



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)**

1º Ten Alu ERIKA AMORIM RAPOSO DA CAMARA

**ORGANIZAÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: MODELOS DE
COMPARAÇÃO COM O EXÉRCITO BRASILEIRO**

**RIO DE JANEIRO
2019**

1º Ten Alu ERIKA AMORIM **RAPOSO** DA CAMARA

**ORGANIZAÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: MODELOS DE
COMPARAÇÃO COM O EXÉRCITO BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador(a): 2º Ten **Fernanda** Vieira Costa **Orlandini**

RIO DE JANEIRO
2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA OSWALDO CRUZ

C172o Camara, Erika Amorim Raposo da.
Organizações dos Sistemas de Saúde no Brasil: Modelos de Comparação/ Erika Amorim Raposo da Camara. – 2019.
28 f.
Orientadora: Fernanda Veira Costa Orlandini.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, 2019.
Referências: f. 26-28.

1. ATENÇÃO À SAÚDE NAS FORÇAS ARMADAS. 2. SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS. . I. Orlandini, Fernanda Veira Costa (Orientadora). II. Escola de Saúde do Exército. III. Organizações dos Sistemas de Saúde no Brasil: Modelos de Comparação.

CDD - 614.0981

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Assinatura

Data

1º Ten Alu ERIKA AMORIM **RAPOSO** DA CAMARA

ORGANIZAÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: MODELOS DE COMPARAÇÃO COM O EXÉRCITO BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador(a): 2º Ten Fernanda Vieira Costa Orlandini

Aprovada em 30 de Setembro de 2019.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

2º Ten **Fernanda** Vieira Costa **Orlandini**

Orientador(a)

Cap Otávio **Augusto** Brioschi Soares

Avaliador

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para a construção da profissional que sou hoje, nesta longa estrada da saúde, na qual percorro e me aprimoro desde 2001, e redescubro novos caminhos a cada dia.

À minha maravilhosa mãe, que me ensinou a ser forte, determinada e a lutar com integridade e bondade por tudo o que eu acreditar como sonho de realização.

À orientadora Segundo Tenente Fernanda Orlandini, pela paciência na escuta do tema deste trabalho que a mim tanto significa.

Aos instrutores da Escola de Saúde do Exército, pelo apoio no meu desenvolvimento dos atributos militares, desconhecidos por mim até o momento do ingresso na Escola de Saúde.

Ao meu terno grupo de amigas e amigos, amizades que carregarei para todos os meus dias.

Ao meu melhor amigo e marido Pedro, pela aceitação de uma escolha tão minha e de grande impacto a todos.

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado,
mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir além dele.

FREIRE, 2015.

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os sistemas de atenção à saúde são definidos como o conjunto de atividades com a finalidade de promoção, restauração e manutenção da saúde de determinada população com vistas ao alcance de um nível ótimo de saúde, com equidade, mantendo-se a garantia de proteção adequada aos riscos para todos as pessoas beneficiadas, com acolhimento humanizado e provisão de serviços seguros e efetivos, além da prestação de serviços eficientes. O Exército Brasileiro possui um sistema de saúde próprio, indispensável ao adestramento das tropas e integrantes, visto que o preparo da reserva mobilizável, das tropas envolvidas nas operações militares e do apoio permanente assistencial à saúde é uma prioridade no território nacional. Dados os sistemas de saúde nacionais vigentes, objetiva-se estabelecer comparações entre os sistemas de saúde do Exército, SUS e saúde suplementar com ênfase nas organizações de acesso, sobretudo no campo da articulação entre os níveis de atenção à saúde e da coordenação do cuidado. Como metodologia, partiu-se de uma análise qualitativa realizada a partir de uma busca bibliográfica e documental com textos completos nacionais e em Português disponíveis na Scielo, nos sites oficiais do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde e do Exército Brasileiro. Conclui-se que a verificação das formas de organizações entre os níveis primário, secundário e terciário no âmbito da saúde dentre os três sistemas e a análise da conformação vigente de organização em redes de atenção com ênfase na coordenação do cuidado corrobora para a avaliação crítica das possibilidades aprimoramento estratégico com a utilização de indicadores de saúde de alto impacto no eixo assistencial ambulatorial-hospitalar para a organização do sistema de saúde do Exército Brasileiro.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde suplementar. Militar.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, health care systems are defined as the set of activities aimed at promoting, restoring and maintaining the health of a given population with a view to achieving an optimal level of health, with equity, maintaining adequate risk protection for all beneficiaries, with humanized reception and provision of safe and effective services, as well as the provision of efficient services. The Brazilian Army has its own health system, indispensable for the training of troops and members, since the preparation of the mobilizable reserve, the troops involved in military operations and permanent health care support is a priority in the national territory. Given the current national health systems such as the Unified Health System and the supplementary health system, the objective is to establish comparisons between Army health systems, SUS and supplementary health with emphasis on access organizations, especially in the field of articulation between levels of health care and care coordination. As a methodology, it was based on a qualitative analysis on a bibliographic and documentary search with full national and portuguese texts available at Scielo, on the official websites of the Ministry of Health, the National Health Agency and the Brazilian Army. It is concluded that the verification of the forms of organizations between the primary, secondary and tertiary levels in health within the three systems and the analysis of the current organization of care networks with emphasis on the coordination of care corroborates the critical evaluation of health. Strategic improvement possibilities with the use of high impact health indicators in the outpatient-inpatient care axis for the organization of the Brazilian Army health system.

