

PRAIAVERMELHA

Estudos de Política e Teoria Social

PERIÓDICO CIENTÍFICO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ

POLÍTICAS SOCIAIS
PADRÕES, TENDÊNCIAS E DESAFIOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

REITOR

Roberto Leher

PRÓ-REITORA DE

PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Leila Rodrigues da Silva

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DIRETORA

Andréa Teixeira

VICE-DIRETORA

Sheila Backx

DIRETORA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rosana Morgado

REVISTA PRAIA VERMELHA

*(Para os membros da Equipe Editorial
pertencentes à Escola de Serviço Social
da UFRJ o vínculo institucional foi omitido)*

EDITORES

José María Gómez

José Paulo Netto

Maria de Fátima Cabral Marques Gomes

Myriam Lins de Barros

COMISSÃO EDITORIAL

Janete Luzia Leite

Rita de Cássia Cavalcante Lima

CONSELHO EDITORIAL

Adonia Antunes Prado (FE/UFRJ), Alejandra Pastorini Corleto, Alzira Mitz Bernardes Guarany, Andrea Moraes Alves, Antônio Carlos de Oliveira (PUC-Rio), Carlos Eduardo Montañó Barreto, Cecília Paiva Neto Cavalcanti, Christina Vital da Cunha (UFF), Fátima Valéria Ferreira Souza, Francisco José da Costa Alves (UFSCar), Gabriela Maria Lema Icassuriaga, Glaucia Lelis Alves Ilma Rezende Soares, Jairo Cesar Marconi Nicolau (IFCS/UFRJ), Joana Angélica Barbosa Garcia, José Maria Gomes, José Ricardo Ramalho (IFCS/UFRJ), Kátia Sento Sé Mello, Leilah Landim Assumpção, Leile Silvia Candido Teixeira, Leonilde Servolo de Medeiros (CPDA/UFRRJ), Ligia Silva Leite

(UERJ), Lilia Guimarães Pougy, Listz Vieira (PUC-Rio), Ludmila Fontenele Cavalcanti, Marcelo Macedo Corrêa e Castro (FE/UFRJ), Maria Celeste Simões Marques (NEPP-DH/UFRJ), Maria das Dores Campos Machado, Marildo Menegat, Marilea Venâncio Porfirio (NEPP-DH/UFRJ), Maristela Dal Moro, Miriam Krenzinger Guindani, Mohammed ElHajji (ECO/UFRJ), Mônica de Castro Maia Senna (ESS/UFF), Mônica Pereira dos Santos (FE/UFRJ), Murilo Peixoto da Mota (NEPP-DH/UFRJ), Myriam Moraes Lins e Barros, Patrícia Silveira de Farias, Paula Ferreira Poncioni, Pedro Cláudio Cunha Bocayuva B Cunha (NEPP-DH/UFRJ), Raimunda Magalhães da Silva (UNIFOR), Ranieri Carli de Oliveira (UFF), Ricardo Rezende, Rodrigo Silva Lima (UFF), Rosana Morgado, Rosemere Santos Maia, Rulian Emmerick (UFRRJ), Silvana Gonçalves de Paula (CPDA/UFRRJ), Sueli Bulhões da Silva (PUC-Rio), Suely Ferreira Deslandes (ENSP/FIOCRUZ), Tatiana Dahmer Pereira (UFF), Vantuil Pereira (NEPP-DH/UFRJ) e Verônica Paulino da Cruz.

EDITORES TÉCNICOS

Fábio Marinho

Márcia Rocha

Marcelo Rangel

Jessica Cirrota

PRODUÇÃO EXECUTIVA

Márcia Rocha

REVISÃO

Andréa Garcia Tippi

João Bosco Telles

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábio Marinho

Escola de Serviço Social - UFRJ
Av. Pasteur, 250/fundos (Praia Vermelha)
CEP 22.290-240 Rio de Janeiro - RJ
(21) 3873-5386
revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha

PRAIAVERMELHA

Estudos de Política e Teoria Social

PERIÓDICO CIENTÍFICO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ

v. 28 n. 1
2018
Rio de Janeiro
ISSN 1414-9184

Revista Praia Vermelha	Rio de Janeiro	v. 28	n. 1	p. 1-404	2018
------------------------	----------------	-------	------	----------	------

A Revista Praia Vermelha é uma publicação semestral do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cujo objetivo é construir um instrumento de interlocução com outros centros de pesquisa do Serviço Social e áreas afins, colocando em debate as questões atuais, particularmente aquelas relacionadas à “Questão Social” na sociedade brasileira.

As opiniões e os conceitos emitidos nos artigos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações e referências, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial.



Esta obra está licenciada sob a licença Creative Commons BY-NC-ND 4.0.
Para ver uma cópia desta licença, visite:
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR

Publicação indexada em:

IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ccn.ibict.br

Base Minerva UFRJ
minerva.ufrj.br

Portal de Periódicos da Universidade Federal do Rio de Janeiro
revistas.ufrj.br

A foto da capa é de Bharath GS - Unsplash.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Praia Vermelha: estudos de política e teoria social/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.1, n.1 (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-Graduação, 1997-

Semestral
ISSN 1414-9184

1.Serviço Social-Periódicos. 2.Teoría Social-Periódicos. 3. Política-Periódicos I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

CDD 360.5
CDU 36 (05)

PRAIAVERMELHA

O SUS e a Atenção Primária em Saúde: Estratégia Saúde da Família em Pirai/RJ

SUS and Primary Health Care: Family Health Strategy in Pirai/RJ

Vanessa Barreto Corrêa Passos

Revista Praia Vermelha

Rio de Janeiro

v. 28

n. 1

p. 175-198

2018

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar o resultado de pesquisa realizada em município de pequeno porte no Rio de Janeiro, tendo como objeto de estudo Piraí, buscando analisar as potências e limites da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito do SUS sob a tensão entre as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária e do Banco Mundial. O tipo de pesquisa utilizada para este estudo é quantitativa-qualitativa, tendo o estudo de caso como ferramenta. Para a realização desta tarefa, nos servimos de instrumentos que possibilitaram a contextualização do objeto, tais como: *grupo focal*, cujos sujeitos foram os profissionais que atuam na ESF; *observação simples*; *diário de campo* e *análise documental* através de dados estatísticos, indicadores e informações produzidas em domínio público. O material qualitativo foi trabalhado com a análise de conteúdo sob a técnica da análise temática.

