

A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos

Primary Health Care quality in Rocinha – Rio de Janeiro, Brazil, from the perspective of children caregivers and adult users

Luiz Felipe Pinto ¹
 Erno Harzheim ²
 Lisiane Hauser ²
 Otávio Pereira D'Avila ²
 Marcelo Rodrigues Gonçalves ²
 Paula Travassos ³
 Renan Pessanha ³

Abstract *This paper aims to evaluate the extent of PHC attributes, from the experience of users, both adults and children caregivers, comparing the area served by the health facilities of the district of Rocinha with other areas of health district 2.1 in the municipality of Rio de Janeiro. The measuring tool used to evaluate the quality of services provided was the Primary Care Assessment Tools. A cross-sectional study was conducted, with independent random samples and 802 interviewees. Results indicate a better performance for children care when compared to adult care. Attributes “access” and “comprehensiveness – available services” were the worst performers, probably due to the great external and internal migration existing within Rocinha itself. To improve these attributes, we recommend the adoption of a single list of residents by Family Health Team (ESF), with a maximum number of people, including territorial delimitation and people internal mobility. We also highlight the importance of strengthening the Family and Community Medicine Residency Program, which, since 2012, has been training specialists with the support of preceptors and enables increased portfolio of PHC services.*

Key words *Primary Health Care, Health services research, Primary Care assessment tool*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar a extensão dos atributos da APS, desde a experiência dos usuários, tanto adultos quanto cuidadores de crianças, comparando a área atendida pelas unidades de saúde do bairro da Rocinha com as demais áreas do distrito sanitário 2.1, no município do Rio de Janeiro. O instrumento de medida utilizado para avaliar a qualidade dos serviços prestados foi o Primary Care Assessment Tool. Foi realizado estudo transversal, com amostras aleatórias independentes, com 802 entrevistados. Os resultados apontam melhor desempenho para o cuidado das crianças, quando comparado aos adultos. Os atributos “acesso” e “integralidade – serviços disponíveis” foram aqueles que tiveram os piores desempenhos, provavelmente devido a grande migração externa e interna existente dentro da própria Rocinha. Para melhoria desses atributos, recomendamos a adoção de uma lista única de moradores por ESF, com um número máximo de pessoas, contemplando além da delimitação territorial, a mobilidade interna das pessoas. Destacamos também a importância do fortalecimento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, que desde 2012 forma especialistas, com apoio de preceptores, e viabiliza a ampliação da oferta da carteira de serviços de APS.*
Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Pesquisa em serviços de saúde, Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde*

¹ Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. R. Laura Aratijo 36/2º andar, Cidade Nova. 20211-170 Rio de Janeiro RJ Brasil. felipepinto.rio2016@gmail.com

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Segundo Starfield¹, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde ('acesso de primeiro contato'), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, sendo esses considerados seus atributos essenciais. Os serviços de APS também podem contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural, sendo esses considerados atributos derivados. Além disso, países com maior orientação à APS (como Reino Unido, França, Espanha, Portugal e Canadá) apresentam melhores indicadores de saúde com menores investimentos em relação a países com menor orientação (como os EUA)².

No Brasil, o desafio dos grandes centros urbanos, de ampliação do acesso², vem sendo superado a partir dos anos de 2010, com exemplos exitosos de expansão para mais de 50% da população-residente de algumas capitais, como Belo Horizonte, Florianópolis, Curitiba e, recentemente, o Rio de Janeiro³. Esse desafio perpassa a sua implantação junto à classe média. Macinko e Harris⁴ afirmam que: "o futuro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sua expansão sustentável para os centros urbanos e classes médias, sua efetiva integração com os cuidados secundários e terciários, demandarão um engajamento contínuo com os provedores de serviços de saúde, financiamento contínuo e investimentos técnicos e intelectuais – tudo isso em última instância depende de suporte político". Por outro lado, estudos apontam a heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pela ESF, que ofertam carteiras de serviços e ações de saúde diversificadas para responder ao atributo da integralidade⁵⁻⁸, às vezes, insuficiente. Alguns desses achados destacam melhores desempenhos nos resultados na área da saúde materno-infantil⁹⁻¹³, outros apontam a redução das internações por causas sensíveis à APS¹⁴⁻¹⁷, enquanto outros mostram desempenhos clinicamente insuficientes.

A partir de 2009, município do Rio de Janeiro implementou uma Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS)⁴ e progressivamente ampliou acesso para sua população-residente, passando de 3,5% para cerca de 60% de cobertura da ESF no final de 2016. Em números absolutos, cerca de quatro milhões de cariocas são acompanhados. É a segunda maior cidade do Brasil em número de pessoas cobertas

pelos Equipes de Saúde da Família. Para auxiliar na expansão das equipes e na coordenação do cuidado, desde 2011, foram implantados prontuários eletrônicos nas unidades, hoje compatíveis com o prontuário nacional, o e-SUS, o que permite calcular diversos indicadores clínicos e de apoio à gestão, a partir dos registros individuais de usuários. Além disso, para apoiar a integração entre APS, vigilância e promoção à saúde, outras inovações de tecnologias de informação e comunicação em saúde foram desenvolvidas pelo município, entre elas o uso de mídias sociais e blogs das Equipes de Saúde da Família, o que propicia maior transparência às ações e serviços desenvolvidos no dia-a-dia dos profissionais¹⁸.

