

A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil

The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil

Bianca Alves Salazar¹
Mônica Rodrigues Campos²
Vera Lucia Luiza³

Abstract *This study aimed to identify the provision of actions and procedures by family health teams (FHSt), based on Rio de Janeiro Municipality's (MRJ) Health Services Portfolio (HSP) and the main factors associated with this provision, in the different population strata. Data from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Healthcare were used and implemented at the national level into 17,202 FHSts from June to September 2012. Outcome variables were "FHSt belonging to MRJ" and "FHSt providing all nine CS-MRJ procedures". Uni-, bi- and multivariate analysis were performed. A better performance of the MRJ in relation to other major urban centers (EP6#) ($p < 5\%$) was noted in 10 of the 14 health actions analyzed. The electronic medical record showed a level of deployment in MRJ's FHSts of 96%, contrasting with 34% in the EP6# and 14% in Brazil. Both the MRJ and EP6# evidenced low supply of mental health services (about 56%). While the supply of low-complexity procedures was a major problem in large cities, the supply of health actions in the different health care lines was a larger problem in small municipalities. Overall, the MRJ showed better performance when compared to the average of large municipalities. The health service portfolio appeared to be an important management tool.*

Key words *Primary Health Care, Health evaluation, Family health*

Resumo *Objetivou-se identificar a oferta de ações e procedimentos pelas equipes de saúde da família (eSF), tendo por base a Carteira de Serviços (CS) do Município do Rio de Janeiro (MRJ) e os principais fatores associados a esta oferta, nos diferentes estratos populacionais. Foram utilizados dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, aplicado a 17.202 eSF, de junho a setembro de 2012 no Brasil. Foram variáveis desfecho: eSF pertencer ao MRJ; eSF ofertar todos os nove procedimentos da CS-MRJ. Foram conduzidas análises uni, bi e multivariada. Evidenciou-se melhor desempenho do MRJ em relação aos demais grandes centros urbanos (EP6#) ($p < 5\%$) em 10 das 14 ações de saúde analisadas. O prontuário eletrônico apresentou 96% de implantação nas eSF do MRJ, contrastando com 34% nas dos EP6# e 14% no Brasil. Tanto no MRJ quanto no EP6# encontrou-se baixa oferta de serviços de saúde mental (cerca de 56%). Enquanto a oferta de procedimentos de baixa complexidade foi um problema maior nos grandes centros, a oferta de ações em saúde nas diferentes linhas de cuidado foi um problema maior nos municípios pequenos. No geral, o MRJ mostrou melhor desempenho quando comparado à média de municípios de grande porte. A carteira de serviço pareceu ser um importante instrumento gerencial.*

Palavras-chave *Atenção básica, Avaliação em saúde, Saúde da família*

¹ Organização Social Viva Rio. Estr. Bananal 395-403/ bl. 1, Jacarepaguá. 22750-012 Rio de Janeiro RJ Brasil. bianca.alves.salazar@gmail.com

² Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A expansão da atenção primária em saúde (APS) por meio da municipalização foi tomada como prioridade pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro. A implementação de novas práticas capazes de assegurar os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹ – acesso universal aos serviços em todos os níveis de assistência, integralidade da assistência, com uma rede de serviços resolutivos, equidade e participação da comunidade – é um desafio para muitos municípios brasileiros.

A expressão “atenção básica” é ainda empregada em iniciativas adotadas pelo governo brasileiro, compondo abreviaturas muito utilizadas, como PMAQ-AB, PNAB, SIAB, que de outra forma ficariam incompreensíveis. No entanto, preferimos adotar nas demais situações o termo “Atenção Primária à Saúde”, considerando o uso abrangente na literatura internacional² e escolha dos autores para representar a realidade do que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro propôs para uma atenção básica forte e abrangente.

Desde o final de 1990, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo sua política de financiamento, vem sendo assumida pelo MS como a principal estratégia de reorganização da atenção primária à saúde, gerando grandes mudanças no modelo de cuidado³.

Após duas décadas de implementação da ESF, a melhoria da qualidade do cuidado provido à população é ainda um desafio para sua sustentabilidade. Assim, faz-se necessário desenvolver e implantar ferramentas que permitam sua contínua avaliação, ensejando a tomada de decisão oportuna, no sentido dos resultados desejados.

Assim, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma iniciativa atual do MS que visa encorajar os gestores e equipes locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas unidades básicas de saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa⁴.

Convergindo com os princípios do PMAQ-AB, existe desde 2009 um importante movimento de expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo o município do Rio de Janeiro (MRJ). A situação evoluiu de janeiro de 2009 a junho de 2016, de 124 para 945 equipes implantadas, correspondendo a ampliação de cobertura da ESF de 7% para 51%⁵.

Como parte desses esforços, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) publicou, em agosto de 2010, um guia de referência rápida denominado “Carteira de Serviços – Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde” – CS-MRJ⁶. Este documento, direcionado aos gestores e profissionais da saúde, pretendeu ser uma inovação gerencial, visando nortear e capitalizar as ações de saúde na APS oferecidas à população do MRJ. Sua construção se deu de forma participativa, envolvendo gestores da SMS-RJ, assim como coordenadores de nível intermediário. Nesta ferramenta, as ações em saúde estão organizadas segundo linhas de cuidado e sua implantação é incentivada por um sistema de pagamento por desempenho.

A carteira de serviços é um instrumento que define o rol de serviços permitindo explicitar, por um lado a gestores, profissionais e, por outro, aos usuários, o elenco de serviços disponíveis, esclarecendo compromissos e expectativas⁷. Busca-se ainda a necessidade de orientar, qualificar e padronizar a oferta de serviços na Atenção Primária, adotando uma visão não apenas assistencial, mas também do ponto de vista da integralidade do cuidado.