PALAVRAS-CHAVE

SUS, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde, Piraí.

ABSTRACT

This article aims to present the results of a research carried out in a small town in Rio de Janeiro, Piraí, which will be the object of study. It aims to analyze the limits and the possibilities of the Family Health Strategy within the scope of SUS in small towns under the tension between the guidelines of the Sanitary Reform movement and the World Bank. The type of research used for this study is quantitative-qualitative, using the case study as a tool. In order to carry out this task, we used instruments that made it possible to contextualize the object, such as: *focus group*, whose subjects were the professionals who work at the FHS; *simple observation*; *field diary* and *documentary analysis* through statistical data, indicators and information produced in the public domain. The qualitative material was dealt with content analysis under the thematic analysis technique.

KEYWORDS

Welfare State. Social Security. Labor Force. Unemployment.

Recebido em 11.09.2017 Aprovado em 11.06.2018

INTRODUÇÃO

Desde 1988 o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde baseado no princípio do direito de cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizada de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo (PAIM ET AL, 2011).

Cabe destacar que a reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de redemocratização, a partir de um amplo movimento social que cresceu no país, em meados da década de 1970. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.

O SUS, então, insere-se em um contexto mais amplo de lutas políticas e da própria Seguridade Social – conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social. A definição do modelo de Seguridade Social no Brasil significou a formulação de uma estrutura de proteção social: abrangente, justa, equânime e democrática. Foi previsto universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, equidade na forma de participação no custeio, assim como o caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa, que fortalece Estados e municípios, com comando único das diferentes instituições públicas e privadas. Com esse modelo, intencionou-se romper com o padrão político anterior excludente e meritocrático, afirmando o compromisso com a democracia.

No entanto, é na década de 1990, período de implementação do SUS, que o Estado brasileiro passa a implantar o projeto neoliberal, o qual foi iniciado pelo governo Fernando Collor de Mello, e consolidado pela contrarreforma do Estado defendida pelo governo Fernando Henrique Cardoso, tendo como marco principal a reforma gerencial do Estado de 1995. Consolida-se assim, na segunda metade dos

anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado, este pautado na contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado caberá garantir um mínimo aos que não podem pagar, restando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores.

É neste contexto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge na década de 1990. Surge como uma proposta de mudança no modelo assistencial em saúde e tem como alvo reorganizar as unidades de saúde a fim de que estas possam se tornar resolutivas, privilegiando assim as ações preventivas e promocionais em detrimento da assistência curativa como princípio, e também visando buscar a equidade. O objetivo dessa estratégia é tanto o reflexo desses procedimentos na qualidade de vida, como a redução da demanda aos serviços de saúde da rede, principalmente da atenção hospitalar. Desta maneira, assume-se o acompanhamento de todos os casos por área de abrangência, possibilitando garantia de referência para os atendimentos que ultrapassem o nível de atuação da atenção primária.

Inicialmente rotulada como programa, através da *portaria n.º648 de 28 de março de 2006*, a proposta acima mencionada passa de uma posição de política de governo para política de Estado, uma vez que se torna uma estratégia de abrangência nacional, vindo a integrar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A ESF está incorporada na PNAB e, em seu conteúdo apresentam-se referências conceituais internacionais como a Atenção Primária em Saúde (APS).

A Atenção Primária em Saúde (APS) consiste em um conjunto de estratégias que deve orientar-se para os principais problemas de saúde da comunidade e prestar os serviços de promoção da saúde – considerada um de seus pilares fundamentais –, prevenção de doença, tratamento e reabilitação necessários para resolução daqueles problemas. Também deve orientar-se pelo princípio da intersectorialidade, exigindo esforços coordenados de todos os setores (sociais, políticos e econômicos), com destaque para a participação da comunidade na elaboração e planificação das ações de saúde. Seu marco histórico-legal se dá a partir da Conferência Internacional

de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, República do Cazaquistão. Assim, a Conferência representou a oficialização da APS em nível mundial.

Entretanto, a concepção e as práticas de saúde relativas à APS se alteram ao longo do tempo, assim como são diferentes as percepções quanto a seu escopo para distintos atores envolvidos no campo da saúde.

A implementação da APS nas Américas encontrou algumas barreiras, quais sejam: uma visão fragmentada da saúde, indiferença quanto aos determinantes do processo saúde-doença, falta de abordagens preventivas e de autocuidados, enfoque excessivo na atenção curativa e especializada, sistemas de saúde segmentados e fragmentados, falta de comprometimento político, centralização excessiva do planejamento e gestão, lideranças frágeis, falta da credibilidade ante os cidadãos, mobilização de interesses opostos à APS, participação limitada da comunidade, condições de emprego inadequadas das equipes de saúde, pouco uso de técnicas de gestão e de comunicação, cultura de abordagens curativas e biomédicas entre trabalhadores da saúde, subfinanciamento do setor, o que afetou a sua sustentabilidade financeira e política, gastos públicos concentrados em especialistas, hospitais e alta tecnologia, estratégias e prioridades específicas para as doenças, alvos limitados e muito vinculados ao tempo, que não refletem as necessidades da população, pouca continuidade das políticas de saúde, abordagens excessivamente verticais e centralizadas, custos transferidos aos cidadãos, operacionalização insuficiente de seus conceitos, logo, diferentes interpretações da atenção primária (OPAS, 2005). O conceito de APS expresso na Declaração de Alma-Ata apresentou um caráter flexível, que permitiu sua “personalização” em cada país.

