

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

RUBIA LAURA OLIVEIRA AGUIAR

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): considerações sobre o perfil e gastos para um município mineiro

RUBIA LAURA OLIVEIRA AGUIAR

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): considerações sobre o perfil e gastos para um município mineiro

Trabalho de Conclusão de Cursodo Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiásapresentado como parte dos requisitos para obtenção de título de Especialista em Economia da Saúde.

Orientadora: Adélia Aparecida Marçal dos Santos

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de fé,pela sabedoria, força de vontade e por me fortalecer na superação das dificuldades e a N. Sra. de Schoenstatt, que sempre intercedeu por meus objetivos, por meio de minhas orações e fé.

Aos meus pais e minha irmã pelo apoio, compreensão e incentivo;

Ao meu namorado Leonardo, companheiro de todas as horas, e o maior incentivador desta realização, obrigado pela força e a parceria de sempre;

Aos meus familiares pelo apoio e compreensão diante das inúmeras ausências;

À minha orientadora, professora Adélia pelos conselhos, paciência e pelo incentivo ao desenvolvimento e qualidade de um bom trabalho.

Aos professores do curso pela dedicação, confiança e incentivo, sendo estas condições fundamentais para conclusão deste curso de pós-graduação em Economia da Saúde:

Aos Secretários de Saúde Bruno e Kênia, da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem pelo apoio fundamental, sempre inspirando a caminhada para alcançar um SUS com qualidade e respeito ao usuário;

Á equipe de trabalho da Assessoria de Planejamento da SMS: Salime, pelos valiosos conselhos e inspiração, Lídice, Hassan e Newton, pela parceria e apoio durante essa jornada;

Aos colegas de curso, pelo companheirismo e perseverança nesta caminhada, longa, difícil, mas vitoriosa!

Muito obrigada a todos que indiretamente contribuíram para mais esta realização.

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são um indicador indireto de avaliação da qualidade, efetividade e acesso a Atenção Primária e os gastos com essas internações poderiam ser alocados em outras ações de saúde, de forma mais eficiente. O objetivo geral foi descrever o perfil e gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) dos residentes do município de Contagem, Minas Gerais, de 2013 a 2016. Trata-se de estudo descritivo, com dados secundários oficiais, disponíveis online, não sendo necessária submissão a comitê de ética para aprovação. A principal fonte de dados foi o SIHSUS. Foi utilizada a Lista Brasileira de ICSAP e para informações sobre as despesas com saúde, cobertura de Atenção Básica, Leitos hospitalares foram obtidas informações a partir do SIOPS, e-Gestor AB e SCNES respectivamente. A cobertura de Atenção Básica teve pouca evolução; a taxa de ICSAP reduziu ao longo do tempo e o total de ICSAP, em relação às hospitalizações gerais (exceto partos), representou cerca de 15% no período. As crianças e idosos apresentaram maior percentual de ICSAP. Destacaram-se as causas de ICSAP: Doenças cerebrovasculares, Infecção no rim e trato urinário, Asma, Insuficiência cardíaca e No período foram gastos R\$ 18.809.612,75 - 12,63% em relação ao total gasto com todas as internações. Conclui-se que uma Atenção Primária efetiva e bem conduzida, tende a reduzir o risco dessas internações evitáveis, atrelado a e investimentos nessa área, realocando os recursos gastos com essas internações em outras ações de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gastos com saúde; Atenção Primária à Saúde; Hospitalizações evitáveis; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à Saúde; Financiamento da assistência à saúde.

ABSTRACT

ICSAPs are indexed according to health practices, effectiveness and access to information, and hospitalization expenses are allocated to other health actions more efficiently. The general profile was developed and the data were reviewed based on statistics on the residents of the municipality of Contagem, Minas Gerais, from 2013 to 2016. This is a descriptive study with obscure data, available online, not being required to submit to an ethics committee for approval. The main source of data was SIHSUS. A list of basic cases of ICSAP was used and for information on health expenses, health coverage, e-manager AB and SCNES respectively. The prevention of the basic basic was a evolution; an ICSAP rate reduced over time and the ICSAP total, compared to general hospitalizations, except for about 15% in the period. As children and elderly, higher percentage of ICSAP. The following were highlighted as causes of ICSAP: Cerebrovascular disease, Kidney and Urinary Tract Infection, Asthma, Heart Failure and Angina. There was no expense spent R \$ 18,809,612.75 -12.63% in relation to total expenses with all hospitalizations. It was concluded that once the attention and results of actions are avoided, linked and investments in this area, reallocating the resources spent on these hospitalizations in other health actions.

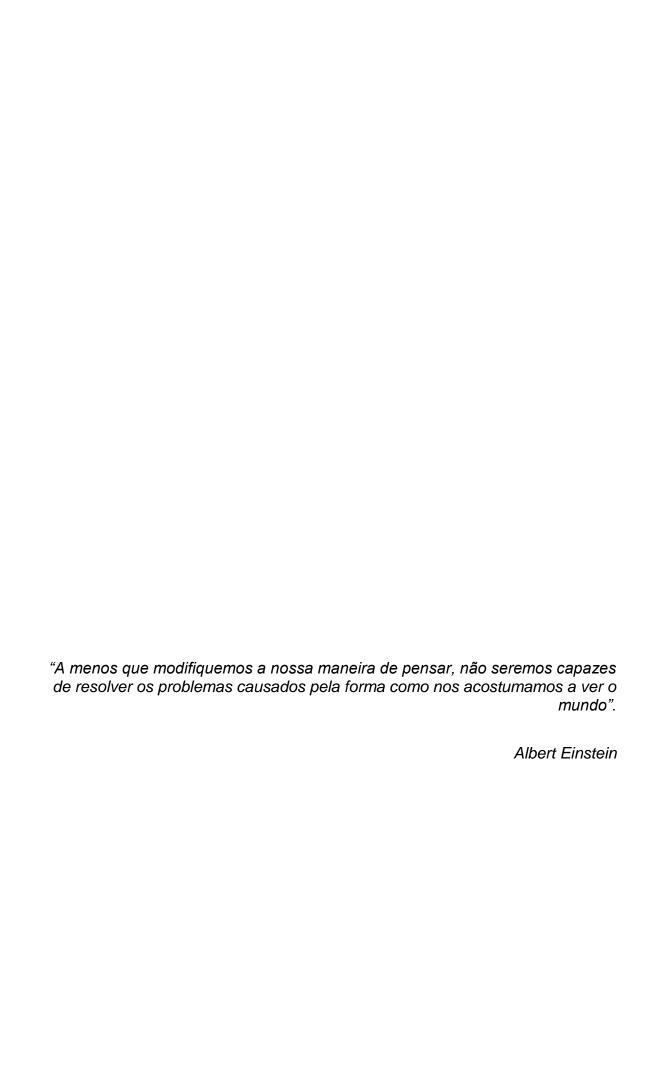
KEY WORDS: Health expenditures; Primary Health Care; Avoidable Hospitalizations; Quality, access and evaluation of health care; Financing of health care.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Variação percentual no período por grupo de causas de ICSAP, de residentes de Contagem, 2013 a 2016págs. 29 e 30
Tabela 2 – Proporção de ICSAP por grupo de causas, de residentes de Contagem2013 a 2016pág. 30
Tabela 3 - Distribuição da Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) por faixa etária,
segundo ano de internação de residentes de Contagem e variação percentual do
período, 2013 a 2015pág. 31
Tabela 4 - Proporção de ICSAP em relação ao total de internações dos residentes de Contagem. Contagem, 2013 a 2016pág. 35
Tabela 5 - Valores (R\$) gastoscom ICSAP por grupo de causas. Contagem, 2013 a2016pág. 37
Quadro 1- Lista de condições sensíveis à atenção primáriapág. 22
Figura 1- Comparação do número de ICSAP registrado entre os sexos masculino e feminino, de residentes em Contagem, durante os anos de 2013 a 2016. Contagem 2013 a 2016pág. 34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução dos leitos hospitalares. Contagem, 2013 a 2016pág. 26
Gráfico 2 - Evolução da Cobertura das Equipes de Atenção Básica. Contagem, 2013 a 2016pág. 27
Gráfico 3 - Proporção acumulada do período por grupo de causas de ICSAP, de residentes de Contagem, 2013 a 2016pág. 29
Gráfico 4 - Distribuição dos grupos de causas de ICSAP, na faixa etária de 4 anos
ou menos, de residentes de Contagem, no período de 2013 a 2016pág. 32
Gráfico 5 - Distribuição dos grupos de causas de ICSAP, na faixa etária de 65 anos
ou mais, de residentes de Contagem, no período de 2013 a
2016pág. 32
Gráfico 6 - Distribuição da Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) por sexo, segundo ano de internação de residentes de Contagem do período de 2013 a 2016pág. 33
Gráfico 7 - Evolução da Taxa de ICSAP p/10.000 hab., Contagem 2013 a 2016
pág. 35
Gráfico 8 - Evolução dos valores (R\$) gastos com ICSAP e internações totais, de pacientes residentes em Contagem, 2013 a 2016
Gráfico 9 - Valores (R\$) da despesa total com saúde, Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Ambulatorial. Contagem, 2013 a 2016pág. 38



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	. 10
2.	OBJETIVOS	. 20
3.	METODOLOGIA	. 21
4.	RESULTADOS	. 26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	. 45
REI	FERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	. 47
ANI	EXO	53

1. INTRODUÇÃO

Diversas discussões têm sido realizadas por especialistas em Saúde Pública a respeito da limitação dos recursos para financiamento das ações e serviços de saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERRAZ e VIEIRA, 2009). Os princípios do SUS, instituídos pela Lei n°8.080/90 (BRASIL,1990) com a chancela do direito fundamental à Saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), estabelecem que os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade crescente e a principal porta de entrada (acesso) da população deverá ocorrer por meio da Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse nível de atenção à saúde são resolvidos cerca de 85% das necessidades de saúde da população, sendo realizadas ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de várias doenças em sua fase inicial (STARFIELD, 2002).

A responsabilidade financeira das ações e serviços de saúde é tripartite-União, Estados e Municípios - (BRASIL, 2012) contudo, o "subfinanciamento federal tem comprometido, de modo desigual, os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), afetando principalmente a AB" (Santos, p. 4,2013).De acordo com Santos (2013) o Ministério da Saúde aumentou, gradativamente, a razão de gastos com Média e Alta Complexidade (MAC) em relação à Atenção Básica (AB) desde 1995 (5,4 vezes mais) alcançando, em 2.012, 7,7 vezes mais gastos com MAC, quando comparado com a AB. No âmbito municipal, a gestão financeira é um desafio para os planejadores e executores de políticas públicas no SUS (ROSA e COELHO, 2011), uma vez que dependem, em grande parte, das transferências da União e do Estado para suprir a demanda de saúde. Considerando-se tais limitações, e outras mais, é necessário planejar adequadamente as ações de saúde, com intuito de melhor prover e alocar os recursos financeiros.

