

DESAFIOS DA GESTÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO DE CASO

Challenges in Municipal Management of Primary Care in Brazil: a case study

Renata Odete de Azevedo Souza¹,
Cristiani Vieira Machado², Marina Ferreira de Noronha³

RESUMO

O artigo discute a política e a configuração da Atenção Básica em Saúde, a partir de um estudo de caso, em um município de médio porte do estado do Rio de Janeiro, no Brasil. Os eixos de análise foram o contexto e a organização da Atenção Básica, as condições de atendimento das Unidades de Saúde da Família e a articulação entre os serviços de saúde. Os métodos utilizados foram: análise documental e de dados, visitas às unidades de atenção básica, entrevistas com gestores municipais e profissionais de saúde. Constatou-se importante indução da política de saúde recente pelo Ministério da Saúde, Poder Judiciário e Ministério Público. A Atenção Básica do município está configurada, principalmente pela Estratégia Saúde da Família, mas as policlínicas também constituem unidades de atendimento básico. Houve avanços importantes na organização da atenção básica no município, mas persistem problemas no acesso, na capacidade de resolução das unidades básicas de saúde e na articulação entre serviços, que exigem maiores investimentos, na ampliação da cobertura, na qualidade e fortalecimento da atenção básica no sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Sistema de Saúde; Gestão em Saúde Pública.

ABSTRACT

This work consists of a case study into the Primary Health Care policy in a mid-sized municipality in the state of Rio de Janeiro, in Brazil. The axes of analysis were context and organization of Primary Health Care, the care conditions at Family Health Units and the coordination between health services. The methods used were: document and data analysis, visits to primary care units, interviews with health professionals and municipal managers. There was significant induction of recent health policy by the Ministry of Health, Judiciary and Public Prosecution. Primary Health Care in the municipality consists mainly of the Family Health Strategy, but also includes polyclinics as basic health care units. There have been important advances in the organization of primary care in the city, but problems persist in access, ability to solve basic health units and coordination between services, which require greater investments in expanding coverage, and strengthening the quality of primary care.

KEYWORDS: Primary Health Care; Health Policy; Health Systems; Management in Public Health.

¹ Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre em Saúde Pública (Subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Analista de Controle Externo. Administração em Saúde no Tribunal e Contas do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: renataoasouza@yahoo.com.br.

² Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1993), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1999), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2005) e pós-doutorado em Ciência Política na University of North Carolina at Chapel Hill/EUA (2011-2012). Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

³ Enfermagem com habilitação em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983). Especialização em Saúde Pública a nível de residência pela Fundação Oswaldo Cruz (1985), mestrado em Health Planning and Financing pela London School of Economics and Political Sciences (1988) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2001). Atualmente é pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

Nos últimos trinta anos, as agências internacionais relacionadas à saúde têm conferido grande destaque à organização da Atenção Básica sob diferentes perspectivas. A organização da Atenção Primária à Saúde (APS) – no Brasil, usualmente designada como Atenção Básica – varia nos contextos históricos dos sistemas de saúde e entre os países, existindo amplo debate na literatura sobre as distintas concepções e modelos de Atenção Primária.

Baseado em uma revisão bibliográfica sobre o tema, Vuori¹ identifica quatro diferentes enfoques de interpretação sobre a APS. O primeiro seria o reconhecimento da APS como um conjunto de atividades envolvendo oito elementos básicos, tais como: educação em saúde, oferta de alimentos e adequada alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento básico a problemas de saúde, fornecimento de medicamentos essenciais. Um segundo enfoque seria a compreensão da atenção primária como um nível de atenção do sistema de saúde, com o qual os indivíduos têm o primeiro contato quando apresentam um problema de saúde, ou seja, a APS vista como porta de entrada do sistema. Esse enfoque, tal como o anterior, esteve presente na concepção de “cuidados primários em saúde” da Conferência de Alma-Ata. O terceiro enfoque, reconhecido pelo autor como mais abrangente, seria o da atenção primária como uma estratégia para promover acessibilidade, de acordo com as necessidades da população, que deve reorientar a organização e distribuição dos recursos entre os níveis de atenção. O último enfoque concebe a APS como uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde, relacionado aos valores de igualdade, justiça social e solidariedade, baseado em uma concepção ampla de saúde.

Starfield² contestou o entendimento da APS como “um grupo de atividades” e propôs uma abordagem abrangente de atenção primária, compreendida como um nível de atenção que se relaciona com os demais níveis, num sentido de organizar e racionalizar os recursos básicos e os especializados utilizados em todo o sistema de saúde. A APS seria o nível de atenção que oferece a entrada no sistema para novas necessidades e problemas, com foco no usuário e não na enfermidade, buscando aliar prevenção, cura e reabilitação para melhorar a saúde e aumentar o bem-estar. Seria também um tipo de atenção que lida com problemas mais comuns e de forma contínua, com os profissionais mais próximos do contexto dos usuários e capazes de avaliar melhor os múltiplos determinantes da doença e da saúde.

No Brasil, a história da organização dos serviços de

saúde demonstra que, desde o início do século XX, a política de saúde compreendia ações atualmente designadas como de atenção básica.^{3,4} No entanto, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 1990, trouxe mudanças para a política nesse âmbito, incluindo a defesa de uma concepção abrangente de atenção básica, coerente com os princípios do SUS de universalidade, atendimento integral e conformação de uma rede de serviços de saúde. Destaquem-se, nesse sentido, a criação e expansão do Programa Saúde da Família, a partir de meados dos anos 1990.

O Programa de Saúde da Família, cuja implantação nacional teve início em 1994, se orienta para a mudança do modelo assistencial, por meio da instituição de uma equipe multiprofissional responsável por uma população adscrita em determinado território e a incorporação de práticas inovadoras voltadas para a família e comunidade, possibilitando maior atuação nos determinantes do processo saúde-doença.^{3,5,6} A partir de meados dos anos 1990 e durante os anos 2000, o programa se expandiu de forma expressiva, alcançando 96% (5.358) dos municípios e cerca de 59% (114.629.861) da população brasileira ao final de 2011.⁷ A implantação de tal programa em um país de dimensões continentais, populoso e desigual como o Brasil, revela importantes desafios. Em face da heterogeneidade territorial, os diferentes contextos e características locais influenciam a implementação do SUS, pois o perfil socioeconômico e epidemiológico varia entre as regiões do país.