Não se pode associar o fracasso ou a efetivação parcial da APS somente aos equívocos interpretativos e operacionais, mas principalmente à estreita consonância com os condicionantes impostos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial para que

os países periféricos pudessem ter acesso aos seus empréstimos. Estes deveriam adotar reformas políticas macroeconômicas inspiradas no *Consenso de Washington* e não tiveram outra opção além de se entregar aos “braços acolhedores”, porém severos, de tais organismos, que, em seu discurso, apontam para a drástica redução do tamanho e papel do Estado no âmbito das políticas sociais, mas mantêm a ênfase na diminuição da pobreza e nas conseqüências do aumento da desigualdade social, que não é considerada apenas uma ameaça à estabilidade política, mas como principal obstáculo para a competitividade internacional, numa visão economicista dos problemas sociais (NOGUEIRA, 2002).

Importante fato merece atenção, trata-se da crise mundial do capitalismo na década de 1980 e o endividamento dos países da periferia do capital, tendo seu ponto mais alto em 1982 com a Crise da Dívida, onde não estranhamente o Banco Mundial (BM) passa a ser um importante formulador da agenda para o setor saúde dos países de capitalismo periférico. Destaca-se que a interpretação de APS defendida pelo BM para os países periféricos é de “pacotes básicos de serviços”.

No Brasil, especificamente, é a partir da década de 1990 que o BM traz recomendações ao SUS no sentido de focalização das políticas públicas a grupos específicos; a partir disso, vários documentos foram produzidos pelo BM, cujo objetivo era a construção de um sistema de proteção voltado aos segmentos “visivelmente mais vulnerabilizados”.

Resumindo, a agenda proposta pelo BM para a saúde brasileira traz estímulo aos arranjos organizacionais flexíveis, às redes regionais de prestação de serviços; ênfase nos mecanismos empresariais de administração e controle; reconfiguração do sistema de pagamentos aos prestadores privados e desresponsabilização do Estado na assistência à saúde.

Este trabalho apresenta o resultado de pesquisa realizada em município de pequeno porte no Rio de Janeiro, tendo como objeto de estudo Piraí, e como objetivo analisar as potências e limites da ESF no âmbito do SUS em municípios de pequeno porte no Rio de

Janeiro, sob a tensão entre as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária e do Banco Mundial. Pretendeu-se descrever e analisar os elementos encontrados na realidade local que contribuíram de forma significativa para a implantação da ESF e realizar uma mudança no modelo de atenção à saúde, para que este venha a ter assim uma relação direta com a melhoria na qualidade dos serviços, bem como das condições sanitárias da população residente no município.

METODOLOGIA

No campo da saúde, as questões de saúde e doença, assim como da medicina e das instituições médicas, do ponto de vista marxista, precisam se fundamentar historicamente. Dito isso, este estudo foi orientado pelo método crítico-dialético a partir dos princípios da história, da contradição e da totalidade.

Os procedimentos da pesquisa se constituíram nas seguintes etapas: pesquisa/revisão bibliográfica; pesquisa na internet com o objetivo de obter dados estatísticos, indicadores e informações produzidos em domínio público, através de fontes oficiais; estudo de caso, através de pesquisa de campo, com o objetivo de aproximação com o real.

O método utilizado neste estudo foi quantitativo-qualitativo. Quantitativo com o objetivo de trazer para o estudo dados estatísticos e indicadores. Para isto, utilizamos informações e dados de fontes oficiais, no que se refere ao sistema de saúde e ESF: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como informações a respeito da organização e estruturação dos serviços, obtidas através do IBGE, Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE), bem como dados em domínio público oriundos do site da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pirajá.

Utilizamos o estudo de caso como uma ferramenta que contribui para gerar conhecimento sobre processos que já ocorreram ou estão

em curso, buscando compreender a realidade através de entrevistas, observações, usos de banco de dados e documentos. No caso deste estudo foi utilizado o *Grupo Focal*.

O *Grupo Focal* se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Estes precisam ser planejados, pois visam a obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências (MINAYO, 2008). Os grupos focais podem ter uma função complementar à observação participante e às entrevistas individuais ou, ao contrário, ser a modalidade específica de abordagem qualitativa.

Foram realizados grupos focais com os profissionais que atuam na ESF, a saber: gerentes de unidades; profissionais de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O objetivo foi perceber se os indicadores informados no SIAB e DATASUS eram de domínio dos profissionais que executam a política, realizando assim, uma comparação entre os indicadores textuais e a realidade referida pelos sujeitos da pesquisa. Nestes grupos, tratamos de assuntos relacionados a temas específicos como a presença ou não de educação permanente dos profissionais; vínculo de trabalho; articulação com outros setores e políticas; planejamento das atividades, analisando assim, se estas são organizadas em função do indivíduo e suas necessidades. Os grupos foram identificados como: *GF1*, *GF2* e *GF3*.

O material qualitativo colhido do trabalho de campo foi trabalhado com a análise de conteúdo sob a técnica da análise temática.

A técnica de análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”, segundo Minayo (1993, p. 209).

Utilizamos, ainda, a *observação simples*, *diário de campo* e *análise documental* através de dados estatísticos, indicadores e informações produzidas em domínio público.