Diante disso, o planejamento e atendimento eficaz das ações e serviços de saúde, no nível primário, podem reduzir de forma geral, o número de internações o que, leva também à redução dos gastos públicos com os demais serviços e níveis de atendimento, como por exemplo, de urgência e emergência (SILVA, 2017).

De acordo com Pinto Junior (2017, p.2) "as hospitalizações por causas evitáveis refletem falhas do sistema de saúde em fornecer acesso a serviços de

qualidade na APS". Frente ao limite de recursos do SUS, tais falhas oneram o orçamento público, o que poderiam estar sendo alocados, de forma eficiente, em outras ações em saúde.

Historicamente, a APS foi discutida em 1920 junto ao Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, associando a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados como forma de organização dos sistemas de saúde, sendo a APS a coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002).

Anos mais tarde, em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata realizada no Cazaquistão (antiga União Soviética), foi proposto um acordo entre os países membros conhecido como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Nesse evento foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, sendo o pacto assinado entre 134 países que defendia a definição de APS, denominada "cuidados primários de saúde" (UNICEF, 1979).

"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde". (OPAS/OMS, 1978, 3p). Grifo próprio.

No Brasil, ações para o fortalecimento da APS realizadas pelo Ministério da Saúde na década de 90 levaram a instituição do Programa de Saúde da Família (PSF), com implantação de forma progressiva nos municípios, baseando-se nas diretrizes da APS (GIOVANELLA, 2008). O PSF, não obstante classificado como programa, foge à compreensão habitual dos demais programas criados pelo MS. É um modelo assistencial caracterizado como uma "estratégia" que articula, no território adstrito, a integração e a organização das atividades, com o intuito de resolver os principais problemas de saúde (BRASIL, 1997). A Estratégia Saúde da

Família (ESF) busca a reorganização da AB¹no País, de acordo com os princípios do SUS e, consubstancia uma estratégia para expansão, qualificação e consolidação do modelo assistencial (BRASIL, 2011).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o relatório intitulado "O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil" elaborado por um grupo de pesquisadores e colaboradores da Universidade Federal da Bahia que demonstrou os resultados alcançados pelo PSF desde sua implantação no Brasil:

"Os anos 90 testemunharam grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, norteadas pela necessidade de ruptura com as formas então vigentes de organização do sistema de saúde. O **Programa de Saúde da Família** tem se constituído num dos pilares desse movimento, enquanto proposta de reorganização da atenção primária. Os resultados apresentados demonstraram a grande expansão da estratégia de saúde da família, a partir de 1998, com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país. [...] A implantação do PSF foi bastante expressiva nos municípios de gestão plena do sistema, alcançando 83,7% desses municípios em 2001, ressaltando-se que este conjunto representa apenas cerca de 10% dos municípios brasileiros". (BRASIL, p. 24, 2002). Grifo próprio.

Ainda sobre o modelo de atenção à saúde brasileira baseada na APS, em 2006 o MS instituiu a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e definiu a AB como:

"Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social". (BRASIL, 2006).

12

¹Embora alguns estudos apresentem pequenas diferenças conceituais, os termos Atenção Primária e Atenção Básica, no Brasil, são usadas como sinônimos. A expressão "Atenção Básica" foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de "Atenção Primária à Saúde".Para informações adicionais, vide artigo: ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ORIGENS E DIFERENÇAS CONCEITUAIS. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203.

A expansão no território brasileiro pela ESF, adotada para operacionalizar a APS no SUS, tem substituído o modelo de atenção tradicional baseado na demanda espontânea (PÁDUA *et al*, 2013). "A ESF apresenta especificidades, como delimitação de território e abrangência, adstrição de clientela, ênfase no trabalho multidisciplinar, maior organização da demanda e enfoque familiar da assistência" (VELOSO E ARAÚJO, 2009; VAN STRALEN *et al*, 2008 *apud* CARDOSO*et al*p.228,2013).

As principais ações da APS estão voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e hospitalizações, mortalidade entre outros fatores precoces que acometem à população assistida (STARFIELD, 2002). Segundo os autores Starfield (2002) e Campbell *et al* (2000), para que o modelo de APS forneça cuidados de saúde de qualidade, são necessários atributos como acesso facilitado, atenção efetiva e equânime, com custos compatíveis. Estudos internacionais mostraram que a APS contribui para melhores resultados em saúde, custos mais baixos e maior equidade em saúde (OPAS, 2007).

Assim como apontado nos estudos de Morimoto e Costa (2016) a expansão da ESF no Brasil deve ser avaliada permanentemente quanto à sua efetividade. Com isso, é possível observar os possíveis efeitos de desperdícios de recursos em ações que apresentam baixo custo-efetividade², o que auxilia na tomada de decisão dos gestores, com intuito de melhorar a assistência em cada nível de atenção.

É notória a escassez de recursos na saúde pública, e o peso de consumo de recursos dos demais níveis de atenção recai sobre a Atenção Primária (MARIMOTO E COSTA, 2016). Entretanto, há de que se considerar as diferentes complexidades e densidades tecnológicas de cada nível. A redução de internações evitáveis e sensíveis à AB poderia aludir a possíveis otimizações e reinvestimento no sistema de saúde, tais como de dispor leitos para utilização para as demais internações (não evitáveis) e também a redução dos gastos com internações hospitalares

_

²Custo-efetividade: Por exemplo, custo por anos de vida ganhos, ou por mortes evitadas, ou por dias sem dor, ou por ausência de complicação, ou ainda por hospitalizações evitadas. Para mais informações sobre custo-efetividade consultar:Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000400002.

(MARIMOTO e COSTA, 2016).

Embora na literatura haja indícios de que a cobertura de AB tenha influencia na redução de ICSAP, afirmar que somente ela seja responsável pela redução das internações pode não ter relação direta, uma vez que a internação hospitalar também pode ser explicada fatores epidemiológicos, socioeconômicos, sistema de saúde, além da oferta de leitos hospitalares (GOUVEIA, 2016). Além disso, existem autores que afirmam que a "demanda pode ser induzida pela oferta, ou seja, quanto maior o número de leitos disponíveis, maior a chance de o indivíduo se internar independentemente das suas necessidades de saúde" (SOUZA e DIAS-DA-COSTA, 2011; STARFIELD E MACINKO, 2005 apud PAZO et al, 2014).

O SUS tem buscado a qualificação e aprimoramento por meio da avaliação do desempenho de seus serviços e programas de saúde. Nesse sentido, foram propostos indicadores de saúde que permitissem identificar características de difícil investigação direta com o intuito de promover melhor adequação entre gestão, uso de recursos e qualidade do atendimento (COSTA *et al*, in MEDRONHO, 2009).

Para tanto, foi proposto um indicador indireto da qualidade e efetividade da APS, conhecido como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP. As condições sensíveis à APS são problemas de saúde, que a partir de uma APS efetiva e resolutiva, os riscos de internações seriam diminuídos, considerando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças (ALFRADIQUE et al, 2009). Os autores Pereira, Silva e Neto (2014, p. 332) esclarecem que "esse termo, é uma tradução livre para Ambulatory Care Sensitive Conditions, e se constitui em um indicador de atividades hospitalares como medida de efetividade da AB e foi trabalhado por Billings et al. na década de 1990".

Esse indicador tem o potencial de auxiliar na condução de políticas públicas voltadas para uma assistência de forma mais efetiva nesse nível de atenção, considerando também outras variáveis importantes. Destaca-se que elevadas taxas de ICSAP podem sugerir ineficiências quanto ao acesso ou ao desempenho dos serviços. (ALFRADIQUE, 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde por meio da portaria SAS/MS n° 221, de 17 de abril, estabeleceu um rol de 19 grupos de causas de CSAP, com 74 diagnósticos

classificados de acordo com 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (BRASIL, 2008). Essa portaria enfatiza e considera a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para reorganização da AB no Brasil, e destaca o seu impacto na redução das internações por CSAP, tendo inclusive como referencia listas de outros países, incentivando o Brasil, a elaborar a sua própria lista de CSAP (BRASIL, 2008). No artigo 2º desta portaria fica definido que a Lista Brasileira de ICSAP "será utilizada como instrumento de avaliação da AP e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal" (BRASIL, 2008).

No que tange à literatura brasileira, existem diversos estudos que abordam as ICSAP em análises epidemiológicas e até questões relacionadas com a judicialização, como aponta Medeiros e Silva (2017). Nos estudos analisados por Pereira *et al* (2014), a maioria utilizou dados secundários, com tipologia prevalente de estudos ecológicos, que avaliam a evolução das ICSAP ao longo do tempo, a partir de diversas características e foram realizados em distintos locais do país, com destaque para as regiões Sul, Sudeste e Nordeste.

Considerando a dificuldade de mensuração dos custos/gastos hospitalares, principalmente por limitações de acesso aos bancos de dados hospitalares locais, este trabalho avaliará os gastos hospitalares, a partir dos dados obtidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instrumento de registro do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIHSUS), que contempla informações sobre os atendimentos, profissionais e serviços prestados ao paciente durante a internação. O SIH/SUS foi criado na década de 80 pelo Ministério da Saúde, com a missão de registrar as informações relativas às internações hospitalares financiadas pelo SUS, permitindo aos gestores do SUS a consulta de relatórios para realização de pagamentos aos estabelecimentos e prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 2018). Além disso, o SIH/SUS também contribui para orientação dos repasses financeiros do Ministério da Saúde às secretarias de saúde para pagamentos de internações (BRASIL, 2018).

Além disso, destaca-se que com a análise e avaliação dos gastos incorridos em internações hospitalares, no tocante aos gastos no SUS e suas características, servem como direção para se adotar medidas adequadas de redução de

hospitalizações, principalmente as evitáveis (HOMAR E MATUTANO *apud* SOUZA E PEIXOTO, 2015).

Estudos demonstraram que a ampliação da cobertura populacional de SF, esteve associada à diminuição do tempo de permanência das internações e seus gastos envolvidos (MAFRA, 2011). Com isso, tem-se a contenção nos gastos em saúde (ou economia na atenção hospitalar), que poderia realocar recursos para a AB, promovendo eficiência nos gastos em saúde (MELO, 2014).

Ao realizar o questionamento sobre alocação de recursos eficiente nesse contexto, faz-se necessário analisar o comportamento das ICSAP. Isso permite conhecer as diferenças entre os custos de determinados tratamentos e intervenções na população, a partir de estratificações (faixa etária, sexo), assim como as necessidades de saúde, o que favorece estratégias para se alcançar a verdadeira equidade em saúde (SILVA, 2017).

JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema se justifica pela importância desse indicador para avaliar a APS e sua relação com a Atenção Hospitalar. Quanto mais um sistema de saúde for orientado para a APS, melhores serão os resultados nos indicativos de saúde das populações, assim como maior satisfação dos usuários, e gastos menores, o que implica maior efetividade, equidade, eficiência (MENDES, 2014). Assim como aponta Buttendender (2008), a necessidade de gerir o sistema de saúde com eficiência e efetividade em função custos crescentes dos serviços de saúde e frente a escassez de recursos financeiros, exige que as decisões sejam tomadas com base na avaliação dos impactos das ações desenvolvidas.