Com a implementação do SUS e o processo de descentralização político-administrativa, a ampliação da Atenção Básica passou a ser de responsabilidade principalmente dos gestores municipais. O processo de descentralização do sistema prevê a organização local com estruturas político-administrativas que sejam responsáveis pelas políticas públicas. Os municípios de pequeno e médio porte encontram muitas dificuldades no financiamento e gestão local de seus sistemas de saúde, sendo necessária a consideração dos contextos específicos em que as políticas são implementadas. Dessa forma, é importante a realização de estudos de caso para compreender melhor como se dá a expansão da Atenção Básica, em face das particularidades de cada local.

Embora diversos municípios de pequeno e médio porte tenham abrangência populacional elevada da Estratégia Saúde da Família, podem, mesmo assim, apresentar limitações no que concerne ao acesso da população, à efetividade da atenção básica e à integração da rede de serviços. A expansão da ESF, sob incentivos financeiros federais, representou uma oportunidade de expansão de oferta para populações com acesso até então limitado aos serviços de saúde, principalmente em municípios de baixo dinamismo econômico, mas tem havido restrição de aces-

so a serviços especializados e de diagnóstico, comprometendo o cuidado integral. Além disso, a integração dessas unidades com serviços especializados e hospitalares pode ser influenciada pelo peso da oferta pública e privada em saúde, entre outras questões.

Ou seja, a organização da atenção básica expressa desafios relacionados às características municipais (dinâmica socioeconômica, presença prévia e capacidade do Estado na gestão e provisão de serviços sociais), à configuração prévia do sistema de saúde local (oferta, composição público-privada) e ao caráter da implantação da ESF (abrangência, inserção na rede e relação com outros serviços).

O destaque conferido ao PSF – renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003– na política de saúde brasileira e sua expansão acelerada no território nacional suscitaram a necessidade de acompanhar sua implementação e resultados, levando à proliferação de estudos de implementação e avaliação das experiências locais. Mais recentemente, foram realizadas pesquisas, buscando descrever e avaliar a ESF nos grandes centros urbanos, induzidas e financiadas pelo Ministério da Saúde, dadas as maiores dificuldades para expandir a estratégia nesses municípios.⁸

Este artigo analisa a gestão e a organização da atenção básica em um município de médio porte (77.432 habitantes, em 2010) do estado do Rio de Janeiro, no Sudeste brasileiro, com abrangência populacional da Estratégia de Saúde da Família elevada (cerca de 75%).⁷ Vale ressaltar que 38% dos municípios do estado do RJ e 23% dos municípios do país se encontram na mesma faixa populacional do município estudado, de 20 mil a 80 mil habitantes, segundo dados do Censo do IBGE de 2010.

A pesquisa orientou-se pelas seguintes questões: quais são as principais características da configuração da atenção básica à saúde no município? Que fatores favorecem ou dificultam a consolidação da atenção básica em uma perspectiva abrangente e estruturante do sistema de saúde municipal?

A próxima sessão do artigo expõe a metodologia da pesquisa. A seguir, apresentam-se os resultados. Por fim, nas considerações finais, são discutidos alguns desafios para a consolidação da atenção básica nos municípios brasileiros, particularmente naqueles que apresentam características semelhantes ao caso estudado, como médio porte populacional, expressiva abrangência populacional da Estratégia Saúde da Família, e presença de outros tipos de serviços públicos e privados.

MÉTODOS

A pesquisa consistiu em um estudo de caso realiza-

do em um município do estado do Rio de Janeiro – o município de Três Rios, localizado na região Centro-Sul Fluminense – em 2010, que teve como objetivo analisar a Atenção Básica em Saúde, sob a perspectiva da gestão e da organização do sistema de saúde. O município foi escolhido em função dos seguintes critérios: ser de médio porte populacional e ter relevância regional; ter uma abrangência populacional da Estratégia Saúde da Família superior a 70%; contar com diferentes tipos de serviços de saúde (atenção básica, serviços especializados e hospitalares; públicos e privados).

O estudo compreendeu as seguintes estratégias metodológicas: 1) revisão bibliográfica na BVS-Saúde Pública, Scielo e Portal de Periódicos CAPES; 2) análise de documentos federais (Portarias e documentos sobre a Atenção Básica) e municipais sobre a política de saúde e de Atenção Básica (Plano Municipal de Saúde, relatório anual de gestão, programação anual em saúde, projetos de implantação de programas relacionados à Atenção Básica e relatórios sobre a estrutura das unidades e as ações desenvolvidas.); 3) análise de dados primários e secundários fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde ou obtidos nas bases de dados disponíveis do SUS - Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (2000-2010), Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2010), Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2006-2009), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2002-2008); 4) realização de entrevistas semiestruturadas com 10 atores-chave da política e da gestão do sistema de saúde ou da atenção básica, em 2010; 5) realização de entrevistas semiestruturadas com os 7 enfermeiros coordenadores de sete equipes de saúde da família, em 2010; 6) observação direta com roteiro para avaliação das condições de estrutura de sete unidades de saúde da família (um terço do total), em 2010. O referencial analítico considerou diferentes aportes da literatura sobre análise da Atenção Básica em Saúde, com destaque para os estudos que enfocam o papel e a configuração da atenção básica no sistema de saúde.^{2,9,10,11,12} Privilegiaram-se os seguintes eixos de análise: 1) contexto e organização da atenção básica; 2) estrutura e condições de funcionamento das Unidades de Saúde da Família; 3) articulação entre os serviços de saúde.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável sob o número 04/10 e CAAE:0004.0.031.000-10.