O acesso foi ampliado com a construção de novas unidades de saúde e reforma das antigas, e a criação, em 2012, do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da própria Secretaria Municipal de Saúde¹⁹. Este Programa, inicialmente implantado no bairro da Rocinha, vem auxiliando a formação de médicos especialistas e fornecendo maior resolutividade das ações de saúde. Além de ser pioneiro na implantação da residência médica, o bairro da Rocinha foi também um dos primeiros locais a ter 100% de cobertura de Equipes de Saúde da Família no ano de 2010, tendo sido escolhido pelos autores para uma análise comparada com outras áreas da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Em consequência disso, o objetivo deste artigo é avaliar a extensão dos atributos da APS, desde a experiência dos usuários, tanto adultos quanto cuidadores de crianças, comparando a área atendida pelas unidades de saúde do bairro da Rocinha com as demais áreas do distrito sanitário 2.1.

Metodologia

Estudo transversal, com amostras aleatórias independentes de usuários dos serviços para cada uma das dez áreas de planejamento (AP) da cidade do Rio de Janeiro. Este artigo delimitou sua análise, considerando apenas o distrito sanitário chamado "AP 2.1", que corresponde à zona sul da cidade, formada por 18 bairros e 638.050 habitantes no ano de 2010²⁰. Um desses bairros é a Rocinha (69.356 habitantes), conjunto de áreas de aglomerados subnormais e setores censitários²¹, também conhecida como "favela da Rocinha". Esta, reconhecida como uma das maiores favelas do mundo, tem na década de 1930 o início de sua ocupação. Após expansão expressiva, incluindo forte movimento migrante do Nordeste brasilei-

ro, recebe a primeira Unidade de Saúde apenas na década de 1980, o CMS Dr. Albert Sabin.

Em 2015, o bairro da Rocinha contava com 25 equipes de saúde da família (Figura 1), para um total de 63.454 pessoas (novembro/2015) e 2.538 moradores por equipe (valor médio) e 2.483 (valor mediano). Por outro lado, nos demais bairros da AP 2.1, haviam 28 equipes, totalizando, 90.913 moradores, sendo 3.247 a média de pessoas cadastradas por equipe e 3.290, a mediana.

Na comparação entre o bairro da Rocinha e os demais bairros, admitiu-se uma diferença mínima de 0,5 no escore geral médio entre as áreas e utilizou-se nível de significância 5% e poder estatístico de 80%, para usuários crianças, e 90% para usuários adultos. A estrutura complexa da amostra também foi incorporada ao cálculo

amostral utilizando-se o fator de ajuste com um coeficiente de correlação intraclasse (ICC) igual a 0,01. Na AP 2.1, o total da amostra realizada em 2014 foi de $n = 802$, sendo 369 para crianças e 433 para adultos. Foram incluídas crianças com menos de 12 anos e adultos com 18 anos ou mais eram elegíveis para participar da pesquisa. Além disso, a unidade de saúde deveria existir há pelo menos seis meses, e cada usuário deveria, no dia da entrevista, ter realizado pelo menos uma consulta médica anterior a da data de aplicação do instrumento. Foram excluídos aqueles que não possuíam condições físicas e mentais para responder ao questionário.

Após a autorização do gestor municipal e da coordenação da AP, entrevistadores previamente treinados contatavam a coordenação da unidade e agendavam a visita. Os indivíduos foram convidados a participar do estudo na unidade de saúde, de forma consecutiva. Todos aqueles que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram aplicados dois questionários: a) Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCAT-Brasil^{23,24}, questionário que mede o grau de orientação à APS dos serviços de saúde (através dos sete atributos previamente definidos); e b) um questionário estruturado, com variáveis sociodemográficas e morbidade referida. Os entrevistadores foram devidamente treinados com a utilização de um “Manual do Entrevistador”. O PCAT-Brasil permite o cálculo de escores para cada atributo da APS e um escore geral, em uma escala de 0 a 10. Escores acima de 6,6 indicam uma elevada qualidade de atenção à saúde no respectivo item/atributo.

Em relação à análise estatística, foram calculados os escores médios de cada atributo, além dos escores médios geral e essencial para Rocinha e demais bairros, seguindo os critérios para cálculo conforme o manual do instrumento. Para comparação dos estratos “bairro da Rocinha” vs. “demais bairros da AP 2.1” foi utilizado o teste t para duas amostras independentes, tanto para usuários crianças quanto para usuários adultos. Nas análises que contemplaram toda a amostra, seja de usuário criança seja de usuário adulto, foi considerada a estrutura do plano amostral o que permite incorporar ajustes nas estimativas de variabilidade, considerando 5% para os níveis de significância estatística. As estimativas calculadas foram apresentadas pelo escore médio e respectivo intervalo com 95% de confiança.

