

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Ezenildes Ramos de Miranda

CUSTOS E EFETIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
Reestruturação do Serviço de Medicina Integral no Hospital Naval de Recife

Rio de Janeiro
2020

Ezenildes Ramos de Miranda

CUSTOS E EFETIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
Reestruturação do Serviço de Medicina Integral no Hospital Naval de Recife

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Márcia Cristina Cid Araújo

Rio de Janeiro

2020

Ezenildes Ramos de Miranda

CUSTOS E EFETIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
Reestruturação do Serviço de Medicina Integral no Hospital Naval de Recife

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela constante inspiração.

À minha esposa, minha filha e meus pais pela compreensão da ausência e por serem uma fonte constante de estímulo para me tornar uma pessoa melhor.

Aos usuários do SSM, fonte do sentimento de propósito deste trabalho e do meu esforço diário.

À minha orientadora, Márcia Cid, pelas trocas de experiências e, principalmente, pela paciência, tão importantes em um ano tão turbulento para todos nós.

À EGN, à FIOCRUZ e suas equipes, cujo contato neste ano só ampliou minha admiração por essas instituições.

Aos meus superiores e subordinados do Hospital Naval de Recife que, direta ou indiretamente, contribuíram com o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A década de 1970 foi um importante marco nas discussões que lançaram as bases teóricas da Atenção Primária à Saúde. Por outro lado, a década seguinte trouxe preocupações com a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em todo o mundo, aliada a contextos econômicos restritivos e ao aumento das despesas em saúde, decorrentes da incorporação desordenada de tecnologias de alto custo, fato que impulsionou a adoção dessas estratégias, as quais vêm sendo aplicadas em diversos países. Em que pese o maior tempo levado pela sociedade brasileira para agregar esforços na mesma direção, pode-se afirmar que os resultados da Atenção Básica em Saúde é um dos maiores benefícios que o Sistema Único de Saúde trouxe para a nação. Da mesma forma, a Marinha do Brasil concebeu o Serviço de Medicina Integral, o qual chegou a ser implantado no Hospital Naval de Recife, porém não foram observados os resultados desejados. Esse trabalho apresenta, com base em um referencial teórico, um projeto de intervenção que objetivou aprimorar a atual estrutura do Serviço de Medicina Integral do Hospital Naval de Recife, conferindo-lhe maior efetividade, focando especialmente na definição de protocolos, treinamentos, orientação técnica aos profissionais envolvidos, ampliação do acesso e implantação de uma metodologia adequada para avaliação do serviço.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica à Saúde. Serviço de Medicina Integral.

LISTA DE SIGLAS

DGPM - Diretor Geral de Pessoal da Marinha

DSM - Diretor de Saúde da Marinha

HNRe - Hospital Naval de Recife

AB - Atenção Básica

SMI - Serviço de Medicina Integral

FUSMA - Fundo de Saúde da Marinha

APS - Atenção Primária à Saúde

SPT 2000 - Saúde Para Todos no Ano 2000

SUS - Serviço Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

PASSM - Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

Proesf - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SSM - Sistema de Saúde da Marinha

OMH - Organização Militar Hospitalar

OMFM - Organização Militar com Facilidades Médicas

PASSM - Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha

PMM - Programa Mais Médicos

AMH - Assistência Médico Hospitalar

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	OBJETIVOS	8
1.1.1	Objetivo Geral	9
1.1.2	Objetivos Específicos	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1	ATENÇÃO BÁSICA NO MUNDO, NO BRASIL E NA MARINHA	9
2.2	SISTEMAS DE SAÚDE, REDES ASSISTENCIAIS E ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DE FLUXOS DE PACIENTES	13
2.3	EFETIVIDADE E CUSTOS DE SISTEMAS DE SAÚDE COM FORTE ORIENTAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA	15
3	O PROJETO DE INTERVENÇÃO	17
3.1	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	18
3.2	ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	19
3.3	PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	20
3.3.1	Problema a ser enfrentado: Desestruturação do Serviço de Medicina Integral do HNRe	20
3.3.2	Matriz de Programação de ações I	20
3.3.3	Matriz de Programação de ações II	22
3.4	GESTÃO DO PROJETO	23
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	25

1 INTRODUÇÃO

Os relatórios das visitas realizadas por militares designados pelo Diretor Geral de Pessoal da Marinha (DGPM) e pelo Diretor de Saúde da Marinha (DSM), em setembro de 2019, no Hospital Naval de Recife (HNRe), apontou um crescimento de despesas com serviços credenciados, nos últimos anos, acima do verificado em outras unidades. Essa elevação de gastos estava associada a uma grande proporção de procedimentos realizados em situação de emergência e urgência e a um grande volume de consulta com especialistas.

