa (HORTON, 2020). As intervenções propostas almejavam principalmente reduzir a transmissibilidade do vírus, deixando de contemplar as interações da pandemia da Covid-19 com a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o fato de que ambas tendem a se expressar com maior intensidade em populações com piores condições socioeconômicas, reproduzindo um padrão de iniquidade já observado em nossas sociedades e sistemas de saúde (HORTON, 2020; HART, 1971).

As interações biológicas e sociais entre estes elementos – as condições crônicas de saúde, as disparidades socioeconômicas e a Covid-19 – parecem resultar numa exacerbação dos efeitos negativos individuais de cada um deles, aumentando a susceptibilidade das pessoas a desfechos negativos em saúde. Essas interações são expressas no conceito de sindemia proposto por Singer (2017), que argumenta que a elaboração de políticas públicas deve considerar estes elementos de forma a traçar prognósticos e intervenções eficientes e equitativas (SINGER *et al.*, 2017).

Outro destaque negativo que surgiu e ganhou repercussão no contexto pandêmico foi o termo “paciente invisível”, que se refere às pessoas portadoras de condições não relacionadas à Covid-19 – crônicas, crônicas agudizadas e agudas – e que apresentaram dificuldades significativas para o acesso aos serviços de saúde e para a continuidade dos seus cuidados (LEE, 2020; MENDES, 2020). Isto porque a pandemia, por sua rápida expansão e gravidade clínico-

sanitária, desestruturou os serviços de saúde muitas vezes já precários e demandou respostas rápidas e multifacetadas do sistema de saúde. No Brasil, as respostas sanitárias foram inicialmente centradas nos serviços hospitalares, com medidas no sentido da garantia de leitos, respiradores, insumos e recursos humanos (MEDINA *et al.*, 2020). No entanto, no decorrer da pandemia, com a crescente atuação dos serviços de APS, aliados à organização de diretrizes e recomendações por diversas entidades acadêmicas e sociedades científicas, a APS brasileira ganhou cada vez mais visibilidade e importância no enfrentamento da pandemia, assumindo funções estratégicas (ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA; BOUSQUAT *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020; WHO, 2020).

Para nortear suas práticas, em meio à ausência da coordenação das políticas de saúde em nível federal (GIOVANELLA; MEDINA *et al.*, 2020), as recomendações publicadas buscaram definir papéis e fluxos que este nível de atenção deveria buscar incorporar para ofertar as ações de assistência à Covid-19 necessárias e, ao mesmo tempo, preservar a oferta de serviços orientados para a manutenção dos atributos que norteiam a APS (ENGSTROM *et al.*, 2020). As recomendações incluíram modificações na forma de organização das unidades de saúde, levando em consideração o contexto local e a situação epidemiológica. Entre as recomendações, destacam-se: a ambientação e criação de fluxos para prevenção do contágio na unidade; a condução de ações de vigilância relacionadas à Covid-19 e grupos prioritários de atenção; a promoção da saúde no território; a coordenação do cuidado com os demais níveis de atenção; e a manutenção da oferta de serviços relacionados à pandemia e ao cuidado integral (ENGSTROM *et al.*, 2020).

Pela inserção comunitária da APS, em especial no modelo de ESF, a vigilância em saúde foi proposta como um dos eixos prioritários de atuação (ENGSTROM *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020). Recomendou-se que os profissionais exercessem uma série de ações nesse sentido, como: a detecção, notificação e acompanhamento de casos; a recomendação de isolamento domiciliar e quarentena dos contatos; a articulação comunitária para a troca facilitada de informações úteis, incluindo ações de educação em saúde e de combate à desinformação; e o incentivo ao isolamento social, entre outras. Deu-se destaque às potencialidades dos Agentes Comunitários de Saúde na capilarização de informação no território e conscientização da população para a adesão às medidas de controle da transmissão.

Entre as ações recomendadas relacionadas à atenção aos usuários com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus, destacam-se: a determinação de fluxos específicos nas unidades para o atendimento rápido e prevenção do contágio local; a triagem de casos sintomáticos; a testagem, quando disponível; a identificação, encaminhamento e coordenação

do cuidado de casos moderados e graves; o monitoramento da evolução dos casos leves e a incorporação de tecnologias e habilidades para o atendimento remoto, por teleconsulta (ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA; BOUSQUAT *et al.*, 2020; GREENHALGH; KOH; CAR, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Ainda, recomendou-se atenção especial para o suporte social a grupos em situação de vulnerabilidade, considerando que esses teriam maior risco de sofrer danos diretos e indiretos da pandemia, e o papel da APS enquanto articuladora da rede intersetorial. Destacam-se os idosos e indivíduos com comorbidades, pessoas com restrições de mobilidade e populações socialmente vulnerabilizadas (MEDINA *et al.*, 2020). Ressaltou-se, por fim, a importância da continuidade das ações de rotina da APS. Foi sugerido o uso de tecnologias da informação e de comunicação para o atendimento por teleconsulta de pacientes previamente acompanhados, buscando a continuidade do cuidado. Além disso, a criação de fluxos de renovação de receitas, dispensação de medicamentos e contatos para dúvidas a partir de ferramentas virtuais ou por telefone também foram recomendados, bem como a preservação da oferta de atendimentos presenciais individuais para aqueles que assim necessitassem (ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA; BOUSQUAT *et al.*, 2020; GREENHALGH; KOH; CAR, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

A compreensão da incerteza quanto ao tempo de duração da pandemia e quanto a qual será o “novo normal” no período pós-pandêmico aliada à importância da APS no cuidado à saúde da população impõem uma readequação da oferta dos serviços neste nível de atenção. No entanto, em que pese a reconhecida resiliência das equipes de ESF nos mais diversos contextos, pouco foi ponderado acerca dos recursos e condições necessárias para que os serviços conseguissem incorporar todas as recomendações de reorganização de forma efetiva e sustentável. Deve-se observar que a APS no Brasil vinha, nos últimos anos, em um processo de mudança que limitou suas capacidades. No nível nacional, destacam-se os possíveis efeitos da PNAB 2017 na redução do número de agentes comunitários nas equipes, a descontinuidade dos benefícios financeiros indutores da política do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e as mudanças nas políticas de financiamento da Atenção Primária, previamente mencionadas (GIOVANELLA; MEDINA *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020).

A despeito dos melhores esforços de adesão às recomendações, o aumento da quantidade de atribuições incorporadas à rotina da APS e o consequente aumento das barreiras de acesso podem contribuir para o ocultamento das necessidades de atenção às pessoas com diversas outras condições de saúde, podendo trazer desfechos negativos em uma magnitude ainda desconhecida. Além disso, evidências indicam que, nos primeiros meses da pandemia, o

medo das pessoas em buscarem os serviços de saúde parece ter contribuído marcadamente para a redução da sua utilização (MENDES, 2020).

O conceito de condição de saúde é uma tipologia relativamente recente, em contraponto à categorização em doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, e considera a forma de resposta social a essas condições pelos profissionais de saúde, pelos usuários e pelos sistemas de atenção (MENDES, 2012). As condições de saúde representam circunstâncias na saúde das pessoas, com cursos temporais próprios e que exigem respostas sociais de acordo. Nesse sentido, as condições crônicas, portanto, vão além das DCNT e incluem as doenças transmissíveis de longo curso, as condições maternas e perinatais, as deficiências físicas, intelectuais e estruturais, os distúrbios mentais de longa duração e os cuidados de manutenção da saúde por ciclos de vida. Elas exigem respostas sociais proativas, contínuas e integradas por parte dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais e dos usuários, em especial considerando que várias destas condições constituem fatores de risco em relação à Covid-19 (MENDES, 2020).

4.3 O CONCEITO DE ACESSO AOS CUIDADOS EM SAÚDE

Acesso é um conceito abrangente, complexo e polissêmico, variando em significado de acordo com o autor e o contexto ao qual se refere. Pode ser discutido em diferentes perspectivas: centrado nas características dos indivíduos, dos serviços de saúde e da relação entre esses usuários e a utilização dos serviços. Além disso, pode-se observar uma intercambialidade ou imprecisão no uso dos termos acesso e acessibilidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Dessa forma, diferentes referenciais conceituais podem ser explorados para o estudo do acesso aos sistemas de saúde.

O termo “acesso” é priorizado por Aday e Andersen (1974), que o apresentam como um dos elementos organizacionais dos sistemas de saúde associado à entrada dos usuários nos serviços, compreendendo a dimensão da continuidade da prestação de cuidados (ADAY; ANDERSEN, 1974). Donabedian (1966) deu preferência pela utilização do conceito de acessibilidade, definindo-o como as características dos serviços que exercem influência na capacidade de utilização pelos usuários, seja pela limitação ou pela facilitação (DONABEDIAN, 1966). A acessibilidade poderia ser estudada a partir das dimensões *sócio-organizacional* e *geográfica*: a acessibilidade geográfica se refere ao grau de facilidade com que o usuário consegue chegar a determinado serviço, levando-se em consideração a distância, tempo de locomoção, custo de deslocamento, limitações relacionadas à violência no território,

entre outros fatores; já a acessibilidade sócio-organizacional se refere às características da oferta de serviços que facilitam ou dificultam a capacidade de sua utilização.

Na década de 1990, o Institute of Medicine (IOM) propõe uma nova definição de acesso que apresenta duas outras dimensões, caracterizando o termo como a “utilização de serviços de saúde em tempo oportuno para obtenção dos melhores desfechos” (INSTITUTE OF MEDICINE (US), 1993). Além da dimensão temporal, esse novo conceito condiciona a definição de “acesso” às evidências de efetividade das intervenções ofertadas pelos serviços. No entanto, devido à natureza incerta da evidência científica de muitas intervenções ofertadas pelos serviços de saúde, esse conceito do IOM foi compreendido como de difícil aferição e, portanto, limitado como modelo para o estudo do acesso. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, em seu livro *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Starfield apresenta o conceito de “acesso ao primeiro contato”, descrito como o primeiro atributo essencial da Atenção Primária à Saúde. Representa a ideia de que esses serviços devem atuar como uma porta de entrada para o sistema de saúde, para a maioria das necessidades dos usuários, e que devem ser acessíveis sempre que novos problemas surgirem, bem como para a continuidade dos cuidados já iniciados (STARFIELD, 2002).

Starfield propõe dois componentes para o “acesso ao primeiro contato”: *acessibilidade e utilização*. A acessibilidade remete às possibilidades que os usuários possuem de acessar os serviços de APS, representando o componente estrutural do acesso ao primeiro contato. Já a utilização, ou simplesmente acesso, representa como os usuários experimentam ou utilizam o sistema a partir das suas características de acessibilidade. Segundo a autora, as evidências dos benefícios populacionais relacionados ao acesso a uma fonte de Atenção Primária à Saúde são bem estabelecidas, assim como sua importância para que os demais atributos essenciais e derivados, que definem este nível de atenção, ocorram. Acesso adequado a cuidados primários de saúde está associado à redução da morbimortalidade e maior acessibilidade relaciona-se a maior probabilidade da procura pelo primeiro contato na APS, bem como uma maior chance de continuidade do cuidado. A disponibilidade de um “ponto de entrada” no sistema de saúde também promove uma redução na utilização de serviços de emergência e especializados, implicando uma melhor coordenação do cuidado pela APS e menores custos para o sistema de saúde (BODENHEIMER *et al.*, 2014; CASTRO *et al.*, 2020; COOK *et al.*, 2020; STARFIELD, 2002, 1994; VIDAL, 2018).

4.4 CONSIDERAÇÕES PARA O ESTUDO DO ACESSO

Acesso foi, em larga medida, mais uma ideia política que operacional. Apesar de ser explicitamente apresentado como um objetivo das políticas de saúde pelo mundo, poucos modelos teóricos-conceituais ou empíricos foram propostos para instrumentalizar o monitoramento dos resultados das políticas de saúde direcionadas para o acesso aos cuidados de saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974). Nesse sentido, alguns autores propuseram abordagens distintas que poderiam ser aplicadas para o estudo do acesso. Por um lado, pode-se partir de uma perspectiva sistêmica, observando o acesso no contexto das políticas de saúde e sua influência sobre o sistema. Por outro lado, acesso pode ser avaliado no nível da prestação dos serviços de saúde e da relação dos usuários e profissionais, ou ainda, dentro de um processo global de avaliação da qualidade em relação à entrega dos serviços.

Avedis Donabedian foi um dos principais autores a pesquisar, sistematizar e avançar o conhecimento sobre a avaliação em saúde. Em seu trabalho “Evaluating the quality of medical care”, publicado em 1966, considerado um *grade marco* sobre o tema e uma referência ainda atual (BERWICK; FOX, 2016), ele apresenta uma revisão sobre o estudo da qualidade dos serviços de saúde, bem como uma proposta de sistematização dos processos avaliativos a partir de três pilares – estrutura, processo e resultado – atualmente conhecida como *Tríade Donabedian*. O autor propõe que os resultados em saúde são um produto da interação entre a estrutura que compõe o sistema com os processos que ocorrem nele.

A partir dos trabalhos de Donabedian e do reconhecimento da necessidade de medição do desempenho dos sistemas de Atenção Primária para a melhoria da qualidade, Starfield e colaboradores do The John Hopkins Populations Care Policy Center desenvolveram um instrumento de avaliação da Atenção Primária, o PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), tomando como base a tríade “estrutura, processo e resultado”. O PCATool atualmente é a ferramenta mais utilizadas para avaliação da qualidade dos serviços de APS no Brasil, tendo sido traduzido e validado em diversos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). O instrumento, disponível em diferentes versões, explora 10 componentes relacionados aos atributos da APS – essenciais (acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária e competência cultural). Ganha ainda mais relevância no contexto nacional a partir da indicação da Secretaria de Atenção Primária (SAPS) do Ministério da Saúde, criada em 2019, da substituição do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso (PMAQ) por um novo

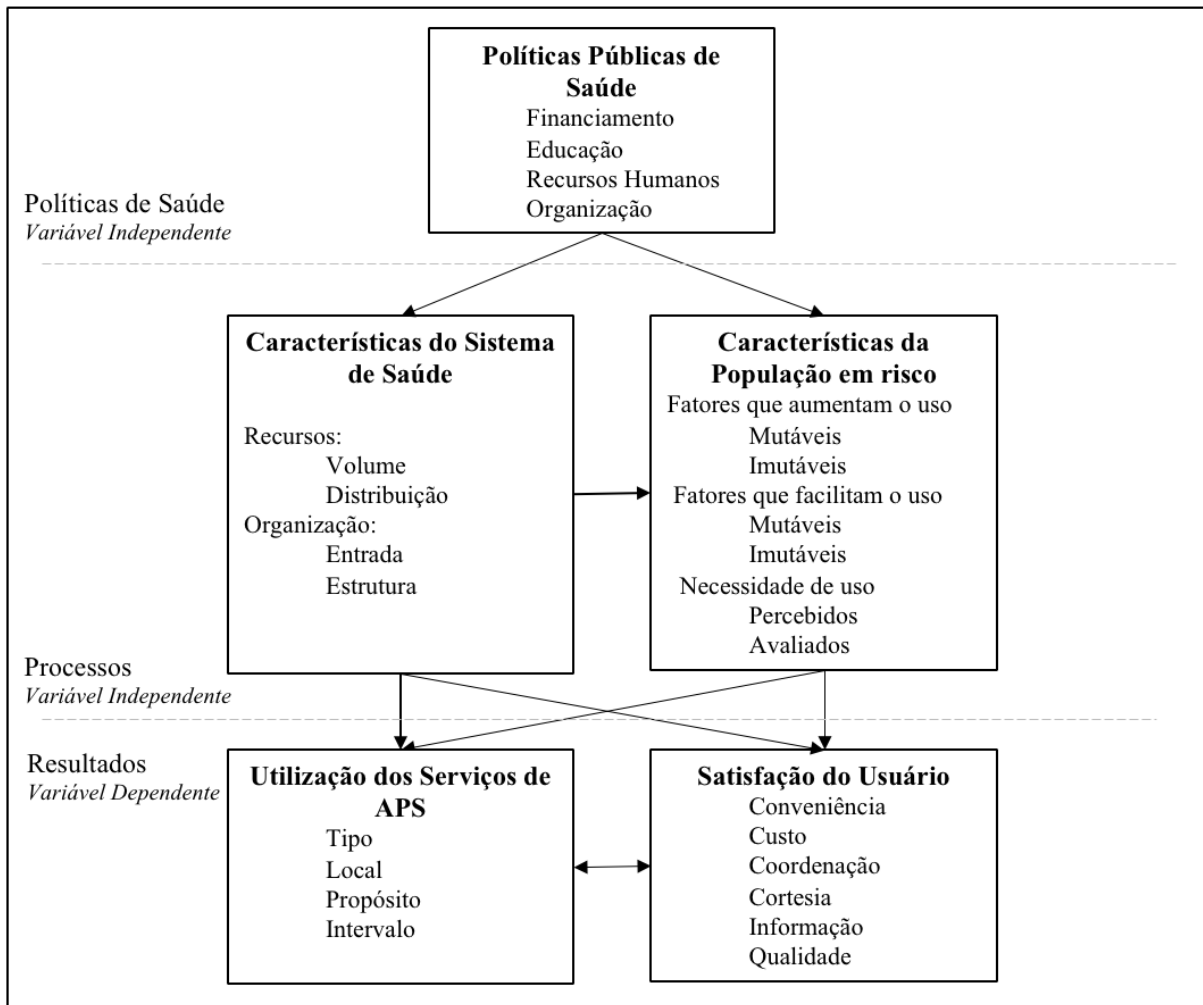
programa de monitoramento e pagamento por performance que inclui a utilização do PCAtool de forma sistemática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Com relação à medição do “acesso ao primeiro contato”, o PCAtool representa seus dois componentes, “utilização” e “acessibilidade”, relacionados à avaliação das dimensões “processos” e “estrutura”, respectivamente. No entanto, o PCAtool apresenta limitações significativas para fins de pesquisas retrospectivas, na medida que seu preenchimento dependeria da coleta de informações referentes ao passado, a partir da memória de usuários ou de profissionais de saúde, não fornecendo um modelo adequado para a compreensão dos efeitos da pandemia da Covid-19 sobre o funcionamento da APS.

A partir de outra abordagem, Aday e Andersen (1974) em seu artigo “A Framework for the Study of Access to Medical Care” apresentam um modelo para o estudo do acesso em um determinado sistema de saúde, considerando uma revisão de definições e de aspectos relativos ao conceito (ADAY; ANDERSEN, 1974). O modelo propõe que políticas de saúde devem ser desenhadas para afetar as características da oferta de serviços e da população em risco de utilizá-los, com a finalidade de trazer mudanças na facilidade de uso e na satisfação dos usuários. Os autores sugerem a utilização de indicadores de processo (descritores do sistema e da população) e de resultado (utilização e satisfação) para o estudo e monitoramento da efetividade das políticas de saúde relacionadas ao acesso. Para isso, apresentam 5 dimensões de variáveis envolvidas na avaliação do acesso, passíveis de monitoramento: *políticas de saúde; características do sistema de saúde; características da população em risco; utilização dos serviços de saúde; e satisfação do usuário*. A caracterização das políticas de saúde é o ponto de partida, na medida que um dos objetivos principais do modelo é monitorar como essas políticas alteram as possibilidades de acesso à saúde pela população, para auxiliar gestores e legisladores em processos decisórios. Portanto, as variáveis se relacionam na medida que as políticas devem afetar diretamente as características do sistema (aumentando os recursos humanos em saúde em uma área, por exemplo) ou as características da população (*e.g.* a partir de programas de educação em saúde), considerando que existem aspectos mutáveis e imutáveis nessas características. O sistema de saúde e a população, por sua vez, podem afetar diretamente a utilização e a satisfação dos usuários. Segundo os autores, o sistema também exerce influência direta sob as características da população, modificando-as e impactando indiretamente a utilização (Figura 1).

As definições dos aspectos do acesso relacionadas às características dos indivíduos ou dos sistemas pressupõem que esses fatores afetem a quantidade e a qualidade da passagem dos usuários pelos serviços de saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Figura 1 - O modelo para o estudo do acesso aos cuidados de saúde de Aday e Andersen, 1974.



Fonte: Tradução e adaptação de autoria própria - ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, Chicago 1974.

O foco da abordagem e os indicadores construídos a partir desse modelo conceitual de acesso dependerão do propósito e objeto do estudo. Com isso, a coleta de dados empíricos pode permitir a análise comparativa entre a disponibilidade e a utilização de serviços para grupos em uma população, ao longo do tempo, possibilitando que gestores tomem decisões informadas para a construção de políticas equitativas (ADAY; ANDERSEN, 1974). O Quadro 1, a seguir, explora os elementos do modelo proposto, seus componentes e uma breve discussão sobre como eles podem compor o estudo do acesso à saúde.

Quadro 1- Elementos e componentes do modelo de estudo do acesso à saúde de Aday e Andersen 1974.

Dimensão	Elementos	Componentes	Observações
Política	Características das Políticas de Saúde	Financiamento	Caracterização das políticas e programas de saúde relacionadas ao financiamento, educação em saúde, disponibilização de recursos humanos e organização dos serviços de saúde como ponto de partida para o estudo do acesso
		Educação	
		Recursos Humanos	
		Organização	
Processo	Características dos Serviços de Saúde	Recursos	Capital e o trabalho humano investidos na atenção à saúde, incluindo os recursos humanos e estruturais onde os serviços de saúde são ofertados
		Organização	Se refere a como os recursos humanos e estruturais são coordenados para a prestação de serviços, a partir da observação dos componentes “entrada” e “estrutura” *
	Características da População	Fatores que predisõem o uso	Incluem variáveis como idade, sexo, religião, raça e valores culturais sobre saúde e doença
		Fatores que facilitam o uso	Se referem aos meios que usuários possuem para conseguir utilizar os serviços (como renda e acesso à saúde suplementar) e atributos da comunidade em que estão inseridos (por exemplo, área rural ou urbana)
		Necessidades	Remete à carga de doenças e condições que afetam a saúde da população, se dividindo em necessidades percebidas pelos indivíduos ou avaliadas pelo sistema
	Resultado	Utilização dos serviços de saúde	Tipo
Local			
Propósito			
Intervalo de tempo			
Satisfação dos usuários		Conveniência	Remete às percepções e atitudes daqueles indivíduos que tiveram contato com o sistema de saúde, no que diz respeito à “quantidade” e qualidade do cuidado que eles receberam. Alguns exemplos de possíveis dimensões de exploração são: conveniência, coordenação, custo, cortesia dos profissionais de saúde, informações recebidas e percepção da qualidade do cuidado.
		Coordenação	
		Custo	
		Cortesia	
		Informações	
Qualidade			

Fonte: Autoria própria. Adaptado de ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, Chicago 1974. *Nesse caso, “estrutura” se refere aos fluxos que os usuários percorrem uma vez que tenham entrado no Sistema. Não diz respeito ao componente estrutural do acesso que está relacionado aos “Recursos”.

4.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE MONITORAMENTO EM SAÚDE

O conceito de monitoramento remete ao acompanhamento rotineiro de informações de interesse. Aplicado à área da saúde, apresenta-se como uma ferramenta de gestão para o acompanhamento de mudanças e tendências nos sistemas ao longo do tempo sem, no entanto, verificar as razões para essas mudanças. Apresenta, portanto, natureza exploratória com uma perspectiva longitudinal (TAMAKI *et al.*, 2012). Apesar de não permitir determinar relações de causalidade, o monitoramento se apresenta como uma estratégia para compreensão dos efeitos de intervenções promovidas pela gestão pública ou, ainda, por fatores contextuais significativos como, por exemplo, a pandemia da Covid-19 ou a crise na saúde do Rio de Janeiro. Compreende-se como finalidade principal do monitoramento o subsídio, em tempo oportuno, de informações que auxiliem a identificação de problemas e tomada de decisão por gestores, permitindo a proposição de soluções e estratégias para redução de danos (FELISBERTO, 2004).

Para que o monitoramento possa cumprir tal propósito de forma válida, ágil e factível, sem a necessidade de grandes mobilizações de recursos, propõe-se a utilização de indicadores e espera-se que esses apresentem algumas características essenciais. Devem apresentar validade conceitual, dialogando com o modelo teórico utilizado e aproximando-se dos aspectos que se deseja representar. Preferencialmente, os indicadores também devem ser acessíveis, simples, úteis e disponíveis nos sistemas de informação do SUS, promovendo o uso e valorização das bases existentes e suas possibilidades enquanto ferramentas de auxílio à gestão. Nesse sentido, os indicadores escolhidos para uma estratégia de monitoramento devem apresentar condições de reprodutibilidade, permitindo a autonomia na sua utilização pelos atores interessados (TAMAKI *et al.*, 2012).

O monitoramento, portanto, objetiva sinalizar a existência de problemas a partir da identificação da variação temporal nos indicadores, sem a pretensão de dar conta de explicá-los. A avaliação em saúde, no entanto, tem sido descrita como um processo que transcende o monitoramento. A avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão que envolve a medição, a comparação, a emissão de juízo de valor e o processo decisório (TANAKA, 2011). Dessa forma, a avaliação implica, necessariamente, na emissão de juízo de valor sobre uma determinada intervenção ou situação, dependendo de procedimentos científicos que permitam analisar e compreender as relações de causalidade entre diferentes componentes da intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2011).

De forma geral, processos de avaliação incluirão dimensões quantitativas, qualitativas e teóricas para apreciação, se valendo, portanto, de metodologias robustas e mistas. Além disso, para ser capaz de emitir um juízo representativo, a avaliação determina ampla participação para a consideração das perspectivas de diferentes atores sobre o objeto de estudo. Nesse sentido, os métodos para a avaliação e o juízo de valor emitido tentam dar conta das dimensões não apreendidas pelos sistemas de monitoramento (FELISBERTO, 2004; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020).

A interseção entre avaliação e monitoramento se dá na medida que estratégias e painéis de monitoramento compõem, com frequência, parte significativa dos processos de avaliação. O monitoramento, no entanto, tende a ser contínuo e conduzido a despeito da intenção ou não de se realizar uma avaliação de fato. Por fim, deve-se notar que ambos os conceitos – monitoramento e avaliação – representam iniciativas no sentido da instrumentalização para tomada de decisão, com diferentes dimensões de tempo, de respostas possíveis e de recursos necessários.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva que envolve o desenvolvimento e aplicação de uma estratégia de monitoramento elaborada em três etapas. A primeira refere-se à seleção de indicadores que expressem condições traçadoras do acesso aos serviços de APS para as condições crônicas de forma a construir um quadro de indicadores, incluindo também dados relativos à cobertura da APS, desempenho e acesso de forma geral. Para a construção do referido quadro, houve colaboração de gestores da Superintendência de Atenção Primária da SMS-RJ de forma avaliar a relevância, pertinência e oportunidade da utilização deles nesta pesquisa. A segunda etapa consistiu em uma exploração do contexto político-institucional da APS do MRJ no período e a confecção de uma linha do tempo a partir dessa análise, de forma a subsidiar a interpretação da variação nos indicadores. A terceira etapa refere-se a coleta, processamento, descrição e discussão a respeito do comportamento desses indicadores ao longo do período temporal analisado. Foi realizada abordagem epidemiológica descritiva, longitudinal, considerando um intervalo temporal anual ampliado, de cinco ou seis anos de acordo com a disponibilidade do indicador. Os dados utilizados são de origem secundária e oriundos de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) públicos, de base municipal, estadual e federal.

Optou-se pelo período temporal de 2016 até o final de 2021 por permitir a comparação do comportamento dos indicadores antes e depois do início da pandemia, de forma a captar, ainda, eventuais problemas no acesso à APS nos anos afetados pela desestruturação assistencial nos serviços da APS no MRJ. Além disso, a inclusão do ano de 2021 permitiu a observação do início de um novo ciclo de gestão municipal, que pode se refletir na organização dos serviços de APS da cidade. Acredita-se que o monitoramento e estudo do comportamento dos indicadores ao longo da série temporal pode contribuir para o direcionamento da elaboração e implementação de políticas de saúde de forma a garantir o acesso à APS do município, em especial aos usuários portadores de condições crônicas de saúde.

Sistemas de atenção à saúde são considerados sistemas complexos cuja análise apresenta desafios metodológicos. As interações e efeitos de variáveis nesses sistemas não podem ser explicadas por uma lógica linear simples. Nesse sentido, deve-se buscar uma compreensão do contexto local do subsistema estudado para uma interpretação adequada dos eventos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020). Dessa forma, o estudo das séries temporais dos indicadores selecionados se deu tendo em vista fatores contextuais envolvendo a APS no MRJ que

pudessem exercer influência neles, abrangendo aqueles relacionados às políticas de saúde e às características dos distintos ciclos da epidemia da Covid-19 no município, incluindo a construção de uma linha do tempo para a exploração do contexto e documentação de eventos relevantes.

Fontes de Dados

As seguintes bases de dados abertas e públicas do SUS foram utilizadas:

- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
- Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)
- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

As estimativas populacionais utilizadas para composição de indicadores foram disponibilizadas por meio dos relatórios de Histórico de Cobertura, do e-Gestor da Atenção Básica, tendo como fonte as estimativas da população residente de 2000 a 2020 – pactuada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de setembro de 2020. Uma das prioridades na seleção dos indicadores foi a inclusão dos indicadores pactuados em âmbito estadual para o monitoramento e avaliação do Componente Desempenho do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) e estes foram sinalizados nos resultados.

Os dados foram acessados pelo TABNET municipal, TABNET estadual e via página do e-Gestor na internet, no período de janeiro a julho de 2022.

5.1 CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE INDICADORES

A seleção dos indicadores foi feita a partir de um painel simples, que contou com a presença de 2 epidemiologistas e 3 gestores em saúde, todos com experiência em APS. Espera-se que a validação final do painel seja a apreciação pela banca de defesa. Partiu-se dos referenciais teóricos de Andersen e Donabedian, que se refletem nos conceitos de “processo e resultado” ou “processo, estrutura e resultado” respectivamente, de forma a subsidiar a seleção de indicadores relacionados ao acesso à APS para as condições crônicas de saúde e passíveis

de monitoramento. Destaca-se que foi dada preferência ao *framework* proposto por Andersen, que compreende as dimensões *processo e resultado* em relação à tríade donabediana. Isto porque no modelo de escolha, proposto especificamente para o estudo do acesso aos serviços de saúde, a dimensão processos inclui também a estrutura dos serviços, e a dimensão resultados compreende a *utilização* enquanto resultado, representando o “acesso”. Além disso, esse considera que a dimensão da continuidade do cuidado seja um componente do acesso, segundo Andersen. Considerou-se também o conceito de condições traçadoras para a seleção de indicadores que representassem as condições crônicas de saúde. Condições traçadoras representam condições frequentes na APS, com atribuições bem estabelecidas e protocoladas para o cuidado neste nível de atenção (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2020).

