

ANÁLISE DA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS/RJ

RESUMO: Este trabalho consiste em um estudo de caso sobre a política e a configuração da Atenção Básica em Saúde de Três Rios/RJ. As principais categorias de análise foram o contexto político institucional, a configuração e organização da Atenção Básica, as condições de atendimento das Unidades de Saúde da Família e a articulação entre os serviços de saúde. Constatou-se importante indução da política de saúde no período recente por outros atores, como Ministério da Saúde, Poder Judiciário e Ministério Público. A Atenção Básica do município está configurada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, as unidades apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições de uso. Identifica-se um modelo de atenção fortemente centrado no atendimento médico individual. O trabalho permite concluir que houve avanços importantes na condução e organização da política de saúde e de atenção básica, mas é necessário maior investimento, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; política de saúde; sistemas de saúde; Gestão em Saúde Pública.

ABSTRACT: This work consists of a case study into the Primary Health Care policy and set-up in Três Rios/RJ. The main categories of analysis were the institutional political context, the configuration and organization of Primary Health Care, the care conditions at Family Health Units and the coordination between health services. Policy has been significantly induced by other actors, such as the Ministry of Health, the Judiciary and the State Prosecution Service. Primary Health Care in the municipality consists mainly of the Family Health Strategy. Units have inadequate infrastructure and equipment in poor conditions. A model focused strongly on individual medical care can be identified. The study leads to the conclusion that important recent advances have been achieved in the administration and organization of health policy and primary health care, but heavier investment is required, especially in the Family Health Strategy.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Policy, Health Systems, Health Management.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo traz como proposta analisar a Atenção Básica em Saúde do município de Três Rios/RJ, particularmente no que concerne à dimensão da gestão do sistema e dos serviços de saúde, para levantar subsídios que possam contribuir para o aprimoramento da organização deste nível de atenção. Teve como motivação a própria inserção da pesquisadora no sistema de saúde deste município de médio porte, que trabalhando diretamente na área de planejamento e gestão, observou a necessidade de realizar uma avaliação da atenção básica.

Alguns argumentos justificam o desenvolvimento do trabalho. O primeiro diz respeito à importância da Atenção Básica nos sistemas de saúde. A literatura especializada internacional e nacional aponta a Atenção Básica como a porta de

entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde e ressalta que deve resolver parte importante dos problemas de saúde da população. Nos últimos vinte anos, as agências internacionais relacionadas à saúde têm conferido grande destaque à organização deste nível de atenção, sob diferentes perspectivas.

O segundo argumento se relaciona ao destaque desse tema na política nacional e a grande expansão da Atenção Básica no país nas últimas duas décadas. Esta expansão se deu principalmente por causa da reorganização da Atenção Básica como elemento estratégico para consolidação do SUS, em uma perspectiva abrangente, principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família. Isso, aumenta a importância da realização de avaliações sobre o processo de implementação da política de Atenção Básica, assim como sobre sua configuração e o papel desempenhado na organização do sistema.

Uma terceira justificativa se relaciona com a implantação da Estratégia de Saúde da Família em todo território brasileiro, que alcançou 94% dos municípios do país e 47% de abrangência populacional estimada em 2009. Tal estratégia foi implementada em diferentes contextos, o que representou um grande desafio, visto que há diferenças regionais e desigualdades da sociedade brasileira. As conformações locais têm influenciado a implementação do SUS, pois cada região tem seu perfil epidemiológico e sua realidade econômica, social e política.

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. Desta 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.

Este estudo foi realizado no município de Três Rios, situado na região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, que possui uma população de 76.075 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2009. O município faz parte da região Centro-Sul Fluminense de saúde.

A Atenção Básica em Saúde do município é desenvolvida preferencialmente pela Estratégia de Saúde da Família desde 2000, constituída de 21 unidades, com cerca de 77% de cobertura populacional estimada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O restante da população é atendida nas duas policlínicas existentes. Assinale-se que até o momento não havia sido feita nenhuma pesquisa sobre atenção básica no município.

O objetivo geral do estudo foi analisar a Atenção Básica em Saúde do município de Três Rios/RJ, na perspectiva da gestão e da organização do sistema de saúde. Os objetivos específicos foram: descrever o contexto de implantação da política de Atenção Básica no município; caracterizar a configuração e organização da Atenção Básica do município; analisar a situação atual de implementação e a inserção da Estratégia de Saúde da Família no sistema de saúde do município; identificar as possibilidades e limites da Atenção Básica em Saúde no município.

2 METODOLOGIA

A presente investigação se caracteriza como um estudo de caso da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios, localizado no estado do Rio de Janeiro.

Desta forma, a investigação privilegiou os seguintes eixos ou categorias de análise:

1. Contexto político institucional – compreendeu a análise da prioridade (ou não) da atenção básica no projeto político municipal, do histórico e contexto de implementação da política de atenção básica, considerando inclusive os recursos financeiros disponibilizados para a saúde e para a atenção básica.
2. Configuração e organização da atenção básica – diz respeito à oferta de serviços de saúde, às estratégias de planejamento e programação em saúde, à configuração da rede, à abrangência populacional, à distribuição dos serviços, aos tipos de unidades e de ações desenvolvidas na atenção básica e aos modelos de atenção adotados.
3. Estrutura e condições de funcionamento das Unidades de Saúde da Família – se relaciona à estrutura (física, equipamentos, profissionais), organização do

atendimento e condições de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, carga horária e organização do trabalho das equipes.

4. Articulação entre os serviços de saúde – englobou a regulação da atenção, os mecanismos de integração da atenção básica com os demais serviços e os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes entre os serviços.

O estudo compreendeu diversas estratégias metodológicas:

1. Revisão bibliográfica nas bases de dados disponíveis para acesso *online*, como a Biblioteca Virtual em Saúde, *Scielo* (*Scientific Eletronic Library Online*) e Portal de Periódicos da CAPES sobre os temas: Atenção Primária em Saúde, política de Atenção Primária em Saúde, Avaliação em Saúde e Avaliação da Atenção Primária em Saúde.
2. Levantamento e análise documental de documentos municipais relevantes sobre a política de saúde e de Atenção Básica, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde como: 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. Levantamento e análise de dados primários e secundários: fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde ou obtidos nas bases de dados disponíveis do SUS como: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES, etc.
4. Realização de entrevistas semi-estruturadas atores-chave da política e da gestão do sistema de saúde ou da atenção básica, selecionados a partir dos critérios: cargo/função ocupada, poder institucional e tempo de atuação na política.
5. Realização de entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros coordenadores¹ de 7 equipes de saúde da família selecionados segundo critérios estabelecidos².
6. Observação direta de 7 unidades de saúde da família com roteiro para avaliação das condições de estrutura das unidades (local de funcionamento, condições físicas, equipamentos e materiais disponíveis).

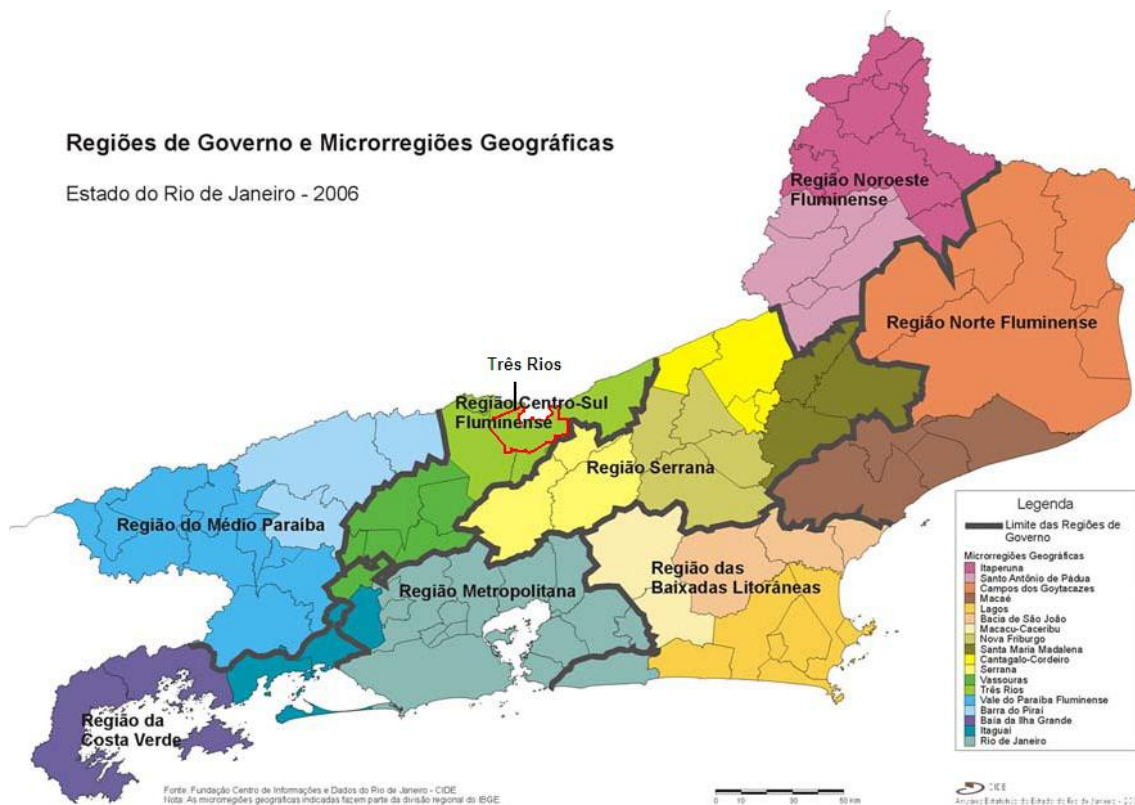
Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes não são citados pelo nome ou cargo exato, somente pelos grupos a que pertencem. Os entrevistados foram divididos em quatro grupos: gestores – um secretário e dois subsecretários de saúde (designados como “gestor”); coordenadores de Atenção Básica - coordenadores da Estratégia de Saúde da Família e coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF (designados como “coordenador - AB”); gerentes de outros serviços- gerentes das duas policlínicas, coordenador de enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento, coordenador de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (designados como “gerentes - outros serviços”); enfermeiros coordenadores das Unidades de Saúde da Família (designados como “enfermeiro coordenador USF”).

