

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional
Katarina Lima Medeiros

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MESQUITA-RJ

Rio de Janeiro, RJ

2023

KATARINA LIMA MEDEIROS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MESQUITA-RJ

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à faculdade de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro como exigência para obtenção do título de bacharel.

Orientador: Prof. Alberto de Oliveira

Rio de Janeiro, RJ

2023

CIP - Catalogação na Publicação

L488e Medeiros, Katarina Lima
Estratégia Saúde da Família: a experiência do município de
Mesquita - RJ / Katarina Lima Medeiros.
- Rio de Janeiro, 2023.
40 f.

Orientador: Alberto de Oliveira.

Trabalho de conclusão de curso
(graduação) - Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento
Urbano e Regional, Bacharel em Gestão Pública para
o Desenvolvimento Econômico e Social, 2023.

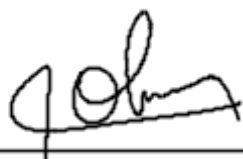
1. Saúde da Família. 2. Atenção primária à saúde.
3. Mesquita. 4. Baixada fluminense. I. de Oliveira,
Alberto, orient. II. Título.

KATARINA LIMA MEDEIROS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MESQUITA-RJ

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
faculdade de Gestão Pública para o
Desenvolvimento Econômico e Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro como
exigência para obtenção do título de bacharel.

Aprovado em: 28/03/2023



BANCA EXAMINADORA

Prof. Alberto de Oliveira

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional - UFRJ



Documento assinado digitalmente

PAULO RICARDO DA COSTA REIS

Data: 10/06/2023 13:56:39-0300

Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Prof. Paulo Ricardo da Costa Reis

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional - UFRJ

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, meus devidos agradecimentos a Deus e a meus Orixás, cuja presença posso sentir sempre comigo a cada passo da caminhada.

Minha imensa gratidão ao professor Alberto de Oliveira, que presta seu apoio ímpar como docente bem antes de me orientar neste trabalho. A atenção dada pelo Alberto durante as aulas e fora dela junto de seu amplo conhecimento nas disciplinas que ministra e em tantos assuntos além o fazem um grande parceiro de pesquisa e professor admirável. Mestre, te agradeço e tenho muita confiança em ti.

A todo corpo docente e colegas que compartilharam conhecimentos e experiências ao longo do curso. Cada aula, discussão e trabalho em grupo foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e profissional. Acredito que a experiência de cursar Gestão Pública na UFRJ é incomparável e ajudou a moldar meus princípios como profissional e pessoa.

À minha família e amigos, agradeço pelo apoio incondicional e pela fé de que eu era capaz de concluir essa fase. Somente vocês sabem o quanto foi desafiante para mim. Obrigada por não me deixar desistir e por não me abandonarem.

Aos meus colegas de trabalho, gestores do município de Mesquita, agradeço por me proporcionarem um ambiente de trabalho incomparável e pela sua sincera vontade em construir uma gestão pública focada em melhorar a vida da população.

A conclusão deste curso representa um marco importante em minha vida, e sou grata por ter tido a oportunidade de aprender e crescer com todas essas pessoas que mencionei.

Obrigado a todos que fizeram parte desta jornada.

RESUMO

Este trabalho visa fazer uma análise majoritariamente quantitativa demonstrando a evolução e características da Estratégia Saúde da Família, estratégia que visa a estruturação da atenção primária no Brasil, no município de Mesquita, da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. No trabalho será feito um resgate histórico do desenvolvimento da saúde pública nacional desde o século XX, passando pelos marcos históricos de cada período até a definição do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição Federal de 1998. Vamos conhecer as características regionais de cidade de Mesquita e da região, a Baixada Fluminense, para entendermos o contexto social, físico e político o qual o município está inserido e como isto influencia na sua saúde pública. Será apresentado a posição de Mesquita em alguns indicadores de saúde genéricos que permitem análise do panorama geral de saúde do município, antes de adentrarmos nas características estruturais e de financiamento da Estratégia Saúde da Família e o que o município tem feito para executá-la e qual seu nível de êxito. Por fim, serão apresentados os desafios ainda existentes para a implantação e aprimoramento da estratégia na atenção básica no município e no país, de acordo com a percepção geral obtida com a análise dos dados e pela perspectiva de especialistas da área, e ao final, as conclusões, que demonstram a contínua evolução do município nas métricas definidas pelas políticas nacionais e estaduais referentes à Estratégia e que esta evolução deve continuar prosseguindo-se com o ritmo recente e ultrapassando os desafios postos.

Palavras-chave: estratégia saúde da família, saúde, Mesquita, baixada fluminense, atenção primária

ABSTRACT

This work aims to make a mostly quantitative analysis demonstrating the evolution and characteristics of the Family Health Strategy, a strategy that aims at structuring primary care in Brazil, in the municipality of Mesquita, in the Baixada Fluminense of Rio de Janeiro. The work will carry out a historical review of the development of national public health since the 20th century, passing through the historical milestones of each period until the definition of the Unified Health System (SUS), with the enactment of the Federal Constitution of 1998. Let's get to know the characteristics regions of the city of Mesquita and the region, the Baixada Fluminense, in order to understand the social, physical and political context in which the municipality is inserted and how this influences its public health. The position of Mesquita will be presented in some generic health indicators that allow analysis of the general health panorama of the municipality, before entering the structural and financing characteristics of the Family Health Strategy and what the municipality has done to execute it and what your level of success. Finally, the challenges that still exist for the implementation and improvement of the strategy in primary care in the municipality and in the country will be presented, according to the general perception obtained from the analysis of the data and from the perspective of specialists in the area, and at the end, the conclusions, which demonstrate the continuous evolution of the municipality in the metrics defined by the national and state policies related to the Strategy and that this evolution must continue at the recent pace and overcome the challenges posed.

Keywords: family health strategy, health, Mesquita, baixada fluminense, primary care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ANTECEDENTES À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	9
3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	12
4 O PREVINE BRASIL	18
5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE MESQUITA	20
6 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MESQUITA	23
7 DESAFIOS PARA O APRIMORAMENTO DA ESF EM MESQUITA	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), na época denominada Programa de Saúde da Família (PSF), foi desenvolvida como estratégia de ampliação dos serviços de atenção à saúde. Embora a ESF conte com diretrizes nacionais, ela é operacionalizada pelas equipes municipais. Nesse sentido, a abrangência, os potenciais e as limitações da execução da estratégia estão relacionados às condições vigentes nos municípios. Daí a necessidade de avaliação do ESF no âmbito municipal.

O objetivo deste trabalho é avaliar como o município tem evoluído diante dos parâmetros das políticas nacionais e estaduais para a Estratégia Saúde da Família para o período de 2013 à 2022. As perguntas chave da pesquisa são: a) como se dá a performance de Mesquita em relação a ESF? b) quais são as restrições enfrentadas pela administração municipal para aprimorar o atendimento da ESF?

Em termos metodológicos, impressões sobre o avanço da atenção primária e percepção do público serão avaliadas a partir de informações disponibilizadas pela prefeitura de Mesquita. A análise das restrições enfrentadas pela administração municipal para o aprimoramento do programa será obtida a partir dos acúmulos da pesquisa e de referências do que dizem especialistas.

O texto foi organizado em sete seções, além desta introdução. A primeira seção apresenta uma contextualização histórica sobre a saúde pública no Brasil. Em seguida é feita uma revisão bibliográfica sobre o assunto, de forma a destacar os conceitos técnicos da ESF, bem como suas características e origens. Depois, será feita uma apresentação breve do município de Mesquita que pertence à Região Metropolitana do Rio de Janeiro e, logo em seguida, o estudo tratará da evolução da implantação da ESF na cidade. A quinta seção investiga os desafios para o aprimoramento desta estratégia em Mesquita. As considerações finais são anotadas ao final do trabalho.

2 ANTECEDENTES À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As ideias que norteiam os objetivos da Estratégia Saúde da Família datam de antes do nascimento do Sistema Único de Saúde que se formalizou com a promulgação da Constituição Federal de 1998.

O histórico de políticas públicas de promoção à saúde no Brasil não se mostrou extenso antes do SUS, apesar de já dar pequenos sinais desde o fim do século XVIII. Nesta época, o que se via eram ações voltadas à prevenção de endemias e de doenças transmissíveis, através de infraestrutura de saneamento, controle de doenças e com estratégias

não mais estruturadas do que ações de isolamento dos doentes. A ênfase principal era evitar a deficiência de mão de obra e o prejuízo da qualidade da produção.

Em um pequeno resgate histórico inicial, com base no texto da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (FIOCRUZ, 2007), é possível apontar que no fim do século XVIII e nos início dos anos de 1900 foram criadas algumas instituições de promoção a pesquisa na área da saúde, como o Instituto Soroterápico Federal e o Instituto Oswaldo Cruz. Nesta época foi promovido um código sanitário e a campanha vacinal obrigatória. Ambas ações trouxeram medo por seu caráter pouco assistencial e informativo e um tanto quanto impositivo.

No começo da década de 1920 foram regulamentadas por lei as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que forneciam benefícios semelhantes a um seguro social para alguns trabalhadores, cujo empresas eram relevantes política ou economicamente. Apesar de oferecer socorro médico aos trabalhadores e seus familiares inscritos nas CAPS, estas instituições eram geridas pelas empresas e trabalhadores, e ao Estado cabia apenas a legalização e mediação de possíveis conflitos. Portanto, ainda não se pode tomá-las como política de oferta de saúde por parte do Estado. É preciso ter em mente a fragilidade financeira e administrativa dessas instituições. A falta de fiscalização do Estado e as restrições de fluxo de caixa, tornavam os incertos os serviços prestados pelas CAPS.