As condições crônicas de saúde representam aquelas que exigem respostas sociais proativas, contínuas e integradas por parte dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais e dos usuários, incluindo doenças transmissíveis de longo curso, a gestação e condições maternas e perinatais, assim como as doenças crônicas não transmissíveis (MENDES 2020). As condições traçadoras escolhidas para representar as condições crônicas foram a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a gravidez e a tuberculose. As condições traçadoras foram escolhidas, portanto, por possuírem linhas de cuidado bem definidas e um cuidado longitudinal estabelecido prévio ao início da Covid-19 no município do Rio de Janeiro. Além disso, representam condições com maior disponibilidade de dados para análise, uma vez que são monitoradas para diferentes iniciativas de avaliação do desempenho e de induções de melhoria da qualidade da APS.

Foram incluídos indicadores relativos à cobertura da APS no município e indicadores gerais relacionados à produção ambulatorial por este nível de atenção de forma a representar o componente estrutural e processual no estudo do acesso além das condições crônicas de saúde. Além disso, como parte da exploração contextual, buscou-se dados relativos ao comportamento da Covid-19 no município de forma a enriquecer a compreensão quanto aos ciclos de contágio, internação e restrições de acesso especificamente impostas pelo seu enfrentamento e a relação com os outros indicadores estudados.

A estratégia buscou permitir o estudo do comportamento de indicadores de componentes estruturais e processuais da APS e dos resultados referentes ao acesso, de acordo com traçadores das condições crônicas de saúde ao longo do período temporal.

O quadro preliminar de indicadores formulado pelo pesquisador encontra-se disponível no Apêndice B e foi apresentado a integrantes da SMS-RJ. A partir deste quadro preliminar, da troca de informações com gestores da SAP e da SUBPAV, e da busca de novas fontes de dados

ou de sistemas de acesso, chegou-se a uma seleção final de indicadores baseados nas evidências disponíveis e normativas específicas para a APS. Observou-se os critérios de acessibilidade, clareza metodológica, não duplicidade, cobertura e validade para a escolha dos indicadores para a composição do painel (GUIMARÃES; MARTINS; ELEUTERIO, 2021). A utilização de dados de acesso público, monitorados por diferentes níveis de gestão, por vezes atrelados a programas de avaliação do desempenho, garantiu a acessibilidade e clareza metodológica para estes indicadores, que possuem notas técnicas facilmente acessíveis e completas. A escolha pela utilização de condições traçadoras facilita que os indicadores apresentem boa cobertura – que se refere ao grau que os dados estão registrados nos sistemas de informação – já que se tratam de condições frequentes na APS, com cuidado protocolar e sujeitas à iniciativas de vigilância e monitoramento. Por fim, considerou-se a validade dos indicadores, que se refere ao grau em que o dado mede o que se pretende medir. Foram escolhidos principalmente indicadores simples, relacionados a dados objetivos de produção ou cobertura, com validade atribuída à sua utilização em programas de monitoramento e desempenho.

A descrição do comportamento dos indicadores ao longo das séries temporais é apresentada na seção de resultados dividida em dois eixos: “Indicadores gerais de acesso e cobertura da APS no MRJ” e “Indicadores de Acesso à APS relativos às condições crônicas no MRJ”.

5.2 EXPLORAÇÃO DO CONTEXTO E CONSTRUÇÃO DA LINHA DO TEMPO

A exploração do contexto em que estão inseridos os serviços de APS do MRJ, fundamental para a interpretação dos resultados das séries temporais, foi conduzida a partir de pesquisas bibliográficas nos portais de periódicos científicos Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de janeiro a junho de 2022. Foram buscados os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Rio de Janeiro”, com período de publicação de 2014 a 2022. Após a leitura dos resumos, os textos pertinentes para a caracterização do contexto da situação de saúde do município foram selecionados. A maior parte desses artigos científicos havia sido utilizada como referencial teórico para o presente estudo. Também foram conduzidas buscas por notícias de jornais de forma a complementar a narrativa de eventos que ocorreram nesse intervalo temporal. As buscas por reportagens foram realizadas no Google, utilizando combinações dos termos “saúde”, “Rio de Janeiro”, “crise”, “clínicas da família”, “Atenção Primária” e o ano (respectivamente de 2016 a 2021). Notícias e relatos de profissionais foram selecionados de acordo com a avaliação do autor quanto à sua qualidade e pertinência. A

experiência própria do pesquisador enquanto profissional de saúde atuante na APS do SUS do MRJ no período estudado também foi considerada no resgate de eventos e situações relevantes vivenciadas nesse cenário. A partir da revisão dos resultados das buscas, foram selecionados marcos temporais para o período e esses foram representados em uma linha do tempo, com a utilização do software Adobe Illustrator.

5.3 PLANO DE ANÁLISE TEMPORAL DOS INDICADORES SELECIONADOS

Após a conclusão da etapa de seleção, os dados referentes aos indicadores foram extraídos a partir dos SIS correspondentes (Quadro 2), sistematizados e tabulados no Microsoft Excel®, que também foi utilizado para a produção de gráficos e tabelas. Todos os dados utilizados para a construção dos gráficos foram disponibilizados por período de análise e competência (mensal, anual ou quadrimestral) integralmente nas tabelas em anexo ao final deste documento (Tabelas 4 – 14). A busca nas bases de acesso público ocorreu no período de janeiro a maio de 2022.

Séries temporais foram definidas como “sequências de dados quantitativos relativos a momentos específicos e estudados segundo sua distribuição no tempo” (WIENER, 1966). O recurso gráfico representa o primeiro passo para a compreensão dos processos subjacentes às medidas sequenciais ordenadas temporalmente (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Nesse sentido, como primeiro passo do plano de análise, foi realizada a disposição gráfica das séries temporais relativas aos indicadores selecionados.

Utilizou-se de princípios básicos de análise descritiva de dados, incluindo cálculo da média por determinado período para indicadores e a comparação entre diferentes períodos, avaliando o aumento ou redução relativa para cada indicador ao longo das séries temporais. A partir da observação e descrição das séries temporais, buscou-se construir um relato acerca do comportamento desses dados com o objetivo de monitorar o acesso à APS do MRJ com enfoque nas condições crônicas de saúde. Portanto, as tendências de comportamento dos indicadores foram descritas baseadas na observação e comparação desses ao longo do tempo, entre períodos determinados. Em alguns gráficos foram incluídas linhas de tendência linear para facilitar a visualização de períodos de aumento, redução e estabilidade nos indicadores em relação à tendência. Não foram utilizadas metodologias estatísticas específicas para finalidades de cálculo das tendências. De toda forma, o estudo do comportamento dos indicadores ao longo do tempo e suas tendências permite observar mudanças da situação de saúde e auxilia na construção de cenários prospectivos, bem como na identificação de mudanças de tendências a

partir de intervenções e o planejamento de novas intervenções (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Além da utilização de indicadores simples, razões e taxas foram calculadas pelo pesquisador para a descrição e interpretação de indicadores extraídos dos SIS. A saber, foi realizado o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM), da incidência anual de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, do número de consultas por equipe de APS por mês e do percentual de casos de tuberculose com diabetes como comorbidade.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A utilização de dados agregados de bases secundárias, de domínio público e acesso aberto, sem qualquer possibilidade de identificação individual dos registros, garante que os aspectos éticos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos serão preservados. Observando as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012b, 2016), foi solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz um relatório de dispensa em dezembro de 2021. O parecer foi emitido pelo Comitê no mesmo mês e encontra-se em anexo.

A apresentação prioritária a gestores da SMS-RJ buscou fundamentar a escolha de indicadores pertinentes e uma análise crítica e inclusiva dos resultados, permitindo a construção de um instrumento efetivo de auxílio à gestão com o intuito de contribuir para incorporação de futuras estratégias de monitoramento, com potenciais benefícios coletivos para a população do MRJ. Os riscos coletivos inerentes à pesquisa residem na eventual inconsistência de dados e possível representação equivocada de fatos, que poderiam levar a decisões mal justificadas. Acredita-se que os benefícios do estudo superem os seus riscos.

5.5 ORÇAMENTO E RECURSOS

Foram utilizados materiais de papelaria, como folhas de papel A4 e canetas para registro. Foram utilizados equipamentos e tecnologias de uso pessoal como computador e tablet, acesso à internet e software para tabulação de dados e construção de gráficos. Todos os recursos foram custeados pelo próprio autor.

6 RESULTADOS

Os resultados são apresentados nas seções: “6.1 – Painel de Indicadores”, “6.2 – Exploração do Contexto”, “6.3 - Indicadores gerais de acesso e cobertura da APS no MRJ” e “6.4 - Indicadores de Acesso à APS relativos às condições crônicas no MRJ”. Ao final dos resultados, é apresentada uma tabela síntese com a variação anual dos principais indicadores selecionados.

6.1 PAINEL DE INDICADORES

A seleção final dos indicadores para o monitoramento do acesso ocorreu de janeiro a maio de 2022. Após discussão junto aos especialistas, e definição dos indicadores e suas respectivas dimensões, procedemos à elaboração do painel e do quadro síntese.

Primeiramente foram buscadas as páginas virtuais do e-Gestor Atenção Básica, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) – e seus respectivos tabuladores de dados – por indicadores potencialmente relevantes para o objetivo de pesquisa. Vale ressaltar que, entre a confecção do painel preliminar (Apêndice B) e a busca pelos indicadores definitivos da pesquisa, houve atualização da plataforma de acesso municipal e do tabulador (TABNET Municipal), além do lançamento do portal “Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro”, que facilitou o acesso a diferentes bases e disponibilizou dados antes não disponíveis de forma pública e anônima.

Os indicadores disponíveis e potencialmente relevantes para a pergunta de pesquisa foram mapeados e listados em uma planilha. Para a determinação da relevância considerou-se o modelo para o estudo do acesso aos serviços de saúde de Aday e Andersen. Entre estes dados disponíveis em bases de acesso público, buscou-se principalmente aqueles referentes às características do sistema de saúde e à utilização dos serviços. Sobre as características do sistema, foram encontrados os indicadores de cobertura da APS, como número de equipes, de ACS e cobertura populacional. Sobre a utilização dos serviços, foram encontrados dados de utilização geral e de utilização específicos para as condições crônicas de saúde selecionadas como traçadoras (hipertensão essencial, diabetes mellitus, tuberculose e gestação). Também se optou pela inclusão de dados de desfechos como a Razão de Mortalidade Materna pois, apesar de não representar a utilização dos serviços, é um indicador comumente observado na análise dos resultados dos sistemas de saúde e pode estar indiretamente relacionado ao acesso a esses serviços.

Em seguida, buscou-se pelas notas técnicas de cada um dos indicadores mapeados. Nesta etapa, dados com notas técnicas que não informavam sua origem ou cálculo foram excluídos – como, por exemplo, a Carga Horária Ambulatorial de médicos e enfermeiros na APS do MRJ. A partir de então, foi realizada uma exploração dos dados dos indicadores selecionados, com visualização gráfica dos resultados nos próprios tabuladores e avaliação de discrepâncias que inviabilizassem sua utilização. Por exemplo, dados acessados pelo e-Gestor referentes ao Relatório de Pré-Natal na Atenção Básica foram excluídos por apresentarem características limitantes para sua utilização neste estudo. Se observou subnotificação dos parâmetros selecionados até o final de 2019, quando há muitos registros em um único mês (dezembro), muito discrepante aos valores observados nos outros meses da série histórica, sugerindo falha de registro e represamento de dados, que foram incluídos de uma só vez, distorcendo a série temporal. Felizmente, estes dados que antes não estavam disponíveis para acesso no tabulador municipal quando buscados em 2021 passaram a ser acessíveis pela plataforma.

Após o mapeamento, indexação das notas técnicas e exclusão de dados discrepantes, as plataformas de acesso foram buscadas novamente, de março até junho de 2022, para extração das informações e organização da base de dados da pesquisa. Para busca final, optou-se sempre pela menor medida de tempo disponível (por exemplo, mensal versus quadrimestral) e o intervalo de 2016 até o final de 2021. Não foi possível manter a homogeneidade nas competências e no período temporal para todos os indicadores pois alguns estavam disponíveis apenas por quadrimestre ou por ano. Além disso, como houve mudança nas notas técnicas dos indicadores de cobertura a partir de 2021, esses foram avaliados apenas até o ano de 2020¹.

A listagem final de indicadores, suas bases de origem e plataformas de acesso utilizadas está sistematizada no Quadro 2. Os resultados são apresentados em dois eixos: Indicadores Gerais de Acesso e Cobertura da APS do MRJ (4–10) e Indicadores de Acesso à APS relativos às Condições Crônicas (11–38). O primeiro diz respeito, principalmente, aos aspectos estruturais do sistema de atenção primária do município que impactam os seus processos e, por fim, o acesso para os usuários e incluem também dados gerais de utilização; o segundo representa a efetivação do Acesso, ou seja, a utilização dos serviços e os desfechos advindos da entrada no sistema de saúde, considerando as condições traçadoras como representantes da

¹ A partir de 2021 o cálculo das equipes financiadas e da cobertura da APS para o relatório de financiamento passou a utilizar o número de cadastros ativos – e não o número de equipes completas – para realizar essa estimativa, mudando drasticamente as informações representadas pelo indicador.

práxis do cuidado aos usuários com condições crônicas de saúde. Estes indicadores foram analisados, quando possível, em comparação com os dados gerais de utilização.

As séries temporais elaboradas e as análises preliminares foram apresentadas a gestores da SUBPAV/SMS-RJ e seus apontamentos foram considerados para a seleção final de indicadores, de acordo com a percepção desses quanto à validade e pertinência dos dados e à oportunidade de sua análise enquanto instrumento efetivo de monitoramento. Suas impressões também foram fundamentais para a análise dos dados, assim como para as inferências e hipóteses propostas, sem almejar, no entanto, a definição de causalidade entre os eventos e períodos analisados.

Quadro 2 - Painel final de indicadores de acesso à Atenção Primária à Saúde no MRJ, gerais e por condições traçadoras

Nº	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
1	Casos confirmados de Covid-19	Número de notificações por mês de casos confirmados de Covid-19 no município do Rio de Janeiro.	e-SUS NOTIFICA	TABNET – SMS-RJ
2	Casos de SRAG notificados	Número de notificações por mês de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com ou sem diagnóstico de Covid-19 no município do Rio de Janeiro.	SIVEP Gripe - RJ	TABNET – SMS-RJ
3	Doses de vacinação contra Covid-19	Número de notificações por mês de doses de vacinação aplicadas na Campanha de Vacinação contra a Covid-19 no município do Rio de Janeiro.	SIPNI	TABNET – SMS-RJ
4	Equipes de Saúde da Família	Nº de equipes da ESF, formada por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS(s). Corresponde aos códigos 01 a 03, 12 a 15 e 24 a 39 desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES. As equipes de 24 a 38 são ponderadas conforme Portaria nº 703/2011 (24 a 26 = 1 equipe; 27 a 29 = 2 equipes; 30 a 32 = 3 equipes; 33 a 35 = 0,85 equipe; 36 a 38 = 0,6 equipe).	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
5	Outras equipes de APS (Equipes de Saúde da Família equivalentes)	Número de equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes a equipes da ESF, conforme carga horária ambulatorial de médicos e enfermeiros na Atenção Básica. Uma equipe equivalente é formada a partir do mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
6	Número de Agentes Comunitários de Saúde no MRJ	Número de Agentes Comunitários de Saúde com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), 515105 (Agente comunitário de saúde), lotados em equipes da Estratégia Saúde da Família com código 01 a 03, 12 a 15, 24 a 39, em equipes de Atenção Primária parametrizada com código 16 a 21 e em equipes de Agentes Comunitários de Saúde com código 04, 10 e 11, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde, instituídas em suas portarias e cadastradas no SCNES.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
7	Estimativa da cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde no MRJ por mês	Cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde vinculados a equipes da Estratégia Saúde da Família, equipes de Atenção Primária parametrizada e equipes de Agentes Comunitários de Saúde, dada pelo percentual da população coberta por esses agentes em relação à estimativa populacional. Considera-se o parâmetro de 575 indivíduos cobertos por equipe. A estimativa populacional tem como referência 1º de julho do ano anterior, sendo efetuadas pelo IBGE para o TCU e o resultado do Censo Demográfico.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB

Nº	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
8	Estimativa da cobertura populacional da Atenção Primária no MRJ por mês	Cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional. Considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe, limitando-se a população coberta à do próprio município. A estimativa populacional tem como referência 1º de julho do ano anterior, sendo efetuadas pelo IBGE para o TCU e o resultado do Censo Demográfico.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
9	Consultas médicas na APS	Número total de atendimentos individuais efetuados por médicos no período na Atenção Primária à Saúde.	SISAB	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
10	Consultas de enfermagem na APS	Número total de atendimentos individuais efetuados por enfermeiros no período Atenção Primária à Saúde.	SISAB	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
11	Atendimentos de diabetes mellitus na APS do MRJ por médicos(as) e enfermeiros(as) segundo mês	Número de atendimentos individuais de pacientes por médicos ou enfermeiros das equipes de ESF com a condição de saúde avaliada de diabetes mellitus.	SISAB	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
12	Atendimentos de hipertensão arterial na APS do MRJ por médicos(as) e enfermeiros(as) segundo mês	Número de atendimentos individuais de pacientes por médicos ou enfermeiros das equipes de ESF com a condição de saúde avaliada de hipertensão arterial sistêmica.	SISAB	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
13	Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família	Indicador 01 do PREFAPS (2021): Razão de consultas médicas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado. A meta para o indicador do PREFAPS é 0,30.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
14	Razão entre atendimentos de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família	Indicador 02 do PREFAPS (2021): Razão de consultas de enfermagem realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado. A meta esperada para o indicador é de 0,20.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB

Nº	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
15	Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela Estratégia Saúde da Família	Indicador do PREFAPS 06 (2021): Razão entre o nº de atendimentos de médicos e de enfermeiros a hipertensos na APS e o número de hipertensos estimados no estado e município do Rio de Janeiro pela Pesquisa Nacional de Saúde (2019) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais. A meta esperada para o indicador é de 0,35.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
17	Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família	Indicador do PREFAPS 07 (2021): Razão entre o número de atendimentos de médicos e de enfermeiros a diabéticos na APS e o número de diabéticos estimados pela no estado do Rio de Janeiro Pesquisa Nacional de Saúde (2019) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais (ver “População Alvo”, mais adiante). A meta esperada para o indicador é de 0,35.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
18	Média de consultas totais por equipe na APS do MRJ segundo mês	Soma do número total de atendimentos individuais efetuados por médicos e por enfermeiros por mês na Atenção Primária à Saúde, dividido pelo número de equipes da ESF e equipes equivalentes por mês no MRJ.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
19	Média de consultas de HAS por equipe na APS do MRJ segundo mês	Número de atendimentos individuais de pacientes por médicos ou enfermeiros das equipes de ESF com a condição de saúde avaliada de hipertensão arterial sistêmica dividido pelo número de equipes da ESF e equipes equivalentes por mês no MRJ.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
20	Média de consultas DM por equipe na APS do MRJ segundo mês	Número de atendimentos individuais de pacientes por médicos ou enfermeiros das equipes de ESF com a condição de saúde avaliada de diabetes mellitus dividido pelo número de equipes da ESF e equipes equivalentes por mês no MRJ.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
21	Exame de pé diabético por mês no MRJ	Número de registros relativos a exames de pés de pacientes com diabetes por mês. Dados disponíveis a partir de janeiro de 2018. Consta entre as ações do grupo de ações elencado para APS baseado no PMAQ-AB.	SISAB	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB
22	Aferição de pressão arterial	Número de registros relativos a aferição de pressão arterial por mês. Dados disponíveis a partir de janeiro de 2018. Consta entre as ações do grupo de ações elencado para APS baseado no PMAQ-AB.	SISAB	TABNET – SES-RJ/ e-Gestor AB

Nº	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
23	Casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no MRJ segundo ano	<p>Indicador PREFAPS 10 (2019)*: número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados.</p> <p>*O número de casos apresentados se refere a casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação ambulatorial, segundo o período de diagnóstico e município de residência. Não foram incluídos nos encerramentos os desfechos por TB-DR, falência e mudança de esquema, por estes serem realizados por outro sistema de informação, SITE-TB (Sistema para Tratamentos Especiais de Tuberculose). Casos confirmados de Tuberculose são aqueles com pelos menos um dos seguintes exames laboratoriais positivos: baciloscopia, cultura de escarro e/ou teste rápido molecular para Tuberculose - TRM-TB. Os dados avaliados por local de residência incluem casos notificados fora do município de origem, o que justifica a diferença que pode ser verificada no número de registros no banco municipal.</p>	SINAN	TABNET – SES-RJ
24	Casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados no MRJ segundo ano	Indicador PREFAPS 10 (2019)*: número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados.	SINAN	TABNET – SES-RJ
25	Percentual de casos novos curados de tuberculose pulmonar com diagnóstico laboratorial no MRJ segundo ano	Indicador PREFAPS 10 (2019)*: percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	SINAN	TABNET – SES-RJ
26	Casos novos de TB pulmonar notificados no MRJ sem menção de confirmação diagnóstica	Número de casos novos de tuberculose pulmonar notificados no município do Rio de Janeiro por mês sem confirmação diagnóstica por TRM, baciloscopia direta ou cultura.	SINAN	TABNET – SMS-RJ
27	Casos novos de TB pulmonar com TRM positivo	Número de casos novos de tuberculose pulmonar notificados no município do Rio de Janeiro por mês com confirmação diagnóstica por teste rápido molecular.	SINAN	TABNET – SMS-RJ
28	Casos novos de TB pulmonar com baciloscopia positiva sem realização de TRM ou TRM inconclusivo	Número de casos novos de tuberculose pulmonar notificados no município do Rio de Janeiro por mês com confirmação diagnóstica por baciloscopia sem registro de TRM positivo.	SINAN	TABNET – SMS-RJ

Nº	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
29	Casos novos de TB pulmonar diagnosticados por cultura positiva	Número de casos novos de tuberculose pulmonar notificados no município do Rio de Janeiro por mês com confirmação diagnóstica por cultura de escarro sem registro de TRM ou baciloscopia positiva.	SINAN	TABNET – SMS-RJ
30	% de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial	Percentual de casos novos de tuberculose com menção de confirmação diagnóstica por TRM, baciloscopia ou cultura em relação ao total de casos novos de tuberculose pulmonar notificados por mês no município do Rio de Janeiro.	SINAN	TABNET – SMS-RJ
31	Casos novos de tuberculose pulmonar em usuários portadores de diabetes	Número de casos novos de tuberculose pulmonar notificados no município do Rio de Janeiro por mês com ou sem confirmação diagnóstica em usuários com codificação de diabetes mellitus na notificação.	SINAN	TABNET – SMS-RJ
32	Distribuição do número de consultas de pré-natal por nascimento no MRJ por mês	Proporção de nascimentos por mês de acordo com o número de consultas de pré-natal realizadas para cada gestante até o término da gestação no município do Rio de Janeiro em prestadores municipais, estaduais, federais e universidades públicas. Os grupos são estratificados em "7 ou mais consultas", "4 a 6 consultas", "1 a 3 consultas", "Nenhuma consulta" e "Ignorado". Dados referentes a residentes do MRJ.	SINASC	TABNET – SMS-RJ
33	Número de nascimentos registrados por tipo de prestador no MRJ por ano	Número de nascimentos registrados por tipo de prestador no município do Rio de Janeiro por ano. Inclui prestadores municipais, estaduais, federais, universidades públicas, militares, serviços privados e filantrópicos. Calculou-se o percentual de nascimentos que ocorreram na rede SUS do município a partir da proporção de nascimentos em prestadores municipais, estaduais, federais e de universidades públicas sobre o total de nascimentos por ano. Dados referentes a residentes do MRJ.	SINASC	TABNET – SMS-RJ
34	Percentual de nascimentos com 7 ou mais registros de consulta de pré-natal por tipo de prestador no MRJ, por ano	Proporção de nascimentos por ano com 7 ou mais consultas de pré-natal até o término da gestação por tipo de prestador no município do Rio de Janeiro. Dados referentes a residentes do MRJ.	SINASC	TABNET – SMS-RJ
35	Frequência anual de sífilis congênita no MRJ	Número de casos notificados de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, para residentes, por ano.	SINAN	TABNET – SMS-RJ
36	Ocorrências de Óbitos Maternos no MRJ por ano	Número de óbitos em gestantes ou puérperas até 42 dias pós-parto notificados no município do Rio de Janeiro, em residentes, por ano. Dados fornecidos via lei de acesso à informação pela SMS-RJ. Apesar de acesso disponível no TABNET da SMS-RJ, ocorre erro ao realizar a busca para mortalidade.	SINASC	TABNET – SMS-RJ**

Nº	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
37	Total de Nascidos Vivos no MRJ por ano	Total de nascidos vivos residentes na cidade do Rio de Janeiro notificados no município por ano.	SINASC	TABNET – SMS-RJ
38	Razão de Mortalidade Materna no MRJ por ano	Calculada a partir da divisão do número de óbitos maternos pelo total de nascidos vivos no memo local e período, multiplicado por 100.000.	SINASC	TABNET – SMS-RJ

Fonte: Elaboração própria, 2022.

6.2 EXPLORAÇÃO DO CONTEXTO

O período de 2016 até o final de 2021 compreende uma série de acontecimentos relevantes para a Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, incluindo conquistas e retrocessos relacionados às políticas de saúde municipais, estaduais e federais, bem como fatores externos, como epidemias. A exploração desse contexto traz perspectivas para a interpretação das séries temporais de indicadores descritas nesta pesquisa, permitindo inferências sobre as relações conjunturais entre eventos e as variações observadas ao longo do tempo. A partir de buscas em portais de notícias e na pesquisa bibliográfica sobre a APS do município, foram elencados acontecimentos que podem ter influenciado na organização desses serviços e na práxis dos profissionais que aí atuam, sendo apresentados na figura 2 em forma de uma linha do tempo. O objetivo desta exploração não inclui uma análise aprofundada desses eventos e sim um retrato geral de marcos temporais. Alguns desses marcos foram representados nos gráficos ao longo dos resultados para facilitar a sua observação nas séries temporais.

O ano de 2016, último ano do ciclo de gestão que se iniciou em 2009 e que foi marcado pela reforma da APS no campo das políticas públicas de saúde do município, se iniciou com uma epidemia de dengue, com aumento de 150% no número de casos em relação ao ano anterior (G1, 2016). Ao longo do ano e início de 2017, também ocorreram surtos de contágio de outras arboviroses como a Chikungunya e a infecção pelo Zika vírus (SECRETARIA, 2016). Em agosto deste ano a cidade foi sede da Olimpíadas, um dos maiores eventos esportivos do mundo. A prefeitura contou com a rede de APS como porta de entrada para os atendimentos dos turistas que buscassem o sistema público de saúde para serviços ambulatoriais ou que necessitassem de encaminhamento para rede de urgências e emergências (BOECKEL, 2016). Após os jogos olímpicos, em setembro, foi lançada a segunda edição da Carteira de Serviços da Atenção Primária do município, documento pioneiro cuja primeira edição foi implementada em 2010 como parte estruturante da reforma dos cuidados primários.

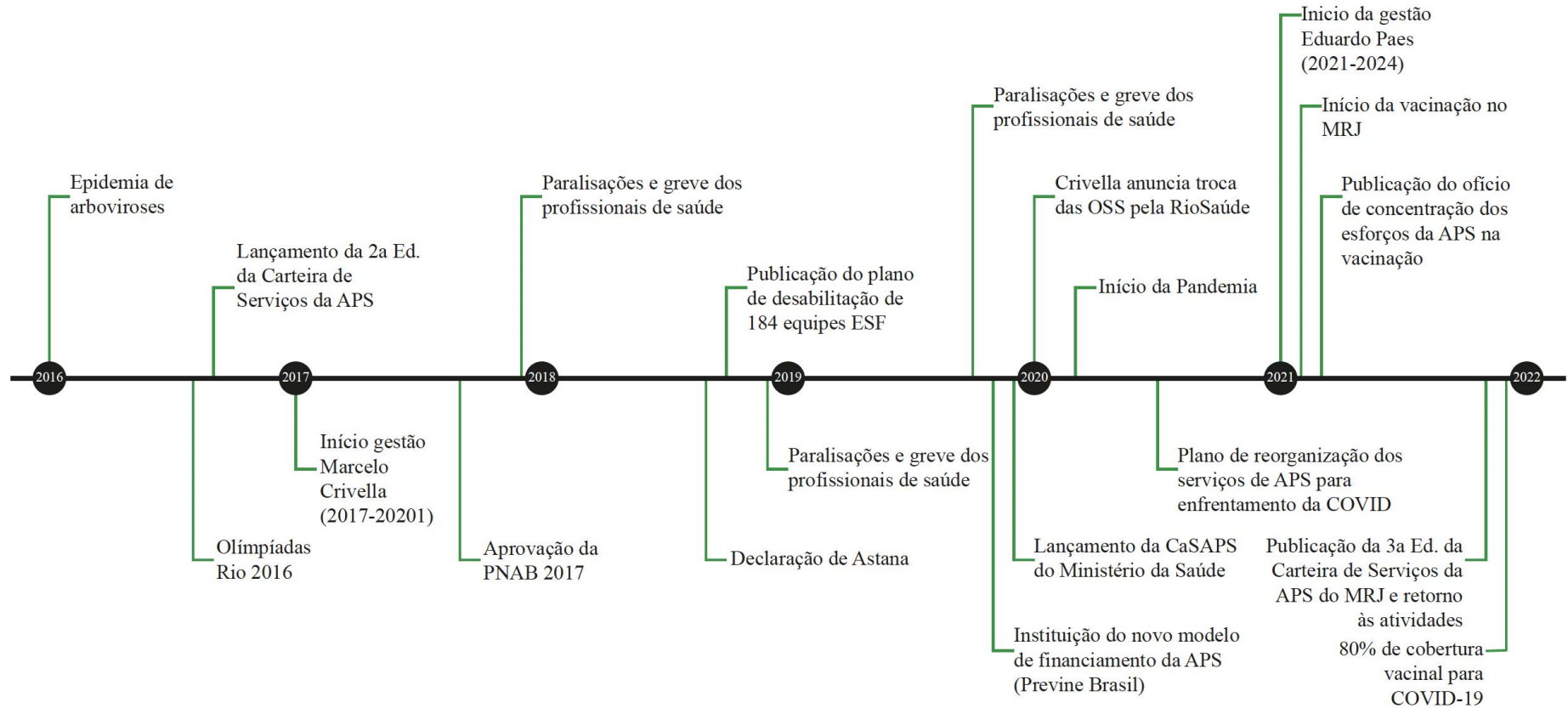
O primeiro ano do novo ciclo de gestão, que foi de 2017 até o final de 2020, representa ainda um período de continuidade de políticas de saúde no município até certo ponto, já que o planejamento orçamentário é de responsabilidade do governo anterior. Ainda assim, o final de 2017 foi marcado por atrasos de repasses de verbas para as OSS que eram responsáveis pela gestão da APS, resultando em atrasos salariais e falta de recursos como medicamentos e insumos nas unidades de Atenção Primária (DEISTER, 2017), que resultou em paralisações dos profissionais de saúde em setembro e outubro, seguidas por greve que durou até dezembro (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020). Nesse ano também houve a atualização da Política

Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

Em nível global, 2018 foi um ano de celebração e fortalecimento da APS com a assinatura da declaração de Astana por 194 países, incluindo o Brasil. Os países signatários foram conclamados a priorizar a implementação de políticas de saúde pública para a garantia de sistemas de saúde fortes e baseados em APS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2019). Na mesa de abertura da conferência internacional, a Estratégia de Saúde da Família foi citada como exemplo a ser seguido por outros países (BRASIL, 2018). No entanto, no nível municipal, o planejamento da SMS-RJ caminhou em outra direção. Foi publicado em novembro de 2018 o documento “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária – Estudo para otimização de recursos” que, entre outras medidas, anunciou o descredenciamento de 184 equipes de Estratégia de Saúde da Família, levando à demissão de aproximadamente 600 profissionais em janeiro e fevereiro de 2019 (SUBPAV/SMSRJ, 2018). Em resposta à publicação do estudo e novos atrasos salariais, houve paralisações e períodos de greve intermitentes pelos profissionais da APS, de outubro de 2018 a março de 2019 (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020).