3 O MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS: CARACTERÍSTICAS GERAIS E SISTEMA DE SAÚDE

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Três Rios pertence à região Centro-Sul Fluminense (figura 3.1), possui área de 325 quilômetros quadrados (IBGE, 2009) e compreende também o distrito de Bemposta.

Figura 3.1: Regiões e municípios do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE, 2007).

O município se desenvolveu em função da ferrovia e da rodovia, possui características de centro urbano de entroncamento. A localização do município em local de confluência entre a linha férrea (ligação com Minas Gerais) e rodovias (BR-040 e BR-393) permitiu a formação de indústrias e o crescimento do setor terciário. É significativo seu parque industrial, com destaque para os setores de material ferroviário e alimentício (TCE, 2007).

A população total de Três Rios, segundo estimativa do IBGE, era de 76.070 habitantes em 2009, da qual 96% residia em área urbana. O município apresentava densidade populacional de 224 habitantes por quilômetro quadrado nesse ano.

3.2 O SISTEMA DE SAÚDE DE TRÊS RIOS

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2001) Três Rios é município pólo da região de saúde Centro-Sul Fluminense, que tem uma população total de 229.867 habitantes (IBGE, 2009) e da qual fazem parte: Sapucaia, Comendador Levy Gasparian, Areal,

Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Miguel Pereira e Mendes.³

O município dispõe de 186 estabelecimentos de saúde, dos quais 153 são da rede privada e apenas 31 pertencem à esfera municipal (tabela 3.1).

Tabela 3.1: Tipo de estabelecimento por esfera administrativa, Três Rios, 2010.

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Privada	Total
Posto de Saúde	0	21	0	21
Policlínica	0	2	3	5
Consultório Isolado	0	0	119	119
Clinica 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

Fonte: CNES/DATASUS (2009)

O sistema público municipal é composto principalmente pela oferta de serviços de atenção básica (postos de saúde/unidades de saúde da família) e atenção secundária (duas policlínicas, três ambulatórios/clínica especializada e um serviço de apoio ao diagnóstico), conforme visto na tabela 3.1.

No município encontram-se dois estabelecimentos de esfera estadual, que são a Central de Regulação Regional de Internação Centro-Sul Fluminense e a Unidade de Pronto Atendimento (tabela 3.1).

3.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

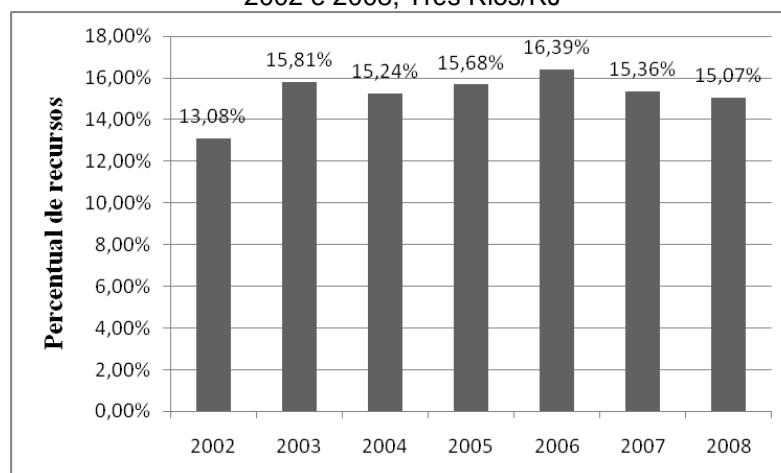
As informações sobre financiamento da saúde podem ajudar a compreender o destaque conferido à área de saúde no município, o grau de autonomia/dependência em relação a outras esferas, as prioridades da política, a organização do sistema local de saúde, além das possibilidades e limites do sistema de saúde.

Os recursos destinados à saúde em um município são provenientes da arrecadação fiscal direta e das transferências entre entes federados. A partir da

década de 1980 houve importante descentralização fiscal, que tornou o Brasil uma das federações com maior autonomia orçamentária dos entes subnacionais. Porém, esta mudança não foi atrelada a um projeto nacional, o que causou constrangimentos à esfera federal, privilegiou a esfera municipal em detrimento da esfera estadual, além de tornar os municípios fortemente dependentes dos recursos transferidos pela União (LIMA, 2007).

A série histórica do percentual de aplicação de recursos próprios em saúde no município de Três Rios permite visualizar como se deu o esforço municipal de financiamento das ações e serviços públicos de saúde no período recente (gráfico 3.1).

Gráfico 3.1: Percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde entre 2002 e 2008, Três Rios/RJ

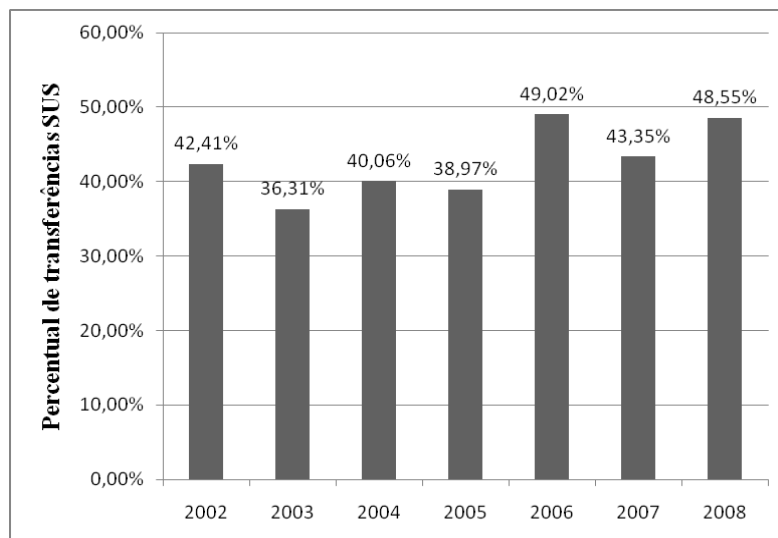


Fonte: Elaboração do autor, com base em SIOPS (2010).

Em 2002 houve a aplicação de 13,08% das receitas consideradas pela Emenda Constitucional nº 29⁴. A partir de 2003 verificou-se que a aplicação mínima estabelecida pela EC 29 foi respeitada, porém houve no período um máximo de 16,39% de aplicação dos recursos próprios em saúde. Além disso, nos anos de 2007 e 2008 identificou-se uma diminuição do percentual das receitas aplicado em saúde (gráfico 3.1). Observa-se que o município em geral aplica de sua arrecadação fiscal um valor próximo ao mínimo estabelecido pela EC 29.

A importância das transferências intergovernamentais no financiamento da saúde no município é apresentada no gráfico 3.2.

Gráfico 3.2: Percentual da participação das transferências SUS no total da despesa com saúde, entre 2002 e 2008, Três Rios/ RJ



Fonte: Elaboração do autor, com base em SIOPS (2010).

O município dependeu em média 42% dessas transferências no período de 2002 a 2008. O menor percentual foi de 36,31% em 2003 e o maior foi de 49,02% em 2006, ou seja, nesse ano quase metade da despesa em saúde do município foi proveniente de recursos transferidos por outras esferas de governo.

Observa-se que o município de Três Rios reflete a realidade de parte expressiva dos municípios brasileiros, com investimento da arrecadação municipal limitado ao mínimo estabelecido pela constituição e forte dependência das transferências intergovernamentais.

As condições de financiamento e a gestão financeira no âmbito municipal podem influenciar a condução da política de saúde.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado em 1997 e regulamentado em 2001. As atividades inerentes ao FMS eram desenvolvidas por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e funcionários da Secretaria de Fazenda ⁶⁴. Os entrevistados na pesquisa ressaltaram as dificuldades relacionadas à baixa autonomia da secretaria de saúde na gestão dos recursos setoriais.

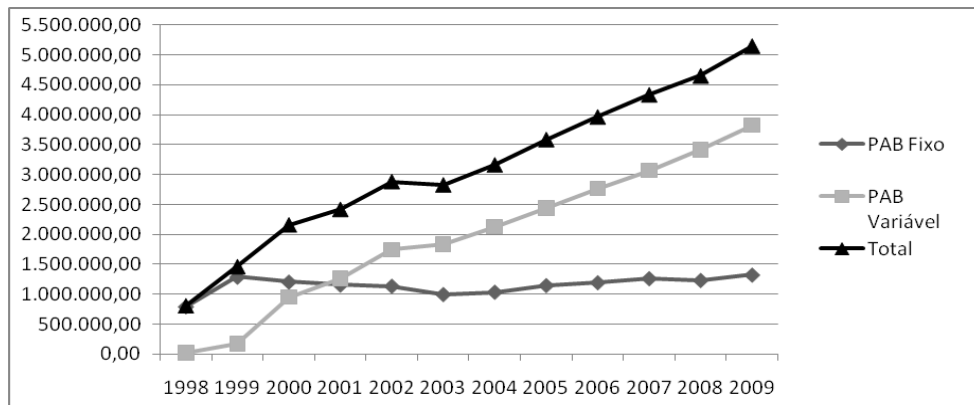
O CNPJ vinculado ao fundo era o mesmo da Prefeitura Municipal de Três Rios até 2010, quando foi inscrito CNPJ próprio. Mesmo com a desvinculação do Fundo Municipal de Saúde do CNPJ da prefeitura, ainda não há autonomia, principalmente no que se refere aos processos licitatórios que são centralizados no

setor de compras da prefeitura. Isso dificulta e atrasa a compra de materiais, o que acarreta faltas frequentes de insumos para a execução das ações de saúde.

