

TÍTULO DA PRÁTICA:

Internações por condições sensíveis à atenção primária: uso da ferramenta como indicador de desempenho da APS em Florianópolis.

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T56

1 a) Situação-problema

2 O Brasil tem experimentado grandes mudanças na estrutura do Sistema Único de
3 Saúde (SUS). Em particular, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família
4 (PSF), posteriormente ampliado para a atual Estratégia de Saúde da Família
5 (ESF), foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária
6 e a qualidade desta em todo o país. Seu caráter estruturante dos sistemas
7 municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de
8 reordenar o modelo de atenção no SUS. O modelo de municipalização plena do
9 sistema de saúde, definido pelo Ministério da Saúde aumentou as
10 responsabilidades das prefeituras municipais com a efetividade dos cuidados em
11 saúde. Os municípios que optaram pela condição de Gestão Plena do Sistema
12 Municipal de Saúde se responsabilizaram pelas ações e serviços de saúde em
13 todo o seu território aumentando sua complexidade e exigindo mecanismos de
14 acompanhamento, controle e avaliação (DIAS-DA-COSTA, 2010).

15 Contudo, a efetivação da atenção básica de saúde ainda é muito problemática,
16 apresentando dificuldades no monitoramento e avaliação das ações, com
17 supervisão apenas informativa, sobrecarga de trabalho, burocratização dos
18 serviços e precariedade e improvisação nas estruturas das unidades locais. A
19 importância de estudos de avaliação dos serviços de saúde tem sido bem
20 estudada na literatura recente. Um dos desafios consiste em apontar impactos
21 positivos de ações ou programas específicos. Particularmente em relação à ESF,



22 poucos estudos detalham os resultados da proposta e muitas das pesquisas
23 avaliativas no País ainda são restritas à implementação e organização da
24 estratégia no sistema de saúde (FERNANDES, 2009).

25 Nesse sentido, estudos que descrevem as taxas de internações por condições
26 sensíveis à atenção primária têm sido utilizados como um dos instrumentos para
27 avaliar o acesso da população e a qualidade dos serviços prestados pela rede
28 básica de saúde. Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas
29 de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja
30 evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização.
31 Tais hospitalizações servem de instrumento para a avaliação e monitoramento da
32 efetividade desse nível do sistema de saúde. O indicador surgiu nos Estados
33 Unidos ao final dos anos 1980 para identificar camadas da população sem acesso
34 à atenção ambulatorial e estudar seu impacto financeiro sobre o sistema de
35 saúde. Após sua aplicação na Espanha, país com sistema nacional de saúde
36 universal, territorializado e hierarquizado com base na Atenção Primária à Saúde
37 (APS), passou a ser utilizado como indicador da efetividade nesse nível do
38 sistema (NEDEL, 2010).

39 Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições
40 sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos
41 serviços e/ou à baixa resolubilidade da atenção primária para determinados
42 problemas de saúde. Trata-se, portanto, de um indicador valioso para
43 monitoramento e a avaliação deste nível de atenção. No Brasil, há poucos
44 estudos sobre internações sensíveis ao cuidado primário e somente em 2009 foi
45 publicada uma lista nacional de condições sensíveis à atenção primária
46 (ALFRADIQUE, 2009).

47 O presente estudo teve por objetivo analisar a qualidade da atenção à saúde em
48 Florianópolis com a expansão Estratégia Saúde da Família entre 2005 e 2011 e
49 sua escolha como ordenador do modelo de Atenção Primária do município tendo
50 como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado
51 primário.

52



53 **b) Alinhamento da prática à identidade organizacional**

54 A visão da Secretaria Municipal de Saúde está definida por oportunizar o acesso
55 de 100% da população a um sistema público de saúde, com gestão da qualidade
56 total e ordenado pela ESF até 2014. A ESF no município teve forte expansão a
57 partir de 2005. Naquele ano a cobertura populacional pela ESF era de 44,3%,
58 progredindo para 89,3% no final de 2011. Paralelamente à expansão das equipes
59 e conseqüente cobertura populacional a SMS vem conduzindo nos dois últimos
60 anos intervenções em toda a rede de APS objetivando ampliação do acesso aos
61 serviços de saúde e o uso de ferramentas institucionais de planejamento em
62 todas as unidades de saúde objetivando a qualificação dos serviços. Nesse
63 contexto, torna-se mais que necessário a instituição de ferramentas de avaliação
64 da efetividade das ações e seu alinhamento com a identidade organizacional da
65 instituição.