Em março de 2019, após a efetivação das demissões, das reduções de equipes e a regularização dos salários, a prefeitura anunciou o plano de rescisão unilateral dos contratos de gestão da APS com as OSS e sua substituição pela RioSaúde (COELHO, 2021). Esse processo de transição se seguiu de forma desorganizada, levando a períodos de desassistência da população e se arrastou até fevereiro de 2020 em algumas áreas da cidade. Além disso, o indicativo de redução salarial, bem como os atrasos salariais, mais uma vez vivenciados em diversas áreas programáticas da cidade, levaram a novas paralisações, protestos e períodos de greve que ocorreram de novembro de 2019 até fevereiro de 2020, mês anterior à confirmação de transmissão autóctone de Covid-19 no município (ARAÚJO; MALLART; GAUDENZI, 2020). Com a troca dos contratos de gestão, a prefeitura emplacou significativa redução salarial, principalmente para as categorias de profissionais de saúde não médicas. Também ao final de 2019, foi instituído o novo modelo de financiamento da APS chamado Previne Brasil, alterando critérios de repasse de recursos federais para os municípios.

Figura 2 - Exploração do contexto: Acontecimentos e marcos temporais relevantes à APS do MRJ (2016 - 2021)



Fonte: Autoria própria, 2022.

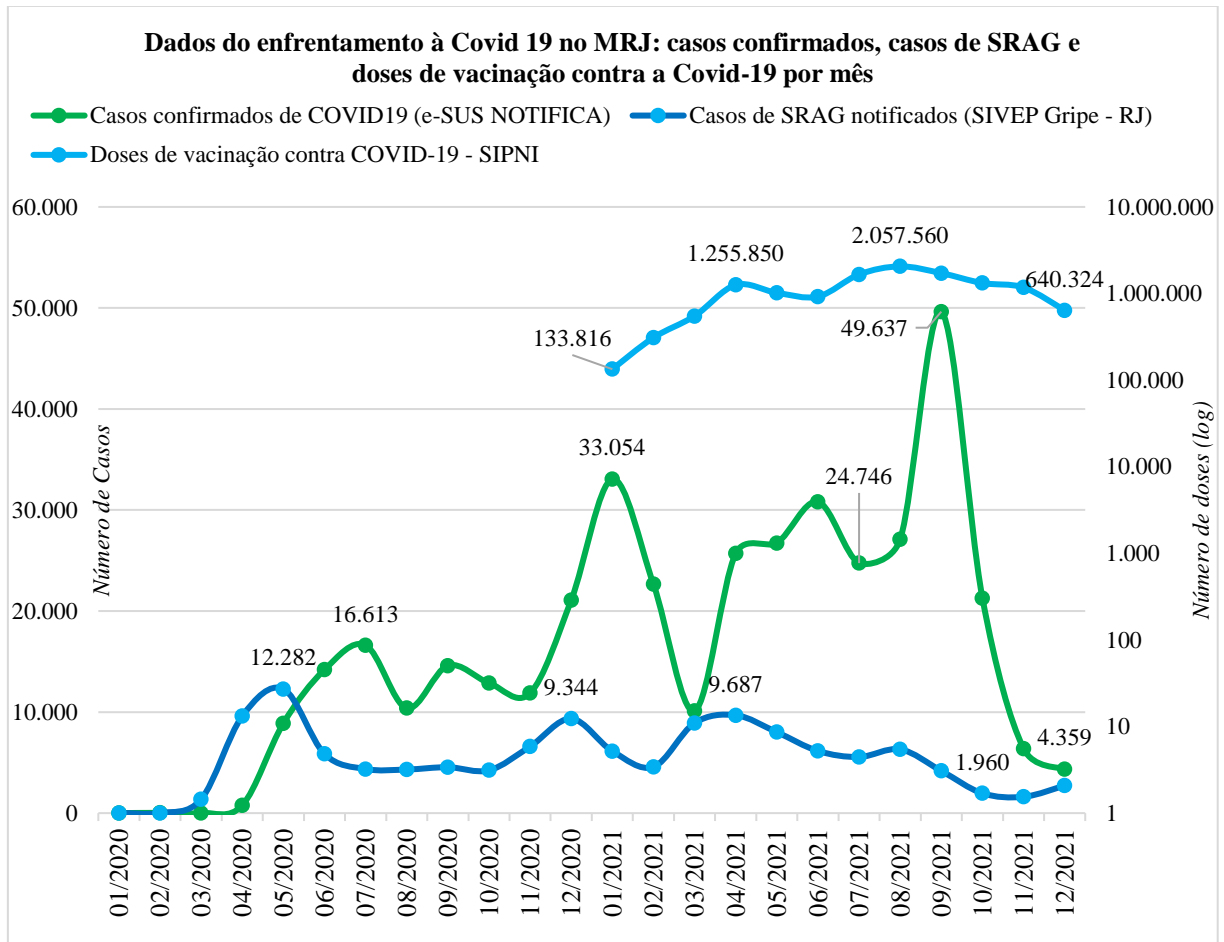
Apesar de 2020 ser muito associado ao início da epidemia da Covid-19 no município, é digno de nota que, segundo relatos de profissionais de saúde, a APS da cidade se encontrava muito fragilizada após tantos períodos de confrontos com a gestão e derrotas políticas e trabalhistas, desestruturada para receber o desafio que estava por vir (ARAÚJO; MALLART; GAUDENZI, 2020). A gestão municipal também se mostrou pouco preparada para lidar com os desafios impostos pelo início da epidemia do novo coronavírus na cidade, levando mais de dois meses para publicar normativas organizacionais para os serviços de APS. O documento determinou restrição de acesso para condições de saúde não urgentes, com exceção de grupos prioritários.

De fato, os meses de abril e maio de 2020 determinaram o pior momento da primeira onda da Covid-19 no município, com grande número de atendimentos de síndrome gripal e o maior número de casos notificados de SRAG e de óbitos confirmados por Covid-19, segundo o painel de monitoramento municipal. Novos picos de casos de confirmados de coronavírus continuaram a ocorrer ao longo do ano de 2020 e no começo de 2021, acompanhados de aumento nos casos de SRAG (Gráfico 1).

A partir de 2021, tem início novo ciclo de gestão municipal, seguido pelo início da aplicação das primeiras doses de vacinação contra o coronavírus e nova subida de casos confirmados de Covid-19, SRAG e óbitos. Deve-se destacar que, após menos de dois anos de gestão das unidades de APS do município pela RioSaúde, nas primeiras semanas de governo, tiveram início novos processos licitatórios para o retorno do modelo de gestão pelas Organizações Sociais (COELHO, 2021). À medida que houve o aumento da disponibilidade de doses de vacinas, o município foi capaz de escalar rapidamente o número de doses aplicadas por mês, chegando à marca de mais de 2.000.000 de doses em agosto deste ano. O número de casos confirmados se manteve alto, com pico em setembro, possivelmente referente à circulação de novas variantes no município (Gráfico 1). No entanto, houve mudança do perfil clínico-epidemiológico da doença, com redução constante dos casos graves e óbitos ao longo do ano, assim como a observação de formas severas principalmente na população não vacinada (SMS-RJ, 2021).

O sucesso da campanha de vacinação contra a Covid-19 no município, possivelmente a maior da história da cidade, se deu em grande parte às custas dos esforços dos profissionais atuantes na APS. Além da aplicação das doses nas suas unidades de saúde, muitos enfermeiros(as), médicos(as), ACS, profissionais dos NASF e da gestão foram deslocados para polos de vacinação, restringindo os recursos humanos nas unidades de APS.

Gráfico 1 - Número de notificações de casos confirmados de Covid-19, casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e doses de vacina aplicadas na campanha de vacinação contra a Covid-19 no MRJ, por mês.



Fonte: Autoria própria. Dados relativos aos casos de confirmados de Covid-19 oriundos do e-SUS Notifica acessados em junho de 2022 a partir do TABNET SMS-RJ, relativos a casos notificados no MRJ. Dados relativos aos casos de SRAG notificados no MRJ oriundos do SIVEP-Gripe. Dados relativos à Campanha de Vacinação contra Covid-19 oriundos do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), acessados em junho de 2022 pelo TABNET SMS-RJ.

Por esse motivo, um novo documento com normativas organizacionais foi publicado pela SMS-RJ em março de 2021 com orientações para a restrição de acesso para usuários com diversas condições de saúde, preservando o atendimento a grupos prioritários – como as gestantes e usuários com suspeita ou em tratamento para tuberculose, mas não hipertensos e diabéticos ou outras condições crônicas não transmissíveis. O ofício mencionado vigorou até novembro de 2021, mês da publicação da 3ª Edição da Carteira de Serviços da Atenção Primária pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SBUPAV/SMSRJ), representando um marco para retomada da oferta de serviços nesse nível de atenção. Em dezembro de 2021, após meses de esforços intensivos, o município atingiu uma proporção de aproximadamente 80% da população adulta vacinada com esquema completo (NITAHARA, 2021). Dito isso, consideramos importante explorar indicadores referentes à disponibilidade da atenção primária no MRJ.

6.3 INDICADORES GERAIS DE ACESSO E COBERTURA DA APS NO MRJ

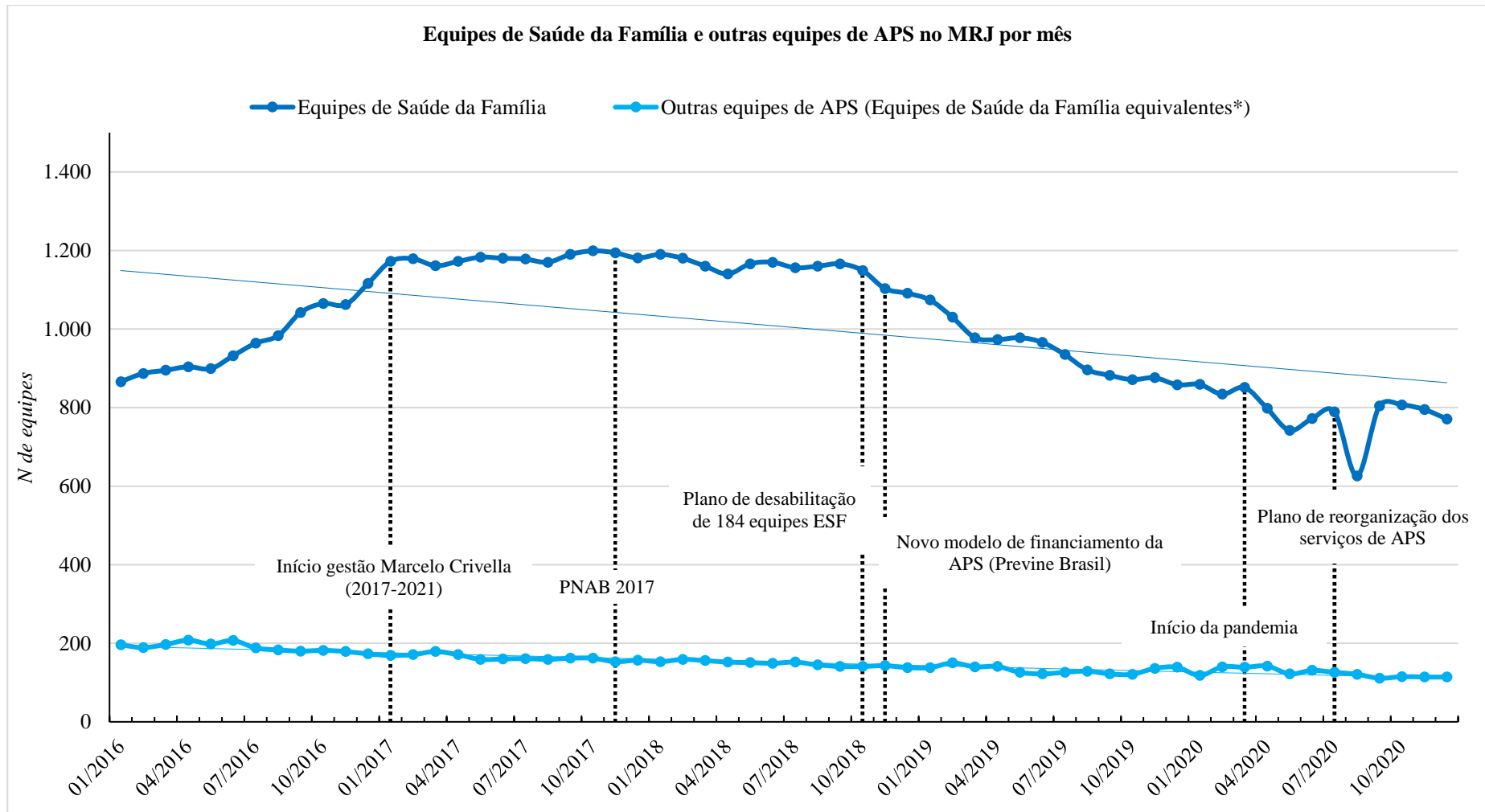
6.3.1 Equipes de Saúde da Família e outras equipes de APS no MRJ por mês

O Gráfico 2 retrata o número de equipes de estratégia de Saúde da Família (eqSF) e equipes da Atenção Básica tradicional consideradas equivalentes por mês. Considera-se uma equipe equivalente a partir de 60 horas de carga horária ambulatorial médica e 40 horas de enfermagem por semana. Segundo os dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), observa-se que em 2016 houve aumento do número eqSF, chegando ao patamar de mais de 1.100 equipes, resultado relacionado à política de expansão e reforma da APS (Gráfico 2).

Com a mudança de gestão municipal em 2017, até outubro de 2018 houve relativa estabilidade no número de eqSF no município, tendo sua alta histórica sido atingida em outubro de 2017, quando havia 1.199 equipes no MRJ, provavelmente reflexo das políticas de provimento e fixação da gestão anterior. A partir da publicação do documento “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para a Otimização de Recursos”, em outubro de 2018, percebe-se o início de período de queda no número dessas equipes, de forma que, ao final de dezembro de 2020, atingiu a marca de 771 equipes, representando uma redução de mais de 35% no número de eqSF em 3 anos (Gráfico 2). Destaca-se uma redução de relativa de 10% durante o ano de 2020, em meio a pandemia de Covid-19. Ainda, durante o mês de agosto desse ano, o número de eqSF chegou a 626 – uma redução de 47% desde seu valor máximo na série histórica.

O número de equipes de Atenção Básica (ou ESF equivalentes) também apresentou queda, comportamento observado desde o início da série temporal e esperado quando considerada a preferência pelo estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção preferencial para a APS no Brasil. Em 5 anos, de 2016 até o final de 2020, houve uma redução 42% no número destas equipes (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Equipes de Saúde da Família e outras equipes de APS no município do Rio de Janeiro por mês.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do sistema e-Gestor Atenção Básica acessados a partir do TABNET – SES-RJ. Equipes da Estratégia Saúde da Família, formada por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada, formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Uma equipe equivalente é formada a partir do mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Primária.

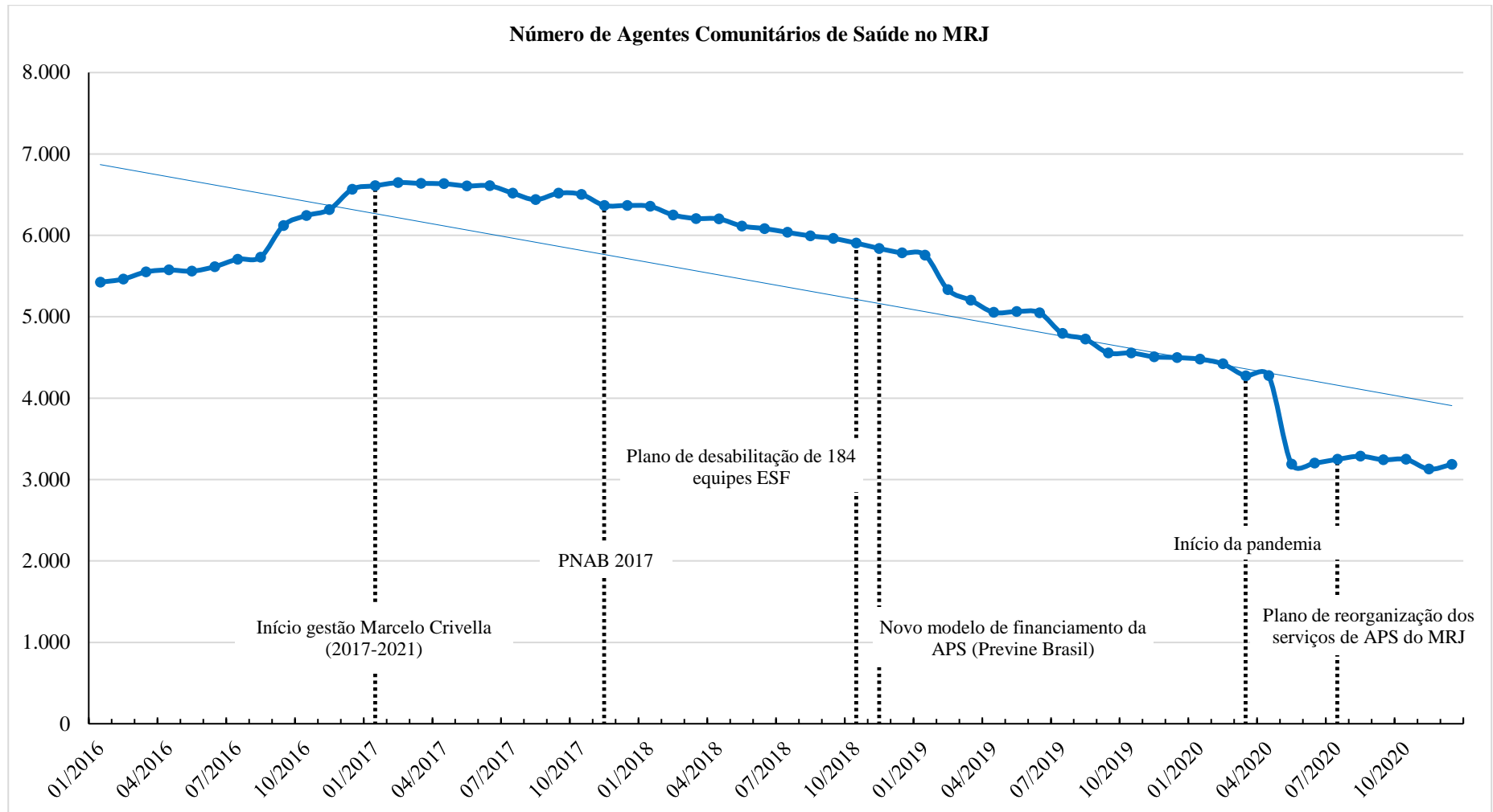
6.3.2 Número de Agentes Comunitários de Saúde no MRJ por mês

Buscou-se o número de Agentes Comunitários de Saúde lotados em equipes de Atenção Primária, por mês, no município do Rio de Janeiro de 2016 a 2020 (Gráfico 3). Durante o ano de 2016, houve aumento de mais de 20% do número de ACS em atuação na APS do município, tendência ascendente que foi evidenciada apenas nos dois primeiros meses da gestão iniciada em 2017. Em fevereiro de 2020, foi registrado o número de 6.648 ACS em atuação. Deste ano em diante, observou-se uma redução vertiginosa do número destes profissionais até o final de 2021. Tal comportamento descendente pode ter sido influenciado pela decisão municipal em aderir às regras estabelecidas pela PNAB publicada em 2017 (BRASIL, 2017), que flexibilizou a exigência de número mínimo de agentes de saúde por equipe, acarretando redução desses profissionais no cenário nacional. Há de se destacar, novamente, que em 2019 houve a implementação pela gestão municipal do plano de extinção de 184 equipes de ESF no município.

Após o início do enfrentamento à Covid-19 na cidade, em maio de 2020, há uma redução de 1.086 ACS cadastrados no SCNES, mês em que houve o ápice de casos de SRAG registrados no município, marcando uma das piores fases da epidemia para os serviços de saúde. A partir de então, houve estabilidade até o final do mesmo ano. A queda no número de agentes de saúde desde sua alta histórica em fevereiro de 2017 até os patamares observados ao longo da maior parte do ano de 2020 representa uma redução de aproximadamente 52% na categoria profissional em atuação na APS do MRJ. Destaca-se que, durante toda a série histórica, não há nenhum período de recuperação significativa no número destes profissionais (Gráfico 3).

Também cabe ressaltar que há diferença entre as distintas fontes de informação disponíveis para esse indicador. O número de ACS apresentado, oriundo do SCNES com acesso pelo tabulador estadual, apresenta divergência quando comparado ao relatório de financiamento da APS disponibilizado na e-Gestor do Ministério da Saúde, onde se observa um atraso no registro da redução de mais de 1.000 ACS no ano de 2020, neste caso a partir de setembro.

Gráfico 3 - Número de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro por mês



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do sistema e-Gestor Atenção Básica acessados a partir do TABNET – SES-RJ. Considera Agentes Comunitários de Saúde com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), 515105 (Agente comunitário de saúde), lotados em equipes da Estratégia Saúde da Família com código 01 a 03, 12 a 15, 24 a 39, em equipes de Atenção Primária parametrizada com código 16 a 21 e em equipes de Agentes Comunitários de Saúde com código 04, 10 e 11, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde, instituídas em suas portarias e cadastradas no SCNES.

6.3.3 Cobertura Populacional da Atenção Primária à Saúde e por ACS no MRJ por mês

Os dados apresentados relativos à cobertura populacional pela APS e por ACS têm origem a partir do SCNES e de estimativas populacionais efetuadas pelo IBGE para o censo demográfico, disponibilizadas através dos relatórios de Histórico de Cobertura do e-Gestor da Atenção Básica. O cálculo da estimativa da população coberta pela APS e por ACS considera o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Atenção Primária à Saúde e 575 usuários por agente, limitando a população coberta à do próprio município. São, portanto, indicadores relacionados diretamente ao número de equipes e de ACS ponderados pela população estimada e por valores normativos determinados para as equipes e agentes (Gráfico 4). O IBGE estima que a população residente do município tenha aumentado até 4,2% no período analisado (Tabela 1).

Tabela 1 - População estimada do MRJ segundo mês e aumento populacional em relação ao ano anterior.

2016	2017	2018	2019	2020	2021
6.476.631	6.498.837	6.520.266	6.688.927	6.718.903	6.747.815
-	+0,343%	+0,330%	+2,587%	+0,448%	+0,430%

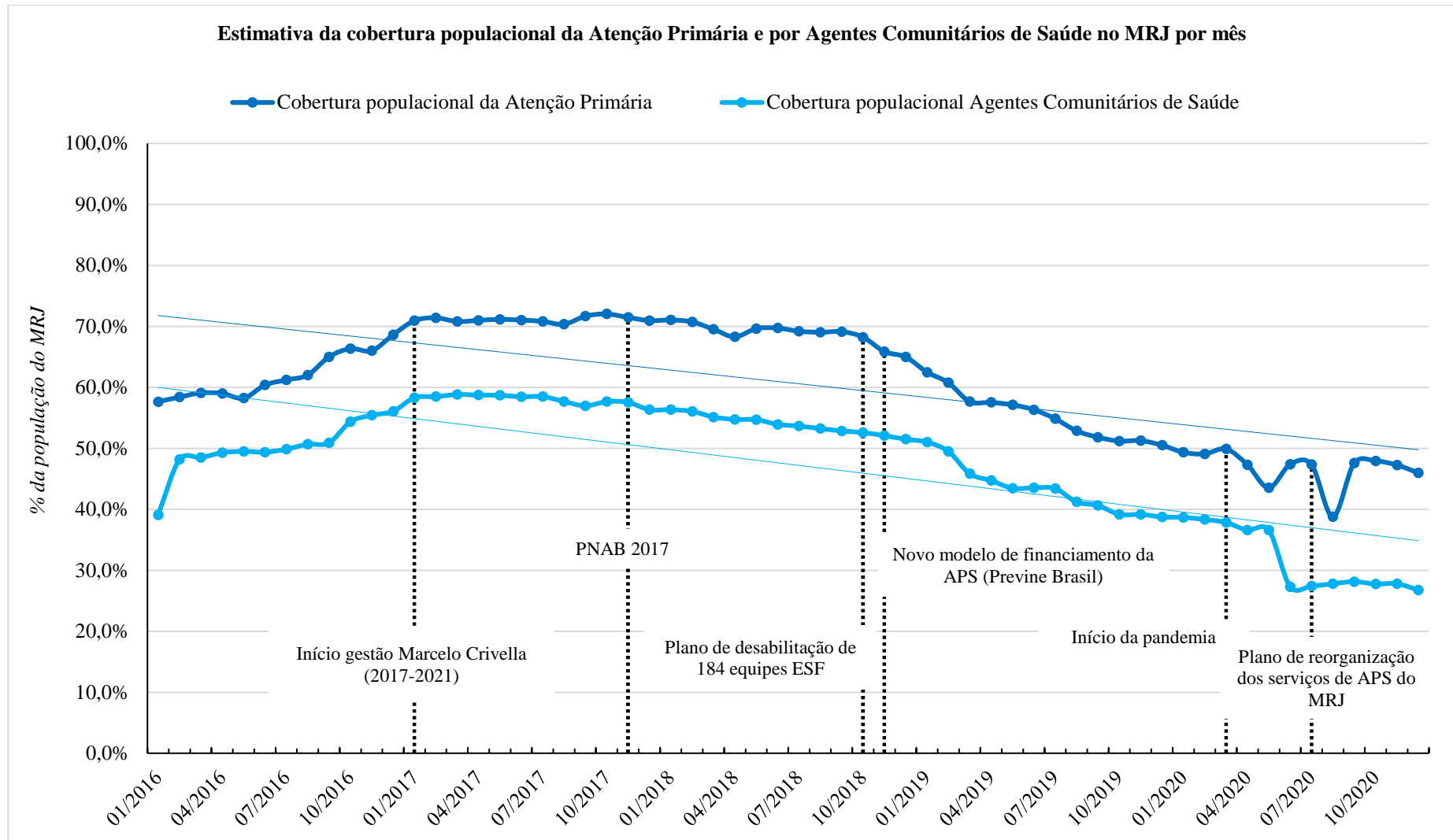
Fonte: IBGE. Informações disponibilizadas nos relatórios de Histórico de Cobertura da APS no e-Gestor AB. Acesso em março de 2022 pelo TABNET SES-RJ.

Ao longo de praticamente toda a série histórica 2016 - 2021 é possível perceber a similaridade de comportamento entre ambos os indicadores. Ao longo de 2016, houve um aumento na cobertura populacional pela APS no MRJ (57,6% para 68,6%, de janeiro a dezembro) e na cobertura por ACS (39,1% para 56,1%, no mesmo período), representando um ganho de 11 e 7 pontos percentuais no ano, respectivamente. No entanto, de 2017 até a metade de 2018 é possível notar que a estimativa da cobertura populacional se mantém relativamente estável, enquanto a cobertura estimada por Agentes Comunitários de Saúde já apresenta queda gradual. A partir de outubro de 2018, a cobertura populacional volta a acompanhar o movimento de queda com instituição do plano de redução de equipes de ESF no município, caindo de forma intensa e sustentada até o fim da série histórica (Gráfico 4). Observa-se redução de 33% da população coberta pela APS no município no período, correspondendo a uma redução absoluta (estimada) de 1.542.548 de usuários cobertos pela APS e redução de 50% da população coberta por ACS, representando uma estimativa de 1.831.950 usuários não mais vinculados a agentes comunitários (Gráfico 4). É notável, também, a redução significativa da estimativa da

população coberta pela APS e por ACS durante o início da epidemia de Covid-19 no MRJ nos meses de março a maio de 2020.

Cabe destacar que, a partir de 2021, o cálculo da cobertura passa a levar em conta os cadastros ativos das equipes, em consonância com a implementação gradual do novo modelo de financiamento da APS pelo MS. Essa mudança na nota técnica do indicador altera sobremaneira as informações expressadas por ele, para fins de comparação com o período anterior.

Gráfico 4 - Estimativa da cobertura populacional da Atenção Primária e por Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro por mês.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do sistema e-Gestor Atenção Básica acessados a partir do TABNET – SES-RJ. Considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe, limitando-se a população coberta à do próprio município. Considera-se o parâmetro de 575 indivíduos cobertos por ACS.