Keywords: Unified Health System. Supplementary Health. Military.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
DGP	Departamento Geral de Pessoal
DAU	Diretoria de Saúde
EB	Exército Brasileiro
FUSEx	Fundo de Saúde do Exército
OM	Organizações Militares
RM	Região Militar
SIRE	Sistema de Registro de Encaminhamentos
SIRMED	Sistema de Registros Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	DESENVOLVIMENTO.....	13
2.1	METODOLOGIA.....	13
2.2	O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO.....	13
2.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	18
2.4	O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	19
3	CONCLUSÃO.....	22
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A partir da temática proposta acerca da Organização dos Sistemas de Saúde no Brasil: modelos de comparação com o Exército Brasileiro, optou-se por discorrer a respeito da conformação dos sistemas de saúde suplementar, público e específico. Mantém-se como eixo de oportunidade o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro. Pauta-se na especificação geral e na compreensão de realidades vigentes, nas suas historicidades e nas regulamentações, bem como citar e discutir sobre oportunidades que possam atuar como interseção ou aprimoramento das redes de atenção, a considerar o modelo de financiamento aplicado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os sistemas de atenção à saúde são definidos como o conjunto de atividades com a finalidade de promover, restaurar e manter a saúde de determinada população com vistas ao alcance de um nível ótimo de saúde, com equidade, mantendo-se a garantia de proteção adequada aos riscos para todas as pessoas beneficiadas, com acolhimento humanizado e provisão de serviços seguros e efetivos, além da prestação de serviços eficientes (MENDES, 2011). São respostas organizadas para sanar as necessidades e demandas das sociedades, na qual cada sistema é delineado com base nas necessidades de saúde da população que se expressam e nas situações demográficas e epidemiológicas singulares.

De acordo com Vilaça e et al. (2009), a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete na contraposição entre uma situação epidemiológica imbuída de condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições e aos eventos agudos, provenientes de agudizações de condições crônicas, de forma episódica e fragmentada. Por este motivo, há necessidade de articulação entre os níveis primário, secundário, terciário e quaternário de saúde, sobretudo no que concerne ao olhar para a jornada do paciente dentro do sistema de saúde, no eixo da coordenação do cuidado.

O Exército Brasileiro possui um sistema de saúde próprio, indispensável ao adestramento das tropas e integrantes desta Força Armada. Tal fato é comum às demais Forças Armadas nacionais, Aeronáutica e Marinha, visto que o preparo da reserva mobilizável, das tropas envolvidas nas operações militares e do apoio permanente assistencial à saúde é uma prioridade.

No Estatuto dos Militares há previsibilidade de assistência à saúde de forma integral ao militar ativo ou inativo, e de seus dependentes cadastrados. Tal assistência é organizada dentro do sistema próprio de saúde do Exército Brasileiro, ou a partir de convênios suplementares, mediante contrato pré-determinado e passível de auditoria.

Há contribuição mensal de desconto a partir do soldo por utilização de serviços e na forma regular para os militares da ativa, da inatividade e pensionistas no percentual variável de até 3,5% da remuneração, pensão ou proventos, este para o caso de inatividade, ou seja, a auto-sustentabilidade do sistema ocorre a partir do co-financiamento do corpo efetivo de militares (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2018).

Neste sentido, surge a necessidade de ampliações comparativas de experiências com ênfase nas organizações dos sistemas de saúde, sobretudo no campo da articulação entre os níveis de atenção à saúde e coordenação do cuidado. O direcionamento dos estudos comparativos será pautado em materiais disponíveis na literatura nacional acerca do sistema de saúde suplementar, administrado por operadoras de saúde, que corresponde ao financiamento privado exclusivamente, além do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo financiamento é exclusivamente de caráter público, a partir da distribuição de financiamento e gestão pelas esferas municipal, estadual e federal.

Com base na literatura pesquisada, observam-se diferenças entre os modelos de acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção no território brasileiro. Parte-se de um sistema de acesso público com suas regulamentações e de sistemas de financiamento e co-financiamento próprios, observando-se possibilidades de comparação entre os sistemas nacionais para fins de entendimento de acessibilidade, equidade e continuação do cuidado. Assim, tem-se como perguntas: O Sistema de Saúde do Exército Brasileiro é regulamentado a partir de modelos de atenção à saúde? Quais as diferenças e semelhanças entre modelos financiados e públicos no âmbito da coordenação do cuidado e custo-efetividade das ações em saúde? Quais as oportunidades encontradas nos setores da Saúde Suplementar e do Sistema Único de Saúde para fins de citação por espelhamento de experiências?

Ao encontrar eixos de interseção entre os sistemas de saúde no âmbito da coordenação do cuidado, na acessibilidade e longitudinalidade da assistência, a incluir-se oportunidades de economicidade com a redução dos custos gerais assistenciais ambulatoriais e hospitalares, identificado-se no âmbito ambulatorial possibilidades de melhorias de acesso e construção de integralidade dos cuidados em saúde com vias a sustentabilidade permanente.