66

67 **c) Objetivos**

68 Este trabalho tem como objetivo analisar o comportamento das internações
69 hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial conforme a lista
70 brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de
71 Florianópolis associando-o com a expansão e qualidade da atenção oferecida
72 pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no período de 2005 a 2011.

73

74 **d) Gestão da Boa Prática**

75 A condução da avaliação da efetividade da APS no município é feita pela Diretoria
76 da Atenção Primária e seu grupo técnico, tendo como líder o Diretor da APS. Para
77 a coleta de dados das internações utilizou-se as bases de dados do Sistema de
78 Informações Hospitalares (SIH/SUS) buscando-se as internações de moradores
79 de Florianópolis por condições sensíveis à atenção primária, definidas na lista
80 brasileira por meio do software TabWin. A coleta de dados da cobertura
81 populacional pela ESF foi realizada da base de dados do Departamento de



82 Atenção Básica do Ministério da Saúde (dados públicos disponíveis) e os dados
83 de avaliação no quantitativo de produtividade de atendimentos nos níveis de
84 atenção obtidos dos relatórios gerenciais do Sistema de Prontuário Eletrônico da
85 SMS (Infosaúde). A coleta dos dados é realizada anualmente.

86

87 **e) Período de intervenção**

88 A prática de monitoramento das internações sensíveis à atenção primária foi
89 iniciada há 5 anos, tendo sido feita até o presente momento anualmente. O
90 período avaliado está compreendido entre os anos de 2005 e 2011, quando a
91 SMS conduziu uma forte expansão no número de equipes de saúde da família
92 com conseqüente aumento de cobertura populacional pela ESF em proporções
93 superiores as taxas de expansão do Estado e do país. Além disso, em 2007
94 houve a adesão ao modelo de gestão plena dos recursos financeiros e definição
95 da APS estruturada pela ESF, como porta de entrada preferencial e ordenadora
96 da rede de saúde do município. Adicionalmente, em 2011 o DAPS iniciou, em
97 parceria com os Distritos Sanitários, o monitoramento de indicadores de acesso
98 para posterior análise da política de ampliação do acesso aos serviços de saúde
99 instituída neste mesmo ano em vários indicadores municipais, incluindo a taxa
100 das internações por condições sensíveis à APS.

101

102 **f) Parcerias estabelecidas**

103 Com a expansão do modelo da ESF no município houve internamente uma
104 necessidade de consolidação da parceria entre DAPS e Distritos Sanitários para
105 real efetivação das novas diretrizes e políticas municipais. Essa parceria se
106 estabeleceu, sobretudo por reuniões semanais entre DAPS e os cinco Distritos
107 Sanitários de Florianópolis com a participação dos técnicos do DAPS e
108 coordenadores e supervisores da atenção primária dos Distritos. Outra parceria
109 interna importante se deu com a articulação entre equipes NASF e ESF, com a
110 implementação de programas de reabilitação e prevenção em saúde focados na



111 atividade física de grupos prioritários. Em Florianópolis, o desenvolvimento de
112 ações intersetoriais (parcerias externas) é recente e com base em projetos
113 específicos. O município busca articular as ações de saúde, educação e
114 assistência social, sobretudo em relação ao idoso, criança, população de rua e
115 vigilância sanitária e ambiental. Outra parceria intersetorial importante no período
116 ocorreu dentro do Porgarama antitabagismo da SMS, envolvendo a Câmara de
117 Vereadores com a aprovação da lei municipal “Floripa Sem Fumaça” e o CEPON.
118 Merece destaque a Comissão de Promoção da Saúde Escolar, fórum que conta
119 com representantes das ESFs, SMS, Secretaria Municipal de Educação, ONGs e
120 escolas, coordenado pelas secretarias de Educação e Saúde. Todas essas
121 parcerias fortaleceram e ampliaram as ações preconizadas pela APS municipal.