Entre outras recomendações os relatórios das visitas orientavam o fortalecimento da atenção básica (AB) com a implantação do Serviço de Medicina Integral (SMI), considerando que, naquele momento, o HNRe não dispunha de um serviço estruturado que atuasse como porta de entrada para a sua rede assistencial e racionalizasse o fluxo de paciente nela. Esse fato, entre outros aspectos, levava a uma fragmentação da atenção à saúde no HNRe, com um fluxo de pacientes regido apenas pelas demandas apresentadas, havendo poucas ações da instituição para sua gestão.

Nesse sentido, segundo Batista *et al.* (2019) a fragmentação da atenção à saúde é um dos maiores obstáculos para um cuidado efetivo e de qualidade, principalmente se considerarmos o impacto do envelhecimento populacional e da carga de morbidade na saúde e qualidade de vida das pessoas. A deficiência do planejamento e implementação do fluxo de pacientes nos níveis de atenção é uma das causas mais frequentes da baixa qualidade do cuidado, com duplicação de testes diagnósticos, polifarmácia, referenciamentos inadequados, discordância sobre planos de cuidado e risco aumentado de intervenções desnecessárias, além de ser mais oneroso para todo o sistema. Esta situação se reflete no HNRe pelos altos custos apontados nas visitas ocorridas em setembro de 2019, de tal forma que naquele ano o Hospital Naval de Recife teve a segunda maior despesa em saúde entre os hospitais distritais, apesar de ser aquele com menor número de usuários.

Batista *et al.* (2019), ainda ressalta que os danos a assistência aos pacientes com necessidades complexas em saúde e que demandam ações de vários profissionais e em diversos níveis do sistema são ainda mais graves. Nessa perspectiva, destaca-se que grande parte da clientela atendida no HNRe tem sessenta anos ou mais, 47% dos seus 7.300 usuários, segundo dados extraídos do cadastro de beneficiários do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA).

Cabe ainda acrescentar que Mendes (2011) explica que as condições de saúde crônicas, mais prevalentes nessa faixa etária, precisam ser tratadas com uma lógica diferente das condições agudas. Segundo o autor em sistemas fragmentados, que se baseiam nas demandas dos pacientes, havendo apenas respostas às agudizações das condições crônicas, normalmente autopercibidas pelos pacientes. Assim, esses pacientes, na verdade, necessitam receber uma atenção contínua e proativa, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde.

Nesse seguimento, a Marinha do Brasil concebeu o Serviço de Medicina Integral como a estrutura básica da Atenção Básica em suas unidades de saúde, funcionando como gerenciador da atenção à saúde, selecionando e direcionando os usuários, devendo ele mesmo apresentar elevado grau de resolutividade (BRASIL, 2020a).

Assim, apesar do Serviço de Medicina Integral (SMI) ter sido implantado no HNRe em dezembro de 2019, percebeu-se que, para que ele pudesse apresentar resultados relevantes, precisava de melhor estruturação, objeto desse projeto de intervenção, de forma que o serviço passasse a dispor dos protocolos necessários, de uma equipe treinada, de amplo acesso aos usuários e de métodos adequados de avaliação, conferindo-lhe maior efetividade e reduzindo despesas evitáveis.

Nesse sentido, o presente trabalho está organizado em quatro seções. A primeira é composta por esta introdução, onde, além da síntese do problema, serão expostos os objetivos (geral e específicos) e a justificativa do projeto.

Na segunda serão apresentados, no referencial teórico, a evolução histórica da concepção da Atenção Básica no mundo, no Brasil e na Marinha do Brasil, ao tempo que serão expostos seus principais conceitos, princípios e normas estruturantes, além da influência da atenção básica como ordenadora do fluxo de pacientes e como agente de aperfeiçoamento da efetividade da assistência e do controle de custos.

Em sequência, na exposição do projeto de intervenção, é descrita a situação-problema, sua análise, programação das ações e sua gestão.

Finalmente, na quarta e última seção, serão apresentadas as considerações finais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Reestruturar o Serviço de Medicina Integral do Hospital Naval de Recife, conferindo-lhe maior efetividade e trazendo economicidade para a instituição.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Promover a definição de protocolos, treinamento e orientação técnica aos profissionais envolvidos;
- b) Ampliar o acesso ao Serviço; e
- c) Implantar uma metodologia adequada de avaliação do serviço.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA NO MUNDO, NO BRASIL E NA MARINHA

Sumar e Fausto (2014) explicam que, ao longo do último século, elementos importantes influenciaram a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) como percebida atualmente. Segundo as autoras, em 1920 surge a primeira referência à um sistema de saúde hierarquizado, com centros de saúde primários, que atuariam como a porta de entrada dos usuários e seriam integrados aos demais níveis de assistência especializada e hospitalar, com a publicação do Relatório Dawson. Esse relatório teria sido elaborado pelo então ministro da saúde inglês, o Lord Dawson of Penn. Ademais, Viana, Elias e Ibañes (2005 apud SUMAR; FAUSTO, 2014) salientam que os movimentos estadunidenses de Medicina Preventiva e Integral, em 1940, e Medicina Comunitária, em 1960, também influenciaram as discussões e implementação de políticas de APS nos anos subsequentes.