Ao longo da pesquisa, utilizaram-se os softwares: (i) o programa Teleform²⁵ na versão 10.5 para o desenho dos questionários, a leitura das



Figura 1. Mapa das Áreas de Planejamento em Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (com destaque para AP 2.1) e mapa das 25 Equipes de Saúde da Família da comunidade da Rocinha – 2016.

Fonte: Elaboração própria a partir dos Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde (CEMAPS) do município do Rio de Janeiro²².

imagens dos questionários e a validação dos dados, o Data Analysis and Statistical Softwares (STATA) versão 12²⁶ e o Statistical Analysis System (SAS) versão 9.4²⁷, para análise do banco de dados coletado, crítica, análise exploratória de dados e inferência estatística.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e seguiu os princípios da Resolução CNS nº 466/2012. As entrevistas foram realizadas mediante entrega da carta de apresentação da pesquisa aos usuários ou responsáveis, bem como leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Primary Care Assessment Tool

O tempo médio de cada entrevista no caso do questionário de criança foi de 28 minutos e de 32 minutos no caso de adultos. Os principais responsáveis pela criança, que responderam ao instrumento foram pai/mãe (cerca de 80% dos casos, com idade média de 30 anos) e avô/avó (em 6% das situações) (Tabela 1). Em relação ao sexo e cor da pele, no Rocinha a maioria das crianças era masculina e não branca, enquanto nos demais bairros da AP 2.1, o predomínio era de meninos de cor branca. Entre os adultos, o predomínio foi de mulheres (cerca de 80%) para ambos grupos. No bairro Rocinha, metade das pessoas era casada ou possuía um companheiro, com uma média de três filhos e escolaridade em torno de cinco anos de estudo. Entre as demais áreas, 38,31% possuíam um companheiro e tinham cerca de nove anos de estudo.

Creches ou escolas eram frequentadas por apenas 49,69% das crianças e pouco mais de 50% possuía cartão SUS na comunidade da Rocinha. Quanto ao cartão Bolsa Família do Governo Federal e seu equivalente da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, o cartão “Família Carioca”, 28,75% e 10,00%, respectivamente, eram beneficiados por estes programas sociais. Esses dados são corroborados quando se avaliou a questão do emprego, em que se obteve a informação de que apenas pouco mais de 50% dos responsáveis pelas crianças estavam empregados ou em benefício da Previdência Social.

Quando perguntados sobre a escolha do serviço, entre 30 e 36% afirmaram que o mesmo tinha sido definido pela Secretaria Municipal de Saúde, o que está de acordo com a forma de ca-

dastramento proposto pela prefeitura, através de territorialização, seja ela um Centro Municipal de Saúde ou uma Clínica de Saúde da Família. Pelos dados apresentados na Tabela 1, acredita-se que ao longo dos anos tenha sido criado um vínculo entre a unidade e as pessoas consultadas, pois em sua maioria, as mesmas referiram utilizar o local há mais de um ano. Além disso, 20% dos cuidadores das crianças afirmaram que as mesmas possuíam problemas de saúde e entre 50 e 60% dos adultos das áreas pesquisadas fazem acompanhamento de sua situação de saúde nas unidades. A metade das consultas médicas de crianças é pré-agendada, para os adultos, 65,73%. A avaliação geral da última consulta é positiva, com mais de 80% considerando-a satisfatória ou muito satisfatória. Por fim, quando arguidos sobre terem plano privado de saúde, menos de 10% responderam possuir.

A Tabela 2 apresenta os escores médios obtidos dos atributos com intervalo de confiança de 95% na experiência de usuários adultos e crianças nos serviços de Atenção Primária à Saúde da AP 2.1, comparando o bairro da Rocinha com os demais bairros deste distrito sanitário.

Os escores essencial e geral foram semelhantes para os usuários infantis e superiores para os adultos, quando se compararam a Rocinha x demais bairros em questão.

Entre as crianças o único atributo com significância estatística (p -valor $< 0,10$) foi a “orientação comunitária”, que é melhor avaliada entre os usuários do bairro da Rocinha. Esse mesmo domínio obteve resultado semelhante entre os adultos. Contudo, outros dois atributos – para os usuários adultos – acesso e longitudinalidade – obtiveram desempenho superior nesse mesmo bairro (p -valores $< 0,05$). Nesse grupo etário, o escore médio obtido de 7,32 [IC: 6,88; 7,75] entre os itens que compõem a “longitudinalidade”, revelam um boa qualidade da atenção primária no acompanhamento de pessoas adultas, especialmente entre as doenças crônicas mais prevalentes: hipertensão e diabetes.