Além disso, espera-se que a análise do perfil das ICSAP, conforme já apresentados em outros estudos (FERREIRA *et al*, 2012; TORRES e CIOSAK, 2014; MOURA, *et al*, 2010) considerando à frequência de internações, por sexo, faixa etária, grupo de causas de ICSAP, de gastos das internações por CSAP, traçado neste estudo, possa contribuir para os gestores do SUS quanto a reflexão sobre o *status* das atuais políticas públicas de saúde.

O município de Contagem, local de estudo escolhido, pertence ao estado de Minas Gerais e faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte e possui a terceira maior população do estado, com 653.800 habitantes (IBGE, estimativa populacional, 2016). Está localizado a 23 Km do Centro de Belo Horizonte, tendo como municípios vizinhos: Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ibirité e Ribeirão das Neves. A economia de Contagem é baseada, principalmente, no comércio (30,65%) e na indústria (25,71%) (IBGE, 2012).

Em Contagem, o sexo feminino representam, cerca de 51 % da população. A pirâmide demográfica de Contagem exibe um perfil de desaceleração nas taxas de fecundidade que em 1991 era de 2,4 e em 2010 em 1,8 filhos por mulher. A população do município predomina adultos jovens na faixa de 25 a 44 anos (cerca de 35%). A população idosa (60 anos e mais) do município em 2010 era de 9,2%, contudo, o município apresenta um índice de envelhecimento de 43,3% (% pessoas maiores de 60 anos em relação ao total de menores de 15 anos de idade) semelhante ao Brasil (44,8%) e menor que Minas Gerais (52,6%), o que caracteriza idosa a população de Contagem. O envelhecimento da população aponta para o crescimento de demandas em saúde, principalmente das doenças crônico-degenerativas (CONTAGEM, 2017).

A taxa de mortalidade infantil, em 2016, alcançou 12,7 por 1.000 NV, sendo as principais causas de óbito as afecções originadas no período perinatal (51,7%), seguidas das malformações congênitas e anomalias cromossômicas (31,0%) e causas externas (6,9%) (CONTAGEM, 2017).

O município é organizado territorialmente em 8 (oito) Distritos Sanitários, para prover melhor adequação e organização administrativa da rede de serviços de saúde, trabalhando com população menores e processos apropriados para o planejamento e gestão local. Tal organização foi realizada considerando os setores censitários do IBGE, o que permite a definição das áreas de abrangência e referencia dos serviços de saúde (CONTAGEM, 2018). A oferta de serviços de saúde no município em 2018 é constituída por: 1 (um) hospital municipal e 3 hospitais privados; 1 (um) Centro Materno Infantil (maternidade pública); 4 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial, 2 (dois) Centros de Consultas Especializadas; 1 (um) Centro de Especialidades Odontológicas; na Atenção Básica, possui um

modelo misto entre estratégia de saúde da família – 105 equipes(médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde; cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal)e a Atenção Básica tradicional (médico clínico, ginecologista, pediatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, dentista). Além disso, conta com 5 (cinco) Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e 16 (dezesseis) farmácias distritais, 01 laboratório municipal de vigilância em saúde, bromatologia, centro de zoonoses (SCNES, 2018).

A cobertura de Atenção Básica do município é de 72,68% e a cobertura de Saúde da Família de 55,33% (BRASIL, 2018), sendo inferior à média de cobertura dos municípios de Minas Gerais (89,20%), no mesmo período. O município possui um modelo híbrido de Atenção Básica: modelo tradicional e a estratégia de saúde da família, que está sendo reestruturado para que oferte 100% da Atenção Básica norteado pela Estratégia da Saúde da Família (CONTAGEM, 2018). Em 2017, o município custeou as ações de saúde por meio do recurso do tesouro municipal, com cerca de 30% da receita própria, sendo que o mínimo preconizado pela lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, é de 15% (SIOPS, 2017).

Os estudos sobre gastos com ICSAP, ainda são insipientes no Brasil, e de acordo com Souza e Peixoto (2017), eles não encontraram estudos anteriores relacionados aos gastos com ICSAP pelo SUS, por variáveis (faixa etária, sexo, diagnóstico). Assim como também destaca Silva (2017), os gastos com ICSAP são pouco discutidos na literatura e enfatiza que esses são um desperdício para o sistema público de saúde. Em complemento, considerando o conceito de alocação de recursos de forma eficiente e na equidade dos serviços prestados, faz-se fundamental analisar os custos entre grupos populacionais, como sexo e faixa etária (SILVA, 2017). Conforme apontam Ugá, Porto e Píola (2012), a partir das análises de custo-efetividade da distribuição de recursos, gastar mais e melhor.

Tais motivos despertaram curiosidade em conhecer o panorama dessas variáveis em um município mineiro. Para complementar os achados, foram apresentados o quantitativo da oferta de leitos hospitalares, a evolução da cobertura

de AB e SF, assim como os indicadores de gastos e despesas totais com saúde no município.

E por fim, espera-se que os resultados deste estudo, à luz do SUS, possam embasar os gestores e trabalhadores do SUS na busca por soluções eficazes para contornar os problemas de saúde e subsidiem ações de melhoria para o SUS, incitando discussões quanto à elaboração de políticas e programas que melhorem a interface da APS e da Atenção Hospitalar.

Nesse sentido, as contribuições da economia da saúde tornam o gerenciamento dos serviços de saúde mais sólidos, sendo possível analisar e aperfeiçoar o sistema e a assistência à saúde, o planejamento dos recursos financeiros e das ações, bem como os comportamentos que afetam a saúde, a oferta e demanda por serviços. Parte-se do pressuposto de que os recursos dispensados com essas ICSAP poderiam ser alocados em ações efetivas na APS, fortalecendo a sua missão de cuidar da promoção da saúde e prevenção de doenças na população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

 Descrever o perfil e gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) dos residentes do município de Contagem, Minas Gerais, de 2013 a 2016.

2.2 Objetivos específicos:

- Analisar o perfil (sexo, faixa etária e grupo de causas) das ICSAP e seus gastos financiados pelo SUS, dos residentes do município de Contagem, Minas Gerais, do período de 2013 a 2016.
- Conhecer os gastos com Atenção Básica e Atenção Hospitalar/Ambulatorial, e o gasto total com saúde, no município de Contagem, Minas Gerais, do período de 2013 a 2016.
- Apresentar a oferta de leitos hospitalares (SUS e NÃO SUS) em Contagem, do período de 2013 a 2016.
- Apresentar a evolução da cobertura de Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família em Contagem, do período de 2013 a 2016.

3. METODOLOGIA

Estudo descritivo de base documental que compreende uma pesquisa com dados secundários oficiais, abertos, disponíveis *online*, agregados, sem identificação dos usuários, não sendo necessária submissão a comitê de ética para aprovação.

As informações extraídasreferem-se às características e aos gastos com as internações hospitalares, com destaque para ICSAP, registradas no SIH/SUS,ocorridas no município de Contagem, Minas Gerais, relativas ao período de 2013 a 2016disponíveis no portal do DATASUS.

3.1 LOCAL DE ESTUDO

O município selecionado para este estudo foi Contagem, localizado no estado de Minas Gerais, pertencente a Região Metropolitana de Belo Horizonte

3.2 PERÍODO DE ANÁLISE

O período analisado foi de 2013 a 2016, com o objetivo de compor uma série histórica de 4 (quatro) anos e acompanhar a evolução das variáveis estudadas.

3.3 FONTES DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A ANÁLISE

As fontes de dados deste estudo foram obtidas a partir dos sistemas oficiais de informação:

- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS)
- Sistema e-GESTOR Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde;
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS);

Foram consultadas informações demográficas e epidemiológicas obtidas em documentos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem e Estimativas populacionais intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Como instrumentos de tabulação e análise dos dados, foram utilizados o TabWin e Tabnet, ambos criados pelo Ministério da Saúde. Destaca-se que tais ferramentas permitem a transparência e visibilidade dos dados, auxiliam nas políticas e ações de saúde viabilizando diversos tipos de consultas, sejam eles assistenciais, epidemiológicos e/ou de gastos com saúde (BRASIL, 2012). Foram realizadas análises estatísticas simples (proporção, percentual, taxa, variação percentual) em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*®, conforme os objetivos deste estudo, bem como para elaboração de tabelas e gráficos.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As ICSAP foram o foco de avaliação deste estudo, organizadas em grupos de diagnósticos de causas de internação baseadas na lista nacional, conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 221, de 17 de abril de 2008.

Quadro 1. Lista de condições sensíveis à atenção primária

Grupo	Diagnósticos
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
2	GastroenteritesInfecciosas e complicações
3	Anemia
4	DeficiênciasNutricionais
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta
6	Pneumonias bacterianas
7	Asma
8	Doencaspulmonares
9	Hipertensão
10	Angina
11	InsuficiênciaCardíaca
12	DoençasCerebrovasculares
13	Diabetes mellitus
14	Eplepsias
15	Infecção no Rim e Trato Urinário
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
18	Úlcera gastrointestinal
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

Fonte: (BRASIL, 2008). Adaptado pela autora.

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos e processados a partir de um conjunto de registros de internações de residentes do município,ocorridasnos hospitais com atendimentoSUS em Contagem e de municípios da região metropolitana.

Já as informações obtidas dos demais bancos de dados, à exceção do SIH/SUS, foram utilizadas para efeitos de consulta de informações adicionais, como por exemplo, do quantitativo de estabelecimentos de saúde (SCNES).

As informações analisadas concentraram-se tanto em relação às características das internações, quanto aos seus respectivos gastos financiados pelo SUS. Para elaboração do banco de dados foram utilizados os arquivos do tipo DBC (reduzidos – 2013 a 2016), DEF (arquivos de definição) e AIH RD (AIH reduzidas) e utilizou-se a ferramenta de tabulação TabWin (versão 3.5.0.46)³. Para alcançar os objetivos pretendidos, foram realizadas comparações das variáveis analisadas, mediante série histórica (2013 a 2016). Para tanto, foram realizadas análises de subcategorias: oferta de leitos; cobertura de AB/SF; perfil das ICSAP; gastos com ICSAP e despesas com saúde.

3.6 OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES

Para levantamento da oferta de leitos hospitalares no município de Contagem os dados foram obtidos a partir do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por se tratar de uma fonte oficial do Ministério da Saúde. Tais informações foram consideradas para se ter um referencial de oferta de leitos hospitalares no município.

3.7 COBERTURA DE AB/SF

Em relação ao percentual de cobertura populacional de AB e SF⁴, em Contagem, este resultado foi obtido no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, por meio dos relatórios públicos do sistema e-GESTOR AB⁵, considerando como linha de corte, os meses de dezembro dos anos avaliados. Os dados de população utilizados foram as estimativas populacionais do IBGE.Posteriormente, as informações foram sistematizadas em planilhas do Excel®.