A década de 1970 foi um marco da efervescência desse debate. A crise econômica exigia ajustes, com fortes pressões neoliberais para redução do financiamento pelo Estado de políticas sociais. Porém, a década terminou com dois importantes encontros internacionais, que lançaram as bases da concepção da APS. O primeiro, foi a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde (1977), que destacou o nível de saúde necessário à manutenção das atividades diárias e capacidade de trabalho como uma responsabilidade dos governantes, no mesmo evento foi lançado o movimento Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000). Em seguida foi organizada a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de

Saúde, em Alma Ata, Cazaquistão (1978), cujo objetivo precípua fora discutir a promoção da saúde para todos os povos do mundo por meio da atenção primária como modelo de reforma nos sistemas de serviços de saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Posteriormente à Declaração de Alma-Ata ocorreram outros movimentos, como esclarece Mendes (2011):

- a) Carta de Ottawa (1986), elaborada na Conferência do Canadá, listou condições e recursos fundamentais, identificando campos de ação na promoção da saúde e ressaltando a importância da equidade;
- b) Conferência da Austrália (1988), enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de caráter econômico para a saúde;
- c) Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1991), ocorrida na Suécia, precedendo a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro em 1992. Durante este evento destacou-se a ecologia e a saúde, concluindo que são interdependentes e inseparáveis;
- d) Quarta Conferência foi realizada em Bogotá (1992), Colômbia, trouxe a discussão para a situação da saúde na América Latina, na busca de transformar as relações existentes e conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar; e
- e) Assembleia Mundial da Saúde (1998), adotou uma declaração que reiterou a estratégia de saúde para todos no Século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais.

Ao tempo em que as mudanças conceituais e as pressões políticas oriundas dos documentos citados anteriormente ocorriam, segundo Almeida *et al.* (2018) a partir da década de 1980, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em todo o mundo, aliada a contextos econômicos restritivos, ao aumento das despesas em saúde decorrentes da incorporação desordenada de tecnologias de alto custo, à ineficiência e baixa qualidade dos serviços e às mudanças no papel do Estado impulsionaram reformas organizacionais dos sistemas de saúde em diversos países das Américas e da União Europeia. Segundo os autores objetivava-se a otimização dos custos em saúde e a coordenação entre os níveis assistenciais, com fortalecimento dos serviços de atenção primária à saúde e a melhoria da qualidade e eficiência.

Porém, os autores explicam que até a década de 1980, quando foi criado o SUS (Serviço Único de Saúde) no Brasil, prevaleciam modelos centralizados e campanhistas, com oferta de

ações voltadas ao controle das grandes endemias e consideradas como “medicina pobre para pobres”, com uma concepção assistencialista e curativa. A partir de então, experiências de organização dos cuidados primários têm se desenvolvido inspiradas em modelos de APS de países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Ainda, segundo os autores, com a instituição e a implementação das diversas ações, percebeu-se, a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar os gastos públicos. Instituiu-se um grupo de trabalho no Ministério da Saúde (MS), em 2003, que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006. Buscando preservar a centralidade da estratégia de saúde da família (ESF) e consolidar a APS. Em 2011 houve uma primeira revisão da PNAB. Em síntese, o novo texto manteve a essência de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica. Por fim, os autores informam que no período entre a publicação da PNAB 2011 até o momento da confecção do texto deles, em 2018, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras. No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política, publicada em 2017 (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o art. 2º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) traz dois conceitos importantes sobre o tema:

- a) Define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, e
- b) Em seu §1º, estabelece que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Por sua vez, na Marinha do Brasil, a principal publicação que normatiza o funcionamento do Subsistema Assistencial do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), a DGPM-

401 - Normas para Assistência Médico Hospitalar, publicada em 2012, não especifica normas ou define estruturas sobre Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Contudo, antes da publicação da DGPM-401 vigente, tem-se a DSM-2006, Manual dos Programas de Saúde da Marinha. A introdução da Publicação informa que os diversos programas de saúde foram criados no ano 2000 para enfrentar os desafios referentes ao gerenciamento cada vez mais complexo de um Sistema de Saúde que oferecem cobertura total aos seus usuários, num contexto em que os avanços científicos e tecnológicos observados nas últimas décadas tornaram a medicina curativa muito dispendiosa, obrigando os gestores de saúde a desenvolverem políticas voltadas à Atenção Básica. O objetivo é a manutenção da saúde e da qualidade de vida, além de oferecer as condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar a serviço da saúde. Mais adiante acrescenta que tais medidas visam à prevenção de doenças, sua detecção precoce e seus agravos, proporcionando uma redução de encaminhamentos para serviços de atenção especializada (BRASIL, 2015).