Por outro lado, contribuíram negativamente (com escores inferiores a seis) e ainda precisam ser aperfeiçoados os atributos relativos a acesso e coordenação do cuidado (crianças) e “acesso”, “integralidade – serviços disponíveis”, “integralidade – serviços prestados” (adultos). Uma análise atenta da carteira de serviços ofertados²⁸ na APS pela AP 2.1 (dados não tabulados) demonstra que houve demora na implementação de diversas ações tais como desintoxicação alcoólica e inserção de dispositivo intrauterino (DIU).

Tabela 1. Caracterização das crianças e adultos usuários dos serviços de APS no bairro da Rocinha e demais áreas da AP 2.1 - Município do Rio de Janeiro – 2014.

Características	Crianças (n = 369)			Adultos (n = 433)		
	Geral	Bairro da Rocinha [n = 161]	Demais áreas AP 2.1 [n = 208]	Geral	Bairro da Rocinha [n = 184]	Demais áreas AP 2.1 [n = 249]
	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)
Sociodemográficas						
Sexo						
Masculino	188 (50,95)	83 (51,55)	105 (50,48)	75 (17,32)	34 (18,48)	41 (16,47)
Feminino	181 (49,05)	78 (48,45)	103 (49,52)	358 (82,68)	150 (81,52)	208 (83,53)
Idade	2,99 (0,21)	2,66 (0,16)	3,24 (0,31)	47,53 (1,56)	45,27 (2,14)	49,20 (2,18)
Mediana (intervalo interquartil)	2,00 (5,00)	1,00 (5,00)	2,00 (5,00)	48,00 (27,00)	45,50 (28,00)	50,00 (27,00)
Cor						
Branca	150 (41,21)	78 (49,06)	72 (35,12)	119 (27,80)	48 (26,37)	71 (28,86)
Não branca (*)	214 (58,79)	81 (50,94)	133 (64,88)	309 (72,20)	134 (73,63)	175 (71,14)
Estado Civil						
Casado(a)/Tem companheiro/ Ajuntado(a)	-	-	-	183 (42,96)	88 (49,44)	95 (38,31)
Solteiro(a)/Viúvo(a)/ Separado(a)Divorciado(a)	-	-	-	243 (57,04)	90 (50,56)	153 (61,69)
Possui filhos						
Não	-	-	-	87 (20,09)	32 (17,39)	55 (22,09)
Sim	-	-	-	346 (79,91)	152 (82,61)	194 (77,91)
Quantos filhos você possui?	-	-	-	2,67 (0,10)	2,85 (0,13)	2,53 (0,12)
Até que ano o maior responsável pelos cuidados da criança/ você estudou	9,09 (0,39)	8,37 (0,52)	9,67 (0,44)	7,34 (0,63)	5,48 (0,37)	8,60 (0,40)
Frequenta Escola/Creche						
Não	160 (43,48)	81 (50,31)	79 (38,16)	-	-	-
Sim	208 (56,52)	80 (49,69)	128 (61,84)	-	-	-
Possui cartão SUS						
Não	172 (46,61)	77 (47,83)	95 (45,67)	96 (22,27)	49 (26,92)	47 (18,88)
Sim	197 (53,39)	84 (52,17)	113 (54,33)	335 (77,73)	133 (73,08)	202 (81,12)
Possui cartão Bolsa Família ?						
Não	232 (63,22)	114 (71,25)	118 (57,00)	358 (83,64)	153 (84,07)	205 (83,33)
Sim	135 (36,78)	46 (28,75)	89 (43,00)	70 (16,36)	29 (15,93)	41 (16,67)
Possui Cartão Família Carioca ?						
Não	321 (87,47)	144 (90,00)	177 (85,51)	393 (92,04)	165 (90,66)	228 (93,06)
Sim	46 (12,53)	16 (10,00)	30 (14,49)	34 (7,96)	17 (9,34)	17 (6,94)
Ocupação / Ocupação do maior responsável						
Trabalhando	189 (51,36)	86 (53,42)	103 (49,76)	201 (46,42)	87 (47,28)	114 (45,78)
Aposentado/benefício doença/ impossibilitado	3 (0,82)	1 (0,62)	2 (0,96)	102 (23,56)	33 (17,93)	69 (27,71)
Não está trabalhando, mas procurando emprego	78 (21,20)	27 (16,77)	51 (24,64)	53 (12,24)	26 (14,13)	27 (10,85)
Não está trabalhando, nem procurando emprego	98 (26,63)	47 (29,19)	51 (24,64)	77 (17,78)	38 (20,65)	39 (15,66)