CENÁRIO DA PESQUISA

Pirai pertence à Região do Médio Paraíba, tendo uma área total de 505,4 quilômetros quadrados, correspondentes a 8,2% da área da Região do Médio Paraíba. Segundo o IBGE, a população estimada para 2016 no município era de 28.088 habitantes.

O IDH¹ de Pirai era de 0,708 em 2010. O município está situado na faixa de desenvolvimento humano alto. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação (aumento de 0,167), seguida por longevidade e por renda.

No que se refere à saúde, Pirai iniciou a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), atingindo a cobertura de 100% da população em 2002. No entanto, na década de 80, antes da implantação do SUS, Pirai já possuía uma ampla rede de serviços de saúde, sob a responsabilidade dos governos estadual, municipal e federal, e ainda um hospital filantrópico conveniado com o INAMPS. Com esses serviços locais, o município já atendia grande parte de sua população.

Dito isso, tentaremos descrever os elementos encontrados na pesquisa de campo, ou seja, na realidade local, que contribuíram para que o referido município pudesse ser considerado uma experiência exitosa em tempos de crise do Estado, com rebatimentos diretos nas políticas sociais.

1 O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e pela Fundação João Pinheiro (de Minas Gerais), com uma série de ajustes para se adaptar à realidade brasileira. O resultado divulgado em 2013, baseado nas informações do Censo 2010, está publicado com o nome de Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Para possibilitar a comparação com os resultados do IDHM de 1991 e 2000, estes foram recalculados conforme as adaptações metodológicas introduzidas na versão atual. O IDHM varia de zero (0) a um (01) e classifica os resultados em cinco faixas de desenvolvimento: muito baixo (de 0,000 a 0,499), baixo (de 0,500 a 0,599), médio (de 0,600 a 0,699), alto (de 0,700 a 0,799) e muito alto (de 0,800 a 1,000). Portanto, quanto *mais* próximo de um, maior é o desenvolvimento humano apurado.

CENÁRIO DO TRABALHO DE CAMPO: A ESF NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ

Ao iniciarmos a pesquisa de campo deparamo-nos com um contexto político que consideramos relevante apontar, visto que este tem um peso considerável na conformação da política de saúde local.

A partir de consulta ao Tribunal Regional Eleitoral-TRE/RJ, constatamos que desde 1993, o mesmo núcleo de atores políticos e profissionais vem atuando na gestão da saúde do município, tendo como parte do projeto de governo, ao que parece, a estruturação, aprofundamento e continuidade de uma política de saúde com ações planejadas de forma participativa – em conjunto com a sociedade organizada, os gestores, os trabalhadores e a prefeitura. Dito isso, é possível reconhecer que a continuidade do governo torna possível a manutenção da política de saúde que vem sendo construída em Piraí ao longo dos anos.

Como se pode apreender, houve em Piraí uma combinação de forças políticas que favoreceram o fortalecimento da ESF: apoio do Ministério da Saúde em alocar técnicos no município, trabalhadores militantes do SUS, concursos públicos que facultaram uma trajetória de qualificação dos gestores, a participação da população no controle social da política pública e a constituição de uma atenção básica abrangente, como veremos.

Devido à continuidade e implicação de um núcleo gestor, é possível afirmarmos que existe um compromisso em manter o patamar atingido por Piraí, com 100% de sua população assistida pela ESF, havendo um grande investimento na estruturação do serviço de saúde.

Tal como dito anteriormente, na década de 80 o município já possuía uma ampla rede de serviços de saúde, mas a história é marcada também pela estruturação, desde a década de 80, de programas e serviços tais como: Saúde na Escola, Saúde Bucal, Laboratório de Patologia Clínica, Unidade de Urgência.

Logo após a criação do SUS, Piraí realizou a primeira Conferência Municipal de Saúde, em 1991, e instituiu o Conselho Municipal de Saúde, com a Lei 283/91, indicando a importância do controle social.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pirai é habilitada no regime de Gestão Plena do Sistema Municipal NOB 01/02, desde 13 de outubro de 2003. A SMS organiza-se a partir de um sistema de gestão participativo operacionalizado pelos seguintes órgãos: Conselho Municipal de Saúde, Fórum de Gerentes de Unidade, Conselhos Gestores de Unidade, Conferências Locais de Saúde, Conferência Municipal de Saúde.

ATENÇÃO BÁSICA EM PIRAI

O município conta com uma ampla rede de serviços de saúde. A atenção básica conta com 10 unidades de saúde, onde atuam 13 equipes de Saúde da Família, 13 de Saúde Bucal, nutricionistas e fisioterapeutas. Todas as unidades de Saúde realizam consultas, curativos, nebulizações, teste do pezinho, teste rápido para diagnóstico da gravidez, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, coleta descentralizada de exames laboratoriais, aplicação de medicamentos, inclusive vacinas, e possuem dispensário de medicamentos. Algumas unidades realizam eletrocardiograma e dispõem de espaço para acompanhamento de pacientes que necessitam de hidratação venosa. As unidades que não possuem esses serviços encaminham o usuário para realizá-los em Centro de Especialidade ou Unidade de Emergência, dependendo do grau de risco avaliado.

O Sistema de Regulação (SISREG) é descentralizado para todas as unidades de saúde, de modo que todas têm autonomia para agendamento de consultas especializadas e exames. Pirai conta ainda com dois Centros de Especialidades Médicas (com cardiologista, endocrinologista, gastroenterologista, pneumologista, dermatologista, ginecologista, pediatra, geriatra e clínico geral), dois Centros de Especialidades Odontológicas, um Pronto Atendimento, um Centro de Fisioterapia, um Centro de Atenção Psicossocial e um Laboratório de Patologia Clínica. O hospital administrado em parceria com a Prefeitura, Hospital Flávio Leal-HFL conta com 60 leitos (obstétricos, cirúrgicos e de clínica médica), um ambulatório de especialidades

médicas (com neurologista, ortopedista, oftalmologista, otorrinolaringologista, urologista, cirurgião geral), um centro cirúrgico, um centro de fisioterapia, um Pronto Socorro, um laboratório de patologia clínica, uma unidade transfusional e uma UTI infantil. Atualmente, o município possui também uma base do SAMU.