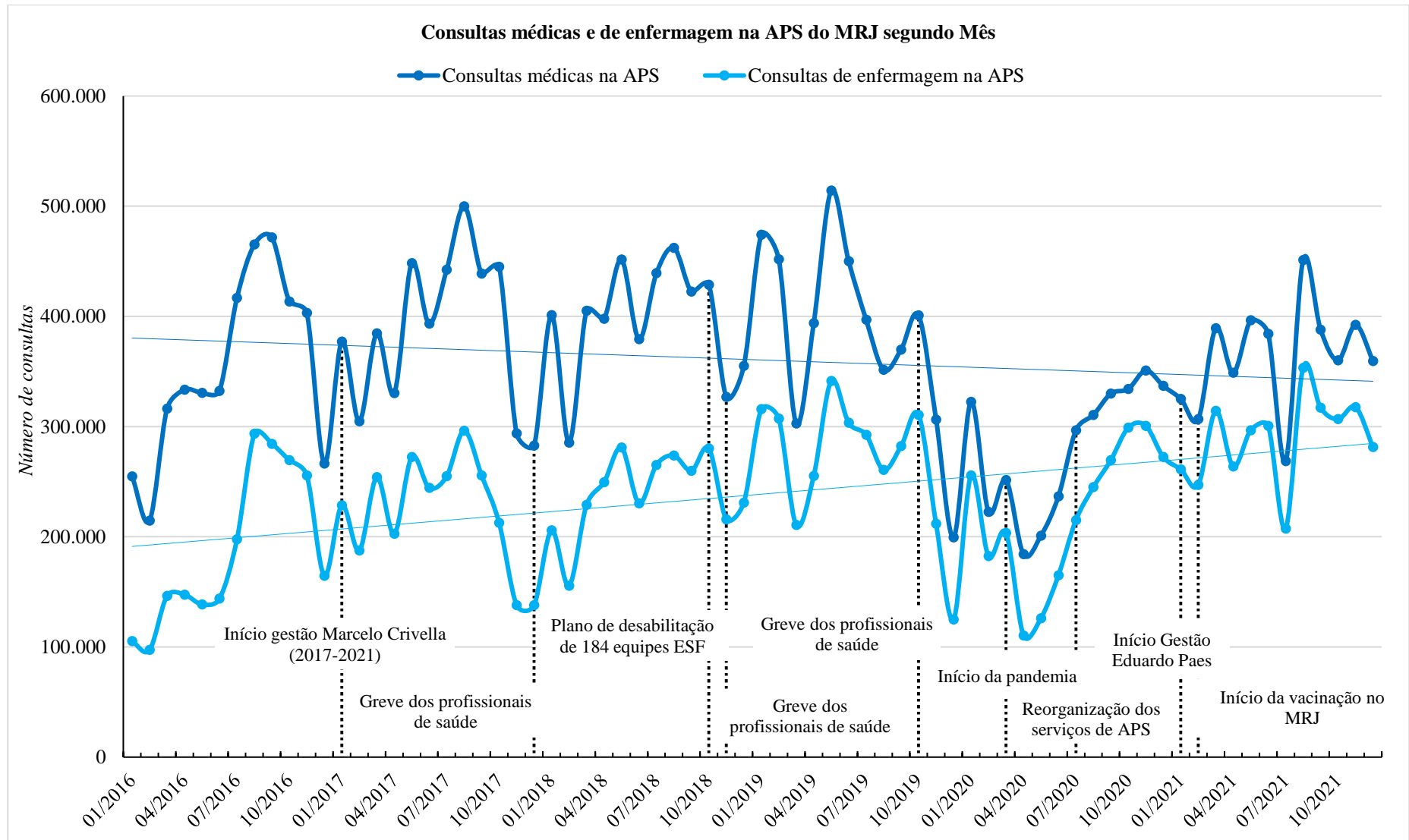
6.3.4 Número de consultas médicas e de enfermagem na APS do MRJ por mês

Com a utilização destes indicadores, buscou-se conhecer o número total de atendimentos individuais realizados por médicos(as) e enfermeiros(as) na APS do município do Rio de Janeiro, por mês, no período (2016 a 2021). Os dados são oriundos do SISAB e foram acessados a partir do TABNET da SES-RJ. Os números de consultas médicas e de consultas de enfermagem apresentam grande oscilação ao longo da série temporal, variando de forma cíclica com períodos de aumento e queda nos atendimentos (Gráfico 5). Em função desta variabilidade mensal, os dados também foram agregados por ano, de forma a melhor caracterizar o resultado dessas variações mensais para cada ano, sendo apresentado nas próximas sessões.

Com relação ao número de consultas médicas percebe-se que, de março de 2016 até novembro de 2019, este se manteve entre aproximadamente 260.000 e 520.000 consultas por mês, com uma média de 390.000 consultas/mês. Apesar dos três períodos de greve dos profissionais de saúde e da implementação do plano de redução eqSF nesse intervalo temporal, a produção ambulatorial por esses profissionais apresentou relativa estabilidade. A partir de dezembro de 2019, valores mais baixos de produção mensal foram registrados. Após a comprovação da transmissão comunitária do sars-cov-2 na cidade, em março de 2020, houve uma acentuação na queda do número de consultas médicas, resultando no menor registro da série histórica em abril de 2020, com apenas 184.137 consultas registradas. Durante esse ano, as consultas médicas mensais não ultrapassaram a marca de 350.000 registros, apresentando uma média de 281.426 consultas/mês, o que representa uma redução de aproximadamente 26% em comparação à média dos quatro anos anteriores.

Em 2021, primeiro ano de nova gestão municipal, nota-se recuperação do número de consultas médicas realizadas na APS em comparação a 2020. Cabe destacar que, nesse ano, iniciou a campanha de vacinação contra a Covid-19 no MRJ ao final do mês janeiro. Houve um aumento de 29% no número médio de consultas em comparação ao ano anterior, porém ainda aproximadamente 10% menor que a média de 2016 a 2019 (Gráfico 5). Por outro lado, as consultas de enfermagem por mês apresentaram aumento ao longo de todo o período analisado. Ainda que o indicador tenha apresentado períodos de queda similares às consultas médicas em 2019 e durante o início do enfrentamento à Covid-19, houve recuperação ao longo de 2020 e 2021, chegando a atingir a máxima histórica em agosto de 2021, com 353.351 consultas de enfermagem realizadas na APS do MRJ nesse mês (Gráfico 5). Dessa forma, observa-se uma média de 288.918 consultas de enfermagem por mês em 2021 em comparação à média de 220.383 em 2020 e 229.601 de 2016 a 2019, representando um aumento de 31% e 26%, respectivamente.

Gráfico 5 - Consultas médicas e de enfermagem na APS do município do Rio de Janeiro segundo mês



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Ministério da Saúde MS. Acesso a partir do TABNET- SES-RJ.

6.4 INDICADORES DE ACESSO À APS RELATIVOS ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MRJ

Conforme mencionado anteriormente, consideramos as condições crônicas como evento traçador e, portanto, o uso de indicadores relativos a essas condições permite a análise das dimensões que pretendíamos monitorar.

6.4.1 Número de atendimentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus no MRJ por mês

Foi realizada busca a partir do TABNET da SES-RJ, com acesso aos dados do SISAB quanto ao número de atendimentos individuais realizados por médicos(as) ou enfermeiros(as) das eqSF e equivalentes, com registro da condição de saúde avaliada como hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus na APS do município do Rio de Janeiro, por mês, de 2016 a 2021. Evidenciou-se, para ambos os indicadores, grande variabilidade ao longo dos meses. Por esse motivo, assim como o número de consultas médicas e de enfermagem na APS, os dados referentes aos atendimentos de hipertensos e diabéticos também são apresentados consolidados por ano na próxima sessão.

Com relação aos atendimentos de hipertensão arterial nota-se, apesar da oscilação do indicador, dois períodos distintos: do início de 2016 até julho de 2019 e de agosto de 2019 até o final da série em dezembro de 2021. No primeiro intervalo de tempo é possível observar que estes mantiveram-se entre 100.000 e 240.000 consultas por mês, com uma média de 164.377. A partir de agosto de 2019, valores mais baixos passam a ser registrados por mês, chegando a 36.221 atendimentos para essa condição de saúde em dezembro de 2019. Em 2020, mesmo antes do início da epidemia da Covid-19 no município, apenas 35.216 atendimentos foram registrados em fevereiro. A partir de março, com o contágio avançando rapidamente na cidade e sob a influência do início das medidas de isolamento social, o indicador atingiu o seu valor mais baixo de toda série histórica em abril de 2020, passando a oscilar em torno de 25.000 e 50.000 atendimentos até o final da série. A média de atendimentos mensais para hipertensos na APS do MRJ para o período compreendido entre agosto de 2019 e dezembro de 2021 foi de 43.084, uma redução de aproximadamente 74% entre as médias mensais para os dois períodos destacados acima (Gráfico 6).

Observa-se o mesmo comportamento do indicador referente aos atendimentos de usuários com diabetes mellitus com relação a queda, variação mensal e visualização de dois períodos de padrões distintos. De janeiro de 2016 a julho de 2019, o indicador manteve-se entre

34.000 e 100.000, com uma média de 66.323 atendimentos mensais no período. Já a partir de agosto de 2019 a dezembro de 2021, os registros ficaram entre 7.600 e 34.000, com uma média de 19.481 atendimentos mensais para usuários portadores de diabetes registrados na APS do MRJ, representando uma queda de 70% entre a média de atendimentos mensais para os dois intervalos destacados (Gráfico 6).

Para ambos os indicadores, destaca-se que apesar de novas baixas passarem a ser registradas a partir de agosto de 2019, em dezembro desse ano foram observados valores similares aos registrados após os primeiros meses de enfrentamento à Covid-19 no município.

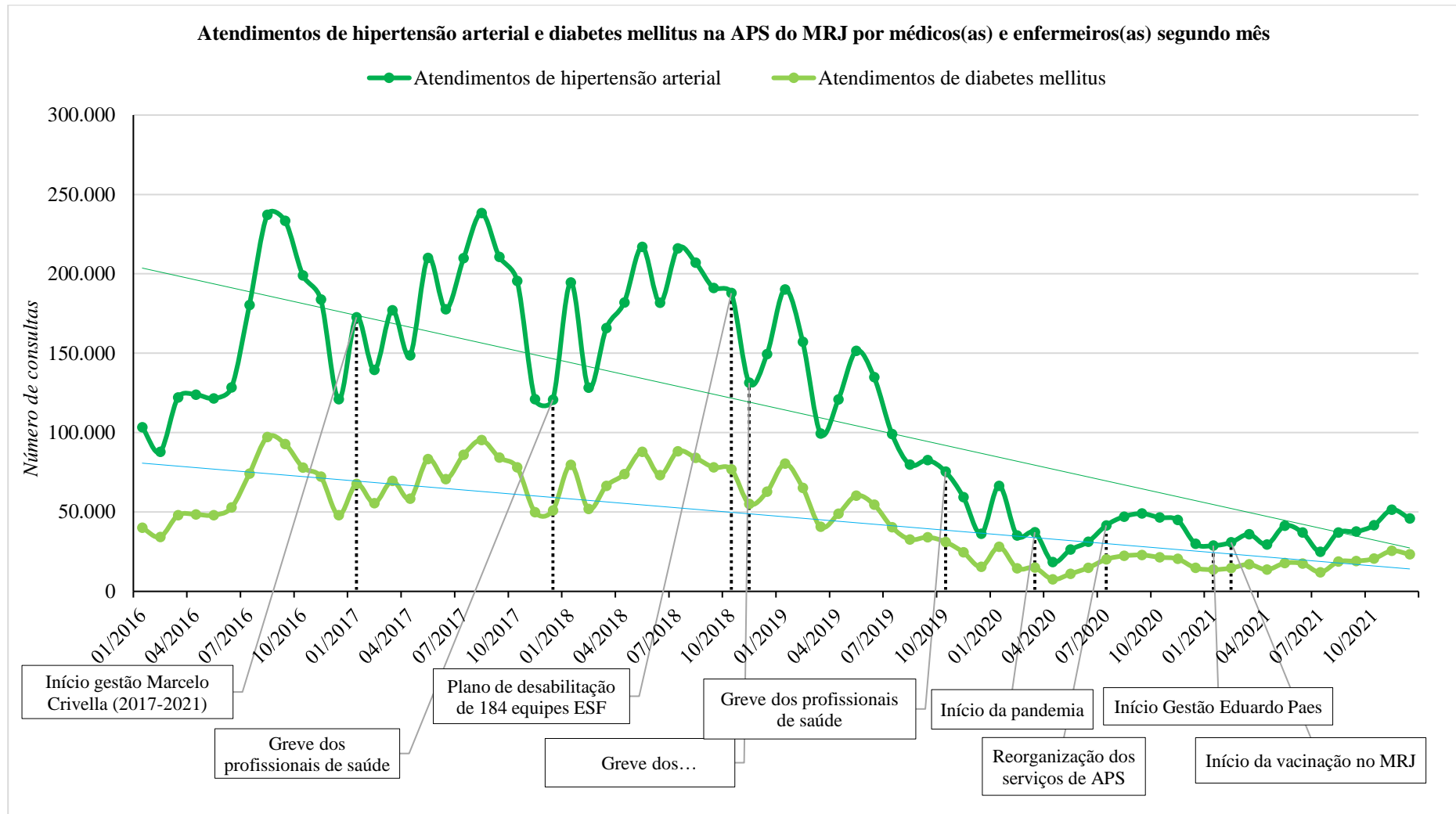
6.4.2 Relação entre atendimentos individuais na APS e atendimentos de hipertensão arterial ou de diabetes mellitus no MRJ por ano

Os dados mensais referentes às consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus na APS do MRJ foram agregados por ano e apresentados no Gráfico 7. Também foi representada a soma das consultas médicas e de enfermagem por ano para evidenciar o total de consultas individuais realizadas pelas equipes (não considerando os atendimentos de saúde bucal) registradas por ano na APS no município.

Ao comparar o comportamento dos indicadores anualizados, fica evidente que, a partir de 2019, inicia-se uma dissociação entre os atendimentos individuais, tanto por médicos quanto de enfermagem, e os atendimentos referentes às condições HAS e DM. Observa-se que os indicadores relativos a essas condições iniciaram sua queda antes da chegada pandemia e anteriormente à queda no número de consultas gerais realizadas pela APS (Gráfico 7).

Também se nota que, em 2020, houve redução para todos esses indicadores e, no entanto, a partir de 2021 há significativa recuperação das consultas médicas e de enfermagem, mas não dos atendimentos de hipertensos e diabéticos. Nesse sentido, de 2016 a 2018 os atendimentos individuais de hipertensos e diabéticos representavam em média respectivamente 28,55% e 11,49% de todos os atendimentos na APS e apenas 5,64% e 2,73% em dezembro de 2021 – a menor proporção da série temporal entre consultas HAS/DM e consultas totais.

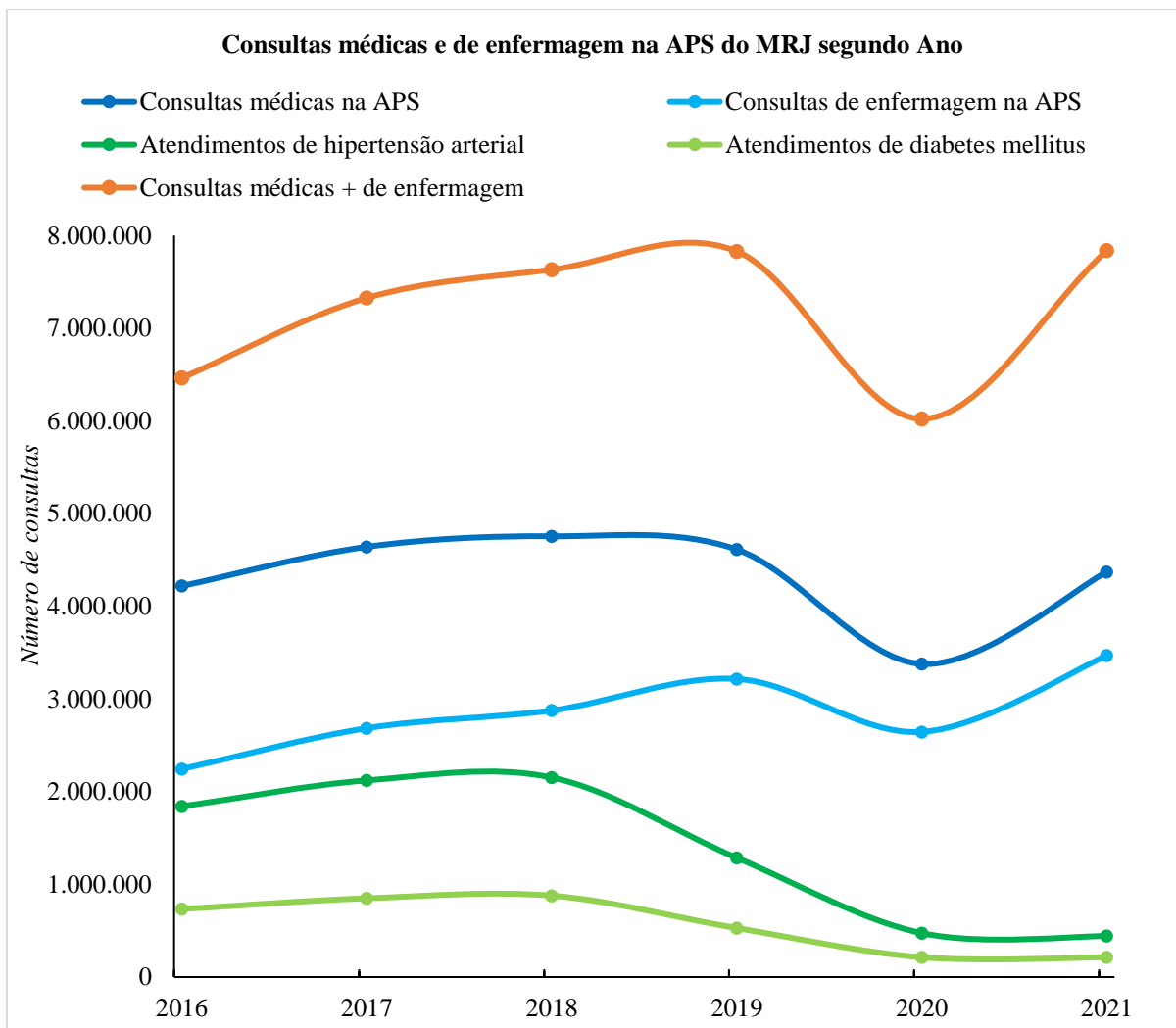
Gráfico 6 - Atendimentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus na APS do município do Rio de Janeiro por médicos(as) e enfermeiros(as) segundo mês



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Ministério da Saúde MS. Acesso a partir do TABNET – SES-RJ.

Destaca-se o fato de que 2021 foi o ano com maior registro de consultas na APS (médicas e de enfermagem somadas) do MRJ para o período analisado, principalmente às custas do aumento do número de consultas de enfermagem (Gráfico 7). Essa dissociação entre os atendimentos para essas condições crônicas e o total de consultas na APS pode sugerir um aumento da participação de demandas espontâneas (pelas condições agudas, decorrentes de pacientes sintomáticos respiratórios), no total da produção ambulatorial da APS do MRJ, em detrimento ao atendimento de usuários com condições crônicas, apontando-se para possível aumento das barreiras de acesso à atenção para estes usuários.

Gráfico 7 - Consultas médicas e de enfermagem na APS do município do Rio de Janeiro segundo ano.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Ministério da Saúde MS. Acesso a partir do TABNET – SES-RJ.

6.4.3 Razão entre atendimentos médicos e de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família por quadrimestre no MRJ

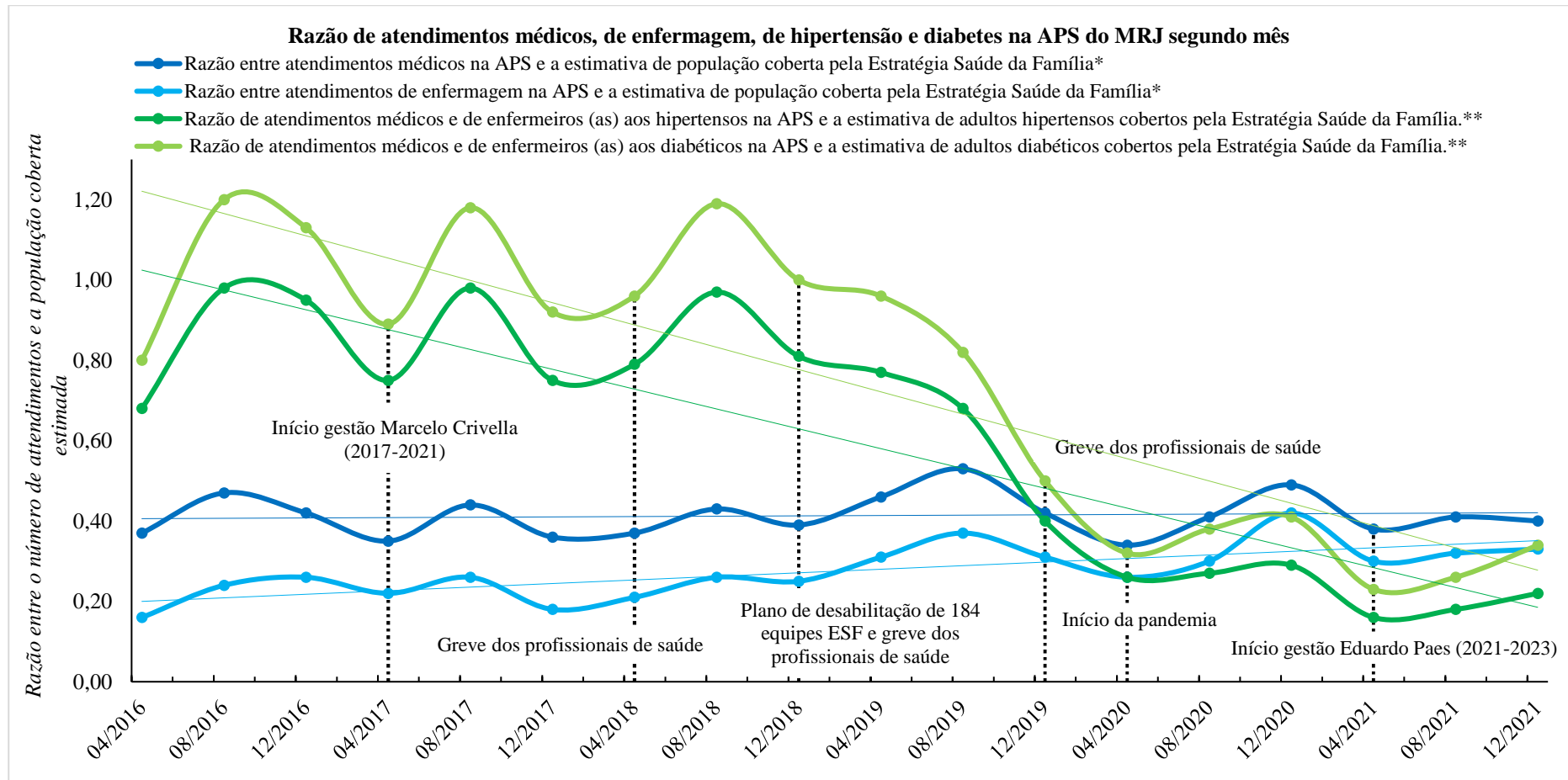
Os indicadores Razão entre atendimentos médicos e de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família e Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos e diabéticos na APS e a estimativa de adultos hipertensos e diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família foram buscados a partir do TABNET da SES-RJ e estão entre os indicadores pactuados no componente de desempenho do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS). São apresentados em quadrimestres, conforme disponibilizados de 2016 a 2021 (Gráfico 8).

Esses indicadores podem representar a práxis dos profissionais técnicos das equipes de APS uma vez que utilizam a estimativa da população coberta – que varia de acordo com o número de equipes completas – como denominador. Dessa forma, o efeito da redução ou aumento do número de profissionais sobre o número de atendimentos fica compensado pela variação na cobertura populacional.

De acordo com as notas técnicas e pactuações da gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, são definidas metas para esses indicadores: 0,3 para a razão de consultas médicas; 0,2 para a razão de consultas de enfermagem; 0,35 para a razão de atendimentos de hipertensão; e 0,35 para a razão de atendimentos de diabetes. Em outras palavras, fica definido como meta que as equipes de APS do município realizem, a cada quadrimestre, um número de atendimentos médicos que corresponda à 30% da população cadastrada; da mesma forma, os atendimentos de enfermagem devem corresponder ao menos a 20% da população cadastrada a cada quadrimestre e o número de atendimentos de HAS e de DM a pelo menos a 35% da população estimada portadora destas condições crônicas de saúde e coberta pelas equipes.

Ao longo de toda a série temporal, tanto a razão de consultas médicas, quanto de enfermagem se mantiveram acima da meta preconizada pelo PREFAPS. Inclusive, evidencia-se um aumento nesses indicadores, em especial, da razão de consultas de enfermagem. Esse padrão pode ser explicado pela queda expressiva da população coberta associada ao aumento das consultas de enfermagem e relativa estabilidade do número total de consultas médicas. Portanto, uma evidência a destacar é que houve maior participação da enfermagem nos atendimentos ambulatoriais da APS, especialmente a partir do final de 2019 (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Razão de atendimentos médicos, de enfermagem, de hipertensão e diabetes na APS do município do Rio de Janeiro segundo mês



Fonte: Autoria própria. Acesso a partir do TABNET – SES-RJ. Origem dos dados: Consultas médicas na APS - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Ministério da Saúde MS; Cobertura populacional da ESF: e-Gestor AB - Informação e Gestão da Atenção Básica - Ministério da Saúde MS - Relatório de financiamento APS (2021); para os anos até 2020: Cobertura da atenção primária - Ministério da Saúde MS Situação da base nacional em 02/08/2021, com dados até dezembro/2020. Os dados relativos às estimativas da população têm como fonte as estimativas da população residente de 2000 a 2020 - pactuada pela SES/RJ, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de setembro de 2020. *Razão de consultas médicas e de enfermagem realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado. **Razão entre o número de atendimentos de médicos e de enfermeiros a hipertensos e diabéticos na APS e o número de hipertensos e diabéticos estimados no município do Rio de Janeiro pela Pesquisa Nacional de Saúde (2019) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais.

Por outro lado, quando observados os traçados referentes à razão de atendimentos de hipertensos e diabéticos, nota-se um padrão marcadamente diferente. A partir do segundo quadrimestre de 2019, se inicia um período de queda dessas razões para o seu menor valor no primeiro quadrimestre do ano 2021, com discreta recuperação ao longo de 2021. Destaca-se que até meados de 2018 a razão de atendimentos de HAS e DM manteve-se próxima de 1, consideravelmente acima da meta preconizada. Com a queda registrada, a razão de atendimentos a diabéticos se manteve abaixo da meta por todo o ano de 2021 e no primeiro quadrimestre de 2020, enquanto a razão de atendimentos a hipertensos se manteve abaixo da meta de forma constante desde o primeiro quadrimestre de 2020 até o final da série (Gráfico 8).

6.4.4 Média de consultas totais, de hipertensão e diabetes por equipe por mês

A partir dos dados extraídos relativos ao número de equipes de APS por mês no MRJ (SCNES), número de atendimentos médicos e de enfermagem individuais e número de atendimentos a usuários hipertensos e diabéticos (SISAB), calculou-se o número médio de atendimentos totais e para essas condições crônicas, por equipe e por mês, a partir da divisão da soma do número de consultas médicas e de enfermagem a cada mês pelo número de equipes completas naquele mês. O mesmo processo foi realizado para o número de atendimentos de HAS e DM.

É possível notar o aumento no número de atendimentos por equipe de APS, com exceção dos primeiros meses da pandemia, calculando-se uma média de 462 atendimentos por equipe em 2016, 605 atendimentos por equipe em 2019 e 554 atendimentos por equipe em 2020 (Tabela 2). Nesse sentido, ao longo do final de 2018 e início de 2019, nota-se um aumento do número de atendimentos individuais realizados pelas equipes remanescentes, o que nos leva a crer que possa ter ocorrido sobrecarga de trabalho. As equipes de APS tiveram um aumento de aproximadamente 29% na média de atendimentos em 2019 e de 18% em 2020 em comparação à média de atendimentos individuais de 2016 a 2018 (Tabela 2).

Tabela 2 - Média de atendimentos individuais e para HAS/DM mensais por equipe de APS do MRJ a cada ano.