continua

Tabela 1. continuação

Características	Crianças (n = 369)			Adultos (n = 433)		
	Geral	Bairro da Rocinha [n = 161]	Demais áreas AP 2.1 [n = 208]	Geral	Bairro da Rocinha [n = 184]	Demais áreas AP 2.1 [n = 249]
	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)	n(%) / Média (ep)
Serviço de saúde						
O "serviço de saúde" foi escolhido ou definido para você/a criança						
Você ou alguém da sua família escolheu	246 (67,21)	94 (58,75)	152 (73,79)	262 (60,65)	91 (49,46)	171 (68,95)
Foi definido para você	115 (31,42)	66 (41,25)	49 (23,79)	156 (36,11)	87 (47,28)	69 (27,82)
Tempo que o usuário consulta no serviço						
Menos de 6 meses	60 (16,71)	37 (23,72)	23 (11,33)	19 (4,46)	11 (6,11)	8 (3,25)
Entre 6 meses e um ano	64 (17,83)	23 (14,74)	41 (20,20)	40 (9,39)	17 (9,44)	23 (9,35)
Mais de um ano	230 (64,07)	95 (60,90)	135 (66,50)	361 (84,74)	149 (82,78)	212 (86,18)
Não sabe/Não lembra	5 (1,39)	1 (0,64)	4 (1,97)	6 (1,41)	3 (1,67)	3 (1,22)
Problema de saúde específico						
Sim	73 (19,89)	34 (21,25)	39 (18,84)	239 (55,32)	97 (53,01)	142 (57,03)
Não	292 (79,56)	125 (78,13)	167 (80,68)	193 (44,68)	86 (46,99)	107 (42,97)
Não sabe	2 (0,54)	1 (0,62)	1 (0,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Internação nos últimos 12 meses						
Não	321 (87,95)	140 (87,50)	181 (88,19)	384 (89,30)	159 (87,85)	225 (90,36)
Sim	44 (12,05)	20 (12,50)	24 (11,71)	46 (10,70)	22 (12,15)	24 (9,64)
Tipo da última consulta						
Agendada	191 (51,90)	74 (45,96)	117 (56,52)	282 (65,73)	110 (60,77)	172 (69,35)
Espontânea	177 (48,10)	87 (54,04)	90 (43,48)	147 (34,27)	71 (39,23)	76 (30,65)
Possui Plano de saúde privado						
Sim	29 (8,17)	18 (11,54)	11 (5,53)	32 (7,75)	10 (5,65)	22 (9,32)
Avaliação da saúde						
Avaliação geral da última consulta						
Muito satisfeito / satisfeito	301 (82,24)	131 (81,37)	170 (82,93)	356 (82,79)	161 (87,50)	195 (79,27)
Regular	47 (12,84)	24 (14,91)	23 (11,22)	55 (12,79)	18 (9,78)	37 (15,04)
Insatisfeito/ Muito insatisfeito	18 (4,92)	6 (3,72)	12 (5,85)	19 (4,42)	5 (2,72)	14 (5,69)
Possui problema de saúde que dure um ano ou mais?						
Sim	63 (17,07)	35 (16,80)	28 (17,40)	257 (59,35)	107 (58,15)	150 (60,24)

Fonte: Pesquisa de avaliação sobre grau de orientação para atenção primária à saúde desde a experiência dos usuários das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.

Legenda: (*) Não branca: foram agrupados, "negra", "amarela", "parda", "indígena". ep – erro-padrão amostral.

Em relação ao atributo da longitudinalidade mencionado anteriormente, os indicadores agregados de fonte primária, oriundos dos prontuários eletrônicos permitem inferir uma evolução de qualidade nos cuidados em saúde desde 2013. A proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família que acompanha cada família é um indicador de longitudinalidade da atenção e

foi estabelecida a meta sob a forma de intervalo [70%,90%], uma vez que se acredita ser necessário períodos de ausência do profissional em férias, substituição do mesmo por outro colega para participação de eventos externos e congressos e outras possíveis intercorrências. A evolução positiva desse indicador quando se comparam dois grupos, o bairro da Rocinha x demais bairros