Desta forma podemos afirmar que a saúde no município está organizada dentro da lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde as ações e serviços encontram-se integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Neste contexto, a atenção básica é o centro de comunicação, possui um grau elevado de descentralização e se interliga aos outros pontos de atenção à saúde.

As RAS foram implementadas através da portaria nº 4.279, de 30/12/2010, que trata das diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Na estrutura organizacional das RAS estão incluídos: atenção básica (centro de comunicação), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. Ainda nesta portaria, a APS tem um lugar fundamental, pois como centro de comunicação, tem papel chave na estruturação e coordenação da RAS e do cuidado, onde o usuário e suas necessidades são o ponto de partida dos serviços de saúde.

Assim, o município apresenta bons indicadores de saúde. Entre os vários indicadores analisados no estudo, trazemos alguns para conhecimento:

1. O município apresenta boa cobertura de Imunização: Pirai obteve uma cobertura vacinal acima de 95% para todos os imunobiológicos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pactuado no município.

2. Na avaliação dos Nascidos Vivos, verifica-se que os residentes em Pirai nascem preferencialmente no próprio município, conforme tabela abaixo:

TABELA 1 Distribuição percentual dos nascidos vivos de residentes de Pirai por município (2009-2016)

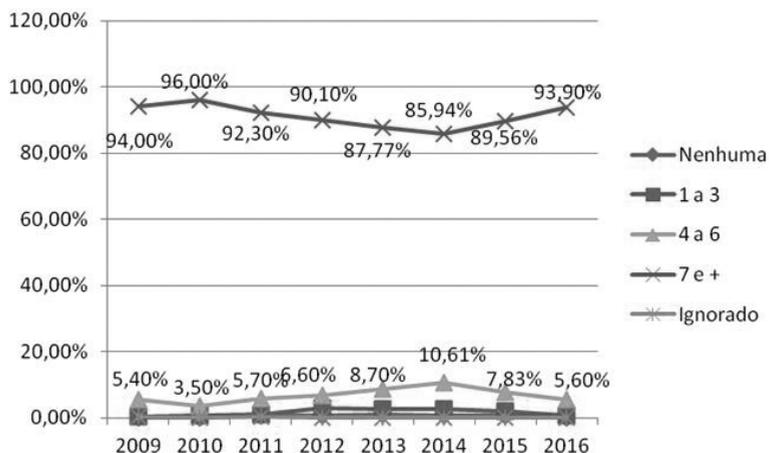
Ano do nascimento	Total de nascidos vivos	Rio de Janeiro		Barra Mansa		Vassouras		Volta Redonda		Pirai	
		Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
2009	336	3	0,9%	3	0,9%	7	2,1%	15	4,5%	304	90,5%
2010	347	4	1,2%	2	0,6%	5	1,4%	24	6,9%	303	87,3%
2011	350	4	1,1%	6	1,7%	1	0,3%	23	6,6%	308	88,0%
2012	363	1	0,3%	1	0,3%	7	1,9%	32	8,8%	312	86,0%
2013	368	4	1,1%	4	1,1%	7	1,9%	26	7,1%	321	87,2%
2014	377	4	1,1%	1	0,3%	7	1,9%	24	6,4%	335	88,9%
2015	345	1	0,3%	2	0,6%	2	0,6%	32	9,3%	304	88,1%
2016	377	0	0,0%	3	0,8%	0	0,0%	33	8,8%	321	85,1%
TOTAL 2009-2016	2863	21	0,7%	22	0,8%	36	1,3%	209	7,3%	2508	87,6%

Fonte: Relatório de gestão de Pirai (2016).

3. O número de consultas pré-natal tem sido considerado como um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) as consultas de pré-natal são realizadas pelos enfermeiros, assim como o preventivo, traço que assegura a crítica ao modelo médico centrado e partilha ações de saúde com outros profissionais. Pirai apresenta 90% das gestantes realizando 07 ou mais consultas de pré-natal.

E a gente que é enfermeira, a gente tem uma coisa assim: a gente tem que conquistar isso, né? Tudo era do médico e hoje aqui em Pirai é do enfermeiro; em poucos lugares [...] Mas eles até empurram para a gente também, tá? (GF3)

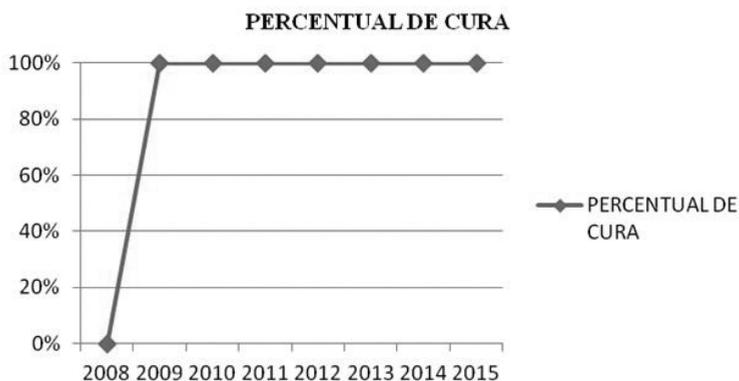
TABELA 2 Distribuição dos nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal de 2009 a 2016



Fonte: SINASC/MS

4. O controle da hanseníase: o Programa de Controle da Hanseníase é descentralizado para todas as Unidades de Saúde da Família. O município conta com o apoio do Projeto de Extensão (Des) Mancha Brasil da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, com realização periódica de matriciamento para controle e eliminação da hanseníase em Piraí.