Entre os problemas que a CS-MRJ visou resolver, estão a concentração de pacientes nos níveis secundário e terciário de cuidado em busca de procedimentos de baixa complexidade, como lavagem de ouvido ou extração de unhas. Isto dificulta a organização do sistema de saúde, sobrecarregando as emergências e serviços de internação, reduzindo a qualidade do cuidado para as ações que de fato compõem sua missão.

Não foram encontrados, até o momento, estudos que tivessem abordado resultados e impactos desta carteira de serviço. Os dados do PMAQ, com representatividade nacional, oferecem uma excelente oportunidade para este tipo de estudo.

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar a oferta de ações e procedimentos pelas equipes de saúde da família, tendo por base a classificação proposta pela Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro e os principais fatores associados a esta oferta, nos diferentes estratos populacionais.

Metodologia

Como fonte de informação, foi utilizada a base de dados secundária proveniente do primeiro ciclo da fase avaliação externa do PMAQ, aplicado em nível nacional no período de junho a setembro de 2012.

Os instrumentos de coleta de campo utilizados no PMAQ-AB foram divididos em três módulos. O primeiro, aplicado como censo em 38.812 unidades básicas de saúde (UBS), contemplava aspectos referentes sobretudo à infraestrutura (como acessibilidade, sinalização externa, equipamentos, materiais e insumos para atenção à saúde). O segundo, foi direcionado à entrevista com profissionais de saúde de nível superior das eSF e verificação de documentos, com foco na avaliação do processo de trabalho. Finalmente, o terceiro módulo incluiu entrevista com 65.391 usuários, com o intuito de obter informações a respeito da satisfação.

Os módulos 2 e 3 foram aplicados às eSF que aderiram ao PMAQ, correspondendo a 35,7% das UBS visitadas. A adesão das eSF ao PMAQ implicou em um contrato entre as secretarias municipais de saúde e o MS, o que incluiu a pactuação de indicadores de monitoramento. Com base nesses critérios, a listagem inicial fornecida pelo MS contabilizava um total de 17.304 equipes aderidas ao programa (aproximadamente 51% das eSF existentes no país em 2012); no entanto, a avaliação externa foi realizada para 17.202 destas (99,4%)⁸.

Aspectos operacionais

A unidade de análise adotada foi a eSF, cujos dados foram provenientes do segundo módulo do PMAQ. Inicialmente, foram mapeadas as ações de baixa complexidade disponíveis no instrumento do PMAQ-AB, segundo as linhas de cuidado da CS-MRJ⁶. Em seguida, selecionaram-se as variáveis de interesse tomando-se como base a identificação das ações em saúde referidas na CS-MRJ e realizadas pelas eSF. Para esta seleção do tipo de ação, partiu-se do pressuposto da categorização dos padrões de acesso e qualidade segundo grau de prioridade, sendo estes Essenciais ou Estratégicos⁹ para cada linha de cuidado.

Como variáveis de exposição, foram agregados os serviços/ações por linha de cuidado, da seguinte forma: Organização do Serviço, Procedimentos/cirurgias ambulatoriais, Atenção Centrada no Adulto/Idoso, Saúde Mental, Atenção Centrada na Saúde da Criança e Caracterização. Além disso, as eSF foram analisadas segundo estrato populacional [municípios com até 20 mil habitantes (EP1), de 10.001 a 20mil (EP2), de 20.001 a 50mil (EP3), 50.001 a 100mil (EP4), 100.001 a 500mil (EP5), de 500.001 ou mais (EP6) e o estrato EP6#, que corresponde ao EP6, excluindo-se o MRJ)]. Estes estratos populacionais tiveram

como base a classificação adotada em estudos de foco similar⁸, além de seguir a distribuição populacional adotada pelo próprio PMAQ-AB.

Foram consideradas duas variáveis desfecho: 1) a eSF pertence ao município do Rio de Janeiro; e, 2) eSF oferta todos os nove procedimentos da CS-MRJ.

Análise dos dados

Foram conduzidas análises uni, bi e multivariada, realizadas no programa SPSS V.17.0. A análise do conjunto de variáveis de exposição denominada “Linhas de Cuidados segundo estrato populacional” teve sua associação testada a partir da tabulação e realização de teste qui-quadrado de Pearson (χ^2). O segundo conjunto “Linhas de Cuidados segundo MRJ” teve sua associação verificada quanto a “eSF ser ou não do MRJ” por meio do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), bem como a razão de chances “bruta”, (OR) com seus respectivos intervalos de confiança (IC). Por fim, a análise do indicador “eSF oferta todos os procedimentos da Carteira de Serviços” segundo “Linhas de cuidado” igualmente contou com teste qui-quadrado (χ^2) e razão de chances “bruta”, (OR) com respectivo IC. Todos os testes foram realizados ao nível de significância de 5% e seus respectivos p-valores são apresentados.

Na abordagem multivariada, as variáveis independentes (relativas à caracterização e às Linhas de cuidado) estatisticamente associadas ao desfecho “eSF oferta todos os procedimentos da CS-MRJ” e com OR ≥ 2 em cada linha de cuidado – deram origem a um modelo de regressão logística multivariada. Este modelo foi realizado para identificar as eSF mais propensas à realização de todos os procedimentos da CS pelas razões de chance ajustadas (ORaj)¹⁰.

O método de seleção utilizado foi o *Stepwise backward*, e foram incluídas no modelo as variáveis com $p < 0,10$ e após as iterações foram eliminadas as variáveis com $p > 0,05$, determinando-se, então, os coeficientes de regressão logística, as ORaj e seus respectivos IC95%. Foram, ainda, calculadas as probabilidades preditas para o desfecho (eSF oferta todos os procedimentos = SIM) segundo a exposição “estrato populacional”, no modelo final. O ponto de corte adotado na proporção de desfecho foi 17% (proporção de eSF que realizavam todos os procedimentos). A proporção de classificação correta entre os positivos (PC+) e entre os negativos (PC-) para o desfecho e a proporção de classificação total (PCT-Overall) foi também determinada.