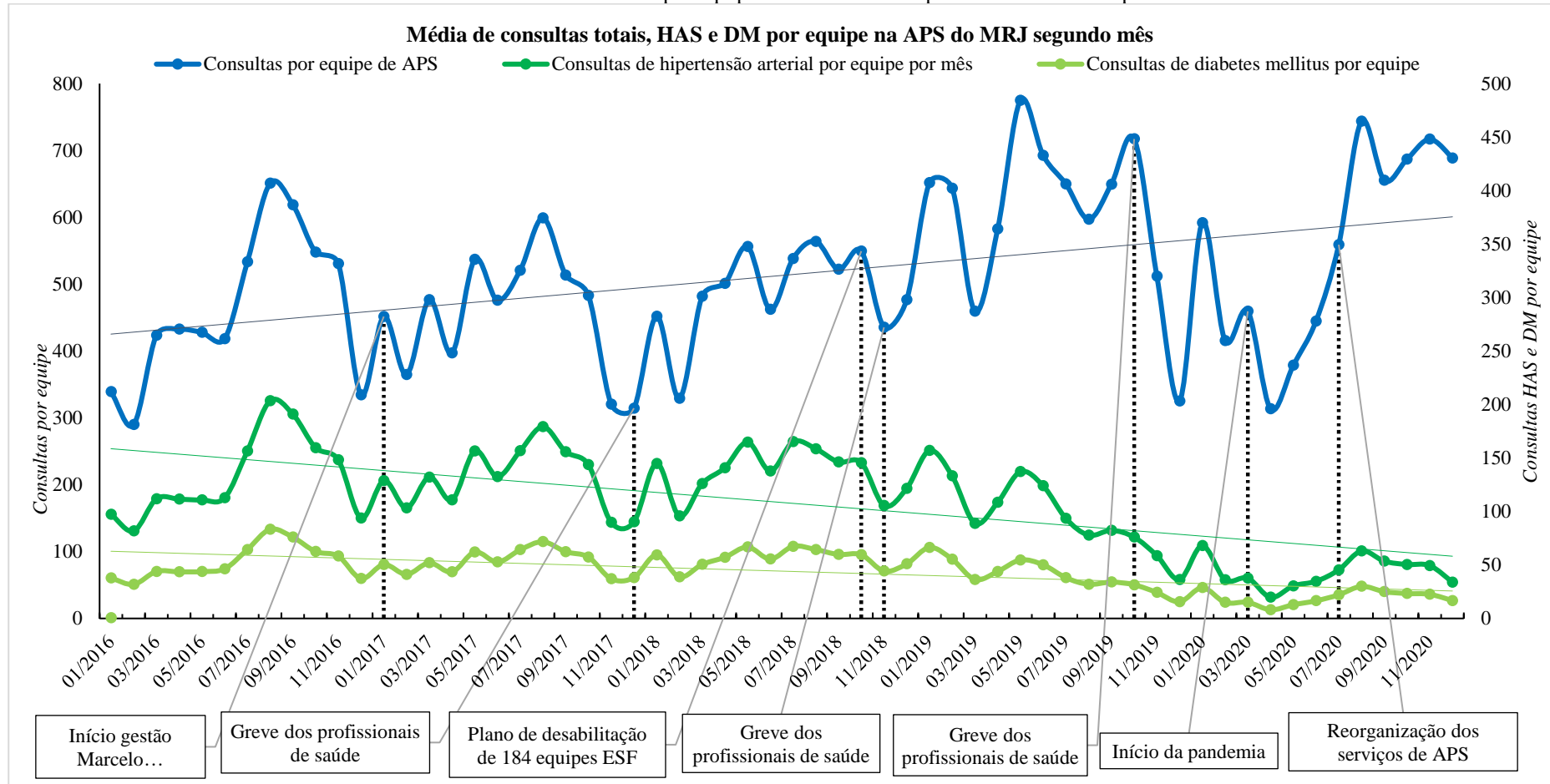
Média de consultas por equipe	2016	2017	2018	2019	2020
Atendimentos Individuais	462	454	489	605	554
Atendimentos HAS	132	132	138	98	44
Atendimentos DM	52	53	56	40	20

Fonte: Autoria própria. Dados extraídos do SCNES para o número de equipes de APS e SISAB para número de atendimentos individuais médicos, de enfermagem, de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022.

Por outro lado, evidenciou-se decréscimo da média de atendimentos de HAS e DM por equipe a partir do final de 2016, a despeito do aumento da média de atendimentos por equipe. Com relação aos usuários com diabetes mellitus, calculava-se uma média de 52 atendimentos por equipe por mês em 2016, chegando a uma média de 20 atendimentos/mês realizados pelas equipes para esses usuários em 2020, representando uma queda de aproximadamente 61,5% (Tabela 2). Os números referentes à média de atendimentos de hipertensão por equipe são ainda mais marcantes: enquanto em 2016 e 2017 essas equipes realizavam uma média de 132 atendimentos por mês com hipertensão codificada na consulta, em 2020 esse número chegou a 40 – uma queda de praticamente 70%. Ou seja, a qualidade do acompanhamento foi prejudicada, especialmente aos grupos que mais necessitavam de cuidados longitudinais, a despeito do aumento total de atendimentos. Para fortalecer tais evidências, analisou-se, ainda, a situação de condições traçadoras da qualidade do cuidado a esses pacientes, descritas na análise do exame do pé diabético, a seguir.

Uma limitação na interpretação, a destacar, foi a forma de geração desses indicadores: os dados relativos ao ano de 2021 não foram incluídos no cálculo dos atendimentos por equipe em função de mudança na nota técnica que determina a base de cálculo para o número de equipes no relatório de financiamento da APS.

Gráfico 9 - Média de consultas por equipe de APS no município do Rio de Janeiro por mês.



Fonte: Autoria própria. O número de consultas por equipe de APS e consultas de hipertensão arterial e diabetes mellitus por equipe foi obtido a partir da divisão do número total de consultas por mês pelo número de equipes de APS no mês. Dados relativos ao número de consultas médicas, de enfermagem e atendimentos de hipertensão e diabetes por médicos e enfermeiros oriundos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Ministério da Saúde MS. Acesso a partir do TABNET – SES-RJ. O número de equipes de APS foi calculado a partir da soma do número de Equipes ESF com Equipes ESF equivalentes. Dados oriundos do sistema e-Gestor Atenção Básica acessados a partir do TABNET – SES-RJ. Equipes da Estratégia Saúde da Família, formadas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada, formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Uma equipe equivalente é formada a partir do mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Primária.

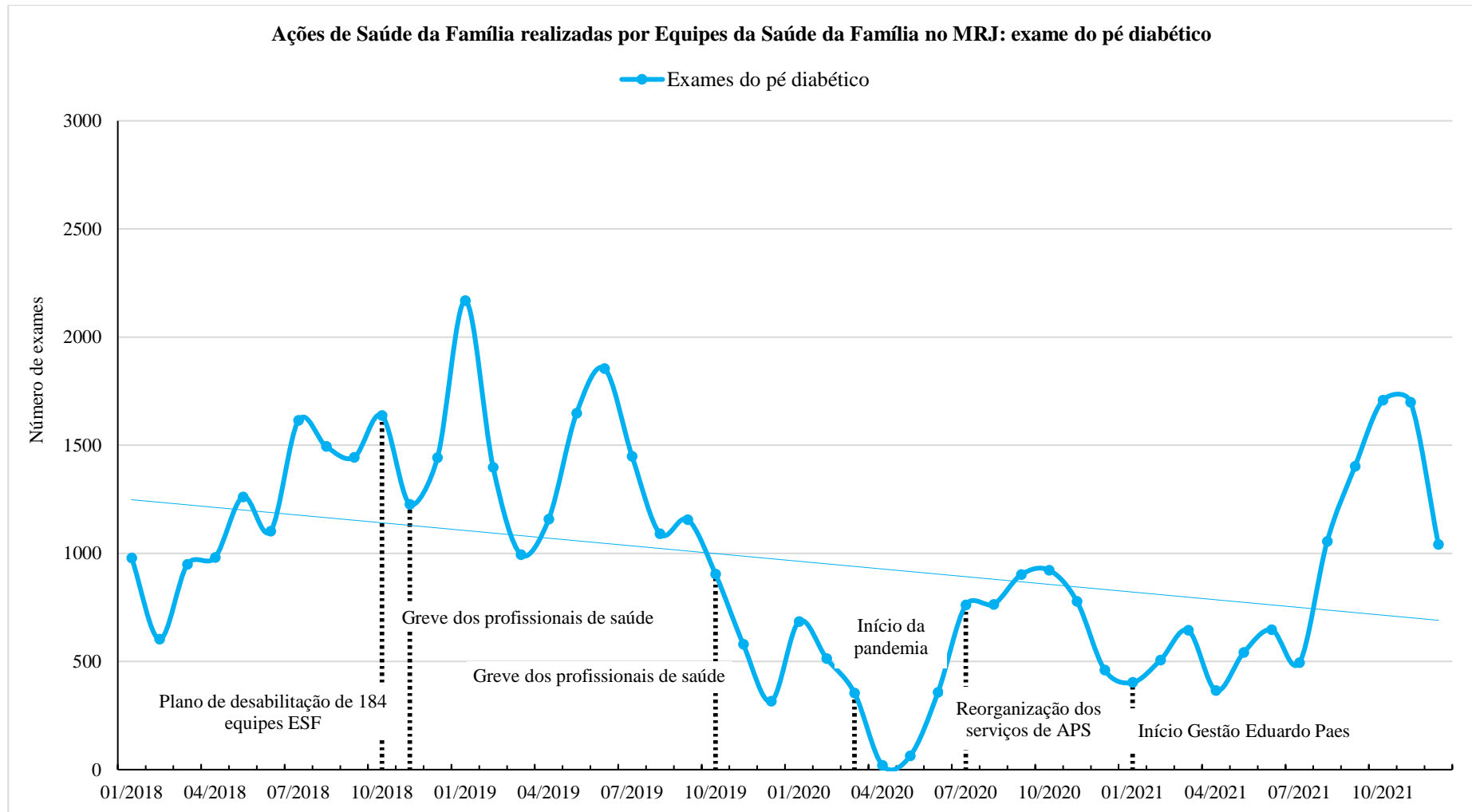
6.4.5 Exame de pé diabético

O exame dos pés de usuários diagnosticados com diabetes é uma ação de saúde monitorada a partir de SIS e que deve ser realizada pelas equipes da APS. Desde 2018, preconiza-se que essa ação deva ser registrada em prontuário eletrônico com envio de dados ao SISAB. É recomendado que o exame seja realizado ao menos uma vez por ano pelas equipes no acompanhamento longitudinal das pessoas portadoras desta condição crônica de saúde. Os dados aqui apresentados foram extraídos do TABNET SES-RJ, oriundos do SISAB e estão disponíveis a partir de 2018.

No período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019, houve alta no indicador com aumento no número de atendimentos que incluíam o exame dos pés de usuários portadores de diabetes, culminando com 2169 registros mensais. A partir de então, se observou queda sustentada no número de exames realizados, chegando ao número irrisório de 20 registros no mês de abril de 2020 em todo o município. Considerando a média de exames mensais realizados nos anos de 2018 (n=1.228) e 2019 (n=1.226), destaca-se que, em 2020, houve uma redução de 55% (n=548) na realização dessa ação de saúde pela APS do MRJ (Gráfico 10).

Também é possível observar uma ascensão dos números dos exames do pé diabético na segunda metade de 2021 até novembro desse ano, atingindo patamares similares aos observados em 2018 e 2019, com exceção do mês de dezembro, possivelmente influenciado pela epidemia de influenza que ocorreu na cidade no final de 2021. Registrou-se uma média de 876 exames mensais ao longo desse ano, representando um aumento de 59% em relação à média de exames mensais no ano anterior (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Exames do pé diabético realizados por Equipes da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro por mês.



6.4.6 Aferição de pressão arterial

A aferição da pressão arterial também é uma das ações de saúde monitoradas pelo MS cujo registro está previsto no SISAB desde 2018. Neste estudo, a coleta destas informações foi realizada a partir do TABNET da SES-RJ para o período disponível (2018-2021). Em contraste ao exame do pé diabético, a aferição da pressão arterial não é um procedimento específico para usuários com diagnóstico de hipertensão, sendo tal procedimento realizado como parte do exame clínico, para avaliação de sinais vitais em múltiplas situações e condições de saúde, agudas e crônicas, incluído eventualmente na avaliação clínica de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19.

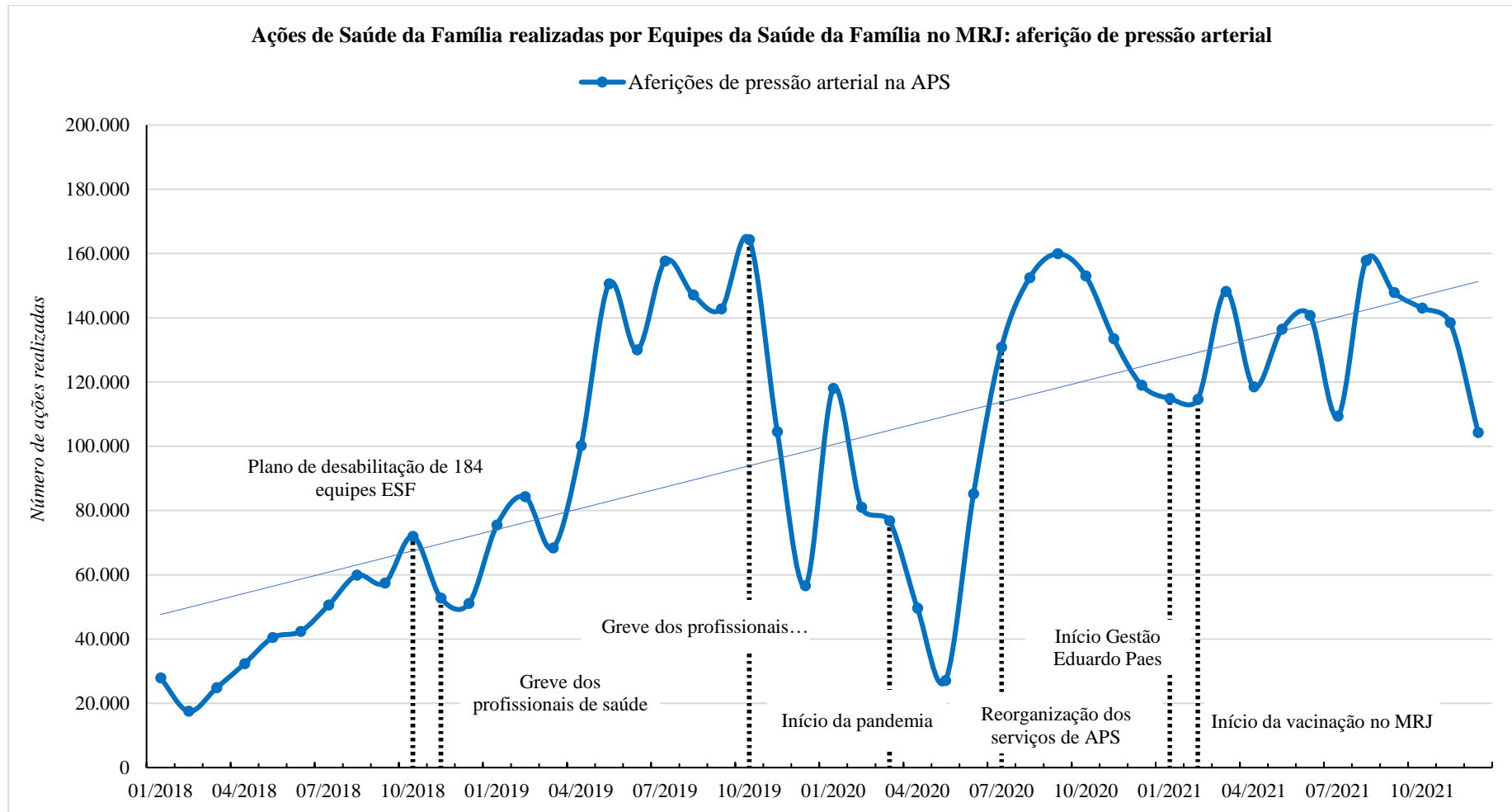
Se observou um aumento no registro de aferições de pressão arterial a partir do início da série temporal, de janeiro de 2018 a novembro de 2019, seguida por queda no número de procedimentos de dezembro de 2019 a maio de 2020, período marcado por problemas de organização da APS (já descrito na seção 6.1) e o início do enfrentamento à epidemia da Covid-19 no município. A partir de junho desse ano, no entanto, houve recuperação do indicador em poucos meses, mesmo durante a pandemia (Gráfico 11).

O rápido aumento no número de aferições de pressão arterial durante o ano de 2020, na vigência da epidemia de Covid-19 no município pode ser secundário à realização dessa ação de saúde no contexto da avaliação de condições agudas, por exemplo, na avaliação de sinais vitais durante atendimentos de síndrome gripal e casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus.

6.4.7 Diagnóstico e tratamento de casos novos de tuberculose no MRJ por ano

O percentual de casos novos curados de tuberculose pulmonar com confirmação diagnóstica laboratorial figurou, em 2019, entre um dos indicadores do componente de avaliação do desempenho da APS pelo PREFAPS, deixando de ser incluído no programa a partir de 2020. Buscou-se, a partir do TABNET da SES-RJ, o número de casos novos e casos novos curados de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial e seu percentual de cura para o intervalo temporal de 2016 a 2021. Os dados são apresentados por ano, como disponibilizado na plataforma. Esses são oriundos da base do SINAN NET e foram acessados em julho de 2022.

Gráfico 11 - Aferições de pressão arterial realizadas por Equipes da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Ministério da Saúde MS. Acesso a partir do TABNET – SES-RJ.

Cabe destacar que deve se esperar atraso no registro de dados referentes a esse indicador dada a necessidade de acompanhamento dos casos por ao menos 6 meses, seguidos ainda do encerramento dos casos na plataforma de notificação SINAN RIO.

Chama atenção a estabilidade destes indicadores no período de 2016 a 2019, em que é possível perceber que o percentual de cura se manteve entre 70 e 72% para esses casos, e o número de casos entre aproximadamente 3400 e 3600 (Gráfico 12).

Com relação ao número de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticados com confirmação laboratorial, nota-se uma redução de aproximadamente 6,8% no ano de 2020 quando comparado à média dos últimos 4 anos. Já em 2021, há um aumento de 3% nos casos novos diagnosticados em relação à média (2016-2019) e de 11% em relação ao ano anterior (Gráfico 12).

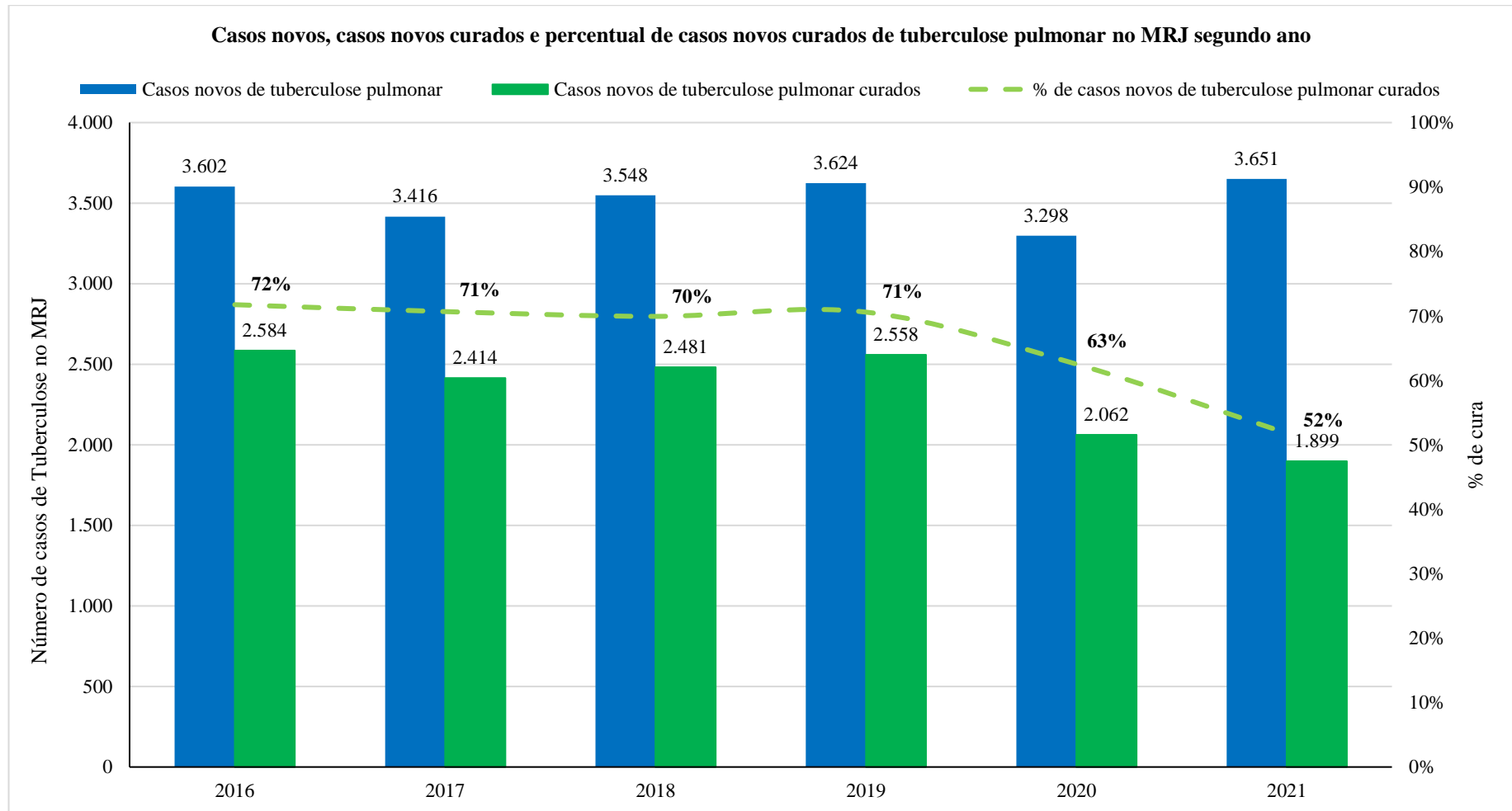
Os casos novos curados de tuberculose com confirmação laboratorial, que acompanhavam de perto a tendência de casos diagnosticados, apresentaram queda mais proeminente em 2020. Ou seja, houve queda de 8% no percentual de cura entre esses casos em comparação à média dos anos anteriores. Foi o primeiro ano da série em que se observou um percentual de cura abaixo de 70% para esses casos (Gráfico 12).

Em 2021, o registro do indicador de percentual de cura aponta para apenas 52%, valor ainda mais baixo que o ano anterior e muito preocupante. No entanto, como já mencionado, a real redução nesse percentual em 2021 é incerta, considerando atrasos no registro de fechamento desses casos no SINAN NET, de forma que o valor observado deve ser interpretado com cautela.

Vale ressaltar que, no período analisado, apesar da estabilidade, 2020 foi o ano com o menor número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial da série e 2021, o ano com maior número de casos. Houve um aumento de 11% dos casos diagnosticados de 2020 para 2021, podendo representar um represamento de diagnósticos no ano de 2020 (Gráfico 12) possivelmente relacionado ao enfrentamento à epidemia da Covid-19 no município e seus desdobramentos.

Por fim, é pertinente comentar a escolha pela utilização deste indicador acessado pelo TABNET da SES-RJ, uma vez que os dados oriundos do SINAN NET relativos à tuberculose também podem ser acessados pelo TABNET da SMS-RJ. Além da relevância em ter figurado entre os indicadores do PREFAPS em 2019, o principal motivo desta escolha está relacionado à disponibilidade de acesso aos dados, já que ao buscar pelo desfecho de “cura” no sistema municipal, todas as buscas realizadas de março a junho de 2022 resultaram em erro.

Gráfico 12 - Casos novos, casos novos curados e percentual de casos novos curados de tuberculose pulmonar no município do Rio de Janeiro por ano.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN - Tuberculose. Acesso a partir do TABNET – SES-RJ. O número de casos apresentados se refere a casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação ambulatorial, segundo o período de diagnóstico e município de residência (Rio de Janeiro). Casos confirmados de tuberculose são aqueles com pelo menos um dos seguintes exames laboratoriais positivos: baciloscopia, cultura de escarro e/ou teste rápido molecular para tuberculose - TRM-TB. *O número de casos novos curados e percentual de casos novos curados relativos ao ano de 2021 inclui casos ainda em tratamento.

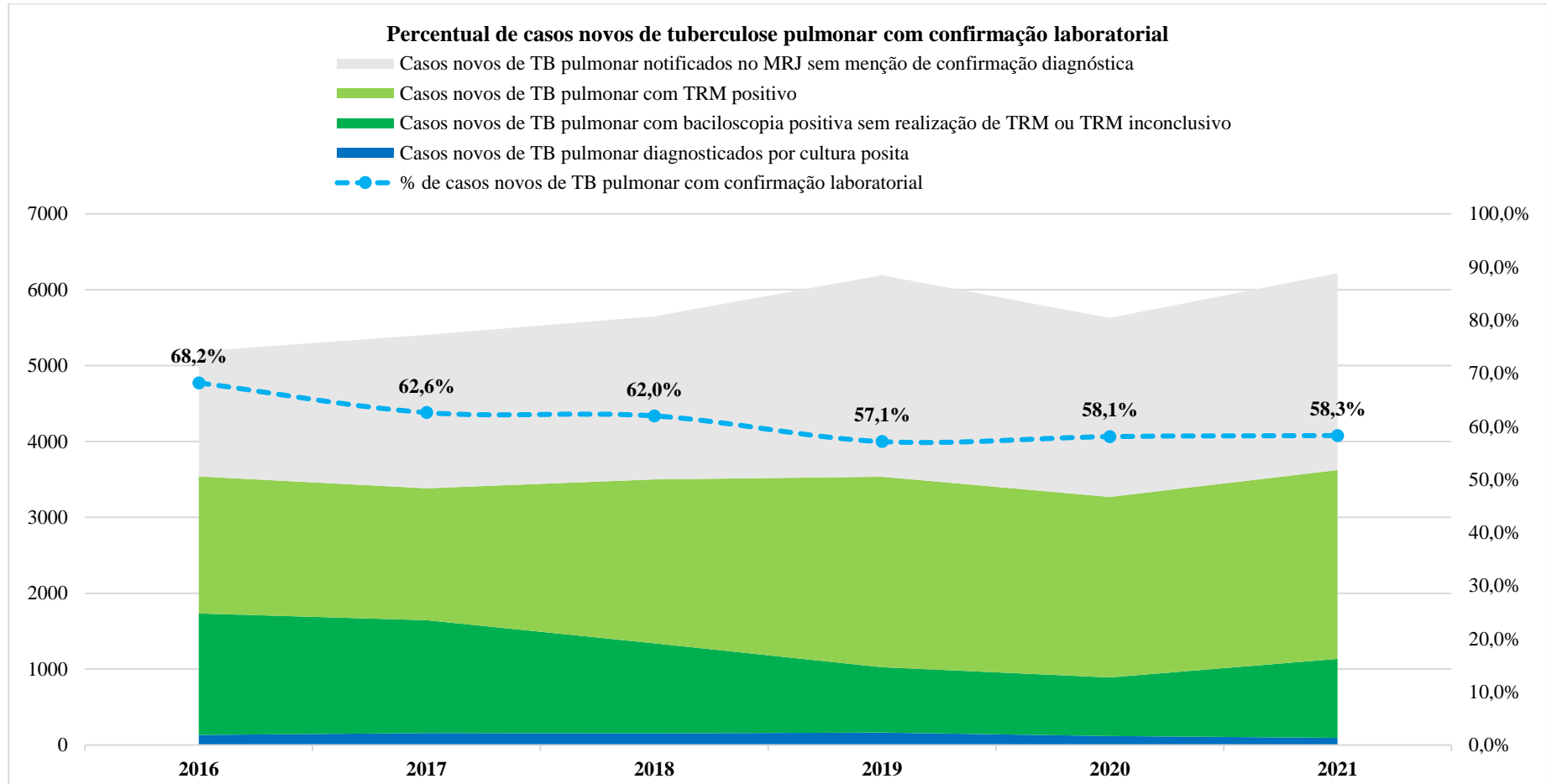
6.4.8 Percentual de casos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no MRJ por ano

De forma a complementar a análise dos dados relativos aos casos novos e casos novos curados de tuberculose com confirmação laboratorial acessados pelo TABNET da SES-RJ, buscou-se estimar o percentual de casos de tuberculose pulmonar que de fato tiveram confirmação laboratorial antes ou durante o tratamento instituído. Foi realizada busca na base de dados do SINAN NET a partir do TABNET da SMS-RJ para complementar o antigo indicador do PREFAPS ainda disponível para acesso a partir da página da SES-RJ. Foi pesquisado o total de casos novos de tuberculose pulmonar por ano e esses foram estratificados de acordo com a menção de confirmação de diagnóstico laboratorial na notificação e o método de confirmação utilizado, evitando duplicidade na contagem de casos – por exemplo, a busca de diagnóstico por cultura foi realizada apenas em casos com baciloscopia e/ou teste rápido molecular (TRM) negativos. Da mesma forma, os casos confirmados por baciloscopia foram buscados excluindo os casos que tiveram TRM positivo. Calculou-se, então, o percentual de casos que tiveram menção de confirmação nas notificações realizadas no SINAN.

O percentual dos casos novos que tiveram confirmação laboratorial diminuiu de 68,2% para 58,3% entre os anos de 2016 e 2021, tendo apresentado o menor resultado em 2019 (57,1%). Tal situação pode representar um aumento nas barreiras de acesso para esses usuários, mesmo antes do início da epidemia da Covid-19 no município (Gráfico 13).

Nota-se também que houve um aumento gradual na proporção dos diagnósticos realizados por TRM em comparação à baciloscopia no município ao longo da série temporal. Com o aumento da disponibilidade do teste rápido molecular, seria razoável esperar um aumento no percentual de casos confirmados laboratorialmente e não uma redução deles. Também se observa que os diagnósticos realizados apenas por cultura se mantiveram em valores baixos, pouco expressivos. Durante o período pandêmico, o percentual de casos com confirmação se manteve similar a 2019, apresentando variação de apenas 1 ponto percentual (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN - Tuberculose. Acesso a partir do TABNET – SMS-RJ em junho de 2022. O número de casos apresentados se refere a casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação ambulatorial, notificados no MRJ e referentes a residentes no próprio município. Buscou-se por: total de casos novos de TB pulmonar; total de casos com teste rápido molecular positivo; total de casos com 1ª baciloscopia positiva e TRM não realizado ou inconclusivo (para evitar sobreposição de resultados que foram realizados TRM e baciloscopia); total de casos com cultura positiva e TRM ou baciloscopia não realizadas ou negativas.