No caso de Três Rios, é importante analisar os dados referentes ao custeio da Atenção Básica, visto que a oferta de serviços municipais se restringe praticamente às ações de Atenção Básica e o município até recentemente geria apenas esses recursos, pois não havia assumido o comando sobre o conjunto do sistema de saúde.

O gráfico 3.3 apresenta a evolução das transferências federais de Atenção Básica – compostas pelo PAB fixo e PAB variável⁵ – para o município de Três Rios no período de 1998 a 2009.

Gráfico 3.3: Recursos de composição do PAB, entre 1998 e 2009, Três Rios/RJ (R\$ de 2009)



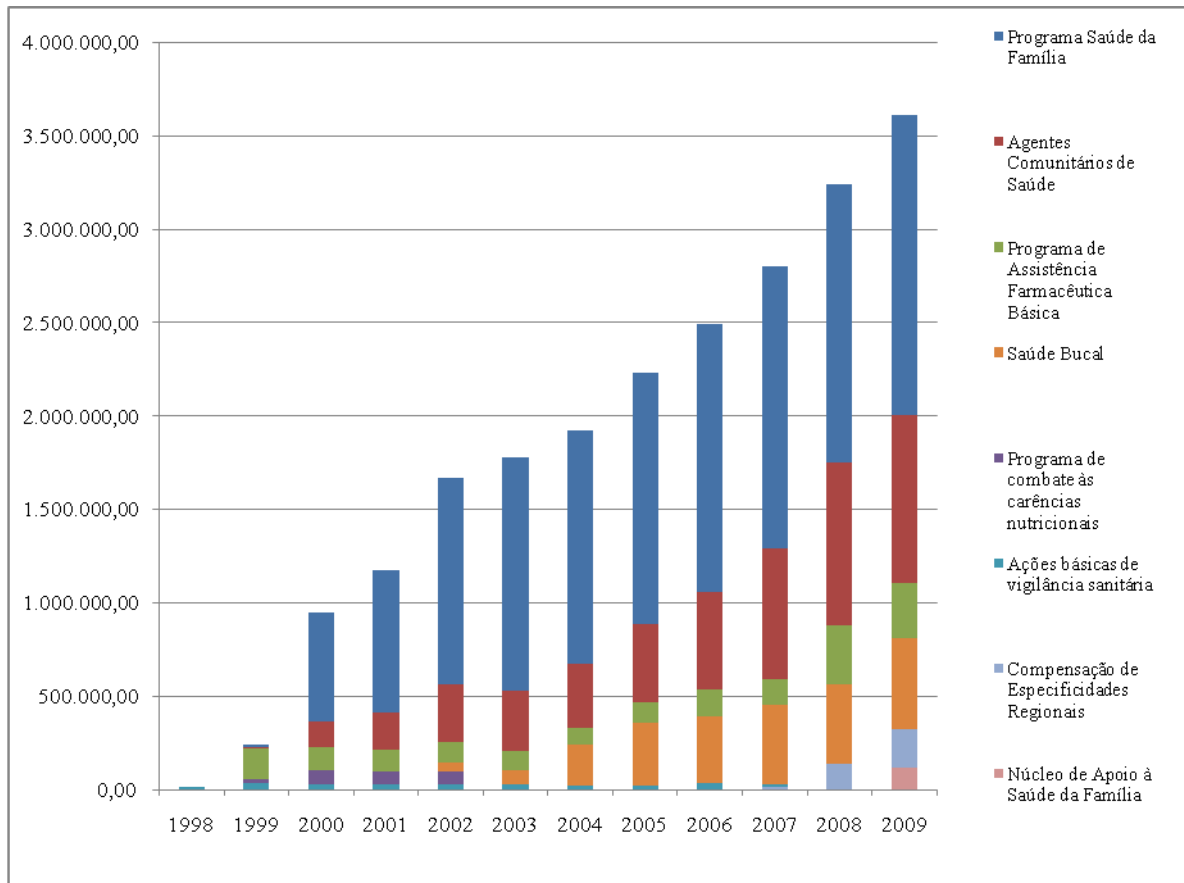
Fonte: Elaboração do autor, com base em FNS (2010)⁶

Os dados do município mostram que houve crescimento nos recursos do PAB de cerca de seis vezes entre 1998 e 2009. O maior crescimento foi em relação ao PAB variável, que teve um aumento de mais de 226 vezes, refletindo a adesão do município a programas federais. O montante do PAB fixo teve variação menor, praticamente mantendo-se constante, por ser calculado a partir de um valor per capita que só sofreu reajustes mais expressivos a partir de 2003 (gráfico 3.3).

O aumento do PAB variável se relaciona à expansão das estratégias adotadas para a organização da Atenção Básica no município, por meio de programas como: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Assistência Farmacêutica Básica, Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O gráfico 3.4 mostra como o financiamento do PAB variável cresceu como um todo durante o período, o que reforça a relevância das estratégias nacionais de indução da organização da Atenção Básica nos últimos anos.

Gráfico 3.4: Composição do PAB variável, 1998 a 2009, Três Rios/RJ (R\$ de 2009)



Fonte: Elaboração do autor, com base em FNS (2010).

Os dados indicam como o Programa de Saúde da Família tem peso maior no financiamento em relação aos outros programas da Atenção Básica, com crescimento contínuo, chegando a mais de um milhão e meio de reais em 2009. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde cresceu por englobar o pagamento aos agentes que integram as equipes de Saúde da Família, não existindo separadamente no município.

Os demais programas ganharam peso maior nos últimos anos, aumentando o escopo de ações da Atenção Básica, como no caso da Saúde Bucal, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do projeto de Compensação de Especificidades Regionais.

O município apresenta um padrão que reflete a forte indução federal de políticas atreladas a incentivos financeiros. Isso sugere também que o município aderiu aos programas criados, no sentido de aumentar os recursos da saúde e diminuir suas dificuldades locais em implementar a política de saúde.

Além dos recursos de origem federal, é importante analisar os recursos provenientes da arrecadação municipal (tabela 3.2).

Tabela 3.2: Despesas de saúde com recursos próprios de arrecadação municipal, 2005-2009, Três Rios/RJ (R\$ de 2009)

Ano	Despesas de Atenção Básica (R\$)	Despesas totais (R\$)	% Atenção Básica/ total (%)
2005	427.463,70	5.190.621,27	8
2006	1.046.192,28	5.887.904,64	18
2007	978.200,07	5.803.303,53	17
2008	2.176.804,32	6.250.207,72	35
2009	3.251.010,00	7.818.537,15	42

Fonte: Elaboração do autor, com base em Fundo Municipal de Saúde (2010).

Até 2007 os recursos municipais destinados ao financiamento da Atenção Básica eram poucos se comparados ao total destinado à saúde, o que pode indicar que esta não era uma área prioritária no período. Já em 2008 e 2009, o montante de recursos utilizados para custeio da Atenção Básica aumenta mais que duas vezes em relação aos anos anteriores. Isso pode sugerir que a Atenção Básica passou a ser uma área mais valorizada pela gestão do município a partir de 2008. No ano de 2009, o montante de recursos municipais para a Atenção Básica (R\$3.251.010,00) alcançou 42% das despesas municipais de recursos próprios com saúde (R\$7.818.537,15) e representou cerca de 63% de recursos do PAB total destinados ao município (R\$5.147.730,58).

O financiamento da Atenção Básica do município indica forte indução federal com a instituição de vários programas e estratégias. No âmbito municipal, houve aumento do aporte de recursos destinados à saúde que foram investidos na Atenção Básica, o que pode sugerir que esta vem se tornando uma área importante para gestão local.

4 A POLÍTICA E A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM TRÊS RIOS

4.1 CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL RECENTE (2009-2010)

A condução da política de Atenção Básica no município sofreu modificações influenciadas pela mudança de governo municipal ocorrida no ano de 2009.

Destaca-se que, na visão dos entrevistados, o sistema de saúde local não se encontrava organizado e que a Atenção Básica não estava efetivamente implementada, pois não tinha as ações e programas desenvolvidos na lógica proposta pela Estratégia de Saúde da Família.

Após a transição da gestão, o sistema de saúde local sofreu mudanças em sua organização. Os entrevistados citaram que foi construído um plano em resposta às determinações estabelecidas pelo Ministério Público, assim que a nova equipe assumiu a gestão da secretaria municipal. Entre essas determinações, havia a elaboração da programação anual em saúde para o ano de 2009, que contemplou como um eixo o fortalecimento da Atenção Básica, por meio de metas como: melhorar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, aumentar o número de exames de prevenção do câncer de colo uterino, melhorar a cobertura vacinal, aumentar o número de consultas pré-natal, disponibilizar medicamentos da farmácia básica, expandir a Estratégia de Saúde da Família, melhorar o acesso aos exames e procedimentos da Atenção Básica e capacitar as equipes de Saúde da Família e saúde bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2009).

É importante também destacar as iniciativas de reorganização e fortalecimento da Atenção Básica ocorridas nesse período, expressas em alguns documentos como a Programação Anual em Saúde 2009 (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2009) e o Relatório da Atenção Básica⁷.

Essa reorganização da Atenção Básica é citada por vários entrevistados, de todos os grupos, como uma das principais mudanças ocorridas na política de saúde municipal. Com a mudança de governo, houve maiores investimentos na atenção básica, tanto na visão dos gestores como dos enfermeiros entrevistados que atuam nas unidades.

Uma área que mereceu destaque no período recente 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 em anos anteriores.

A partir das entrevistas, é possível compreender que o acesso a medicamentos era um problema em anos anteriores, até mesmo de medicamentos da farmácia básica. Isso sugere a insuficiência de recursos e de organização do setor e da Atenção Básica. De acordo com os entrevistados, a reorganização da assistência farmacêutica envolveu a transferência de parte da dispensação dos medicamentos para as unidades de saúde da família, melhorando o acesso na Atenção Básica.