TABELA 3 Percentual de cura de casos novos de hanseníase, de 2008 a 2015



Fonte: SINAN/MS

Importante destacar o alto grau de cura da hanseníase em Pirai (100%) como demonstrado no gráfico acima. Em nossa análise tal fato pode estar associado pelo atendimento descentralizado do Programa, o que facilita o acesso dos pacientes à unidade básica de saúde; também ao grau de cobertura da ESF no município e ainda à parceria do (Des) Mancha Brasil no matriciamento das equipes e acompanhamento de casos, o que além de qualificar a equipe para detecção e tratamento ainda tem relação direta com índice de cura e o grau de incapacidade física.

Embora Pirai apresente bons indicadores e uma rede de serviços de saúde pautada em uma atenção primária em saúde abrangente, no decorrer da realização dos grupos focais apareceram algumas questões relevantes para reflexão. Uma delas diz respeito à preocupação por parte dos profissionais com o alcance de metas.

Todo o mundo tem meta aqui. Só que é assim: a gente tem 20 minutos para cada consulta. Eles fazem assim: são dezesseis de manhã e dezesseis à tarde; tem dia que a gente tem visita familiar. A visita conta junto nessa meta; a visita e tudo o que a gente atende. A gente tem que fazer 16 visitas, não-sei-quê por mês... mas até aí ok! Mas assim, esse negócio de pôr uma quantidade de meta, se a gente não bate, a gente perde gratificação. É! 396 é o mínimo (GF3)

Eu não sei, né? No meu caso, não sei vocês. Tem mês que dá para você poder bater a sua meta sem você se apertar muito; agora tem mês que a gente tem que rebolar para poder conseguir alcançar a nossa meta. Porquê? Paciente que falta; está lá agendado, você vai, o agente de saúde liga para o paciente no dia ("Oh, a tua consulta é hoje à tarde.") ou então no dia anterior ("É amanhã de manhã") para o paciente vir. Aí isso é tipo assim: caraca, aí no tempo de um mês faltam dez, faltam nove, e você tem que ficar, sabe?, rebolando: "Caraca, e agora?" Dá aquele desespero na pessoa. A gente está num stress que você não tem noção (GF1).

Essas reflexões advindas de dois grupos focais nos chamaram muito atenção, considerando a presença de um modelo de gestão pública alinhado à cultura da gestão privada que vem sendo defendido desde a reforma administrativa de Bresser Pereira, a partir de meados da década de 1990. Se para o Ministério da Saúde, a ESF é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial da saúde, voltado para a atenção integral através da promoção e prevenção, estabelecendo a porta de entrada para o SUS, as metas de desempenho por produtividade preferencialmente pela variável consulta contribuiriam para essa reorientação?

A ESF propõe um modelo de atenção no qual o usuário deve ser visto de uma forma integral, com ênfase no contexto familiar e comunitário, facilitando o acesso dos usuários ao sistema de saúde e a extensão da cobertura na tentativa de garantir a qualidade da assistência de forma humanizada. A consulta é um instrumento adotado como estratégia de assistência a saúde, juntamente com outros elementos, como as visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, e acolhimento.

No entanto, para alcançar as metas exigidas pela gestão municipal da ESF, conclui-se que o profissional passa a maior parte de seu tempo de trabalho no consultório em detrimento das outras atividades. Assim, até que ponto a ESF tem conseguido promover mudança no modelo de atenção à saúde? Até que ponto a lógica gerencial, produtivista e focalista não estão norteadando as ações de saúde?

Para Giovanella e Mendonça (2012), o SUS no Brasil permite identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS, ou seja, APS seletiva e APS abrangente em disputa, com períodos de predomínio de uma ou outra concepção e o uso de diferentes termos para qualificá-las.

Entendemos que o cumprimento de metas é algo importante no trabalho em saúde, uma vez que por meio daquele é possível avaliar os resultados de uma política, ou seja, se esta está atingindo os objetivos propostos e se apresenta os efeitos esperados. No entanto, a reflexão crítica deve acompanhar os impactos desse modelo de

gestão por produtividade no processo de trabalho a fim de avaliar se a qualidade assistencial permanece como princípio orientador do cuidado. As metas que a equipe de Pirai está se “desdobrando” em atingir começa a se tornar também um vetor condicionante da implicação dos profissionais sobre os casos, bem como do sofrimento e da angústia para os seus trabalhadores quando a produtividade no período não está completa.

A educação permanente e a qualificação das equipes têm sido uma marca presente no município, através da realização de capacitações em nível local e da parceria com a Universidade, o que expressa uma preocupação com a qualidade dos serviços prestados à população usuária dos serviços de saúde.

Na realização do grupo focal, os profissionais destacaram o sistema de gestão participativo, que se configura através de espaços específicos para a realização de avaliações e planejamento de ações; todos os médicos da ESF se reúnem a cada dois meses, também existem as reuniões realizadas entre os enfermeiros, além das reuniões de equipe que ocorrem em cada unidade. Há uma preocupação da gestão municipal em tentar compatibilizar o atendimento à demanda.

No que se refere à admissão de pessoal, os profissionais que compõem a equipe da ESF (médicos, enfermeiros, dentistas) nunca foram concursados; a contratação era realizada através da Cruz Vermelha Brasileira ou através de contrato por tempo determinado, o que representou uma fragilidade no município, onde uma das prerrogativas da ESF é a criação de vínculos entre os profissionais e a população.

Embora a situação de médicos e enfermeiros fosse uma fragilidade do município, chamou-nos a atenção o fato de serem concursados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) partícipes do grupo focal, o que possibilita continuidade das ações de saúde em base territorial no âmbito da ESF.

Consideramos que o concurso público para a saúde previsto desde a Constituição Federal de 1988, mas solapado a partir da Reforma Administrativa de Bresser Pereira, em 1995, expressa uma resistência à ofensiva contra o trabalho dessa ordem neoliberal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Piraí apresenta em sua trajetória elementos que favoreceram a construção e desenvolvimento do atual sistema de saúde municipal, pautado em uma APS abrangente. O município possui um acúmulo de ações e serviços de saúde que data da década de 1980 e que ao longo dos anos foi sendo aprimorado, até que em 2002 se estabeleceu a ESF e, no ano seguinte, atingiu-se 100% de cobertura à população.

Elencamos alguns desses elementos que consideramos relevantes para o êxito da ESF no município.

Em primeiro lugar o acúmulo de serviços já existentes no município, ou seja, este já contava com uma rede de serviços bem distribuídos em toda a área do município, inclusive com alguns serviços ofertados de forma descentralizada, como a imunização e em seguida houve a implantação do Médico de Família e da ESF em todo o território. Desta forma não houve grandes modificações na estrutura de organização, apenas ampliação de uma rede.

Segundo fator relevante para pensar a ESF em Piraí é o núcleo de atores políticos do poder executivo municipal. Desde 1993 o mesmo núcleo vem atuando na gestão da política de saúde municipal, e pelo que foi apresentado percebe-se que não houve grandes rupturas de poder, somente um revezamento entre os cargos, ao passo que algumas pessoas permanecem nos demais cargos, governo após governo. Este fato nos permite afirmar, com relação à saúde, que esta não se apresenta como uma política de governo, mas como um projeto de Estado. Isto é fundamental para entender a legitimidade do referido grupo à frente da política municipal desde a década de 1990. No entanto, contraditoriamente, esse mesmo grupo compõe as lideranças do partido no poder Executivo estadual e federal, as quais estão contingenciando verbas para a saúde pública nas duas esferas de governo e que lideraram a aprovação da PEC 241, que congelou o teto dos gastos públicos por 20 anos, em 2016, atingindo duramente o SUS. Que impactos essa orientação política terá em Piraí deverá ser objeto de novas investigações.

Interessante observar ainda a condução técnica na SMS, ou seja, a presença de profissionais qualificados na gestão da política de saúde, o que nos sinaliza o compromisso com a gestão e com a qualidade da ESF, sobretudo quando a saúde pública é sensível aos acordos clientelistas no País e quando é uma esfera de projetos distintos de sociedade e, portanto, de cuidado em saúde.

Em terceiro lugar, a ESF está contida em um sistema de gestão participativo, no qual a SMS é organizada a partir de um sistema de gestão operacionalizado pelos seguintes órgãos: Conselho Municipal de Saúde, Fórum de Gerentes de Unidade, Conselhos Gestores de Unidade, Conferências Locais de Saúde, Conferência Municipal de Saúde. Neste sentido vemos que a política de saúde conta com a participação da sociedade organizada, gestores, trabalhadores da saúde e prefeitura, o que vem a ser uma arena de formação política e de resistência ao ataque que o SUS está sofrendo no atual momento, particularmente, a Política Nacional de Atenção Básica.

Em quarto lugar verifica-se uma preocupação da gestão em assegurar o vínculo dos profissionais através de concurso público, o que vai na contramão do que hoje tem sido estimulado por parte do próprio Estado, que são as terceirizações, contratações via OSs. Durante o processo da pesquisa o município estava envolvido com a realização de concurso para o provimento de cargos para médico e enfermeiro na ESF. A questão de firmar vínculos é um dos desafios da ESF em nível nacional e um dos pilares da estratégia no atendimento à população, pois a rotatividade dos profissionais é um fator que impossibilita a criação de vínculos entre profissionais e população.

Uma quinta observação é a educação permanente e a capacitação das equipes, que também têm sido uma preocupação do município. No decorrer do grupo focal foi possível constatar que ao longo do tempo de trabalho na estratégia, os profissionais realizaram várias capacitações em nível local, organizadas pela gestão municipal da estratégia, através do matriciamento em saúde mental e dermatologia, em parceria com a Universidade. Tal fato vem de encontro ao que ocorre na ESF de forma geral, no que se refere ao problema da

formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na saúde da família, seja por problemas na educação profissional, seja pelo déficit na educação permanente, como sinaliza Fertoni et al.(2014), como alguns dos desafios da ESF.

Neste contexto, também foi realizada neste estudo pesquisa bibliográfica, cujo intuito foi verificar se o município tem gerado interesse acadêmico no estudo da política de saúde e na ESF. Como resultado obteve-se um total de seis (06) dissertações de mestrado no período de 2010 a 2012, realizadas por profissionais trabalhadores da saúde do município, em programas de pós-graduação nas universidades públicas, particularmente o do Instituto de Medicina Social da UERJ, o que indica um investimento na qualificação profissional, traduzido em melhoria na qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

Por último, torna-se pertinente assinalar o investimento municipal além do preconizado pela lei para ações e serviços em saúde. Verifica-se que tanto em ações de saúde quanto em alocação de recursos, Pirai destina mais que o dobro do recomendado. Desta forma, observa-se a existência de um grande investimento na estruturação dos serviços de saúde, para a manutenção do patamar atingido pela ESF no município, com 100% da população coberta.

Certamente que Pirai não pode ser utilizada como parâmetro comparativo para os municípios de pequeno porte. Embora estes sejam a maioria no território nacional, fato que nos levou ao estudo em questão, estes possuem diferenças regionais, culturais e socioeconômicas relevantes. Alguns municípios brasileiros contam apenas com os repasses realizados pelos governos federal e estadual para o desenvolvimento das políticas sociais em nível local. Desta forma, são mais vulneráveis à redução de recursos, trazendo impacto direto na qualidade e oferta de serviços em saúde.