Foram utilizados dados de domínio público, de maneira que o estudo foi isentado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) de apreciação ética. O estudo fonte (PMAQ) foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da ENSP/Fiocruz e aprovado.

Resultados

Quanto à composição das eSF que aderiram ao PMAQ, 26,8% e 28,7%, respectivamente, mencionaram não haver cirurgião dentista e técnico de enfermagem. No EP6, 8,2% não tinham médico. Por outro lado, 99,6% das eSF têm pelo menos 1 enfermeiro e todas têm agente comunitário de saúde (ACS).

Em relação à distribuição regional das equipes, 70% localizam-se nas regiões nordeste (32,2%) e sudeste (38,2%), sendo a de menor representação a região norte, com 6,1%. No que se refere à adesão das eSF ao PMAQ, atingiu-se 51% das eSF no País e, no MRJ, 55%.

A caracterização das eSF que aderiram ao PMAQ é apresentada na Tabela 1. Com exceção da oferta de serviço em saúde mental, com média nacional de 44,3%, de forma geral, existe uma boa oferta de ações em saúde realizadas pelas eSF em todos os estratos populacionais, chegando a 97% (coleta do exame de citopatológico). Encontrou-se variações expressivas nos serviços oferecidos nos diversos estratos populacionais, com maior oferta nos grandes centros urbanos quanto à existência de prontuário eletrônico (40% no EP6 e 14% no país), utilização de protocolo de diretriz terapêutica para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase (cerca 90% no EP6 e 70% no país) e ações em saúde mental, que incluem a oferta deste serviço (56% no EP6 e 44% no país) e atendimento com profissional de saúde mental (77% no EP6 e 59% no país).

Evidenciou-se melhor desempenho do MRJ em relação aos demais grandes centros urbanos (EP6#) com diferença significativa ($p < 5\%$) em 10 das 14 ações de saúde (Tabela 2). Destaca-se a existência de prontuário eletrônico, com 96% de implantação nas eSF do MRJ, contrastando com 34% nas eSF dos EP6# e 14% no Brasil. Porém, ressalta-se a baixa oferta de serviços em saúde mental em ambos, MRJ e EP6#, em torno de 56%.

Outro aspecto relevante deste estudo refere-se aos procedimentos/pequenas cirurgias segundo a CS-MRJ. Observou-se baixo percentual de procedimentos ofertados no território nacional, sendo

a maior média ainda inferior a 63%, para retirada de pontos, curativos e medicações injetáveis intramusculares (Tabela 3). Verificou-se importante variação entre os diferentes grupos populacionais, principalmente para drenagem de abscesso (52% no EP1 e 26% no EP6), sutura de ferimentos (56% no EP1 e 19% no EP6), lavagem de ouvido (57% no EP1 e 24% no EP6) e extração de unha (50% no EP1 e 13% no EP6). Constatou-se, ainda, a presença de um expressivo gradiente inversamente proporcional da oferta dos procedimentos em relação ao porte populacional (Tabela 3). Da mesma forma, quando o MRJ é comparado ao EP6#, foram encontrados resultados superiores para o MRJ, apontando assim para implementação mais consistente destas atividades no mesmo.

Na análise bivariada das associações entre as ações em saúde frente ao desfecho “eSF oferta todos os nove procedimentos da CS-MRJ” encontrou-se que as eSF que executam estes procedimentos apresentaram um melhor desempenho em todas as ações em saúde listadas. A ação em saúde que apresentou menor diferença foi a realização de colpocitológico (menor que 1 ppc), ofertada pela quase totalidade das eSF (Tabela 4). Por outro lado, aquela com maior diferença (OR bruto = 4,4) foi “eSF realiza atendimento de urgência e emergência”; ou seja, tem-se uma chance cerca de 4 vezes maior de ser uma eSF que realiza todos os procedimentos se for uma eSF que também realiza atendimento de urgência e emergência.

A análise multivariada (Tabela 5) evidenciou OR brutos e ajustado com valores próximos, variando entre 1,1 a 1,4, com exceção da “existência de prontuário eletrônico” e “eSF realiza atendimento de urgência e emergência”, com ORaj de 2,5 e 4,6 respectivamente ($p < 5\%$). Além disso, ao avaliar os estratos populacionais, verificou-se um gradiente inverso nos ORaj, variando de 2,2 para o EP5, chegando a 17,3 para o EP1, frente à categoria de referência (EP6).

Discussão

Este estudo permitiu, com o uso de um banco de dados secundários para o nível nacional, analisar a oferta de serviços da atenção primária à saúde no Brasil, frente à CS-MRJ. Com exceção da oferta de serviços em saúde mental, encontrou-se boa distribuição na oferta dos demais serviços analisados em todos os estratos populacionais, ainda que com importante variação entre eles. A oferta de ações no MRJ foi sempre maior quando comparada aos grandes centros (EP6#).

Tabela 1. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, por estrato populacional. Brasil, 2012.