Entre as medidas citadas, destaca-se a instituição da Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica⁸, 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 (REMUME)⁹ e o estabelecimento de regras para prescrição, dispensação e consumo de medicamentos¹⁰. Em 2009 foi realizado um seminário para a apresentação da nova REMUME e das normas para prescrição e dispensação para todos os profissionais prescritores da rede municipal. 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.

A melhoria na assistência farmacêutica se refletiu nos dados sobre demandas judiciais de medicamentos, que apresentaram queda entre 2008 e 2009, conforme tabela 4.1.

Tabela 4.1: 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
Maio	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: Elaboração do autor, com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios

Os dados mostram a queda de cerca de 97% na demanda judicial por medicamentos de 2008 para 2009, sendo que em 2010 não havia nenhum caso até julho. Segundo informações oficiais, esse resultado teria sido possível devido à reorganização da Política de Assistência Farmacêutica por meio de várias ações que possibilitaram o atendimento das necessidades da população do município e a diminuição da intervenção do poder Judiciário¹¹.

4.2 CONFIGURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO ATUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica do município de Três Rios é desenvolvida principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família, que possui cobertura de 77% da população¹ com 21 Unidades de Saúde da Família e seis subunidades que contam com Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal.

Atualmente o município possui as seguintes Unidades de Saúde da Família, segundo o CNES/DATASUS (2009):

- ✓ 21 Unidades de Saúde da Família: Ponto Azul, Bemposta, Werneck Marine, Cantagalo, Pilões, Morada do Sol, Ponte das Garças, Boa União, Purys, Cidade Nova, Monte Castelo, JK, Palmital, Moura Brasil, Triângulo, Mãe Preta, Portão Vermelho, Cariri, Santa Terezinha, Caixa D' água e Pátio da Estação.

- ✓ seis subunidades: Itajoana, Córrego Sujo e Grama (USF Bemposta), Habitat (USF Werneck Marine), Hermogênio Silva (USF Moura Brasil) e Rua Direita (USF Cariri).

Todas as unidades possuem uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Os gerentes das unidades são os enfermeiros. O número de agentes comunitários de saúde é variável entre as equipes, havendo ao todo 124 agentes comunitários na Estratégia de Saúde da Família.

As Policlínicas Walter Gomes Francklin e Helvio Tinoco são unidades mistas que realizam atendimentos de atenção básica da população não cadastrada na Estratégia de Saúde da Família, nas áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia. Tais policlínicas também realizam atendimentos especializados e pronto-atendimento. A policlínica Walter Gomes Francklin oferece as seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, cirurgia geral, gastroenterologia, neurologia, reumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, angiologia, alergologia e nutrição. Já a policlínica Hélvio Tinoco dispõe de: angiologia, cardiologia, dermatologia, geriatria, ginecologia, ortopedia, além de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010b).

Ressalte-se que o volume de atendimentos médicos nas especialidades básicas¹² é expressivo no município, em relação ao atendimento das demais especialidades. As consultas da Atenção Básica representam 80% do total de consultas, o que sugere a importância desse nível de atenção no sistema de saúde. (tabela 4.2).

Tabela 4.2: Consultas médicas das especialidades básicas e demais especialidades, Três Rios, 2010.

<i>Tipo de consultas médicas</i>	<i>Nº de consultas médicas</i>	<i>%</i>
Especialidades básicas	98.100	80
Demais especialidades	24.577	20
Total	122.677	100

Fonte: Elaboração do autor, com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde¹³

Uma das principais ações de atenção à saúde da mulher é a realização de exame preventivo do câncer de colo do útero, também realizada no âmbito das

unidades de Saúde da Família do município. Na tabela 4.3 são apresentados os dados referentes a esse tipo de atendimento.

Tabela 4.3: Número de exames preventivos por unidade, Três Rios, jan – dez 2010

<i>Unidade</i>	<i>Nº de exames</i>	<i>Unidade</i>	<i>Nº de exames</i>
Saúde da Mulher (PWGF)	655	Caixa D'água	150
Mãe Preta	364	Cariri / Rua Direita	148
Palmital	298	Cidade Nova	143
Boa União	250	Purys	139
Werneck Marine/Habitat	206	Ponto Azul	118
Policlínica Helvio Tinoco	189	Triângulo	109
Morada do Sol	180	Pátio da Estação	103
Monte Castelo	178	Ponte das Garças	103
Cantagalo	176	Pilões	101
Santa Terezinha	169	Portão Vermelho	97
Bemposta	157	Moura Brasil	89
JK	156		
Total			4.278

Fonte: Elaboração do autor, com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde

Observou-se que, no ano de 2010, 80% dos exames preventivos de câncer do colo de útero foram realizados em unidades de Saúde da Família. É possível sugerir que a população fora de área de abrangência da ESF tenha sido atendida na Saúde da Mulher (na Policlínica Walter Gomes Francklin) e na Policlínica Helvio Tinoco, reafirmando as policlínicas como referência para a população não atendida pela ESF e para atendimento especializado. A cobertura dos exames preventivos de câncer de colo de útero foi de 47% da população feminina de 25 a 59 anos do município, o que é próximo do parâmetro esperado de realização de exame em 50% das mulheres dessa faixa etária a cada ano (BRASIL, 2006b).

No serviço de Saúde da Criança também são realizadas as vacinas do calendário básico. Apresenta-se na tabela 4.4 um comparativo entre todas as unidades do município que realizam tal procedimento.

Tabela 4.4: Número de vacinas aplicadas por unidade, Três Rios, jan – out 2010

<i>Unidade</i>	<i>Nº de vacinas</i>
Policlínica Walter Gomes Francklin	22.435
Policlínica Helvio Tinoco	1.838
Werneck Marine/Habitat	584
Boa União	451
Cantagalo	442
Pilões	395
Mãe Preta	379
Cidade Nova	356
Purys	253
Bemposta	205
Ponto Azul	188
Monte Castelo	144
Ponte das Garças	118
Morada do Sol	64
Triângulo	15
Total	27.868

Fonte: Elaboração do autor, com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde

Observa-se que o procedimento de vacinação é realizado de forma bastante centralizada nas duas policlínicas, com mais de 80% dos procedimentos na Policlínica Walter Gomes Francklin. Apenas 13% do total de vacinas foram aplicadas em 12 Unidades de Saúde da Família e nove unidades não fizeram nenhuma aplicação, o que sugere baixa resolutividade em relação ao atendimento infantil na Estratégia de Saúde da Família. A vacina deveria ser realizada nas unidades, visto que é um procedimento fundamental para a garantia de acompanhamento adequado das crianças. Talvez isso possa ser explicado pela tradição das policlínicas em fazer esse tipo de procedimento e por problemas de estrutura das Unidades de Saúde da Família, como no caso da rede de frios para armazenagem dos imunobiológicos. Os dados apresentam discrepâncias em relação a outras fontes, pois tanto nos documentos como nas entrevistas foi relatado que houve recentemente transferência da responsabilidade de realização desse procedimento das policlínicas para as USF a partir de 2009.

Em síntese, a Atenção Básica do município está configurada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, mas apresenta também as policlínicas como importantes unidades de atendimento básico à população, sendo a única oferta de serviços para as famílias que estão fora de área de abrangência da ESF. A análise do atendimento por unidades permite identificar diferenças que podem refletir a

necessidade da população atendida ou fatores relacionados à localização e dinâmica de funcionamento das unidades. Identifica-se como dificuldade que algumas ações típicas da Atenção Básica – como as imunizações – ainda são ofertadas de forma bastante centralizada nas policlínicas, sugerindo limites de resolutividade das unidades de Saúde da Família e tradição de atuação das policlínicas.

4.3 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em relação à estrutura das Unidades de Saúde da Família, de acordo com o levantamento feito em 20 unidades por solicitação da Promotoria do município ⁷³, a maior parte está situada em imóvel alugado ou imóvel cedido por ente não governamental ou órgão público. Somente 30% das unidades funcionam em imóveis próprios do Poder Público Municipal, e 15% funcionam anexas às policlínicas.

Em relação aos ambientes que compunham as unidades, todas possuíam consultório médico, consultório odontológico e sanitário para os funcionários e 95% tinham sala de espera, sala de curativo e farmácia. Porém, seis não tinham consultório de enfermagem, quatro não tinham sala de vacina e oito não possuíam sanitário para o usuário. Apenas três unidades possuíam central de esterilização de material e uma com expurgo. Em algumas unidades faltavam ambientes utilizados pela equipe de enfermagem, como sala de curativo, consultório de enfermagem e, principalmente, sala de procedimentos. Quatro unidades não possuíam sala de vacina, o que vai ao encontro dos dados de produção, que mostraram que as Unidades de Saúde da Família realizam pouco esse procedimento, sugerindo que uma das causas é a falta de estrutura das unidades.

Esses dados mostram que nenhuma Unidade de Saúde da Família do município está adequada ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), pois as unidades de Três Rios não possuem todos os ambientes mínimos recomendados.

A partir da visita a sete unidades¹⁴ notou-se que várias delas apresentavam estrutura bastante precária. Muitos ambientes não existiam e outros eram montados com divisórias, havendo espaços reduzidos e/ou mal distribuídos. Algumas

atividades distintas funcionavam na mesma sala (por exemplo, farmácia dentro da sala de enfermagem) ou não havia corredor entre as salas, dificultando o acesso.

A estrutura das unidades alugadas ou cedidas era precária e não possibilitava a realização adequada das atividades das equipes. Em uma unidade alugada que foi visitada, a sala de enfermagem tinha área muito pequena, cabendo apenas um armário e uma mesa com cadeira. Com isso, o atendimento de enfermagem dependia da disponibilidade do consultório médico, reduzindo a capacidade de atendimento da equipe.