Outra importante norma que estrutura as ações no SSM é a Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM). Como o documento descreve, a PASSM visa, essencialmente, incorporar ao processo saúde-doença tradicional o conceito de bem-estar físico pleno, consideradas as condições epidemiológicas da população assistida na área de abrangência de cada Distrito Naval; busca, também, otimizar as ações assistenciais para adequar a capacidade instalada nas OMH (Organização Militar Hospitalar) e OMF (Organização Militar com Facilidades Médicas) às necessidades dos usuários. Ademais, explica que atender à demanda espontânea significa resolver os problemas individuais, quando o sistema atua de forma reativa e tem contato com o paciente apenas quando este adocece e necessita de um tratamento. Assim, manter exclusivamente o atendimento à demanda espontânea seria insuficiente para uma intervenção eficaz sobre o processo saúde-doença, pois não apontaria as causas reais e não atua no conjunto de fatores que interferem nos processos de produção e reprodução das doenças na coletividade. A alternativa seria a programação da oferta de maneira proativa. Para tanto seria necessário conhecer e hierarquizar os problemas de saúde dos usuários, definindo assim, suas necessidades, discriminando as ações tecnicamente necessárias e suficientes ao seu enfrentamento (BRASIL, 2018).

Diante do contexto conceitual apresentado na Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM), é definido um Modelo Assistencial baseado em três eixos de atenção: Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde; Atenção Básica e Atenção Especializada. Estabelecendo, como paradigma, que as ações de Prevenção das Doenças e de

Promoção da Saúde (1º Eixo) devem predominar sobre as de Atenção Básica (2º Eixo) e que estas precisam ocorrer em maior número do que as de Atenção Especializada. Na norma a Atenção Básica é exposta como um primeiro nível da assistência à saúde, que empregaria tecnologia de baixa complexidade. Ela atuaria como a porta de entrada do SSM, sendo fundamental para a atenção gerenciada (*managed care*), funcionando como selecionador e direcionador dos usuários (*gate keepers*), devendo apresentar elevado grau de resolutividade. Nesta concepção os profissionais atuariam como “médicos de referência” dos usuários, que seriam procurados em caso de agravos de saúde. Seria composta por especialidades generalistas (clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia), por consultas de enfermagem e de odontologia básica e pelo Serviço de Medicina Integral - SMI, apoiado por um setor de diagnóstico básico, composto por posto de coleta para patologia clínica com possibilidade de realização de exames simples, ultrassonografia geral, eletrocardiografia e radiologia para exames gerais simples (BRASIL, 2018).

No corrente ano a Diretoria de Saúde da Marinha publicou a DSM-2010, Normas para o Atendimento de Saúde em Baixa e Média Complexidade, a qual, em seu primeiro capítulo descreve o Serviço de Medicina Integral (SMI) como porta de entrada dos usuários do SSM, com a atuação de profissionais de saúde, precipuamente médicos generalistas, capacitados para o atendimento resolutivo, encaminhando adequadamente, quando necessário, os usuários para serviços especializados somente depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas em nível primário, fortalecendo a assistência de Baixa Complexidade na rede de atenção, conforme preconizado na Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM). Ademais, a referida norma detalha a composição da Força de Trabalho da Equipe, subordinação administrativa e técnica, estrutura física, fluxo, indicadores de desempenho e até apresenta um modelo para implantação do SMI (BRASIL, 2020a).

2.2 SISTEMAS DE SAÚDE, REDES ASSISTENCIAIS E ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DE FLUXOS DE PACIENTES

Para a Organização Mundial de Saúde, os Sistemas de Saúde constituem-se de todas as atividades que têm a proposta primária de promover, restaurar e manter a saúde (WHO, 2000). Nesse sentido, Mendes (2011) explica que esses sistemas devem ser organizados para responder às necessidades, demandas e preferências da população que atende. Ademais, o autor afirma que esses sistemas se apresentam atualmente em um contínuo que vai desde a fragmentação até

a integração. Os sistemas fragmentados tenderiam a se voltar para a atenção principal às condições agudas, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas. Os sistemas fragmentados seriam organizados em um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação, assim incapazes de prestar uma assistência contínua a população. Por outro lado, os sistemas integrados, as chamadas Redes Assistenciais de Saúde (RAS) seriam organizadas em um conjunto coordenado de pontos de atenção para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

O autor, ainda, destaca que o SUS traz um conceito de complexidade equivocado quando hierarquiza sua organização da assistência em Atenção Básica, Atenção de Média e de Alta Complexidade. Explica que é um erro definir a atenção primária à saúde como menos complexa que as demais. Para o ele as redes assistenciais se constituiriam em centros de comunicação, atuando como um “nó intercambiador” no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. Após a apresentação de uma revisão bibliográfica não sistemática conclui que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS, comparados aos sistemas de baixa orientação, são:

- a) mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população;
- b) mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar consistentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população;
- c) mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros;
- d) mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e
- e) de maior qualidade, porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde (MENDES, 2011).

Na mesma direção Starfield (2002) afirma que os serviços de saúde podem ter um papel importante na melhora da saúde, sendo esses um de seus determinantes diretos, mesmo diante de grandes diferenças de distribuição de riquezas. Porém, a autora aponta que não há uma relação direta entre gastos em saúde e melhores níveis de saúde, assim características específicas dos sistemas de saúde devem conduzir para maior efetividade. Para a autora, o fator

mais importante é a orientação do sistema para a atenção primária. Ademais, defende que a atenção primária deve focar sua atuação nos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio físico e social onde aquela comunidade vive e trabalha, em vez de focar apenas em enfermidades individuais.