Variáveis selecionadas	Estrato populacional (%) [*]						Total
	Até 10.000	10.001-20.000	20.001-50.000	50.001-100.000	100.001-500.000	500.001 ou mais	
N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	17200
Características Gerais							
Existe prontuário eletrônico implantado na ESF	11,6	7,0	6,1	5,3	10,7	40,5	14,0
ESF realiza atendimento de urgência e emergência	73,1	63,6	67,0	67,9	79,2	85,2	73,0
ESF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	71,3	64,8	69,4	66,3	64,2	65,1	66,8
Saúde da Mulher							
ESF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	96,0	96,2	96,9	97,9	98,0	98,8	97,3
Planejamento Familiar							
ESF desenvolve ações de planejamento familiar?	88,3	91,3	92,3	92,7	90,5	96,3	92,0
Pré-Natal							
As gestantes acompanhadas pela eSF possuem maternidade definida para o parto?	86,0	77,1	82,3	86,3	81,5	85,0	82,8
Doenças Crônicas Não Transmissíveis							
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – HAS	63,1	60,3	64,3	65,8	76,3	89,7	70,4
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – <i>Diabetes Mellitus</i>	63,6	60,3	64,8	65,5	76,1	89,6	70,5
Doenças Crônicas Transmissíveis							
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose?	64,0	61,8	64,9	66,3	77,2	91,8	71,5
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase?	62,9	59,9	63,0	64,1	72,2	86,7	68,6
Saúde Mental							
Oferta de serviço	42,7	39,0	39,2	37,9	48,7	55,8	44,3
Atendimento com profissionais de saúde mental	58,9	48,7	50,8	51,2	63,1	76,8	58,7
Saúde da Criança							
Há registro sobre vacinação	91,2	91,1	92,5	94,4	96,6	98,4	94,1
Há registro sobre Teste do Pezinho	75,5	70,8	73,6	76,9	82,2	91,1	78,5

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. ^{*} Os testes para todas variáveis foram estatisticamente significativos (χ^2 com p_valor < 0,05%).

Já quanto à oferta dos procedimentos/pequenas cirurgias previstas na CS-MRJ, verificou-se oferta inversamente proporcional ao porte populacional dos municípios, com exceção do MRJ quando comparado ao EP6#. Existência de prontuário eletrônico e realização de atendimento em urgência/emergência foram as variáveis que melhor explicaram o desfecho “eSF disponibiliza todos os procedimentos da CS-MRJ”.

Ainda que tenhamos trabalhado com o bloco de informação do PMAQ referente apenas às equipes que aderiram ao programa, a distribuição é equivalente à apresentada em dados oficiais⁵, que apontam maior número de equipes nas regiões Nordeste e Sudeste, e menor na Norte.

Os serviços em saúde mental apresentaram baixa oferta em todos os estratos populacionais, quando comparados às demais ações em saúde

Tabela 2. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ¹ segundo linhas de cuidado em saúde da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, por localização: município do Rio de Janeiro (MRJ) e estrato populacional maior de 500 mil habitantes (EP6#). Brasil, 2012.

Variáveis selecionadas	Locais de investigação [*]					
	MRJ (%)	EP6# (%)	Pvalor (χ^2)	OR Bruto	Intervalo de Confiança (95%)	
					Inf	Sup
N total da amostra	324	2771				
Características Gerais						
Existe prontuário eletrônico implantado na ESF	95,7	34,0	0,000	42,9	24,9	73,7
ESF realiza atendimento de urgência e emergência	96,6	83,8	0,000	5,4	2,9	10,0
ESF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	65,1	65,1	0,984	-	-	-
Saúde da Mulher						
ESF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	99,7	98,7	0,120	4,2	0,5	31,1
Planejamento Familiar						
ESF desenvolve ações de planejamento familiar?	95,1	96,4	0,233	-	-	-
Pré-Natal						
As gestantes acompanhadas pela ESF possuem maternidade definida para o parto?	99,7	83,3	0,000	-	-	-
Doenças Crônicas Não Transmissíveis						
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – HAS	94,7	89,1	0,002	2,1	1,3	3,6
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – <i>Diabetes Mellitus</i>	94,4	89,0	0,003	2,0	1,2	3,3
Doenças Crônicas Transmissíveis						
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose?	95,0	91,4	0,026	1,7	1,0	3,0
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase?	92,5	86,0	0,001	2,0	1,3	3,0
Saúde Mental						
Oferta de serviço	55,6	55,8	0,935	-	-	-
Atendimento com profissionais de saúde mental	82,6	76,2	0,011	1,4	1,0	2,0
Saúde da Criança						
Há registro sobre vacinação	99,7	98,2	0,049	5,8	0,8	42,2
Há registro sobre Teste do Pezinho	99,1	90,2	0,000	11,5	3,6	36,4

¹ PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. ^{*} Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição. EP6# - Municípios do estrato populacional acima de 500.000 mil habitantes, excluindo o município do Rio de Janeiro.

investigadas. A saúde mental não é contemplada entre as dez áreas estratégicas (eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde) definidas pela PNAB¹. Ademais, há escassos e defasados indicadores de saúde mental no Sistema da Informação de Atenção Básica (SIAB). Assim, nossos achados podem estar refletindo o fato de que a saúde mental ainda é uma área negligenciada do processo de trabalho das equipes de APS.

A organização do cuidado na APS por ciclos de vida e por grandes grupos de doenças pode mascarar interfaces. Por exemplo, considerando

as linhas de cuidado em saúde da mulher, doenças crônicas e a saúde mental (uma DCNT), em que pesem as vantagens, pode trazer dificuldades na abordagem a usuários cujas necessidades em saúde estejam contempladas em diferentes linhas de cuidado. Nesse sentido, diferentes autores¹¹⁻¹³ apontam para dificuldades das equipes na abordagem dos casos de saúde mental, que incluem dificuldades diagnóstica e insuficiência de formação, evidenciando as carências na compreensão de que a saúde mental é um tema transversal, presente em todas as áreas estratégicas, ao se entender saúde de forma ampliada.

Já a coleta de exame citopatológico foi o serviço com maior oferta no país, atingindo uma média nacional de 97%. Este é o principal méto-

Tabela 3. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo realização de procedimentos por estrato populacional. Brasil, 2012.