Uma das causas para as más condições de infraestrutura das Unidades de Saúde da Família pode ser o planejamento inadequado para a implantação das equipes, que foram alocadas em imóveis inadequados e sem condições para desenvolver ações de saúde. Isso sugere que a forma de implantação das equipes de Saúde da Família pode ter apresentado limitações, pois não previu a construção de unidades com estrutura mínima para as atividades que seriam realizadas.

Os critérios para implantação das equipes de Saúde da Família são baseados no envio de dados de produção e cadastramento dos profissionais, não se exigindo a existência de estrutura física adequada. O Ministério da Saúde estabelece na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) 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 documento (BRASIL, 2008) que define que ambientes deveriam compor uma USF. Além disso, o incentivo federal de implantação pode não ser suficiente para a construção ou adequação física das unidades e a função de fiscalização da estrutura de tais unidades não está contemplada entre as competências dos níveis de governo (BRASIL, 2006a) na Atenção Básica. Questiona-se qual a qualidade da expansão da Estratégia de Saúde da Família induzida pelo nível federal, já que não subsidia formas adequadas de implantação das equipes e nem provimento de infraestrutura.

Além da falta de ambientes mínimos nas unidades, a partir da observação direta, foi possível avaliar que a estrutura física da maior parte delas era precária. A infraestrutura não estava adequada, com problemas de infiltração em vários

ambientes, parte elétrica danificada, ventilação e iluminação insuficientes. Isso sugere que a Atenção Básica não recebeu investimentos adequados em estrutura e que não tem sido feita manutenção preventiva.

Quanto aos equipamentos existentes, segundo o levantamento feito entregue à Promotoria (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010b), a maioria estava bem estruturada. Algumas unidades apresentaram falta de equipamentos. O levantamento mostrou ainda má distribuição de equipamentos entre as unidades.

Conforme o levantamento que foi realizado, não havia problemas sérios em relação à existência dos equipamentos. Porém, a visita da pesquisadora às unidades permitiu observar que as condições de conservação destes equipamentos não eram adequadas. Das sete unidades visitadas, seis estavam com equipamentos e mobiliário antigo e sem manutenção. Os móveis, em sua maioria, estavam quebrados e enferrujados, muitos equipamentos não funcionavam ou estavam obsoletos. As cadeiras odontológicas eram antigas e funcionavam precariamente. Essa constatação mais uma vez sugere investimentos insuficientes na Atenção Básica.

A partir dessas informações, é possível sugerir que a Estratégia de Saúde da Família do município não apresenta infraestrutura adequada. 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 (BRASIL, 2006a).

Existem várias formas de se organizar o trabalho de uma equipe de saúde na atenção básica que possibilitem uma boa abordagem 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 (PINTO & COELHO, 2008).

A pesquisa identificou que algumas equipes dão maior ênfase ao trabalho programado e outras à demanda espontânea, típica de ações de pronto-atendimento. Colocar as ações programáticas em contraposição à atenção às urgências é um falso dilema muito comum nas Equipes de Saúde da Família. A equipe deve dedicar-se ao que é programado assim como ter disponibilidade para atender ao que não foi programado. Uma equipe deve desenvolver tanto atividades

individuais, quanto as coletivas, pois os resultados de uma se refletem na outra (PINTO & COELHO, 2008).

As atividades de educação em saúde também foram citadas nas entrevistas, principalmente a realização de grupos, palestras e salas de espera. Alguns entrevistados afirmaram que iniciaram há pouco tempo ações de educação em saúde. Outra importante atividade educativa citada foram as palestras e grupos realizados nas escolas para atender demandas que a própria escola solicita, para atuar junto às crianças e adolescentes que podem não estar inseridos no atendimento da unidade.

As atividades de educação em saúde e intersetoriais constituem importantes elementos do modelo adotado pela Estratégia de Saúde da Família. A Equipe de Saúde da Família deve, além de conhecer as famílias de sua área de abrangência e identificar os problemas de saúde e as situações de risco, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008; CAMPOS *et al*, 2007).

Porém, mesmo diante da importância da realização de ações intersetoriais e de promoção da saúde, um problema identificado nas entrevistas foi a visão que as enfermeiras têm da resistência da comunidade diante dessas atividades. Isso pode sugerir que o modelo de atenção ainda é centrado na medicalização, como tradicionalmente desenvolvido no município. A mudança no modelo de atendimento deve partir da equipe, com uma nova forma de abordagem aos problemas que a comunidade apresenta. Essa resistência pode refletir o perfil das atividades realizadas pela própria equipe, que apresenta como ações centrais o atendimento médico curativo.

Implantar unidades de Saúde da Família não significa per si mudar o modelo de atenção, é uma modificação gradual dos processos de trabalho que parte da qualificação profissional. Para atingir a capacidade de resolver problemas de saúde, a Atenção Básica em Saúde deverá ordenar-se de acordo com algumas diretrizes, entre elas uma reformulação do saber e prática tradicional em saúde, por meio da ampliação do saber clínico com a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos e de consensos clínicos (CAMPOS *et al*, 2007).

Freqüentemente a ABS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. É necessária uma abordagem

ampliada, baseada em considerar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, assim como o envolvimento do usuário tanto na gestão do sistema, quanto na construção de sua saúde (CAMPOS *et al*, 2007).

Atrelada a essa discussão, levanta-se outro problema que é o perfil dos médicos que, em sua maioria, são especialistas que trabalham nas Unidades de Saúde da Família. Isso na verdade se relaciona a questões mais amplas e complexas, como limitações no âmbito da formação médica no país, que não tem respondido à necessidade de profissionais com perfil adequado para atuar na Estratégia de Saúde da Família.

Um dos problemas enfrentados pela gestão é a falta de uma política adequada de recursos humanos, principalmente na Atenção Básica. As equipes encontram-se desmotivadas devido a fatores como: precariedade do vínculo empregatício, baixos salários, descontinuidades na gestão e limitada valorização da Atenção Básica.

Os profissionais das equipes de Saúde da Família do município foram contratados temporariamente¹⁵ por tempo determinado de 40 meses. Esse tipo de vínculo é permitido por lei, porém pode prejudicar a qualidade do trabalho e formação de laços com a comunidade, características da Atenção Básica que se relacionam com a longitudinalidade do cuidado apontada como um importante atributo por Starfield (2004). Já os agentes comunitários de saúde possuem vínculo por carteira assinada, o que sugere maior estabilidade profissional e continuidade do trabalho com a comunidade.

A justificativa para a celebração de contrato por tempo determinado baseia-se em considerar o PSF um programa temporário, que pode ser interrompido pelo governo federal a qualquer momento.

Não há justificativa para a contratação precária dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, pois a Atenção Básica é responsabilidade da gestão municipal, independente da estratégia ou programa adotado. Além disso, a ESF está implantada no município desde 2000, são dez anos de consolidação das ações de Atenção Básica no âmbito municipal.

A carga horária semanal dos profissionais de ESF é de 40 horas para todos os profissionais das equipes. Porém, foi apontado nas entrevistas que os médicos não cumprem a carga horária, possuem um dia de folga por semana e nos dias que comparecem na unidade ficam algumas horas pela manhã e à tarde.

Esse é um problema para o atendimento da Estratégia de Saúde da Família do município, uma vez que o profissional médico não participa de todas as atividades realizadas pela equipe, apenas atende a demanda por consultas e faz algumas visitas domiciliares. Além disso, a ausência de um profissional na equipe pode prejudicar o atendimento da Atenção Básica. Isso porque, se o paciente não conseguir atendimento na unidade, recorrerá a alternativas como a Unidade de Pronto Atendimento, o que pode prejudicar a credibilidade da ESF, principalmente em um município fortemente centrado no atendimento médico. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) é função da Secretaria Municipal de Saúde assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde.

Segundo os entrevistados, o planejamento das ações é construído a partir de reuniões mensais de equipe para programação das atividades, que geralmente busca atender demandas identificadas no acompanhamento das famílias realizado pelos agentes comunitários de saúde e/ou registradas por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica.

Um problema que foi unânime entre os entrevistados é a falta de participação do médico no planejamento das ações da equipe. Participam das reuniões de planejamento toda a equipe de Saúde da Família, menos o médico, o que pode prejudicar ainda mais a inserção desse profissional no trabalho da equipe e na participação das rotinas e atividades da unidade. Isso pode ser um empecilho para a melhoria da qualidade das ações realizadas pela equipe. Nestas condições, o profissional médico pode não ser considerado integrante efetivo da equipe multiprofissional, que é um dos pilares da Estratégia de Saúde da Família.

As informações que foram apresentadas permitem concluir que existem problemas de estrutura e funcionamento das unidades que, em sua maioria, apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições. Isso pode prejudicar o trabalho mais efetivo e de qualidade das equipes de Saúde da Família, pois as condições de trabalho precisam ser adequadas. Porém, foi identificado que há um movimento da gestão atual em melhorar as condições das Unidades de Saúde da Família.

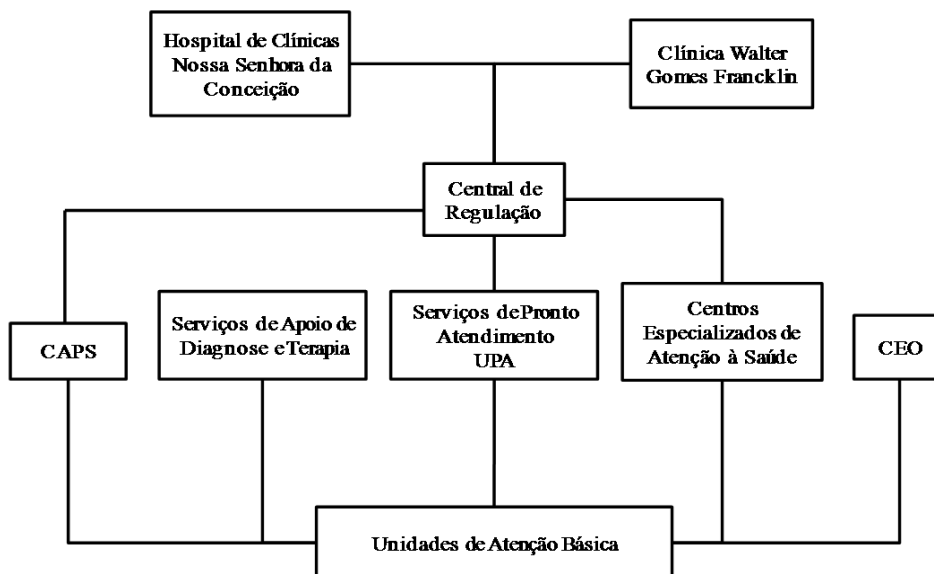
A Estratégia de Saúde da Família apresenta ainda algumas dificuldades em relação às condições de inserção e remuneração dos trabalhadores, como contratos

temporários e baixos salários. Também foram identificados problemas relativos ao horário de atendimento, à organização do trabalho, à dinâmica das equipes e à inserção dos profissionais médicos, que podem prejudicar o acesso das pessoas e a qualidade do cuidado.