Para a autora um sistema que filosoficamente é conduzido pela atenção primária tem as características clínicas de seus pacientes e diagnósticos bem definidas, as quais incluem uma ampla variedade de diagnósticos ou problemas observados, um forte componente preventivo e uma alta proporção de pacientes já conhecidos na unidade de saúde. Em outra direção, quando discute a relação entre acessibilidade aos serviços de saúde, o primeiro contato e atenção primária, ela lista uma série de benefícios do emprego da atenção primária como “porta de entrada” ao sistema:

- a) redução da mortalidade e morbidade seja na saúde infantil, seja entre adultos;
- b) maior efetividade do atendimento;
- c) redução do número de consultas com especialistas; e
- d) redução de custos (STARFIELD, 2002).

2.3 EFETIVIDADE E CUSTOS DE SISTEMAS DE SAÚDE COM FORTE ORIENTAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

Em que pese a evolução histórica apresentada e os dados que sugerem que o investimento em atenção básica é essencial para o controle de custos e maior efetividade dentro de um sistema de saúde, há que se avaliar os resultados das ações já empreendidas. Nesse sentido, Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) defendem que no Brasil as contribuições teóricas sobre avaliação da APS foram marcantes nos últimos 15 anos, especialmente com a implantação da ESF e com a institucionalização da avaliação da atenção básica no Ministério da Saúde (MS), citam por exemplo os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), em 2005, e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), a partir de 2011. Assim, os autores, a partir de uma revisão não sistemática da literatura sobre a efetividade da APS no SUS, apontaram como os principais resultados positivos, nos últimos 20 anos:

- a) a redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos;
- b) redução das internações por causas sensíveis à atenção primária;
- c) o crescente acesso da população a rede de serviços;

- d) melhoria na infraestrutura;
- e) o aumento de disponibilização de médicos, que promoveu maior integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde, possível principalmente por meio do Programa Mais Médicos (PMM);
- f) ampliação e melhoria do atendimento pré-natal, ao controle do câncer de colo de útero, do rastreamento do câncer de mama e de controle de diabetes; e
- g) melhoria no acesso a tratamento odontológico (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Por outro lado, foi apontado que persistem problemas com estrutura física das unidades, de disponibilidade de insumos essenciais e de tecnologias de informação e comunicação (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

No que se refere a redução dos custos, outro resultado demonstra que quando os pacientes buscavam a atenção primária inicialmente, para consultas relacionadas a prevenção ou doenças agudas, a atenção, em geral, foi 53% menos onerosa que aquela obtida quando eles procuravam serviços mais especializados (FORREST; STARFIELD, 1996 *apud* STARFIELD, 2002). Porém, ressaltou Starfield (2002) que quando os custos estão fora de controle, os responsáveis pela política de saúde normalmente recorrem a estratégias de divisão de custos com seus usuários. Segundo a autora essas estratégias, tenderiam a reduzir, de forma indiscriminada, o acesso de pacientes, reduzindo a efetividade dos serviços e com poucos resultados sobre os custos, pois os operadores de serviços lançam mão de diversas estratégias para manter os mesmos níveis de ganhos. Dessa forma, ela defende que a melhor estratégia seria criar mecanismos que identifiquem os serviços desnecessários, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte dos pacientes, instituir práticas de melhora da qualidade para reduzir diagnósticos e intervenções terapêuticas desnecessários, que poderiam ser operacionalizados como parte da atenção primária.

Quanto à influência da Atenção Básica no manejo de problemas crônicos, no que se refere aos custos, essa pode ser dimensionada pelos resultados de Schonfeld, Heston e Falk (1972), segundo os quais as condições agudas exigiam, em média, uma consulta e meia a cada ano, por outro lado os problemas crônicos e naqueles pacientes acima de 65 anos exigiam de três a sete consultas por ano.

Em seu livro, Mendes (2011) analisa os dois modelos de atenção, um voltado para as condições agudas e outro para as crônicas. Porém, apesar da distinção, o autor explica que esses dois modelos são faces da mesma moeda e devem conviver dentro de um sistema de saúde.

Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas deve ser implantada uma rede de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, deve ser distribuída equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, considerando os riscos de seus usuários. Por outro lado, não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles um grande número de pessoas portadoras de urgências menores. Para que as pessoas com situações de urgências menores possam ser atendidas na APS, esse nível de atenção necessita ser alterado pela implantação de um modelo com maior ênfase às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazos, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores, fornecendo uma atenção programada, um atendimento com base em um plano de cuidado elaborado pela equipe juntamente com o usuário, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias. Como exemplo, Mendes (2011) expõe que revisões sistemáticas e meta-análises realizadas com portadores de insuficiência cardíaca mostraram que a introdução de intervenções-chave no cuidado às condições crônicas permitiu reduzir as internações hospitalares não programadas em 50% a 85% e as reinternações em até 30% (MENDES, 2011).

