

# Condições sensíveis à Atenção Primária: o protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção de internações de pessoas idosas

*Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: el papel de la Estrategia Salud de la Familia en la prevención de hospitalizaciones de personas mayores*

*Primary Care Sensitive Conditions: the role of the Family Health Strategy in preventing hospitalizations for the older people*

**Recebido:** 25 fev 2021

**Revisado:** 27 fev 2021

**Aceito:** 16 mar 2021

## Autor de correspondência:

Ana Carolina Lima Cavaletti  
carolinacavaletti@gmail.com

## Como citar:

Cavaletti ACL, Caldas CP. Condições sensíveis à atenção primária: o protagonismo da estratégia saúde da família na prevenção de internações de pessoas idosas. J Manag Prim Health Care. 2021;13:e010. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1030>

## Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



Ana Carolina Lima CAVALETTI<sup>(1)</sup>  
Célia Pereira CALDAS<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>(2)</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Resumo

Este ensaio crítico foi delineado tendo como objetivo discutir o protagonismo da Atenção Primária à Saúde – APS para a prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária. Inicialmente é abordado o conceito de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – CSAP e fatores associados a tais internações. A seguir, a cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF como medida para redução de iniquidades em saúde e a rede de atenção à saúde da pessoa idosa são discutidas. Por fim, uma reflexão sobre os desafios para a expansão da APS no país é apresentada. Como conclusão, ressalta-se que para que seu protagonismo seja real é necessário que a APS seja expandida para todo território nacional e, executada pela ESF, cumpra seu papel na redução de iniquidades em saúde. Portanto, o fortalecimento da APS é um caminho que precisa ser seguido para corresponder às expectativas dos usuários e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Idoso; Sistemas de Saúde.

## Resumen

Este estudio teórico fue diseñado con el objetivo de discutir el papel de la Atención Primaria de Salud – APS) para la prevención de hospitalizaciones de personas mayores por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria. Inicialmente se aborda el concepto de hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria – CSAP y los factores asociados con dichas hospitalizaciones. La cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia – ESF como una medida para reducir las inequidades en salud y la red de atención a la salud para los ancianos se discuten a continuación. Finalmente, hay una reflexión sobre los desafíos para la expansión de APS en el país. Como conclusión, se enfatiza que para que su papel sea real es necesario que la APS se expanda a todo el territorio nacional y, realizada por la ESF, cumpla su papel en la reducción de las inequidades en salud. Por lo tanto, fortalecer la APS es un camino que debe seguirse para cumplir con las expectativas de los usuarios y gerentes del Sistema Único de Salud – SUS.

**Palabras-claves:** Atención Primaria de Salud; Hospitalización; Anciano; Sistemas de Salud.

**Abstract**

This theoretical study was designed with the objective of discussing the protagonism of Primary Health Care – PHC for the prevention of hospitalizations due to Primary Care Sensitive Conditions – PCSCs of older people. Initially, is approached the concept of PCSCs and factors associated with such hospitalizations. The coverage of the Family Health Strategy – FHS as a measure to reduce health inequities and the health care network for the elderly are discussed below. Finally, a reflection on the challenges for PHC expansion in the country is presented. As a conclusion, it is emphasized that in order for its protagonism to be real, PHC must be expanded to the entire national territory and, performed by the ESF, fulfill its role in reducing health inequities. Therefore, strengthening PHC is a path that needs to be followed to meet the expectations of Brazilian health system users and managers.

**Keywords:** Primary Health Care; Hospitalization; Aged, Health Systems.

**Introdução**

Uma grande parte das pessoas idosas que vive no Brasil deposita no Sistema Único de Saúde – SUS a expectativa de resolver seus problemas de saúde, pois muitas vezes o único serviço do município onde residem é o ofertado por esse sistema.<sup>1</sup> Além disso, a constituição brasileira garante o direito de assistência à saúde a todos<sup>2</sup> e embora serviços de saúde privados estejam disponíveis, estes dependem do poder de compra das pessoas. Tal fato se expressa na cobertura estimada dos planos privados para pessoas com 60 anos ou mais, que em maio de 2019 era de apenas 31,3%. Essa cobertura ainda varia entre os estados brasileiros. Por exemplo, em São Paulo a cobertura era de 50,4% enquanto no Tocantins, 7,1% no mesmo período.<sup>3</sup>

Considerando as internações das pessoas idosas como desfechos de saúde que não puderam ser resolvidos nos serviços ambulatoriais,<sup>4,5</sup> é importante destacar que a Estratégia Saúde da Família – ESF oferece o cuidado a saúde mais próximo da população. O conceito de Atenção Primária à Saúde – APS se baseia em atributos essenciais (aceso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural),<sup>6</sup> sendo desenvolvido no Brasil pela ESF.<sup>7</sup>

A coordenação do cuidado, imprescindível para adequada assistência à pessoa idosa, também está sob responsabilidade da ESF.<sup>8</sup> Sendo assim, é importante compreender o papel da APS no Brasil considerando a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Assim, o objetivo deste ensaio é discutir o protagonismo da Atenção Primária à Saúde para a prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária.