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml

³Tabwin disponível para download em:

http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3.

⁴ Ficha técnica – método de cálculo: disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_AB.pdf.

⁵ Relatório público. Disponível em:

3.8 PERFIL DAS ICSAP

Primeiramente, para se conhecer o perfil foi levantado o número total de internações dos residentes de Contagem, selecionando os filtros no Tabwin: Linhas –(sexo, faixa etária, grupo de causa); Coluna – ano de internação; incremento – frequência; seleções disponíveis – município de residência Contagem; município de internação Contagem/todos municípios. Para conhecer as internações por CSAP, utilizou-se a categoria "Sensível At. Bas. 3", na qual organiza as causas em 19 grupos, sendo o que melhor categorizou as informações. Assim como foram realizados em outros estudos, os partos foram excluídos do total de internações, por representarem um desfecho natural da gestação (ALFRADIQUE *et al*, 2009; SOUZA e PEIXOTO, 2017).

Diante disso, adotaram-se para a análise deste estudo as seguintes variáveis para composição do perfil: a) Faixa etária 9(menores de um ano; 1 a 4 anos; 5 a 14 anos; 15 a 24 anos; 25 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 54 anos; 55 a 64 anos e maiores ou iguais a 65 anos); b) Sexo (masculino, feminino ou ignorado); c) Grupos de causas das internações sensíveis à APS, conforme a Lista Brasileira de ICSAP (quadro 1).

Para o cálculo da taxa de ICSAP foi realizada a divisão entre o número total de ICSAP de residentes de Contagem pela população total residente no município, no mesmo período da internação, multiplicado por 10 mil habitantes. Além disso, foi calculado o peso, ou seja, a proporção das internações por CSAP em relação ao total de internações e a proporção de cada grupo de causas no total de ICSAP e a variação percentual das variáveis analisadas. A variação percentual foi calculada pela diferença entre o total do valor analisado do primeiro ano em relação ao total do último ano, dividido pelo total do valor do primeiro ano, multiplicado por 100.

3.9 GASTOS COM ICSAP

Em relação aos gastos com internações por CSAP foram realizadas diversas comparaçõesem relação às internações totais, com a finalidade de conhecer o impacto financeiro das ICSAP, sendo os valores representados aqueles pagos pelo SUS. Para tanto, foram selecionadas as seguintes variáveis e realizadas análises

estatísticas: a) Valor total, em reais, das internações por CSAP; b) Valor total, em reais, das internações por grupo de causas de CSAP; b) Valor total, em reais, das ICSAP por faixa etária.

3.10 DESPESAS COM SAÚDE - SIOPS

Para conhecer as despesas totais com saúde no município, foram consultados os resultados por meio dos relatórios dos indicadores do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), pelo Tabnet, selecionando o período avaliado, e os indicadores elencados pelo SIOPS⁶:

- 2.21 Percentual das despesas com a subfunção de Atenção Básica em relação as despesas totais com a função saúde, calculado pela divisão entre despesas com a subfunção de Atenção Básica e despesas totais com a função saúde, multiplicado por 100 - objetivo: dimensionar o comprometimento de recursos na subfunção de Atenção Básica;
- 2.22 Percentual das despesas com a subfunção de assistência hospitalar e ambulatorial em relação as despesas totais com a função saúde, calculado pela divisão entre as despesas com a subfunção de assistência hospitalar e ambulatorial e as despesas totais com a função saúde, multiplicado por 100 objetivo: dimensionar o comprometimento de recursos na subfunção de assistência hospitalar e ambulatorial;
- 3.2 Participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde conforme LC n° 141/2012, calculado pela divisão entre o valor aplicado em ASPS e valor das receitas de impostos e transferências vinculadas à saúde, multiplicado por 100 Objetivo: dimensionar o nível de aplicação dos impostos e transferências dada à obrigatoriedade de se aplicar o limite mínimo de 15% em ASPS conforme lc n° 141/2012;
 - Despesa total com saúde no município.

⁶ MANUAL DE INDICADORES DO SIOPS, disponível em:< http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/MANUAL--INDICADORES-SIOPS.pdf>

4. RESULTADOS

4.1 OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EMCONTAGEM

A rede municipal de saúde de Contagem possui hospitais públicos e privados contratados ao SUS. Os serviços hospitalares públicos compõem um Complexo Hospitalar (CH) formado pelo Hospital Municipal de Contagem (HMC), atualmente com 242 leitos e o Centro Materno Infantil (CMI) com 176 leitos.

No período avaliado de 2013 a 2016 (considerou-se como ponto de corte os dados dos meses de dezembro do SCNES) o número total de leitos no município apresentou um pequeno crescimento (1,72%), sendo que o complexo municipal hospitalar apresentou um crescimento de 4,47% nos leitos do HMC e 6,76% nos leitos do CMI. No entanto, observa-se uma redução de 26,40% nos leitos SUS e um crescimento de 46,99% do número de leitos não SUS. O aumento de leitos nos hospitais privados se deu principalmente entre os anos de 2014 e 2015.

Leitos totais NÃO SUS Leitos totais SUS ---Leitos totais

Gráfico 1 - Evolução dos leitos hospitalares. Contagem, 2013 a 2016

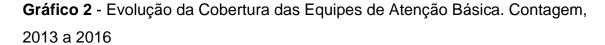
Fonte: SCNES, 2018.

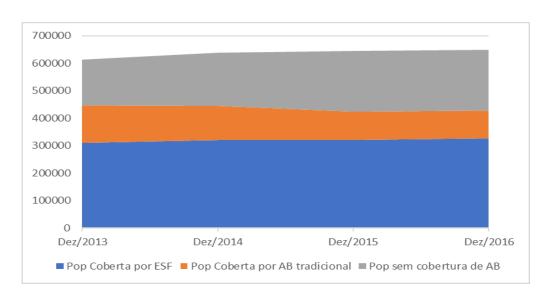
Em relação ao número de leitos hospitalares SUS no município por mil habitantes, observou-se uma redução de 0,67 p/1.000 hab. em 2013, para 0,48 p/1.000 hab. em 2016.

Cabe-se destacar, que o município de Contagem é polo da Região de Saúde⁷, que contempla os municípios de Contagem, Sarzedo e Ibirité. Considerando a lógica de regionalização e a otimização dos recursos e economia de escala, tendo em vista a resolutividade dos serviços, o município tem também a responsabilidade de absorver as demandas pactuadas desses e de outros municípios.

4.2 COBERTURA DE ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA

A AB é considerada como a ordenadora do cuidado em saúde, favorecendo a resolutividade e os processos de territorialização e regionalização em saúde (JUNIOR e PINTO, 2014). Observa-se, em relação ao indicador de cobertura populacional pelas equipesde AB, que houve uma redução de 9,30% na cobertura total de AB e 0,14% de Saúde da Família, mesmo havendo um aumento no número de Equipes de Saúde da Família (ESF), considerando que o município possui um modelo híbrido de AB. Destaca-se que ao longo do período, a população descoberta da AB cresceu 26,47%.





Fonte: e-Gestor AB, 2018. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.

⁷ De acordo com o DECRETO № 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011: Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/ ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

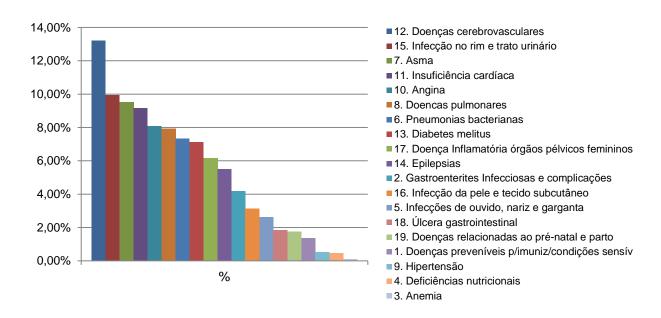
4.3 PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP) DOS RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM

Para avaliação das informações sobre ICSAP, sejam em relação ao perfil ou aos gastos, optou-se pela exclusão das internações relacionadas a partos, em virtude de na literatura vários autores considerarem como eventos naturais. A análise permitiu observar que as ICSAP de residentes de Contagem que ocorreram no período de 2013 a 2016 foram 45,04% em hospitais de Contagem, 53,09% em hospitais de Belo Horizonte e 1,88% nos hospitais dos demais municípios. Os hospitais de Belo Horizonte que mais receberam os pacientes residentes em Contagem nesse período foram o Hospital Julia Kubitschek, Hospital Infantil João Paulo II e Santa Casa de Belo Horizonte, sendo esses dois primeiros hospitais com importante perfil pediátrico. Em Contagem, as internações ocorreram principalmente no Complexo Hospitalar do município.

4.3.1GRUPO DE CAUSAS SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA

A análise de todas as internações por grupo de CSAP de pacientes residentes em Contagem independentemente do local de internação, no período de 2013 a 2016, apresentou como grupo predominante o de Doenças cerebrovasculares (13,23%), seguido de Infecção no rim e trato urinário (9,93%), Asma (9,54%), Insuficiência cardíaca (9,17%) e Angina (8,08%) (Gráfico 3). Já em relação a amplitude (variação %) do período, Anemia foi a doença que teve maior variação percentual (200%), seguida de Hipertensão (76,92 %), Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (56,10 %), Infecção do rim e trato urinário (25,09%) e Infecção da pele e tecido subcutâneo (13,83%) (Tabela 1).

Gráfico 3 - Proporção acumulada do período por grupo de causas de ICSAP, de residentes de Contagem, 2013 a 2016



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

Com relação aos grupos de causas que tiveram maior redução na variação percentual no período, destacam-se o grupo de Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos (97,36%), Deficiências nutricionais (56,52%), Doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis (54,24%), Pneumonias bacterianas (37,69%) e Asma (30,59%). A redução total por ICSAP foi de 30,50%.

Já em relação aos grupos que tiveram os maiores percentuais de aumento no período foram: Anemia, Hipertensão, Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, infecção no rim e trato urinário e Infecção da pele e tecido subcutâneo.