Realização de procedimentos	Estrato populacional (%) [*]						EP6 [#]	MRJ	Total
	Até 10.000	10.001-20.000	20.001-50.000	50.001-100.000	100.001-500.000	500.001 ou mais			
N total da amostra por estrato populacional	2585	2877	3620	1854	3169	3095	2771	324	17200
ESF realiza procedimentos/pequenas cirurgias. Quais?	73,2	66,4	64,1	59,2	57,2	57,3	53,3	91,7	62,8
Drenagem de abscesso	52,5	35,9	32,4	27,3	28,2	26,3	20,2	78,4	33,6
Sutura de ferimentos	55,7	35,7	28,4	23,9	23,6	18,9	12,8	71,3	30,7
Retirada de pontos	70,8	64,1	62,9	57,3	55,9	55,6	51,6	89,8	61,1
Lavagem de ouvido	57,1	40,3	35,7	27,9	25,4	24,2	20,4	56,5	34,9
Extração de unha	49,8	29,6	23,4	18,4	16,7	13,4	8,8	52,2	24,8
Nebulização/inalação	68,0	60,1	59,3	54,3	51,7	54,0	49,8	89,5	57,8
Curativos	72,3	65,6	63,5	58,3	56,2	56,4	52,4	90,7	62,0
Medicações injetáveis intramusculares	71,3	63,7	61,8	57,2	56,4	56,3	52,3	90,4	61,1
Medicações injetáveis endovenosas	65,2	51,6	49,4	44,2	46,7	51,7	47,5	88,0	51,5

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. ^{*} Os testes para todas variáveis foram estatisticamente significativos (χ^2 com p_valor < 0,05%). EP6[#] - Municípios do estrato populacional acima de 500.000 mil habitantes, excluindo o município do Rio de Janeiro.

do utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero (teste de Papanicolau) para detecção de lesões precursoras. No Brasil, são esperados para ano de 2016, 16.340 casos novos de CA do colo do útero, que é a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres¹⁴. A alta oferta do exame é bastante relevante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por Câncer (CA) do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo¹⁵. As ações do MS para prevenção e detecção precoce deste câncer é antiga, desde 1984, e são atualmente previstas tanto no Pacto pela Saúde, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos para o controle CA do colo do útero nos estados e municípios¹⁶, quanto na PNAB¹, ilustrando a transversalidade das ações de controle deste câncer.

Dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD) informam que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolau pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6%, em 2003, para 87,1%, em 2008. Além disso, dados do Sistema de Informações de Controle do CA do Colo do Útero (SISCOLO) também apontam um aumento do número de municípios que realizaram a coleta

do exame citopatológico de 89,5% (2004/2005) para 95% (2007/2008)¹⁷. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, revelou que, no Brasil, 79,4% das mulheres de 25 a 64 anos de idade realizaram o exame preventivo nos últimos três anos anteriores à pesquisa. As Regiões Sudeste (81,1%), Sul (83,0%) e Centro-Oeste (80,9%) apresentaram percentuais acima da média nacional (79%), enquanto as Regiões Norte (75%) e Nordeste (75%) situaram-se abaixo desta¹⁸.

Entre as mulheres de 25 a 64 anos de idade, que nunca fizeram o exame preventivo (17% das mulheres dessa faixa), 46% declararam não achar necessário, 21% nunca haviam sido orientadas nesse sentido, e 10% declararam ter vergonha de fazê-lo¹⁸. Tais resultados indicam problemas no processo para ações de prevenção e detecção precoce, o que revela ainda a necessidade de estudos qualitativos sobre as ações nesta abordagem.

Destaca-se que o MRJ apresentou desempenho superior de suas eSF frente ao EP6# quanto à oferta de serviços, entre eles a utilização do prontuário eletrônico.

Sabidamente, o prontuário clínico, seja impresso ou eletrônico, é um valioso instrumento que cumpre diferentes finalidades: consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística, processos éticos e legais, comunicação entre os

Tabela 4. Características das equipes de saúde da família (eSF) que responderam ao PMAQ* segundo linhas de cuidado em saúde por eSF disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro (CS-MRJ). Brasil, 2012.

Variáveis selecionadas	ESF disponibiliza todos os procedimentos da CS-MRJ**							
	Sim	Não	Total	Pvalor (χ^2)	OR Bruto*	Intervalo Confiança (95%)		
						Inf	Sup	
N total da amostra	2951	14200	17151					
Características Gerais								
Existe prontuário eletrônico implantado na ESF	21,4	12,5	14,0	0,000	1,9	1,7	2,1	
ESF realiza atendimento de urgência e emergência	90,8	69,3	73,0	0,000	4,4	3,8	5,0	
ESF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	76,7	64,8	66,8	0,000	1,8	1,6	2,0	
Saúde da Mulher								
ESF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	98,0	97,2	97,3	0,009	1,4	1,1	1,9	
Planejamento Familiar								
ESF desenvolve ações de planejamento familiar?	93,8	91,6	92,0	0,000	1,3	1,1	1,6	
Pré-Natal								
As gestantes acompanhadas pela WSF possuem maternidade definida para o parto?	86,6	82,0	82,8	0,000	1,4	1,3	1,6	
Doenças Crônicas Não Transmissíveis								
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – HAS	73,9	69,7	70,4	0,000	1,2	1,1	1,3	
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Diabetes Mellitus	74,3	69,7	70,5	0,000	1,3	1,1	1,4	
Doenças Crônicas Transmissíveis								
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Tuberculose?	73,3	71,2	71,5	0,021	1,1	1,0	1,2	
Segue o protocolo de diretriz terapêutica – Hanseníase?	71,1	68,1	68,6	0,001	1,2	1,1	1,3	
Saúde Mental								
Oferta de serviço	52,2	42,6	44,3	0,000	1,5	1,4	1,6	
Atendimento com profissionais de saúde mental	66,0	57,1	58,7	0,000	1,5	1,3	1,6	
Saúde da Criança								
Há registro sobre vacinação	95,8	93,7	94,1	0,000	1,5	1,3	1,8	
Há registro sobre Teste do Pezinho	84,1	77,4	78,5	0,000	1,5	1,4	1,7	

* PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. ** Lista de procedimentos/pequenas cirurgias: Drenagem de abscesso, Sutura de ferimentos, Retirada de pontos, Lavagem de ouvido, Extração de unha, Nebulização/inalação, Curativos, Medicações injetáveis intramusculares e Medicações injetáveis endovenosas. * Categoria de referência do OR Bruto = Categoria “Não” para todas as variáveis de exposição.

profissionais das equipes e, dependendo do sistema, integração com demais níveis de atenção à saúde, ainda que sejam documentadas importantes barreiras à sua implementação e aceitação pelos profissionais¹⁹.