No início do século XX a principal voz ativa da ideia de que saúde deveria ser assunto político e que falava na estruturação de um modelo de saúde pública vinha do movimento sanitarista. Apesar de alguns autores como Corbo, Marosini, Pontes e Negri (2007) argumentarem que este movimento teve seu início entre as décadas de 1970 e 1980, nas décadas de 1910 e 1920 já existia uma movimentação de médicos sanitaristas como Oswaldo Cruz que buscavam combater endemias rurais da época e já pautavam ação política estatal de saúde. E é no ano de 1920 que é criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP) que vai colocar o governo como um dos agentes centrais na promoção da saúde.

Avançando algumas décadas, é possível apontar a industrialização na década de 1950 como fator principal para o aumento da necessidade de oferta de serviços de saúde devido à alta migração para os centros urbanos, bem como para sustentar o esforço de industrialização definido pelo governo. São criados os primeiros grandes hospitais e ampliada a prática de medicina previdenciária dos CAPS, sendo seu papel acentuado no governo Vargas. Acompanhando ainda a cultura desenvolvimentista da época é criado em 1953 o Ministério da Saúde, passo importantíssimo para a estruturação da política de saúde pública nacional mas ainda focado na prevenção e diminuição de transmissão de doenças e na medicina previdenciária, ou seja, não constituiu inicialmente o direito ao acesso universal à saúde.

Na década de 1970, o movimento pela reforma sanitária, formado por trabalhadores da saúde e outros setores da sociedade e impulsionado também por movimentos sociais e políticos, teve seu apogeu e resultou em uma série de ações governamentais voltadas à saúde pública, das quais é possível mencionar a criação do Sistema Nacional de Saúde, que trouxe pela primeira vez um modelo político de saúde de abrangência nacional, e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que garantiu o acesso à atenção primária da saúde ao Nordeste, generalizando o acesso à saúde no país.

Em 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde que pautou a reestruturação do modelo político de saúde que deveria começar a levar em conta uma série de fatores para efetivamente se constituir, como alimentação, renda, lazer, entre outros. Ou seja, cresce dentro da comunidade médica que compunha o movimento sanitário a ideologia de que saúde envolveria condições de vida melhores como um todo, ao invés de apenas prevenção de surtos epidemiológicos e socorro emergencial.

Em 1986 houve a VIII Conferência Nacional de Saúde e em seus encaminhamentos constava a diretriz para universalização do acesso à saúde. O relatório extraído desta Conferência serviu também como base para a discussão de formulação da Constituição Federal de 1988. É apenas neste ano, na nova e atual constituição que é implantado e oficializado o Sistema Único de Saúde, o SUS.

O SUS se apresenta como provedor de ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros de forma gratuita e indiscriminada. A legislação que o norteia explicita o dever que tem o Estado e todos seus entes federativos de promover em conjunto a garantia deste direito. Para isto, o sistema exige a ação conjunta e descentralizada destes entes, visando uma atenção direcionada e a abrangência de um conjunto de campos de atuação como o da assistência farmacêutica, da educação em saúde, promoção da saúde, regulação, vigilância sanitária, entre outros, por entender em seus fundamentos que a qualidade da saúde pública atravessa estes e mais campos e não se restringe ao atendimento médico e/ou à emergência.

Hoje o SUS é o maior sistema de saúde do mundo, atendendo mais de 190 milhões de pessoas de forma totalmente financiada pelo Estado. Seus serviços estão divididos entre os níveis de atenção primária (cuidados básicos e primários à saúde), média complexidade (atendimento especializado e direcionado à uma área específica da saúde) e alta complexidades (hospitais de grande porte com centros cirúrgicos e maior complexidade), além dos serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. É importante ter

o SUS bem definido, pois não é possível falar em Estratégia Saúde da Família sem que passemos pelo conceito de universalização da saúde pública.

Ainda sob reivindicações do movimento sanitário e reformulação da política de saúde, junto de uma mentalidade pós-guerra da qual se obteve maior conhecimento de medicina e uma ideia de saúde preventiva que visa diminuir os custos médicos, e, especialmente, sob influência da Organização Mundial de Saúde (OMS) que desde a década de 1970 promovendo suas conferências internacionais sobre atenção primária à saúde e que em suas diretrizes enfatiza que o enfoque na atenção primária é a chave para a eficácia na melhora da saúde e para sua cobertura integral e universal, começou-se então a dar maior importância à atenção primária como estratégia fundamental para o avanço da saúde pública.

O Ministério da Saúde define a atenção primária como:

“A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.”

Ministério da Saúde

Consiste na porta de entrada do cidadão aos serviços do sistema único de saúde, o nível mais próximo de contato, onde a pessoa recebe cuidados básicos, de rotina e preventivos. A atenção é focada, tanto na pessoa quanto em sua família e comunidade, que deve desempenhar papel cooperativo nas ações promovidas. É um cuidado contínuo e integral, com o intuito de diminuir a possibilidade ou atrasar possíveis enfermidades de maiores complexidades.

É sob esta ótica e com o objetivo de cumprir com essas diretrizes que em 1994 é instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Antes de tratar da estratégia em si, é preciso apontar a importância e as vantagens do investimento em saúde preventiva através da atenção primária tanto do ponto de vista econômico quanto para a qualidade de vida.

A medicina preventiva, como o nome já diz, tem o intuito de antecipar possíveis enfermidades e preveni-las antes que se manifestem, o que garante uma melhor qualidade de vida e ajuda na sua longevidade. Pode se tratar da aquisição de hábitos simples que evitam problemas, como praticar exercícios físicos periodicamente para reduzir chances de problemas no coração ou sedentarismo, uma boa alimentação para evitar por exemplo a diabetes, e ainda ações que previnam problemas complexos, como exames rotineiros de mama ou de próstata para identificarem possíveis cânceres ainda no início, facilitando seu tratamento.

A atenção primária é em suma o campo da saúde que vai dar conta de aplicar metodologias de medicina preventiva, devido à prática de atendimento periódico, focado e com proposta de rotinas e atividades que reduzam a necessidade de internações e outros procedimentos. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) diz que a APS é focada no cuidado com os indivíduos, com base em sua comunidade, ao invés de apenas tratar enfermidades e problemas específicos pontuais, e ainda vai fundo ao afirmar que o setor atende ao menos 80% de todas as necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida, enfatizando o papel importante que ele tem.

Além do papel crucial que é a melhora na qualidade de vida e prevenção de agravos na vida das pessoas, o investimento na medicina preventiva tem se mostrado um aliado na redução de gastos com a saúde a longo prazo.

Uma matéria no *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* - BJSCR (OLIVEIRA, 2021) demonstra que, apesar do investimento percentual à saúde do PIB brasileiro ser próximo ao de países cujo a saúde é de alta qualidade, como o Canadá e o Reino Unido, o país não recebe a mesma avaliação, o que indica que não é apenas o valor do investimento mas a forma qual ele é investido.

É demonstrado ainda que a economia com agravos de saúde que poderiam ser evitados estão na casa de bilhões de dólares. Como exemplo, apresentam o Reino Unido que já gastaram cerca de 11,7 bilhões de libras com pacientes com práticas de vida prejudiciais à saúde, como o tabagismo e o alcoolismo, e chocantes 22,5 bilhões no tratamento de doenças mentais (OLIVEIRA, 2021).

Operadoras de planos de saúde privados já se atentaram para estes números e estão fazendo movimento característico da Estratégia Saúde da Família, que será mais aprofundado à frente, que é em direção aos médicos da família, profissional que faz o acompanhamento direcionado do estado de saúde do segurado e dos dependentes associados a ele, o que garante à esses pacientes o atendimento centralizado em um médico ao invés de uma

rotatividade pouco definida. Segundo as empresas este tipo de atendimento melhora a qualidade e reduz até 30% das despesas.

A ESF surge com a proposta de ser o meio pelo qual se organiza e se consolida o modelo de atenção primária no país. A cientista social e mestre em serviço social Nadia Lucia Fuhrmann, pesquisadora e disseminadora do tema descreve a estratégia como forma de se afastar do modelo centrado em hospitais e métodos curativos e em direção ao modelo que visa prevenção e reabilitação (FUHRMANN, 2003, p.10).

Para ser concretizada a estratégia depende da adesão dos municípios, já que segue a lógica da atenção primária de se aproximar ao máximo do cidadão e as prefeituras são a representação do executivo que cumprem com esse princípio através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família. Por isso, são elas que irão implementar e coordenar a estratégia nas cidades, podendo e devendo se adequar às diferentes circunstâncias locais porém sem se afastar das suas diretrizes.

Outro ponto é que para a efetivação da estratégia no município é preciso respeitar e constituir, por definição:

I - Equipes de Saúde da Família (eSF), que se caracteriza por ser uma equipe multiprofissional que contenha ao menos um médico generalista, um enfermeiro generalista, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS);

II - O número de ACS deve ser o suficiente para atender toda a população cadastrada, respeitando-se os limites de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por eSF.

III - Cada equipe deve ser responsável por atender até no máximo 4.000 pessoas, porém, deve ser levado em conta a vulnerabilidade local, sendo que quanto mais vulnerável, menor deve ser o número de atendidos por equipe, para garantir a equidade do acolhimento;

IV - Carga horária de 40 horas semanais para cada membro da área de saúde na equipe;

V - Cadastramento de cada profissional em apenas uma equipe, podendo apenas o médico trabalhar no máximo em duas eSF;

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério de Saúde, as eSF devem: Definir o território de atuação e o quantitativo populacional atendido por cada equipe em casa UBS; Programar as ações sanitárias (inclui-se as agendas de trabalho) priorizando as mesmas sob critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; Priorizar a atenção à grupos de riscos para prevenir endemias evitáveis; usar da escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade no atendimento;

garantir a atenção integral, contínua e organizada à população; não restringir à prestação do serviço às unidades básicas de saúde, podendo estendê-lo ao domicílio ou outro lugar que se faça de interesse público e eficiente; ações educativas à população sobre prevenção e cuidado; qualificar os modelos de atenção e gestão; ter participação no planejamento de saúde do território; constituir ações integradas com outros setores de assistência; prestar apoio em pró da melhoria da gestão local; e atenção domiciliar aos residentes que possuem dificuldades de locomoção e acesso.