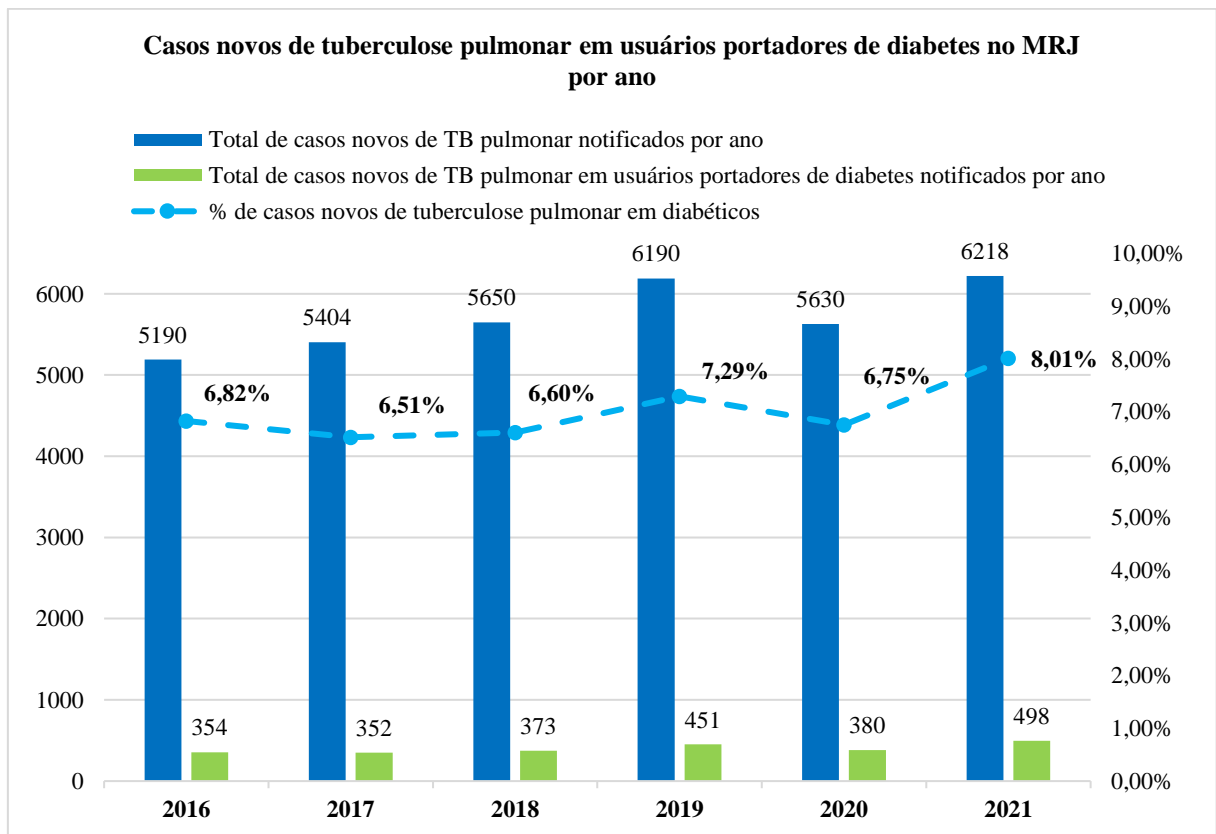
6.4.9 Casos novos de tuberculose pulmonar em usuários com diabetes no MRJ por ano

Para a avaliação dos casos novos de tuberculose em usuários portadores de diabetes e seu percentual em relação ao total de casos, buscou-se pelo total de casos novos notificados no MRJ de tuberculose pulmonar (com ou sem confirmação laboratorial, para residentes do MRJ) e desses, filtrou-se o número de casos com diabetes informado na notificação. Os dados são oriundos do SINAN NET, com acesso a partir do TABNET municipal.

Ao longo do período analisado, houve um aumento absoluto do número de casos de tuberculose em usuários com diabetes e um aumento relativo ao número total de casos novos de tuberculose pulmonar.

Em 2021, 8% do total de casos novos de tuberculose também eram portadores de diabetes mellitus enquanto em 2016 esse grupo correspondia a 6,82% dos casos. Esse aumento em relação ao total de casos novos corresponde a um aumento relativo de 17,44% na proporção desses usuários. Em números absolutos foram notificados 498 casos de tuberculose em usuários diabéticos enquanto em 2016 foram 354 correspondendo a um aumento de 40% nos casos de tuberculose em usuários diabéticos considerando-se toda a série temporal (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Casos novos de tuberculose pulmonar em usuários portadores de diabetes mellitus no município do Rio de Janeiro, por ano.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN - Tuberculose. Acesso a partir do TABNET – SMS-RJ em junho de 2022.

6.4.10 Número de consultas pré-natal por nascimento no MRJ em prestadores da rede pública por mês

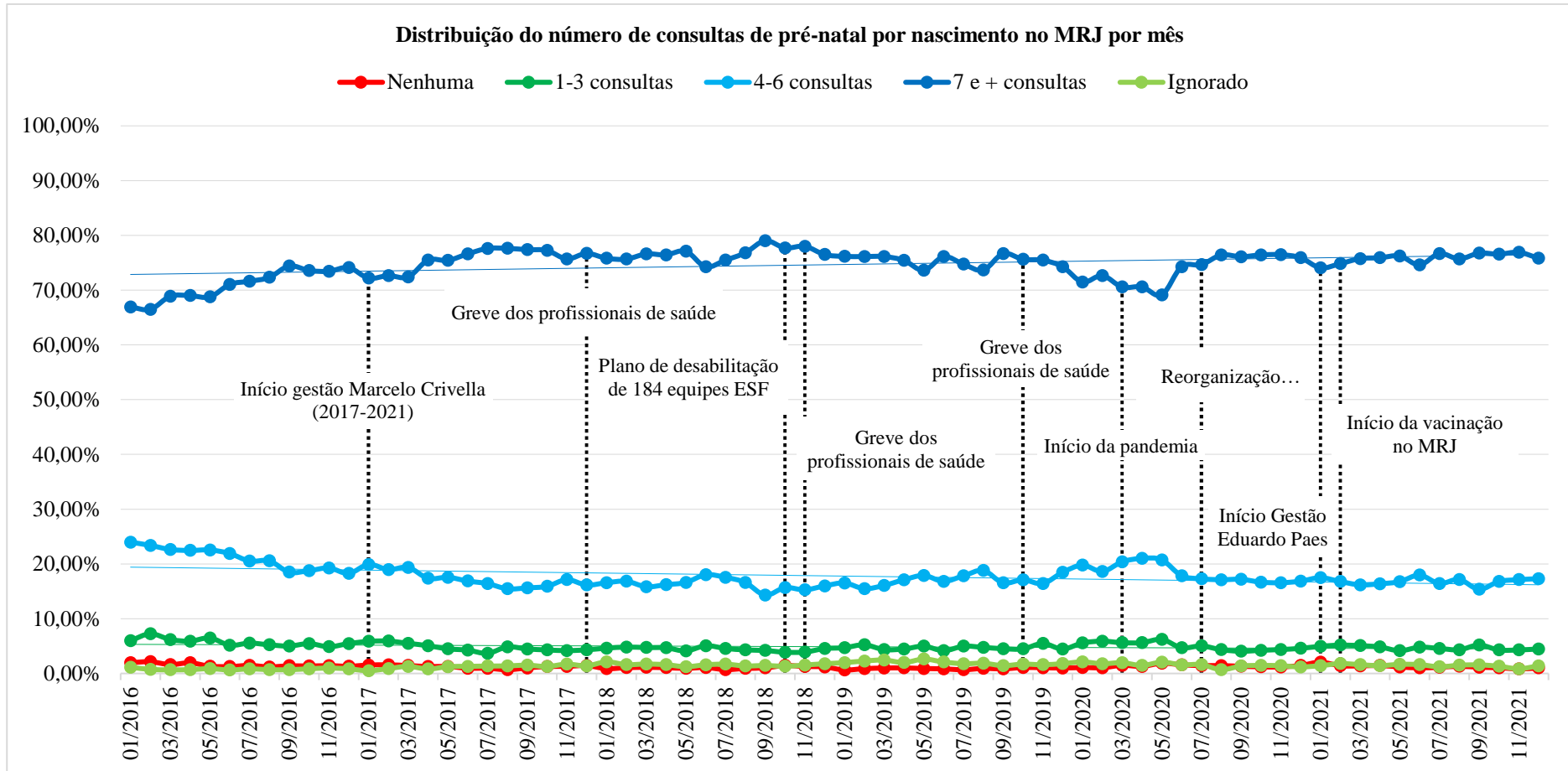
Buscou-se o número de consultas por nascido vivo a partir do TABNET da SMS-RJ, com dados oriundos do SINASC, e os resultados foram filtrados por tipo de prestador para maternidades municipais, estaduais, federais e de universidades públicas, representando um marcador de acesso e qualidade da assistência pré-natal na rede pública de maternidades no MRJ. Optou-se pela exclusão dos prestadores privados de modo a melhor representar o pré-natal que tem a APS do SUS no MRJ como porta de entrada. Vale ressaltar que a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal consiste em um dos indicadores do componente de monitoramento e avaliação do desempenho da APS pelo PREFAPS desde 2019. A meta para o indicador no programa é de 75% para as mulheres residentes em determinado local, sem menção de exclusão dos casos de nascimentos em instituições privadas ou filantrópicas.

Nota-se que até maio de 2016, menos de 70% dos nascidos vivos tinham 7 ou mais consultas durante o acompanhamento pré-natal de suas mães. É possível observar um aumento gradual desse número, seguido de período de estabilidade acima de 75% até meados de 2018, antes do plano de desabilitação de 184 equipes de ESF no município, chegando até a máxima de 79% dos nascimentos com 7 ou mais consultas em setembro de 2018 (Gráfico 15).

A partir de outubro de 2018, houve queda na proporção, se aproximando novamente de 70% dos nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal na segunda metade de 2019 e atingindo valores ainda mais baixos após o início da pandemia, em maio de 2020 (69%). Em julho do mesmo ano, houve aumento, seguido de período de estabilidade até o final da série avaliada. Durante o ano de 2021, com exceção de janeiro, ao menos 75% dos nascimentos tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal em todos os meses, e na maioria desses o valor se aproximou da máxima histórica, atingindo 77% (Gráfico 15).

Os nascimentos com nenhuma consulta registrada ou com esse registro ignorado representaram entre 1% e 2% do total de nascimentos durante todo o período. Os nascimentos com 4 a 6 consultas de pré-natal representaram até 24% dos nascimentos no início de 2016, apresentando queda ao longo do ano para valores abaixo de 20% até o início de 2020, antes da pandemia, quando se observa nova subida no percentual até maio do mesmo ano. A partir de junho, se manteve abaixo de 20% (entre 18 e 15% dos nascimentos).

Gráfico 15 – Proporção de nascimentos de acordo com o número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação no MRJ por mês, em maternidades da rede municipal, estadual, federal e de universidades públicas.

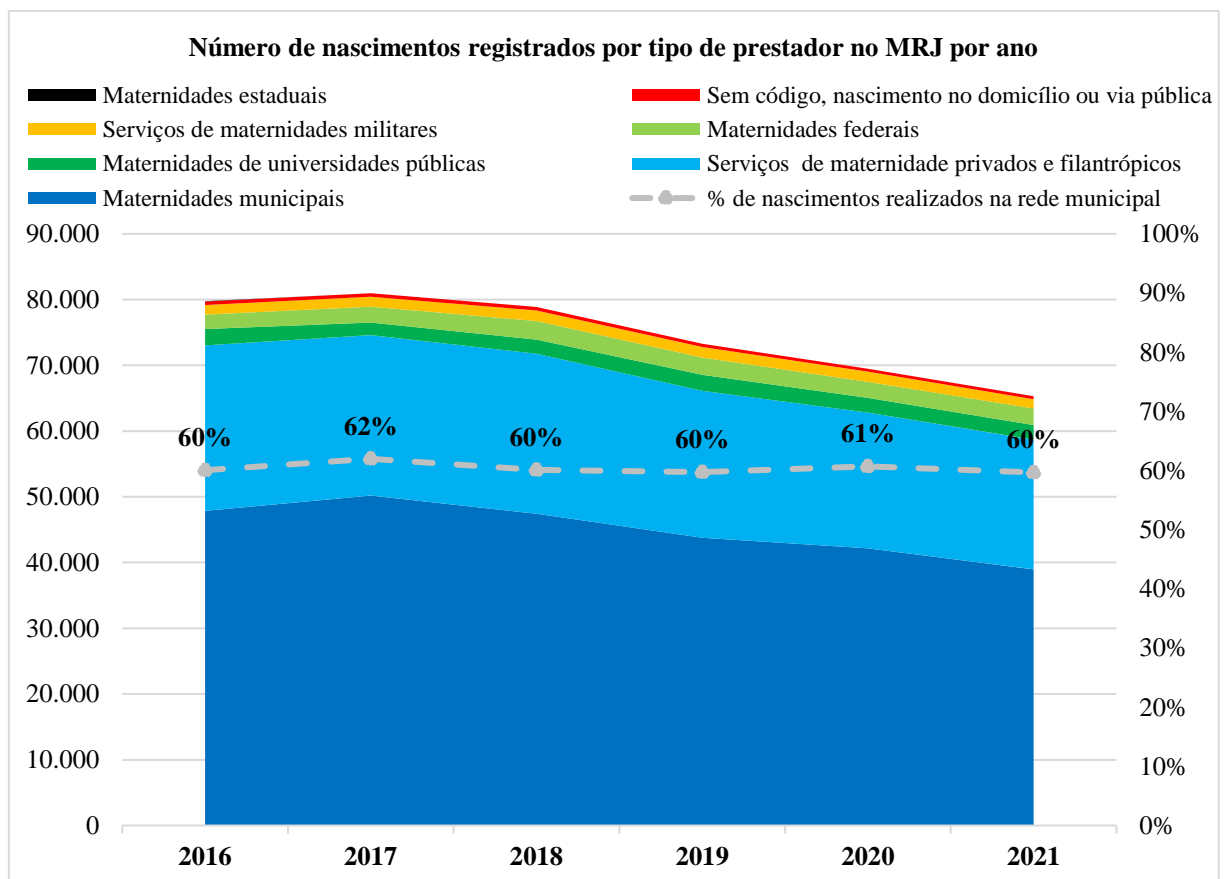


Fonte: Autoria própria. SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV – Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Acesso a partir do TABNET da SMS-RJ em junho de 2022. Dados referentes ao número de consultas por nascimento, filtrado por tipo de prestador, para residentes no MRJ. Inclui como prestadores as maternidades municipais, estaduais, federais e universidades públicas que têm a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada.

6.4.11 Número de nascimentos por tipo de prestador no MRJ por ano

Com relação ao número de nascimentos registrados por ano, de 2016 a 2021, de acordo com o tipo de prestador no município do Rio de Janeiro para gestantes residentes nesse local, calculou-se o percentual de nascimentos na rede de maternidades municipais, em sua maioria com acompanhamento realizado pela APS do município ou em acompanhamento conjunto com o pré-natal de alto risco. Os dados são oriundos do SINASC, com acesso pelo tabulador municipal de dados.

Gráfico 16 - Número de nascimentos registrados por tipo de prestador no MRJ por ano e percentual de nascimentos ocorridos na rede de maternidades municipais.



Fonte: Autoria própria. SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV – Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Acesso a partir do TABNET da SMS-RJ em junho de 2022. Dados referentes ao número de nascimentos por tipo de prestador para residentes no MRJ.

Destaca-se, ao longo da série temporal, a redução no número de nascidos vivos no MRJ por ano. Se comparados o total de nascimentos em 2016 e 2021, há uma redução de 14.427 nascimentos no ano de 2021, representando uma queda de 18% em relação a 2016 (Gráfico 16).

A maioria dos partos ocorreu nas maternidades municipais, em toda a série temporal. Esses representaram variação entre 60 e 62% dos nascimentos no período e contexto estudados.

Já os partos realizados por prestadores privados ou filantrópicos representaram de 32% (em 2016) a 30% (em 2021) do total de partos. Os nascimentos que ocorreram no domicílio, em via pública ou que não tiveram o local registrado representaram de 0,06 a 0,07% em todos os anos do período observado (Gráfico 16).

Apesar da redução de nascimentos na cidade, observa-se relativa estabilidade na distribuição entre os diferentes prestadores, destacando-se os prestadores municipais como os principais responsáveis pela assistência ao parto no município, tendo os serviços de APS como sua porta de entrada principal.

6.4.12 Proporção de nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal por tipo de prestador

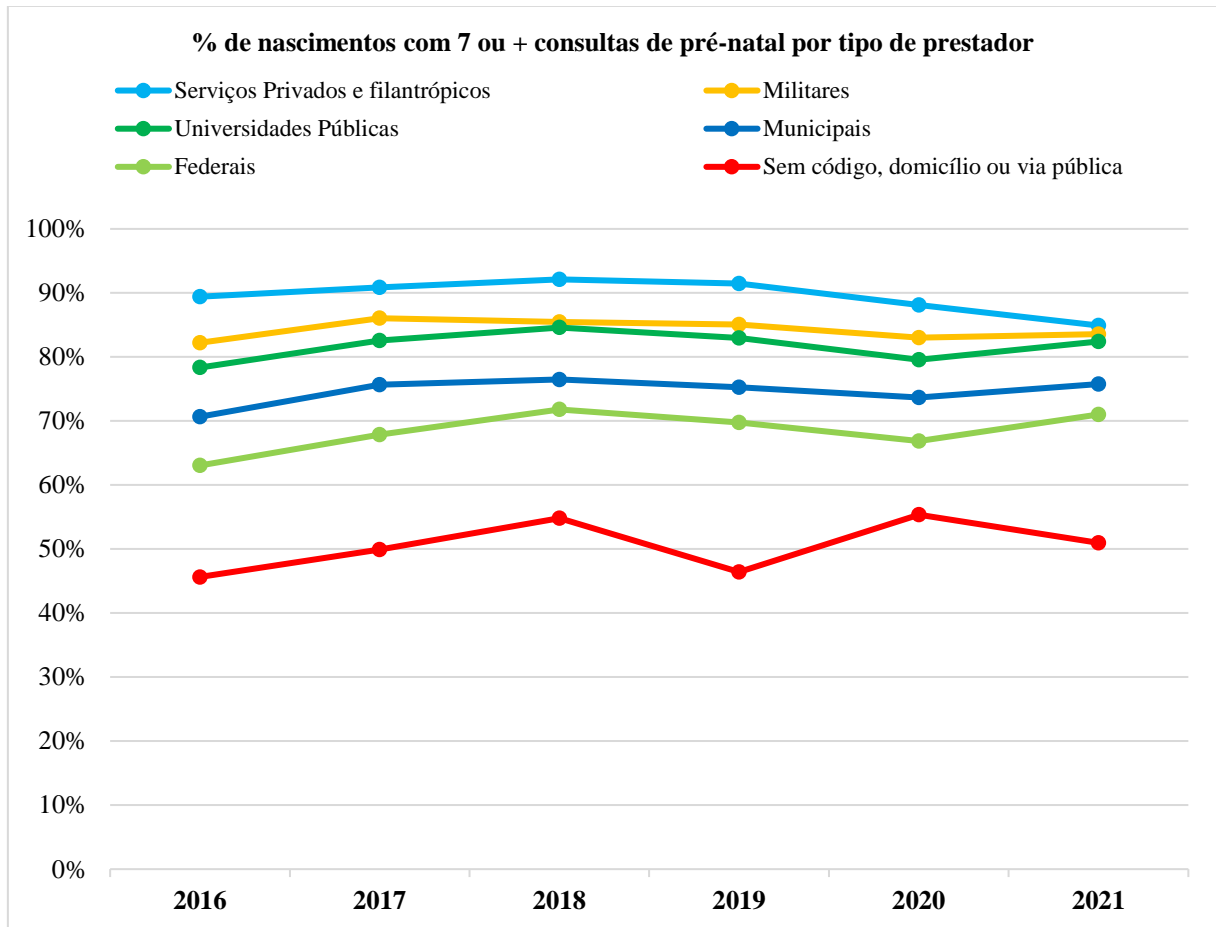
Foi buscado o número de nascimentos de mães residentes no MRJ com 7 ou mais consultas de pré-natal de acordo com o tipo de prestador com a intenção de comparar o comportamento desse indicador nos diferentes cenários de atenção. A partir do número de nascimentos para cada prestador, calculou-se o percentual de nascimentos de mães com 7 ou mais consultas para cada prestador, para o período de 2016 a 2021.

Observa-se que os prestadores privados ou filantrópicos apresentaram a melhor performance quanto ao percentual de nascimentos de mães com 7 ou mais consultas. No entanto, após a chegada da Covid-19 no município, houve queda desse número em 2020 e 2021 a patamares abaixo dos observados de 2016 a 2019. Até 2019, o percentual oscilou de 92% a 89%, chegando a 85% no ano de 2021 (Gráfico 17).

Nascimentos ocorridos em prestadores militares e universidades públicas demonstraram padrões similares. Em torno de 80 a 85% desses possuíam registro de ao menos 7 consultas de pré-natal ao longo do período.

Com relação aos nascimentos ocorridos nas maternidades municipais, por ano, esses apresentavam 7 ou mais consultas de pré-natal durante a gestação em 71% dos casos em 2016, 76% em 2017 e 2018, 75% e 74% em 2019 e 2020 e 76% em 2021. Portanto, houve discreta variação desse indicador ao longo do período com exceção de 2016, a despeito dos períodos de greve dos trabalhadores da APS, das reduções de equipes de ESF e do enfrentamento à Covid-19 no município (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Percentual de nascimentos com 7 ou mais registros de consulta de pré-natal por tipo de prestador no MRJ, por ano.

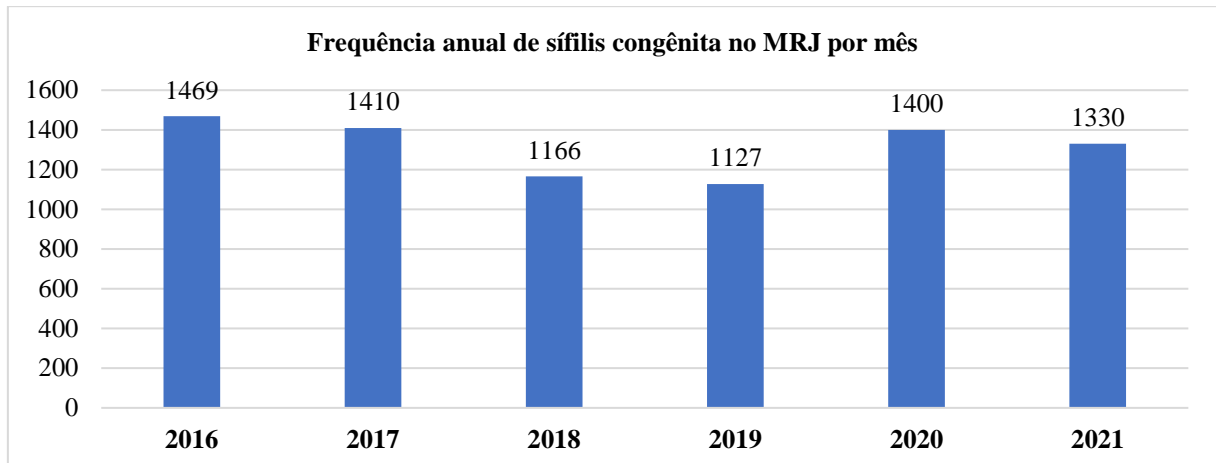


Fonte: Autoria própria. SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV – Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Acesso a partir do TABNET da SMS-RJ em junho de 2022. Dados referentes ao cálculo do percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas por tipo de prestador.

Por fim, nota-se que, ao longo de todo o período analisado, em média metade dos nascimentos ocorridos em via pública, no domicílio ou sem registro do local de nascimento tinham 7 ou mais consultas de pré-natal registradas durante a gestação (Gráfico 17).

6.4.13 Frequência anual de sífilis congênita no MRJ

Foi realizada busca quanto aos casos notificados de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro por ano para residentes de 2016 a 2021, com acesso a partir do TABNET da SMS-RJ, que recupera dados do SINAN NET (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Incidência anual de diagnóstico de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, por ano.

Fonte: Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN NET – Sífilis congênita. Acesso a partir do TABNET – SMS-RJ em junho de 2022. Quantidade de casos em registrados no MRJ em residentes do município, de 2016 a 2021.

Nota-se redução das notificações de sífilis congênita no MRJ de 2016 a 2019 (n=1.469 e n=1.330, respectivamente), representando uma queda de 23% dos casos nesse período. Em 2020, houve ascensão do número de casos, atingindo valores similares aos de 2016 a 2017, com um aumento de aproximadamente 24% no ano quando comparado ao ano anterior (2019). Já em 2021, houve queda discreta de 5% nas notificações de sífilis congênita no MRJ em comparação ao ano anterior (Gráfico 18).

Tabela 3 - Incidência anual de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro para nascidos vivos residentes no município, de 2016 a 2021

Ano	Nascidos vivos no MRJ por ano ¹²³	Frequência anual de sífilis congênita no MRJ por ano ¹²³	Incidência de sífilis congênita (casos/1.000 nascidos vivos) ¹²³
2016	79.740	1.469	18,4
2017	80.975	1.410	17,4
2018	78.889	1.166	14,8
2019	73.274	1.127	15,4
2020	69.499	1.400	20,1
2021	65.319	1.330	20,4

Fonte: Autoria própria. Acesso a partir do TABNET SMS-RJ em junho de 2022. Dados oriundos do ¹SINASC; ²SINAN NET; ³Incidência calculada pelo autor (casos a cada 1.000 nascidos vivos residentes no MRJ).

Estes números são relativos à frequência anual de sífilis congênita no MRJ e deve-se considerar que houve redução de 18% do número de nascimentos no município no período analisado. Por esse motivo, calculou-se a incidência anual de sífilis congênita a partir da divisão do número de casos de sífilis congênita em nascidos vivos residentes no MRJ pelo número total de nascidos vivos no município por ano, multiplicando-se esse valor por 1.000 (Tabela 3).

Ao calcular a incidência anual de sífilis congênita, é possível perceber dois ciclos de comportamento do indicador. Do ano 2016 até 2018, houve redução da frequência de sífilis congênita e relativa estabilidade no número de nascidos vivos no município, resultando em redução na incidência de 2016 até 2018, quando esta atingiu seu menor valor. A partir de então, nota-se queda no número de nascidos vivos a cada ano e aumento do número de casos notificados de sífilis congênita a partir de 2019, com aumento da incidência, chegando aos maiores valores registrados na série temporal em 2020 e 2021. Dessa forma, de 2018 a 2021, houve aumento de aproximadamente 38% na incidência de sífilis congênita no município (Tabela 3).

Destaca-se que o aumento na incidência ocorreu de forma abrupta em relação aos anos 2019 e 2020, quando essa taxa variou de 15,4 para 20,1 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. Ressalta-se que esse intervalo de tempo coincidiu com a redução súbita de um grande número de ACS no município e o início da epidemia de Covid-19 no município.

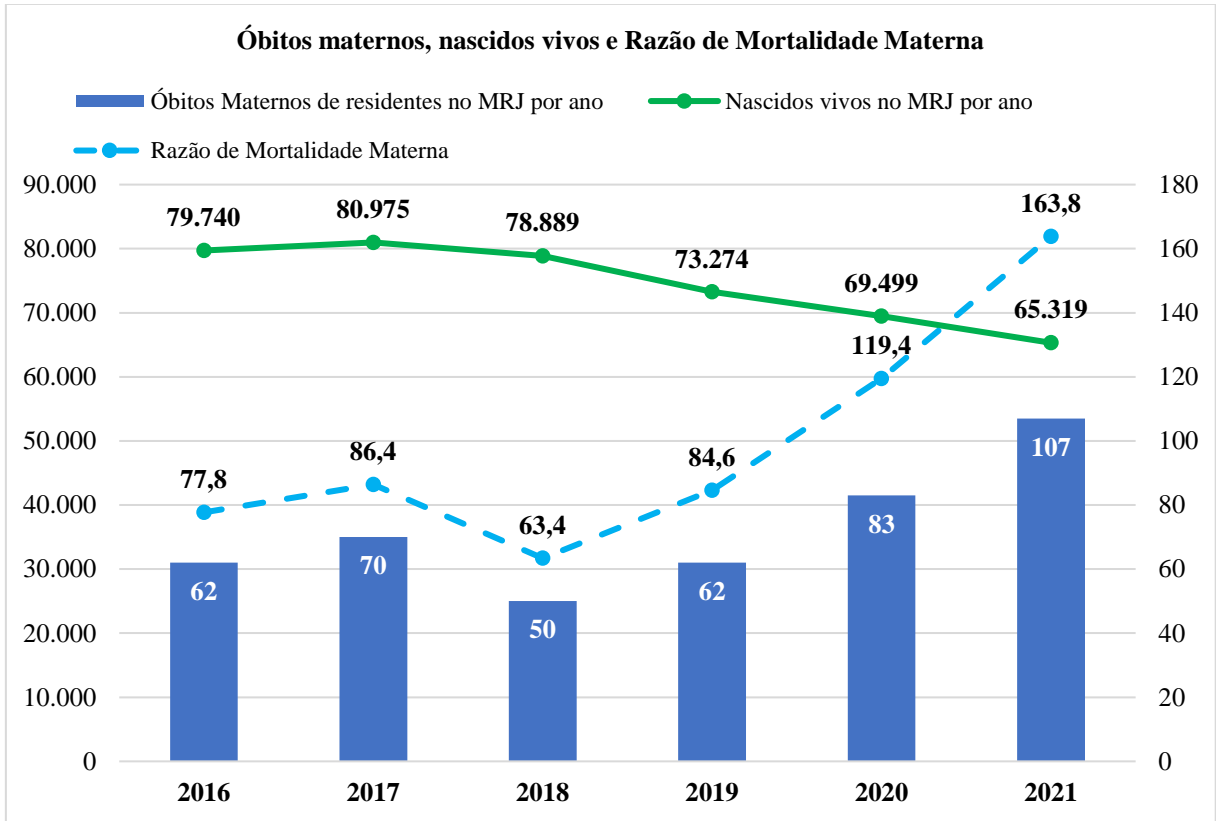
6.4.14 Ocorrências de óbitos maternos no MRJ por ano

Apesar do acesso à base de dados do SINASC estar disponível pelo TABNET municipal, o retorno da busca pela ocorrência de óbitos maternos gerou erro quando realizada pelo sistema de acesso mencionado, em múltiplas ocasiões. Por esse motivo, os dados relativos à ocorrência de óbitos maternos (definidos como óbitos ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o parto) foram solicitados via Lei de Acesso à Informação pelo canal de ouvidoria da prefeitura do município e disponibilizados de forma anônima, sem possibilidade de identificação dessas pessoas. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi calculada a partir da divisão dos óbitos maternos pelos nascimentos, multiplicados por 100.000.

Apesar da queda no número de nascimentos por ano no município, a partir de 2018 observa-se um aumento anual no número de óbitos maternos. De 2018 a 2021 houve um aumento acumulado de 114% no número de óbitos maternos no município, com incrementos anuais de 24%, 34% e 29%, respectivamente (Gráfico 19).

Quando observada a relação dos óbitos com os nascimentos, a partir do cálculo da RMM, observa-se aumento ainda mais significativo. De 2018 a 2021 houve um aumento acumulado de 158% na RMM, com incrementos anuais de 34%, 41% e 37% (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Ocorrências de óbitos maternos, nascidos vivos e Razão de Mortalidade Materna (RMM) no MRJ, por ano.



Fonte: Autoria própria. SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV – Dados referentes aos nascimentos oriundos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Acesso a partir do TABNET da SMS-RJ em junho de 2022. Dados referentes ao número de óbitos maternos fornecido pela SMS-RJ em resposta à solicitação via Lei de acesso à informação em maio de 2022. Razão de Mortalidade Materna (RMM) representa a razão expressa pelos óbitos maternos divididos pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 100.000.