Dada a sua importância por múltiplas finalidades e principalmente em virtude dos avanços tecnológicos, em 2007, o Conselho Federal de Medicina aprovou as normas técnicas para digitalização e uso de sistemas informatizados para

a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde²⁰. Corroborando com isso e com o objetivo de reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, em 2013, o MS lançou o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Busca-se um SUS eletrônico e um processo de informatização qualificada, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental tanto para

Tabela 5. Resultados de modelo de regressão logística multivariada (stepwise backward^(*)) para o desfecho “equipe da saúde da família (ESF) disponibiliza todos os procedimentos da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro (CS-MRJ)”^(**). Brasil, 2012.

Modelo de Regressão Logística ^(§)	OR Bruto	OR ^(*) ajustado	Intervalo de Confiança (95%)	
			Inf	Sup
Características Gerais				
Existe prontuário eletrônico implantado na ESF	1,9	2,5	2,2	2,8
ESF realiza atendimento de urgência e emergência	4,4	4,6	4,0	5,3
ESF troca informações sobre os pacientes encaminhados com especialista	1,8	1,3	1,1	1,4
Saúde da Mulher				
ESF realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?	1,4	1,3	1,0	1,8
Planejamento Familiar				
ESF desenvolve ações de planejamento familiar?	1,3	1,3	1,1	1,6
Pré-Natal				
As gestantes acompanhadas pela ESF possuem maternidade definida p/ o parto?	1,4	1,1	1,0	1,3
Saúde Mental				
Oferta de serviço	1,5	1,2	1,1	1,3
Atendimento com profissionais de saúde mental	1,5	1,2	1,1	1,3
Saúde da Criança				
Há registro sobre Teste do Pezinho	1,5	1,4	1,2	1,6
Estrato populacional				
Estrato populacional: Até 10.000 hab (EP1)	7,4	17,3	14,5	20,6
Estrato populacional: 10.001 - 20.000 hab (EP2)	2,7	7,0	5,8	8,3
Estrato populacional: 20.001 - 50.000 hab (EP3)	1,8	4,3	3,6	5,1
Estrato populacional: 50.001 - 100.000 hab (EP4)	1,4	3,2	2,6	4
Estrato populacional: 100.001 - 500.000 hab (EP5)	1,3	2,2	1,8	2,6
Estrato populacional: mais de 500.001 hab (EP6) {&- categoria de referência}	-	-	-	-

(^{*}) resultado do modelo de regressão logística multivariada: Proporção de classificação total – PCT = 69,5%; PC+ = 69,8% e PC- = 69,5%. (^{**}) Lista de procedimentos/pequenas cirurgias: Drenagem de abscesso, Sutura de ferimentos, Retirada de pontos, Lavagem de ouvido, Extração de unha, Nebulização/inalação, Curativos, Medicações injetáveis intramusculares e Medicações injetáveis endovenosas. ([§]) categoria de referência do Odds ratio relativa à resposta “Não”.

ampliar a qualidade no atendimento à população, como para a gestão pública de modo geral²¹.

Nesse sentido, no MRJ, o processo de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas unidades de atenção primária ocorreu no primeiro semestre de 2011, por decisão da gestão municipal de saúde²². Constituiu-se, a partir de então, um marco para a consolidação do processo de informatização dos serviços de saúde e do processo de trabalho dos profissionais na atenção primária. Toda essa evolução ocorreu por meio de um contrato de gestão entre a SMS-RJ e as Organizações Sociais de Saúde, e destas com as empresas de PEP. Tais empresas são periodicamente solicitadas a realizar customizações do PEP para a realidade técnico-assistencial dos profissionais de saúde.

No entanto, é necessário ponderar que também existem fragilidades, como a integração des-

te sistema entre os diferentes níveis assistenciais dos serviços de saúde, prejudicando a continuidade do cuidado com o usuário e a intercomunicação entre os profissionais de saúde²³. Deste modo, a APS tem prejudicado o seu papel de centro de comunicação e coordenador do cuidado.

Acerca dos procedimentos de baixa complexidade, estes são simples e deveriam ser amplamente ofertados na APS. No entanto, a pesquisa mostrou uma baixa oferta, sendo a maior média, de 63%, para retirada de pontos, curativos e medicações injetáveis intramusculares. Alguns motivos podem ser considerados. Quanto aos recursos humanos, existe a dificuldade de manter ou aumentar a oferta de alguns destes procedimentos devido à alta rotatividade de pessoal²⁴, principalmente a categoria médica, considerando que os procedimentos com menor oferta são, no Brasil, atribuições exclusivamente médicas.

Ney e Rodrigues²⁵ sinalizam para a baixa capacidade das instituições formadoras de profissionais de saúde em promover a adequação do processo formativo compatível com os moldes da ESF, o que resulta no despreparo técnico-assistencial para atuar como profissional generalista, elevando o número de encaminhamentos dos usuários. Além destes, podem concorrer para a dificuldade de realização de procedimentos a insuficiência e/ou ausência de equipamentos e insumos necessários e inadequações da estrutura física.