Tabela 2. Escores (#) médio e intervalos de confiança (IC 95%) dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários adultos e responsáveis por crianças. AP 2.1: Bairro da Rocinha vs. demais bairros – Município do Rio de Janeiro – 2014.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	CRIANÇAS						Valor-p*
	Geral		Bairro da Rocinha		Demais bairros AP 2.1		
	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
Afiliação	367	8,46 (8,03; 8,89)	161	8,39 (7,56; 9,21)	206	8,51 (8,14; 8,88)	0,765
Utilização	368	8,44 (8,00; 8,88)	161	8,76 (7,92; 9,61)	207	8,18 (7,80; 8,56)	0,190
Acesso	367	5,42 (5,02; 5,83)	161	5,46 (4,84; 6,08)	206	5,39 (4,86; 5,93)	0,858
Longitudinalidade	368	6,78 (6,25; 7,31)	161	7,06 (6,08; 8,03)	207	6,57 (6,02; 7,11)	0,355
Coordenação do Cuidado	93	5,73 (4,76; 6,71)	41	6,07 (5,25; 6,88)	52	5,47 (3,84; 7,09)	0,485
Coordenação Sistema de Informação	353	7,34 (6,63; 8,04)	156	7,44 (6,03; 8,84)	197	7,26 (6,64; 7,88)	0,804
Integralidade - Serviços Disponíveis	342	6,15 (5,52; 6,78)	152	5,96 (4,72; 7,19)	190	6,30 (5,70; 6,90)	0,591
Integralidade - Serviços Prestados	353	6,50 (5,85; 7,15)	154	6,01 (5,15; 6,87)	199	6,88 (6,12; 7,63)	0,123
Escore Essencial	366	6,98 (6,60; 7,36)	160	7,00 (6,34; 7,66)	206	6,97 (6,53; 7,41)	0,929
Orientação Familiar	362	6,21 (5,44; 6,98)	158	6,56 (5,56; 7,56)	204	5,94 (4,87; 7,01)	0,373
Orientação Comunitária	300	5,61 (4,89; 6,33)	117	6,19 (5,79; 6,58)	183	5,24 (4,29; 6,19)	0,067
Escore Geral	367	6,77 (6,35; 7,19)	160	6,89 (6,21; 7,58)	207	6,68 (6,16; 7,20)	0,595
Atributos da Atenção Primária à Saúde	ADULTOS						Valor-p*
	Geral		Bairro da Rocinha		Demais bairros AP 2.1		
	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
Afiliação	428	7,75 (7,03; 8,47)	183	8,01 (7,38; 8,64)	245	7,55 (6,43; 8,68)	0,445
Utilização	431	8,11 (7,70; 8,53)	184	8,39 (7,99; 8,78)	247	7,91 (7,31; 8,50)	0,165
Acesso	415	4,77 (4,29; 5,25)	175	5,35 (5,32; 5,39)	240	4,35 (3,90; 4,80)	<0,001
Longitudinalidade	431	6,84 (6,33; 7,35)	184	7,32 (6,88; 7,75)	247	6,48 (5,88; 7,09)	0,033
Coordenação do Cuidado	131	6,22 (5,58; 6,85)	46	5,68 (4,82; 6,54)	85	6,51 (5,95; 7,07)	0,104
Coordenação Sistema de Informação	410	7,38 (6,84; 7,92)	174	7,75 (7,00; 8,49)	236	7,11 (6,43; 7,79)	0,193
Integralidade - Serviços Disponíveis	366	5,05 (4,37; 5,73)	153	4,92 (3,40; 6,44)	213	5,14 (4,70; 5,59)	0,766
Integralidade - Serviços Prestados	400	4,56 (4,28; 4,83)	171	4,64 (4,54; 4,74)	229	4,49 (4,04; 4,95)	0,497
Escore Essencial	426	6,38 (6,04; 6,72)	182	6,63 (6,38; 6,88)	244	6,20 (5,73; 6,67)	0,102
Orientação Familiar	424	5,77 (5,15; 6,39)	182	5,98 (5,17; 6,78)	242	5,62 (4,75; 6,48)	0,516
Orientação Comunitária	350	5,15 (4,57; 5,72)	149	5,74 (5,37; 6,11)	201	4,70 (4,08; 5,32)	0,009
Escore Geral	427	6,20 (5,83; 6,56)	182	6,47 (6,13; 6,81)	245	5,99 (5,51; 6,47)	0,100

Fonte: Pesquisa de avaliação sobre grau de orientação para atenção primária à saúde desde a experiência dos usuários das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.

Escores assumem valores de 0 a 10. IC: intervalo de confiança. * Associado ao teste t para duas amostras independentes

que compõem a AP 2.1, demonstra que a partir de 2015, o primeiro ultrapassa em desempenho o segundo grupo, e ambos mantêm-se dentro do limite inferior da meta a partir do 1º trimestre de 2015 (Gráfico 1).

Na AP 2.1, do total de pessoas consultadas pelos médicos, 83,4% responderam qual foi o motivo principal para ida à unidade de saúde (seja ela agendada ou espontânea). Dentre as respostas, destacam-se os motivos associados ao

acompanhamento e consulta de rotina, realização de exames nas unidades e, como principal agravo, a hipertensão, demonstrando coerência com os resultados encontrados para os atributos de acesso e longitudinalidade (Figura 2).