Para melhor entendimento do papel desempenhado por cada profissional que deve obrigatoriamente existir dentro de uma equipe, observe a Tabela 1 a seguir, destacando algumas responsabilidades descritas na Política Nacional de Atenção Básica:

TABELA I

Profissional	Responsabilidades
Enfermeiro	Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; cooperar nas atividades de educação permanente da equipe de enfermagem; participar do gerenciamento dos insumos necessários.
Auxiliar e Técnico de Enfermagem	Realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e em outra localidade quando indicado ou necessário; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários; e cooperar nas atividades de educação permanente.
Médico	Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e em outra localidade quando indicado ou necessário; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; cooperar nas atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários.

<p>Agente Comunitário de Saúde</p>	<p>Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda implantado pelo Estado.</p>
------------------------------------	--

Podem integrar ainda às eSF uma equipe de saúde bucal, cujas responsabilidades destacadas estão descritas na Tabela 2 a seguir, contanto que o município possua a infraestrutura necessária para atendê-las.

TABELA 2

Profissional	Responsabilidades
<p>Cirurgião-Dentista</p>	<p>Realizar diagnóstico; realizar a atenção a saúde em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; cooperar em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários.</p>
<p>Técnico em Saúde Bucal (TSB)</p>	<p>Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; cooperar nas atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma</p>

	<p>multidisciplinar; apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; participar do gerenciamento dos insumos necessários; participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; realizar fotografias e tomadas de uso odontológicas exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista; proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.</p>
<p>Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)</p>	<p>Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas; realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família; aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; processar filme radiográfico; selecionar moldeiras; preparar modelos em gesso; manipular materiais de uso odontológico; e participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.</p>

É interessante reiterar que o objetivo é levar os atendimentos médicos de pouca complexidade e os serviços de prevenção, acompanhamento e rotina à todos os cidadãos de cada município e por isso se fazem necessárias as equipes, com um número limitado de municípios por equipe, para que este atendimento alcance cada cidadão e sua família com a maior qualidade possível (visto que o tratamento de um número muito superior sob responsabilidade de poucos profissionais tende a ficar precarizado e pouco especificado).

A territorialização é também fator crucial para o êxito da estratégia e consiste na prática de gerir e fornecer os serviços de saúde com base no conhecimento de cada território e suas especificidades, o que significa que alguns bairros e microrregiões dentro de um município terão condições estruturais ou sociais que exijam uma forma diferente de organização das equipes de saúde da família e de unidades básicas para garantir ainda a

equidade do acesso e cuidado recebido pela população que ali vive, desde que ainda cumprindo com as obrigatoriedades previstas.

A PNAB prevê, por exemplo, diretrizes para estruturação de Unidades Básicas de Saúde e equipes de saúde da família fluviais para atender povos de áreas cujo acesso se dê por meio fluvial. Esta é ainda outra razão para o caráter municipal de implementação da estratégia e do limite populacional a ser assistido pelas equipes, e também o motivo para ser um dos fundamentos da atenção básica.

A forma de financiamento à atenção primária como um todo passou por mudanças desde a criação da ESF até os dias atuais mas sem perder sua característica tripartite de financiamento, ou seja, cabe aos entes federais, estaduais e municipais o dispêndio de recursos para custear a mesma. No âmbito federal, o último modelo, com vigência de 1997 à 2019, consistia no repasse com base no Piso da Atenção Básica (PAB), dividido em PAB fixo (transferido aos municípios determinado valor por pessoa com base na população estimada pelo IBGE) e o PAB variável (restrito aos municípios com a Estratégia Saúde da Família estabelecida). Hoje, o modelo de financiamento por parte do governo federal é o programa Previne Brasil.

4 O PREVINE BRASIL

Nascido em 2019 o programa cria novos critérios de repasses financeiros para a atenção primária aos municípios. No antigo modelo o valor era transferido de acordo com a população do município, mesmo que este não estivesse promovendo ações da ESF, e isso garantia um conforto a estes municípios e aos seus planejamentos orçamentários. Hoje, para os repasses, o Previne Brasil considera os seguintes critérios:

I - Captação Ponderada: calcula a remuneração com base na quantidade de pessoas cadastradas no município. O cadastro é feito pelas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR) ou equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). O cadastro é feito pelo CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde e geridos pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab);

II - Pagamento por desempenho: calcula a remuneração com base nos resultados obtidos nos indicadores de desempenho. São 7 indicadores:

1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a (primeira) até a 12^a (décima segunda) semana de gestação.

2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

- 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
- 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.
- 5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada.
- 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
- 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Cada indicador possui uma meta e um parâmetro para seu cálculo e ao fim, são agregados todos os resultados em um Indicador Sintético Final (ISF) que serve como demonstrativo do desempenho do município. Detalhes sobre os indicadores e forma de cálculo podem ser encontrados na Nota Técnica nº 12/2022-SAPS/MS.

III - Incentivo com base em critério populacional: calcula uma remuneração de incentivo por pessoa, determinada pelo Ministério da Saúde a cada ano através de portaria.

IV - Incentivo para ações estratégicas: calcula remuneração adicional para ações e programas que o município implantar em sua rede de atenção à saúde. Existem diversas ações já normatizadas cujo adesão é incentivada pelo Ministério da Saúde e novas surgem periodicamente. O valor a ser transferido referente às mesmas vai variar de acordo com as normas que as regularizam.

O objetivo é que com esses critérios eles consigam impulsionar os municípios a buscarem mais munícipes e aumentarem sua cobertura assistencial, já que atrela o repasse à quantidade de pessoas cadastradas e ao desempenho nos indicadores pré estabelecidos.

A mudança não foi imune de críticas, e entidades do movimento sanitário repreenderam o programa por julgar que o mesmo fere o princípio de universalidade do SUS, pois só considera para o cálculo de repasse a população cadastrada e não a total estimada. Para eles, o repasse em cima da população cadastrada que sempre é inferior à população total estimada significa uma diminuição de recurso per capita e conseqüentemente um prejuízo à expansão da prestação do serviço de saúde. Entretanto, com o repasse condicionado ao cadastro das pessoas fica impulsionada a busca ativa dos cidadãos e o acolhimento dos mesmos pelo sistema de saúde, fazendo com que mais pessoas tomem consciência dos serviços prestados e também obrigando os municípios a realizarem estes serviços para obterem o repasse financeiro, trazendo assim um benefício maior a longo prazo.

Com isso, ficando estabelecido o histórico do avanço da saúde pública no Brasil, iniciado ainda durante o processo de democratização com pequenas ações isoladas, a importância da atenção primária e a medicina preventiva para a garantia de saúde num sentido amplo que tem a ver com mais fatores do que apenas a resolução de um problema já identificado e todas as diretrizes e características da Estratégia da Saúde da Família como programa de abrangência nacional. Vamos discutir a seguir a evolução da implantação da ESF no município de Mesquita cidade do estado do Rio de Janeiro, suas características peculiares, seu desenvolvimento e desafios.

5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE MESQUITA

Mesquita é um município do estado do Rio de Janeiro, mais especificamente da Região Metropolitana e da microrregião Baixada Fluminense (ou Baixada Litorânea). Em sua tese de mestrado, Silva (2005) demonstra que o processo de modernização na cidade do Rio no século XX fez com que as pessoas de menor status social e financeiro fossem afastadas para os municípios vizinhos na metrópole, atribuindo a elas caráter de cidade dormitório por isto e pelo fato de a capital concentrar as maiores e melhores ofertas de emprego, fazendo com que esta população excluída do centro ainda recorra ao rio para trabalhar.

Silva (2005) expõe ainda que com o passar dos anos e mudança nas principais atividades econômicas a região foi perdendo relevância para outras áreas do estado do Rio de Janeiro, e essa baixa relevância junto a pouca infra-estrutura e poucos regimentos quanto às construções domésticas e o transporte público precário que é um problema ainda atual, seu papel de abrigar os trabalhadores da capital se fortalece, fazendo desta uma das principais características geopolítica da Baixada.

Outra indesejada característica é a violência. A microrregião já é considerada uma das mais violentas do país e no dossiê Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) de 2021 ela tem destaque novamente no ranking das 50 cidades brasileiras com maior letalidade policial, com 9 aparições de seus 13 municípios.

É inserida neste contexto histórico e sócio-político que se estabelece o município de Mesquita, emancipado do de Nova Iguaçu em 1999, sendo assim o mais jovem município emancipado na região.

Atualmente, Mesquita abriga de acordo com a estimativa de 2021 do IBGE 177,016 pessoas nos seus 13,83 km² urbanizados (com uma área total de 41,169 km² coberta em grande parte por vegetação natural). Em comparação, o município do Rio de Janeiro possui 640,34 km² de área urbanizada. Das 177 mil, apenas 9,6% da população é ocupada e o salário

médio mensal é de 1,8 salários mínimos. A cidade possui uma boa taxa de escolarização dos jovens entre 6 e 14 anos de idade, atingindo os 97,9% e um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,7, o que é considerado alto levando em conta que o índice avalia entre 0 e 1.