Tabela 1 - Variação percentual no período por grupo de causas de ICSAP, de residentes de Contagem, 2013 a 2016

	(Continua)
Sensíveis At.Bas.3	Variação% (2013 a 2016)
Anemia	200,00%
Hipertensão	76,92%
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	56,10%
Infecção no rim e trato urinário	25,09%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

Sensíveis At.Bas.3	Variação%	
Selisiveis At.Das.3	(2013 a 2016)	
Infecção da pele e tecido subcutâneo	13,83%	
Úlcera gastrointestinal	3,77%	
Gastroenterites Infecciosas e complicações	-0,87%	
Epilepsias	-15,17%	
Insuficiência cardíaca	-17,79%	
Infecções de ouvido, nariz e garganta	-17,81%	
Angina	-22,66%	
Doenças cerebrovasculares	-28,34%	
Doencas pulmonares	-28,36%	
Diabetes melitus	-28,46%	
Asma	-30,59%	
Pneumonias bacterianas	-37,69%	
Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	-54,24%	
Deficiências nutricionais	-56,52%	
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-97,36%	
Total	-30,50%	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

Tabela 2 – Proporção de ICSAP por grupo de causas, de residentes de Contagem, 2013 a 2016

	2013	2014	2015	2016	2013 a 2016
Sensíveis At.Bas.3	%	%	%	%	%
Doenças preveníveis p/imuniz/condições					
sensív	1,58%	1,38%	1,31%	1,04%	1,35%
Gastroenterites Infecciosas e complicações	3,08%	5,76%	3,66%	4,40%	4,18%
Anemia	0,03%	0,00%	0,31%	0,12%	0,10%
Deficiências nutricionais	0,62%	0,38%	0,48%	0,39%	0,48%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,96%	3,35%	2,90%	2,32%	2,61%
Pneumonias bacterianas	7,19%	8,08%	7,52%	6,45%	7,34%
Asma	9,12%	9,39%	10,62%	9,11%	9,54%
Doencas pulmonares	7,38%	8,11%	8,72%	7,60%	7,93%
Hipertensão	0,35%	0,41%	0,52%	0,89%	0,52%
Angina	7,46%	7,82%	8,97%	8,30%	8,08%
Insuficiência cardíaca	8,74%	8,54%	9,34%	10,34%	9,17%
Doenças cerebrovasculares	13,25%	12,99%	13,07%	13,66%	13,23%
Diabetes melitus	6,79%	7,89%	6,90%	6,99%	7,14%
Epilepsias	4,77%	5,82%	5,86%	5,83%	5,52%
Infecção no rim e trato urinário	7,38%	9,26%	10,97%	13,28%	9,93%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,52%	3,00%	3,17%	4,13%	3,13%
Doença Inflamatória órgãos pélvicos					
femininos	15,26%	4,48%	1,28%	0,58%	6,15%
Úlcera gastrointestinal	1,42%	1,91%	2,03%	2,12%	1,84%
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,10%	1,44%	2,38%	2,47%	1,77%
		100,00	100,00	100,00	
Total	100,00%	%	%	%	100,00%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

4.3.4 FAIXA ETÁRIA

Ao estratificar as ICSAP por faixa etária, observa-se na tabela 3 que as faixas etárias mais prevalentes no período foram de 65 anos ou mais, seguida pela faixa de 0 a 4 anos e 55 a 64 anos. Todas as faixas etárias apresentaram redução no período, sendo que a faixa etária de 25 a 34 anos teve o maior percentual de redução, seguida das faixas de 35 a 44 anos. A menor redução foi na faixa etária de 0 a 4 anos.

Tabela 3 – Distribuição da Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) por faixa etária, segundo ano de internação de residentes de Contagem e variação percentual do período, 2013 a 2015*

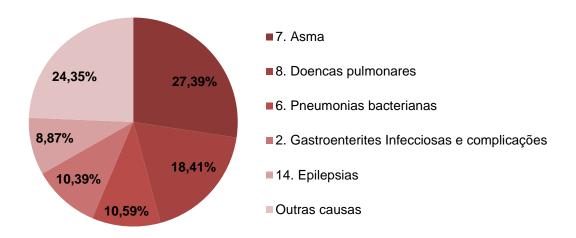
Faixa etária (9)	2013	2014	2015	Variação (2013 a 2015)
0-4a	175,76	198,08	170,78	-3%
5-14a	27,04	25,71	22,26	-18%
15-24a	18,38	17,27	14,46	-21%
25-34a	37,83	19,62	13,46	-64%
35-44a	35,57	20,79	15,72	-56%
45-54a	39,72	43,27	32,91	-17%
55-64a	91,97	69,40	67,02	-27%
65e+a	224,56	176,20	190,75	-15%
Total	58.44	49,65	44,70	-24%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018. Estimativas populacionais IBGE 2013 a 2015.

Entre 2013 a 2016, as cinco principais causas de ICSAP entre a faixa de 4 anos ou menos, foram Asma, Doenças Pulmonares, Pneumonias bacterianas, Gastroenterites Infecciosas e complicações e Epilepsia (Gráfico 4).

^{*}Não foi possível calcular a taxa de ICSAP de 2016, devido a ausência da estimativa da população por faixa etária no município.

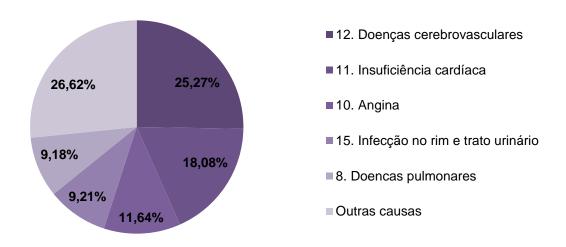
Gráfico 4 – Distribuição dos grupos de causas de ICSAP, na faixa etária de 4 anos ou menos, de residentes de Contagem, no período de 2013 a 2016



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

Já nos idosos, de 65 anos ou mais, tem os cinco maiores grupos representados, nessa ordem, por Doenças cerebrovasculares, Insuficiência cardíaca, Infecção no rim e trato urinário, Epilepsias (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos grupos de causas de ICSAP, na faixa etária de 65 anos ou mais, de residentes de Contagem, no período de 2013 a 2016

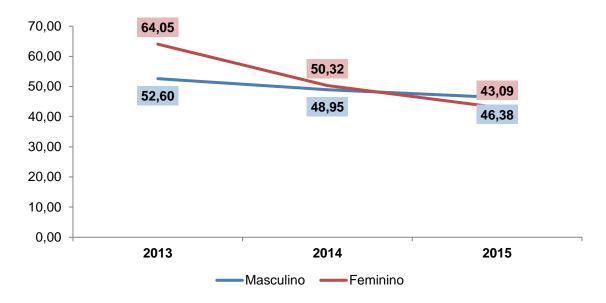


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

4.3.5 SEXO

A análise das taxas de ICSAP, gráfico 6, demonstrou que nos anos de 2013 e 2014, as mulheres internavam mais do que os homens, sendo que, de 2014 para 2015 houve uma inversão. Observa-se ainda, que na variação percentual do período, as mulheres tiveram o maior percentual de redução (32,73%), quando comparado aos homens (11,82%).

Gráfico 6 - Distribuição da Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) por sexo, segundo ano de internação de residentes de Contagem do período de 2013 a 2015*



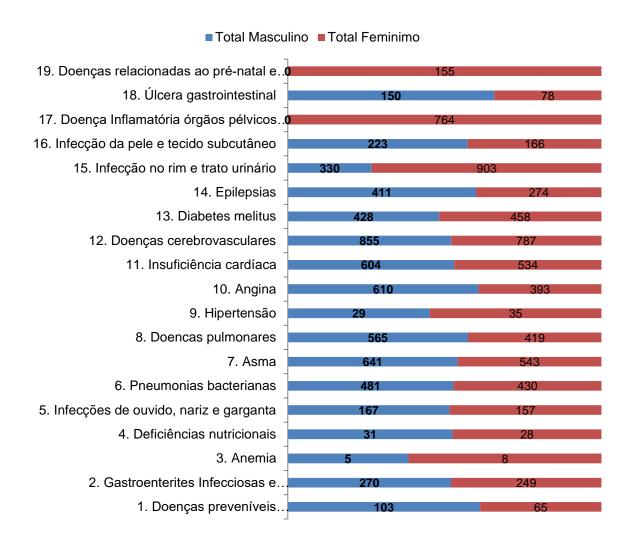
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018. Estimativas populacionais IBGE 2013 a 2015.

*Não foi possível calcular a taxa de ICSAP de 2016, devido a ausência da estimativa da população por faixa etária no município.

Entre os residentes de Contagem, no acumulado de ICSAP do período 2013 a 2016, analisando as diferenças entre os grupos de causas de ICSAP, segundo sexos, verifica-se que os três principais grupos de causas de ICSAP mais prevalentes entre os homens, foram nesta sequência (Figura 1): Angina, Doenças pulmonares e Epilepsia.

Contudo, exceto os Grupos doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos e o doenças relacionadas ao pré-natal e parto, por serem exclusivamente acometidos entre as mulheres, os cinco principais grupos de causas de ICSAP mais prevalentes no sexo feminino, foram nesta sequência: infecção no rim e no trato urinário, diabetes *mellitus* e Anemia (Figura 1).

Figura 1- Comparação do número de ICSAP registrado entre os sexos masculino e feminino, de residentes em Contagem, durante os anos de 2013 a 2016. Contagem, 2013 - 2016



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

Obs. Foram encontrados registros de ICSAP no banco do SIHSUS, ao longo do período, do sexo masculino pelo grupo de causas "Doenças relacionadas ao pré-natal e partos". O total registrado foi de 65 internações, contudo, por se tratar de um grupo de causas ligados exclusivamente ao sexo feminino, os mesmos foram excluídos, por possivelmente, terem sido erros de registro ou classificação.

4.4 TAXAS DE ICSAP

O cálculo da taxa de ICSAP por 10.000 habitantes de Contagem mostra redução de 32,18%, entre 2013 (58,4 /10.000 hab.) e 2016 (39,6 /10.000 hab.) (Gráfico 7).

70,0 655000 58,4 60,0 49,7 650000 44,7 50,0 39,6 645000 40,0 30,0 640000 20,0 635000 10,0 0,0 630000 2014 2013 2015 2016 População Taxa de CSAP

Gráfico 7 - Evolução da Taxa de ICSAP p/10.000 hab., Contagem 2013 a 2016

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018. Estimativas populacionais IBGE 2013 a 2016.

4.5 PROPORÇÃO DAS ICSAP EM RELAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES TOTAIS

As ICSAP de maneira geral, representaram cerca de 15% do total de internações e, durante o período avaliado, elas tiveram a tendência de redução.

Tabela 4 - Proporção de ICSAP em relação ao total de internações dos residentes de Contagem, 2013 a 2016

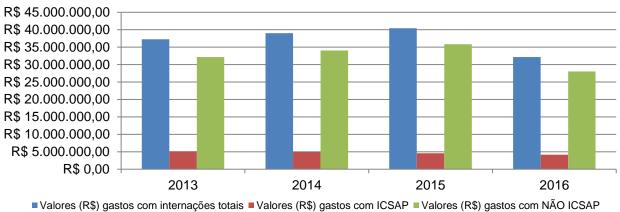
Internações de residentes de Contagem	2013	2014	2015	2016	Variação % (2013- 2016)
Internações totais	21789	20256	19795	17462	-19,86%
ICSAP	3728	3195	2900	2591	-30,50%
% ICSAP/ Internações totais	17,11%	15,77%	14,65%	14,84%	-13,28%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

4.6 GASTOS COM ICSAP

Os gastos totais com ICSAP no período de 2013 a 2016 foram de R\$ 18.809.612,75, o que representou 12,63%, em relação ao total gasto com todas as internações desse período. Contudo, observou-se que houve redução de gastos com ICSAP de 19,06% no período, saindo de R\$ 5.114.240,16 em 2013 para R\$ 4.139.433,55 em 2016.