**Metodologia**

Este ensaio crítico foi delineado tendo em perspectiva as taxas de internações hospitalares de pessoas idosas financiadas pelo SUS e o contexto social, econômico, demográfico e de serviços de saúde dos municípios de residência dessas pessoas internadas, considerando o território nacional.

Inicialmente é abordado o conceito de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e fatores associados a tais internações. A seguir, a cobertura da ESF como medida para redução de iniquidades em saúde e a rede de atenção à saúde da pessoa idosa são discutidas. Por fim, uma reflexão sobre os desafios para a expansão da APS no país é apresentada.

Devido à natureza reflexivo-teórica do presente estudo, é dispensada a avaliação por Comitê de ética em Pesquisa, em acordo com as normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n. 510, de 7 de abril de 2016.

## **Internações por condições sensíveis a atenção primária: conceito e fatores associados**

As internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) constituem uma medida de uso hospitalar, desenvolvida para medir indiretamente a efetividade de serviços ofertados na APS.<sup>9,10</sup> Esse indicador é formado por condições que levam a hospitalizações que poderiam ser evitadas se as pessoas recebessem, no momento adequado, assistência com qualidade por meio da prevenção, do controle do episódio agudo e de uma gestão efetiva nos casos de doenças crônicas.<sup>9-11</sup>

O estudo da relação entre as hospitalizações e a qualidade do funcionamento da APS tem indicado que altas taxas de ICSAP podem revelar uma baixa qualidade nesse modelo de assistência. Ressalta-se que o acesso oportuno e a continuidade de cuidado (relacionamento de longo prazo com um profissional da atenção primária) são os atributos da APS mais importantes para a redução de hospitalizações evitáveis.<sup>12</sup>

Dados de uma revisão sistemática sobre a relação entre hospitalizações evitáveis e acesso a atenção primária encontrou que, independente do sistema de saúde vigente no país, quanto maior a presença da atenção primária, menor a taxa de ICSAP.<sup>13</sup> A continuidade do cuidado tem sido adotada como medida de qualidade da APS, e somada a satisfação do usuário<sup>12</sup> tem importância especial para a população idosa devido sua necessidade de acompanhamento de saúde para doenças crônicas.<sup>14,15</sup> Entretanto, muitos fatores influenciam as internações hospitalares e devem ser considerados ao se analisar as ICSAP.

Em relação ao processo de trabalho, a maior oferta de profissionais (médicos e enfermeiros)<sup>16</sup> na APS e sua menor carga de trabalho são associados a menores taxas de ICSAP, principalmente aquelas devido a doenças crônicas.<sup>16,17</sup> O tamanho da lista de pacientes por profissional, o tipo de prática de cuidado (uso de tecnologias de gestão clínica e de continuidade do cuidado) e a colaboração interprofissional (atendimento multiprofissional na APS) também tem efeitos sobre essas internações.<sup>12,16,17</sup>

Por outro lado, quando a APS é ofertada sob uma lógica de mercado, onde o serviço e os profissionais envolvidos possuem vínculo organizacional e financeiro com o hospital, pode haver uma indução da demanda para os serviços hospitalares. Esta é uma teoria que justifica uma redução mais discreta de ICSAP nos EUA, onde os serviços de atenção primária são ofertados por profissionais vinculados ao hospital, o que não ocorre em outros países como Inglaterra e Holanda. Esse fato expõe que o modo como os cuidados primários são organizados em cada país implica diferentemente na magnitude dos desfechos de saúde de sua população.<sup>12</sup>

Ainda sobre diferenças regionais, uma revisão sistemática<sup>9</sup> investigou possíveis causas de variação das taxas de ICSAP entre países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE relatadas até 2013. Os autores observaram que um fácil acesso a atenção secundária (principalmente a disponibilidade de leitos hospitalares) e a qualidade do cuidado ou acesso inadequados na atenção primária conduziram a variação entre as taxas de internações evitáveis.<sup>9</sup>

Na mesma direção, Kim *et al.*<sup>18</sup> constataram que a expansão da cobertura e alta densidade de médicos na atenção primária levaram a redução de internações evitáveis na Coreia. Os autores também relataram que níveis elevados de privação socioeconômica foram associados a maiores taxas de internações. Além disso, regiões com grande quantidade de hospitais com até 300 leitos (considerados pelos autores como pequeno e médio porte) foram associadas a maiores taxas de ICSAP. Os autores justificam esse resultado com a possibilidade irrestrita do usuário acessar todos os níveis de assistência, sem que a atenção primária funcione como porta de entrada preferencial no sistema, além de desigualdades na distribuição dos serviços de saúde, especialmente de cuidados primários no país.