122

123 **g) Participação Social**

124 Na perspectiva da APS no âmbito municipal a participação social se processa na
125 ação comunitária no território, na articulação dos Conselhos Locais de Saúde na
126 SMS e articulação de políticas municipais por meio do Conselho Municipal de
127 Saúde. A expansão da ESF com conseqüente mudança do modelo de atenção à
128 saúde no município nos últimos anos foi acompanhada de estratégias de
129 melhorias na comunicação com a população sobre o acesso aos serviços e
130 projetos de educação em saúde com abordagem informativa sobre o “novo”
131 modelo de atenção implantado no município. Os resultados da expansão da APS
132 e sua estruturação foram apresentados diversas vezes no Conselho Municipal de
133 Saúde, tendo sido momento de críticas, debates e sugestões incorporadas ao
134 processo de trabalho.

135

136 **h) Recursos humanos e financeiros envolvidos**

137 Em 2004 o município contava com 47 equipes de saúde da família responsáveis
138 por uma cobertura populacional de 44%. No final de 2011 os Centros de saúde
139 comportavam um total de 109 equipes, representando um incremento de cerca de



140 250 profissionais e uma cobertura populacional de 89,3%. Essa expansão da ESF
141 acarretou uma necessidade de investimento de recursos financeiros municipais
142 em mais profissionais (os quais representam cerca atualmente de 60% do total de
143 repasses municipais para a saúde) e ampliação e reforma de diversas Unidades
144 de Saúde. Mas, ao se comparar com custos diretos (internações, medicamentos)
145 e indiretos (carga de doença) por complicações de doenças, o resultado segundo
146 a literatura é favorável a médio prazo, sem contar o imensurável que é a
147 qualidade de vida.

148

149 **(i) Atividades implementadas**

150 Para avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária são
151 utilizados os diagnósticos que compõem a lista brasileira de internações por
152 condições sensíveis à atenção primária. Essa relação é constituída por 120
153 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) e
154 foi produzida por um grupo de trabalho conduzido pelo Departamento de Atenção
155 Básica do Ministério da Saúde e publicada na literatura científica em 2009
156 (ALFRADIQUE, 2009). Para a coleta de dados utilizou-se as bases de dados do
157 Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o software TabWin. Em 2011,
158 o DAPS também promoveu uma ampla intervenção junto ao processo de trabalho
159 das equipes de saúde da família do município com o objetivo de ampliação do
160 acesso aos serviços de saúde da APS na busca de um maior alinhamento deste
161 nível de atenção com a visão da SMS. Desta forma, no último ano acrescenta-se
162 à avaliação das taxas de internação por CSAP o monitoramento de alguns
163 indicadores de acesso na APS como o número de pessoas atendidas pelo
164 município na APS e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) por meio de
165 relatórios gerenciais do Sistema de Prontuário Eletrônico da SMS (Infosaúde). A
166 prática de monitoramento destes novos indicadores ainda está em fase de
167 implantação sendo a sua periodicidade de acompanhamento ainda não definida.
168 Todos os dados descritos neste trabalho foram coletados no ano de 2012, quando
169 a prática foi institucionalizada pelo departamento de Atenção Primária à Saúde
170 (DAPS) da SMS.



171 **j) Abrangência da Prática em Saúde**

172 A prática de monitoramento das internações por CSAP nos últimos anos levou a
173 uma avaliação direta da qualidade, abrangência e potencial impacto da APS tanto
174 em indicadores de saúde habitualmente monitorados como pelos custos evitáveis
175 nas Unidades de Pronto Atendimento Municipais assim como em Hospitais
176 Estaduais e Federais da região. Esse impacto também é influenciado por vários
177 fatores ligados à acessibilidade ao médico de atenção primária, acessibilidade do
178 hospital, nível socioeconômico da população avaliada, características
179 organizativas próprias da atenção primária, critérios adotados para a
180 hospitalização e cobertura de seguro de saúde, mas como a APS em
181 Florianópolis tem como modelo único a ESF e elevada cobertura populacional os
182 resultados possivelmente correlacionam-se fortemente com a expansão deste
183 modelo no município.