4.4 ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS 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 (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010a). O fluxo proposto de atendimento dos pacientes é apresentado na figura 4.1.

Figura 4.1: Fluxo de atendimento dos pacientes nos serviços de saúde, Três Rios, 2010.



Fonte: Prefeitura Municipal de Três Rios (2010a).

As unidades de atenção básica – unidades de Saúde da Família ou policlínicas - fazem o primeiro atendimento dos pacientes e referenciam para os serviços especializados sempre que 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.

Nos casos em que as Unidades de Saúde da Família são a porta de entrada, após o atendimento os pacientes são encaminhados, quando há necessidade, para os serviços especializados. Os encaminhamentos são enviados para a coordenação da Estratégia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde que agenda o atendimento e repassa para as USF. As equipes de saúde da família informam ao paciente a data e horário agendado para as consultas especializadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010a).

Os gestores entrevistados afirmaram que a Atenção Básica está integrada aos demais serviços municipais, que as Unidades de Saúde da Família fazem a captação inicial e quando necessário fazem o direcionamento a outros serviços, como as policlínicas, onde são realizadas as consultas especializadas.

A maior dificuldade apontada na relação com outros setores da secretaria é em relação às informações sobre o atendimento ao paciente encaminhado. Muitas vezes não há retorno de diagnóstico ou tratamento indicado ao usuário para que as equipes de Saúde da Família possam fazer o seguimento do paciente e a continuidade do cuidado.

Existe um mapa com as vagas para consultas de cada especialidade que são reservadas para as Unidades de Saúde da Família. De acordo com a cota mensal de especialistas, é calculado o número de atendimentos mensais de cada especialidade, que é enviado às unidades para preenchimento pela enfermeira, conforme a necessidade dos pacientes.

As consultas especializadas são solicitadas pelos médicos da Atenção Básica por meio de uma ficha de referência e contra-referência na qual o profissional informa dados de identificação do paciente e a evolução clínica. Existe um campo de contra-referência nesta ficha em que o médico especialista deve descrever a avaliação e a conduta para retorno dessas informações ao profissional solicitante.

O preenchimento da ficha de contra-referência é importante para assegurar o seguimento do paciente e a continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família. Os gerentes das unidades informaram que muitas vezes não há retorno do médico especialista e que geralmente é o paciente que informa como será a conduta e tratamento. É por meio da ficha de referência que o parecer do especialista deveria ser enviado ao médico que solicitou a avaliação, para que haja maior integração entre os serviços especializados e os serviços básicos.

A marcação da consulta especializada dos pacientes fora de área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família é feita por procura espontânea na recepção das policlínicas e há dificuldades de acesso, principalmente referente às consultas especializadas. Esses pacientes, muitas vezes não conseguem o encaminhamento para o atendimento especializado. Quando conseguem, tem dificuldade para marcar com o especialista, pois não há vagas específicas para esse público, já que a maior parte das consultas é reservada para as USF. Essa é uma fragilidade da organização de rede de serviços, que precisa garantir acesso a todos os pacientes, independente de serem ou não cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família.

A inauguração no município de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em 2009 trouxe algumas 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 teria o papel de garantir referência para toda a rede básica, regulando ainda as internações nos hospitais de referência da microrregião (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010a).

Houve preocupação dos gestores em estabelecer o fluxo de referência para a UPA. A organização do atendimento da UPA preconizou a integração com a Atenção Básica para que os pacientes fossem referenciados para as USF sempre que avaliados como casos simples, típicos de primeiro nível de atenção. Isso foi feito a partir de reuniões entre os gestores da UPA e da Atenção Básica, para que fosse estabelecido o fluxo dos usuários. Além disso, a coordenadora da ESF foi convidada para ser coordenadora de enfermagem da UPA, para que a experiência na Atenção Básica ajudasse na relação entre as unidades e na maior integração entre os profissionais.

O fluxo de referências que envolve a UPA no município define que os casos de urgência e emergência devem ser referenciados pelas unidades básicas para a UPA, que contra-referencia para as unidades básicas contribuindo para a continuidade do tratamento. Os pacientes atendidos diretamente na UPA considerados de baixa complexidade devem ser encaminhados para as Unidades de Saúde da Família/policlínicas para tratamento adequado. Como a UPA possui

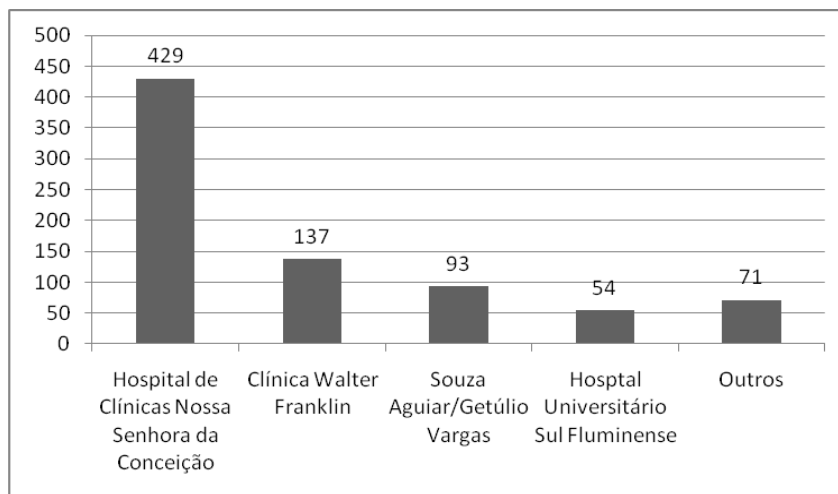
atendimento de urgência e emergência odontológica, quando há necessidade, os pacientes são referenciados para os especialistas do CEO.

As gerentes de USF entrevistadas relataram que a assistente social da UPA sempre entra em contato com as unidades quando vai encaminhar um paciente para saber quando ele pode ser atendido.

Quando há necessidade de consulta e acompanhamento com especialista, os profissionais da UPA orientam o paciente para que procure a unidade básica para que seja referenciado, de acordo com a organização municipal para consultas especializadas, conforme lógica discutida anteriormente.

A UPA também às vezes encaminha pacientes atendidos para internações de média e alta complexidade, estabelecendo a referência com os hospitais da região (gráfico 4.1).

Gráfico 4.1: Pacientes encaminhados pela UPA para internação, por unidades hospitalares, Três Rios, jan-jul, 2010.

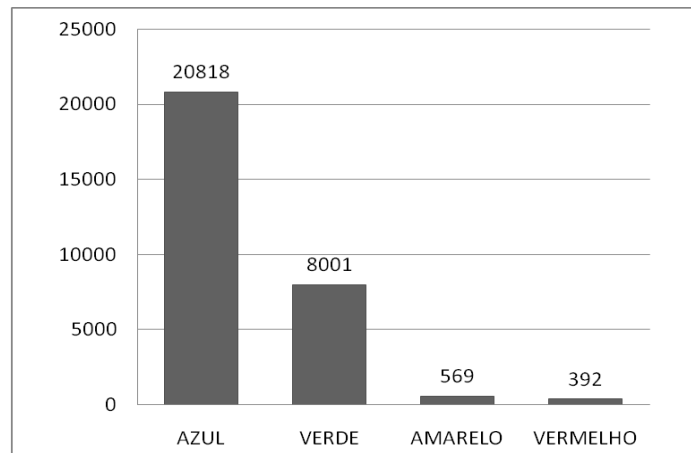


Fonte: UPA Três Rios

Dentre os 784 pacientes encaminhados para internação, 54% foram para o Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição, que é o principal prestador privado de serviços do município, contratado pela Secretaria Municipal de Saúde. A segunda unidade que mais atendeu pacientes encaminhados pela UPA foi a Clínica Walter Franklin, que também é um importante prestador que atende o sistema local. Já os hospitais Souza Aguiar, Getúlio Vargas e Hospital Universitário Sul Fluminense são referências para internações de alta complexidade, localizados em outros municípios do estado.

Segundo os entrevistados, o protocolo de classificação de riscos¹⁶ permite o atendimento oportuno dos casos mais graves e o encaminhamento dos casos mais simples para a rede básica. O número de pacientes que foram atendidos em 2010, segundo a classificação de risco, é mostrado no gráfico 4.2.

Gráfico 4.2: Número de pacientes por nível de complexidade avaliado pela classificação de risco, Três Rios, jan-jul, 2010.



Fonte: UPA Três Rios

Cerca de 70% dos casos foram classificados como risco azul, que são os pacientes que necessitam de consultas de baixa complexidade. Isso evidencia que a maior parte das demandas da UPA de Três Rios é de usuários que poderiam ser atendidos pela Atenção Básica, mostrando fragilidades na organização do sistema local, já que os pacientes têm procurado a UPA para atendimento de baixa complexidade.