Discussão

Entre as crianças, o escore médio geral obtido (6,77), superior a 6,60 preconizado pelo PCATo-ol-Brasil como ponto de corte para definir uma boa atenção à saúde (mesmo dentro do intervalo de confiança), sugere que o distrito sanitário 2.1 tem conseguido desenvolver uma APS de qualidade para esse segmento etário. Embora a cobertura média desta área seja de 24,2% (91,5% na Rocinha e 16,0% dos demais bairros), os dados sugere

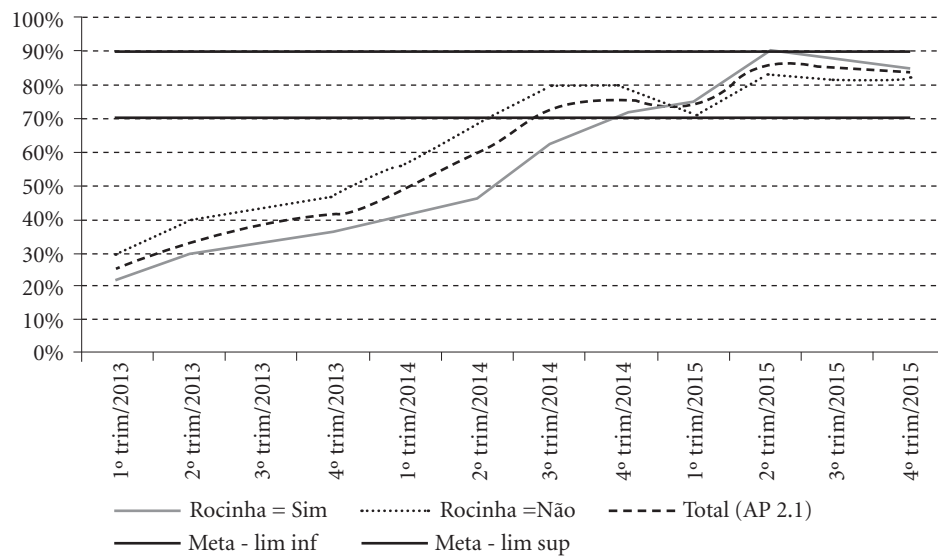


Gráfico 1. Proporção de consultas médicas do paciente pelo próprio médico de família Rocinha x demais bairros da AP 2.1 – Município do Rio de Janeiro - 2013-2015.

Fonte: Prontuário eletrônico da APS, AP 2.1/SUBPAV/SMS-RJ.



Figura 2. Motivo da última consulta médica entre os usuários adultos.

rem que a gestão do nível local tem desenvolvido ações e estratégias para fortalecimento das 53 equipes. Os resultados foram superiores àqueles observados na zona oeste de São Paulo, Vitória da Conquista/BA e Montes Claros/MG²⁹⁻³¹. Já para os adultos, o escore médio geral obtido (6,20), encontra-se em uma trajetória de bons cuidados em saúde, sendo superior a diversas localidades do País que aplicaram a mesma metodologia, tal como a microrregião de Alfenas/MG³² e o município de Porto Alegre³³.

O fato da Rocinha ter obtido melhor desempenho em diversos atributos, além da maior cobertura populacional de APS, pode ser explicado pela consolidação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS-RJ presente em duas (Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza e Centro Municipal de Saúde Albert Sabin) das três unidades desde 2012 e, a partir de 2016, também na Clínica da Família Rinaldo Delamare. A primeira formatura de médicos residentes do programa foi em 2014 e se consolidou na Rocinha já a partir de 2015, sendo em 2016 a primeira opção de escolha entre os residentes de primeiro ano (R1). Podemos especular que a implantação do programa de residência pode estar associada ao aumento da proporção de consultas médicas do paciente pelo próprio médico de família que a partir de 2013, portanto um ano após o início do programa de residência, ultrapassou a meta estipulada e superou o indicador quando comparado aos demais bairros.

Conforme Streit³⁴, um fator que tem dificultado acesso dos usuários na comunidade da Rocinha é a localização em áreas de fronteira de cada uma das unidades, no momento em que ocorrem a mudança das famílias entre os “bairros da Rocinha”. Para Aragão³⁵, esta comunidade é considerada como um importante local de mobilidade interna, que pode ser considerada a síntese da mobilidade espacial da metrópole. Por isso, uma solução para os casos em que um bairro já possui cobertura de equipes próximo de 100% de sua população-residente, seria a combinação do território/microáreas com listas de usuários por médico, tal como as mesmas são utilizadas em países europeus³⁶. Dessa forma, a acessibilidade geográfica seria facilitada, eliminando barreiras aos cuidados primários, tendo em vista a dificuldade de locomoção de crianças e idosos em becos, vielas e escadas íngremes da Rocinha.

O escore geral observado foi de 6,77 (crianças) e 6,20 (adultos, p-valor = 0,010). O melhor desempenho entre as crianças está relacionado a maior tradição dos médicos da rede municipal de

saúde na área da saúde materno-infantil^{37,38}, uma vez que desde as décadas de 1970/1980 havia um conjunto de ações e atividades direcionadas para este grupo. Também, existem diversos indicadores de pagamento por performance na SMS³⁹, que podem estar contribuindo para o direcionamento dos serviços de APS. Estudos futuros deverão ser desenvolvidos para comparar estes indicadores e a distribuição de médicos por especialidade de atuação, tendo em vista que menos de 20% dos profissionais possuem título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Considerações Finais e Recomendações

Recomendamos o fortalecimento do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade dentro de um projeto político-pedagógico que potencialize o pleno desenvolvimento da carteira de serviços da SMS, através de conteúdos e práticas clínicas relevantes à APS. Paralelamente, a formação de preceptores no serviço e a participação de docentes com experiência no SUS também constituem outra ação desejável para qualificar os alunos de graduação e pós-graduação e garantir a sustentabilidade acadêmica e a motivação pela busca de conhecimento atualizado nos serviços de APS. Outra recomendação é a adoção de lista de pacientes por médico, para facilitar o acesso e a longitudinalidade, principalmente em ambientes urbanos de alta mobilidade geográfica.