6.4.15 Síntese dos Resultados

A variação anual dos principais indicadores selecionados foi calculada e apresentada em forma de tabela síntese (Tabela 4). Considerando a característica de continuidade dos indicadores de cobertura, optou-se por calcular a variação a cada ano destes, considerando a comparação entre janeiro e dezembro do mesmo ano. Por outro lado, para os indicadores de acesso com competência mensal, por exemplo aqueles que representam número de atendimentos mensais, calculou-se a média anual e a variação entre um ano e o anterior já que eles apresentam grande oscilação por mês. A variação dos indicadores de acesso com competência anual também foi calculada pela comparação entre dois anos consecutivos.

Tabela 4 – Síntese dos resultados: variação anual dos principais indicadores selecionados

	Indicadores	Variação anual					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cobertura e Acesso Geral	Equipes de Saúde da Família ¹	+28,9%	+0,8%	-8,3%	-20,1%	-10,2%	-
	Equipes de Saúde da Família equivalentes ¹	-11,7%	-7,1%	-9,8%	+0,7%	-3,4%	-
	Número de ACS ¹	+21,1%	-3,7%	-9,0%	-21,9%	-28,9%	-
	Cobertura populacional da APS ¹	+19,0%	+0,0%	-8,5%	-19,2%	-6,8%	-
	Cobertura populacional por ACS ¹	+43,5%	-3,3%	-8,6%	-24,0%	-30,8%	-
	Consultas médicas na APS ²	-	+10,0%	+2,5%	-3,0%	-26,8%	+29,4%
	Consultas de enfermagem na APS ²	-	+19,6%	+7,1%	+11,8%	-17,8%	+31,1%
Acesso por Condições Crônicas	Atendimentos de hipertensão arterial na APS ²	-	+15,2%	+1,5%	-40,2%	-63,1%	-6,8%
	Atendimentos de diabetes mellitus na APS ²	-	+15,8%	+3,4%	-39,8%	-59,6%	+0,2%
	Média consultas por equipe na APS ^{2,3}	-	-1,7%	+7,6%	+23,6%	-8,3%	-
	Média consultas de HAS por equipe na APS ^{2,3}	-	+0,1%	+4,6%	-29,0%	-55,5%	-
	Média de consultas DM por equipe na APS ^{2,3}	-	+0,6%	+6,6%	-28,6%	-51,1%	-
	Exame de pé diabético ⁴	-	-	-	-0,1%	-55,3%	+59,7%
	Aferição de pressão arterial ⁴	-	-	-	+161%	-6,9%	+22,4%
Acesso por Condições Crônicas	% de cura de CN de TB pulmonar confirmados	-	-1,5%	-1,0%	+0,9%	-11,4%	-20,7%
	% de CN de TB pulmonar com confirmação	-	-8,2%	-1,0%	-7,8%	+1,6%	+0,3%
	CN de TB pulmonar em portadores de diabetes	-	-0,6%	+6,0%	+20,9%	-15,7%	+31,1%
	% de nascimentos com 7 ou + consultas de PN ⁵	-	+6,6%	+1,4%	-1,7%	-2,1%	+2,8%
	Incidência anual de sífilis congênita	-	-5,5%	-15,1%	+4,1%	+31,0%	+1,1%
Razão de Mortalidade Materna	-	+11,2%	-26,7%	+33,5%	+41,1%	+37,2%	

Fonte: Autoria própria, 2022. Indicadores referentes ao MRJ, de 2016 a 2021. 1A variação anual dos indicadores de cobertura foi calculada entre o primeiro e último mês de cada ano, por isso inclui o resultado da variação no ano de 2016; os demais indicadores, por utilizarem a comparação da média anual, ou dos resultados entre os anos, apresentam dados a partir de 2017 em relação ao ano anterior. 2 A variação anual das consultas foi calculada a partir da média para cada ano, pela alta variabilidade mensal nestes indicadores. 3As consultas por equipe foram calculadas a partir da divisão do número de atendimentos, pelo número de equipes, a cada mês. 4 Dados disponíveis de 2018 a 2021. 5 Referentes à serviços de maternidades municipais, federais, estaduais e universitárias. ACS - Agentes Comunitários de Saúde; APS - Atenção Primária à Saúde; HAS - Hipertensão Arterial; DM - Diabetes Mellitus; CN - Casos Novos; TB - Tuberculose; PN - Pré natal.

7 DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou monitorar o acesso à Atenção Primária à Saúde para usuários com condições crônicas de saúde no município do Rio de Janeiro a partir indicadores gerais de cobertura e produção ambulatorial e indicadores específicos relacionados a condições crônicas a partir de traçadores (hipertensão, diabetes, tuberculose e atenção ao pré-natal). Para atender a seus objetivos, a pesquisa resultou em três produtos: a confecção de um painel de indicadores para o monitoramento do acesso de usuários com condições crônicas ao cuidado na APS no MRJ no período de 2016 a 2021; a exploração de aspectos do contexto político-institucional em que a APS do município se insere, como a PNAB 2017, as decisões de diferentes fases da gestão municipal, e seus reflexos na organização dos serviços da APS – como as greves dos profissionais e a desabilitação de equipes; e a sistematização, tabulação, representação gráfica e análise dos dados dos indicadores de cobertura e acesso geral e das condições traçadoras, a partir de informações provenientes de diferentes bancos de dados secundários e públicos. Os principais achados relativos à variação anual dos indicadores selecionados foram apresentados em forma de tabela síntese (Tabela 4). Os acontecimentos relevantes ao contexto APS do MRJ no período foram resumidos na linha do tempo (Figura 2). Sua exploração se mostrou relevante para a interpretação dos achados e para a inferência de hipóteses acerca da influência destes fatores sobre o comportamento dos indicadores ao longo do tempo.

Conceitualmente, as condições crônicas são definidas pela sua duração prolongada e pela necessidade de cuidados continuados e proativos pelos sistemas de saúde abrangendo condições além das doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo os cuidados perinatais, o acompanhamento de puericultura, as infecções de curso prolongado, entre outras. Com a transição epidemiológica no país e no município, essas condições representam uma parcela cada vez maior das necessidades em saúde da população e quando não manejadas adequadamente podem apresentar maior índices de complicações, acarretando aumento da morbimortalidade. A APS, preferencialmente organizada no modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família, é considerada fundamental para a oferta adequada de acesso a um cuidado continuado e equitativo para o manejo eficaz dessas condições de saúde, de acordo com as normativas vigentes do SUS. Com a disseminação do novo coronavírus e as repercussões para os sistemas de saúde, ganhou destaque a problemática das restrições de acesso à saúde para usuários portadores outras doenças além da Covid-19 e os riscos do surgimento de epidemias de complicações de condições crônicas como consequência dessas barreiras de acesso (MENDES, 2020). Nesse contexto, o município do Rio de Janeiro se apresentou como um caso

particularmente delicado, uma vez que os serviços de APS da cidade já vinham passando por diversas dificuldades nos anos antecedentes, incluindo ao menos 3 períodos de greve de profissionais de saúde, descredenciamento de equipes de ESF, vacância de profissionais, reduções nos números de ACS, de equipes NASF, além de atrasos salariais e instabilidade empregatícia. O presente estudo se faz importante pelo desconhecimento da influência da epidemia de Covid-19 e dos eventos ocorridos nos anos que a precederam, sobre o acesso à APS para esses usuários no caso do MRJ (FERNANDES; ORTEGA, 2020; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; O'DWYER *et al.*, 2019).

Os achados do presente estudo levantam como hipóteses que a crise na saúde pública da cidade deflagrada por projetos de governo conflitantes, com trocas de modelos de gestão e restrição orçamentária, ocasionaram barreiras de acesso, especialmente para usuários portadores de hipertensão e diabetes, observadas mesmo antes do início da epidemia no município. Tais dificuldades no acesso aos cuidados e ao acompanhamento longitudinal dos usuários pelas equipes da APS foram agravadas pelas restrições aos atendimentos decorrentes do quadro sanitário relativo à Covid-19, especialmente no ano primeiro do ciclo da pandemia (pré-vacinação).

No período entre 2016 e 2017, anos de continuidade do projeto de governo 2013-2016, houve expansão da APS, marcada por aumento no número de equipes, de ACS, da produção ambulatorial geral e dos atendimentos a hipertensos e diabéticos, assim como aumento do percentual de nascimentos de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal. De 2018 até o início de 2020, a exploração do contexto que cerca a APS do município revelou diversos fatores que podem ter contribuído para o surgimento de barreiras de acesso. Com a redução do orçamento empenhado para custear a APS a partir de 2018, atrasos salariais se tornaram frequentes. Greves impactaram os serviços por vários meses nesse período. Houve redução no número de equipes de APS completas e a desabilitação de 184 equipes de ESF no SCNES e SISAB. Também houve marcada redução no número de agentes comunitários de saúde. Apesar disso, não houve queda no número de atendimentos individuais totais realizados por médicos(as) e enfermeiros(as), como poderia ser esperado. Por outro lado, as consultas de diabetes e hipertensão apresentaram queda, representando gradativamente uma porção cada vez menor dos atendimentos realizados neste nível de atenção. Ao final de 2019 e início de 2020, os atendimentos para essas condições atingiram os valores mensais entre os mais baixos da série histórica, com exceção dos dois primeiros meses da epidemia de Covid-19 na cidade. Deve-se atentar que esses e outros fatos que ocorreram no período – que tem sido chamado de desmonte da APS do Rio de Janeiro – foram acompanhadas de iniciativas da gestão municipal

para aumento da produção individual dos profissionais da APS a partir de metodologias para a “melhoria da qualidade” oriundas da gestão industrial, como o LEAN e a aplicação do projeto LEGOS, buscando-se a otimização dos processos e aumento da produção ambulatorial – apesar da redução dos recursos. Esta estratégia foi explicitada no documento que propôs a redução de 184 equipes de ESF, em que se alegava que era possível “fazer mais com menos” (SUBPAV/SMS-RJ, 2018). Esses esforços foram criticados por possivelmente desvirtuar o funcionamento da APS na lógica da Estratégia de Saúde da Família e incluíam, por exemplo, acolhimento com triagem obrigatória por enfermeiras(os) também chamada de “escuta inicial”.

Após o início da epidemia da Covid-19 no MRJ, em março de 2020, houve um período de maior instabilidade para praticamente todos os indicadores observados que durou até junho do mesmo ano. Esse período corresponde à primeira onda de casos no município, com o maior número de notificações de SRAG e óbitos por infecção pelo coronavírus por mês. Destaca-se o mês de maio de 2020, quando pode-se observar uma redução de 1.086 ACS cadastrados no SCNES, durante um dos primeiros e piores meses de enfrentamento à epidemia no município. Essa redução expressiva no número de ACS se faz ainda mais marcante quando consideradas as novas atribuições incorporadas à rotina de trabalho da APS e os papéis assumidos por esses profissionais no enfrentamento da Covid-19, que envolviam ações de vigilância epidemiológica, educação em saúde, conscientização quanto às medidas de preservação da vida e de distanciamento social, e a preservação da equidade no acesso aos serviços de saúde para grupos prioritários (ENGSTROM *et al.*, 2020; HEINZELMANN; NET, 2021). A partir de 2021, os ACS – e os profissionais da APS de forma geral –, ainda em número reduzido, foram fundamentais para o sucesso da campanha de vacinação no município, tanto pela sua contribuição nos esforços operacionais, atuando como escribas e organizadores de fila (por exemplo), quanto na mobilização da população e comunidades, informando sobre datas e contribuindo para a boa adesão da população carioca. Além disso, os agentes têm papel fundamental no cuidado de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, assim como no tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose e no acompanhamento das gestantes do território. A redução destes profissionais pode estar relacionada ao expressivo aumento de casos de sífilis congênita, por exemplo, na medida que sua presença no território se tornou limitada, interferindo na realização de busca ativa de casos e monitoramento mensal de gestantes. Também é possível que a redução no percentual de casos novos curados de tuberculose tenha relação com a redução dessa categoria profissional.

O número de óbitos maternos e a razão de mortalidade materna não são indicadores diretamente relacionados ao acesso das gestantes à assistência pré-natal e não parecem se correlacionar com os resultados observados em relação ao número de consultas de pré-natal por gestante. De toda forma, ajudam a retratar o momento desafiador para os serviços de saúde da cidade, supondo-se que os resultados sejam relacionados principalmente à infecção pelo novo coronavírus e aumento no número de óbitos maternos por esse motivo. O número de casos de sífilis congênita, por outro lado, pode ser representativo do acesso das gestantes à APS onde a infecção pela sífilis deve ser diagnosticada e tratada na gestante e seu parceiro, tarefa que muitas vezes requer proatividade e vigilância em saúde pelos profissionais da equipe de referência.

Diversos estudos buscaram relatar as particularidades da APS do MRJ em relação à sua reforma, expansão e desmonte, explorando os modelos de gestão, os marcos políticos e até o comportamento de desfechos clínicos, como as internações por condições sensíveis à APS (CALDAS, 2020; COSTA *et al.*, 2021; GUIMARÃES; MARTINS; ELEUTERIO, 2021; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; O'DWYER *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2018; SILVA, 2020; SORANZ; PISCO, 2017). A pesquisa complementa as análises contextuais publicadas sobre parte do período aqui estudado, trazendo dados de cobertura e assistência que são de acesso público, mas que frequentemente não são observados pelos gestores, profissionais de saúde e pela sociedade de forma geral. O enfoque no monitoramento do acesso à APS para condições crônicas também se mostrou inovador, na medida que não foram encontrados estudos similares referentes ao MRJ. Além disso, o monitoramento do acesso para usuários que necessitam desses cuidados continuados e proativos pelo sistema de saúde ganha ainda mais relevância considerando a perspectiva da lei dos cuidados inversos de que aqueles que mais precisam de cuidados em saúde não são, de fato, os que recebem mais cuidados, e da Covid-19 enquanto sindemia, apresentando piores desfechos para aqueles com maior morbidade e vulnerabilidade social (HART, 1971; HORTON, 2020; SINGER *et al.*, 2017).

No entanto, muitas perguntas permanecem, uma vez que o estudo levanta hipóteses que devem ser mais bem exploradas por outras pesquisas. Nesse sentido, deve-se destacar as limitações e potencialidades inerentes às escolhas realizadas. Primeiramente, pela natureza do estudo, não se pode atribuir causalidade entre os achados observados e os eventos que ocorreram no período, ainda que inferências e hipóteses possam ser propostas. Há de se reconhecer o caráter exploratório desta pesquisa em que se optou pela busca de indicadores simples, variados e amplamente disponíveis. A estratégia permitiu um olhar abrangente, porém superficial. Por outro lado, ressalta-se que houve colaboração de gestores da SMS-RJ na avaliação da seleção de indicadores quanto a sua validade, pertinência e oportunidade,

agregando na relevância do painel enquanto estratégia de monitoramento com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão. A opção pela descrição das séries temporais utilizando apenas conceitos básicos da análise estatística descritiva, sem um aprofundamento técnico com a implementação de métodos de análise de séries temporais mais rebuscados, porém com um olhar abrangente, também está alinhada com a proposta de monitoramento custo-oportuno. Além disso, a escolha pela coleta de dados restrita às condições traçadoras pode não representar outras condições crônicas de saúde manejadas pela APS. As dificuldades se somam em relação ao estudo do acesso, na medida que se nota uma variedade de perspectivas e dimensões possíveis a se considerar para a construção da metodologia, de acordo com diferentes referenciais teóricos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A validade interna do estudo depende da confiabilidade dos indicadores e de sua relevância para a questão de pesquisa. Nesse sentido, um ponto sensível é a escolha da análise de indicadores que podem não estar diretamente relacionados ao acesso, como por exemplo o desfecho de óbitos maternos. Por outro lado, a utilização de indicadores que constam em programas institucionais de monitoramento do desempenho da APS é positiva tanto pela validade pressuposta dos indicadores quanto pelo propósito deste estudo de monitoramento de auxílio à tomada de decisão por gestores municipais, ganhando relevância na medida que esses programas interferem em repasses financeiros ao município, que auxiliam o custeio deste nível de atenção. Vale comentar, porém, que pode haver atraso intencional na atualização de algumas informações, como a vinculação dos profissionais das eqSF junto ao MS, justamente pelo impacto no repasse de recursos (CALDAS, 2020). Por fim, a heterogeneidade entre os diferentes serviços de APS nas áreas programáticas da cidade não pode ser evidenciada.

Os dados apresentados sobre as eqSF de 2016 a 2020 se referem ao número de equipes que preenchem os critérios de financiamento da APS segundo preconizado pelo Ministério da Saúde e representam, portanto, equipes com carga horária completa e não apenas as equipes homologadas no SCNES. No entanto, houve mudança na base de cálculo das equipes para o relatório de financiamento do SISAB a partir de 2021 por conta da mudança no modelo de financiamento da APS pelo Ministério da Saúde, que passa a considerar o número de cadastros ativos. Por esse motivo, os dados relativos a este ano não foram incluídos, já que apresentavam grande discrepância no número de equipes financiadas. Ainda, há falta de clareza na descrição da base de cálculo dessas equipes nas notas técnicas disponíveis no SISAB, dificuldade compartilhada com gestores da SMS-RJ consultados. Em que pese a grande redução do número de eqSF e conseqüentemente da cobertura da APS, vale ressaltar que é provável que parte dessa redução de cobertura tenha sido reabsorvida pelas equipes e pelos ACS, contribuindo para

equipes com número excessivo de cadastros e piores condições de trabalho, uma vez que o cálculo da cobertura utiliza um parâmetro fixo de 3450 pessoas por equipe. É de amplo conhecimento que existiam equipes com um número de cadastros maior que o preconizado e, portanto, o cálculo da cobertura é considerado impreciso. Essa possibilidade é reforçada pelo aumento da média de consultas por equipes e pode ter relação com a redução do percentual das consultas destinadas a condições como diabetes e hipertensão, concomitante a suposto aumento de atendimentos para condições agudas.

Estudos futuros sobre o monitoramento do acesso à APS por usuários com condições crônicas de saúde podem buscar a utilização de novos indicadores a partir de dados primários extraídos dos prontuários eletrônicos utilizados no município. Também seria relevante a desagregação de dados por condicionantes como idade, sexo, raça/cor, bairro, escolaridade e condição socioeconômica. A utilização de metodologias que permitam a desagregação por diferentes variáveis permitirá uma visão mais acurada quanto à heterogeneidade dos serviços de APS na cidade e a relação de outros fatores inerentes à população que podem impactar o acesso à saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é o nível de atenção responsável pelo acesso e acompanhamento longitudinal para usuários com condições crônicas de saúde. O município do Rio de Janeiro vinha vivenciando uma crise político-institucional anterior ao início da pandemia que desestruturou esses serviços de saúde. Nesse sentido, conclui-se que mesmo com o possível surgimento e agravamento de barreiras de acesso relacionadas à epidemia da Covid, especialmente nos primeiros meses desde seu início, os indicadores analisados apontam para uma tendência significativa de redução do acesso anterior a março de 2020. Após 3 anos de crise na APS carioca, a resiliência da rede foi testada ao seu limite e, especialmente a partir do final de 2019, demonstrou sinais de sobrecarga, impactando seus usuários. Os profissionais de saúde receberam as novas atribuições para o enfrentamento da Covid-19 no município em meio a um cenário de exaustão e redução de recursos. Para a efetiva reversão dos fenômenos observados, supõe-se que investimentos sejam necessários de forma a reconstituir e até ampliar equipes de Saúde da Família, ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde e aprimorar as condições de trabalho desses profissionais. O desenvolvimento de ferramentas de tecnologia para auxílio à vigilância em saúde pelas equipes (TORRES *et al.*, 2021) e iniciativas de educação continuadas sobre o diagnóstico e manejo longitudinal destas condições também podem representar estratégias viáveis para a melhoria da qualidade no acesso desse segmento de usuários. Além disso, parece fundamental o desenvolvimento de mecanismos para a continuidade das políticas públicas de saúde e dos modelos de gestão da APS, de forma a trazer sustentabilidade para a rede e seus profissionais, que sejam mantidos por governos futuros. Para além do manejo das consequências atuais da Covid-19 para os serviços de saúde, ressalta-se a importância da preparação de planos de contingência para outras possíveis emergências sanitárias que possam vir a impactar esses serviços de saúde no futuro, de forma a prevenir a recorrência ou agravamento das barreiras de acesso, considerando o aprendizado institucional oriundo dos mais de 2 anos de período pandêmico e a implementação de novas tecnologias. Espera-se que essa estratégia de monitoramento possa ser utilizada para acompanhar o resultado das medidas implementadas neste novo ciclo de gestão e que possam vir a influenciar no acesso à APS para portadores de condições crônicas de saúde no município.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208–220, 1974. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ARAÚJO, F.; MALLART, F.; GAUDENZI, P. Saúde: contextualizar o desmonte é essencial. **Le Monde Diplomatique**, Rio de Janeiro, 30 jun. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/contextualizar-o-desmonte-e-essencial/>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BBC BRASIL. Coronavírus: OMS declara pandemia. **BBC News Brasil**, São Paulo, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BERWICK, D.; FOX, D. “Evaluating the Quality of Medical Care”: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 94, n. 2, p. 237–241, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911723/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BODENHEIMER, T. *et al.* The 10 building blocks of high-performing primary care. **Annals of Family Medicine**, Ann Arbor, v. 12, n. 2, p. 166–171, 2014. Disponível em: <https://www.annfam.org/content/12/2/166>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BOECKEL, C. **Veja o esquema de saúde montado para a Olimpíada no Rio**. G1, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 15 jul. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/olimpiadas/rio2016/noticia/2016/07/veja-o-esquema-de-saude-montado-para-olimpiada-no-rio.html>. Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM 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). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. 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 União: Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2012a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Senado. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372. Senado Federal: 26 out. 2021a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/txtmat?codmat=148070>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Requerimento nº 1371**. Criação de CPI para apurar as ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no Brasil e, em especial, no agravamento da crise sanitária no Amazonas com a ausência de oxigênio para os pacientes internados. Brasília, DF, 2021b. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/148070>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 26 out. 2021.

CALDAS, A. L. F. R. **Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: interações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como indicador de efetividade de 2008 a 2018**. 2020. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020. Acesso em: 26 out. 2021.

CASTRO, D. M. de *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das interações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/>. Acesso em: 20 set. 2021.

CASTRO, F. No Rio, servidores denunciam desmonte na área da saúde. **Brasil de Fato - Rio**

de Janeiro, Rio de Janeiro, 31 out. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefatorj.com.br/2018/10/31/no-rio-servidores-denunciam-desmonte-na-area-da-saude>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CAVALCANTE, J. R.; ABREU, A. de J. L. de. Covid-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 29, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/Dg6LJRhyfzqzTRgKyq3Wx9Lz/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ ANTONIO IVO DE CARVALHO. Brasil e mais 193 países assinam a D. de A. compromisso com a atenção primária à saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 30 out. 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Brasil-e-mais-193-paises-assinam-a-Declaracao-de-Astana-compromisso-com-a-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 20 jun. 2022.

COELHO, A. Prefeitura inicia processo para devolver a OSs a gestão de unidades básicas de saúde. **O Globo**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 7 jan. 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-inicia-processo-para-devolver-oss-gestao-de-unidades-basicas-de-saude-1-24827129>. Acesso em: 20 jun. 2022.

COLLUCCI, C.; FARIA, F. Pandemia de Covid-19 causa queda de consultas e internações no SUS e aumenta desassistência. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 jun. 2021a. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/06/pandemia-de-covid-19-causa-queda-de-consultas-e-internacoes-no-sus-e-aumenta-desassistencia.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2022.

COLLUCCI, C.; FARIA, F. Porta de entrada do SUS, atenção primária tem queda de 49% de consultas. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 jun. 2021b. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/06/porta-de-entrada-do-sus-atencao-primaria-tem-queda-de-49-de-consultas.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. *et al.* **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Acesso em: 20 nov. 2021.

COOK, L. L. *et al.* Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 8, n. 4, p. E722–E730, 2020. Disponível em: <https://www.cmajopen.ca/content/8/4/E722.abstract>. Acesso em: 10 nov. 2021.

COSTA, N. do R. *et al.* A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2075–2082, jun. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000602075&tlng=pt. Acesso em: 20 nov. 2021.

DEISTER, J. Crise da saúde no município do Rio deixa unidades sem medicamentos. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 9 nov. 2017. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/11/09/crise-da-saude-no-municipio-do-rio-deixa-unidades-sem-medicamentos>. Acesso em: 20 jun. 2022.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691–729, 1966. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16279964/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ENGSTROM, E. *et al.* Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19: Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 08 dez. 2021.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317–321, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 jan. 2021.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8cWVJsGKzFBpKvg8KNw8k/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2021

G1. Casos de dengue em janeiro de 2016 no Rio aumentaram 150 %. **G1**, Rio de Janeiro, 3 fev. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/02/casos-de-dengue-em-janeiro-de-2016-aumentaram-150-em-relacao-2015.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

G1. Crise na Saúde do Rio: veja como está o atendimento na rede municipal nesta terça-feira. **G1–RJ1**, Rio de Janeiro, 10 dez. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/12/10/crise-na-saude-do-rio-veja-como-esta-o-atendimento-na-rede-municipal-nesta-terca-feira.ghtml>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Relatório de Pesquisa: Estado do Rio de Janeiro. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/11/30/desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus-resultados-para-o-estado-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

GIOVANELLA, L.; MEDINA, M. G. *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895–901, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300895&tlng=pt. Acesso em: 22 ago. 2021.

GLAZIER, R. H. *et al.* Shifts in office and virtual primary care during the early Covid-19 pandemic in Ontario, Canada. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 193, n. 6, p. 11, 2021. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/193/6/E200>. Acesso em: 20 jul. 2021.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **British Medical Journal**, London, 2020. Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>. Acesso em: 26 jul. 2021.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça et al. APS+10: painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2022. Relatório de pesquisa. Acesso em: 05 jun. 2022.

HART, J. T. The Inverse Care Law. **The Lancet**, London, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/abstract). Acesso em: 10 ago. 2021.

HEINZELMANN, R.; NET, R. L. C. **Recomendações da SBMFC para a APS durante a Pandemia de Covid-19**. 4. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2021. v. 1. Acesso em: 26 jul. 2021.

HORTON, R. Offline: Covid-19 is not a pandemic. **The Lancet**, London, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/abstract). Acesso em: 26 jul. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON MONITORING ACCESS TO PERSONAL HEALTH CARE SERVICES. **Access to Health Care in America**. Millman M., editor. Washington (DC): National Academies Press (US), 1993. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

KENDZERSKA, T. *et al.* The Effects of the Health System Response to the Covid-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. **Risk Management and Healthcare Policy**, Auckland, v. 14, p. 575–584, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7894869/>. Acesso em: 26 jul. 2021.

LEE, T. H. The Invisible Patient: Caring for Those without Covid-19. **NEJM Catalyst**, Waltham, , p. 3, 2020. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0139>. Acesso em: 16 jun. 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&tlng=pt. Acesso em: 26 jun. 2021.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 4593–4598, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DvfHFsvqYzXN4bPX9HbsBxj/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização

Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
 Acesso em: 23 jun. 2021.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O lado oculto de uma Pandemia: a Terceira Onda da Covid-19 ou o Paciente Invisível**. Brasília: CONASS, 2020. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Especial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 (Semana Epidemiológica 27 4/7 a 10/7/2021). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/16/boletim_epidemiologico_covid_71.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

NITAHARA, A. Rio aplica dose de reforço da vacina contra a Covid-19 para 56 anos. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 21 dez. 2021. Disponível em:
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-12/rio-aplica-dose-de-reforco-da-vacina-contracovid-19-para-56-anos>. Acesso em: 05 jun. 2022.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555–4568, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&tlng=pt. Acesso em: 01 jul. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Apontamentos para estudo de sistemas de saúde: análise multifacetada e agravos traçadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 102, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/179824>. Acesso em: 23 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Covid-19 Weekly Epidemiological Update**. 47.ed. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em:
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 10 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaration of Astana**. Astana: Global Conference on Primary Care, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.61>. Acesso em: 19 mai. 2022.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1257–1267, 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/csc/a/6nJCDSJZNSZBhMWDzwvmMgv/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

REIS, V. A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro. **ABRASCO**, Rio de Janeiro, 13 nov.

2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

RITCHIE, H. *et al.* Coronavirus Pandemic (Covid-19). **Our World in Data**. Publicação online, 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; REGO, S. R. de M. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 147–159, 17 ago. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/SyXTcydf5SY95thHLG7tJjv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 mai. 2022.

SANTOS, L. P. R. dos *et al.* Interações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178–183, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200178&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jun. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

Secretaria de Saúde confirma surto de chikungunya em cidades do R. **G1**. Rio de Janeiro, 23 mar. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/03/secretaria-de-saude-confirma-surto-de-chikungunya-em-cidades-do-rj.html>. Acesso em: 9 jul. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Covid-19**: Boletim epidemiológico. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021(Semana epidemiológica 26). Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, B. Z. da. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300307&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2021.

SINGER, M. *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. **Lancet**, London, v. 389, n. 10072, p. 941–950, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext). Acesso em: 20 ago. 2021.

SMS-RJ. Painel Rio Covid-19. **EpiRio**: Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados

primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 819–830, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/LSLKbSXJqmbBqJzszmr5r4y/?lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 07 jun. 2021.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 679–686, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/cQm6vch8PbDMXxBphCPbtVc/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7934497/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SUBPAV/SMSRJ. **Reorganização dos Serviços de APS - Estudo para Otimização de Recursos**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2018. Acesso em: 20 ago. 2021.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839–849, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2021.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927–934, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2021.

THE LANCET. Covid-19 in Brazil: “So what?” **The Lancet**, London, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext). Acesso em: 05 jun. 2021.

TORRES, D. R. *et al.* Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de *Business Intelligence* na Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2065–2074, 30 jun. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/FtM4gkQhXP3MKqL49hgZRXx/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

TRAJETÓRIA histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1351–1364, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/796ZCqXpRY5ysskG3TyqxJf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2021.

VIDAL, T. B. Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da atenção primária à saúde na percepção dos usuários do município de Florianópolis, SC. 2018. 244 f. Tese de doutorado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198838/PGSC0206-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jul. 2021.

WHO. **Role of primary care in the Covid-19 response**. WHO Western Pacific Region: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>. Acesso em: 18 ago. 2021.

WIENER, N. **Extrapolation, Interpolation, and Smoothing of Stationary Time Series: With Engineering Applications**. Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press, 1966. Acesso em: 26 ago. 2021.