Gráfico 8 - Evolução dos valores (R\$) gastos com ICSAP e internações totais, de pacientes residentes em Contagem, 2013 a 2016



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

Quanto ao grupo de causas por ICSAP que mais apresentou gastos no acumulado do período, na população total, Angina se destaca, com 28,05%, seguido de Insuficiência cardíaca (19,90%), Doenças cerebrovasculares (14,93%) e pneumonias bacterianas (7,95%).

Na análise das ICSAP por sexo para o acumulado do período, o maior volume de gastos foi com o sexo masculino: R\$ 10.429.309,64(55,53%).Entre os grupos de causas por sexo, para o acumulado do período, embora a frequência de internações nos dois sexos foram maiores por Doenças cerebrovasculares, o maior gasto, também nos dois grupos, foi por Angina: 21,84% (R\$ 1.816.719,44) entre as mulheres e 33,50% (R\$ 3.493.663,66) entre os homens. O grupo de causas que apresentou maior percentual de crescimento de gastos, em ambos os sexos, foi o de hipertensão: 423,3% entre as mulheres e 216,2% entre os homens. A faixa etária que mais apresentou gastos no período foi a de 65 anos e mais (R\$6.862.812.,67).

Tabela 5 - Valores (R\$) gastos com ICSAP por grupo de causas. Contagem, 2013 a 2016

Grupo de causas de condições	2013			2014			2015				2016		
sensíveis a atenção básica		Valor (R\$)	%	Orde m	Valor (R\$)	%	Orde m	Valor (R\$)	%	Orde m	Valor (R\$)	%	
Angina	1	R\$ 1.450.169,14	28,36%	1	R\$ 1.328.457,22	26,86%	1	R\$ 1.405.281,52	30,90%	1	R\$ 1.126.475,22	27,21%	
Insuficiência cardíaca	2	R\$ 837.904,37	16,38%	2	R\$ 1.028.357,81	20,79%	2	R\$ 827.233,87	18,19%	2	R\$ 967.427,07	23,37%	
Doenças cerebrovasculares	3	R\$ 673.056,72	13,16%	3	R\$ 752.241,67	15,21%	3	R\$ 673.970,85	14,82%	3	R\$ 593.040,64	14,33%	
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	4	R\$ 431.878,89	8,44%	5	R\$ 109.422,74	9,44%	14	R\$ 36.527,78	7,87%	17	R\$ 10.478,34	0,25%	
Pneumonias bacterianas	5	R\$ 388.325,06	7,59%	8	R\$ 466.955,92	4,01%	5	R\$ 344.712,14	7,58%	4	R\$ 284.552,85	6,87%	
Doencas pulmonares	6	R\$ 301.723,92	5,90%	6	R\$ 191.117,60	3,86%	4	R\$ 358.082,32	4,68%	5	R\$ 183.979,85	4,44%	
Diabetes melitus	7	R\$ 253.039,16	4,95%	7	R\$ 182.710,61	3,69%	7	R\$ 155.470,71	3,42%	6	R\$ 183.436,46	4,43%	
Asma	8	R\$ 207.756,05	4,06%	9	R\$ 198.367,56	3,54%	6	R\$ 212.805,28	2,88%	8	R\$ 157.229,87	3,80%	
Infecção no rim e trato urinário	9	R\$ 143.735,71	2,81%	4	R\$ 175.057,38	2,21%	8	R\$ 130.906,44	2,03%	7	R\$ 173.351,75	4,19%	
Doenças preveníveis p/imunização	10	R\$ 88.902,15	1,74%	11	R\$ 71.520,19	1,95%	13	R\$ 40.454,25	1,80%	12	R\$ 58.386,79	1,41%	
Epilepsias	11	R\$ 83.982,86	1,64%	13	R\$ 96.673,72	1,94%	9	R\$ 92.217,05	1,15%	11	R\$ 79.296,24	1,92%	
Úlcera gastrointestinal	12	R\$ 79.154,81	1,55%	14	R\$ 86.915,85	1,91%	10	R\$ 81.959,15	1,06%	9	R\$ 102.711,36	2,48%	
Infecção da pele e tecido subcutâneo	13	R\$ 60.718,03	1,19%	12	R\$ 95.709,44	1,76%	11	R\$ 52.419,16	0,89%	10	R\$ 85.765,37	2,07%	
Gastroenterites Infecciosas e complicações	14	R\$ 54.029,92	1,06%	10	R\$ 94.406,09	1,45%	12	R\$ 48.426,97	0,80%	13	R\$ 49.107,43	1,19%	
Deficiências nutricionais	15	R\$ 21.945,02	0,43%	16	R\$ 20.252,72	0,56%	17	R\$ 20.260,26	0,67%	18	R\$ 8.330,14	0,20%	
Infecções de ouvido, nariz e garganta	16	R\$ 18.807,71	0,37%	15	R\$ 27.563,14	0,41%	16	R\$ 22.937,29	0,50%	15	R\$ 27.181,84	0,66%	
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	17	R\$ 14.085,40	0,28%	17	R\$ 14.663,35	0,30%	15	R\$ 30.596,27	0,45%	14	R\$ 28.777,04	0,70%	
Hipertensão	18	R\$ 4.389,79	0,09%	18	R\$ 5.201,54	0,11%	18	R\$ 9.316,34	0,20%	16	R\$ 17.780,90	0,43%	
Anemia	19	R\$ 635,45	0,01%	19	R\$ 0,00	0,00%	19	R\$ 3.973,08	0,09%	19	R\$ 2.124,39	0,05%	
Total		R\$ 5.114.240,16	100,00 %		R\$ 4.945.594,55	100,00 %		R\$ 4.547.550,73	100,00 %		R\$ 4.139.433,55	100,00 %	

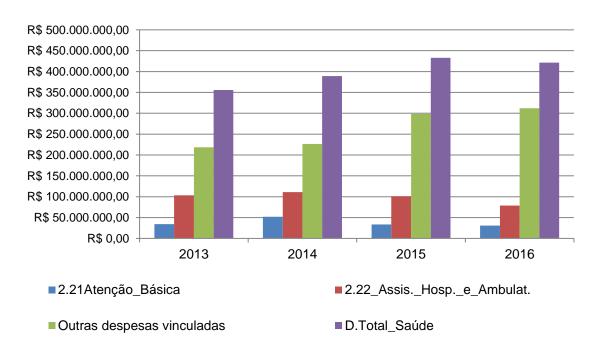
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2018.

4.7 DESPESAS COM SAÚDE - SIOPS

As despesas totais com saúde no município de Contagem cresceram 18,43% ao longo do período avaliado, saindo de R\$ 355.948.808,52 em 2013, para R\$ 421.563.319,49 em 2016.

Em relação a avaliação dos indicadores de "despesas com Atenção Básica e Assistência Hospitalar e ambulatorial", observa-se que nesse período, as despesas com ambos indicadores reduziram 9,38% e 23,8% respectivamente. Já em relação ao percentual de recursos próprios do município gastos com saúde, houve um aumento de 14,90%, de 2013 a 2016. Tais despesas referem-se às "Subfunções vinculadas", de acordo com o SIOPS⁸.

Gráfico 9 - Valores (R\$) das despesas total com saúde, Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Ambulatorial. Contagem, 2013 a 2016



Fonte: SIOPS, 2018.

Obs.: "Outras despesas" são relativas ao grupo Subfunções vinculadas excluídas as despesas de Atenção Básica e Atenção Hospitalar e Ambulatorial, são elas: Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição

⁸ http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/29/MANUAL-SISTEMA-2016---MUNICIPAL.pdf

5 DISCUSSÕES

O presente estudo revelou as principais características das ICSAP no município de Contagem, seja relacionado ao perfil (sexo, faixa etária, grupo de causas), seja no quesito econômico (gastos) com essas internações, no período de 2013 a 2016. Ressalta-se que as análises realizadas não consideraram fatores de correlação com variáveis externas (fatores políticos, históricos, econômicos).

Conforme apontado em outros estudos brasileiros a nível nacional e regional (RODRIGUES-BASTOS *et al*, 2014; MENDONÇA E ALBUQUERQUE, 2014 e BOING *et al*, 2012), a tendência de redução das ICSAP na população geral também foi observada em Contagem, durante o período analisado. Uma observação importante é que mais da metade das ICSAP de residentes de Contagem ocorrem fora do município, sendo que estes poderiam ser tratados no seu município de origem, o que nos faz refletir se a oferta local de atendimento hospitalar é suficiente para suprir a demanda em saúde.

O número de leitos por habitante no município, observado no período, é muito baixo: 0,48 leitos SUS p/1.000 hab. e 1,08 leitos totais p/1.000 hab., quando comparado ao parâmetro do Ministério da Saúde de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2002). No Brasil, segundo dados da OMS, Espicom, Banco mundial, a oferta geral de leitos por 1.000 hab. (2,2) é considerada inferior a de outros países como Estados Unidos (2,8) e Itália (3,9) (FIORENTINO, et al, 2016). Chama-se atenção o fato de que Contagem possui uma grande população e também é referencia de internação para outros municípios limítrofes. Entretanto, esse cálculo não é simples e leva em consideração diversos fatores, com destaque para o perfil demográfico e epidemiológico, economia de escala, tecnologia, custos, equidade na oferta e regionalização (NETO e MALIK, 2007). Contudo, vale ressaltar que uma grande oferta de leitos induz a um aumento na demanda por sua utilização (SOUZA e PEIXOTO, 2017). Frente a essas e outras questões não abordadas neste estudo, por não compreender seu objeto, faz-se fundamental o fortalecimento da estratégia de SF, dentro das redes de atenção à saúde, para que assim, o sistema não se torne fragmentado, oferecendo a população um atendimento mais eficiente (MENDES, 2010).

Diversos estudos sugerem que a redução das ICSAP está relacionada com investimentos da atenção primária (OLIVEIRA et al, 2012). Contagem aumentou o número de equipes de Saúde da família, entretanto a cobertura de saúde da família se manteve quase estável, já a cobertura de AB geral reduziu. Porém, essas ações podem ser consideradas "pequenas" ou de baixo impacto, tendo em vista o tamanho da população e por se tratar de um período de quatro anos. Outra questão a ser considerada é a possibilidade de expansão dessas estratégias, seja pelo município, seja pelo Ministério da saúde, que é influenciada por limitações financeiras e decisões políticas e de gestão.

Mesmo diante disso e do aumento da população descoberta de AB no período, as taxas de ICSAP reduziram consideravelmente, o que se pode sugerir que a cobertura de AB existente possuía certo nível de qualidade e acesso do usuário, mas também há que se estudar a questão do acesso ao serviço hospitalar, na qual pessoas podem ter ficado "internadas" em UPA's 24h aguardando atendimento, ou mesmo terem morrido antes mesmo de ter acesso a internação. Além disso, pacientes residentes no município podem ter conseguido acesso aos serviços de AB nos municípios vizinhos.