Internações sempre irão ocorrer, mas taxas de ICSAP elevadas podem indicar a necessidade revisar as estratégias utilizadas para gerenciar problemas de saúde de pessoas que vivem com morbidades.<sup>10,17</sup> Acrescenta-se que a interferência política nos sistemas é frequentemente influenciada pela tradição e cultura do país ou região. Além disso, medidas que funcionam em um país podem não funcionar em outros, bem como diferentes estratégias de abordagem podem ser necessárias para pessoas com diferentes condições ou especificidades de saúde (crianças, adultos, idosos, segmento populacional socialmente excluído).<sup>12</sup>

Na Inglaterra, onde a APS está consolidada, os fatores associados a maiores taxas de internação hospitalar são o maior percentual de pessoas com mais de 64 anos, ser morador de área urbana e pertencente ao menor quintil de renda assistidos pela equipe da atenção primária. Em contrapartida, a facilidade para conseguir ser consultado (medido pelo número

de consultas anuais), a qualidade do cuidado e a satisfação dos usuários com os serviços da APS são associados a menos internações.<sup>17</sup>

A literatura<sup>6,12,13,16</sup> mostra que a força do sistema de cuidados primários de um país está associada a melhores resultados de saúde da população, impactando em todas as causas de mortalidade e, mortalidade prematura devido a causas específicas como as doenças respiratórias e cardiovasculares. Essa força do sistema é alcançada quando a atenção primária é o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde, garantindo cuidado continuado, integral e bem coordenado à população.<sup>12</sup>

No Brasil, alguns estudos demonstram redução das hospitalizações por causas evitáveis associados a ampliação da atenção primária à saúde no país.<sup>19-24</sup> Outros estudos não encontraram associação significativa entre a redução com a cobertura da ESF,<sup>25-27</sup> ou ainda, relatam aumento das ICSAP em algumas Regiões de Saúde.<sup>23,28</sup>

Maior prevalência de hospitalização de idosos no Brasil foi associada à diagnóstico prévio de doença crônica, limitação para realizar atividades básicas de vida diária, residir em zona rural e nas regiões norte e centro oeste do país.<sup>29</sup> Apesar da idade e a presença de morbidade ( $\geq 2$ ) estarem associadas a maiores percentuais de hospitalização de idosos seja por causa geral ou não cirúrgica, residir em locais com cobertura pela ESF foi associada a menor prevalência de internação naqueles que não possuem plano de saúde privado em Bagé, RS.<sup>24</sup>

Fatores da dimensão individual (doenças preexistentes, percepção da gravidade do estado de saúde, dificuldade de locomoção) e de acesso ao sistema também podem interferir na decisão de pessoas idosas a buscarem atendimento em unidade de pronto atendimento (entendida como unidade de emergência) devido a condições sensíveis a atenção primária. Como exemplo, elenca-se os resultados de estudo realizado no noroeste do Paraná em 2015, com 191 pessoas idosas. Nesse estudo, os participantes que possuíam diagnóstico de doença crônica tinham mais chance de buscar atendimento de emergência (OR: 1,42; IC 95%: 1,08 – 5,42;  $p < 0,001$ ). A ausência de médicos na unidade de atenção primária no momento em que a pessoa buscou assistência também foi associada à busca de atendimento na unidade de emergência (OR: 1,36; IC 95%: 1,03 – 5,38;  $p < 0,001$ ).<sup>30</sup>

No Brasil, coexistem modos variados de organização da atenção primária, sendo os principais a ESF e a APS tradicional. Levando em consideração as diferenças entre os modelos, de Sá *et al.*<sup>31</sup> avaliaram a qualidade da atenção primária a partir da entrevista de 314 pacientes internados devido CSAP (26,4% eram assistidos pela ESF e 73,6% por unidade de APS tradicional). De acordo com os resultados do estudo, a dimensão do índice de APS pior avaliado foi o acesso, sem diferença entre os usuários das modalidades de organização da APS. Porém, as dimensões acompanhamento longitudinal (cuidado continuado) e

orientação com foco na família e comunidade foram melhor avaliadas pelos usuários da ESF.<sup>31</sup>

Gonçalves e Hauser<sup>26</sup> verificaram a relação entre a qualidade da APS e as ICSAP em uma amostra de 1200 pessoas residentes em Porto Alegre. Os autores constataram que durante 2006 e 2011, anos iniciais de implantação da ESF nos locais do estudo, a qualidade da APS ofertada pelas unidades avaliadas não foi associada às ICSAP ocorridas na amostra. Entretanto, ter 60 anos ou mais idade, baixa escolaridade, ser de etnia não branca e fisicamente inativo foram associados às ICSAP de 277 (23%) pessoas, totalizando 513 internações no período.