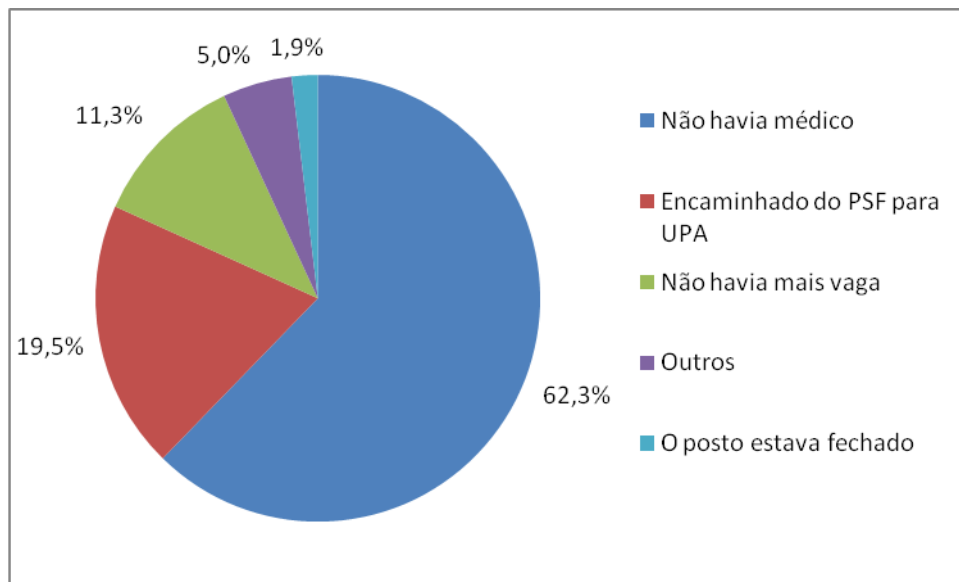
O volume total de atendimentos médicos na UPA até o mês de novembro de 2010 é próximo ao número de consultas médicas realizadas nas Unidades de Saúde da Família (76.989). Isso sugere que a UPA atende elevada demanda que a ESF não está absorvendo, já que cerca de 70% desses atendimentos da UPA são de baixa complexidade, conforme visto anteriormente, o que pode indicar problemas de resolutividade da Atenção Básica.

A inserção da UPA levanta as dificuldades da Atenção Básica, pois os pacientes que não conseguem atendimento nas unidades de Saúde da Família ou nas policlínicas procuram acesso na unidade de pronto atendimento. Além disso, pode indicar a baixa de resolutividade de unidades que estão em funcionamento, por

causa de questões como limitado horário de funcionamento, falta de profissionais e precárias condições de infraestrutura.

Para entender melhor essas causas, a coordenação da UPA fez uma pesquisa que compreendeu a aplicação de um questionário estruturado para saber os principais fatores que levaram o paciente procurar a unidade. Dos 698 pacientes entrevistados, 159 (23%) haviam procurado a Unidade de Saúde da Família e não foram atendidos. Os motivos para não atendimento pelas equipes de Saúde da Família são apresentados no gráfico 4.3.

Gráfico 4.3: Principais motivos de procura da UPA por não atendimento na ESF, Três Rios, 2010



Fonte: UPA Três Rios

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, o que demonstra que uma das maiores dificuldades da Atenção Básica do município é o não cumprimento do horário total de trabalho pelos médicos. Isso prejudica a qualidade de atendimento e a resolutividade da Atenção Básica, já que o paciente não tem acesso ao serviço sempre que necessita.

A Unidade de Pronto Atendimento possui papel limitado dentro do sistema de saúde local, pois não apresenta resolutividade adequada para o atendimento da maior parte das pessoas que a procuram. A maioria dos pacientes atendidos têm problemas de baixa complexidade e são encaminhados para acompanhamento na Atenção Básica. Os pacientes graves classificados como emergência e urgência,

após estabilização, são encaminhados para procedimentos de média e alta complexidade hospitalar, ou para outros serviços de referência. É uma unidade de alto custo com aporte tecnológico e capacidade resolutiva limitados.

Em síntese, a integração entre os serviços de saúde do município apresenta dificuldades, principalmente relacionadas a limitações dos mecanismos de coordenação e de comunicação entre os profissionais e entre os setores da secretaria de saúde. Não há instâncias formalizadas de discussão e são poucos os contatos informais, que estão mais relacionados ao perfil do profissional e à necessidade de cada caso.

O fluxo estabelecido entre a Atenção Básica e serviços especializados está bem definido no que se refere à população de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, porém o restante da população pode ter dificuldades de acesso a tais serviços. O retorno do paciente às equipes de Saúde da Família apresenta fragilidades relacionadas à falta de informações sobre o tratamento preconizado pelos especialistas, prejudicando a continuidade do cuidado.

Os dados relativos ao funcionamento da UPA também sugerem problemas da organização da Atenção Básica no município, relacionados ao alto número de pacientes de baixa complexidade atendidos e aos casos de pacientes que procuram a UPA por não terem conseguido atendimento nas unidades de Saúde da Família. Os locais mais críticos são justamente onde não há cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o que sugere necessidade de investimento na ampliação de unidades. Outro fato também a ser discutido é o papel da UPA no sistema de saúde local, visto que essa unidade apresenta baixa resolutividade dos problemas de saúde da população, em geral servindo como intermediária no encaminhamento de pacientes de baixa complexidade para a Atenção Básica e de média e alta complexidade para unidades de referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho consiste em um estudo de caso sobre a política e a configuração da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios, considerando o contexto político institucional, a configuração e organização da Atenção Básica, a

estrutura e funcionamento das Unidades de Saúde da Família e a articulação entre os serviços de saúde.

A pesquisa identificou características da política de saúde no município que refletem a configuração da política nacional, mas também algumas singularidades.

Sobressaem-se como características locais as fragilidades históricas na gestão pública municipal e a alta rotatividade dos cargos de gestão na saúde, que podem provocar interrupções e dificuldades na condução da política setorial. O município passou por mudanças recentes no governo e na gestão da saúde. Os atores entrevistados relataram suas perspectivas, o que pode se apresentar como uma limitação da pesquisa, pois estavam envolvidos nesse processo recente de mudanças.

Os serviços de saúde que compõem a rede própria municipal são relativamente restritos, compreendendo apenas as unidades de saúde da família, policlínicas, centros de atenção psicossocial e ambulatórios especializados. A rede privada é de ampla expressão no município. Isso reflete a importância do setor privado no sistema municipal de saúde, que absorve parte importante dos recursos destinados ao setor, com implicações para o modelo de atenção em saúde.

Os programas propostos pelo Ministério da Saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, tiveram como objetivo apoiar financeiramente os municípios para operacionalizar a política de atenção básica e reorientar o modelo hegemônico, voltado para atenção especializada e hospitalar (ESCOREL *et al*, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

A Atenção Básica do município segue a indução nacional de implantação de políticas como a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal, que tiveram ampliação das equipes e representaram importante montante de recursos entre os componentes do Piso da Atenção Básica variável. É marcante no caso de Três Rios que a política de saúde foi fortemente influenciada pelo nível federal, com a instituição de vários programas e estratégias por meio de transferência de recursos financeiros. A trajetória recente da Atenção Básica foi induzida por financiamento federal. Lima (2007) levanta a polêmica da prática freqüente de vinculação de recursos federais no que diz respeito à delimitação do poder da União *versus* o grau de autonomia para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a realidade local. Segundo a autora, essa prática não garantiria per si

efetividade e eficiência no gasto em saúde. O município, no período estudado, implementou políticas que tinham garantia de financiamento com recursos federais.

O município de Três Rios reflete a realidade de parte expressiva dos municípios brasileiros com despesa municipal limitada ao mínimo de 15% da arrecadação fiscal estabelecido por lei e forte dependência das transferências intergovernamentais. Porém, houve aumento do aporte de recursos municipais destinados à Atenção Básica, o que pode sugerir que essa se tornou uma área importante para a gestão local.

A condução da política de Atenção Básica no município sofreu modificações a partir da mudança de gestão ocorrida no ano de 2009, com reorganização do sistema local e modificações que foram influenciadas pela política federal e por determinações do Poder Judiciário e do Ministério Público, como no caso da assistência farmacêutica. O estudo sugere que não há tradição no município de gestão pública do SUS, e que boa parte da política de saúde sofreu indução por agentes externos, como o Ministério da Saúde, o Ministério Público e o Poder Judiciário. Essa pressão exercida por outros Poderes sobre o Executivo vai ao encontro da literatura. Pesquisas recentes discutem que o Judiciário e o Ministério Público passaram a desempenhar um papel como agentes ativos na implementação de políticas públicas e efetivação de direitos. Num reforço em tornar os direitos expressos formalmente em efetivamente exercidos pelos seus titulares, o Judiciário passou a fazer parte da formulação das políticas públicas juntamente ao Legislativo, passando a exercer controle direto nas ações do Executivo e a ter papel proeminente na efetivação de direitos. Já outras instituições, como o Ministério Público, tem tido uma atuação em prol da sociedade e não de um grupo dominante, ao considerar que o direito à saúde tem relevância social, uma vez que é universal e indistinto (ASENSI & PINHEIRO, 2010; ASENSI, 2010).

A Atenção Básica do município está configurada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, mas apresenta também as policlínicas como importantes unidades de atendimento básico que oferecem serviços à população fora de área de abrangência da ESF. Identifica-se como dificuldade que algumas ações básicas de saúde ainda são 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

apresenta divergências em relação à fala dos gestores entrevistados e aos documentos oficiais, que afirmaram que houve transferência de atribuições para as unidades de Saúde da Família.

A população residente fora da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família enfrenta dificuldades de acesso, tanto para o primeiro atendimento nas unidades de saúde da família ou policlínicas, como no acesso à rede de especialistas. Há preocupação em organizar o fluxo de pacientes acompanhados pelas equipes de saúde da família, mas negligencia-se o atendimento aos demais pacientes não adscritos. Considerando que o SUS tem como um de seus princípios a universalidade, que garante a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, é preciso pensar em formas de facilitar o atendimento de pacientes que moram em áreas não atendidas pela ESF, que somam cerca de 30% da população.