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O Hospital Naval de Recife (HNRe) foi fundado em 1967, com fulcro no Decreto Presidencial nº 60.631, de 26 de abril de 1967. É uma Organização Militar, órgão da Administração Pública Direta da União, vinculado ao Poder Executivo Federal.

Na Marinha do Brasil a regulamentação específica para a assistência médico-hospitalar a que os militares e seus dependentes têm direito está contida nas Normas para Assistência Médico-Hospitalar - DGPM-401 (BRASIL, 2012), onde consta que os Hospitais Distritais são diretamente subordinados aos respectivos Comandos dos Distritos Navais e que, sob a supervisão técnica da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), executam as atividades pertinentes ao Subsistema Assistencial no que se refere à prestação de Assistência Médico Hospitalar (AMH) para prevenção e promoção da saúde, atenção básica e atenção especializada.

Assim, o Hospital Naval de Recife como parte integrante da rede de hospitais distritais da Força, subordinado ao Comando do Terceiro Distrito Naval e sob o apoio técnico da DSM, é responsável por prover e prever assistência médico hospitalar, em todos os seus níveis de

complexidade, aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha, da sua área de abrangência. Cabe ressaltar que o Comando do Terceiro Distrito Naval possui jurisdição sobre os estados do Rio Grande do Norte, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Alagoas, e que no Estado de Pernambuco existem, aproximadamente, 7.300 (sete mil e trezentos) usuários.

Para atender as necessidades de seus usuários, o HNRe dispõe de duas alas de internação com 33 leitos no total; um bloco cirúrgico com 02 salas; uma central de material e esterilização; um Serviço de Pronto Atendimento; uma Unidade de Terapia Intensiva, com três leitos; um Ambulatório, que conta com 10 consultórios, sala de curativos, sala de audiometria e sala de eletrocardiograma, esse serviço realiza uma média mensal de 2.685 consultas nas especialidades de oftalmologia, gastroenterologia, cardiologia, endocrinologia, cirurgia geral, clínica médica, pediatria, urologia, nutrição, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia; um Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem; uma Divisão de Odontologia; e um Laboratório de Análises Clínicas, entre outros.

Cabe ressaltar, que a estrutura física, de equipamentos e recursos humanos disponíveis ao HNRe não é capaz de atender a todas as necessidades de seus usuários, de forma que há a necessidade do Credenciamento de Organizações de Saúde Extra-Marinha e Profissionais Liberais de Saúde Autônomos, a fim de complementar os serviços disponibilizados.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Como exposto anteriormente, as duas visitas realizadas por outros órgãos da Marinha ao HNRe, em 2019, apontaram um aumento das despesas com serviços credenciados, nos últimos anos, acima do observado em outras unidades. Uma das estratégias indicadas para enfrentar a situação foi o fortalecimento da atenção básica com a implantação do Serviço de Medicina Integral (SMI).

Assim, em atenção a recomendação, o serviço foi implantado no Hospital Naval de Recife em dezembro de 2019, contudo não foi capaz de gerar mudanças na forma como a assistência é prestada ao usuário. Os pacientes que buscam atendimento continuam a ter um amplo acesso aos especialistas, sejam eles pertencentes à instituição ou à credenciados. A assistência ainda se mostra fragmentada, voltada a gestão de eventos agudos ou agudizações de

condições crônicas, principalmente em respostas às demandas dos pacientes. Assim, configura-se, como a situação-problema deste trabalho, a desestruturação do Serviço de Medicina Integral do HNRe.

Em aditamento, com o propósito de possibilitar a descrição em termos quantitativos do problema, foram analisadas os dados estatísticos do Ambulatório do HNRe, os quais são coletados em conformidade com o prescrito nas Normas sobre Dados Estatísticos e Auditoria em Saúde - DGPM-404 (BRASIL, 2011), nos quais pôde-se observar que, em 2019, o número de atendimentos na atenção básica, com média mensal de 635,5, foi menor que o número de atendimentos realizados em situações de urgência/emergência, média mensal de 781,8, o que demonstra a falta de efetividade dos serviços prestados pelo SMI do HNRe.

3.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O aumento dos custos com saúde no HNRe nos últimos anos pode ser explicado, em grande parte, pela forma fragmentada como a assistência à saúde é prestada ao usuário, principalmente diante de um contexto de aumento de prevalência de doenças crônicas e alterações demográficas ocorrida ao longo dos últimos anos (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002; BATISTA *et al.*, 2019).

Muitos sistemas de saúde no mundo e o próprio SUS têm enfrentado essa questão alterando os paradigmas da assistência, investindo amplamente na atenção primária (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Nessa direção, o Ministério da Saúde informa que de cada dez vezes que alguém procura um serviço de saúde, em oito o problema pode ser resolvido na Atenção Básica (BRASIL, 2020b). Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017). Da mesma forma, a Diretoria de Saúde da Marinha concebeu o Serviço de Medicina Integral (BRASIL, 2020b).