O Exército Brasileiro constitui uma das Forças Armadas do Brasil, somando-se à Marinha e à Aeronáutica. Trata-se da Força Armada terrestre, cuja base de organização é a hierarquia e a disciplina. Em sua organização, possui um sistema de saúde próprio, cujo financiamento se mantém no mesmo formato, a partir do desconto permanente em soldo. Há doze regiões militares de saúde no território nacional, com hospital central, organizações militares especiais, hospitais militares de área, hospitais gerais, hospitais de guarnições, policlínicas e postos médicos de guarnição. Esta distribuição corrobora para o acesso a saúde longitudinal no território do Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da Constituição Federal, onde se tem como direito fundamental o acesso à saúde (BRASIL, 1988). O SUS decorre da concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano. As atribuições de provimento de condições necessárias ao seu pleno exercício de acessibilidade à saúde são direitos legítimos, privilegiando-se valores como cidadania e solidariedade. O financiamento é público, pautando-se a divisibilidade orçamentária entre as esferas municipal, estadual e federal. A estruturação vigente direciona o acesso do beneficiário através da atenção primária à saúde, o que favorece a coordenação do cuidado da população assistida por determinado serviço de saúde.

A Saúde Suplementar consolidou-se no Brasil a partir de seus marcos legais, ou seja, a partir da Lei 9961 (BRASIL, 2000) que regulamentou a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e da Lei 9656 (BRASIL, 1998), que discorreu acerca da regulamentação dos planos de saúde nacionais. A principal ação envolvida nos marcos regulamentares permeia a definição de finalidade, estrutura, atribuições, receita e a vinculação ao Ministério da Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Então, sua criação provém de um setor específico do Ministério da Saúde, que em cumprimento à Lei nº 9.656, editada em junho de 1998 e

posteriormente à Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar como instância reguladora de um setor da economia. Por não haver padrão para seu funcionamento, o seguro de assistência à saúde e das seguradoras ficava sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados.

Dadas as diferenças entre os três modelos de acesso e organização, faz-se de grande relevância a comparação no eixo organização, a incluir a atenção primária, secundária e terciária e sua articulação no sistema de atenção à saúde.

Os objetivos gerais que contemplam o estudo correspondem ao estabelecimento de comparações entre as organizações de acesso à saúde no território nacional para fins de apoio e reflexões contributivas para o aprimoramento e custo-efetividade do acesso e ações em saúde para o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro. Neste sentido, pretende-se discorrer acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público nacional de acesso universal à saúde, do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro e do Sistema de Saúde Suplementar, atualmente regulamentado, e regulado pela Agência Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

Tem-se como objetivos específicos verificar as formas de organizações entre os níveis primário, secundário e terciário no âmbito da saúde; Analisar a conformação vigente de organização em redes de atenção com ênfase na coordenação do cuidado; Avaliar criticamente possibilidades e sugestões de aprimoramento estratégico com a utilização de indicadores de saúde de alto impacto no eixo assistencial ambulatorial-hospitalar para a organização do sistema de saúde do Exército Brasileiro.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de uma busca bibliográfica e documental em textos completos nacionais e em português disponíveis em bases bibliográficas da Scielo, além de uma busca nos sites oficiais do Ministério da Agência Nacional de Saúde, Exército Brasileiro e Ministério da Saúde. Elencaram-se livros, artigos e reportagens no que envolveram a temática sistemas de saúde do Brasil nos eixos estudados como Exército Brasileiro, Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde. Quanto a vista das bases de dados, utilizou-se como apoio para procura de literatura os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Saúde suplementar e Militar, prosseguindo-se de uma análise tipográfica e documental.

2.2 O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

Para compreensão dos marcos e desenvolvimento do Sistema de Saúde do Exército cabe expor brevemente o contexto histórico implicado. De acordo com o portal da Diretoria de Saúde (DIRETORIA DE SAÚDE, 2019), a partir da transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, o príncipe regente Dom João criou pelo Decreto de 09 de fevereiro de 1808, a Repartição do Cirurgião-Mor, embrião da Diretoria de Saúde do Exército. À época, o Frei Custódio de Campos e Oliveira foi nomeado para exercer o cargo de Cirurgião-Mor dos Reais Exércitos e Armadas de Portugal e Brasil. Foi considerado o primeiro Diretor de Saúde do Exército. Em fevereiro de 1808, Frei Custódio criou a Escola de Cirurgia do Hospital Real Militar, em resposta a precariedade dos hospitais militares à época. Posteriormente, a escola de cirurgia deu origem à Faculdade de Medicina da Bahia, primeira Escola de Medicina do Brasil. Nas instalações do Hospital Real Militar da Corte implantou a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, no local que hoje corresponde ao Hospital Central do Exército, na cidade do Rio de Janeiro (DIRETORIA DE SAÚDE, 2019).

A partir de 1820, Frei Custódio iniciou a construção de hospitais militares nas diversas Guarnições do País, objetivando o aprimoramento do apoio à tropa em âmbito nacional. Assim, no Brasil, a história da medicina clínica, cirúrgica e sanitária, e da Odontologia, da Farmácia e da Veterinária têm origem relacionada à Medicina

Militar (DSAU, 2019). O General de Brigada Médico João Severiano da Fonseca foi nomeado como o sétimo Diretor de Saúde. Foi responsável pela implantação de importantes organizações de saúde, como o Laboratório de Microscopia e Bacteriologia, atual Instituto de Biologia do Exército. Este foi a primeira instituição dedicada à pesquisa e ao ensino da bacteriologia no Brasil. Também foi responsável pela implantação da Escola de Aplicação para o Serviço de Saúde do Exército, atual Escola de Saúde do Exército (DIRETORIA DE SAÚDE DO EXÉRCITO, 2019).