A integração dos serviços de saúde do município apresenta dificuldades, principalmente relacionadas a fragilidades dos mecanismos de coordenação entre serviços e de comunicação entre os profissionais dos serviços, tanto da rede municipal, como nas relações com o setor privado. Não há instâncias formalizadas de discussão e são poucos os contatos informais, que estão mais relacionados ao perfil do profissional e à necessidade de cada caso.

O fluxo estabelecido entre a Atenção Básica e os serviços especializados está formalmente bem definido no que se refere à Estratégia de Saúde da Família. Os pacientes são encaminhados após avaliação para os especialistas e as unidades de saúde da família têm suas vagas para cada especialidade garantidas. Porém, o retorno do paciente apresenta fragilidades relacionadas à escassez de informações sobre o tratamento indicado pelos especialistas. Isso dificulta a continuidade do cuidado às pessoas pela equipe de saúde da família, que não recebe as informações necessárias para proceder com o acompanhamento.

O processo de implantação da Unidade de Pronto Atendimento-UPA envolveu iniciativas de integração entre as unidades, já que antes da inauguração foram realizadas reuniões com os diversos setores da secretaria municipal de saúde para estabelecer fluxos e protocolos de atendimento.

O funcionamento da UPA expressa problemas da Atenção Básica, pois muitos pacientes atendidos no período analisado foram classificados como de baixa complexidade, com queixas que poderiam ser atendidas nas unidades de saúde da família ou policlínicas. Ao analisar a origem dos pacientes atendidos na UPA, notou-

se que foram provenientes, principalmente, de localidades onde não há cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Porém, houve um número razoável de pessoas que procuram a UPA por não terem conseguido atendimento nas unidades de atenção básica.

Outro fato também levantado é o papel da UPA no sistema de saúde local, que tem atuado como intermediária de encaminhamentos de pacientes com problemas de baixa complexidade para a Atenção Básica, e de média e alta complexidade para unidades de referência. A UPA apresenta 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. Questiona-se que é uma unidade de alto custo operacional e elevado volume de atendimentos, porém com baixa resolutividade.

Um dos problemas mais importantes levantados é a estrutura das unidades de saúde da família que, em sua maioria, apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições de uso. Isso pode prejudicar o trabalho mais efetivo e de qualidade das equipes de Saúde da Família, pois não há condições de trabalho adequadas. Porém, foi identificado que há um movimento da gestão atual em melhorar as condições das Unidades de Saúde da Família, com reformas e reestruturação de algumas unidades, além da compra de equipamentos e mobiliário.

A Estratégia de Saúde da Família apresenta algumas dificuldades em relação à organização do trabalho e do atendimento das equipes. Há um conflito entre o atendimento programado e por livre demanda, algumas unidades priorizam um tipo de atendimento em detrimento do outro. Um problema também relevante foi a atuação do profissional médico, que pode causar limitações à resolutividade da atenção básica. Tais profissionais se apresentam pouco inseridos e envolvidos na equipe multiprofissional, não participam do planejamento das equipes e muitas vezes não cumprem a carga horária estabelecida. Esses problemas foram identificados tanto por parte das equipes da ESF, como na pesquisa realizada pela UPA, o que sugere dificuldades na qualidade do atendimento à população, que se refletem no sistema como um todo.

Algumas características da organização da Estratégia de Saúde da Família do município permitem questionar se há efetividade das ações, uma vez que se identifica um modelo de atenção fortemente centrado no atendimento médico

individual. O modelo de atenção tradicionalmente vigente até o momento não sofreu modificações expressivas com a implantação da política de atenção básica. Isso sugere a necessidade de qualificação profissional por meio de educação permanente das equipes de Saúde da Família e, principalmente, aponta problemas de âmbito nacional, relacionados à formação de recursos humanos para atuação na Estratégia de Saúde da Família. Segundo Campos *et al* (2008), para que a atenção básica atinja a capacidade de resolver problemas de saúde, deverá organizar-se 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. Como uma das diretrizes, apresenta-se a reformulação do saber e prática tradicional, para que haja mudança efetiva do modelo de atenção.

Em síntese, a análise da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios permitiu identificar uma série de dificuldades observadas no âmbito nacional, como forte indução de políticas de saúde pelo nível federal, problemas com a estrutura das unidades de saúde da família e perfil inadequado dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Algumas características marcantes da política e da gestão do sistema municipal de saúde identificadas foram: as fragilidades históricas na gestão pública do SUS, a forte indução da política por atores como o Ministério Público e o Poder Judiciário, a pouca valorização dos profissionais de saúde e o papel questionável da recém implantada Unidade de Pronto Atendimento.

O estudo abre questões que podem ser enfocadas em outras pesquisas sobre o município, tais como: a avaliação da atenção básica na perspectiva dos agentes comunitários de saúde e, sobretudo, dos usuários; a análise da dimensão do cuidado no sistema de saúde local; a participação e o controle social das políticas; a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde; as relações público-privadas em saúde no município; e o papel de Três Rios no processo de regionalização em saúde.

A pesquisa permitiu ainda levantar vários desafios a serem enfrentados pelos gestores e outros atores envolvidos na política de Atenção Básica em Saúde, visando a melhoria da organização do sistema, do acesso e da qualidade dos serviços no município. Entre eles, destacam-se: a instituição de instâncias

formalizadas de discussão e 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 longitudinalidade e 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 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.

Notas:

¹ No caso de Três Rios os coordenadores das Unidades de Saúde da Família são os enfermeiros das equipes.

² Os enfermeiros serão selecionados segundo critérios de distribuição territorial, produção da equipe, unidade rural ou urbana, entre outros.

³ Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02, 2002), documento que norteou a elaboração do referido Plano Diretor de Regionalização, município pólo é aquele que é referência para outros municípios em qualquer nível de atenção.

⁴ A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu em 2000 os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde oriundos das arrecadações fiscais de cada ente federado (art. 7º): [...] III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.

⁵ O Piso da Atenção Básica foi instituído como forma de financiamento da Atenção Básica pela Norma Operacional Básica (NOB 01/96, 1996). O PAB fixo é calculado pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população do município. O PAB variável representa os recursos federais destinados ao financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica.

⁶ Os valores apresentados na pesquisa foram ajustados para R\$ de dezembro de 2009, segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE.

⁷ Este relatório foi escrito como resposta ao ofício 0933/2009 (ref: IC 1213 TR CID) do Ministério Público quanto às condições da Atenção Básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010b).

⁸ Por meio da Portaria Municipal nº 319/2009.

⁹ Por meio do Decreto municipal nº 4.270 de 14 de dezembro de 2010.

¹⁰ Por meio da Portaria Municipal de nº 544/2009.

¹¹ Esse relatório foi entregue à prefeitura para prestação de contas em 2010 (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010c).

¹² Segundo instrutivo dos indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009a) consideram-se especialidades básicas: clínica geral, pediatria e ginecologia-obstetrícia.

¹³ Os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde referem-se a relatórios para informação da produção do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS. Para fins de cálculo dos atendimentos, a produção fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde contemplou até o mês de outubro de 2010. A produção total de consultas para o ano de 2010 foi estimada considerando a produção dos meses de novembro e dezembro no ano de 2009.

¹⁴ As visitas de observação direta das unidades foram realizadas em sete Unidades de Saúde da Família para avaliação das condições de estrutura das unidades (local de funcionamento, condições físicas, equipamentos e materiais disponíveis). As anotações foram feitas em diário de campo.

¹⁵ A Lei municipal nº 3412 de 26 de julho de 2010 dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária do Programa de Saúde da Família.

¹⁶ O protocolo de classificação de risco foi elaborado pela equipe da UPA baseado nas orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) e estabelece a seguinte avaliação: Vermelha: emergência, prioridade 0 - necessitam de atendimento imediato; Amarela: urgência, prioridade 1 - atendimento no máximo em 15 minutos; Verde: prioridade não urgente, prioridade 2 - atendimento em até 30 minutos; Azul: consultas de baixa complexidade, prioridade 3 - tempo pode variar até 3 horas de acordo com a demanda do atendimento.

REFERÊNCIAS

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde *Physis*, Rio de Janeiro, vol. 20, p. 33-35, 2010.

_____; PINHEIRO, R. *A prática do direito e o direito na prática: reflexões sobre a saúde*. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/felipe_dutra_asensi.pdf> Acesso em: 24 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde. NOAS 01/2002. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais*. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

_____. 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 – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de apoio à Descentralização *Instrutivo dos indicadores para a Pactuação unificada 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de*

atenção básica saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & rotshschild, 2008.

CNES DATASUS *Informações de saúde – rede assistencial*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376C3D0E0F359G103H011Jd3L23M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op1>> Acesso em: 04 nov. 2009.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de salud pública*, vol. 21, p. 164-176, 2007.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Demonstrativo de Despesas*. Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios, 2010.

FNS *Fundo Nacional de Saúde*. Disponível em: <www.fns.saude.gov.br> Acesso em: set. 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. *Plano Diretor de Regionalização*. Rio de Janeiro, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE cidades@*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: Jan. 2009.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 12, p. 511-522, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. *Informações de saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFrj.def>> Acesso em: 07 out. 2010.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 323-345.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Programação Anual em Saúde - Agenda Municipal de Saúde Para 2009*. Três Rios, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Três Rios, 2010a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Relatório da Atenção Básica*. Três Rios, 2010b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Avanços da Saúde*. Três Rios, 2010c.

SIOPS *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/indicamun.php?escmun=3>> Acesso em: set. 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Geral de Planejamento. *Estudo Socioeconômico 2007: Três Rios*. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social, Imprensa e Editoração, 2007.