Além disso Mesquita não pode ser considerado um município pobre, ainda que por pouco. Pelos critérios do Banco Mundial, são considerados pobres aqueles que possuem renda mensal per capita (considera a soma da renda de todos os residentes um domicílio dividido para a quantidade de residentes) até R\$ 486. Pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a média da renda mensal per capita do município era de R\$ 607,27. O instituto apresentou em 2022 que com a pandemia houve um aumento de 22,7% no número de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza e com isso é possível inferir que Mesquita pode também ter tido uma queda em sua média, o que pode colocar mais ainda no limite.

É válido mencionar também que de acordo com o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, em 2021 Mesquita todas as 177,016 mil pessoas possuíam abastecimento de água, porém, apenas 89.879 dessas pessoas são atendidas com esgotamento sanitário.

Se faz importante levantar estes dados de renda e saneamento para entendermos um pouco melhor da realidade das pessoas que residem na cidade, considerando que a literatura médica já associa a qualidade do saneamento e maior média de renda local com melhores condições de saúde da população.

E na saúde, que é o grande foco deste trabalho, podemos avaliar o desempenho da cidade através de seus resultados em indicadores que permitem a visualização de um panorama geral da saúde local, como por exemplo: taxa de internações por diarreia, que costuma ser associado com a qualidade do abastecimento de água e saneamento de uma região; taxa de mortalidade infantil e de gestantes no parto, que permite inferir sobre a qualidade de um pré-natal; índice de infecções por doenças virais e/ou contagiosas como dengue e hiv, cuja prevenção exige ações educativas frequentes à população sobre como impedir a disseminação dos mesmos.

Observemos a tabela abaixo:

Tabela 3:

Indicador	Parâmetro	Valor Mesquita	Média do RJ	Ano de Referência	Informação
Gastroenterites infecciosas e complicações	Taxa de internação por região -	42,4	17,8	2021	Refere-se a casos de internação devido a

	Internações por gastroenterites por mil habitantes				gastroenterites (diarréia, náuseas) pelo município de residência.
Mortalidade perinatal	Taxa de mortalidade perinatal - Mortalidade perinatal por mil habitantes	22,7	6,4	2021	Refere-se aos óbitos ocorridos entre a 22ª semana de gestação e o sexto dia completo de vida
Dengue	Número de casos de dengue identificados por município de residência	46	56	2022	Refere-se aos casos de contaminação pelo vírus da dengue identificados nos residentes do município

Fonte: Secretaria de Saúde - RJ, Dados SUS

Nas tabelas acima podemos ter uma noção imprecisa do panorama do município de Mesquita em relação ao estado do Rio de Janeiro, isto porque os valores retratados nos indicadores apresentados mostram o município com valores piores em relação à média do estado, o que são dados reais, mas é importante considerar que muitas cidades do Rio de Janeiro são de pequeno porte, com menos de 100.000 habitantes e que isto interfere diretamente no número de casos e, logo, na média final.

Na tabela abaixo podemos verificar a correlação na evolução dos casos destas doenças em Mesquita, em comparação ao estado do Rio de Janeiro e a Baixada Fluminense para o período entre 2013 e 2021. O coeficiente de correlação determina a intensidade da relação entre duas variáveis e, neste caso, a análise é comparativa entre o município e o estado e entre o município e a Baixada, e retorna um valor entre -1 e 1 onde -1 demonstra uma correlação forte e negativa (quanto maior uma variável menor a outra) e 1 uma correlação forte e positiva (quanto maior uma variável maior a outra) e 0 demonstra que não há correlação entre as variáveis. Com isso em mente, observemos:

Tabela 4: Índices de correlação entre Mesquita e RJ e Mesquita e Baixada.

Indicador	Correlação entre evolução dos indicadores entre Mesquita e o estado do Rio de Janeiro	Correlação entre evolução dos indicadores entre Mesquita e os municípios da Baixada Fluminense
------------------	--	---

Gastroenterites infecciosas e complicações	0,23	0,30
Mortalidade perinatal	-0,10	0,45
Dengue	0,95	0,94

Fonte: Secretaria de Saúde - RJ, Dados SUS

No indicador de Dengue vemos uma forte correlação entre Mesquita e o estado e seus municípios vizinhos da Baixada o que significa que ao longo dos anos mensurados, quando o número de casos aumenta na região eles também estão em alta em todo o estado. Quanto ao indicador de mortalidade perinatal o índice de correlação se aproxima de 0 entre o município e o estado, o que indica que a taxa dos casos em um não está em nada relacionado com o do outro. O mesmo pode ser notado para o indicador de gastroenterites, o que é justificável e demonstra a desigualdade de condições sanitárias e de tratamento nas muitas regiões do Estado do Rio de Janeiro, indicando que ainda existem áreas da saúde de forma geral que exigem atenção na cidade.

Com as análises sociodemográficas e dos indicadores de saúde apresentados é possível entender melhor qual o perfil da cidade tanto no que diz respeito à seus aspectos econômicos e estruturais como um todo quanto no que se refere a saúde de maneira ampla, e o que vemos, é que no contexto metropolitano no qual está inserido de cidade de grande porte e com bom IDH porém ainda com pouca condição de saneamento e baixa média salarial, ele ainda não se destaca positivamente nos parâmetros de saúde então avaliados, o que pode ser uma consequência justamente das condições estruturantes da região.

O mesmo não vai poder ser dito quando tratamos exclusivamente de seu desempenho na atenção primária à saúde onde, como será demonstrado a seguir, o município tem relevante destaque positivo.

6 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MESQUITA

Entre 2013 e 2022, observa-se uma evolução clara no foco dado à atenção primária no Município através das inaugurações de diversas clínicas da família, adesão a muitas ações estratégicas da ESF incentivadas pelo Ministério da Saúde, melhoria nos indicadores federais e estaduais de desempenho e aumento da cobertura da atenção primária.

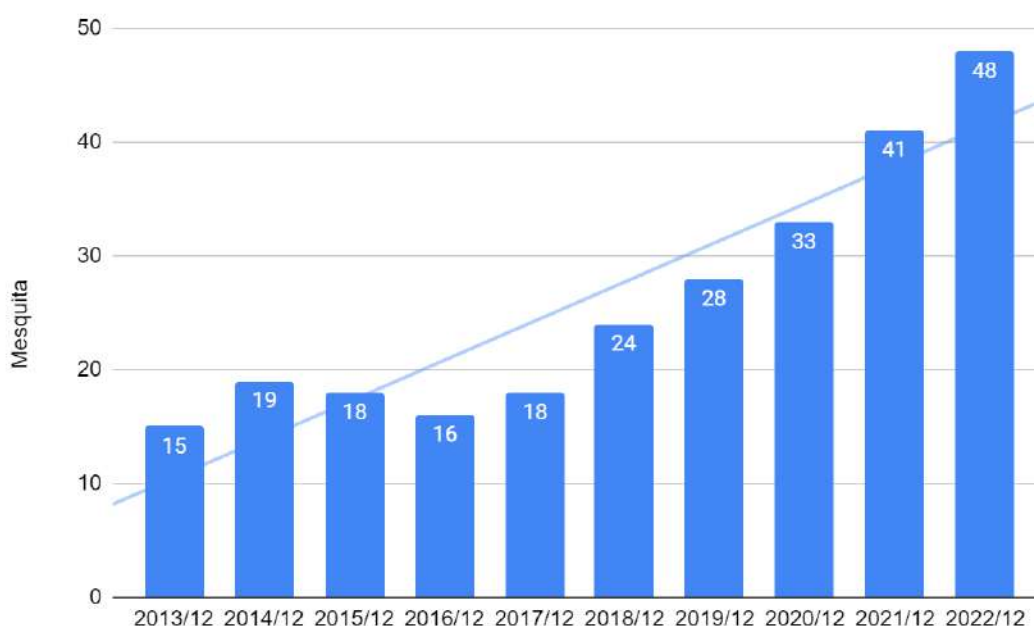
A cidade conta hoje com 10 Clínicas da Família e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que serão absorvidas pela última Clínica da Família em construção no município, a unidade de Rocha Sobrinho.

As clínicas foram substituindo gradativamente as UBS espalhadas no município, por contarem com profissionais da ESF e equipes multidisciplinares presentes em cada uma, atendendo até dado quantitativo limitado da população, visando manter a proximidade do cidadão, sendo a primeira clínica entre elas a unidade de Jorge Campos, inaugurada em 2017 e a mais recente, a Clínica da Família BNH, inaugurada em novembro de 2022.

Cada uma dessas unidades conta com ao menos uma equipe de Saúde da Família, quantidade que é determinada de acordo com o total máximo de 4.000 pessoas atendidas por equipe. Das 10 unidades, 8 contam também com equipes de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) que apoiam na constituição da atenção básica buscando problemas existentes nas famílias e promovendo ações coletivas, terapêuticas e operativas. Todas possuem ainda uma equipe de Saúde Bucal, coordenadas pelo Centro de Especialidades Odontológicas, especialidade da atenção secundária mas com demanda atendida tanto na policlínica da cidade quanto em cada Clínica da Família e UBS.