Outra ação sugerida seria a utilização sistemática do PCAT-Brasil em versão reduzida (com menor número de itens) para a avaliação da qualidades dos serviços prestados aos usuários adultos e crianças, como um dos indicadores do contrato de gestão. Sua implantação permitiria o monitoramento semestral das ações e atividades que compõem cada atributo de estrutura e processo da APS, além de permitir a comparação com outras regiões, nacionais e internacionais.

Os desafios de desenvolver uma APS de qualidade em bairros como o da Rocinha são permanentes, basta destacar sua população-residente de 70.000 habitantes, maior que 92% dos municípios brasileiros e sem levar em consideração a grande mobilidade interna existente entre famílias que passam a morar com parentes no bairro a cada ano, o que aumenta ainda mais a população flutuante que usa os serviços públicos. Nesse sentido, a gestão de lista de pacientes cadastrados e acompanhados é outro aspecto recomendado para um bom desenvolvimento das atividades locais de saúde.

Colaboradores

LF Pinto, P Travassos, R Pessanha elaboraram a estrutura, e os cálculos dos escores para a análise dos dados. OP D'Avila realizou o levantamento das referências bibliográficas e leitura crítica do artigo. L Hauser, E Harzheim, MR Gonçalves fizeram a revisão crítica da versão final do artigo.

Referências

1. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM, organizadores. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
3. Soranz D, Pinto LF, Oliveira GO. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
4. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
5. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
6. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da atenção primária entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
7. Giovanella L, Moraes SME, Mendonça MHM. *Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
8. Chomatas ER, Vigo A, Harzheim. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
9. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.
10. Bezerra Filho JG, Kerr LR, Miná DL, Barreto ML. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. *Cad Saude Publica* 2007; 23(5):1173-1185.
11. Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007; 65(10):2070-2080.
12. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2007; 7(1):75-82.
13. Aquino R, Oliveira NFDE, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1):87-93.
14. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, De Simoni C, Turci MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1337-1349.

15. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P de F, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Health Affairs* 2010; 29(12):2149-2160
16. Lentsck MH, Latorre MRDO, Mathias TAF. Trends in hospitalization due to cardiovascular conditions sensitive to primary health care. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(2):372-384.
17. Dias-da-Costa JS, Büttgenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):358-364.
18. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1433-1448.
19. Justino ALA, Oliver LL, De Melo TAP. Implantação da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1471-1480.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico de 2010, Documentação dos microdados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse por Setores. Censo Demográfico de 2010. [acessado 2016 mar 20]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>
22. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro (CEMAPS). Contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Rede de Estações-Observatório das Tecnologias de Informação e Comunicação em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro/RJ, Secretaria Municipal de Saúde, 2013. 10v. [acessado 2016 maio 15]. Disponível em: <http://www.redeoticsrio.org/cemapsrio2014.html>
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília: MS; 2010.
24. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649-1659.
25. TELEFORM (Autonomy, na HP Company, Vista, Estados Unidos), version 10.5, 2010.
26. STATA (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), version 12, 2011.
27. SAS (SAS Inst., Cary, Estados Unidos), version 9.4, 2013.
28. Rio de Janeiro. *Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
29. Ferrer APS. *Avaliação da atenção primária à saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
30. Braz JC. *Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.
31. Leão CDA. *Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia saúde da família em Montes Claros - Minas Gerais* [dissertação]. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros; 2010.
32. Albino da Silva S. *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
33. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da atenção primária entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
34. Streit MB. *Atenção primária em saúde e mobilidade populacional na favela da Rocinha, Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
35. Aragão L. Rocinha: síntese da mobilidade espacial na metrópole. In: Ferreira AP, organizador. *A experiência de migrante: entre deslocamentos e reconstruções*. Rio de Janeiro: Garamound; 2010. p. 429-450.
36. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-963.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política de saúde materno-infantil*. Brasília: MS; 1977.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: MS; 1984. Série B: Textos Básicos de Saúde (6).
39. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Contratos de Gestão. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2015. [acessado 2016 mar 2]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2761838/4144585/CG0192014VivaRio-CAP2.1eUPARocinha.pdf>

Artigo apresentado em 12/10/2016

Aprovado em 04/12/2016

Versão final apresentada em 06/12/2016