Afonso *et al.*<sup>32</sup> avaliaram a presença de médico com especialização em medicina de família, em 109 unidades de atenção básica em Curitiba (65 unidades de ESF e 44 unidades tradicionais de APS) e sua relação com ICSAP. Nesse estudo, o percentual de alfabetização dos moradores com 10 anos ou mais idade esteve associado com menor taxa de ICSAP na população assistida, bem como a presença de médico com a referida especialização atuando na unidade de ESF. A presença de médicos com especialização em outras áreas não foi associada a redução de ICSAP nesse estudo. Os autores sugerem que a ESF como modelo de APS é efetiva para reduzir custos financeiros (relacionados a internações evitáveis) e sofrimento da população, diante da expectativa de aumento do percentual de pessoas vivendo com doenças crônicas no país.<sup>32</sup>

## **Cobertura pela Estratégia Saúde da Família e impacto sobre iniquidades em saúde**

Há diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde – UBS entre os municípios brasileiros. Parte dessas diferenças se referem a mecanismos de gestão e desigualdades sociais do país.<sup>33,34</sup>

Travassos e Martins<sup>35</sup> revisaram os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde e concluíram que este último não depende apenas da oferta pelos sistemas de saúde. Fatores individuais, contextuais e também a qualidade do cuidado interferem diferentemente no uso dos serviços de saúde.

Sob as perspectivas geográfica, econômica e social, identificadas por Donabedian (1988),<sup>36</sup> pesa que o acesso seja influenciado pela percepção da pessoa para uma necessidade de cuidado e reconhecimento de um determinado local para receber esse cuidado, disponibilidade e oportunidade para acessar o serviço. No processo, dentro da unidade de saúde, existe ainda o acesso ao cuidado (e por que não a qualidade do cuidado) relacionado ao gênero, cor, fatores culturais e continuidade do cuidado.<sup>37</sup>

O acesso contempla também a disponibilidade do serviço, acessibilidade geográfica, acolhimento e adequação (*accomodation*), capacidade de compra e aceitabilidade.<sup>38</sup> Sob essa perspectiva é possível compreender como o aumento da cobertura e da distribuição geográfica das unidades básicas de saúde que adotam a ESF viabilize o acesso da população e aumenta a capacidade de respostas às necessidades das pessoas.

A oferta de uma assistência medicalizadora, transferindo a responsabilidade do 'cuidado familiar' para a unidade de saúde, reduz gradativamente sua autonomia e reforça a cultura da medicalização. Por outro lado, como as influências são diversas, cabe destinar a atenção para a cultura expressada pelas pessoas. Essa cultura é impactada pela mídia, por exemplo, ao reforçar a medicalização das questões de saúde e doença da população. Também é impactada pela informação que os usuários recebem sobre a unidade de saúde, de modo que, quando se divulga que as unidades de saúde oferecem medicamentos, a demanda por este tipo de dispensação aumenta. Por outro lado, a divulgação da atenção profissional em parceria para o atendimento às questões de saúde valoriza as práticas de produção coletiva da saúde.

Comparando a cobertura da Estratégia de Saúde da Família estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde – PNS de 2013 com dados administrativos e coberturas anteriores avaliadas pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD de 2008, Malta *et al.*<sup>33</sup> encontraram uma proporção de 53,4% (IC95%: 52,1–54,6) domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no Brasil. Nesse estudo, foi encontrada diferença significativa também entre as áreas urbana e rural, com proporção de cobertura de 50,6% e 70,9%, respectivamente. Acrescenta-se que a região Nordeste apresentou o maior percentual, com 64,7%, seguida da região Sul (56,2%) e o Sudeste teve o menor valor com 46,0% de cobertura pela ESF.

O referido estudo sobre a cobertura da ESF<sup>33</sup> apontou que além da ampliação da cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, houve priorização de serviços, como maior proporção de cadastro de domicílios onde vivem pessoas com menor escolaridade, além de visitas domiciliares em famílias mais vulneráveis, visando à inclusão e a redução da iniquidade em saúde. Estes dados sinalizam que a diretriz do SUS em priorizar a cobertura para populações vulneráveis tem sido alcançada.

No Brasil, na maior parte dos municípios, os serviços de APS, especialmente a ESF, estão em locais onde a maioria das pessoas tem condições socioeconômicas desfavoráveis, contribuindo para maior equidade em saúde.<sup>10</sup> Ademais, Mendonça<sup>39</sup> inferiu uma relação estreita entre a vulnerabilidade socioeconômica e interações por ICSAP, destacando a importância da APS na redução de iniquidades de saúde, principalmente na população idosa e socialmente vulnerável.