Desde dezembro de 2019 o HNRe vem buscando aplicar esses princípios no Serviço de Medicina Integral, porém sem resultados consistentes. Assim, diante do exposto e após diversos debates, onde foram discutidas com os atores envolvidos no processo as razões do insucesso, pôde-se observar que o conjunto de causas da situação-problema estavam relacionadas a falta de uma estruturação consistente do serviço e, entre essas, foram apontadas aquelas que estavam sob governabilidade daqueles atores:

- a) Ausência de protocolos de atendimento e treinamento dos médicos; e
- b) Baixa oferta de consultas disponibilizadas pelo SMI do HNRe.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

3.3.1 Problema a ser enfrentado: Desestruturação do Serviço de Medicina Integral do HNRe.

- Descritor: Número de atendimentos na atenção básica, com média mensal de 635,5 (em 2019), menor que o número de atendimentos realizados em situações de urgência/emergência, média mensal de 781,8 (também em 2019).
- Indicador 1: Número mensal de atendimentos na atenção básica; e
- Indicador 2: Número mensal de atendimentos realizados em situações de urgência/emergência.
- Forma de cálculo 1: Contagem mensal de atendimentos realizados na atenção básica; e
- Forma de cálculo 2: Contagem mensal de atendimentos realizados em situações de urgência/emergência.

Fonte: Gerente do Serviço de Medicina Integral do HNRe.

- Meta 1: Dobrar, em seis meses, o número mensal de atendimentos na atenção básica; e
- Meta 2: Reduzir em 30% o número mensal de atendimentos realizados em situações de urgência/emergência.
- Resultados esperados: ampliar o número de atendimentos na atenção básica.

3.3.2 Matriz de Programação de ações I

Causa crítica 1: Ausência de protocolos de atendimento e treinamento dos médicos.

- Descritor 1: Ausência dos protocolos; e

- Descritor 2: Falta de treinamento do pessoal envolvido.
- Indicador 1: Número de protocolos firmados; e
- Indicador 2: Número de profissionais treinados.
- Forma de cálculo 1: Contagem do número de protocolos firmados; e
- Forma de cálculo 2: Contagem de profissionais treinados.

Fonte: Chefia do Departamento de Saúde e Gerente do Serviço de Medicina Integral do HNRe.

- Periodicidade da análise: mensal.
- Meta 1: Todos os protocolos firmados, no prazo de sessenta dias; e
- Meta 2: Todos os profissionais treinamos, no prazo de sessenta dias.
- Impacto a ser gerado (resultado): Estruturação do setor de forma a torná-lo apto a alcançar seus objetivos.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Buscar na literatura e norma (DSM-2010) os protocolos de atendimentos na Atenção Básica.	Humanos	Protocolos identificados e obtidos.	NOV2020	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO
Identificar os protocolos de atendimento mais relevantes para o SMI no HNRe, considerando as necessidades da população atendida.	Humanos	Protocolos mais relevantes identificados.	DEZ2020	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO
Analisar as necessidades de adaptações dos protocolos mais relevantes.	Humanos	Necessidades de adaptações identificadas.	JAN2021	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO
Adaptar os protocolos considerados mais relevantes.	Humanos	Protocolos mais relevantes adaptados.	JAN2021	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO
Planejar treinamento para o emprego dos protocolos.	Humanos	Cronograma, responsabilidades e material didático pronto.	FEV2021	CC (CD) MIRANDA/

				CC(Md) RICARDO
Realizar os treinamentos.	Humanos	Treinamento realizado com os seis médicos que comporão o serviço.	MAR2021	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO

3.3.3 Matriz de Programação de ações II

Causa crítica 2: Baixa oferta de consultas disponibilizadas pelo SMI do HNRe.

- Descritor: Baixo número de atendimentos na atenção básica, de 635,5, em média mensalmente, em 2019.

- Indicador: Número de atendimentos na atenção básica.

- Forma de cálculo: Contagem do número de atendimentos na atenção básica.

Fonte: Chefia do Departamento de Saúde e Gerente do Serviço de Medicina Integral do HNRe.

- Periodicidade da análise: mensal.

- Meta: Dobrar, em seis meses, o número mensal de atendimentos na atenção básica.