184

185 **k) Características inovadoras**

186 Nos últimos anos, tem-se observado o empenho das estruturas políticas
187 governamentais em adotar a avaliação como prática regular e sistemática de suas
188 ações. Pesquisadores em diversos países vêm desenvolvendo estudos
189 direcionados à construção de indicadores que possam avaliar a capacidade de
190 resolução da Atenção Primária, sendo a análise das ICSAP um dos indicadores
191 propostos para avaliar resultado, efeito ou impacto da atenção oferecida neste
192 nível do sistema de saúde. Os dados de desempenho da atenção primária
193 avaliados neste estudo revelam inovações e uma perspectiva de confirmação da
194 ESF como modelo de transformação concreta da prática médico-sanitária
195 tradicional. Além disso, a prática traz o benefício inovador de monitoramento e
196 avaliação global da APS no município, o que anteriormente a 2007 não era
197 realizado pela gestão do sistema.



198

199 **I) Aprendizado**

200 Concomitante ao incremento do PSF a pesquisa em APS tem avançado
201 timidamente no Brasil. O modo de implantação do PSF cria uma situação de
202 quasi-experiência, propícia à avaliação de seu impacto, e as ICSAP é um
203 indicador específico para a APS que pode ser tabulado para todos os municípios
204 brasileiros com informações disponíveis em base de dados pública (SIH/SUS). A
205 continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a
206 população adscrita ao médico mostraram-se associadas em diferentes estudos à
207 menor probabilidade de hospitalização por CSAP (NEDEL, 2010; DIAS-DA-
208 COSTA, 2010). Desta forma, as principais aquisições de aprendizado do processo
209 recaem no uso de evidências científicas sobre políticas de saúde para
210 organização da atenção primária, por meio de estudos comparativos
211 (benchmarking) com outras regiões do país que já usam a ferramenta assim como
212 aumento da capacitação dos profissionais da gestão nas práticas de
213 monitoramento do acesso e efetividade dos serviços.

214 **m) Integração**

215 A integração da prática de monitoramento ocorreu, sobretudo entre DAPS e
216 Distritos Sanitários. Essa parceria foi intensificada nos últimos 3 anos, com a
217 formação de um modelo de colegiado para decisões conjuntas no que se refere à
218 APS. Além disso, estabeleceu-se parceria importante com o setor de
219 planejamento da SMS com inclusão do indicador de avaliação ICSAP assim como
220 indicadores de monitoramento do acesso à APS no painel de indicadores do
221 Pacto Municipal de Saúde.

222

223 **n) Impacto direto da prática no usuário/cidadão**

224 A expansão da ESF como modelo de APS para o município provocou impacto
225 direto na ampliação de acesso, maior equidade no acesso da população às ações
226 de saúde e maior vínculo e continuidade do cuidado pelas equipes de saúde da



227 família o que reflete em maior resolubilidade e eficácia das ações e indicadores
228 de saúde evidenciadas pela queda nas taxas de internações por CSAP. A longo
229 prazo, espera-se uma melhora na satisfação de profissionais e usuários (dados
230 ainda não avaliados), sobretudo pela geração potencial de qualidade de vida na
231 população.

232

233 **o) Eficiência**

234 A ESF está fundamentada nos princípios da APS, cujo desafio é concretizar a
235 atenção integral, continuada e resolutiva à saúde da população brasileira,
236 particularmente na esfera municipal objetivando, além disso, a melhoria dos
237 indicadores de saúde, redução das brechas de morbi-mortalidade, e um consumo
238 mais racional da tecnologia biomédica, para maior eficiência ao gasto no setor
239 (STARFIELD, 2002). Alguns estudos têm comparado o PSF com o modelo
240 tradicional de atenção básica, observando que o desempenho e a oferta de ações
241 e serviços de saúde em geral são mais adequados no PSF, com menores custos
242 diretos e indiretos. Bons resultados também têm sido obtidos em diversos países
243 onde os sistemas de saúde são orientados por estes princípios. A atenção
244 primária está associada a custos menores, maior satisfação dos usuários e
245 melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social
246 (ELIAS, 2008). Quando se soma aos custos totais com a APS aqueles advindos
247 das internações supõe-se um aumento ainda maior na eficiência e efetividade das
248 ações. No caso de Florianópolis ainda não dispomos de um modelo de análise de
249 economia de recursos financeiros com a expansão da ESF.