É devido a este foco na atenção primária e em cumprir com as diretrizes da ESF que indicadores de cobertura da atenção primária mostram evolução ao longo destes 10 anos, como se observa nos gráficos abaixo:

Gráfico 1: Quantidade de Equipes de Saúde da Família na cidade de Mesquita



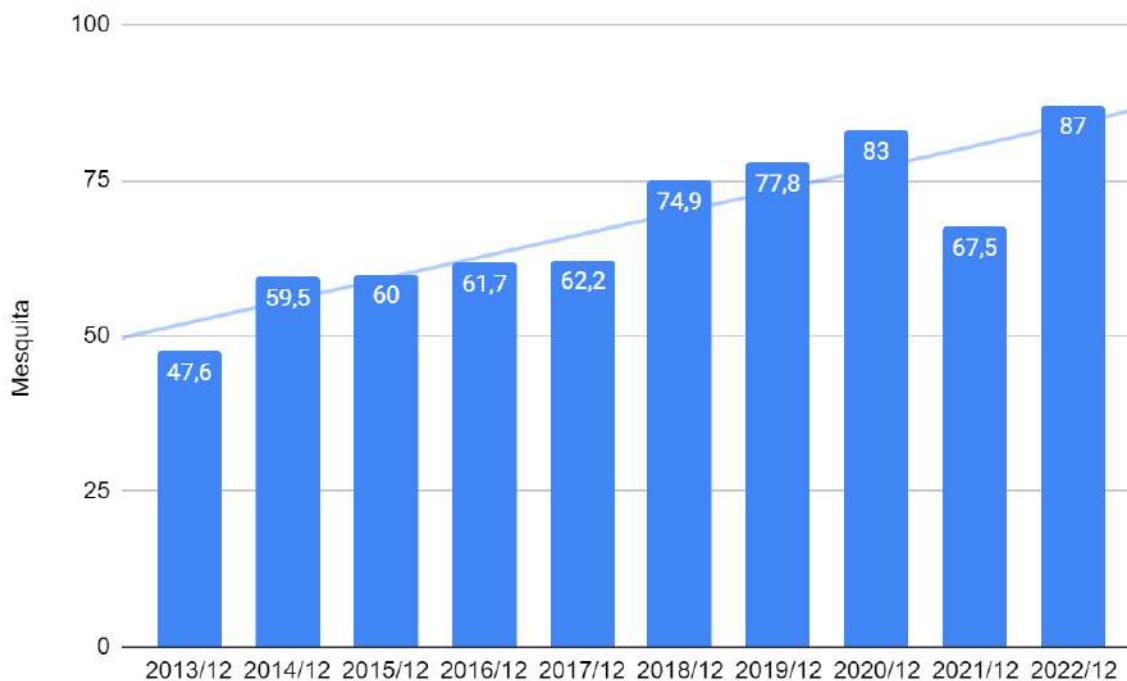
Fonte: Secretaria de Saúde - RJ, Dados SUS

Gráfico 2: População coberta por Equipes de Saúde da Família na cidade de Mesquita



Fonte: Secretaria de Saúde - RJ, Dados SUS

Gráfico 3: Cobertura da Atenção Primária na cidade de Mesquita (porcentagem)



Fonte: Secretaria de Saúde - RJ, Dados SUS

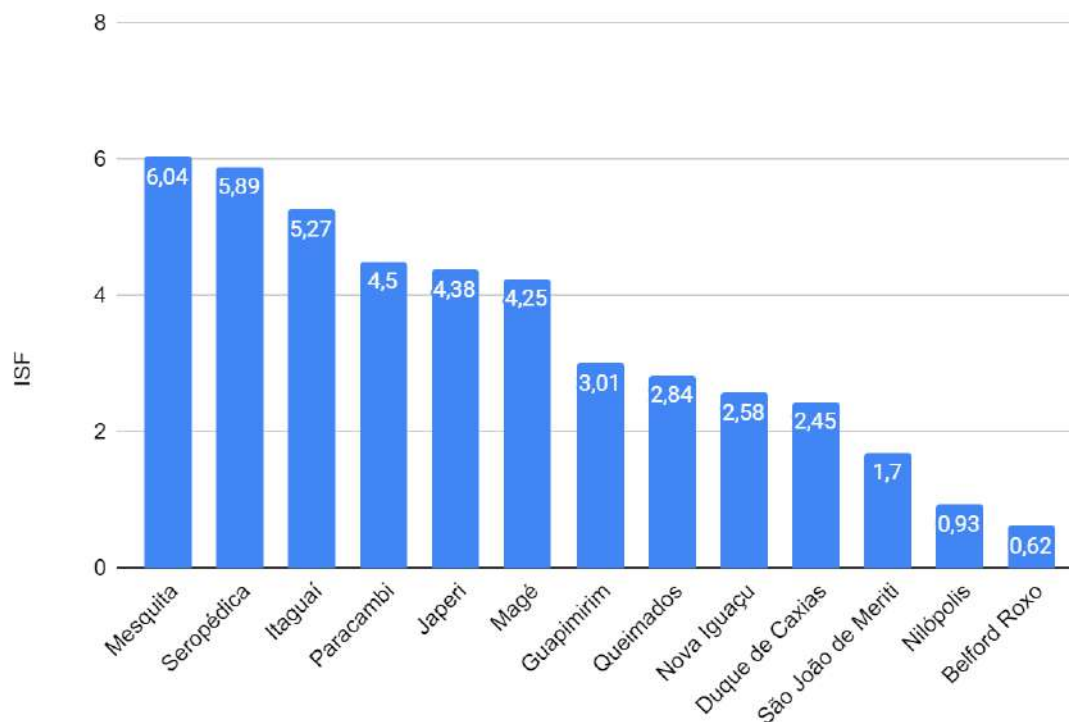
Os dados apresentados nestes gráficos foram obtidos pela plataforma Informações SUS no site da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. O Gráfico 1 demonstra na prática os efeitos do investimento na ESF, com um aumento progressivo e significativo das equipes de Saúde da Família no município. É esperado que o Gráfico 2, que apresenta a evolução da população coberta por essas equipes, também tenha esta tendência progressiva, já que com o aumento das equipes há aumento da população coberta por elas.

Esses fatores, junto com as construções e melhorias das unidades de saúde da família no município, justificam o aumento percentual da cobertura da atenção primária, como mostrado no gráfico 3, já que este leva em conta a quantidade de pessoas cadastradas por eSF pela estimativa populacional. A diminuição percentual no ano de 2021 pode ser explicada devido à mudança nos critérios de cálculo, que passa então a considerar apenas as equipes financiadas pelo Ministério da Saúde e a população cadastrada nestas equipes.

Ainda falando sobre dados que demonstrem a evolução da atenção básica no município, é possível avaliar Mesquita com base nos resultados obtidos nos dois programas de repasse financeiro para atenção básica, o de repasse Federal Previnde Brasil e o de repasse estadual, o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária a Saúde - PREFAPS.

Observe no gráfico abaixo o desempenho de Mesquita e dos demais municípios da baixada fluminense no último quadrimestre de 2022:

Gráfico 4: Nota do Indicador Sintético Final no terceiro quadrimestre de 2022 nos municípios da Baixada Fluminense.



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Painéis de Indicadores

O gráfico acima apresenta as notas no Indicador Sintético Final, calculado a partir da média ponderada do resultado de cada indicador do Previne Brasil. Nele, é possível perceber que Mesquita tem a melhor nota na baixada fluminense, mesmo sendo considerado um município de grande porte assim como Nova Iguaçu (segundo maior município da baixada) devido a sua faixa populacional, diferente de Seropédica que aparece em segundo mas é considerado um município de médio porte.

O primeiro lugar também surpreende considerando que não se trata do município que mais recebeu repasses de custeio da saúde, no período, na região, ficando atrás de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Belford Roxo e Queimados, nessa ordem. O município também se encontra à frente da média do Estado, que é 4,59.

O desempenho em cada indicador no último quadrimestre de 2022 se deu na seguinte forma:

Indicador 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação: Meta = 60%, valor de Mesquita = 44%;

Indicador 2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV: Meta = 60%, valor de Mesquita = 62%;

Indicador 3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado: Meta = 60%, valor de Mesquita = 53%;

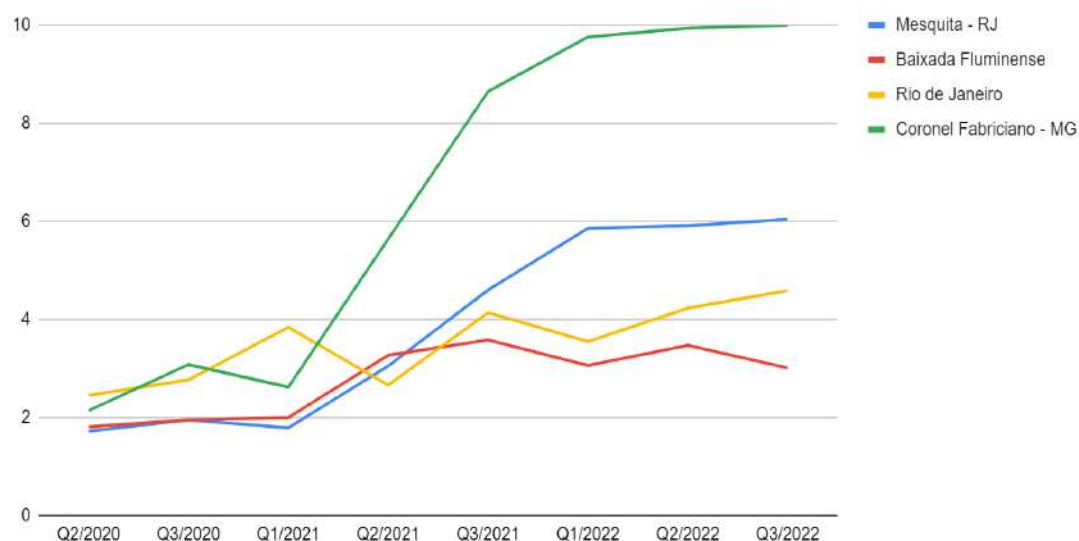
Indicador 4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS: Meta = 40%, valor de Mesquita = 24%;

Indicador 5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada: Meta = 95%, valor de Mesquita = 68%;

Indicador 6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre: Meta=50%, valor de Mesquita = 26%

Indicador 7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre: Meta = 50%, valor de Mesquita = 22%.

Gráfico 5: Evolução da nota do Indicador Sintético Final.



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Painéis de Indicadores

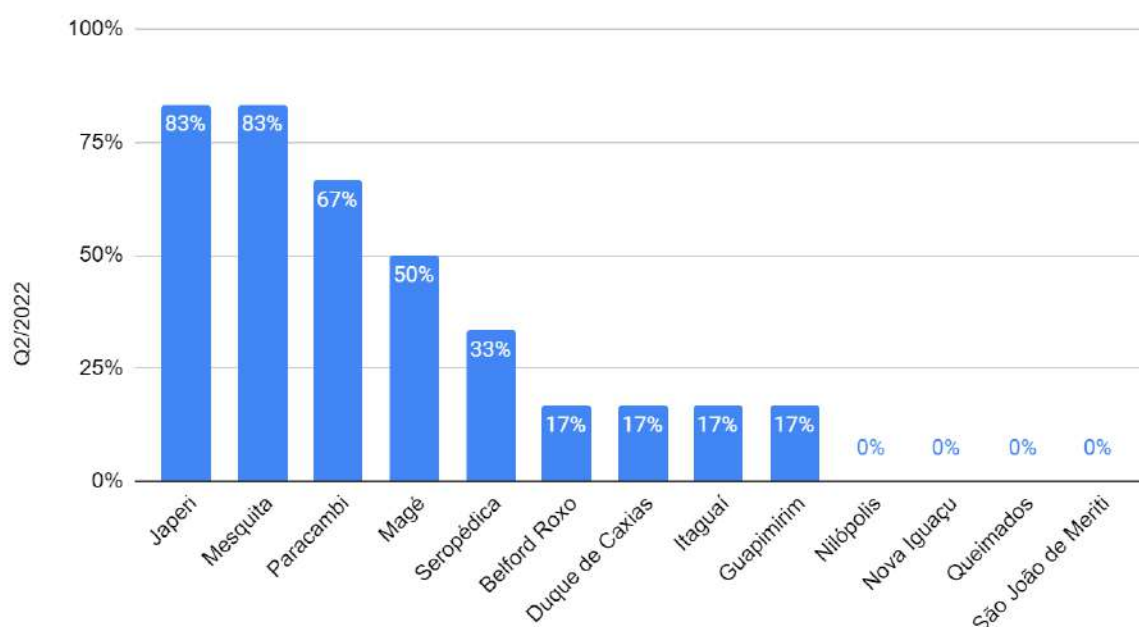
O gráfico acima mostra a evolução nas notas no Índice Sintético Final (ISF) considerando o valor bruto de Mesquita, a média dos municípios da Baixada, a média dos Municípios do Rio de Janeiro e o valor bruto do município Coronel Fabriciano de Minas Gerais, incluso para comparação por ser o município com população entre 100.000 e 550.000 habitantes com a maior nota. É possível observar a evolução constante de Mesquita que após o segundo quadrimestre de 2021 apresenta uma alavancada e se distancia positivamente das

médias da Baixada e do estado do Rio, embora ainda tenha um extenso caminho a percorrer para alcançar o município mineiro.

Com essas análises é perceptível o quanto o município ainda precisa evoluir para alcançar a maioria destas metas, mesmo apresentando uma evolução geral.

Já no Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde que atualmente faz a avaliação de 8 indicadores (a princípio 11), alguns de periodicidade quadrimestral e outros anual, o desempenho nos municípios da baixada para o último quadrimestre computado, quadrimestre 2 de 2022, pode ser observado a seguir:

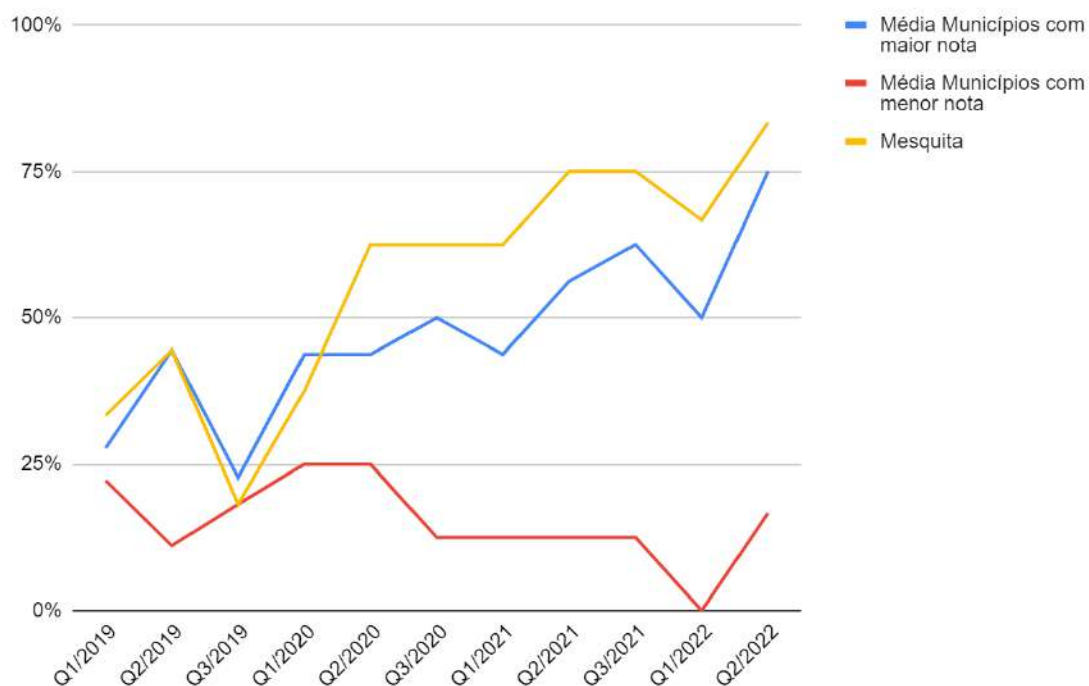
Gráfico 6: Percentual de metas alcançadas no PREFAPS no segundo quadrimestre de 2022.



Fonte: Secretaria de Saúde RJ, Atenção Primária à Saúde

Para este quadrimestre em questão foram consideradas 6 metas de acompanhamento quadrimestral e desconsideradas a duas anuais. Das 6, Mesquita e Japeri alcançaram 5 delas e lideraram na baixada fluminense. Podemos verificar a constante evolução de Mesquita, de 2019 (quando foi implementado o programa) a 2022, no alcance das metas no gráfico abaixo, que faz uma comparação entre Mesquita, a média dos municípios com o melhor desempenho na baixada e a média dos municípios com pior desempenho na baixada.

Gráfico 7: Evolução percentual da quantidade de metas alcançadas no PREFAPS.



Fonte: Secretaria de Saúde RJ, Atenção Primária à Saúde

O PREFAPS avalia o desempenho nos indicadores estabelecidos, verifica se o município atingiu a meta estipulada e, ao fim, emite um relatório quadrimestral e anual onde são somadas a quantidade de metas alcançadas no período em questão. Quanto maior o alcance das metas nos indicadores, maior o percentual de repasse financeiro pelo programa. Atualmente, o município de Mesquita alcança 80% das metas, o que lhe garante 100% do recurso do Componente Sustentabilidade¹ relativo às equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. São os indicadores:

1. Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família;
2. Razão entre atendimentos de enfermeiros (as) na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família;
3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;
4. Cobertura do estado nutricional;
5. Cobertura de Triagem Neonatal biológica no SUS;

¹ Existem ainda dois componentes do recurso financeiro do PREFAPS, o de Sustentabilidade e de Expansão. O primeiro se refere ao repasse de recursos financeiros com base no número de equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF), Consultório na Rua (CnaR), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Polos de Academia da Saúde (PAS). O segundo se refere ao repasse financeiro de custeio para os municípios que implantarem novas equipes. RESOLUÇÃO SES Nº 2713 DE 06 DE MAIO DE 2022 - RJ.

6. Razão entre atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela Estratégia Saúde da Família;
7. Razão entre atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família ;
8. Razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de Saúde Bucal na APS.

Além dos resultados nestes gráficos apresentados o município de Mesquita tem registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES) inúmeras ações e centros de especialidades da atenção básica como por exemplo os apresentados em tabela abaixo:

TABELA 5:

Ação estratégica/Especialidade	Objetivo
Programa Melhor em Casa	consiste no atendimento e acompanhamento de pacientes em suas próprias residências devido a dificuldades de locomoção e maiores complexidades
Central de Regulação	regula o acesso do cidadão à unidade de saúde necessária ou marcação de exame em tempo hábil
Centro de Vigilância em Saúde	principal objetivo é prevenir doenças e epidemias através da investigação de problemáticas e práticas de promoção e disseminação de cuidado com a saúde
Centros de Atenção Psicossocial - Modalidade I	atende pessoas com transtornos mentais graves
Centros de Atenção Psicossocial - Modalidade AD	atendimento especializado à pessoas com dependência em álcool ou uso de drogas

Centros de Atenção Psicossocial - Modalidade III	promove o atendimento 24 horas e direito a acolhimento durante a noite e observação a pacientes com graves transtornos mentais e com episódio de tentativa de suicídio
Residência Terapêutica	moradia à pessoas com graves transtornos mentais sem vínculo familiar
5 polos de Academias de Saúde	consiste na oferta de atividades de físicas em espaços públicos à população
Consultório na Rua	promove atendimento integral à saúde para população em situação de rua

Estes apresentados acima são apenas alguns dentre outros programas e ações estratégicas com atenção à nutrição, educação permanente, cuidado da mulher, criança e adolescente, cuidado com a população hipertensa e diabética e outros, que auxiliem no desenvolvimento da atenção básica no município.

A página de notícias do site da prefeitura destaca algumas dessas implementações. De acordo com a instituição, em 2018 por exemplo os profissionais de saúde foram capacitados em um curso introdutório de saúde em família, com parceria com a FIOCRUZ e carga horária de 40 horas; em 2019 esses profissionais tiveram acesso a uma roda de conversa sobre gênero e sexualidade, para garantir o atendimento respeitoso e adequado aos LGBT's do município; ainda em 2019 a central de regulação já havia atendido a mais de 76 mil pedidos de exames, que podem ser marcados também nas clínicas da família; em 2020 contou com uma reforma no CAPS III, de atendimento de 24 horas, com nove leitos para atenção à crises além de consultório, sala de jogos, espaço de conveniência e outros cômodos; o foco na ESF chamou a atenção de outros órgãos de governo, como foi o caso da Secretaria de Saúde de Teresópolis que visitou a clínica da família de Jacutinga buscando se inspirar no modelo e mais recentemente as duas visitas de representantes do Ministério da Saúde Federal, sendo a primeira delas contando com o então Ministro da Saúde Marcelo Queiroga, que pôde inaugurar duas clínicas na cidade, e na segunda, por membros da equipe de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério, que veio visitar alguns equipamentos para verificarem o modelo aplicado na cidade.

Importante destacar ainda o apoio que a Atenção Primária municipal conta na execução da ESF da tecnologia, da participação popular da comunidade e da Atenção Especializada de média e alta complexidade, também sob gestão do município.

Com exceção a uma unidade que está em transição, todas as Clínicas da Família e Unidades Básicas de Saúde utilizam do sistema de prontuário eletrônico do Ministério Federal, o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). O objetivo desta estratégia é agrupar os dados dos cidadãos coletados na APS e reuni-los de forma centralizada em um banco único e nacional de informações, promovendo o progresso tecnológico para os sistemas de informação da APS e possibilitando o monitoramento das ações estratégicas e serviços realizados na APS a nível municipal e em tempo real. Isto significa que o ministério de saúde pode aferir a quantidade de cadastros, consultas, marcações de exames, vacinas e demais procedimentos de saúde no momento em que são registrados, diminuindo a perda de informações e aumentando a eficiência nas avaliações de resultados.

O município pode contar também com a participação da comunidade através da plataforma de reporte de demandas, COLAB. Através dela, os munícipes podem fazer o registro de queixas, sugestões de melhorias e solicitar suporte para todas as áreas de prestação de serviços da prefeitura, incluindo a da saúde. Em 2020, uma pesquisa realizada pelo COLAB com usuários da Clínica da Família Jorge Campos, a primeira inaugurada, teve resultados positivos para a gestão: 72% disseram que o tempo de espera era bom ou ótimo, 81% afirmaram que a clínica conseguiu acessar as informações no prontuário das últimas consultas, 87% afirmaram ter notado melhoria no atendimento.

É possível acompanhar quais são as demandas mais frequentes de todas as áreas ou exclusivamente da área da saúde pelo acesso ao COLAB através do portal de transparência da cidade. O apoio tecnológico se mostra presente também por meio do sistema de mensagens automáticas pelo aplicativo WhatsApp, que é usado para confirmação de consultas e lembretes das mesmas, e também para a avaliação do atendimento após consumado o mesmo. A secretaria de planejamento da prefeitura conta com um setor cuja função principal é agrupar estas avaliações e categorizá-las, para uso estratégico na gestão.

Na Atenção Especializada o munícipe irá encontrar serviços do Centro de Especialidades Odontológicas, do Centro de Especialidade de Fisioterapia e Reabilitação, do Centro de Especialidades da Mulher, Criança e Adolescente, além de atendimento para as várias especialidades como ortopedia, neurologia, nutrição, oncologia, angiologia e outras mais. Quando necessário o paciente é encaminhado direto à policlínica, onde ocorrem estes atendimentos, para dar continuidade no trabalho iniciado na atenção primária.

Com todo esse arcabouço de infraestrutura, tecnologia, melhoria nas práticas de gestão e participação popular é esperado os resultados encontrados nos gráficos de avanço nos indicadores demonstrados acima e fica justificada a eficácia da Estratégia Saúde da Família no município.

7 DESAFIOS PARA O APRIMORAMENTO DA ESF EM MESQUITA

Apesar do notório avanço da Estratégia Saúde da Família no município de Mesquita ao longo dos últimos anos, quando se fala em saúde há sempre espaço para aprimoramentos, seja na qualidade do atendimento, na otimização nos resultados dos tratamentos, no maior acolhimento e proximidade com a população, no contínuo aprimoramento de infraestrutura, etc. E para o município os objetivos imediatos, com base no que foi avaliado neste trabalho, certamente são os 100% de cobertura da atenção básica, que se estima conseguir com a construção da última Clínica da Família em obra, e a nota máxima nos indicadores do Previner Brasil e PREFAPS, que trará aumento nos repasses financeiros e será possível com o atingimento de todas as metas estipuladas.

Para o alcance destes objetivos é necessário o êxito em diferentes elementos e setores da prefeitura e secretaria de saúde local. O primeiro deles é a garantia do término das obras de construção e reforma, sendo que todas em questão têm previsão de término ainda para o ano de 2023 e, após 10 unidades inauguradas dentro da gestão municipal atual, o otimismo de que essas previsões se concretizarão é realista.

Existe também a busca por mais médicos com interesse em atuar em unidades básicas de saúde e pela estratégia saúde da família. O estudo da Universidade de São Paulo, Demografia Médica no Brasil de 2018, que entrevista recém formados em medicina em todo o país, mostra que 79,2% dos entrevistados preferem trabalhar em hospitais enquanto apenas 19,4% dão preferência à ESF. Existem ainda outros desafios que não foram desmembrados ao longo da avaliação da estratégia no município mas que merecem atenção e serão a seguir citados.

A orientação do trabalho voltado para cumprir os objetivos da ESF deve ser absorvida por cada agente de todos os níveis na saúde, desde o representante mais distante do cidadão, o gestor da pasta, que deve orientar todas as frentes de trabalho para esse foco, continuar implementando ações estratégicas da APS e fazer uso das ferramentas de monitoramento e gestão para a tomada de decisão, até o médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, que são os agentes de saúde que encontram o cidadão na ponta, com quem eles tem o primeiro e imediato contato e que precisam fazer com que o paciente se sinta acolhido e

atendido levando em consideração todo seu contexto familiar. Esta última demanda pode representar um desafio maior já que a medicina familiar não é uma das especialidades mais desejadas pelos médicos.

O estudo Demografia Médica no Brasil de 2018 mostra também que dos recém-formados em medicina no Brasil entrevistados, apenas 1,5% deles demonstram interesse em saúde da família e comunidade como área de atuação. Isso é um dos motivos pelo qual o município de Mesquita, assim como os demais no Brasil, principalmente de regiões do interior do país onde o interesse de atuar também é menor, precisam encarar o desafio de encontrar profissionais engajados com a proposta da ESF e de motivar os que já fazem parte à essa ideologia.

A constante qualificação dos profissionais envolvidos também é um fator crucial para o contínuo desenvolvimento da ESF e da melhoria do cuidado, isto porque a boa prática não leva em conta apenas o atendimento do paciente, mas também muitos critérios burocráticos e administrativos.

É preciso ter agentes comunitários de saúde bem capacitados e equipados para abordarem os cidadãos e procurar cadastrá-los no prontuário eletrônico de forma correta, para evitar possíveis inconsistências e perda de cadastro. As inconsistências em cadastro são bastante prejudiciais à gestão pois é com base nesses registros que se calcula a captação ponderada, um dos componentes de financiamento do Previn Brasil, o que significa que, quanto maior a inconsistência de cadastro, menor a quantidade total identificada pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (sisab) do governo federal e menor o repasse para o município.

Além da capacitação dos ACS, o administrativo no guichê das unidades deve saber recepcionar o paciente e direcioná-lo ao procedimento correto dentro das clínicas. O enfermeiro e o médico devem conhecer os procedimentos padrões para cada situação e a estrutura da rede de saúde local para poder encaminhar o paciente ao tratamento correto. Os gestores de unidade também precisam estar cientes dos fluxos e promover reuniões de equipes, garantir o bom funcionamento dos processos dentro da unidade e tomar decisões de chefia em relação a condutas que fogem do ideal promovido.

Todas essas boas práticas se dão necessárias para o bom funcionamento da ESF e ao longo dos anos Mesquita tem se mostrado ciente desse desafio e investido em diversas capacitações aos profissionais da saúde, mas enquanto a avaliação positiva não se aproximar dos 100% e a cobertura da atenção básica não for completa, estes aprimoramentos não devem ficar fora do radar.

De forma ampla, são muitos os obstáculos a serem ultrapassados para a plena resolutividade da APS. O dr. Robert Janett, professor em Harvard, relata algumas delas em entrevista para a Revista Fonte² em 2019, como por exemplo o esforço pelo trabalho coeso entre as equipes multidisciplinares, levando em conta a importância de cada profissional e não somente a do médico, e a melhoria na comunicação interna e com outros setores de atenção à saúde, como as clínicas especializadas e hospitais, levando a reflexão da importância desta comunicação e integração também com outras áreas de prestação de serviço à sociedade, como assistência, educação e segurança pública.

Em revisão literária, Luciano Arantes, et al., reúnem discussões acerca dos desafios da ESF no Brasil e citam como exemplos: a equidade na prestação de serviços na saúde, ou seja, priorização de grupos em maior necessidade; a implementação da ESF em áreas rurais e indígenas; as desigualdades financeira entre os níveis de atenção que pretere a atenção primária; a dificuldade da permanência da mão de obra devido a forma de contratação temporária e condições precárias de trabalho; entre diversos outros.

Esse apanhado de obstáculos servem para mostrar ao município de Mesquita e também a todos os demais no Brasil que o trabalho a ser realizado exige que se leve em consideração questões por vezes deixadas de lado mas que eventualmente se mostrarão como empecilho grande a ser ultrapassado para que se alcance o objetivo de entrega de uma saúde da família presente, operante e satisfatória.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto bem idealizado e construído, que no seu êxito, consegue cumprir com os princípios fundamentais da OMS para a atenção primária. No Brasil, vimos que levou um longo período de tempo desde as primeiras ações representativas da saúde pública, consistindo no controle de endemias por meio do isolamento de doentes, até a criação do SUS, considerado o maior sistema de organização de saúde pública do mundo. Este longo percurso não foi isento de debates e movimentos reformistas, mas por fim, foi reconhecido e acolhido pelo governo e representantes da área da saúde o foco na atenção básica como vetor de melhoria aos sistemas de saúde.

Acompanhar o desempenho de Mesquita nesse período analisado é interessante por dois motivos. O primeiro é porque fica clara a veloz evolução do município nos resultados

² Publicação eletrônica informativa direcionada a profissionais de saúde com pautas sobre a Atenção Primária à Saúde. Faz parte do núcleo Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - TelessaúdeRS-UFRGS.

dos indicadores da atenção primária, mostrando que com investimento nesta área, qualificação de pessoal e de suas estruturas o resultado é reconhecido, mesmo estando inserido no contexto da baixada fluminense, composta por cidades de média a baixa rendas e cidades dormitórios da região metropolitana do Rio de Janeiro, ser considerado de grande porte devido a seu quantitativo populacional, mesmo que sua área urbanizada total seja pequena comparada aos municípios a seu redor e por ser recém independente, tendo se emancipado há apenas 24 anos, sendo que todos esses fatores poderiam ser dificultadores para o sucesso na estratégia mas não impediram Mesquita de buscá-lo.

O outro motivo se dá pelo fato de que a cidade ainda tem barreiras a ultrapassar quando se fala em estratégia saúde da família, atenção básica e saúde pública como um todo e podemos acompanhar esse progresso em tempo real. Os indicadores avaliados pelo Previner Brasil e pelo PREFAPS são determinados por serem fatores essenciais de uma atenção básica eficiente, e apesar da evolução num geral, individualmente o município ainda precisa trabalhar para alavancar seus resultados em cada um deles e também em indicadores gerais que meçam o controle de doenças, internações, males evitáveis, qualidade da saúde mental e física.

E os desafios não se encerram aí: encontrar profissionais direcionados para medicina da família e motivados a trabalhar na rede pública; fazer o acompanhamento da família em regiões menos privilegiadas; profissionais bem capacitados; estrutura adequada para a prestação de serviços; e outros mais, são entraves a serem derrubados pelo município, mas as ações de qualificação, incentivo e inclusão que o mesmo, através da secretaria de saúde, promovem, mostra que a cidade está atenta nessas questões e buscando saná-las.

Portanto, partindo com um parecer otimista, é crível que se seguindo este caminho de desenvolvimento, reestruturação, investimentos e melhorias, Mesquita continuará apresentando este progresso constante até que em breve atinja 100% de cobertura da atenção básica, nota máxima nos programas de financiamento e principalmente, qualidade e aproveitamento máximos no atendimento na saúde de seus cidadãos de forma que os mesmos se sintam bem acolhidos, cuidados e satisfeitos com o trabalho, e que este não se afaste de seu princípio fundamental que é o cuidado praticado em conjunto da comunidade e da família.

REFERÊNCIAS

EPSJV/FIOCRUZ. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** [S. l.: s. n.], 2007. 284 p.

ANDRÉ ANTUNES - EPSJV/FIOCRUZ. **Modelo de financiamento da atenção primária terá novas regras a partir de setembro.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, [S. l.], 3 set. 2021. <Acesso em 31/01/2023>

FUHRMANN, Nadia Lucia. **Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil.** Revista Virtual Textos & Contextos, [S. l.], dez. 2003.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde.** In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

NEGRI, Barjas. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites.** [S. l.]: Editora Ms, 2002. 52 p. ISBN 85-334-0659-2.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1998.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

ASCOM SE/UNA-SUS. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos.** UNA-SUS, 21 set. 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária?.** Definição. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 1 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: 2012. 110 p. ISBN 978-85-334-1939-1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **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)., Brasília, DF, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **PORTARIA N° 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017., Brasília, DF, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde**.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 2 fev. 2023.

CASEMIRO, Luciana; CAVALCANTI, Glauce. **Médico de família é o remédio**: Para deter alta de custo, operadoras apostam em atenção primária. O GLOBO, [S. l.], ano 2018, 22 out. 2018. Economia, p. 27. Disponível em:

<https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=201020181022>.

Acesso em: 2 fev. 2023.

OLIVEIRA, HENRIQUE ALVES DE et al. **IMPACTO FINANCEIRO DAS AÇÕES DE MEDICINA PREVENTIVA NO SISTEMA DE SAÚDE**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, ano 2021, v. 36, n. 3, p. 57-61, 19 out. 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20211106_132714.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

SILVA, MARIA FATIMA DE SOUZA. **DAS TERRAS DE MUTAMBÓ AO MUNICÍPIO DE MESQUITA – RJ**: Memórias da Emancipação nas Vozes da Cidade. Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Santana. 2005. 148 p. Dissertação (Mestrado em Memória Social e Documento) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

AMARO, Tania. **BAIXADA FLUMINENSE**. Associação dos Amigos do Instituto Histórico, Duque de Caxias, RJ, p. 1, 3 jul. 2012. Disponível em:

<http://amigosinstitutohistoricodc.com.br/?p=1>. Acesso em: 4 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência**. 2021. ATLAS. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf.com.br/?p=1>. Acesso em: 5 fev. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. 2021. 379 p. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2023.

VOZES DE MESQUITA. **Mesquita RJ: História, Dados, Distritos e Bairros**. Vozes de Mesquita. Sobre Mesquita, p. 1. Disponível em:

<https://vozesdemesquita.com.br/sobre-mesquita-2/>. Acesso em: 5 fev. 2023.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Informações SUS: Dados SUS**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus>. Acesso em: 19 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. E-Gestor Atenção Básica. **Sistemas da Atenção Primária à Saúde. 2023**. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 19 fev. 2023.

ESCOLA DE DADOS. **CORRELAÇÃO NÃO É CAUSALIDADE, MAS O QUE É ENTÃO?**: Tutorial. Disponível em:

<https://escoladedados.org/tutoriais/correlacao-nao-e-causalidade-mas-o-que-e-entao/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Atenção Primária à Saúde: Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária a Saúde**. 2022.

Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus>. Acesso em: 19 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Painéis de Indicadores: ISF - Indicador Sintético Final**. 2023. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/isf>. Acesso em: 19 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2023.

Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Clínica da Família chega a Mesquita.** Portal de Notícias, 25 jul. 2018. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2018/07/25/clinica-da-familia-chega-a-mesquita/>.

Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Mesquita inaugurou Clínica da Família BNH na sexta-feira.** Portal de Notícias, 7 nov. 2022. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/sem-categoria/2022/11/07/mesquita-inaugurou-clinica-da-familia-bnh-nesta-sexta-feira/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

IBGE. **Cidades.** 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Profissionais de Mesquita passam por curso**

introdutório em Saúde da Família. Portal de Notícias, 30 out. 2018. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2018/10/30/profissionais-de-mesquita-passam-por-curso-introdutorio-em-saude-da-familia/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Saúde de Mesquita participa de roda de conversa sobre gênero e sexualidade.** Portal de Notícias, 20 ago. 2019. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/assistencia-social/2019/08/20/saude-de-mesquita-participa-de-roda-de-conversa-sobre-genero-e-sexualidade/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Central de Regulação da Prefeitura de Mesquita atende mais de 76 mil pedidos de exames.** Portal de Notícias, 3 jan. 2020. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2020/01/03/central-de-regulacao-da-prefeitura-de-mesquita-atende-mais-de-76-mil-pedidos-de-exames/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **CAPS III Casa Azul já funciona em Mesquita.** Portal de Notícias, 14 ago. 2020. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2020/08/14/caps-iii-casa-azul/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Equipe do Ministério da Saúde visita Mesquita.** Portal de Notícias, 19 ago. 2022. Disponível em:

<https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2022/08/19/equipe-do-ministerio-da-saude-visita-mesquita/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Ministro da Saúde inaugura clínica da família em Mesquita**. Portal de Notícias, 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2022/06/17/ministro-da-saude-inaugura-clinica-da-familia-em-mesquita/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

PREFEITURA DE MESQUITA. **Secretaria de Saúde de Teresópolis visita a Clínica da Família Jacutinga**. Portal de Notícias, 4 set. 2019. Disponível em: <https://www.mesquita.rj.gov.br/saude/2019/09/04/secretaria-de-saude-de-teresopolis-visita-a-clinica-da-familia-jacutinga/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Primária**. 2023. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

SILVEIRA, Daniel. **Extrema pobreza bate recorde no Brasil em dois anos de pandemia, diz IBGE**. Globo, Rio de Janeiro, ano 2022, 2 dez. 2022. Economia, p. 00. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/12/02/extrema-pobreza-bate-recorde-no-brasil-em-dois-anos-de-pandemia-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 5 mar. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012

SNIS - SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE SANEAMENTO. Disponível em: <http://app4.mdr.gov.br/serieHistorica/#>. Acesso em: 05 mar. 2023.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN 978-85-87077-55-4. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

ARANTES, Luciano José *et al.* **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil**: revisão da literatura, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2023.

PINHEIRO, Angélica Dias; DULLIUS, Jovana. **Promoção de Saúde em Movimento**. Rio Grande do Sul: 2019. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/revista/revista_fonte_edicao-02.pdf

f. Acesso em: 14 mar. 2023.