Em relação aos principais grupos de causas de ICSAP na população geral, observa-se o predomínio de doenças cerebrovasculares, Infecção no rim e trato urinário, Asma, Insuficiência cardíaca e Angina. Estes três últimos grupos pressupõem-se que um atendimento contínuo poderia reduzir a possibilidade dessas internações (CONTAGEM, 2015), enquanto que a prevenção primária de doenças cerebrovasculares, tais como detecção de fatores de risco não modificáveis (idade, sexo, etc.) e modificáveis (Hipertensão, Diabetes, etc.), são fundamentais para "reduzir a incidência da doença e, consequentemente, reduzir as sequelas e os altos custos advindos do tratamento posterior ao AVC", por exemplo (GLOED *et al, apud* GAGLIARDI, 2015). Alem disso, "doenças cardiovasculares são responsáveis pela alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados" (FERREIRA, p.31, 2014).

As observações deste estudo quanto a alta prevalência de ICSAP entre crianças (até 4 anos) e idosos (65 anos ou mais) foram também encontradas na literatura, praticamente na maioria dos estudos que abordaram essas internações

(SILVA, 2013). Tal perfil pode ser justificado pela vulnerabilidade dessas faixas etárias para essas internações, e em especial entre os idosos, o aumento da expectativa de vida e o padrão de morbidade decorrente, assim como dificuldades financeiras e dependência de acompanhante para realização de consultas em UBS (SILVA, 2013).

Entre a faixa etária infantil, Asma e Doenças pulmonares se destacaram neste estudo conforme também encontrado nos estudos de Pedraza e Araujo (2017). Apesar da vulnerabilidade desse grupo à internações, é possível que APS detecte precocemente os sinais e sintomas dessa doença, não justificando tal ocorrência desse desfecho. Além disso, os recursos dispensados para evitar tais internações por essas doenças são de baixa densidade tecnológica, como por imunização e antibióticos (PEDRAZA, 2017). Em relação aos idosos com 65 anos ou mais, assim como nos estudos de Melo (2014), insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares de destacaram, entretanto, foi observada tendência de redução por essas causas nesse grupo. A insuficiência cardíaca é a causa de maior hospitalização e alta mortalidade de idosos. Estudos mostraram que no caso da doença já instalada, o controle da hipertensão a nível domiciliar, por exemplo, reduziria as complicações da doença, o que reforça, a importância da AB na sobrevida desses pacientes, durante o processo de envelhecimento (ZASLAVSSKY E GUS, 2002; BARRETOS, 2001 apud MARQUES et al, 2014).

Quanto as ICSAP por sexo, observou-se maior prevalência de ICSAP no sexo feminino em 2013, contudo houve uma inversão entre os anos 2014 e 2015. Durante o acumulado do período, assim como nos estudos de Torres e Ciosak (2014) a proporção entre homens foi maior, contudo, as ICSAP tiveram maior percentual de redução ao longo do período no sexo feminino. Em ambos os sexos, doenças cerebrovasculares foram uma das principais causas de ICSAP. Em contagem, o gasto com ICSAP por homens e mulheres aumentou consideravelmente.

Importante considerar nesse aspecto de gênero, conforme apontam os estudos de Moreira *et al* (2014) que mulheres tem mais acesso a AB, ao passo que os homens, acessam como porta de entrada, o nível terciário, quando o quadro clínico já esta avançado e crônico, o que demanda, por conseguinte, altos custos econômicos e sociais, principalmente para os homens chefes de família. Frente a

esses e outros fatores, faz-se necessário que a oferta de serviços da AB sejam flexíveis, com horários de atendimento que priorize as demandas de saúde que acometem o sexo masculino, com intuito de inseri-los em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Com isso, evitar-se ações fragmentadas, em horários e locais facilitados, favorecendo inclusão da assistência entre os diferentes grupos (DAVID, *et al*, 2009). Tais fragilidades, portanto, precisam ser superadas.

De acordo com os autores (ROY et al, 2015; COBASET et al, apud KERNKAMP, et al 2016) e conforme elucidado anteriormente, a composição dos gastos sofrem influencia do perfil socioeconômico, demográfico e cultural de determinada região. As análises relacionadas aos gastos com essas ICSAP demonstraram que houve redução no período, semelhante aos resultados encontrados por Souza e Peixoto (2017).

Em relação aos gastos com ICSAP por sexo, os homens apresentaram maiores gastos comparados a população feminina, o que não esteve em consonância com os achados, em nível nacional, de Souza e Peixoto (2017), que prevaleceram no sexo feminino. Assim como apontam esses autores, faz-se necessário a mobilização e reorganização dos serviços para os homens quanto aos cuidados primários de atenção à saúde, facilitando assim, o acesso aos serviços da APS, e consequentemente reduzir os gastos com ICSAP, além da morbimortalidade masculina (SCHRAIBER *et al*, 2010).

No que tange a proporção de gastos por faixa etária, os idosos tiveram expressiva participação (36,61%), assim como nos estudos de Silva e Peixoto (2017). Conforme aponta Silva (2017) estudos que envolvem internações gerais, demonstra também maiores gastos entre idosos, o que evidencia especial atenção à população idosa, com destaque para o aumento da expectativa de vida e demanda por políticas voltadas para promoção da saúde, além do incentivo a manutenção da independência e da autonomia (SILVEIRA et al, 2013)

Com relação aos grupos de causas que tiveram maior participação nos gastos de ICSAP, destacaram-se Angina (R\$ 5.310.383,10), Insuficiência cardíaca (R\$ 3.660.923,12) e Doenças cerebrovasculares (R\$ 2.692.309,88). Souza e Peixoto (2017) também encontraram resultados similares em relação ao grupo de Angina ter

representado grande peso nos gastos, sendo essas informações também apresentados por "estudos nacionais e internacionais, evidenciando o grande impacto econômico desse evento ao se utilizar de procedimentos de elevado custo".

Conforme publicação do Ministério da Saúde (2002), com atendimento oportuno e efetivo na APS, cerca de 60 a 80% dos casos de Hipertensão poderiam ser diagnosticados e tratados na própria APS, o que consequentemente, tende a reduzir gastos hospitalares. Em consonância, Ungari (2007 *apud* FERREIRA, 2014), conclui que a maioria das complicações clínicas decorrente de elevados níveis de Pressão Arterial, são evitadas ou impedidas, quando é realizado um controle eficaz, o que prolonga e preserva a sobrevida dos pacientes. De acordo com Ferreira (2014),como também observado mundialmente, os gastos e prejuízos econômicos altos e aos fatores incapacitantes ocasionados pela Hipertensão, caracterizam-se com um dos principais desafios para a saúde pública mundial, em consonância com outras condições crônicas que impactam diretamente a qualidade de vida da população, principalmente em países economicamente desenvolvidos.

"Os gastos com saúde são historicamente insuficientes, entretanto, as disparidades entre os níveis de atenção afeta muito mais a AP" (MORIMOTO e COSTA, p. 897, 2016). Sendo assim, quando se analisa os gastos e o financiamento do SUS a nível municipal, que é onde as coisas acontecem de fato e onde a população reflete o acesso, o atendimento ou a ausência deles, é possível demonstrar a real situação, e assim, propor melhorias (NETO *et al*, 2016). Em Contagem, assim como observado de maneira geral no Brasil, os gastos totais com saúde aumentaram. Diante disso, observou-se que as receitas municipais para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde, também aumentaram (15%). Pode-se perceber com os resultados do estudo, que a participação do município no financiamento das ações de saúde, também acompanhou um aumento gradual durante o período. Em relação aos gastos com Atenção Hospitalar e médica complexidade, ouve um constante crescimento, entretanto, "nem sempre gastos mais elevados significam melhores cuidados de saúde" (FIORENTINO *et al*, 2016).

O presente estudo apresentou algumas limitações. Assim como apontado por Souza e Peixoto (2017), foram considerados dados secundários, o que pode ter

influencia de subregistros e/ou erros de digitação no SIH, apesar da cobertura desse sistema ser de aproximadamente 70% de todas as internações do país (BOING *et al*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu conhecer o perfil das ICSAP e os gastos dessas internações em relação às demais no município de Contagem. O estudo não relacionou diretamente os fatores que podem elevar ou reduzir essas internações, uma vez que o contexto socioeconômico, político e cultural podem influenciar na ocorrência das ICSAP. Apesar disso, foi possível conhecer a cobertura de AB do município e em paralelo a oferta de leitos hospitalares, e ainda, as despesas com serviços de AB e Hospitalar do município. Desta forma, pode se perceber que mesmo com o cenário de redução das ICSAP, não houve ampliação significativa na cobertura de AB no período analisado, além da redução das despesas com AB e Atenção Hospitalar no município, apesar da despesa total com saúde ter aumentado significativamente. Não obstante, destaca-se no que tange aos gastos com esses níveis de atenção à saúde é importante considerar que as características empregadas em cada, seguindo a lógica da complexidade que o serviço carece.

Diante do apresentado neste estudo, recomenda-se que sejam realizadas ações de investimento no município na AB, seja em relação à expansão do serviço, seja na qualidade ou no acesso. Ressalta-se que o perfil dos grupos com prevalência de ICSAP deve apontar para estratégias e ações adequadas e específicas. Além disso, sugere-se a criação de mecanismos que facilitem as internações no local de origem dos pacientes, facilitando o acesso e interface com a rede de serviços de saúde municipal. Ademais, em relação aos recursos alocados nos serviços e ações de saúde, sugere-se sempre, revisar o quantitativo gasto, priorizando as ações essenciais aos munícipes de acordo com o perfil epidemiológico, e no caso das ICSAP, pensar em estratégias de redução daqueles grupos de causas que possuem maior impacto econômico.

No Brasil, foram poucos os estudos que avaliaram os gastos com ICSAP, sendo necessários estudos mais aprofundados, avaliando os grupos de causas, sexo e faixa etária. Desta forma, será possível comparar e avaliar melhor os serviços ofertados no município, em consonância com a eficiência da AP.

Destaca-se ainda, a importância desse indicador como instrumento para a

gestão local do SUS, devendo este ser introduzido como balizador da relação entre APS e Atenção Hospitalar, avaliando assim, a qualidade do desempenho e acesso a AP, pois poucos o utilizam. É fundamental considerar junto deste indicador, o perfil demográfico e epidemiológico da população, para que seja possível o planejamento de políticas e programas, principalmente entre grupos específicos, que fortaleçam AP municipal, reduzindo gastos com internações desnecessários de doenças que poderiam ser evitadas na existência de uma APS de qualidade e efetiva.

Importante também ressaltar que conforme os estudos, parte das causas de ICSAP estão relacionadas à prevalência das doenças crônicas, como a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, diabetes e angina, problemas esses que devem ser, prioritariamente acompanhados e tratados na APS. Outro ponto muito importante a ser considerado, são as questões de gênero e o envelhecimento populacional, que tem características importantes a serem acompanhadas, com o objetivo de atingir os grupos mais vulneráveis e garantir qualidade de vida.