Esta baixa oferta de procedimentos evidenciada no estudo pode gerar descontinuidade na coordenação do cuidado, fazendo com que os profissionais de saúde referenciem os usuários para os níveis mais especializados de assistência ou, em alguns casos, que os próprios usuários busquem um serviço de urgência, descaracterizando os atributos essenciais definidos para a APS².

No intuito de melhorar o acesso e qualidade das ações no escopo da APS, o MS criou em 2011 o Requalifica UBS, que tem por objetivo garantir recursos para a ampliação da rede de UBS, com a construção de novas unidades, ampliação e reforma da área física de outras, financiando desta forma a construção de salas de procedimentos/observação em UBS já existentes e definiu este tipo de ambiente como padrão nas novas financiadas pelo MS²⁶. Porém, os efeitos do Requalifica, criado no ano anterior à coleta dos dados utilizados neste estudo, possivelmente não estiveram neles refletidos.

Outra informação que merece ser destacada é a maior oferta destes procedimentos no EP1 (53% das eSF), diminuindo gradativamente conforme aumenta o número de habitantes. Ainda que escassos, estudos envolvendo municípios pequenos, sendo estes a maioria no Brasil, apontam que, em geral, não possuem em seus territórios uma oferta suficiente de serviços de saúde de diferentes níveis de atenção^{27,28}.

Uma característica relevante acerca do MRJ é a reforma na APS, iniciada em 2009, e que incluiu novos investimentos. A decisão política pela ESF para o fortalecimento da APS e reestruturação da Rede de Atenção à Saúde marcou uma nova fase para a atenção à saúde da população carioca. Para tanto, sob a justificativa de que era necessário dar agilidade e flexibilidade a uma gestão considerada morosa e pouco eficiente, regulamentou-se a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que apontava para um novo modelo de gestão compartilhada, por meio das Organizações Sociais em Saúde (OSS).

Também adquiriu centralidade a implantação da Carteira de Serviços na APS. Segundo Harzheim²⁹, esta é uma potente ferramenta de adequação dos serviços ao modelo de APS, que a SMS-RJ elegeu como preferencial. Uma relevante adesão a este tipo de guia norteador pretende impedir que os serviços de APS se caracterizem por ofertar uma relação pequena de serviços em saúde, situação comum no cenário da ESF no País.

Para Clavería et al.³⁰, embora na Europa a CS apresente uma grande variedade territorial, tanto intra quanto inter países, trata-se do resultado de um modelo sanitário que varia conforme o modelo de atenção e o contexto em que se aplica. Tal documento é estruturado por aspectos organizacionais e de gestão, protocolos clínicos, atitude de profissionais e pacientes, com diferenças temporais no conteúdo, fruto de inovações técnicas ou de consenso social. Opinam que a capilaridade no acesso à CS é requisito para a equidade e concluem que deve ser adequada às necessidades da sociedade atual e progresso legítimo dos profissionais, com maior eficiência na APS. Portugal³¹, país com um sistema de saúde baseado em uma expressiva reforma e orientação para a atenção primária à saúde, semelhante ao ocorrido no Brasil, é um dos que adotam tal instrumento na APS.

No contexto brasileiro, existia, até 2016, mais três capitais (Florianópolis, Curitiba e Natal) que também implantaram, todas em 2014, uma carteira de serviços da atenção primária. A de Florianópolis, elaborada por profissionais da gestão e serviços da APS, foi a capital pioneira.

Em que pese a oferta de APS, mesmo que em diferentes formatos, na totalidade dos municípios brasileiros, as competências sobre quais tipos de serviços um município deve possuir, em razão de seu porte econômico, social e demográfico, não são claras nem precisas³². O aumento da capacidade resolutive da APS traz como consequência, a maior racionalização do uso dos serviços especializados, desafogando, por exemplo, as emergências e os leitos hospitalares.

O monitoramento dos serviços oferecidos pela CS-RJ é feito através do indicador “taxa de itens da carteira de serviços implementados”, previsto no contrato de gestão. Este indicador é avaliado trimestralmente em cada área programática por uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) composta por membros da SMS-RJ. Isso possibilita identificação e avaliação de possíveis problemas e correções necessárias a fim de garantir os serviços à população previstos pelo documento.

Como resultado da análise multivariada, ratifica-se a existência do gradiente inverso do estrato populacional frente à categoria de referência (EP6), ou seja, conforme aumenta o tamanho populacional, diminui-se as chances da eSF ser uma das que realiza todos os procedimentos listados.

Este estudo é pioneiro no campo do conhecimento, principalmente no âmbito municipal, baseando-se em uma análise comparada no que se refere ao desempenho das eSF do MRJ que responderam ao PMAQ (ano 2102), frente às eSF dos demais grandes centros, no que tange à implementação da CS-MRJ.

Além disso, ressalta-se a força do estudo tanto em relação à sua abrangência, ao analisar inúmeras linhas de cuidado em saúde, quanto à representatividade nacional da base utilizada, com amostragem expressiva. Ademais, a utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento do PMAQ como fonte de dados poderá possibilitar estudos futuros comparativos, a partir de suas replicações.

Por outro lado, é importante salientar cautela na análise e generalização dos resultados, uma vez que os dados do módulo 2 referem-se apenas às equipes que aderiram voluntariamente ao programa. É razoável pensar em um viés de seleção pelo voluntariado das equipes e possível tendenciosidade das respostas, o que poderia significar que o cenário real das informações oriundas deste módulo seja na realidade mais desfavorável. Costuma haver interesse, tanto das equipes quanto dos gestores municipais, em apresentar bons resultados para o repasse dos recursos financeiros vinculados ao programa³³.

Vale destacar, ainda, que os resultados apontados para os desfechos do MRJ frente ao EP6# referem-se a uma comparação realizada com uma média dos demais municípios de grande porte, o que não significa que alguns específicos deste estrato tenham resultados inferiores aos do MRJ, apenas que o agregado destes municípios encontra-se em pior cenário.