Não é à toa que a partir do processo de descentralização no país, transferindo o poder decisório sobre a definição e implementação de políticas para os municípios, o BM também passasse a redefinir seu foco de atenção do governo federal para o governo estadual, o qual

tem privilegiado gestores do SUS com poder de decisão, objetivando introduzir mecanismos defendidos pelo Banco.

Pirai, por seu acúmulo técnico e político, possui uma capacidade maior de resistência aos retrocessos impostos à saúde em nível local. No entanto, não há garantias, considerada a pressão por parte do governo federal em buscar alternativas para contenção do rombo nas contas públicas e em tentar superar a crise econômica com o receituário do mercado.

Desta forma a população que depende de políticas essenciais como a saúde e educação será diretamente afetada. Com relação à saúde, o que se verá é o sucateamento cada vez mais acentuado do SUS com o enxugamento dos recursos para o setor, como descrito neste estudo.

Temos recentemente a proposta de mudanças da PNAB em curso, como o fim do cargo de ACS e da equipe da saúde bucal, criação da equipe de saúde tradicional – médico e enfermagem – e o fim do apoio matricial do NASF.

Entendemos tratar-se de um retrocesso, visto que ao reconhecer outros modelos de atenção, inclusive o modelo tradicional e ao liberar financiamento federal, estas alternativas passarão a competir com a ESF num contexto de corte de gastos públicos, o que pode traduzir-se em menos investimento para a ESF.

Chamamos de retrocesso, pois a ESF representou um avanço em relação ao modelo tradicional de atenção à saúde, oferecido no país até o início dos anos 1990. Embora tenha sido criada em contexto de contrarreforma do Estado em curso no Brasil naquele momento, a ESF mostrou-se capaz em contribuir para a reorganização do sistema de saúde. Tem ainda apresentado bons resultados, trazendo impactos positivos sobre a saúde da população, através da atenção integral à saúde, com a redução da mortalidade infantil, da mortalidade por causas cardiológicas, das internações por condições sensíveis à atenção primária, como mostram vários estudos.

O governo ao invés de propor o aumento da fonte de recurso, para ampliar a capacidade e autonomia dos recursos dos municípios,

mantendo desta forma a prioridade da ESF, propõe a divisão dos recursos com outras formas de atenção básica. Como afirma o (Des) Ministro da Saúde, a proposta quer financiar “o mundo real”. Desta forma está ameaçada a centralidade da ESF na organização do SUS.

Assim, diante deste triste cenário, apresentar experiências exitosas como Pirai se faz cada vez mais necessário, demonstrando que é possível desenvolver ações e serviços de saúde pautados em uma APS abrangente. No entanto, o município terá grandes desafios daqui por diante no que se refere a conseguir manter o patamar no qual se encontra, devido à redução de financiamento, tendo que enfrentar o aumento dos gastos em saúde em nível municipal, e assim sendo obrigado a utilizar mais recursos dos cofres da prefeitura ou otimizá-los.

Por fim, a referência dos sujeitos da pesquisa sobre o quadro crescente e desafiador de assistir pessoas com doenças crônicas também indicou a necessidade de maior investimento em ações intersectoriais nos territórios.

Cabe assim uma pergunta: até quando Pirai conseguirá resistir a essa conjuntura?

Mesmo dentro desse contexto tão adverso, de perspectivas tão negativas, precisamos continuar resistindo por uma política de saúde universal, pautada nos princípios da igualdade, equidade e integralidade.

Pirai é um exemplo de que isto é possível, que ainda podemos ter esperança, mas não sem trabalho, esforço, organização, processo construído.

Este trabalho permitiu confirmar que Pirai como município de pequeno porte pode ser capaz de dar resposta mais resolutiva aos problemas de saúde da população do território. No entanto, não permite inferir que os resultados dessa investigação possam ser generalizados para todos os outros municípios de pequeno porte. Certamente, há desafios, para além dos resultados satisfatórios já alcançados.

REFERÊNCIAS

- ABREU, V.M. *A Formação de Pirai: cidade destaque no apogeu do café*. IN: XXVII Simpósio Nacional de História. Natal/RN, 22 a 26 de julho de 2013.
- BANCO MUNDIAL. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Washington, D.C.: [s.n.], 1991 (Série de Estudos do Banco Mundial sobre países).
- BANCO MUNDIAL. *Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos*. Relatório nº 36601-BR. Documento do Banco Mundial, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_Relatorio_banco_mundial.pdf> Acesso em: 27 de maio de 2017.
- BEHRING, Elaine R. *Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil*. IN: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*- Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009 (Unidade i, seção 1.3, P69-86).
- _____; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. SP: Cortez, 2006 (Biblioteca Básica de Serviço Social; volume 2).
- BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, Brasília, 1995.
- BRASIL. MS. GM. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família-ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out.2011.
- BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 2012.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção Primária à Saúde*. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pg. 493-545.
- MINAYO, M.C. DE S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa*

- em Saúde*. 11ª Edição. HUCITEC EDITORA, São Paulo, 2008.
- NOGUEIRA, V. M. R. *O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda*. 2002. 347 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. *Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Informe sobre a reunião de trabalho “discussão sobre o marco referencial e conceitual da atenção básica e saúde da família no Brasil”*. Brasília, maio de 2003, 11 pp.
- _____. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, agosto, 2005.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, 25 de outubro, 1995.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. Disponível em: <https://www.pirai.rj.gov.br/>. Acesso em: 10 de junho de 2017.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Esta publicação foi impressa em 2018 pela gráfica Imos
em papel offset 75g/m², fonte ITC Franklin Gothic,
tiragem de 500 exemplares.