APÊNDICE A: PARECER DE DISPENSA CEP/ENSP Nº 19/2021



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2021.

Parecer de Dispensa de Análise Ética Nº 19/2021

Título do Projeto: “Acesso à Atenção Primária no município do Rio de Janeiro: monitoramento dos efeitos da COVID 19 sobre as condições crônicas de saúde”

Pesquisador Responsável: João Victor Bohn de Albuquerque Alves

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Tipo do projeto: Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – ENSP

Data de qualificação: 10 / 09 / 2021

Data de recebimento no CEP-ENSP: 14 / 12 / 2021

Data de apreciação: 16 / 12 / 2021

De acordo com a documentação do projeto descrito acima, em versão encaminhada via e-mail ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 14/12/2021, o estudo será desenvolvido exclusivamente com dados/informações de bases secundárias de domínio público, e portanto, é dispensado de apreciação ética pelo Sistema CEP-CONEP (Resolução CNS/CONEP nº 510/2016, Art. 1º).

Importante ressaltar que, caso haja necessidade de acesso a indivíduos ou a base de dados ou documentos de acesso restrito no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, será imprescindível a submissão do projeto ao CEP por meio da Plataforma Brasil, para apreciação ética, antes de efetuar as modificações.

Atenciosamente,

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora Adjunta do CEP/ENSP

Cassius Schnell Palhano Silva
Coordenador Adjunto do CEP/ENSP

APÊNDICE B: PAINEL PRELIMINAR DE INDICADORES

Quadro 3 - Painel preliminar de indicadores selecionados pelo pesquisador para discussão e pactuação com gestores do SMS-RJ.

Dimensão	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
Processo	Carga horária ambulatorial médica na Atenção Primária*	Carga horária de profissionais médicos e de enfermagem cadastrados no SCNES e lotados em estabelecimentos do tipo: 01 (Posto de Saúde); 02 (Centro de Saúde - Unidade Básica de Saúde); 32 (Unidade Móvel Fluvial); e 40 (Unidade Móvel Terrestre).	CNES	TABNET – SES-RJ
Processo	Carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Primária		CNES	TABNET – SES-RJ
Processo	Equipes de Saúde da Família	Número de equipes da Estratégia Saúde da Família, formada por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada, formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental.	CNES	TABNET – SES-RJ
Processo	Cobertura populacional estimada na Atenção Primária**	Percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Primária tradicional e de Saúde da Família Equivalentes, em relação à estimativa populacional.	CNES	TABNET – SES-RJ
Processo	Cobertura populacional Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde vinculados a equipes da Estratégia Saúde da Família, equipes de Atenção Primária parametrizada e equipes de Agentes Comunitários de Saúde, dada pelo percentual da população coberta por esses agentes em relação à estimativa populacional.	CNES	TABNET – SES-RJ
Resultado	Consultas médicas na APS	Número total de atendimentos individuais efetuados por médicos no período na Atenção Primária à Saúde.	SISAB	TABNET – SES-RJ

Dimensão	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
Resultado	Consultas de enfermagem na APS	Número total de atendimentos individuais efetuados por enfermeiros no período Atenção Primária à Saúde.	SISAB	TABNET – SES-RJ
Resultado	Razão de consultas médicas na APS	Razão de consultas médicas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ
Resultado	Razão de consultas de enfermagem na APS	Razão de consultas de enfermagem realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado.	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ
Resultado	Atendimentos de diabetes mellitus	Número de atendimentos individuais de pacientes por médicos ou enfermeiros das equipes de ESF com a condição de saúde avaliada de diabetes mellitus.	SISAB	TABNET – SES-RJ
Resultado	Exame de pé diabético	Número de registros de exames dos pés de indivíduos com diagnóstico de diabetes, por médicos ou enfermeiros, na APS.	SISAB	TABNET – SES-RJ
Resultado	Atendimentos de hipertensão arterial	Número de atendimentos individuais de pacientes por médicos ou enfermeiros das equipes de ESF com a condição de saúde avaliada de hipertensão arterial sistêmica.	SISAB	TABNET – SES-RJ
Resultado	Razão de atendimentos de diabéticos 20 anos e mais	Apresenta a razão entre o número de atendimentos de médicos e de enfermeiros a diabéticos na APS e o número de diabéticos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ
Resultado	Razão de atendimentos de hipertensos 20 anos e mais	Apresenta a razão entre o número de atendimentos de médicos e de enfermeiros a hipertensos na APS e o número de hipertensos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais	SISAB e CNES	TABNET – SES-RJ
Resultado	Casos novos de tuberculose pulmonar	Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados.	SINAN	TABNET – SES-RJ

Dimensão	Indicador	Descrição	Base de dados	Sistema de Consulta
Resultado	Taxa de cura de tuberculose pulmonar	Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados.	SINAN	TABNET – SES-RJ
Resultado	Gestantes com o primeiro atendimento de pré-natal	Total de gestantes com atendimento de pré-natal registrado na estratégia e-SUS AB no período, com número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) registrado	SISAB	MS
Resultado	Gestante com o primeiro atendimento até a 12º semana de gestação	Nº de gestantes que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação.	SISAB	MS
Resultado	Número de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana	Nº de gestantes que tiveram seus exames avaliados até sua 20ª semana de gestação.	SISAB	MS
Resultado	Número de consultas de pré-natal por gestante	Número de consultas de pré-natal realizadas por cada gestante até o término da gestação	SISAB	MS
Resultado	% de nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal	Proporção (%) de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e período com sete ou mais consultas de pré-natal sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.	SINASC	TABNET – SES-RJ
Resultado	Notificações de Síndrome Gripal	Notificações de síndrome gripal filtradas para as unidades de APS do MRJ.	e-SUS VE	MS

Fonte: Elaboração própria, 2021.

APÊNDICE C: TABELAS COMPLETAS REFERENTES AOS INDICADORES ANALISADOS

Tabela 5 - Indicadores relacionados à Covid-19 e seu enfrentamento no MRJ por mês.

Mês	Casos confirmados de Covid-19 ¹	Casos de SRAG notificados ²	Doses de vacinação contra Covid-19 ³
01/2020	1	19	-
02/2020	25	12	-
03/2020	7	1.372	-
04/2020	766	9.597	-
05/2020	8.891	12.282	-
06/2020	14.191	5.859	-
07/2020	16.613	4.362	-
08/2020	10.386	4.315	-
09/2020	14.595	4.544	-
10/2020	12.885	4.239	-
11/2020	11.874	6.593	-
12/2020	21.071	9.344	-
01/2021	33.054	6.137	133.816
02/2021	22.659	4.577	309.606
03/2021	10.120	8.920	549.585
04/2021	25.706	9.687	1.255.850
05/2021	26.730	8.013	1.020.215
06/2021	30.812	6.150	922.895
07/2021	24.746	5.554	1.660.404
08/2021	27.092	6.308	2.057.560
09/2021	49.637	4.178	1.719.007
10/2021	21.281	1.960	1.320.876
11/2021	6.391	1.612	1.173.364
12/2021	4.359	2.726	640.324

Fonte: Elaboração própria, 2022. ¹Dados oriundos do e-SUS Notifica. ²Dados oriundos do SIVEP Gripe. ³Dados oriundos do SIPNI. Acesso pelo TABNET SMS-RJ em junho de 2022.

Tabela 6 - Ações de saúde realizadas na APS do MRJ por mês (Aferição de pressão arterial e Exame do pé diabético)

Mês	Aferições de pressão arterial ¹	Exames do pé diabético ²
01/2018	27.918	978
02/2018	17.519	603
03/2018	24.828	949
04/2018	32.372	981
05/2018	40.450	1.261
06/2018	42.410	1.103
07/2018	50.622	1.615
08/2018	59.855	1.494
09/2018	57.448	1.444
10/2018	71.983	1.637

Mês	Aferições de pressão arterial¹	Exames do pé diabético²
11/2018	52.747	1.227
12/2018	51.093	1.443
01/2019	75.503	2.169
02/2019	84.307	1.398
03/2019	68.395	994
04/2019	100.190	1.158
05/2019	150.596	1.648
06/2019	129.980	1.855
07/2019	157.615	1.448
08/2019	147.091	1.091
09/2019	142.764	1.156
10/2019	164.313	904
11/2019	104.547	579
12/2019	56.574	316
01/2020	117.989	685
02/2020	80.996	513
03/2020	76.794	354
04/2020	49.573	20
05/2020	27.112	63
06/2020	85.235	357
07/2020	130.832	761
08/2020	152.440	764
09/2020	159.925	902
10/2020	153.038	922
11/2020	133.471	778
12/2020	118.981	460
01/2021	114.895	403
02/2021	114.672	506
03/2021	148.215	644
04/2021	118.505	366
05/2021	136.402	542
06/2021	140.673	647
07/2021	109.358	494
08/2021	157.794	1.055
09/2021	147.856	1.402
10/2021	142.967	1.708
11/2021	138.455	1.699
12/2021	104.324	1.041

Fonte: Elaboração própria, 2022.^{1,2} Dados oriundos do SISAB. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022.

Tabela 7 - Indicadores gerais de cobertura, produção e de acesso no MRJ, por mês, relativos ao período de 2016 a 2021.

Mês	Equipes de Saúde da Família¹	Outras equipes de APS (Equipes de Saúde da Família equivalentes)²	Agentes Comunitários de Saúde³	Cobertura populacional da Atenção Primária⁴	Cobertura populacional Agentes Comunitários de Saúde⁵	Consultas por equipe de APS⁶	Consultas de hipertensão arterial por equipe por mês⁷	Consultas de diabetes mellitus por equipe⁸
01/2016	866	196	5.424	57,6%	39,1%	339	97	38
02/2016	887	189	5.462	58,4%	48,2%	290	82	32
03/2016	895	197	5.551	59,1%	48,5%	424	112	44
04/2016	904	208	5.575	59,0%	49,3%	433	111	44
05/2016	899	198	5.560	58,2%	49,5%	428	111	44
06/2016	932	207	5.615	60,4%	49,4%	418	113	46
07/2016	964	188	5.707	61,2%	49,9%	533	157	64
08/2016	983	183	5.732	62,0%	50,7%	651	203	83
09/2016	1.042	180	6.121	65,0%	50,9%	619	191	76
10/2016	1.065	182	6.243	66,3%	54,3%	548	160	63
11/2016	1.062	179	6.316	66,0%	55,4%	531	148	58
12/2016	1.116	173	6.566	68,6%	56,1%	334	94	37
01/2017	1.172	169	6.609	70,9%	58,3%	452	129	50
02/2017	1.179	171	6.648	71,4%	58,5%	365	103	41
03/2017	1.161	179	6.638	70,8%	58,8%	477	132	52
04/2017	1.172	171	6.634	71,0%	58,7%	397	111	43
05/2017	1.183	159	6.607	71,2%	58,7%	537	157	62
06/2017	1.180	160	6.609	71,0%	58,5%	476	133	53
07/2017	1.178	161	6.519	70,8%	58,5%	521	157	64
08/2017	1.170	159	6.438	70,3%	57,7%	599	179	72
09/2017	1.190	162	6.517	71,7%	57,0%	514	156	62
10/2017	1.199	162	6.503	72,0%	57,7%	483	144	57
11/2017	1.194	153	6.368	71,5%	57,5%	320	90	37
12/2017	1.181	157	6.367	70,9%	56,3%	314	90	38
01/2018	1.190	153	6.357	71,0%	56,3%	452	145	59
02/2018	1.180	159	6.251	70,7%	56,1%	329	96	39
03/2018	1.160	156	6.207	69,5%	55,1%	482	126	51
04/2018	1.140	152	6.203	68,3%	54,7%	501	141	57

Mês	Equipes de Saúde da Família ¹	Outras equipes de APS (Equipes de Saúde da Família equivalentes) ²	Agentes Comunitários de Saúde ³	Cobertura populacional da Atenção Primária ⁴	Cobertura populacional Agentes Comunitários de Saúde ⁵	Consultas por equipe de APS ⁶	Consultas de hipertensão arterial por equipe por mês ⁷	Consultas de diabetes mellitus por equipe ⁸
05/2018	1.166	151	6.115	69,6%	54,7%	556	165	67
06/2018	1.170	149	6.083	69,7%	53,9%	462	138	55
07/2018	1.156	152	6.037	69,2%	53,6%	538	165	67
08/2018	1.160	145	5.993	69,0%	53,2%	564	159	64
09/2018	1.166	141	5.962	69,1%	52,9%	522	146	60
10/2018	1.149	141	5.905	68,2%	52,6%	549	146	60
11/2018	1.103	143	5.839	65,9%	52,1%	435	105	44
12/2018	1.091	138	5.784	65,0%	51,5%	477	122	51
01/2019	1.074	138	5.758	62,5%	51,0%	652	157	66
02/2019	1.030	150	5.333	60,8%	49,5%	643	133	55
03/2019	978	140	5.202	57,7%	45,8%	459	89	36
04/2019	973	141	5.054	57,5%	44,7%	583	109	44
05/2019	978	126	5.064	57,1%	43,4%	775	137	55
06/2019	966	122	5.049	56,3%	43,5%	693	124	50
07/2019	935	126	4.794	54,9%	43,4%	650	93	38
08/2019	896	129	4.726	52,9%	41,2%	597	78	32
09/2019	882	122	4.556	51,8%	40,6%	650	82	34
10/2019	871	121	4.555	51,2%	39,2%	717	76	31
11/2019	876	136	4.508	51,3%	39,2%	512	59	24
12/2019	858	139	4.498	50,5%	38,8%	325	36	16
01/2020	859	118	4.479	49,4%	38,7%	592	68	29
02/2020	834	140	4.421	49,1%	38,3%	416	36	15
03/2020	851	139	4.274	49,9%	37,8%	459	38	15
04/2020	798	142	4.276	47,3%	36,6%	313	20	8
05/2020	742	122	3.190	43,5%	36,6%	379	30	13
06/2020	772	131	3.203	47,4%	27,3%	445	35	16
07/2020	789	126	3.248	47,3%	27,4%	559	45	22
08/2020	626	121	3.287	38,8%	27,8%	744	63	30
09/2020	804	111	3.243	47,6%	28,1%	655	54	25
10/2020	807	115	3.248	47,9%	27,8%	687	50	23

Mês	Equipes de Saúde da Família ¹	Outras equipes de APS (Equipes de Saúde da Família equivalentes) ²	Agentes Comunitários de Saúde ³	Cobertura populacional da Atenção Primária ⁴	Cobertura populacional Agentes Comunitários de Saúde ⁵	Consultas por equipe de APS ⁶	Consultas de hipertensão arterial por equipe por mês ⁷	Consultas de diabetes mellitus por equipe ⁸
11/2020	795	114	3.128	47,3%	27,8%	717	49	23
12/2020	771	114	3.186	46,0%	26,8%	688	34	17

Fonte: Elaboração própria, 2022. ^{1, 2, 3, 4, 5} Dados oriundos do SISAB/e-Gestor AB. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022. ^{6, 7, 8} Consultas por equipes calculadas por mês a partir da divisão do número de consultas pelo número de equipes no mês.

Tabela 8 - Indicadores de acesso e produção ambulatorial mensais e proporção de consultas de pré-natal por nascimento no MRJ, por mês, relativas ao período de 2016 a 2021.

Mês	Consultas médicas na APS ¹	Consultas de enfermagem na APS ²	Atendimentos de hipertensão arterial ³	Atendimentos de diabetes mellitus ⁴	% de Nascimentos por número de consultas de PNAT ⁵				
					Nenhuma	1-3 consultas	4-6 consultas	7 e + consultas	Ignorado
01/2016	254.825	105.172	103.329	40.062	2%	6%	24%	67%	1%
02/2016	214.713	97.296	87.924	34.309	2%	7%	23%	66%	1%
03/2016	316.164	146.367	122.106	47.961	2%	6%	23%	69%	1%
04/2016	333.499	147.460	123.893	48.431	2%	6%	22%	69%	1%
05/2016	330.640	138.587	121.561	48.019	1%	6%	23%	69%	1%
06/2016	332.429	143.839	128.386	52.834	1%	5%	22%	71%	1%
07/2016	416.711	197.603	180.292	74.141	1%	6%	21%	72%	1%
08/2016	465.281	293.579	237.144	97.131	1%	5%	21%	72%	1%
09/2016	471.721	284.393	233.315	92.840	1%	5%	18%	74%	1%
10/2016	413.485	269.479	198.929	77.959	1%	5%	19%	74%	1%
11/2016	403.040	255.549	183.842	72.208	1%	5%	19%	73%	1%
12/2016	266.414	164.628	120.952	47.992	1%	5%	18%	74%	1%
01/2017	377.045	228.548	172.662	67.613	2%	6%	20%	72%	0%
02/2017	304.747	187.530	139.493	55.591	2%	6%	19%	73%	1%
03/2017	384.603	254.119	177.013	69.607	1%	5%	19%	72%	1%
04/2017	330.282	202.793	148.695	58.355	1%	5%	17%	75%	1%
05/2017	448.299	272.331	210.077	83.262	1%	4%	18%	75%	1%

Mês	Consultas médicas na APS ¹	Consultas de enfermagem na APS ²	Atendimentos de hipertensão arterial ³	Atendimentos de diabetes mellitus ⁴	% de Nascimentos por número de consultas de PNAT ⁵				
					Nenhuma	1-3 consultas	4-6 consultas	7 e + consultas	Ignorado
06/2017	393.306	244.362	177.671	70.615	1%	4%	17%	77%	1%
07/2017	442.301	254.861	209.782	85.985	1%	4%	16%	78%	1%
08/2017	499.808	296.115	238.182	95.261	1%	5%	15%	78%	1%
09/2017	438.793	255.519	210.614	84.233	1%	4%	16%	77%	2%
10/2017	444.952	212.582	195.552	78.044	1%	4%	16%	77%	1%
11/2017	293.755	137.938	120.968	49.930	1%	4%	17%	76%	2%
12/2017	282.775	137.840	120.701	51.034	1%	4%	16%	77%	1%
01/2018	401.100	205.903	194.558	79.712	1%	5%	17%	76%	2%
02/2018	285.424	155.483	128.203	51.878	1%	5%	17%	76%	2%
03/2018	405.122	228.881	165.869	66.487	1%	5%	16%	77%	2%
04/2018	397.915	249.364	181.998	73.829	1%	5%	16%	76%	2%
05/2018	451.654	280.876	216.974	87.924	1%	4%	17%	77%	1%
06/2018	379.274	230.383	181.824	73.155	1%	5%	18%	74%	2%
07/2018	439.175	265.035	215.987	88.174	1%	5%	18%	75%	2%
08/2018	462.296	273.600	206.984	84.044	1%	4%	17%	77%	1%
09/2018	422.455	259.877	191.061	78.076	1%	4%	14%	79%	1%
10/2018	428.592	280.062	187.843	76.839	1%	4%	16%	78%	1%
11/2018	326.841	215.706	131.391	55.141	1%	4%	15%	78%	2%
12/2018	354.999	230.997	149.483	62.743	1%	5%	16%	76%	2%
01/2019	474.192	315.834	190.191	80.414	1%	5%	17%	76%	2%
02/2019	451.898	307.113	157.135	65.218	1%	5%	15%	76%	2%
03/2019	302.906	210.623	99.362	40.678	1%	4%	16%	76%	2%
04/2019	393.930	255.198	120.869	48.885	1%	4%	17%	75%	2%
05/2019	514.128	341.453	151.399	60.308	1%	5%	18%	74%	3%
06/2019	450.050	303.414	134.835	54.587	1%	4%	17%	76%	2%
07/2019	396.929	292.415	99.155	40.379	1%	5%	18%	75%	2%
08/2019	351.416	260.651	79.788	32.701	1%	5%	19%	74%	2%
09/2019	369.878	282.255	82.620	34.116	1%	5%	17%	77%	1%
10/2019	400.814	310.583	75.375	31.155	1%	4%	17%	76%	2%
11/2019	306.304	211.685	59.382	24.577	1%	5%	16%	75%	2%

Mês	Consultas médicas na APS ¹	Consultas de enfermagem na APS ²	Atendimentos de hipertensão arterial ³	Atendimentos de diabetes mellitus ⁴	% de Nascimentos por número de consultas de PNAT ⁵				
					Nenhuma	1-3 consultas	4-6 consultas	7 e + consultas	Ignorado
12/2019	199.333	124.950	36.221	15.492	1%	4%	18%	74%	2%
01/2020	322.377	255.689	66.393	28.076	1%	6%	20%	71%	2%
02/2020	222.483	182.346	35.216	14.574	1%	6%	19%	73%	2%
03/2020	251.503	203.279	37.295	14.924	1%	6%	20%	71%	2%
04/2020	184.137	110.441	18.529	7.598	1%	6%	21%	71%	1%
05/2020	200.975	126.094	26.299	11.038	2%	6%	21%	69%	2%
06/2020	236.647	164.986	31.310	14.885	2%	5%	18%	74%	2%
07/2020	296.540	214.988	41.541	20.192	1%	5%	17%	75%	2%
08/2020	310.510	245.048	47.095	22.380	1%	4%	17%	76%	1%
09/2020	329.941	269.611	48.991	22.903	1%	4%	17%	76%	1%
10/2020	334.172	299.053	46.465	21.467	1%	4%	17%	76%	1%
11/2020	350.921	300.705	44.939	20.499	1%	4%	17%	76%	1%
12/2020	336.901	272.361	29.956	14.762	1%	5%	17%	76%	1%
01/2021	325.166	261.157	28.813	13.725	2%	5%	17%	74%	1%
02/2021	306.757	246.946	30.855	14.647	1%	5%	17%	75%	2%
03/2021	389.230	314.175	36.001	17.042	1%	5%	16%	76%	2%
04/2021	348.772	263.873	29.499	13.665	1%	5%	16%	76%	1%
05/2021	396.391	296.705	41.282	17.798	1%	4%	17%	76%	2%
06/2021	384.248	300.597	37.009	17.464	1%	5%	18%	75%	2%
07/2021	268.553	207.424	24.945	12.048	1%	5%	16%	77%	1%
08/2021	451.077	353.341	37.106	18.713	1%	4%	17%	76%	2%
09/2021	387.988	317.081	37.650	19.073	1%	5%	15%	77%	2%
10/2021	360.219	306.725	41.602	20.600	1%	4%	17%	77%	1%
11/2021	392.267	317.641	51.418	25.530	1%	4%	17%	77%	1%
12/2021	359.525	281.352	45.839	23.316	1%	4%	17%	76%	1%

Fonte: Elaboração própria, 2022. ^{1,2,3,4} Dados oriundo do SISAB/e-Gestor AB. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022. ⁵ Dados oriundos do SINASC. Acesso a partir do TABNET SMS-RJ em junho de 2022.

Tabela 9 - Razão de atendimentos por quadrimestre no MRJ de 2016 a 2021.

Competência	Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família¹	Razão entre atendimentos de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família²	Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela Estratégia Saúde da Família³	Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família⁴
04/2016	0,37	0,16	0,68	0,80
08/2016	0,47	0,24	0,98	1,20
12/2016	0,42	0,26	0,95	1,13
04/2017	0,35	0,22	0,75	0,89
08/2017	0,44	0,26	0,98	1,18
12/2017	0,36	0,18	0,75	0,92
04/2018	0,37	0,21	0,79	0,96
08/2018	0,43	0,26	0,97	1,19
12/2018	0,39	0,25	0,81	1,00
04/2019	0,46	0,31	0,77	0,96
08/2019	0,53	0,37	0,68	0,82
12/2019	0,42	0,31	0,40	0,50
04/2020	0,34	0,26	0,26	0,32
08/2020	0,41	0,30	0,27	0,38
12/2020	0,49	0,42	0,29	0,41
04/2021	0,38	0,30	0,16	0,23
08/2021	0,41	0,32	0,18	0,26
12/2021	0,40	0,33	0,22	0,34

Fonte: Elaboração própria, 2022. Dados oriundo do SISAB e SCNES. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022. ¹ Indicador 01 do PREFAPS (2021): Razão de consultas médicas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado. A meta para o indicador do PREFAPS é 0,30. ² Indicador 02 do PREFAPS (2021): Razão de consultas de enfermagem realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na mesma área geográfica e período considerado. A meta esperada para o indicador é de 0,20. ³ Indicador do PREFAPS 06 (2021): Razão entre o nº de atendimentos de médicos e de enfermeiros a hipertensos na APS e o número de hipertensos estimados no estado e município do Rio de Janeiro pela Pesquisa Nacional de Saúde (2019) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais. A meta esperada para o indicador é de 0,35. ⁴ Indicador do PREFAPS 07 (2021): Razão entre o número de atendimentos de médicos e de enfermeiros a diabéticos na APS

e o número de diabéticos estimados pela no estado do Rio de Janeiro Pesquisa Nacional de Saúde (2019) cobertos pela ESF na população residente de 20 anos e mais. A meta esperada para o indicador é de 0,35.

Tabela 10 - Consultas médicas, de enfermagem e atendimentos de hipertensão e diabetes no MRJ, por ano.

Ano	Consultas médicas na APS	Consultas de enfermagem na APS	Consultas médicas + de enfermagem	Atendimentos de hipertensão arterial	Atendimentos de diabetes mellitus
2016	4.218.922	2.243.952	6.462.874	1.841.673	733.887
2017	4.640.666	2.684.538	7.325.204	2.121.410	849.530
2018	4.754.847	2.876.167	7.631.014	2.152.175	878.002
2019	4.611.778	3.216.174	7.827.952	1.286.332	528.510
2020	3.377.107	2.644.601	6.021.708	474.029	213.298
2021	4.370.193	3.467.017	7.837.210	442.019	213.621

Fonte: Elaboração própria, 2022. Dados oriundo do SISAB/e-Gestor AB. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022.

Tabela 11 - Número de nascimentos por prestador e % de nascimentos na rede de saúde municipal por ano no MRJ.

Ano	Maternidades municipais	Serviços de maternidade privados e filantrópicos	Maternidades de universidades públicas	Maternidades federais	Serviços de maternidades militares	Sem código, nascimento no domicílio ou via pública	Maternidades estaduais	% de nascimentos realizados na rede municipal
2016	47.886	25.160	2.471	2.206	1.468	539	10	60%
2017	50.188	24.403	1.921	2.413	1.534	511	5	62%
2018	47.407	24.346	2.168	2.808	1.642	511	5	60%
2019	43.757	22.368	2.442	2.645	1.579	474	8	60%
2020	42.177	20.618	2.264	2.412	1.560	448	1	61%
2021	38.974	19.724	2.218	2.520	1.411	461	5	60%

Fonte: Autoria Própria, 2022. Dados oriundos do SINASC, acesso a partir do TABNET SMS-RJ em junho de 2022.

Tabela 12 - Percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal por tipo de prestador

Ano	Serviços privados e filantrópicos	Militares	Universidades públicas	Municipais	Federais	Sem código, domicílio ou via pública	Estaduais
2016	89%	82%	78%	71%	63%	46%	20%
2017	91%	86%	83%	76%	68%	50%	20%
2018	92%	85%	85%	76%	72%	55%	40%
2019	91%	85%	83%	75%	70%	46%	13%
2020	88%	83%	80%	74%	67%	55%	0%
2021	85%	84%	82%	76%	71%	51%	20%

Fonte: Autoria Própria, 2022. Dados oriundos do SINASC, acesso a partir do TABNET SMS-RJ em junho de 2022.

Tabela 13 - Óbitos maternos, nascidos vivos, Razão de Mortalidade Materna e Incidência de sífilis congênita por ano no MRJ de 2016 a 2021.

Ano	Óbitos Maternos de residentes no MRJ por ano ¹	Nascidos vivos no MRJ por ano ²	Razão de Mortalidade Materna ³	Frequência Anual de sífilis congênita no MRJ por ano ⁴
2016	62	79740	77,8	1.469
2017	70	80975	86,4	1.410
2018	50	78889	63,4	1.166
2019	62	73274	84,6	1.127
2020	83	69499	119,4	1.400
2021	107	65319	163,8	1.330

Fonte: Autoria Própria, 2022. ¹Dados oriundos do SINASC. Devido a problema de acesso no TABNET da SMS-RJ solicitou-se o dado via Lei de Acesso à informação. ²

Dados oriundos do SINASC com acesso a partir do TABNET SMS-RJ em junho de 2022. ³Calculada a partir da divisão dos óbitos maternos pelos nascimentos, multiplicado por 100.000. ⁴Dados oriundos do SINAN Net com acesso a partir do TABNET da SMS-RJ em junho de 2022.

Tabela 14 - Casos novos de tuberculose pulmonar com diagnóstico laboratorial, casos novos curados e percentual de casos novos curados por ano no MRJ (PREFAPS 10 2019)

Ano	Casos novos de tuberculose pulmonar	Casos novos de tuberculose pulmonar curados	% de casos novos de tuberculose pulmonar curados
2016	3.602	2.584	72%
2017	3.416	2.414	71%
2018	3.548	2.481	70%
2019	3.624	2.558	71%
2020	3.298	2.062	63%
2021	3.651	1.899	52%

Fonte: Autoria própria, 2022. Dados oriundos do SINAN Net. Acesso a partir do TABNET SES-RJ em março de 2022. Componentes do indicador 10 do PREFAPS 2019, descontinuado como indicador de avaliação do desempenho da APS.

Tabela 15 - Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, total de casos novos de tuberculose pulmonar por ano, casos em usuários com diabetes e proporção de casos com diabetes como comorbidade.

Ano	Casos novos de TB pulmonar diagnosticados por cultura positiva	Casos novos de TB pulmonar com baciloscopia positiva sem realização de TRM ou TRM inconclusivo	Casos novos de TB pulmonar com TRM positivo	Casos novos de TB pulmonar notificados no MRJ sem menção de confirmação diagnóstica	% de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial	Total de casos novos de TB pulmonar notificados por ano	Total de casos novos de TB pulmonar em usuários portadores de diabetes notificados por ano	% de casos novos de tuberculose pulmonar em diabéticos
2016	133	1.601	1.805	1.651	68,2%	5.190	354	6,8%
2017	159	1.487	1.736	2.022	62,6%	5.404	352	6,5%
2018	156	1.184	2.161	2.149	62,0%	5.650	373	6,6%
2019	164	862	2.510	2.654	57,1%	6.190	451	7,3%
2020	120	772	2.377	2.361	58,1%	5.630	380	6,7%
2021	95	1.041	2.487	2.595	58,3%	6.218	498	8,0%

Fonte: Autoria própria, 2022. Dados oriundos do SINAN Net. Acesso a partir do TABNET SMS-RJ em junho de 2022.