RESULTADOS

Contexto e organização da Atenção Básica

O município estudado, no momento de realização do estudo, dispunha de 186 estabelecimentos de saúde, dos quais 153 eram da rede privada. O sistema público oferecia, principalmente serviços de atenção básica (postos de saúde/unidades de saúde da família) e atenção secundária (duas policlínicas e três ambulatórios/clínicas especiali-

zadas das 20 presentes no município). Havia um serviço municipal de apoio ao diagnóstico que foi fechado, apesar de ainda constar no CNES. No município, existiam também dois estabelecimentos da esfera estadual, a Central de Regulação Regional de Internação Centro-Sul Fluminense e a Unidade de Pronto Atendimento (tabela 1).

Tabela 1 - Tipo de estabelecimento por esfera administrativa, Três Rios, 2010.

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Privada	Total
Posto de Saúde ¹	0	21	0	21
Policlínica	0	2	3	5
Consultório Isolado	0	0	119	119
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	0	3	17	20
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0	1	11	12
Unidade de Vigilância em Saúde	0	1	0	1
Pronto Socorro Geral	1	0	0	1
Centro de Atenção Psicossocial	0	2	0	2
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0	0	1
Secretaria de Saúde	0	1	0	1
Hospital Geral	0	0	2	2
Hospital Especializado	0	0	1	1
Total	2	31	153	186

Posto de Saúde é a denominação que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde utiliza para Unidades de Saúde da Família.

Fonte: CNES/DATASUS¹³

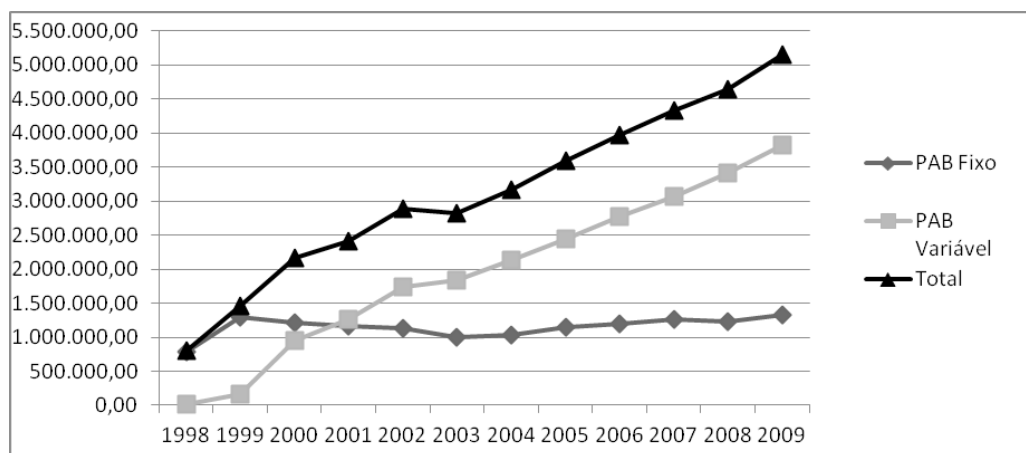
Os serviços de saúde da rede própria municipal eram relativamente restritos, compreendendo apenas as unidades de saúde da família, policlínicas, centros de atenção psicossocial e ambulatórios especializados. A rede privada era expressiva, incluindo os dois únicos hospitais gerais, o hospital especializado e a maior parte das unidades de diagnóstico e terapia. Parte expressiva dos serviços privados – à exceção dos consultórios – era conveniada ao SUS, absorvendo uma proporção importante dos recursos públicos destinados ao setor, com implicações para o modelo de atenção à saúde.

O município assumiu a condição de gestão plena da atenção básica ao final dos anos 1990, apresentando maior governabilidade sobre os serviços desse nível de atenção. Apenas, a partir de 2009, que o município busca ampliar as responsabilidades de gestão sobre o conjunto da rede com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, porém com dificuldades de coman-

do sobre prestadores privados. Ressalte-se ainda a alta rotatividade de secretários municipais de saúde nos últimos anos; no momento da pesquisa, havia pouco mais de um ano do governo municipal iniciado em 2009, quando um novo secretário municipal de saúde foi indicado.

Quanto ao financiamento, de 2002 a 2008, segundo dados do SIOPS, o município aplicou, em geral, valores próximos a 15% de sua arrecadação fiscal na saúde, estando em conformidade com o estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29.¹⁴ Houve crescimento na despesa com saúde por habitante e as transferências federais corresponderam, em média, a 42% das despesas municipais com saúde no período.

A figura 1 apresenta a evolução das transferências federais de Atenção Básica – compostas pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável – para o município de Três Rios, de 1998 a 2009.

Figura 1 - Recursos de composição do PAB, entre 1998 e 2009, Três Rios/RJ (R\$ de 2009).

Nota: 1) PAB fixo – valor per capita definido pelo Ministério da Saúde, multiplicado pela população; PAB variável – recursos correspondentes a programas federais específicos: Epidemiologia e Controle de Doenças, Farmácia Básica, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Ações de Combate à Carência Nutricional, Saúde Bucal, Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Especificidades Regionais e Núcleo de Apoio à Saúde da Família 2) Valores ajustados para R\$ de dezembro de 2009, segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE.

Fonte: FNS.¹⁵

Observa-se crescimento nos recursos do PAB de cerca de seis vezes entre 1998 e 2009, mais expressivo em relação ao PAB variável, que aumentou de mais de 226 vezes, refletindo a adesão do município a programas federais. (figura 1).

A trajetória da política de saúde e da atenção básica no município, desde meados dos anos 1990, tem sido fortemente induzida pelo financiamento e normas federais, com a instituição de vários programas específicos. Destacam-se a Estratégia de Saúde da Família (desde 2000) e a Saúde Bucal (desde 2002), que tiveram ampliação crescente das equipes e dos recursos transferidos por meio do PAB variável.

A Atenção Básica do município está configurada, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família que, em 2010, abrangia cerca de 75%⁷ da população, patamar mais elevado do que o do estado do RJ (31%)⁷ e do país (65%)⁷. Existiam 21 Unidades de Saúde da Família e seis subunidades que contavam com Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, localizadas em bairros de todas as regiões do município.