Atualmente, a Diretoria de Saúde integra o Departamento-Geral do Pessoal e tem como principais competências o planejamento, o controle, a coordenação, a supervisão, a gestão, a avaliação e a auditoria das atividades relativas à saúde da família militar do Exército Brasileiro.

O Sistema de Saúde do Exército Brasileiro em sua conformação assistencial, oferta acesso aos militares, pensionistas, servidores civis, e seus dependentes. Trata-se do atendimento em saúde transversal em todo o território do país, indistinto ao público alvo, correspondendo a aproximadamente 750 mil beneficiários. Utiliza-se as Organizações Militares de Saúde (OM) com o corpo efetivo e temporário técnico-assistencial, buscando-se alta qualidade e efetividade na oferta dos serviços de saúde.

Através da organização em departamentos e diretorias, houve a conformação do Sistema de Saúde e sua organização gerencial. O Departamento Geral de Pessoal (DGP) atua como responsável pela promoção de satisfação dos recursos humanos em saúde, com o planejamento, coordenação, controle, supervisão e avaliação das atividades relativas à saúde. A Diretoria de Saúde (DSAU) é o órgão que tem como função o apoio setorial, técnico-normativo e gerencial integrante do DGP. Tem-se como visão de futuro: “Ser o órgão que assegure por meio do gerenciamento dos seus projetos e processos a opção primeira dos nossos beneficiários à assistência à saúde” (DIRETORIA DE SAÚDE, 2019).

À DSAU compete efetuar os estudos e a elaboração de propostas de aperfeiçoamento e racionalização da política de saúde, bem como conduzir seu planejamento, com os programas e normas pertinentes. A elaboração de pesquisas em saúde deve ser contemplada sobretudo referente às pesquisas assistenciais e em saúde preventiva. Outro ponto de relevância para as funções da DSAU é o gerenciamento dos recursos financeiros do fator de custos, do fundo de saúde do exército (FUSEx), da prestação da assistência à saúde suplementar do servidor civil

e da assistência aos ex-combatentes e outros que venham a ser alocados à disposição da DSAU (2019).

O desempenho do controle e normatização dos serviços médicos, de farmácia, odontologia e profissões de saúde, bem como o acompanhamento e monitoramento dos sistemas e projetos, serviços de rede, administração e excelência gerencial ocorre por competência da seção de estudos. O assessoramento no planejamento, orientação, coordenação e supervisão dos assuntos relacionados à saúde preventiva e assistencial e à logística assistencial e operacional está à cargo da subdiretoria técnica. A orientação, supervisão e coordenação das atividades que envolvam estudos, pareceres e homologações de atos e legislação pericial são pertinentes à subdiretoria de Legislação e Perícias Médicas.

A organização em território nacional se faz por Regiões Militares (RM), em resposta a necessidade de cuidado das tropas, por adestramento, mantendo-se o aprontamento das questões de saúde do militar.

Quanto a acessibilidade aos departamentos e serviços em saúde, o Estatuto dos Militares contempla o direito dos militares e dos pensionistas à assistência médica e odontológica para o próprio e seus dependentes familiares, além de proporcionar o desenvolvimento de projetos com acesso à saúde em regiões de difícil provimento técnico-assistencial (EXÉRCITO BRASILEIRO, 1990).

A integração do Sistema de Saúde do Exército ocorre a partir do Sistema de Prestação de Assistência Médico-hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares e o Fundo de Saúde do Exército, que é de contribuição compulsória no soldo base em folha mensal. O Fundo de Saúde do Exército (FUSEx) é constituído de recursos oriundos das contribuições obrigatórias e das indenizações pelos atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, dos militares do Exército, na ativa e na inatividade, dos pensionistas e de seus respectivos dependentes. De acordo com o Ministério da Defesa, a contribuição mensal é obrigatória padrão ocorre com a seguinte organização: 2,98%, destinado à assistência médico-hospitalar, 0,02 % destinados à assistência social (Sistema de Assistência Social do Exército) e há cotas quotas complementares, a depender da existência de beneficiários dependentes. O percentual de desconto é de 0,4 % para um dependente direto, e de 0,5% se possuir mais de um dependente, caso contemplada inclusão na legislação vigente, assumindo-se o teto máximo de contribuição de 3,5%, descontados do soldo.

De acordo com o Exército Brasileiro (2019), as principais características do FUSEx são: Inexistência de carência; Não possui limite de prazo para permanência em internações hospitalares; não apresenta limite de dias para internações em unidade de terapia intensiva; apresenta ampla cobertura de procedimentos; não restringe novas tecnologias, desde que indicadas; Há fornecimento de órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos; Há fornecimento de medicamentos de alto custo; baixo valor de contribuição mensal quando comparado aos valores da saúde suplementar; possibilidade de atendimento no exterior, em casos excepcionais; proporciona evacuação terrestre e aeromédica; e, não oportuniza ônus ao usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária (DIRETORIA DE SAÚDE, 2019).

A estruturação do Sistema de Saúde ocorre atualmente em 545 seções de Saúde instaladas em organizações militares da Força. De acordo com as divulgações do Ministério da Defesa, e como composição tem-se vinte e três postos médicos de Guarnição; quatro policlínicas militares; quinze hospitais de Guarnição; onze hospitais-gerais e um hospital central, o Hospital Central do Exército, localizado no município do Rio de Janeiro. Somando-se a este, tem-se a Escola de Saúde do Exército, o Instituto de Biologia do Exército, das pesquisas biológicas; e o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército, da produção de medicamentos (DIRETORIA DE SAÚDE, 2019).

Quanto à estruturação de prontuários e registros, observa-se a possibilidade de monitoramento de registros de consultas efetivadas, faltas e encaminhamentos realizados. Através dos encaminhamentos realizados a partir de serviços ambulatoriais em guarnições, há o direcionamento dentro do Sistema de Saúde, e, quando indicado, através da prestação de serviços credenciados. O monitoramento estratégico ocorre via sistema de compensação de contas médicas, com o Sistema de Registro de Encaminhamentos (SIRE). O SIRE tem a função de ampliação da visualização estratégica acerca do grupo de procedimentos e exames que está em maior ônus às contas médicas, o que corrobora para a análise acerca da custo-efetividade, ou seja, permite analisar por serviço de saúde, o quantitativo de determinado procedimento ou consulta de especialidade implicado em maior demanda local e regional. Assim, há maior possibilidade de auditoria e avaliação com vistas ao alinhamento de recursos e gestão à política definida para o setor (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2009).

O Sistema de Gestão de Saúde (2018) viabiliza a conferência de consultas e guias de serviços por beneficiário, compensados individualmente e por conjunto de dependentes. O Sistema de Registros Médicos (SIRMED) é um sistema próprio desenvolvido para atender às necessidades do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro quanto aos registros médicos, e tende à integração em plataforma de internet. O SIRMED confere as informações implicadas à eficácia da gestão de saúde, o que auxilia as seções de saúde regionais e das seções de saúde das organizações militares no registro das informações relativas aos atendimentos assistenciais, com o controle pessoal e sanitário das instalações. Por estar organizado em diferentes níveis, permite a identificação da jornada do paciente nas diferentes possibilidades de acessibilidade. Está organizado em três níveis: Gerencial, Regional e Operacional. O nível gerencial é utilizado pela DSAU, enquanto o nível regional é utilizado pela região militar e o nível operacional é utilizado pelo médico atendente das organizações militares. Algumas informações estratégicas são passíveis de disponibilização de registros e relatórios de acordo com as seguintes descrições: atestado de origem; inquérito sanitário de origem, por região militar e/ou médico atendente; natureza dos acidentes; principais diagnósticos por região militar e/ou médico atendente.

No que concerne à articulação nos níveis de atenção com vias à efetiva coordenação do cuidado, estratégias isoladas foram encontradas como descritas, sobretudo no direcionamento da atenção primária como acesso reorganizador no sistema de saúde, atualmente, ainda inexistente neste modelo de atenção para o sistema de saúde do Exército Brasileiro, corroborado também pela inexistência da especialidade de Medicina de Família e Comunidade como parte integrante das especialidades médicas de carreira no Exército Brasileiro. De acordo com Oliveira (2018), em iniciativa recente, com o intuito de humanização do cuidado, foi implementado no Hospital Militar de Área em Brasília o Atendimento Básico de Saúde (ABAS), para fins de agilidade, qualidade e humanização no atendimento dos militares e seus familiares. Atingiu índices de satisfação dos seus beneficiários superior a 90%, diagnóstico precoce de doenças crônicas, proporcionando resolutividade nos cuidados em saúde.

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com a Constituição Federal (1988), a definição de direito de saúde embasou a posterior reorganização do sistema de saúde, até então disposto de forma desarticulada. Os dispositivos constitucionais ratificam a saúde como: "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas". Tais políticas têm como objetivos a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Anterior à promulgação da Constituição, o sistema público de saúde conferia assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, com aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas, na forma de caridade ou pagamentos. Alguns marcos determinantes para a construção do SUS foram a Carta de Ottawa (1976) e a Conferência Nacional de Nacional (1986), que corroboraram para o embasamento dos marcos legais constitucionais, e consolidaram-se a partir das Leis n. 8080, de 19 de Setembro de 1990, e Lei n. 8142, de 28 de Dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Um marco mundial balizador para a construção e reorientação dos sistemas de saúde no mundo foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde (1978), que culminou com a Declaração de Alma Ata, onde houve um esforço entre as sociedades engajadas na garantia de ambientes saudáveis com prioridade de proteger a saúde das pessoas, para reorganização dos cuidados de saúde disponíveis e acessíveis para todos, além de cuidados de saúde boa qualidade, de forma integral com respeito e dignidade à vida das pessoas e populações.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e oferta cobertura à saúde de 210,5 bilhões de habitantes no território nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Apresenta avanços significativos na cobertura ambulatorial em Atenção Primária nos últimos anos. Abrange todos os níveis de atenção à saúde. Com a sua criação, o SUS proporcionou a reorganização do acesso universal ao sistema público de saúde sem discriminação, de forma integral e longitudinal. A gestão das ações é realizada a partir dos estados, entes federativos e municípios, com o controle social de fomento à participação popular. O SUS possui ampla rede assistencial e abrange ações e serviços de saúde (OLIVEIRA, 2018).

O modelo de atenção é variável de acordo com a esfera implicada. Embora exista a mesma regulamentação balizada por modelos de financiamento, o modelo de saúde nacional é pautado na Atenção Primária, e na sua distribuição com vias a jornada no paciente no sistema de saúde.

A Estratégia Saúde da Família é o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde como estratégia e começou a ser implantada em 1991, com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na década de 90, foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família. Posteriormente, com a difusão do modelo de atenção primária como reordenador da saúde dos municípios, estados e distrito federal, implementaram-se estratégias de reorganização assistencial, com reflexos no modelo de reordenamento. Priorizou-se assim ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral, o que ao longo dos anos corroborou para o incremento resultados positivos (BRASIL, 2010).

A estruturação dos modelos de atenção no direcionamento para a acessibilidade ao SUS pela atenção primária pode ser descrita através por atributos essenciais a partir da Medicina centrada na pessoa. É o acesso, com prestação de serviços de primeiro contato; o cuidado longitudinal do paciente, ou seja, o cuidado à saúde do paciente ao longo de todos os ciclos de sua vida; o cuidado integral. Outros atributos são considerados como derivados como a orientação familiar, a orientação comunitária, com o conhecimento epidemiológico do território e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

2.3 O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O Sistema de Saúde Suplementar surge a partir de uma necessidade de regulamentação dos convênios privados de saúde com vias a garantir os direitos e deveres dos beneficiários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000. Ratifica-se o papel regulatório no que concerne a construção de medidas e ações governamentais que envolvam a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.

Em 2001, a Lei nº 10.185, de 12 de Fevereiro de 2001, determinou que as sociedades seguradoras que atuam no mercado de planos de saúde criem empresas

especializadas nesse segmento. As primeiras regras de regulação das garantias financeiras a serem constituídas pelas operadoras foram organizadas a partir deste momento, bem como um sistema de informações de produtos para acompanhamento da assistência prestada aos consumidores.

Sendo hoje o setor de planos e seguros de saúde nacional um dos maiores do mundo, o desenvolvimento ocorreu a partir da previdência social. Como o ano 1923 é considerado o marco do início da Previdência Social no Brasil a partir da Lei Eloy Chaves, desenvolvia-se: "(...) em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados." No ano de 1944, o Banco do Brasil constitui sua caixa de aposentadoria e pensão chamando-o de Cassi, que atualmente é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação (BRASIL, 2013).

A partir do estabelecimento da ANS, as agendas operacionais foram instituídas com vias a garantia de acesso à qualidade assistencial, aprimoramento das interfaces regulatórias, sustentabilidade do setor e integração da saúde suplementar com o SUS. Nos dias atuais, há aproximadamente 47 milhões de beneficiários em planos privados de assistência médica. Diante de um cenário em expansão, a ANS assume em seu processo regulatório diversas medidas com vias a qualidade assistencial e hospitalar que são replicadas a partir de programas, ações e políticas nas operadoras de saúde. Há o monitoramento e se contemplada a ação e o desfecho, ocorrem incentivos financeiros para as operadoras de saúde.

Pautando-se nas avaliações e necessidades de qualidade, a ANS criou o Programa de Certificação de Boas Práticas em Saúde, o que incentiva a melhoria do acesso à rede prestadora, da qualidade da atenção à saúde e da experiência do beneficiário. Neste sentido, observa-se que há fomento à articulação em redes de atenção, sobretudo na base do acesso que corresponde às possibilidades de coordenação do cuidado, na Atenção Primária. Sendo este incentivo à qualidade direcionado a todas as operadoras de saúde, porém assumindo-se um caráter não compulsório, ratifica-se o papel de beneficiamento público na organização dos sistemas de saúde.

Algumas operadoras de sistemas de saúde nacionais vinculados à saúde suplementar adotaram o redirecionamento através de estratégias de economicidade. Cita-se experiências como as da operadora Amil, da UNIMED e de outras operadoras, que atuam no âmbito do seguro-saúde nacionalmente. Particularmente interessante,

o sistema de saúde Amil através de estratégias de custo-efetividade, criou produtos no qual há beneficiamento para o usuário que participa do cuidado compartilhado junto às equipes de saúde, tornando-se parte da carteira de pacientes da atenção primária, com disponibilidade de programas específicos e monitoramento remoto. Há incentivos financeiros que se incluem como a isenção de co-participação no direcionamento do paciente para serviços de saúde a partir da atenção primária, sobretudo pelo Médico de Família e Comunidade. A adaptação do modelo até anteriormente vigente e historicamente implicado na saúde pública ocorre de acordo com a operadora e o diagnóstico populacional estabelecido dentro da carteira de beneficiários de cada instituição, em geral embasados por indicadores que contemplam condições de saúde versus gastos em saúde.

Como pioneira nacionalmente dentro do setor da saúde suplementar, no intuito de oferecer atenção integral à saúde, em 1996, a operadora Cassi com base nos atributos da atenção primária (acesso facilitado, integralidade, coordenação da atenção, primeiro contato e vínculo) e nos princípios da Estratégia Saúde da Família, organizou seus processos assistenciais por meio de um atendimento humanizado, ético, solidário e com as melhores evidências científicas. Partiu-se da Atenção Primária à Saúde para garantir qualidade de vida aos usuários, com apoio de equipes de Saúde da Família estruturadas para a identificação das demandas e necessidades em saúde, em um trabalho compartilhado com a população.

3 CONCLUSÃO

De acordo com as pesquisas realizadas, percebe-se grandes diferenças entre os sistemas assistenciais da saúde suplementar, Exército Brasileiro e Sistema Único no que concerne o modelo assistencial vigente. A reorganização do SUS corrobora para um modelo assistencial pautado na Atenção Primária à Saúde (APS), com financiamento público nos diferentes municípios, e na concepção de custo-efetividade e economicidade vigentes. A saúde suplementar e as operadoras implicadas na assistência à saúde suplementar tendem a seguir a mesma lógica de organização, embasando-se na atenção primária como organizadora do acesso à saúde. Por outro lado, o modelo de organização do sistema de saúde do EB não contempla de forma organizada a estruturação do sistema por níveis de atenção. Embora todo o sistema de saúde do Exército Brasileiro esteja robustamente estruturado sobretudo em tecnologias pesada direcionadas à atenção terciária e quaternária, iniciativas ainda incipientes ocorrem nas forças armadas que contemplam a atenção primária com porta de acesso aos sistemas. A exemplo, a Aeronáutica tem estruturado um plano de carreira para a especialidade Medicina de Família e Comunidade, associando-se a organização de um programa assistencial integrado, com resolutividade no âmbito ambulatorial. A mudança do modelo ambulatorial implica em menor número de especialidades envolvidas no cuidado do paciente e de suas famílias e, conseqüentemente, em maior satisfação para os militares e para suas famílias. No sistema de saúde do EB não foi encontrado descritivo de experiências que envolva a implantação da estratégia de saúde da família. Há algumas experiências focadas no acolhimento do paciente e no atendimento ambulatorial em demanda espontânea, porém com escassa garantia a vinculação profissional-paciente com ênfase na longitudinalidade do cuidado. Em contrapartida, há necessidade de racionalização da política de saúde e seus desdobramentos assistenciais, bem como implementação de contínuas estratégias de qualidade de prestação dos serviços em saúde, uma vez que a inflação médica é crescente e os processos de gerenciamento de recursos devem ocorrer de forma permanente com vias a sustentabilidade de um sistema de importância permanente ao território nacional.

Mundialmente, uma das formas utilizadas para fins de aferição de qualidade é a estruturação no modelo de atenção dos sistemas de saúde baseados no *quadruple*

aim, onde enfatiza-se a experiência positiva do paciente, a satisfação dos profissionais implicados nos cuidados assistenciais, os menores custos e melhores resultados em saúde, o que impactará potencialmente em maior custo-efetividade para o sistema. Trata-se de um conceito desenvolvido pelo Institute for Healthcare Improvement, e em articulação aos diferentes níveis de atenção ratifica possibilidades de consolidação para a coordenação do cuidado e melhores indicadores de saúde em geral para o grupo populacional.

A sistematização de auditorias contínuas é um ponto comum aos sistemas descritos. O prontuário médico do EB é integrado nacionalmente e disposto através de internet, embora requeira aprimoramento no que concerne a geração de listas de pacientes por problemas específicos, o que potencializaria o diagnóstico e monitoramento populacional com vias a melhores indicadores de saúde para determinada população assistida por organização militar. Uma dificuldade identificada é acerca da variabilidade disponível nas organizações mais distantes, que ainda apresentam prontuário não eletrônico em papel.

Diante do incentivo global à reorientação do acesso à saúde a partir da atenção primária, a agência nacional de saúde suplementar incentiva o estabelecimento de estratégias por operadora para a prestação de serviços de qualidade pautando-se em indicadores de saúde com ênfase na jornada do paciente e no monitoramento do cuidado das pessoas e populações.

Através do sistema de registros médicos, há possibilidades de obtenção de dados que quando organizados por grupamentos de população e condições clínicas poderão corroborar para ações de promoção à saúde e prevenção aos militares. O estabelecimento de indicadores de saúde com base nas principais condições de saúde de impacto mundial, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde, seguindo-se de um diagnóstico ampliado para população militar do território militar pode corroborar para um cuidado à saúde efetivo, com possibilidade de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, uma vez que o monitoramento do paciente poderá corroborar para a intervenção o mais precoce possível. Sugere-se que a partir da identificação dos perfis populacionais assistidos por Região Militar seja passível a utilização de indicadores que considerem a proporção de militares e beneficiários efetivamente acompanhados. Para tal, a reorganização do sistema de vigilância local com definição de papéis junto à equipe assistencial pode ser requerido. A exemplo de vigilância com implicação de pessoal assistencial no SUS e na Saúde

Suplementar tem-se o agente de saúde, que realiza o monitoramento ativo presencial e remoto de determinadas populações. Percebe-se assim um grande nicho de possibilidades quanto ao estabelecimento de indicadores assistenciais e de gestão, e a inesgotabilidade do tema no presente trabalho.

Diante do incentivo global à reorientação do acesso à saúde a partir da atenção primária, e mediante as necessidades ratificadas de economia em saúde, a agência nacional de saúde suplementar incentiva o estabelecimento de estratégias por operadora para a prestação de serviços de qualidade pautando-se em indicadores de saúde com ênfase na jornada do paciente e no monitoramento do cuidado das pessoas e populações. Um ponto relevante é a adoção permanente de princípios relativos à transversalidade, coordenação e integralidade do cuidado, com a Medicina centrada na pessoa, para fins de implicação diretamente em intervenções precoces e na economicidade dos recursos.

A partir da análise de leituras referentes aos sistemas anteriormente descritos para fins de comparação, sugere-se que a partir da organização de eixos de gestão possa haver uma reflexão e implantação estratégica com vias a novas possibilidades de conformação de acesso, pautando-se nos seguintes eixos: A. Mudança organizacional e administrativa: ao corroborar para a criação de uma política estruturada de saúde que contemple a atenção primária e a articulação em redes de atenção à saúde; Criação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade como quadro oficial de carreiras do Exército Brasileiro. B. Ampliação do acesso no sistema: reorganização do acesso à saúde sistematizando por unidades médicas de alta resolutividade; liderança e autonomia de gestão associada à avaliação e ao monitoramento estratégico e operacional com aprimoramento dos recursos tecnológicos como o prontuário eletrônico, extinguindo os prontuários de papel remanescentes; C. Governança clínica e gestão do conhecimento, com ênfase na educação permanente dos profissionais. Conjuntamente, avaliar a necessidade de possibilidades formativas para fins de manutenção do corpo permanente com a utilização da inovação. Criar a carteira de serviços da atenção primária modo beneficiário FUSEX e modo profissional para o militar, servidor público civil e para os conveniados, normantizando-se os serviços disponíveis ao militar e às suas famílias; D. Atuação sustentável com foco no desenvolvimento e na qualidade contínuos promovendo programas de certificação, nos modelos já vigentes e em novos modelos, pautados na viabilidade financeira e nos resultados custo-efetivos; E. Coordenação

do cuidado, accountability e responsabilização com os dados, com a prestação de contas e apresentação de indicadores por número de beneficiários militares e familiares assistidos somando-se a participação dos militares gestores e profissionais, além da escuta ativa do paciente para fins de melhoria dos serviços.

Assim, percebem-se oportunidades de estudos contínuos com ênfase na integração do modelo assistencial vigente, sobretudo para a articulação dos níveis primário, secundário, terciário e quaternário, proporcionando unicidade e integralidade do sistema. Sugere-se a continuidade dos estudos, com vistas a definições de novas oportunidades no eixo estratégico e organizacional, bem como o estabelecimento de indicadores de saúde integrados assistenciais e gestão, que possam responder prontamente às vigências de racionalização e proporcionar melhor planejamento, programação e, por consequência, gerenciamento dos recursos estratégicos do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro.

REFERÊNCIAS

AMIL ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL S/A. **Medicina de família é foco de novo plano de saúde:** Amil Life. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.lincx.com.br/portal/web/documentos/conteudo/sala-imprensa/211>. Acesso em: 22.jun.2019.

BORGES, J. P; FAYAD, R. A. [Monografia] **SAMMED/FUSEX:** problemas e soluções. Escola de Comando e Estado Maior do Exército. Rio de Janeiro: ECEME, 1990.

CASSI. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. **A sua família merece atenção integral.** Disponível em: https://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=360:a-sua-familia-merece-atencao-integral&catid=77&Itemid=350&uf=AC. Acesso em 22. jun.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei N. 6880:** Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. 09 dez. 1980.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** Presidência da República. Brasília, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei N. 9656:** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 03 de jun. Brasília, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei N. 9961:** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências .28 de jan. Brasília, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei N. 10185:** Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. 12 de fev. Brasília, 2001.

BRASIL, Departamento Geral de Pessoal. **Portaria nº 046-DGP,** de 26 de abril. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Brasília, DF. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 08 maio. 2019.

BRASIL. O Exército Brasileiro. Portal D Sau. **Diretoria de Saúde:** a Saúde da nossa força. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/competencia>. Acesso em 07 maio. 2019.

BRASIL. O Exército Brasileiro. **Fundo de Saúde do Exército:** FUSEX. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.eb.mil.br/web/interno/fusex>. Acesso em: 07 maio. 2019.

BRASIL, Exército Brasileiro. Sistema de Registro de Encaminhamentos (SIRE). Manual do Usuário. **Módulo X:** agenda e marcação de consulta. 2009. Disponível em:

https://www2.dgp.eb.mil.br//sagre/manual/sire/ManualSIRE_MarcacaoConsulta.pdf. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva. Brasília, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação de saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, ANS, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar em Saúde. **Resolução Normativa nº 440**, de 13 de dezembro de 2018. Programa de Certificação de Boas Práticas. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL, Exército Brasileiro. Sistema de Gestão do Desempenho. **Caderno Informativo do SGD. O Gestor**. 2018. Disponível em: <http://daprom.dgp.eb.mil.br/phocadownload/Lesgislacao/SGD---O-Gestor-2Atual.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4326-stf-reconhece-constitucionalidade-do-marco-regulatorio>. Acesso em: 06 maio. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html> Acesso em 01 Ago. 2019.

INSTITUTE FOR A HEALTHCARE IMPROVEMENT. Triple Aim for populations. Disponível em: <http://www.ihl.org>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OPAS, 2011.

OLIVEIRA, W.S. [Trabalho de Conclusão de Curso] **Atenção primária à saúde nas forças armadas**: reduzindo custos em saúde. Escola de Saúde do Exército Brasileiro. Rio de Janeiro, 2018.

PAIM J. O que é o SUS. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. TRAVASSOS, C. L. ALMEIDA, C. BAHIA, L. MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. Vol 377, n.21 Mai, 2011.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família**: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção

básica (ICSAB). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1903-1914, jun. Rio de Janeiro, 2018.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção Primária em Saúde (rcaPS) na cidade do rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n.5, p.1327-1338, Rio de Janeiro, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**; Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.