A ampliação da cobertura da população em 1.622 municípios no período de 2000 a 2012 foi associado a redução no número de óbitos devido a condições sensíveis a atenção primária, com diferenças importantes entre população de pretos/pardos e brancos.<sup>40</sup> Houve redução de 15,4% (RR: 0,846; IC95%: 0,796–0,899) no número de óbitos de pretos/pardos devido ICSAP, passando de 93,3 para 57,9 óbitos por 100.000 habitantes com essa cor/raça. Entre brancos, a redução foi de 6,8% (RR: 0,932; IC95%: 0,892–0,974), passando de 75,7 para 49,2 óbitos por 100.000 habitantes com essa cor/raça. Esse resultado mostra que a expansão da atenção primária no Brasil, através da ESF, colaborou para a redução de iniquidades de saúde devido a cor.<sup>40</sup>

No estado do Espírito Santo, entre 2000 a 2014, houve redução das taxas de ICSAP associada à ampliação da taxa de cobertura da estratégia saúde da família (RR: 0,60; IC95%: 0,56–0,66). A redução também foi associada ao aumento na proporção de médicos por 1.000 habitantes (0,90, IC: 0,84–0,96), ao percentual de pretos e pardos (0,88, IC: 0,83–0,93) e de pessoas com ensino médio (0,87, IC: 0,76–0,99), enquanto houve acréscimo dessas hospitalizações a cada aumento do produto interno bruto per capita.<sup>21</sup>

Em relação a proporção de médicos por habitantes, há de se considerar que essa variável encobre os vazios de profissionais em alguns locais dentro dos municípios e estado. Outro ponto a ser considerado é que o provimento (haver profissional) é distinto de fixação do profissional, necessidade que requer estratégias a médio e longo prazo.

A ESF vem sendo implementada como estratégia de reduzir iniquidades, sendo ofertada inicialmente a populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade e que teriam maior dificuldade de ter suas necessidades de saúde atendidas, se não fosse o serviço de saúde público. Nesse sentido, um estudo realizado no estado de Minas Gerais<sup>41</sup> entrevistou moradores de 6.797 residências localizadas em áreas de abrangência da ESF em todo o estado. Entre os resultados destaca-se a maior taxa de visitação (87%) por profissionais da equipe de saúde da família em residências onde vivia pessoa com 60 anos ou mais, principalmente que possuía diabetes ou hipertensão. Ressalta-se que essa taxa também variou quanto ao nível econômico dos entrevistados, de modo que moradores de 75% dos domicílios das classes A–B e 88% das classes D–E declararam ter recebido pelo menos uma visita dos profissionais da ESF nos 12 meses anteriores à pesquisa.<sup>41</sup>

Ao avaliar os efeitos da implementação da ESF no período de 1998 a 2017, Pinto e Giovanella<sup>7</sup> encontraram redução nas taxas de internação no período, principalmente das causadas por condições sensíveis a atenção primária (redução de 45% versus 22% para não-ICSAP). Os autores evidenciaram uma tendência a declínio na taxa de internação por condição sensível a atenção primária associada à cobertura das ESF no período de 2001 a 2016. Os autores ressaltam que a melhoria de indicadores de saúde da população no

período avaliado decorre do resultado sinérgico de um conjunto de políticas sociais implementadas pelos governos desse período, mas é plausível compreender que as ICSAP reduziram conforme a cobertura da ESF avançou.<sup>7</sup>

## **Rede de atenção à saúde da pessoa idosa: trajetórias que levam a internações**

A coordenação do cuidado pela APS e as redes de atenção à saúde são elementos imprescindíveis quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa. Assim, é importante refletir sobre o percurso dos usuários para terem suas demandas de saúde resolvidas, utilizando ou não a rede do SUS.

Existe a legislação, a expectativa dos gestores em relação ao fluxo dos pacientes na região de saúde e a Rede de Atenção à Saúde – RAS. Porém, o percurso do paciente para conseguir assistência especializada ou a ausência de cuidados transicionais/comunicação entre a assistência especializada e a equipe da APS, mostra uma trajetória a quem do esperado. No estudo de Bousquat *et al.*,<sup>42</sup> os autores revelam uma segmentação dos serviços e busca de usuários por serviços público e privado em uma região com a RAS estruturada e ofertada por instituições filantrópicas (financiadas pelo SUS). Cabe questionar se tal busca ativa e segmentada demonstra fragilidade na integração entre os serviços, descaracterizando o que deveria ser uma RAS.

A população idosa, em geral, convive com doenças crônicas que precisam de cuidado continuado. Eventualmente precisam de consulta com especialistas e espera-se que retornem ao médico da ESF. No entanto, características reais de unidades básicas de saúde expõem algumas limitações estruturais para que a atenção primária atue como elemento central da coordenação do cuidado do usuário, principalmente em relação com outros níveis de assistência.<sup>43</sup>

A partir de valores simbólicos e expectativas do usuário a respeito da unidade de atenção primária, Cecílio *et al.*<sup>43</sup> resumem-na como um posto avançado (para realizar alguns exames e acompanhamento de diabetes, por exemplo), ao mesmo tempo em que é um lugar onde se obtém recursos simples (remédios considerados baratos, receita e encaminhamento para especialistas ou procedimentos de média e alta tecnologia). Os usuários também reconhecem a impotência dos profissionais da equipe de saúde, principalmente quando se espera por recursos de complexidade tecnológica disponíveis em outros níveis do sistema ou quando avaliam necessitar de atendimento urgente.

A integração entre os serviços também depende da confiança e expectativas que os usuários depositam no sistema de saúde. A esse respeito, Cecílio *et al.*<sup>43</sup> apontam possíveis

distorções, criando-se **falsas necessidades** devido a uma reprodução ideológica que a medicina tecnológica e o complexo médico-industrial embutem incessantemente na cultura. Portanto, deve-se reconhecer que os usuários da vida real são estimulados a desejar adquirir tais bens de consumo.

Alinhado a essa preocupação com as condições materiais (tecnológicas, operacionais e organizacionais) da APS para exercer a coordenação do cuidado,<sup>43</sup> Bousquat *et al.*<sup>42</sup> apontam distintas trajetórias e itinerários terapêuticos percorridos por usuários da RAS de uma região com alto grau de desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Apesar das unidades da APS serem públicas, nesta região a oferta de assistência especializada (especialidades médicas, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios bioquímicos) era predominantemente organizada, gerenciada e estava sob a governança de uma entidade filantrópica.

A partir da análise dos discursos de gestores sobre as condições materiais da RAS local e do relato de pacientes, Bousquat *et al.*<sup>42</sup> exemplificam desafios que comprometem o papel da APS como elemento central na RAS. Entre os relatos dos pacientes se destaca o desembolso para pagamento de exame em uma unidade particular durante hospitalização financiada pelo SUS e o fato de todos os encaminhamentos pós alta terem sido direcionados à serviços especializados público ou privado – nenhum para APS. A percepção dos usuários de que as unidades da APS são um ‘local de coisas simples’, somada ao perfil dos serviços e insuficiência na oferta de serviços especializados vinculados de fato à APS, fragilizam sua capacidade de coordenar o cuidado.<sup>42</sup>

Não é suficiente a existência da APS. Esta precisa estar inserida em uma RAS eficiente, na qual todos os pontos de atenção estejam atuando na lógica da integralidade. É sabido que múltiplas abordagens por especialistas distintos, sem uma coordenação do cuidado, são um risco para pessoas idosas, tendo como consequência iatrogenia, sintomas com maior gravidade e necessidade de internação.<sup>15</sup> Portanto, cabe questionar se: na ausência de uma assistência com a perspectiva gerontológica e existindo serviços especializados disponíveis (e acessíveis), os moradores do local preferem usar o hospital, unidades de emergência e consultas com médicos especialistas?

Ademais, será que a assistência especializada retém para si a gestão do cuidado que deveria ser da APS? Diante deste cenário, comum em regiões de saúde com importante dependência do setor privado,<sup>42,44</sup> se questiona se os municípios com mais dependência de serviços privados/filantrópicos têm taxas mais altas de internações de pessoas idosas que os municípios com menos dependência desse setor.

O município é responsável pela organização dos serviços de saúde do SUS e a APS representada pela ESF pela coordenação do cuidado. Ou seja, espera-se que seja ponto de

entrada e retorno do paciente dentro da RAS. A conformação e as ações esperadas da APS ofertada na ESF tem como objetivos e impacto, a redução do número de internações, principalmente aquelas causadas por condições sensíveis à atenção primária (ICSAPS). Portanto, as internações dos idosos podem ser consideradas como desfecho de saúde, mediante ao contexto dos municípios.

## **Desafios para expansão da Atenção Primária à Saúde como garantia de direito à saúde**

A composição do federalismo brasileiro em três esferas de governo (município, estado e federação) apresenta características que implicam na área da saúde.<sup>7</sup> As diversas tensões nos processos de pactuação (interesses, ideologias, capacidades de oferta, autossuficiência, benefícios, presença forte do setor privado e outros) entre gestores das três esferas (município, estado, federação) expressam desafios na implementação da APS ofertada pela ESF.<sup>8,45,46</sup>

Observando a história da APS no Brasil no século XX, desde algumas experiências localizadas, até Estratégia Saúde da Família – ESF, nota-se que em 2018 muitos municípios brasileiros ainda possuíam um extensivo e intenso funcionamento do PACS sem que se conseguisse instalar unidades de atenção primária. Um dos motivos apresentados, se refere a dificuldade dos gestores municipais em conseguir profissionais para instalar a unidade e fixá-los na localidade de atuação.<sup>47</sup> No referido contexto, apresenta-se o desafio de diferenciar os dois modelos numa avaliação nacional. Eles poderiam ser identificados? Poderia se considerar que a população residente nos municípios que possuem somente o PACS está em situação de acesso limitado aos serviços de saúde?

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2017 foi construída com o propósito de responder a estes questionamentos. No entanto, em muitos aspectos a nova PNAB se contrapõe à de 2006. Dentre eles, reconhece a existência de outros modelos de Atenção Básica (por exemplo as unidades tradicionais), incentiva a permanência destes e a configuração da ESF com variações, descaracterizando o modelo de APS exclusivamente ofertada pela ESF.<sup>47</sup>

Sobre o diagnóstico do território (sócio sanitário), tão importante para o trabalho intersetorial de acordo com a PNAB 2017, este é substituído pelo cadastro estrito, que pode ser adotado em conformidade a ideais políticos sociais e econômicos particulares à gestão de cada município.<sup>47</sup> Sendo os municípios os responsáveis pela gestão da APS, estes possuem elevado grau de responsabilidade e exigência técnica que nem sempre dispõem. Nesse sentido, entende-se que há uma diversidade de condições que influenciam a

implementação de políticas públicas: população, densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico – inclusive arrecadação tributária – e político.<sup>7</sup>

Ao refletir sobre experiências municipais que inovaram a oferta de serviços de saúde no SUS,<sup>48,49</sup> cabe considerar na discussão dos resultados sobre internação de idosos que a cobertura é uma variável importante, mas outras variáveis precisam ser consideradas. São exemplos, o contexto político; os processos regulatórios, de controle, vigilância e outras atribuições do responsável técnico da unidade de saúde; o conhecimento técnico dos membros da secretaria municipal de saúde (capacidade técnica); o perfil político municipal; a participação dos interesses privados; a lei de responsabilidade fiscal e o teto de gastos do município; a expansão da APS nos municípios e; a garantia de oferta de serviços de saúde (primária, secundária e ou terciária) dependente de contratos com Organizações Sociais e outras possibilidades de contratação de serviços privados pelos municípios.

Um dos fatores que impactam nos resultados de saúde da população é a capacidade de governança dos municípios. Hone *et al.*<sup>50</sup> observaram uma redução de 6,8% na taxa de óbitos devido ICSAP associada a cobertura da ESF de 1622 municípios brasileiros no período de 2000 a 2012 (RR: 0,932; IC95%: 0,908–0,957). Entretanto, a redução foi de 11% naqueles municípios com maior pontuação no índice de governança (OR: 0,890; IC95%: 0,844–0,936). O índice foi baseado nas dimensões recomendadas pela Organização Mundial da Saúde 'orientação política do governo, inteligência e supervisão, colaboração e construção de coalizões, regulação e prestação de contas', sendo incluídos indicadores relacionados à administração pública de saúde e responsabilidade local (conceito integrante da democracia brasileira).

É preciso reconhecer que o percurso/itinerário terapêutico<sup>42</sup> seguido pela população pode ser distinta, influenciada por uma dinâmica penosa que requer abordagem específica de pesquisa. Caberia, portanto, analisar os municípios de residência dos idosos e reconhecer o contexto social, econômico, demográfico, estrutura de saúde e processos de trabalho dos serviços de saúde sob uma perspectiva das políticas influenciadoras/orientadoras. Uma limitação ao considerar as políticas de saúde, é que uma diretriz apenas documenta e formaliza um apoio, mas não se pode esperar que a prática seja modificada de um dia para o outro.

Existem questões estruturais, financeiras e negociações que antecedem a aplicação prática de uma diretriz ou política. Tais questões são desafios para expansão da Atenção Primária à Saúde como garantia de direito à saúde.

## Considerações finais

Este ensaio crítico tem o propósito de contribuir para o debate sobre internações de idosos no Brasil. As considerações aqui discutidas estão imbricadas com os determinantes sociais que ensejam o processo de saúde–doença da população idosa brasileira.

Ao analisar as taxas de internação de idosos, estas podem ser consideradas como desfecho de saúde da população mediante ao contexto dos municípios. Nesse tocante, a Atenção Primária à Saúde é protagonista na prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária. Acrescenta-se que para um protagonismo efetivo é necessário que a APS seja expandida para todo território nacional e cumpra seu papel na redução de iniquidades em saúde.

Para uma assistência adequada à saúde da pessoa idosa é imprescindível a coordenação do cuidado. É importante o reconhecimento do efeito cumulativo da abordagem precoce dos problemas de saúde, do enfoque na prevenção e do cuidado orientado para a família e comunidade. No entanto, existem limitações tecnológicas, operacionais e organizacionais nas unidades de atenção primária, e desafios (oferta de serviços, mercadológicos e políticos) que comprometem a capacidade da APS coordenar o cuidado. Ainda assim, o impacto da APS na prevenção de desfechos de saúde como a internação hospitalar e os óbitos de idosos no Brasil são positivos. Portanto, o fortalecimento da APS é um caminho que precisa ser seguido para corresponder às expectativas dos usuários e gestores do SUS.

## Financiamento

Este estudo recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES por meio de bolsa de doutoramento com número do processo 759992. Os resultados deste estudo não dependeram de aprovação da agência de financiamento.