Além disso, tratou-se da primeira experiência de aplicação do PMAQ, que teve abordagem ampla e diversificada de um abrangente conjunto de questões ligadas à atenção primária, porém não específica para cobrir as questões da CS-MRJ. Assim, o critério de inclusão foi estritamente daquelas eSF que aderiram ao PMAQ e foram considerados como “procedimentos realizados da Carteira de Serviços” apenas a interseção entre aqueles pesquisados no PMAQ e os apontados na carteira de serviços da SMS-RJ. Excluiu-se a linha de cuidado “Saúde Bucal” e “Promoção da Saúde”, por opção da pesquisadora principal.

Finalmente, por ser este um estudo transversal não é possível realizar inferências causais e é também importante considerar que o período da coleta de dados ocorreu em momento de expansão da APS no MRJ; portanto, os resultados deste estudo refletem o cenário daquele momento (2012).

Conclusões

Este estudo procurou, utilizando uma base de dados nacional – PMAQ 2012, avançar na análise dos procedimentos de baixa complexidade e ações/serviços ofertados por linhas de cuidado nos diferentes estratos populacionais no Brasil, tendo como ponto de partida a CS-MRJ.

A expansão da ESF para os grandes centros urbanos, combinado à extensão de cobertura de serviços com a maior qualificação da atenção e satisfação das necessidades de saúde para a população brasileira, desafogando o serviço para os demais níveis de atenção à saúde, colocam-se como grandes desafios para o fortalecimento da APS no país. Nas áreas de maior densidade populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também na desigualdade de oferta de serviços de saúde.

Não obstante ao aumento do número de eSF no território brasileiro, os resultados chamam atenção para a disparidade na implantação dos programas em municípios de grande porte, com fragilidade sistemática na oferta de determinadas ações e serviços de saúde, como os em saúde mental, uso de prontuário eletrônico e realização de alguns procedimentos, como sutura de ferimentos, lavagem de ouvido e drenagem de abscesso. Tais obstáculos impedem que a APS cumpra com seus objetivos de forma plena e ressaltam o fato de que a ESF é um processo ainda em construção.

Este estudo mostrou a precariedade da oferta de alguns procedimentos comuns, não tendo sido encontrados estudos anteriores que abordassem a realização dos procedimentos/pequenas cirurgias na APS segundo o porte populacional, e que permitissem discutir a evolução deste panorama.

Observou-se a partir deste estudo que enquanto a oferta de procedimentos de baixa complexidade foi um problema maior nos grandes centros, a oferta de ações em saúde nas diferentes linhas de cuidado foi um problema maior nos municípios pequenos. Assim, faz-se relevante a realização de estudos que avaliem a organização e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde nos diferentes portes populacionais.

Acredita-se que a CS-MRJ seja uma importante ferramenta gerencial na coordenação do cuidado e que contribua satisfatoriamente nos resultados apresentados pelo MRJ em relação aos demais, no mesmo estrato populacional. Espera-se, então, que isto promova a diminuição das iniquidades na oferta de ações e serviços com a consequente melhoria do acesso, com reflexos em toda a rede de atenção à saúde. A carteira de serviços mostrou-se uma intervenção gerencial virtuosa, passível de ser adotada nas diferentes esferas de gestão, esforço que deve ser acompanhado do seu monitoramento.

Colaboradores

BA Salazar, MR Campos e VL Luiza participaram igualmente da concepção, desenvolvimento e análise do estudo e contribuíram igualmente na redação do texto e aprovaram a versão final.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete Ministerial. Portaria N° 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* 2011; 24 out.
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida P, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal do Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 16]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
6. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. *Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.
7. Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaría X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gac Sanit* 2003; 17(3):231-237.
8. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Em Debate* 2014; 38(special):109-123.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Manual instrutivo para as equipes da atenção básica e NASF*. Brasília: MS; 2015.
10. Kleinbaum klein M. *Logistic Regression. A Self-Learning Text*. 3rd ed. New York: Springer-Verlag; 2010.
11. Dowrick C. Advances in psychiatric treatment in primary care. *Adv Psychiatr Treat* 2001; 7(1):1-8.
12. Athié K, Menezes AL do A, da Silva AM, Campos M, Delgado PG, Fortes S, Dowrick C. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2016; 16(1):532.
13. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):623-632.
14. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
15. National cancer control programmes policies and managerial guidelines. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2016 Apr 15]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10039190>
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006*. Brasília: MS; 2007.
17. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
19. Boonstra A, Broekhuis M. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(1):1.
20. Brasil. Resolução CFM N° 1.821/07, de 23 de novembro de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 23 nov.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete Ministerial. Portaria GM/MS n° 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União* 2013; 10 jul.
22. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
23. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Electronic Medical Record: a tool that can contribute to integration of Health Care Networks. *Saúde Em Debate* 2013; 37(96):43-50.
24. Mendonça MH, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
25. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saude Coletiva* 2012; 22(4):1293-1311.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Ações, programas e estratégias. Requalifica UBS*. Brasília: MS; 2011.
27. Medeiros CRG. *Redes de Atenção em Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios* [tese] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
28. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Em Debate* 2015; 39(spe):160-170.

29. Harzheim E. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Município do Rio de Janeiro – Avaliação dos Primeiros Três Anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultado das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Brasília: OPAS; 2013. (Técnica Inovação em Saúde).
30. Clavería A, Ripoll MA, López-Rodríguez A, Rodríguez-Escudero C, Rey García J. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26:142-150.
31. Sousa PAF. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulina Enferm* 2009; 22(n. esp.):884-894.
32. Vieira EWR. *Grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Serviços de Saúde em município de pequeno porte [tese]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
33. Fausto MCR, Fonseca HMS. *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes Editora; 2014.

Artigo apresentado em 16/09/2016

Aprovado em 06/12/2016

Versão final apresentada em 08/12/2016