- Impacto a ser gerado (resultado): Ampliação do atendimento da Atenção Básica no HNRe.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Analisar possibilidade de realocação de médicos para aumentar a disponibilidade de consultas no SMI.	Humanos	Estudo da realocação de médicos.	NOV2020	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO
Produzir nova programação de agendamentos.	Humanos	Nova programação de agendamentos.	DEZ2020	CC (CD) MIRANDA/ CC(Md) RICARDO
Produzir indicadores para acompanhamento do	Humanos	Indicadores de acompanhamento do	FEV2021	CC (CD) MIRANDA/

número de consultas ofertadas e absenteísmo.	número de consultas ofertadas e absenteísmo	CC(Md) RICARDO
--	---	-------------------

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pelo chefe do Departamento de Saúde do Hospital Naval de Recife, Capitão de Corveta, Cirurgião-Dentista, Ezenildes Ramos de Miranda, assessorado pelo Encarregado da Divisão de Medicina, Capitão de Corveta, Médico, Ricardo Duarte Pimentel, e pela Encarregada do Ambulatório, Capitão Tenente, do Quadro de Apoio à Saúde, Tarciana Maria Pereira de Lima. O acompanhamento das ações será efetivado em reuniões quinzenais com os três envolvidos, além de outros militares e servidores civis, quando necessário. Planeja-se o convite de representantes relacionados com a execução processo.

Nas reuniões de acompanhamento, para além do acompanhamento das ações, planeja-se que se deva realizar uma análise crítica das ações, de forma que seja possível corrigir rumos e redefinir os planejamentos. A análise deve pautar-se nos indicadores de criados para acompanhamento do número de consultas ofertadas e absenteísmo, além de outros que devem focar na efetividade do Serviço e na economicidade pretendida, sem esquecer do alerta de Starfield (2002), de que nos Estados Unidos existe uma suspeita muito difundida que a base para a implantação da porta de entrada nos sistemas de saúde é a contenção de despesas e não a racionalização da organização, de forma que essas portas seriam usadas para dificultar a utilização de especialistas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há que se analisar, ainda, diversos aspectos do contexto em que esse trabalho se insere que não foram tratados previamente. Os mais relevantes advêm das ações de enfrentamento da pandemia de COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). A qual, inicialmente, exigiu a restrição dos atendimentos ambulatoriais ao mínimo necessário, de forma a não deixar os pacientes mais graves ou com necessidades mais urgentes desassistidos. Essa drástica redução dos

atendimentos ambulatoriais se iniciou em março de 2020 no HNRe. Neste momento, vem sendo retomados, de forma gradual, desde final de setembro.

A grave redução das atividades ambulatoriais não foi a única consequência das ações de enfrentamento, as restrições de pessoal do HNRe exigiram a concentração de esforços para o atendimento dos casos de COVID-19, empregando os profissionais não apenas na atividade-fim, mas também nas de apoio, planejamento e gestão da situação. Ademais, houve diversos afastamentos por motivos de saúde, em decorrência da doença ou de outras situações que enquadravam as pessoas como grupo de risco para casos mais graves.

A retomada vem ocorrendo de forma planejada e gradual, pautada nas recomendações dos diversos conselhos de classe profissionais e orientações da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e das instâncias superiores da Marinha do Brasil e considerando a grande demanda reprimida subsequente.

Todas as dificuldades apontadas promoveram atrasos no cronograma de ações e diversos retorno às fases de planejamento. A escassez de recursos humanos, agravada pela pandemia, nessa fase de retomada dos atendimentos ambulatoriais ampliou os desafios da gestão, pois além da manutenção de algumas medidas emergenciais adotadas para o enfrentamento da pandemia, que demandam força de trabalho, como a UTI-COVID do HNRe e a Triagem para pacientes com Sintomas Respiratórios, foram acrescentadas outras estruturas, como a tenda de acolhimento do ambulatório, e a ampliação de pessoal para controle do fluxo de pacientes no ambulatório no interior do hospital, por exemplo.

Por outro lado, a retomada do atendimento ambulatorial traz a possibilidade de que isso seja realizado com outra formatação. Nesse sentido, os protocolos necessários já foram identificados, obteve-se bons resultados no planejamento de realocação dos médicos, a análise da definição de indicadores está avançada. Porém, as demais ações devem se sobrepor as já implantadas de forma que se possa obter resultados consistentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, [s.l.], n. 42, e180, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 2 nov. 2020.

BATISTA, S. R. et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-52, jun., 2019.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006: Manual dos Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro: Marinha do Brasil, 2015.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha para o período de 2018 a 2020**. Rio de Janeiro: Marinha do Brasil, 2018.

BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401: Normas para Assistência Médico Hospitalar**. 3 rev. Rio de Janeiro: Marinha do Brasil, 2012.

BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-404: Normas sobre Dados Estatísticos e Auditoria em Saúde**. 3 rev. Rio de Janeiro: Marinha do Brasil, 2011.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2010: Normas para o Atendimento de Saúde em Baixa e Média Complexidade**. Rio de Janeiro: Marinha do Brasil, 2020a. 135p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de atenção básica - porta de entrada do SUS**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017. Seção 1. p. 68. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 2 nov. 2020.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, p. 208-22, set. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SCHONFELD, H.; HESTON, J.; FALK, I. Numbers of physicians required for primary medical care. **N Engl J Med**, [s.l.], n. 286, p. 571-76, 1972.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 07 nov. 2020.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 202-12, jul. 2014.

WHO. **The World Health Report 2000**: Health Systems: Improving performance. Genebra, 2000.