## Referências

1. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Heal*. 2018 Jul 3;3(4):e000829. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>. eCollection 2018.
2. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal: 1988 [citado 12 ago. 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

3. Ministério da Saúde (BR). Informações em saúde suplementar: TABNET [Internet]. Brasília, DF: MS; 2019 [citado 12 ago. 2021]. Disponível em:  
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
4. Cavaletti ACL, Caldas CP, Lima KC. Social context and geographic space: an ecological study about hospitalizations of older persons. *Value Health Reg Issues*. 2018;17:8-13. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.12.002>.
5. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):817-26. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005133>.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
7. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1903-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
8. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018;42(Spec 1):244-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
9. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res*. 2015 Aug 13;15(1):324. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0964-3>.
10. Mendonça CS, Nedel FB, Batista SR, Medina MG. A utilização do indicador internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2018. p. 527-68.
11. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*. 2009;123(2):169-73. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001>.
12. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*. 2014;31(5):502-16. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu053>.

13. Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):356-60. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>.
14. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*. 2017 Nov 1;46(6):882-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx150>.
15. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):357-98. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004941>.
16. Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalization for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res*. 2013 Aug 26;13:336. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.20140480>.
17. Lay-Flurrie S, Mathieu E, Bankhead C, Nicholson BD, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Patient consultation rate and clinical and NHS outcomes: A cross-sectional analysis of English primary care data from 2.7 million patients in 238 practices. *BMC Health Serv Res*. 2019 Apr 6;19(1):212. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4036-y>.
18. Kim AM, Park JH, Yoon TH, Kim Y. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):259. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4098-x>.
19. Lentsck MH, Mathias TAF. Hospitalizations for cardiovascular diseases and the coverage by the family health strategy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(4):611-9. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0078.2595>.
20. Previato GF, Nogueira IS, Acorsi CRL, Baldissera VDA, Mathias TAF. Diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no estado do Paraná. *Espac Saude*. 2017;18(2):15-24. <https://doi.org/10.22421/15177130-2017v18n2p15>.
21. Pazó RG, Frauches DO, Molina MDCB, Cade NV. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546).
22. Pinto ECP, Sirtoli R, Silva LL, Menolli PVS. A estratégia de saúde da família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná: série temporal 2007-

2016. Rev Saude Publica Parana. 2018;1(2):35-47. <https://doi.org/10.32811/25954482-2018v1n2p35>.
23. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. Rev Saude Publica. 2019;53(1):2. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403>.
24. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. Rev Saude Publica. 2017;51:43. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>.
25. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Bastos-Filho MG, Bustamante-Teixeira MT. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. Rev Saude Publica. 2014;48(6):958-67. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005232>.
26. Gonçalves MR, Hauser L, Prestes IV, Schmidt MI, Duncan BB, Harzheim E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. Fam Pract. 2016;33(3):238-42. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz051>.
27. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e estratégia saúde da família: uma análise de tendência. Cien Saude Colet. 2017;22(3):891-900. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27652016>.
28. Resende APGL, Barbieri AR. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde decorrentes das doenças cardiovasculares. Texto Contexto. 2017 Aug 17;26(3):e6570015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006570015>.
29. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52(Suppl 2):3s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000639>.
30. Rêgo AS, Rissardo LK, Scolari GAS, Sanches RCN, Carreira L, Radovanovic CAT. Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2017;20(6):778-89. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170120>.
31. Sá FS, Oliveira CDL, Fernandino DM, Pádua CAM, Cardoso CS. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. Fam Pract. 2016;33(3):243-8. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmz096>.

32. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017 Dec 4;7(12):e015322. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015322>.
33. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):327-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.
34. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saude Debate*. 2014;38(spe). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.
35. Travassos C, Martins M. A review of concepts in health services access and utilization. *Cad Saude Publica*. 2004;20(suppl 2):S190-8. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>.
36. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*. 1988 Sep 23;260(12):1743-8. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
37. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res [Internet]*. 1974 [citado 17 ago. 2021];9(3):208-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
38. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>.
39. Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária e qualidade da saúde da família em Belo Horizonte, Brasil [tese]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [citado 17 ago. 2021]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148133>
40. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>.

41. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da estratégia saúde da família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1175-87. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130414>.
42. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1141-54. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
43. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. Primary healthcare and the construction of thematic health networks: what role can they play?. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2893-902. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012001100006>.
44. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saude Soc*. 2016;25(2):320-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.
45. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Political obstacles to regionalization of the SUS: perceptions of municipal health secretaries with seat in the bipartite interagency commissions. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1097-108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>.
46. Sancho LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJS. The health regionalization process from the perspective of the transaction cost theory. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1121-30. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016>.
47. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate*. 2018;42(spe 1):38-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.
48. Campos GWS. A experiência de Campinas e Paidéia. In: *Saúde e Paidéia*. São Paulo: Editora HUCITEC; 2003. p. 151-66.
49. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de saúde da família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saude Soc*. 2011;20(4):991-1004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400016>.

50. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Aff (Millwood)*. 2017 Jan 1;36(1):149-58. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0966>.

---

### Minicurrículo

---

**Ana Carolina Lima Cavaletti** | <https://orcid.org/0000-0002-5394-828X>  
<http://lattes.cnpq.br/3238796617380094>

**Célia Pereira Caldas** | <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>  
<http://lattes.cnpq.br/4116541717162530>