250

251 **p) Resultados obtidos**

252 A análise dos dados comparativos entre 2005 e 2011 mostrou uma taxa de
253 internação por CSAP em Florianópolis de 10,75 com queda progressiva para
254 7,12/1.000habitantes em 2011 ($R^2=0,94$). Também foram avaliadas as taxas de
255 Santa Catarina com queda de 18,88 para 16,14/1.000habitantes ($R^2=0,69$) e do



256 Brasil com queda de 17,12 para 15,27/1.000habitantes ($R^2=0,66$) para o mesmo
257 período avaliado. Apesar de Florianópolis apresentar já em 2005 taxas de ICSAP
258 menores, o município apresentou o maior valor de queda proporcional (33,7%) no
259 período avaliado (média anual estimada = -6,7%), enquanto que a redução em
260 Santa Catarina foi de 14,5% (média anual estimada = - 2,9%) e no Brasil de
261 10,8% (média anual estimada = -2,2%). Adicionalmente, observou-se que entre
262 2005 e 2011 a queda na taxa das internações por outras condições (não
263 sensíveis à APS) foi de 9,6%, contra -33,7% das ICSAP, ou seja, uma queda 3,5
264 x maior. Paralelamente observou-se que a cobertura populacional das ESF em
265 Florianópolis aumentou de 44,3% em 2005 para 89,3% ao final de 2011. No
266 mesmo período em Santa Catarina esse aumento foi de 59% para 70,4% e no
267 País de 38,9% para 53,4%. Deve-se ressaltar ainda que ao final de 2011, a taxa
268 de internação por CSAP em Florianópolis representava proporcionalmente menos
269 da metade das taxas observadas em Santa Catarina e Brasil além de uma
270 cobertura populacional pela ESF expressivamente maior que nas duas outras
271 instâncias federativas. Adicionalmente, foram avaliados vários dados referentes
272 aos indicadores de acesso no município nos últimos 2 anos. Dentre esses dados
273 ressalta-se o número de pessoas atendidas pela APS em Florianópolis, que
274 aumentou de 1.278.516 pessoas no período entre janeiro a agosto de 2011 para
275 1.373.966 no mesmo período de 2012, o que representou um aumento de 95.450
276 atendimentos (107,4% em relação ao ano de 2011). Estes números incluem todos
277 os tipos de atendimento realizados nos serviços oferecidos pelas Unidades de
278 Saúde da rede de APS. Adicionalmente, avaliou-se o quantitativo de pessoas
279 atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município. Nestas
280 unidades observou-se que entre janeiro de agosto de 2012 foram realizados
281 172.989 atendimentos, o que representou uma diminuição de 13% (25.604
282 atendimentos) no quantitativo registrado no mesmo período de 2011. Esses
283 dados permitem concluir que a ampliação do acesso realizada na APS nos
284 últimos dois anos refletiu da diminuição na demanda por atendimentos nas UPAs
285 e possivelmente impactará ainda mais na diminuição das taxas de internação por
286 condições sensíveis à Atenção Primária. Finalmente, considera-se que embora
287 estudos nacionais tenham apontado o bom desempenho das equipes de saúde
288 da família, o indicador Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária



289 ainda é pouco difundido, sendo necessários outros estudos para generalização
290 dos dados e aprofundamento de análises correlacionais com outras variáveis no
291 município para adequada prática de benchmarking e benchlearning na gestão da
292 SMS.

293

294 REFERÊNCIAS:

295 Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a
296 construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do
297 sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,
298 25(6):1337-1349, jun, 2009

299

300 Dias-da-Costa JS et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção
301 primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande
302 do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):358-364, fev, 2010

303

304 Elias, E. e Magajewski, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina.
305 Rev Bras Epidemiol 2008; 11(4): 633-47

306 Fernandes VBL et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador
307 de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2009;43(6):928-
308 36

309

310 Fúlvio Borges Nedel et al. Características da atenção básica associadas ao risco
311 de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da
312 literatura. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(1):61-75, jan-mar 2010

313



1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis

Caminhos para uma transição governamental adequada

Oficina de Avaliação, 13 de novembro de 2012

- 314 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e
315 tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.



**PREFEITURA
FLORIANÓPOLIS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE