

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**LÍDIA MARIA LOURENÇÖN RODRIGUES**

**Estrutura da Atenção Primária à Saúde e internações por doenças sensíveis à  
Atenção Básica nos municípios da DRS XIII**

**Ribeirão Preto**  
**2015**

LÍDIA MARIA LOURENÇÕN RODRIGUES

**Estrutura da Atenção Primária à Saúde e interações por doenças sensíveis à  
Atenção Básica nos municípios da DRS XIII**

Projeto de Pesquisa a ser apresentado ao  
Programa de Pós-graduação do Departamento de  
Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão  
Preto da Universidade de São Paulo, para exame de  
qualificação em nível de Mestrado em Saúde da  
Comunidade.

Área de concentração: Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária à saúde.

**Orientador: Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava**

**Ribeirão Preto**

**2015**

## Sumário

<b>1. Apresentação</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Introdução</b> .....	<b>8</b>
2.1 Considerações históricas sobre a saúde no Brasil.....	12
2.2. Sobre a atenção primária à saúde.....	15
2.3. Determinantes extra-médicos da saúde .....	12
2.4. Organização político-administrativa da APS.....	13
2.5. Política Nacional de Atenção Básica: algumas considerações .....	15
<b>3. Justificativa</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>18</b>
4.1. Objetivo geral.....	18
4.2. Objetivos específicos .....	18
<b>5. Material e Métodos</b> .....	<b>19</b>
5.1. Tipo de estudo .....	19
5.2. Condições sensíveis à Atenção Básica.....	19
5.3. Campo do estudo.....	20
5.4. Dimensões do estudo .....	21
5.5. Coleta dos dados .....	21
5.6. Análise dos dados.....	22
<b>6. Considerações éticas</b> .....	<b>23</b>
<b>7. Cronograma das atividades</b> .....	<b>23</b>
<b>8. Referências bibliográficas</b> .....	<b>24</b>

**Capítulo da dissertação construído a respeito do tema do primeiro módulo da disciplina denominado: “O direito à vida e à saúde como direitos subjetivos fundamentais”.**

**O capítulo foi redigido com informações extraídas das discussões em sala de aula, contendo como foco do trabalho a atenção primária à saúde e suas questões de divisão administrativa e financiamento.**

**O presente capítulo será incorporado ao trabalho na qualidade de Introdução.**

## **CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A SAÚDE NO BRASIL**

No início do processo de colonização do território brasileiro, não havia programas de atenção e organização em saúde e pouco se conhecia acerca de procedimentos médicos e medicamentos eficazes para as enfermidades existentes no território nacional. A atenção à saúde era limitada a conhecimentos empíricos dos nativos da terra, que desenvolviam habilidades a fim de alcançar o que chamavam de cura (Albuquerque, 1981).

A necessidade de organização sanitária no país se deu com a chegada da família real portuguesa no Rio de Janeiro, capital do Brasil neste período. As atividades públicas em saúde eram basicamente atribuições sanitárias nas juntas municipais e controle de navios e saúde dos portos até o ano de 1850. Tal organização sanitária possuía o mesmo caráter unitário e centralizador da organização política imperial. Devido à carência de profissionais médicos, que em alguns estados do país eram inexistentes, em 1808, Dom João VI fundou o Colégio Médico-Cirúrgico na Bahia e, no mesmo ano, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, junto ao Hospital Militar da cidade (Campos, Oliveira, Tonon, 1998).

Com a proclamação da república, uma nova organização jurídico-política surgia embasada em um estado capitalista. Nesta época, um surto de epidemias caracterizava um quadro sanitário caótico na cidade do Rio de Janeiro com o surgimento da varíola, da malária, da febre amarela e da peste, gerando consequências graves para a saúde coletiva e para as exportações do país. Oswaldo Cruz, nomeado Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública por Rodrigues Alves, promoveu o chamado modelo campanhista, concebido em uma visão militar e autoritária onde a força era principal instrumento de ação. As medidas adotadas despertaram a revolta da população que se agrava em outubro de 1904 com a campanha de vacinação obrigatória anti-varíola, dando origem à chamada revolta da vacina. Mesmo com os abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes avanços no controle das

epidemias, erradicando a febre amarela no Rio de Janeiro. Elementos como o registro demográfico, o laboratório como auxiliar do diagnóstico de doenças e a fabricação de produtos de profilaxia para uso da população foram incorporados às reformas promovidas por Oswaldo Cruz, criador também do Instituto soroterápico federal, posteriormente conhecido como Instituto Oswaldo Cruz (Possas, 1981).

No ano de 1920, o sucessor de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, reestrutura o Departamento Nacional de saúde e introduz a propaganda e educação sanitária, criando órgãos especializados em doenças venéreas, assistência hospitalar e higiene industrial. Neste período foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery. Apesar das diversas mudanças assistências promovidas por Carlos Chagas, o modelo do sanitarismo campanhista predominou até o início dos anos 60, pois havia a necessidade de erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar as exportações, já que o país vivia uma economia agroexportadora, solidificada na monocultura cafeeira (Oliveira e Teixeira, 1985).

Consolidou-se assim, uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico proveniente, em sua maioria, da oligarquia de origem agrária, que dominou a República Velha.

Neste período houve a criação de institutos de seguridade social por Getúlio Vargas, favorecendo a classe de trabalhadores urbanos. A atenção médica nestes programas implantados possuía caráter clientelista, atrelando sindicatos e institutos do Estado de São Paulo e determinando a formação e a participação de seus integrantes na gestão dessas organizações sociais. No estado novo, Vargas pode então exercer máximo controle político sobre tais institutos, observando-se, portanto, o predomínio do modelo de gestão centralista, autoritário corporativo, clientelista e paternalista (Luz, 1991).

Dos anos 50 aos 60, havia crise do regime anterior populista e o desejo de implantar-se um projeto de desenvolvimento econômico moderno, integrado ao capitalismo industrial. As políticas de saúde neste momento apresentavam-se compostas pelo modelo campanhista e o modelo curativista, ineficazes diante dos problemas de saúde das populações urbana e rural. A incompetência e ineficiência dos programas de saúde existentes geravam falta de soluções para a administração e prestação de serviços médicos, sendo eles de caráter público ou individual. No início dos anos 60, o anseio pela mudança política e social deu origem a um movimento liderado pelas elites progressistas do país que reivindicava, entre outras reformas, a sanitária.

Tal movimento foi fortemente reprimido dando origem posteriormente ao Golpe militar de 1964 (Luz, 1991).

Durante os 20 anos de ditadura militar surgiu uma nova proposta de organização da saúde no Brasil. Neste período houve a concentração do poder institucional, aliando a política campanhista à curativista, medida até então inédita na história do país. Atos institucionais e decretos presidenciais modificavam a constituição interferindo nos direitos de cidadania e direitos a informação social, desfavorecendo, social e economicamente, a massa trabalhadora (Oliveira, Teixeira, 1985).

Entre os anos de 1968 e 1975, devido às graves condições de saúde presentes no país, houve um aumento da demanda por atendimento médico, crescendo então o prestígio da classe médica, o incentivo fiscal da previdência social para a construção de centros e clínicas médicas, o número de faculdades de medicina em todo território nacional e a organização da política de convênios entre os institutos de previdência social e os hospitais e clínicas. Devido a essas mudanças geradas no sistema de saúde do Brasil, denominou-se esse período de “O Milagre Brasileiro” (Nicz, 1988).

O que se observou foi um desenvolvimento da assistência médica aquém da realidade sanitária da população brasileira, com crescimento do setor empresarial médico e com serviços voltados à especialização e ao crescimento tecnológico dos equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

No fim dos anos 70 surgiram novos movimentos políticos centrados na mudança das políticas de saúde. Muitos deputados estaduais que defendiam a reforma do sistema de saúde foram eleitos, nas primeiras eleições livres para o Congresso Legislativo em 1982, pela população insatisfeita com as poucas verbas destinadas à saúde pública. A partir de então, a sociedade civil começa a reivindicar os direitos de cidadania dos brasileiros e a colocá-los como um dever do estado (Luz, 1991).

No período compreendido entre 1985 e 1989, as propostas para reforma da saúde no Brasil eram embasadas na descentralização institucional. A classe de trabalhadores da saúde organizava discursos e debates para confrontar interesses econômicos e políticos em seu campo de atuação, a fim de ascender à possibilidade de contribuir para as diretrizes e as posições das políticas de saúde brasileiras. Um importante ponto divergente nestes conflitos eram os interesses da classe burguesa de maior poder aquisitivo e da classe de trabalhadores urbanos e

rurais, o que dificultava a gestão e o financiamento dos serviços de saúde, a integração e a hierarquização desses serviços por nível de complexidade (Luz, 1991).

Ainda de acordo com Luz (1991), durante esse período, foram adotadas algumas medidas para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde como, por exemplo, a descentralização em níveis municipal e distrital e a criação de ações de saúde. Posteriormente, a concepção de que a saúde seria um dever do estado e um direito do cidadão gerou discussões até o ano de 1988, onde foi reconhecida na Nova Constituição e a saúde passa a ser um exercício dos direitos de cidadania.

A tomada de consciência pela sociedade civil acerca do papel da saúde na vida coletiva trouxe grande novidade para o período e uma mudança na visão dos trabalhadores a respeito de suas contribuições para o financiamento dos serviços médicos da previdência social.

No período de elaboração da Constituição federal foi idealizado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) como estratégia de transição para o que seria posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS). O Suds incorporava os governadores do estado na disputa de recursos previdenciários e constituía uma estadualização de serviços. Como resultado de diferentes propostas para a saúde na Assembleia Nacional Constituinte, foi aprovada na Constituição Federal de 1988, a criação do SUS, assegurando o direito à saúde, embasado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, sendo um sistema descentralizado, hierarquizado e com participação ativa da população. A partir deste novo sistema, a concepção de saúde ganhou então novos conceitos, definindo também elementos condicionantes da saúde como o meio físico, socioeconômico e cultural e a garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

A partir do projeto do SUS, entende-se melhor a regionalização e hierarquização de serviços, agora organizados em níveis de complexidade, divididos em áreas geográficas, planejados a partir de estudos epidemiológicos das populações-alvo e com a definição do tipo de demanda e de clientes a serem contemplados. Com isso, deve-se garantir o acesso integral aos serviços de saúde para cada caso, considerando-se os recursos disponíveis em cada região, controlando e racionando os gastos no sistema (Mendes, 2009).

Também se destaca a participação da população na criação do SUS e em sua consolidação, regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, que estabelece responsabilidades sanitárias, epidemiológicas e de saúde do trabalhador, regulamenta o financiamento do sistema, formaliza os atendimentos de saúde e relaciona o poder público com

a participação popular e de entidades privadas. Para que seja possível operacionalizar o sistema da melhor maneira, instrumentos como as Normas Operacionais Básicas do SUS tem sido utilizados pelo Ministério da Saúde (Finkelman, 2002).

No período entre 1991 e 1994, o então presidente eleito Fernando Collor de Mello inicia um processo político privatizante e a redução de gastos atingiu também o setor da saúde no Brasil. O governo começa a editar as Normas Operacionais Básicas (NOB), redefinindo o financiamento dos serviços prestados pelo SUS aos municípios. Após o fracasso das medidas econômicas e do *impeachment* do Presidente Collor, Fernando Henrique Cardoso assumiu o governo federal no ano de 1995. A partir de então, se inicia um processo de intensificação das privatizações de empresas estatais, aumentando a dimensão da crise de financiamento do SUS, o que agravou ainda mais a operacionalização do sistema. Havia carência no atendimento hospitalar, escassez de leitos em grandes centros urbanos e iniciou-se o processo de criação de planos particulares de saúde por hospitais filantrópicos. Com esses acontecimentos, os hospitais universitários, referências em assistência médica hospitalar a nível do SUS também entraram em crise, devido principalmente ao baixo valor pago pelos serviços prestados e a liberação tardia desses recursos, e sofreram, portanto, uma redução no número de atendimentos (Brasil, 2001).

Os hospitais então tiveram que buscar convênios para captação de recursos financeiros necessários à prestação de serviços médicos.

Em 2002, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foram suspensas as privatizações e houve a promoção de um programa com o foco no desenvolvimento. Neste período, surgiram programas como o de controle e prevenção do HIV/AIDS e de controle do tabagismo. Também se estabeleceu a Agência Nacional de Saúde Suplementar no mesmo ano. Já no ano de 2006, algumas normas regulamentadoras em saúde foram substituídas pelo chamado Pacto pela saúde, um acordo entre gestores a fim de que cada um assumisse compromissos mútuos sobre as responsabilidades em nível de saúde (Ministério da Saúde, 2006). A partir de então, as decisões pertinentes à saúde eram decididas por consenso em conselhos de saúde e comitês intergestores estaduais e federais, bipartite e tripartite, respectivamente, assegurando o apoio à implementação da política nacional de saúde (Miranda, 2007).

O Sistema Único de Saúde, mesmo após 20 anos de sua implantação e já no período democrático, ainda enfrenta inúmeros desafios para sua consolidação. Para que isso aconteça,

pontos como o fortalecimento da gestão em saúde, a regionalização de serviços e a regulação do atendimento médico são enfatizados na conformação das redes de atenção à saúde. Os hospitais, principalmente os universitários, tidos como referência no atendimento público no terceiro nível de complexidade, devem integrar tais aspectos com a ordenação do fluxo de pacientes, através de uma rede regional hierarquizada de atenção à saúde (Dallora, 2010).

Na atualidade, o sistema de saúde brasileiro constitui-se em uma rede complexa de prestação e compra de serviços que geram uma combinação entre o público e o privado. O sistema é dividido em subsetores: o público, o privado e o de saúde suplementar. No primeiro subsistema, os serviços de saúde recebem financiamento do estado em nível federal, estadual e municipal. No segundo, os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos tanto públicos como privados e, no terceiro subsistema, há diferentes tipos de planos privados de saúde e apólices de seguro. Os usuários deste sistema podem utilizar os serviços em qualquer um dos subsetores, de acordo com o acesso ou a possibilidade de pagamento (Paim et al., 2011).

Esse sistema de saúde é financiado, portanto, por impostos gerais, contribuições em programas sociais específicos, gastos dos empregadores com a saúde e desembolso direto. Para o SUS, o financiamento vem das receitas estatais e contribuições orçamentárias federais, estaduais e municipais e de caráter privado.

A partir de 2003, houve um aumento da despesa federal com a saúde, porém os ajustes sofridos com a inflação acarretaram uma redução líquida sendo gastos, neste ano, apenas 8,4% do produto interno bruto com saúde, representando 41% diante a proporção pública da despesa com saúde. Países como Reino Unido e Espanha apresentavam na época, uma porcentagem de 82% e 71,8%, respectivamente (Paim et al., 2011). Neste período, houve investimentos e maior organização principalmente do sistema de atenção primária (nível primário de complexidade) que trouxeram alguns resultados positivos como, por exemplo, a proporção de 57% de brasileiros que referiram utilizar a atenção básica como serviço de saúde habitual (Paim et al., 2011).

Segundo os mesmos autores, no ano de 2008 93% de pessoas que buscaram serviços de saúde referiram ter recebido tratamento, sugerindo que a atenção e o cuidado médico estariam disponíveis para a maioria das pessoas que os buscavam.

Hoje, novos desafios são enfrentados para a consolidação de uma assistência em saúde integral e é necessária a criação de uma nova estrutura financeira, garantindo ao SUS bases sólidas que o sustentem econômica, científica e politicamente (Paim et al., 2011).

## Sobre a Atenção Primária à Saúde

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2005), a atenção primária à saúde (APS) constitui-se na estratégia adequada para a produção de melhorias e maior equidade nos sistemas nacionais de saúde, incorporando valores como a equidade, princípios como a responsabilidade governamental e a participação social e elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde como a integralidade e a longitudinalidade.

Para Starfield (2002), a definição que operacionaliza a APS baseia-se em quatro atributos indispensáveis, que são o acesso de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, e três atributos derivados que qualificam os serviços de APS, que são a orientação familiar, comunitária e a competência cultural.

O primeiro atributo essencial significa a acessibilidade ao serviço de saúde e sua utilização como fonte de cuidado a cada novo episódio de uma determinada enfermidade, excluindo-se emergências e urgências médicas. O segundo preconiza a existência de uma fonte continuada de atenção refletindo uma relação interpessoal de confiança mútua entre os usuários e os profissionais da saúde. Já o terceiro discorre sobre um conjunto de serviços disponíveis e realizados na atenção primária, dentre eles, os de caráter biopsicossocial como as ações de proteção, promoção, prevenção, cura e reabilitação que se adequem ao contexto de atenção básica. O quarto atributo refere-se à formas de continuidade dos atendimentos, sejam elas pelo mesmo profissional ou por prontuários médicos e pressupõe a integração de cuidados provenientes de outros serviços no cuidado global do paciente (Ministério da Saúde, 2010).

O primeiro dos atributos derivados, também denominado atenção à saúde centrada na família, consiste na avaliação de necessidades individuais para a construção da atenção integral, considerando-se o conceito familiar e os cuidados aos indivíduos e também, as ameaças à saúde. O segundo destes atributos classifica o reconhecimento das necessidades da comunidade em saúde por parte do serviço de saúde, por meio da epidemiologia e do contato com a realidade da comunidade, possibilitando planejamentos e avaliações dos serviços prestados. O terceiro diz respeito aos profissionais de saúde e sua adaptação ao meio cultural da população em questão, propiciando uma comunicação efetiva e relação com a mesma. Assim, um serviço de atenção básica, dirigido à determinada população, deve apresentar tais atributos, potencializando a interação do sistema de saúde com os indivíduos usuários e orientando os serviços de saúde para a promoção da atenção integral. Também por meio da identificação

empírica dos atributos da Atenção Primária à saúde, é possível verificar a efetividade da atenção sobre a saúde da população (Ministério da Saúde, 2010).

A consolidação de ações para a Saúde da Família, como a ESF – Estratégia de Saúde da Família é capaz de promover ações resolutivas em saúde e a presença cada vez mais constante dos atributos necessários para que a Atenção Primária à Saúde ocorra da melhor forma (Starfield, 2002).

Ela representa a principal porta de entrada para a assistência no SUS em território nacional, articulando ações em todos os níveis desde a prevenção até a cura e reabilitação e sendo regida nas diretrizes da universalidade, integralidade e equidade. Quando este nível de atenção se encontra comprometido pela falta de efetividade de seus serviços, compromete também a resolutividade dos níveis subsequentes, afetando assim, toda a rede de saúde (Boing et al., 2012).

Segundo Elias (2008) a efetividade da atenção primária está agregada à redução de custos e aumento da produtividade, adequação de indicadores de saúde e maior satisfação dos usuários do serviço, mesmo em lugares onde há grande heterogeneidade social.

A reorganização do modelo assistencial brasileiro traz a estruturação da rede primária baseada na Estratégia da Saúde da Família (ESF) como principal estratégia para a consolidação deste nível assistencial, oferecendo cobertura às reais necessidades da população. Essa estratégia vem trazendo resultados positivos documentados em pesquisas de diversos países (Gerhardt, 2006). No Brasil, o Programa Saúde da Família, considerado como uma ESF, foi implantado no ano de 1994. A partir de então, o Ministério da Saúde afirma que, para a consolidação dessa estratégia, é necessária a avaliação constante da capacidade de produção de resultados positivos na qualidade de vida e de assistência da população (Ferreira, Dias e Mishima, 2012).

Segundo Macinko (2004; 2011) reformas específicas do sistema de saúde como a expansão da Saúde da Família são de extrema importância para identificar problemas de acesso aos serviços de atenção básica e de qualidade dos serviços, monitorando o desempenho do sistema de atenção primária. Porém, para o autor, existem algumas limitações no uso deste novo indicador, características exógenas à atenção primária como a dificuldade para detectar problemas em áreas pequenas, tendências e mudanças pontuais, o uso de dados secundários e a dependência das informações hospitalares sendo impossível analisar o que ocorre fora dos hospitais.

O conceito de Condições Sensíveis a Atenção Primária – CSAP - foi criado no final da década de 80 por John Billings, nos Estados Unidos, baseando-se no conceito de mortes evitáveis com o intuito de identificar porções da população norte-americana sem acesso à atenção primária e reconhecer o impacto financeiros deste fator (Ferreira, Dias e Mishima, 2012).

O indicador Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB) foi apresentado no III Seminário Internacional sobre Atenção Primária – Saúde da Família, realizado no ano de 2007 no Brasil, e foi definido como internações que deveriam ser evitadas se houvesse efetividade e acessibilidade nos serviços de atenção básica (Rehem e Egry, 2011).

No sentido de apoiar a avaliação e o monitoramento da efetividade dos serviços prestados na atenção primária, criou-se no ano de 2008, uma lista de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), publicada na portaria nº 221 do Ministério da Saúde (MS) de 17 de abril. Essa lista reúne um conjunto de doenças que podem ser evitadas por meio dos cuidados ainda na atenção primária, controlando os episódios agudos e as doenças ou condições crônicas. Sendo assim, as internações por CSAP se constituem em um importante monitoramento da qualidade e do acesso aos serviços de saúde em nível básico (Junqueira e Duarte, 2012).

Para Caminal e Casanova (2003), o que reforça a utilização das internações por CSAP como indicador de atividade hospitalar, é a possibilidade de diminuição das hospitalizações por meio do aumento de medidas preventivas e melhoria dos procedimentos ambulatoriais, condições refletidas de uma alta resolução por parte da atenção primária.

Hospitalizações por doenças infecciosas passíveis de prevenção como, por exemplo, o sarampo, o tétano e a difteria, podem ser evitadas bem como aquelas doenças cujas complicações podem ser atenuadas se houver diagnóstico e tratamentos precoces como, por exemplo, as gastroenterites. Se houver uma atenção primária de qualidade, as internações sofrerão redução assim como as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (Caminal et al., 2003).

Nas pesquisas de Ansari et al. (2006) e Alfradique et al (2009), pressupõe-se que se há qualidade nos serviços prestados na AP, é possível evitar ou reduzir significativamente a frequência de internações por algumas condições sensíveis a esse nível de saúde. Sendo assim, as altas taxas de hospitalizações por doenças sensíveis à atenção básica podem indicar baixa

qualidade na oferta e na utilização dos serviços de AP e também um baixo acesso da população a tais serviços.

No trabalho de Rehem e Egry (2011) foi feita a análise dos dados secundários de internações sensíveis à Atenção Primária para os 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo entre os anos de 2000 e 2007. Quando analisadas somente as ICSAP, para o Estado de São Paulo, elas apresentam uma tendência de redução. Quando analisadas junto às internações gerais, ambas apresentam tendência de crescimento, supondo que o aumento das internações gerais pode contribuir para o aumento nas ICSAP. Com relação aos grupos de causas, em todos os DRS do Estado as internações por diabetes reduziram, em oito DRS as internações por hipertensão aumentaram e somente em 2 DRS houve aumento das internações por doenças que podem ser prevenidas por imunização como, por exemplo, as infecções de ouvido, nariz e garganta e as doenças pulmonares. Os autores também destacam o fato de as internações por doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto sofreram aumento em mais de 10 DRS, assim como as internações por pneumonias bacterianas e infecções de pele e tecido subcutâneo, podendo significar uma menor organização da atenção primária para atender a estes diagnósticos ou uma menor sensibilidade dos mesmos a este nível de atenção.

No trabalho de Junqueira e Duarte (2012) foram analisados os coeficientes de internações por causas sensíveis à atenção primária, utilizando-se de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, do ano de 2008, e a Classificação Internacional de Doenças para o diagnóstico da internação. Calcularam-se a frequência absoluta, proporção e coeficiente de internações, de acordo com sua causa, faixa etária dos sujeitos e sexo. Os autores encontraram cerca de 20% das internações no SUS causadas por doenças sensíveis à AB, sendo as mais frequentes gastroenterites, insuficiência cardíaca e infecções do rim e trato urinário. Os coeficientes dessas internações apresentaram redução somente na faixa etária de um a 29 anos e foram discretamente maiores no sexo feminino na faixa etária de 20 a 29 anos. Os autores apresentam como conclusão que análises como estas se configuram em um importante instrumento para implementação de ações visando maior resolubilidade da atenção primária e uso eficiente (eficaz) dos recursos públicos dispostos para tal, sendo possível refletir na redução de gastos na assistência de média e alta complexidade.

A pesquisa realizada por Ferreira et al. (2014) teve como objetivo descrever as internações por condições sensíveis à atenção primária na região de São José do Rio Preto. Foi

utilizado o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) como fonte de dados, considerando-se os dados de 2008 a 2010. O coeficiente encontrado de ICSAP foi em torno de 13/1000 habitantes a cada ano e os diagnósticos mais frequentes foram insuficiência cardíaca, angina, infecções do aparelho urinário entre outras, responsáveis por mais de 40% do total de internações. O estudo apontou, portanto, que no período estudado houve aumento dos coeficientes de ICSAP na Regional de Saúde de São José do Rio Preto-SP e que essas internações foram mais frequentes no sexo feminino e na faixa etária adulta. Os autores destacam a importância de se realizarem estudos comparativos aos achados de sua pesquisa, a fim de identificar os potenciais e as fragilidades do cenário regional em saúde, estimulando os gestores à elaboração de ações e projetos voltados à necessidade da população e consolidando a integralidade da rede de saúde.

### **Determinantes extra médicos da saúde**

Para Breilh e Granda (1986) os determinantes da saúde configuram condições necessárias para a existência da saúde que são socialmente definidas.

São considerados como principais determinantes sociais do processo saúde-doença o sexo, a raça/etnia, a renda familiar, a classe social, as condições de moradia, as categorias profissionais da população e os padrões culturais, entre outros (Reis, 2005).

Segundo Pereira (1986; 2003), os problemas de saúde tratados pela Medicina Social, implicam em um profundo estudo sobre a população e seu sistema econômico e social, caracterizando e analisando fatores e condições sociais que levam à manifestação de alguns fenômenos nos vários segmentos da população. Este ramo da Medicina considera o homem doente um participante de determinadas relações sociais que precisam ser levadas em conta dentro do processo Saúde-doença. Os estudiosos da área acreditam que a explicação das doenças e sua cura são vistas com maior clareza quando há o conhecimento do contexto social em que vivem as pessoas, mudando a concepção da Medicina para uma ciência não só de caráter biológico como também histórico-social.

Para o autor, a Medicina Social propõe uma visão mais abrangente da doença e dos indivíduos doentes, oferecendo uma interpretação com maior rigor sociológico e com soluções mais relevantes do mesmo ponto de vista e caracterizando grande parte das doenças como manifestações das relações sociais às quais o indivíduo está exposto, sendo de extrema importância a melhoria nas condições de vida da população por meio da diminuição da

desnutrição, do acesso à moradia digna e do trabalho físico e mental menos desgastante. Desvincular tais aspectos da condição de saúde de um indivíduo significa conduzi-lo à abstração, algo fora do que é real.

Reduzir a visão sobre saúde e doença significa deixar de considerar todo o trajeto vivenciado por alguém durante sua vida, as experiências às que é exposto, sua história e seus conflitos.

### Organização Político-administrativa da APS

A partir do projeto do SUS, promoveu-se a compreensão dos conceitos de regionalização e hierarquização de serviços, agora então organizados em níveis de complexidade, divididos em áreas geográficas e planejados a partir de estudos epidemiológicos das populações-alvo, com a definição do tipo de demanda e de clientes a serem contemplados (Mendes, 2009).

Em relação às redes de atenção à saúde no Brasil, o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), em publicação acerca dos avanços e desafios do SUS, discutiu a crise do modelo de atenção à saúde implantado, decorrente de uma incoerência entre uma situação epidemiológica, cuja carga de doenças é composta em 75% por condições crônicas, enquanto que o modelo de atenção à saúde, instituído está voltado para atenção às condições agudas (Brasil, 2006c).

Mendes (2007) reforça esta discussão, colocando que a situação atual do Brasil é de tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas com a saúde reprodutiva, prevalência das doenças crônicas e o forte crescimento da violência e das causas externas. Esse desencontro, fortemente dominado pelas doenças crônicas, com um sistema voltado para atender condições agudas, reflete em crise no sistema de saúde. Segundo o mesmo autor, essa condição impõe ao SUS a necessidade de estruturar-se sob a forma de redes de atenção, com mudança radical em seu modelo hierárquico piramidal, expresso por níveis de atenção, para um modelo poliárquico. Na perspectiva de redes poliárquicas, não há relação de subordinação e todos os serviços são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns, ou seja, não se valoriza mais um serviço e menos o outro, independente de serem de nível primário, secundário ou terciário em complexidade. Assim, obtém-se a clareza da importância e funcionalidade de cada ponto do sistema de atendimento que se propõe equitativo, universal e integral (Mendes, 2007a).

Devido à importância da Atenção Básica (AB) para o atual cenário brasileiro, deve ser prioridade o seu fortalecimento por meio da participação concreta e bem estabelecida das esferas governamentais federal, estadual e municipal.

A Lei 8.080/1990, também denominada Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, estabelece, dentre suas diretrizes, a descentralização político-administrativa do sistema e preconiza o Ministério da Saúde como gestor da União (CONASS, 2006). Esse processo de organização fortaleceu-se após a implementação da Norma Operacional Básica – a NOB SUS 01/1996 – e a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001, ampliando as responsabilidades da esfera municipal na Atenção Básica e criando um ambiente mais favorável ao fortalecimento da gestão do SUS (Brasil, 2006).

No ano de 2006, o Pacto pela Saúde constituído das componentes ‘Pacto pela Vida’, ‘Pacto em Defesa do SUS’ e ‘Pacto de Gestão’, estabeleceu prioridades de atenção e responsabilidades dentro da gestão do SUS. Este Pacto, junto a outros fatores, propiciou a reorganização da regionalização do SUS no estado de São Paulo e a sua organização configurada em cinco macrorregiões, 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e 64 Regiões de Saúde (CGR). Concomitantemente, estabeleceu-se um conjunto de 54 indicadores de saúde, a fim de contemplar as prioridades do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida (Brasil, 2008).

Descentralizar e regionalizar se apresentam como fundamentais para o processo de planejamento em saúde. Assim, são considerados esquemas de implantação de serviços e ações de saúde em determinado espaço, integrado hierarquicamente, aperfeiçoando então, a oferta e a capacidade resolutiva da rede sem o desperdício de recursos financeiros (Lima, 1999).

### **Política Nacional de Atenção Básica: algumas considerações**

Segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, revisando diretrizes e normas para sua organização, a Atenção Básica é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção do estado saudável a fim de promover uma atenção integral impactante na saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde coletiva. As práticas de gestão são exercidas democrática e participativamente, com equipes direcionadas a

territórios definidos, assumindo responsabilidades de controle sanitário e utilizando tecnologias que auxiliam o manejo de demandas e necessidades de saúde mais frequentes no território onde vivem as populações assistidas. Além de ser desenvolvida sob os princípios de descentralização e capilaridade, a Atenção Básica busca orientar-se pela universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, humanização, equidade e pela participação social, ente outros (Ministério da Saúde, 2011).

Essa Portaria também define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a integralidade aos cuidados em saúde, direcionando as necessidades de saúde da população. São formadas por ações e serviços de saúde articulados com base territorial e diversos atributos como, por exemplo, a Atenção Básica como principal porta de entrada do sistema de saúde, tendo caráter resolutivo, coordenando o cuidado aos usuários do sistema e ordenando as redes a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

O texto traz a importância da articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas, buscando apoio, qualificação e cooperação nos diferentes contextos em saúde (Ministério da Saúde, 2011).

O Decreto nº 7.508, de 26 de junho de 2011, vem regulamentar a Lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O documento considera Região de saúde como um espaço geográfico constituído por agrupamentos de Municípios, delimitado por identidades culturais, sociais e econômicas, que possuem redes de transportes compartilhadas e tem a finalidade de integrar a organização e a execução de ações e serviços de saúde. Também caracteriza o Mapa da saúde como a descrição geográfica da distribuição dos recursos humanos e ações de saúde ofertados pelo SUS e iniciativa privada, considerando a capacidade instalada, os investimentos realizados e o desempenho verificado por meio de indicadores de saúde, as Redes de Atenção à Saúde como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente para que seja garantida a integralidade da assistência à Saúde e pauta a organização do SUS nas regiões de saúde e serviços ofertados e no princípio de hierarquização, por meio de rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade de cada serviço. O Decreto estabelece que o planejamento da saúde deve considerar serviços e ações prestados pela iniciativa privada complementar ou não ao SUS, que deverão compor os

Mapas de Saúde regional, estadual e nacional e destaca a utilização do Mapa da Saúde para a identificação das necessidades de saúde da população e orientação do planejamento integrado interfederativo, com o objetivo de estabelecer metas de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1337-49.

Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Praventiv med* 2003; 48: 33-43.

Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Med Care Res Rev.* 2006; 63(6):719-41.

Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012; 28(3): 515-526.

Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2004; 33:305-11.

Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12:162-73.

Boing AF, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MO, Vicenzi RB, Magajewski F. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(2): 359-66.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. Regionalização Solidária e Cooperativa. *Série Pacto pela Saúde*, 2006; 3. Brasília: Ministério da Saúde, p. 40, 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria n. 221, 17 abril 2008. Diário Oficial da União 2007; 21 set.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado setembro 2015]. Disponível em: <http://www.datsus.gov.br>).

Breilh J & Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. *São Paulo*: ABRASCO, 1986.

Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria* 2003; 31:6-17.

Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):61-65.

Caminal J, Starfi eld B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14(3):246-51.

Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mai 2012; 28(5):845-855.

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/cerest/index.php?pagina=/cerest/i16cidades.htm>. (acesso em 15 set 2015).

Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. (acesso em 10 set. 2015).

CONASS. SUS: Avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006. 164 p. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/pdfs/livro\\_sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf)>. (acesso em: 13 set. 2015).

Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Demografia Médica do Estado de São Paulo, 2012. [internet]. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=20](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=20)>. (acesso em 20 out. 2014).

Dutra, CDC. Rede de atenção à saúde da pessoa idosa e a interlocução entre municípios do Colegiado de Gestão Regional no sul da Bahia. 2013. *Tese* (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. *No prelo*.

Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(4): 633-47.

Fernandes VBL. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública [online]*, [São Paulo], 2009; 43(6):928-936. Epub 18-Dez-2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

Ferreira JBB, Bombarda FP, Forster AC, Chaves LDP, Vallim S, Almeida TL. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHS, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.

Ferreira M, Dias BM, Mishima SM. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012 oct/dec;14(4):760-70. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a03.htm>.

Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, jan-mar 2014; 23(1):45-56.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(11):2449-63.

Gil CRR. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun 2006; 22(6):1171-1181.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006; 11:683-703.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/home/> (acesso em: 21/out/2014).

Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(5):761-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n5/01.pdf>.

Lima LD. O processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras do SUS: um estudo das Relações Intergovernamentais no CIB do rio de Janeiro. 1999. [dissertação] – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S42-57.

Macinko J, Almeida C, Oliveira SE, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004; 19(4):303-17.

Macinko J. III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família. Relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario\\_internacional\\_relatorio\\_atividades.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf). (acesso em 20 out 2014).

Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1963-70.

Mendes EV. A modelagem das Redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: *Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais*; 2007a.

Mendes EV. As redes de atenção à Saúde. *Rev Méd Minas Gerais* 2008; 18:3-11.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 279–84.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 221, de 17 de abril de 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>. (acesso em 20/out/2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília, 2009.

Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>>. (acesso em: 18 out. 2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de atenção básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: Portaria n.221 de 17 de abril 2008. Define a Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis da Atenção Básica. Diário Oficial da União (Brasília). 2008.

Porto SM, Ugá A, Travassos C, Martins M, Landmann CS, Vianna SM. Metodologia de alocação equitativa de recursos (Relatório de Pesquisa) Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011. 307 p.

Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(12):4755-4766.

Reis RS. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. Do curso de pós-graduação “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva”. UFJF. *In: Libertas*. 2005; 1(1).

Rodrigues-Bastos RM, Campos SEM, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59(2):120–127.

Secretaria do Estado da Saúde. Indicadores de saúde do Estado de São Paulo. *São Paulo*, 2010.

Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. (acesso em 15 out 2014).

Silva SFda. Implantando o pacto pela Saúde e aperfeiçoando as redes de atenção do SUS. *In: Carvalho et al. Organizador: Silva, SFda. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Ed. Saberes, 2ª ed., Campinas, 2011.

Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. *In: Negri B, Viana ALD, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 411-32.

Souza RR, Campagnoni M, Azeredo CN. Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica. São Paulo: SES/SP, 2010. 324 p.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.