De fato, o subfinanciamento na saúde é condição importante, mas os recursos poderiam ser melhores geridos e empregados em ações efetivas de APS que reduzam, ou diminuam as internações evitáveis. Portanto, a redução das ICSAP pode significar considerável economia para o sistema de saúde, uma vez que o gasto com essas internações são um verdadeiro "desperdício" de recursos. Portanto, contornar estes problemas é um grande desafio para os gestores do SUS.

Ademais, espera-se que este trabalho e com o apoio das ferramentas da economia da saúde, possam subsidiar outras pesquisas que envolvam gastos com ICSAP e que possam contornar as limitações apontadas neste e em outros trabalhos, além de desagregar a análise de custos com outras variáveis, auxiliando, portanto, os gestores em saúde.

REFERENCIAS

ALFRADIQUE, M.E etal.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), Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em 19/09/2017.

BOING, A.F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, n.2, p.359-366. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019. Acesso em: 12 dez. 2017

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível

em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 29 dez. 2017.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas de população. Disponível em:. Acesso em 13 fev2017.">https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 13 fev2017.

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 15nov2017.

BRASIL.LEI Nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.html>.Acesso em: 05 out 2017.

BRASIL. LEI Nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Brasília:DF. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_

2006.pdf>. Acesso em: 18 jan 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível

em:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 18 jan 2018

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL DATASUS. Disponível em:http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acesso em: 20 fev 2018.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL TABNET. Disponível em:<abnet.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 fev 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENOS DE SAÚDE (SCNES). Disponível em:http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 10 jan 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS). Disponível em:http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores. Acesso em 10 mar 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS nº 2.488 de 21 DE NOVEMBRO DE 2011. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Revogada pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em 18jan2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil.* Bahia, 2002. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf>. Acesso em: 20jan2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde, Brasília, 1997.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS nº. 221 de 17 de abril de 2008 que dispõe sobre a *Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*. Brasília (DF), 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html-Ac esso em:15 nove 2017.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em 28 fev 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. *Manual sobre o uso da Ferramenta de Tabulação TABNET*. <Disponível em:em:em:ftp://ftp.datasus.gov.br/tabnet/doc/ManualTabnet.pdf >. Acesso em: 12 fev2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Glossário temático: CARTILHA INDICADORES SIOPS, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. — DESID – 1. Ed.– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMINAL, H. J;MATUTANO, C.C. *Laevaluación de laatención primaria y lashospitalizaciones por ambulatorycaresensitiveconditions*. Marco conceptual. Atenc Primaria. 2003;31(1):61-5.

CAMPBELL, S.M. ROLAND, M.O; BUETOW, S.A. *Defining quality of care*. SocSciMed 2000; p.1611-1625.

CARDOSO, C.S. *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. Minas Gerais, 2013.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021.*

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil epidemiológico do município de Contagem, 2010 a 2016.

FERRAZ, O. L. M; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e eqüidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Revista de Ciências Sociais, Rio deJaneiro, Vol. 52,n1,2009, pp. 223a 251.

FERREIRA, M; DIAS, B.M; MISHIMA, S.M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet*]. 2012. Disponível em:https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf. Acesso em: 12 mar 2018.

FERREIRA, M. A hipertensão arterial como Condição Sensível à Atenção Primária: possibilidade de avaliação e planejamento em saúde. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto, 2014.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, n. 6, p. 928- 936, 2009

FIORENTINO, G. et al. Tendências do setor saúde no Brasil. *Bain e Company*, 2016.

GAGLIARDI, R. J. *Prevenção primária da doença cerebrovascular*. São Paulo, 2015.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

KERNKAMP, C. L. et al. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00044115.pdf>. Acesso em: 12 abr 2018

MAFRA, F. O impacto da Atenção Básica em indicadores de internação hospitalar no Brasil. Dissertação de mestrado. Brasília, 2011.

MARQUES, A. P. *et al.* Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2014.

MEDEIROS, L. B.; SILVA, V.L.M. Judicialização da Saúde: *impacto das ICSAP em Campos dos Goytacazes (RJ)*. Rio de Janeiro, 2017.Disponível em: http://periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/16501>. Acesso em:15 set 2017.

MELO, M. D. internações por condições sensíveis à atenção primária em Guarulhos: *um olhar da enfermagem em saúde coletiva*. Dissertação de mestrado, São Paulo. 2014.

MEDRONHO, R.A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu,2009. 685 p. ISBN 9788573799996.

MENDES,E.V. As redes de atençãoasaúde. *CiencSaude Coletiva*, 2014. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf. Acesso em: 20/02/2017.

MENDONÇA, S. S.; ALBUQUERQUE, E. C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, 2014.

MOREIRA, R. L.S. F; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Escola Anna Nery *Revista deEnfermagem*, 2014.

MORIMOTO, T; COSTA, J. S.D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: *uma análise de tendência. Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.3, pp.891-900. Disponível em:">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&tlng=sci_abstract&t

MOURA, B. L. A. *et al.*Principais causas de internação porcondições sensíveis à atenção primária noBrasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2010.

NETO, G. C; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva* vol.12 no.4 Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002 Acesso em: 12 mar 2018.

NETO, J. A. S.Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. 2016.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 12 dez 2017.

OPAS/OMS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311945660094A%20ATEN%C7%C3O%20%C0%20SA%DADE%20%20COORDENADA%20PELA%20APS.pdf. Acesso em: 20 mar 2018.

PEÇANHA, S.N. *A utilização do Tabwin e Tabnet*. Dissertação de mestrado. Fiocruz, 2009. Disponível

em;m;https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2300/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A7%C3%A30_Silva_Noberto_Pe%C3%A7anha.pdf. Acesso em: 18 fev 2018.

PEIXOTO, S. V. SOUZAZ, D. K. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. Minas Gerais, 2015. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00285.pdf>. Acesso em: 20 set 2017.

PEREIRA, F. J. R; SILVA, C.C;NETO, E. A. L. Condições Sensíveis à Atenção Primária: *uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira.* Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 331-342, out 2014.Diponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0331.pdf>. Acesso em: 29nov2017.

PEDRAZA, D. F; ARAÚJO, E. M. N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 2017.

PINTO JUNIOR, E. P. Tendência dos gastos e das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia. Bahia, 2017. Disponível em:. Acesso em: 15 mar 2018.

PORTAL IBGE. Disponível em:https://www.ibge.gov.br/institucional/o-ibge.html. Acesso em: 18 fev 2018.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Revassocmed bras.* 2013.

ROSA, M. R. R; COELHO, T. C. B. C. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?.Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.3, pp.1863-1873. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300021. Acesso em: 20 mar 2018.

SANTOS, V.C.F;RUIZ, E. N. F; ROESE, A.; KALSING; A.; GERHARDT, T. E. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limitesà utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/467. Acesso em:

em:https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/467. Acesso em 19/09/2017.

SCHRAIBER, L.B *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica*. 2010.

SILVA, E.S. Panorama das internaçõespor condições sensíveis à atenção primária a saúde no hospital regional de Ceilândia – DF. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8314/1/2013_EllenDeSouzaSilva.pdf>. Acesso em: 22 mar 2018.

SILVA, L. F. Internações por condições sensíveis a Atenção Primária em Minas Gerais: análise da prevalência e dos gastos nas macrorregiões de saúde. Dissertação de mestrado. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017.

SILVEIRA, R. E. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein.* 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/19.pdf>. Acesso em: 18 abr 2018.

SOUZA, D. K; PEIXOTO, S.V.Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013 *.Revista Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 2017. Disponível em:">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt>">https://www.scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=sci_abstract&

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, 2002.

TORRES, R. L; *et al.* O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo. *RevEscEnferm USP*. São Paulo, 2011.

UGÁ, M. A; PORTO, S. M;PÍOLA, S. F.Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (org.). Políticas de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. P. 395-425.

ANEXOLista brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária
ANEXO PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA					
Grupo	Diagnósticos	CID 10			
1	Doenças preveníveis por imunizaçã	ăo e condições sensíveis			
1,1	Coqueluche	A37			
1,2	Difteria	A36			
1,3	Tétano	A33 a A35			
1,4	Parotidite	B26			
1,5	Rubéola	B06			
1,6	Sarampo	B05			
1,7	Febre Amarela	A95			
1,8	Hepatite B	B16			
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0			
1,10	Meningite Tuberculosa	A17.0			
1,11	Tuberculose miliar	A19			
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9			
1,16	Outras Tuberculoses	A18			
1,17	Febre reumática	I00 a I02			
1,18	Sífilis	A51 a A53			
1,19	Malária	B50 a B54			
1,20	Ascaridiase	B77			
2	Gastroenterites Infecciosas e comp	olicações			
2,1	Desidratação	E86			
2,2	Gastroenterites	A00 a A09			
3	Anemia				
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50			
4	Deficiências Nutricionais				
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46			
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64			
5	Infecções de ouvido, nariz e gargar	nta			
5,1	Otite média supurativa	H66			
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00			
5,3	Sinusite aguda	J01			
5,4	Faringite aguda	J02			
5,5	Amigdalite aguda	J03			
5,6	Infecção Aguda VAS	J06			
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31			
6	Pneumonias bacterianas				

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA					
Grupo	Diagnósticos	CID 10			
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13			
6,2	Pneumonia por Haemophilusinfuenzae	J14			
6,3	Pneumonia por Streptococus	J15.3, J15.4			
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9			
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1			
7	Asma				
7,1	Asma	J45, J46			
8	Doencas pulmonares				
8,1	Bronquite aguda	J20, J21			
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40			
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41			
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42			
8,5	Enfisema	J43			
8,6	Bronquectasia	J47			
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44			
9	Hipertensão				
9,1	Hipertensão essencial	110			
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	l11			
10	Angina				
10,1	Angina pectoris	120			
11	Insuficiência Cardíaca				
11,1	Insuficiência Cardíaca	150			
11,3	Edema agudo de pulmão	J81			
12	Doenças Cerebrovasculares				
12,1	Doenças Cerebrovasculares	l63 a l67; l69, G45 a G46			
13	Diabetes melitus				
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1			
13,2	Com complicações (renais, oftalmicas, neurol.,circulat.,periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8			
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9			
14	Eplepsias				
14,1	Eplepsias	G40, G41			
15	Infecção no Rim e Trato Urinário				
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10			
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11			
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12			
15,4	Cistite	N30			

	LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA					
Grupo	Diagnósticos	CID 10				
15,5	Uretrite	N34				
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0				
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo					
16,1	Erisipela	A46				
16,2	Impetigo	L01				
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02				
16,4	Celulite	L03				
16,5	Linfadenite aguda	L04				
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08				
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos					
17,1	Salpingite e ooforite	N70				
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71				
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72				
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73				
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75				
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76				
18	Úlcera gastrointestinal					
18,1	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2				
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto					
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23				
19,2	Sífilis congênita	A50				
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0				