As policlínicas municipais eram também unidades de atendimento básico que ofereciam serviços à população fora de área de abrangência da ESF. Identificou-se que algumas ações básicas de saúde ainda eram ofertadas de forma centralizada nessas policlínicas. Por exemplo, entre janeiro e dezembro de 2010, cerca de 80%¹⁶ das aplicações

de vacinas do calendário básico foram realizadas na policlínica localizada no centro da cidade, sugerindo limites de resolutividade das unidades de Saúde da Família.

A população residente fora da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família enfrentava dificuldades de acesso, para atendimento nas unidades básicas, especializadas e para realização de exames. Havia preocupação em organizar o fluxo de pacientes acompanhados pelas equipes de saúde da família, mas limitado planejamento do fluxo para atendimento à população não adscrita.

No período 2009-2010, houve inovações da política de Atenção Básica voltadas para a melhoria da qualidade, por meio da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, também sob indução federal. As equipes dos NASF eram compostas por psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos.¹⁷ Posteriormente, as equipes foram contempladas com ginecologistas e pediatras, conforme previa o projeto de implantação.

Segundo informações dos entrevistados, os profissionais do NASF foram contratados temporariamente e a constituição da equipe foi feita para atender a demanda de implantação no momento em que o incentivo foi repassado ao Fundo Municipal de Saúde. Isso acarretou contratos precários, falta de infraestrutura de trabalho adequada e baixa valorização profissional.

Apesar das dificuldades, a implantação do NASF foi considerada pelos entrevistados um avanço importante na

Atenção Básica, ampliando as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família, principalmente no âmbito da prevenção de doenças e promoção da saúde e no suporte à resolução de casos pelas equipes.

No entanto, não foram identificadas na pesquisa atividades de educação permanente, envolvendo profissionais do NASF e as equipes de saúde da família (estudos de caso, acompanhamento supervisionado e métodos de aprendizado em serviço), conforme previsto na portaria federal de criação do NASF.¹⁸ Isso sugere limitações na adoção da lógica de apoio matricial às equipes, concebida para aumentar a capacidade resolutiva da Estratégia de Saúde da Família.

Uma área que sofreu mudanças, no período 2009/2010, foi a assistência farmacêutica, considerada prioridade pela gestão municipal em resposta a pressões exercidas por outros órgãos, como o Judiciário e o Ministério Público, diante das dificuldades enfrentadas com a judicialização. O acesso a medicamentos era um problema em anos an-

teriores, até mesmo de medicamentos da farmácia básica.

Entre as medidas adotadas, destacam-se a instituição da Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica,¹⁹ responsável pelo planejamento, programação, monitoramento, controle e avaliação da política de assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal; a criação da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME²⁰ e o estabelecimento de regras para prescrição, dispensação e consumo de medicamentos.²¹ Outra importante iniciativa foi o contato com o Ministério Público Estadual e a Defensoria Pública para esclarecimento das regras e normas instituídas no âmbito municipal para regular a assistência farmacêutica.

As mudanças na política e na gestão municipal da assistência farmacêutica resultaram em queda de 97% na demanda judicial por medicamentos de 2008 para 2009, sendo que, em 2010, não havia nenhum caso até julho, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das demandas judiciais por medicamento (nº e valor pago em reais), pelos meses de 2008 e 2009 em Três Rios.

Mês	2008		2009	
	Nº de pagamentos	Valor pago (R\$)	Nº de pagamentos	Valor pago (R\$)
Janeiro	12	32.163,81	2	17.635,42
Fevereiro	18	43.094,49	0	0,00
Março	15	35.151,83	2	16.420,76
Abril	28	53.612,98	1	19.290,00
Mai	12	55.155,05	1	91,10
Junho	9	9.683,21	1	19.740,00
Julho	24	59.551,81	0	0,00
Agosto	9	49.148,09	0	0,00
Setembro	11	83.907,95	0	0,00
Outubro	17	57.445,09	0	0,00
Novembro	11	41.629,76	1	9.578,00
Dezembro	11	49.935,20	0	0,00
Total anual	177	570.479,27	8	82.755,28

Fonte: Dados primários, Secretaria Municipal de Saúde.

Em síntese, em relação à condução local da política de saúde, foram observadas fragilidades na gestão municipal do SUS e forte indução da política de saúde por agentes externos, como o Ministério da Saúde, o Ministério

Público e o Poder Judiciário, associada a inovações em áreas estratégicas, como a atenção básica e a assistência farmacêutica.

Estrutura e funcionamento das Unidades de Saúde da Família

Em relação à estrutura das Unidades de Saúde da Família, um levantamento feito por solicitação da Promotora do município²² mostrou que nenhuma Unidade de Saúde da Família do município estava de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde,²³ pois as unidades de Três Rios não possuíam todos os ambientes mínimos recomendados, conforme tabela 3. Em algumas unidades faltavam ambientes utilizados pela equipe de enfermagem, como sala de curativo, consultório de enfermagem e, principalmente, sala de procedimentos e sala de vacina, o que foi ao encontro dos dados de produção, que mostraram que as Unidades de Saúde da Família realizavam pouco desse procedimento, sugerindo que uma das causas era a falta de estrutura das unidades.

Tabela 3 - Ambientes componentes das Unidades de Saúde da Família, Três Rios, 2010.

Ambientes	Número de unidades	Frequência relativa(%)
Consultório médico	20	100
Consultório odontológico	20	100
Sanitário para funcionário	20	100
Sala de curativo	19	95
Sala de espera	19	95
Farmácia	19	95
Sala de vacina	16	89
Consultório de enfermagem	14	70
Sanitário para usuário	12	60
Sala de procedimentos	6	30
Copa/cozinha	6	30
Sala de reuniões	4	20
Central de esterilização	3	15
Sala de nebulização	2	10
Depósito de material de limpeza	2	10
Expurgo	1	5

Fonte: Prefeitura Municipal de Três Rios.²²

Os entrevistados apontaram diferentes motivos para os problemas de infraestrutura das Unidades de Saúde da Família: implantação das equipes em imóveis inadequados, em virtude de limitado planejamento local e regulamentação federal tardia quanto à matéria; insuficiente financiamento federal; inexistência de fiscalização das condições de infraestrutura das unidades.

A implantação inicial das equipes de Saúde da Família

no município se baseou no envio de dados de produção e cadastramento dos profissionais; não se exigiu a existência de estrutura física adequada, nem se previu a construção de unidades com estrutura mínima para as atividades que seriam realizadas. O Ministério da Saúde estabelecia na Política Nacional de Atenção Básica,²⁴ à época, como estrutura e recursos necessários para o trabalho das equipes de Saúde da Família apenas a existência de consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem, além de área de recepção, local para arquivos e registros, sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacinas e sanitários, mas sem especificação de área mínima. Somente, em 2008, foi lançado um documento²³ que definiu os ambientes que deveriam compor uma USF.

Outro argumento levantado foi a insuficiência do incentivo federal de implantação para a construção ou adequação física das unidades. Ademais, a função de fiscalização da estrutura de tais unidades não está contemplada entre as competências dos níveis de governo²⁴ na Atenção Básica. Por outro lado, uma das funções da Secretaria Municipal de Saúde seria garantir as condições de estrutura necessárias ao funcionamento das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.²⁴

No que concerne às condições de trabalho dos profissionais, observaram-se dificuldades relativas às condições de inserção e remuneração dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, como contratos temporários e baixos salários.

Quanto ao processo de trabalho e ao modelo de atenção, a pesquisa identificou que algumas equipes davam maior ênfase ao trabalho programado e outras à demanda espontânea, típica de ações de pronto-atendimento. As enfermeiras entrevistadas levantaram problemas relacionados à atuação dos médicos, que se apresentavam em geral pouco inseridos e envolvidos na equipe multiprofissional, não participando do planejamento das equipes e, muitas vezes, não cumprindo a carga horária estabelecida.

Outro problema apontado por algumas enfermeiras entrevistadas foi a baixa adesão da comunidade em relação às atividades de promoção da saúde e orientação, com uma maior valorização do atendimento médico. Esses dois aspectos, em conjunto, trariam limites à mudança do modelo de atenção, conforme preconizado nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

Em síntese, em que pesem alguns esforços recentes da Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa identificou que as unidades de Saúde da Família, em sua maioria, apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições. Também foram identificados problemas

no funcionamento das unidades que podem prejudicar a qualidade do cuidado, relativos às condições de trabalho dos profissionais, ao horário de atendimento, à organização do trabalho, à dinâmica das equipes e à inserção dos profissionais médicos.

A inserção da Atenção Básica no sistema municipal de saúde

Segundo documentos oficiais, o sistema local funciona de forma hierarquizada, tendo como porta de entrada as unidades básicas de saúde e os serviços de pronto-atendimento, que fazem a referência para os setores secundários e terciários.²⁷

As unidades de atenção básica – unidades de Saúde da Família ou policlínicas – fazem o primeiro atendimento dos pacientes e referenciam para os serviços especializados quando necessário. O acesso às internações e aos procedimentos de média e alta complexidade é feito, a partir de referência das unidades de nível secundário à Central de Regulação Estadual da região Centro-Sul Fluminense, sediada no município.²⁷

Identificaram-se dificuldades relacionadas à integração entre os serviços e ao fluxo de informações sobre o atendimento ao paciente encaminhado das unidades de Saúde da Família para serviços especializados. Conforme os entrevistados, muitas vezes, as fichas de referência não eram adequadamente preenchidas pelos especialistas com informações sobre o diagnóstico ou tratamento indicado ao usuário, prejudicando o seguimento do paciente e a continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família.

Já o primeiro atendimento diretamente realizado nas policlínicas, em geral, ocorria por livre demanda dos usuários. A marcação da consulta especializada dos pacientes sem cobertura da ESF era feita por procura espontânea na recepção das policlínicas, porém havia dificuldade de acesso, devido à falta de encaminhamento médico ou escassez de vagas, já que a maior parte das consultas especializadas era reservada para as USF.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, importantes para a atuação resolutiva da Atenção Básica, eram realizados pelas policlínicas e por prestadores privados. Nas policlínicas, eram realizados exames de radiologia geral e odontológica, ultrassonografia, eletrocardiograma e eletroencefalograma. Os demais exames e procedimentos eram realizados por prestadores contratados.²⁷

A inauguração no município de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em 2009, trouxe mudanças no acesso e fluxos de atendimento nos serviços de saúde, além de outras repercussões sobre o funcionamento da Atenção Básica. Segundo documento oficial, a UPA de

Três Rios teria proporcionado o estabelecimento de um novo fluxo de atenção às urgências e emergências, no qual a UPA seria uma unidade de referência para toda a rede básica, regulando, ainda, as internações nos hospitais de referência da microrregião.²⁷

Em caso de necessidade de consulta com especialista, os profissionais da UPA deveriam orientar o paciente a procurar a unidade básica para receber o encaminhamento.

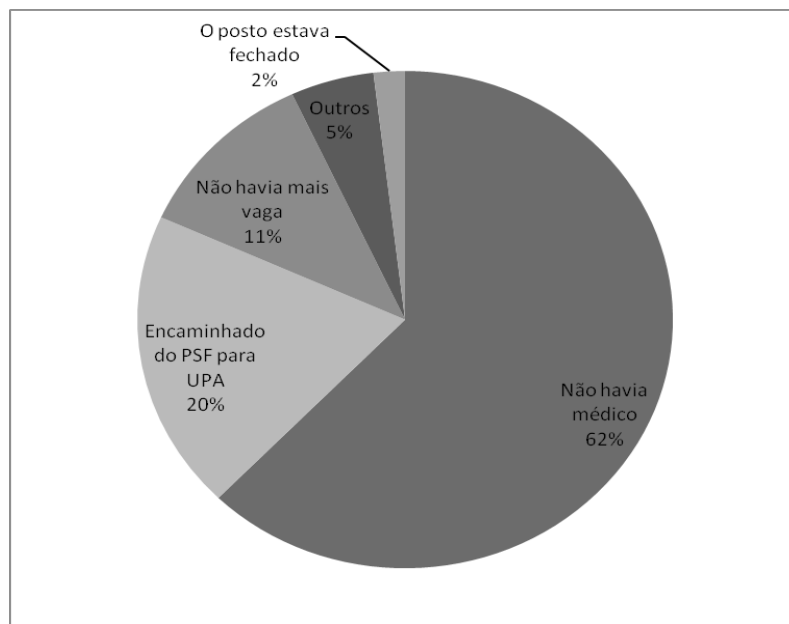
Entretanto, segundo dados obtidos, cerca de 70% dos casos atendidos na UPA, entre janeiro e julho de 2010, foram classificados como “risco azul”, correspondente a pacientes que necessitam de consultas de baixa complexidade. Isso evidenciou que a maior parte das demandas da UPA de Três Rios era de usuários que poderiam ser atendidos pela Atenção Básica, sugerindo fragilidades na organização do sistema local e na resolubilidade das unidades de Atenção Básica.

O volume total de atendimentos médicos na UPA, de janeiro até novembro de 2010 (65.019), foi próximo ao número de consultas médicas realizadas nas Unidades de Saúde da Família (76.989). Mais de 30% dos pacientes atendidos na UPA eram provenientes de bairros de áreas sem cobertura da ESF.

Pesquisa realizada, em 2010, pela coordenação da UPA, com os pacientes sobre os fatores que os levaram a procurar a unidade mostrou que, dos 698 pacientes entrevistados, 159 (23%) haviam procurado antes a Unidade de Saúde da Família, mas não foram atendidos. Os motivos para o não atendimento pelas equipes de Saúde da Família são apresentados no gráfico 1. Observa-se que a maior parte dos pacientes que procuraram a UPA por falta de atendimento na ESF o fizeram porque o médico não estava na Unidade de Saúde da Família.

A análise do volume e do perfil de atendimentos da UPA evidenciou limites da Atenção Básica no município, pois os pacientes que não conseguem atendimento nas unidades de Saúde da Família ou nas policlínicas procuraram acesso na unidade de pronto atendimento. Além disso, sugere baixa de resolutividade de unidades que estão em funcionamento, por causa de questões, como limitado horário de funcionamento, escassez de profissionais e precárias condições de infraestrutura.

A Unidade de Pronto Atendimento, por sua vez, possui papel limitado dentro do sistema de saúde local, pois não apresenta recursos adequados para o atendimento da maior parte das pessoas que a procuram. A maioria dos pacientes atendidos apresentava problemas de baixa complexidade e era encaminhada para acompanhamento na Atenção Básica. Os pacientes graves classificados como emergência e urgência, após estabilização, eram encami-

Gráfico 1 - Principais motivos de procura da UPA por não atendimento na ESF, Três Rios, 2010.

Fonte: Pesquisa de satisfação, UPA Três Rios [Mimeo].²⁸

nhados para estabelecimentos de média e alta complexidade hospitalar ou para outros serviços de referência. A UPA constituía, até aquele momento, uma unidade de alto custo com aporte tecnológico e capacidade resolutiva limitada.

O fluxo estabelecido entre a Atenção Básica e serviços especializados estava bem definido, formalmente no que se refere à população de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, porém o restante da população tinha dificuldades de acesso a tais serviços. No entanto, mesmo

no caso de pessoas da área de abrangência da Saúde da Família, a continuidade do cuidado apresentava fragilidades, relacionadas a problemas de coordenação e escassez de informações sobre o tratamento preconizado pelos especialistas, conforme citado pelos profissionais entrevistados.

A análise das causas de internações hospitalares entre os residentes do município, nos períodos de 2006/2007 e 2008/2009 também fornece subsídios para a reflexão sobre a resolubilidade da atenção básica (tabela 4).

Tabela 4 - Internações de residentes de Três Rios por categorias diagnósticas mais frequentes segundo a CID 10, 2006/2007, 2008/2009.

Categoria diagnóstica segundo CID 10	2006/2007		Categoria diagnóstica segundo CID 10	2008/2009	
	Nº	(%)		Nº	(%)
Parto único espontâneo	1.343	9,5	Parto único espontâneo	1256	13,1
Esquizofrenia	995	7,0	Pneumonia	810	8,5
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	928	6,5	Outras complicações da gravidez e do parto	436	4,6
Pneumonia	890	6,2	Outras doenças infecciosas intestinais	398	4,2
Hipertensão essencial (primária)	446	3,1	Hipertensão essencial (primária)	304	3,2
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	339	2,3	Insuficiência cardíaca	298	3,1

Insuficiência cardíaca	337	2,4	Diabetes mellitus	271	2,8
Parto único por cesariana	319	2,2	Fratura de outros ossos dos membros	262	2,7
Infecções intestinais	263	1,8	Outras doenças do aparelho urinário	222	2,3
Aborto não especificado	221	1,6	Pessoas em contato serviços de saúde por outras razões	192	2,0
Outros transtornos do trato urinário	216	1,5	Esquizofrenia	174	1,8
Outras categorias	7.979	55,9	Outras categorias	5.116	53,4
Total	14.276	100,0	Total	9.565	100,0

Fonte: SIH/SUS.²⁹

Observa-se importante ocorrência de internações por causas “sensíveis à Atenção Básica”, como pneumonia, hipertensão, diabetes e diarreia.³⁰ O perfil de morbimortalidade indica que a população apresentava agravos que poderiam ser acompanhados e prevenidos, por meio de ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica. Por outro lado, um importante avanço no período foi a queda das internações psiquiátricas no município, que pode ser reflexo da mudança no modelo de atenção em saúde mental com a criação dos centros de atenção psicossocial e a diminuição da oferta de leitos do hospital psiquiátrico privado localizado no município que era referência na região.

DISCUSSÃO

A pesquisa identificou características da gestão da atenção básica no município que refletem a configuração da política nacional e também algumas singularidades locais. O caso do estudo era um município de médio porte, que apresentava fragilidades na gestão pública da saúde, porém com esforços de expansão e diversificação das estratégias de atenção básica no período estudado.

A trajetória da Atenção Básica no município, desde os anos 1990, foi fortemente induzida pelo Ministério da Saúde, corroborando o peso federal na indução e financiamento de políticas, documentado por diversos autores.^{31,12} A principal evidência é a expressiva expansão da Estratégia Saúde da Família, bem como a adesão a iniciativas federais a ela relacionadas, como as Equipes de Saúde Bucal e os NASF.

Quanto ao financiamento da saúde, o município de Três Rios reflete a realidade de parte expressiva dos municípios brasileiros, com crescimento recente do gasto em saúde *per capita*, destinação da arrecadação municipal para a área próxima ao mínimo estabelecido pela constituição e forte dependência das transferências intergovernamentais,³¹ inclusive para o custeio da Atenção Básica. Além da indução pelo Ministério da Saúde, a política de saúde

Em síntese, há evidências de que a atenção básica no município apresentava limites em sua capacidade de resolução dos problemas de saúde da população, sinalizadas pelo perfil dos atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento e das internações hospitalares. A integração entre os serviços de saúde no município apresentava limitações, relacionadas à precária coordenação entre profissionais, serviços e setores da Secretaria de Saúde e à fragilidade dos mecanismos formais de articulação. A forte dependência de serviços privados – de apoio diagnóstico e hospitalares – impõe dificuldades adicionais para a articulação da rede e fortalecimento do setor público.

municipal também foi influenciada pela atuação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como exemplificado pelo processo de reorganização da assistência farmacêutica (em resposta à judicialização de demandas) e na realização de levantamentos da situação das unidades de saúde (em resposta ao Ministério Público). Pesquisas recentes discutem que o Judiciário e o Ministério Público passaram a desempenhar um papel como agentes ativos na implementação de políticas públicas, no controle sobre as ações do Executivo e na efetivação de direitos.^{32, 33}

A Atenção Básica do município estava configurada, principalmente pela Estratégia Saúde da Família, mas apresentava, também, as policlínicas como importantes unidades de atendimento de atenção básica que ofereciam serviços à população fora de área de abrangência da ESF. Identificou-se como dificuldade que algumas ações básicas de saúde ainda eram ofertadas de forma centralizada nas policlínicas. Por exemplo, no período analisado, cerca de 80% das aplicações de vacinas do calendário básico foram realizadas na policlínica localizada no centro da cidade, sugerindo limites de resolutividade das unidades de Saúde da Família. Esse dado colidiu com o conteúdo de alguns documentos municipais e relato de gestores entrevistados, que afirmaram que houve transferência dessas

atribuições para as unidades de Saúde da Família.

Em que pese a adoção da Estratégia Saúde da Família como modelo principal da atenção básica, as unidades de saúde da família, em sua maioria, apresentavam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições de uso, o que pode prejudicar o trabalho das equipes. A análise das normas e documentos federais, bem como das entrevistas, sugeriu que a adequação da infraestrutura não foi um critério exigido pelo Ministério da Saúde para o credenciamento de novas equipes de Saúde da Família. Isso suscita preocupações quanto à qualidade da expansão da Estratégia de Saúde da Família induzida nacionalmente. Por outro lado, estado e município deveriam se corresponsabilizar pela realização de investimentos financeiros visando condições mais adequadas de expansão de serviços.

A Estratégia Saúde da Família também apresentava dificuldades em relação à organização do trabalho das equipes. Havia conflitos entre o atendimento programado e por livre demanda, sendo que algumas unidades priorizavam um tipo de atendimento em detrimento do outro. Alguns falsos dilemas comuns nas equipes Saúde da Família foram registrados, como a oposição entre ações programáticas e atenção à demanda espontânea; ou entre ações coletivas e individuais. O ideal seria a equipe dedicar-se tanto ao que é programado, quanto ter disponibilidade para atender ao que não foi programado, assim como conciliar atividades coletivas e individuais, pois os resultados de uma se refletem na outra. Ademais, existem várias formas de se organizar o trabalho de uma equipe de saúde na atenção básica, que possibilitem uma abordagem adequada dos problemas de saúde da população adscrita. A organização do trabalho deve ser adaptada às características locais, às necessidades dos usuários e às próprias particularidades das equipes.²⁵

O fluxo estabelecido entre a Atenção Básica e os serviços especializados estava formalmente bem definido no que se refere à Estratégia de Saúde da Família, porém, o retorno do paciente apresentava fragilidades relacionadas à escassez de informações sobre o tratamento indicado pelos especialistas. Isso dificulta a continuidade do cuidado pela equipe de saúde da família, que não recebe as informações necessárias para proceder com o acompanhamento. A integração entre os serviços de saúde do município apresentava-se frágil, devido a falhas dos mecanismos de coordenação entre serviços e de comunicação entre os profissionais.

Um problema relevante identificado refere-se às dificuldades de acesso aos serviços de saúde dos pacientes não cobertos pela ESF. Como esta é uma estratégia prioritária para o Ministério da Saúde, possui orientação clara

de como promover seu funcionamento, porém, o atendimento de pacientes, que moram em áreas não atendidas pela ESF, precisa, da mesma forma, ser organizado, considerando que o SUS tem como um de seus princípios a universalidade, que garante a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF estava em fase de implantação e por ser uma nova estratégia proposta pelo Ministério da Saúde apresentou problemas como contratação dos profissionais com baixos salários, vínculos precários, inadequação de estrutura física e de aporte de equipamentos. O processo de trabalho possuía limitações, pois não eram realizadas todas as ações preconizadas como responsabilidades do núcleo e a lógica de apoio matricial às equipes ainda era muito frágil. O NASF é uma estratégia inovadora que tem o potencial de reorganizar a Estratégia de Saúde da Família, mas é recente e precisa de adequações, e, principalmente, maior orientação e qualificação da gestão e dos profissionais, para atingir seus objetivos.

O processo de implantação da Unidade de Pronto Atendimento - UPA envolveu iniciativas de integração entre as unidades para estabelecer fluxos e protocolos de atendimento. Porém, o funcionamento da UPA expressou problemas da Atenção Básica, pois muitos pacientes atendidos no período analisado foram classificados como de baixa complexidade, provenientes, principalmente, de localidades onde não há cobertura da Estratégia de Saúde da Família ou que não conseguiram atendimento nas unidades de atenção básica.

Outro fato evidenciado foi o papel da UPA no sistema de saúde local, que se mostrou como intermediária de encaminhamento de pacientes com problemas de baixa complexidade para a Atenção Básica, e de média e alta complexidade para unidades de referência. A UPA apresentou capacidade limitada de resolução dos problemas de saúde da população, pois não possui tecnologia e aporte de equipamentos que permita atender casos graves de urgência e emergência, assim como não realiza o acompanhamento de casos crônicos de baixa complexidade. Observa-se que esta esteja sendo uma unidade de alto custo operacional e elevado volume de atendimentos, porém com baixa capacidade de resolutividade para problemas de saúde citados anteriormente.

Algumas características da organização da Estratégia de Saúde da Família do município permitem concluir que o modelo de atenção, tradicionalmente vigente até o momento, sofreu somente modificações incrementais e parciais com a implantação da política de atenção básica, uma vez que a expansão de equipes de Saúde da Família *per se* não garante a transformação do modelo. As atividades

de educação em saúde e intersetoriais constituem importantes pilares da Estratégia Saúde da Família, segundo as diretrizes nacionais. As equipes devem, além de conhecer as famílias de sua área de abrangência, identificar problemas e situações de risco, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados.^{6,26}

Nesse sentido, a mudança efetiva do modelo de atenção no município requer dentre outros, a qualificação profissional, por meio de educação permanente das equipes de Saúde da Família, incluindo a ampliação do saber clínico por meio de cursos, discussão de casos e de consensos clínicos. Para que a atenção básica seja capaz de resolver problemas de saúde, esta deverá se organizar de acordo com as diretrizes: trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuários; abordagem do sujeito, da família e do seu contexto; reformulação do saber e da prática tradicional em saúde e articulação da atenção básica em uma rede de serviços de saúde.²⁶

Em síntese, a análise da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios permitiu identificar, por um lado, avanços relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família, além de um esforço em promover a ampliação do acesso aos serviços de saúde e tentativas de mudanças no modelo de atenção. Por outro lado, registrou-se a persistência de uma série de dificuldades, como inadequação de infraestrutura das unidades, limites nos processos de trabalho, baixa resolutividade das unidades de Saúde da Família e distorções no papel das policlínicas e da recém-implantada Unidade de Pronto Atendimento.

A pesquisa permitiu ainda levantar desafios a serem enfrentados pelos gestores e outros atores envolvidos na política de Atenção Básica em Saúde, visando à melhoria da organização do sistema, do acesso e da qualidade dos serviços no município. Entre eles, destacam-se: a instituição de mecanismos de coordenação que permitam maior integração entre os setores da secretaria e entre os serviços de saúde, de diferentes tipos; a maior articulação e comunicação entre os profissionais da atenção básica e os especialistas, para assegurar a continuidade do cuidado; a implantação de novas unidades de saúde da família para aumentar a abrangência da estratégia e a realização de investimentos para a adequação das unidades existentes, em termos de infraestrutura e equipamentos; a adoção efetiva de políticas de valorização dos profissionais, que envolvam vínculos trabalhistas estáveis, melhores salários e políticas de qualificação profissional; a reorganização e a programação do atendimento das unidades de saúde da família, de acordo com as necessidades da comunidade, a fim de melhorar o acesso e potencializar a capacidade das

equipes resolverem os problemas de saúde da população.

O enfrentamento desses e de outros desafios é fundamental para fortalecer a Atenção Básica no município, na perspectiva da estruturação de um sistema de saúde mais abrangente e resolutivo, norteado de fato pelos princípios do SUS de universalidade e integralidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vouri H. Health for all, primary health care and general practitioners. *J. Royal Col. General Practitioners* [internet]. 1986. [Citado 2009 out. 10]; 36:398-402. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960528/pdf/jroyalgcprac00153-0008.pdf>>.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Doutorado em Saúde Coletiva; 2005.
4. Noronha JC, Levcovitz E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares RAW, organizadores. Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública* 2007; 21:164-176.
6. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Citado 2012 fevereiro]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>.
8. Escorel S, coordenador, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães M, Senna MCM. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª. ed. atual Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
9. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of

Primary Care Organization and performance in Brazil. Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2007.

10. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1727-42.

11. Pinheiro RP, Silva Jr AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro RP, Silva Jr. AG, Mattos RA. *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. CEPESC IMS/UERJ. Abrasco: Rio de Janeiro; 2008.

12. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis* 2012; 22:477-506

13. CNES DATASUS Informações de saúde – rede assistencial. [Citado 2011 março]. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376C3D0E0F359G103H0I1Jd3L23M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op1>>.

14. Brasil. Emenda Constitucional nº 29. Brasília, 2000 set. 13.

15. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. [Citado 2011 março]. Disponível em: <<http://www.fns2.saude.gov.br>>.

16. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão – exercício de 2008. Três Rios; 2008.

17. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Relatório da Atenção Básica. Três Rios; 2010.

18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

19. Prefeitura Municipal de Três Rios. Portaria Municipal nº 319 de 2009.

20. Prefeitura Municipal de Três Rios. Decreto municipal nº 4.270, de 14 de dezembro de 2010.

21. Prefeitura Municipal de Três Rios. Portaria Municipal de nº 544, de 2009.

22. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Relatório da Atenção Básica. Três Rios; 2010.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.

25. Pinto CAG, Coelho IB. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 323-345.

26. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rotshschild; 2008.

27. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Três Rios; 2010.

28. Unidade de Pronto Atendimento – UPA Três Rios. Pesquisa de satisfação dos usuários, 2010. [Mimeo]

29. SIH/SUS DATASUS Informações de saúde – assistência à saúde. [Citado 2011 março]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

31. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007; 12:511-522.

32. Asensi FD, Pinheiro R. A prática do direito e o direito na prática: reflexões sobre a saúde. [Citado 2011 fev. 24]. Disponível em: <<http://www.conpedi.org.br/manaus/>>

arquivos/anais/salvador/felipe_dutra_asensi.pdf>.

33. Asensi FD. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde Physis Rio de Janeiro. 2010; 20:33-55.

Submissão: outubro/2014

Aprovação: janeiro/2015
