

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

BRUNA MARIA BEZERRA DE SOUZA

UMA ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS TAXAS DE INTERNAÇÕES
POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA, NOS MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS, DE 2008 A 2013

RECIFE

2014

Bruna Maria Bezerra de Souza

UMA ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS TAXAS DE INTERNAÇÕES POR
CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA, NOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS,
DE 2008 A 2013

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre
em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roberta de Moraes Rocha

RECIFE

2014

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- S729a Souza, Bruna Maria Bezerra de
Uma análise dos fatores associados às taxas de internações por causas sensíveis à atenção básica, nos municípios pernambucanos, de 2008 a 2013 / Bruna Maria Bezerra de Souza. - Recife: O Autor, 2014.
134 folhas : il. 30 cm.
- Orientadora: Profa. Dra. Roberta de Moraes Rocha.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.
Inclui referências, anexos e apêndices.
1. Administradores dos Serviços de Saúde - Avaliação. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Família – Saúde e Higiene. I. Rocha, Roberta de Moraes (Orientadora). II. Título.
- 331 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014 – 166)

BRUNA MARIA BEZERRA DE SOUZA

**UMA ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS TAXAS DE INTERNAÇÕES
POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA, NOS MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS, DE 2008 A 2013**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre
em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roberta de Moraes Rocha

Aprovada em: 31 / 10 / 2014.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Fonseca Pereira Oliveira

Examinadora Interna / Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof. Dra. Adriana Falângola Benjamin Bezerra

Examinadora Interna / Universidade Federal de Pernambuco

Prof(a). Dr^a. Cristiane Soares de Mesquita

Examinadora Externa / Universidade Federal Rural de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria concluído sem a ajuda de pessoas que são especiais em minha vida:

Em especial ao meu Deus, que nunca me desampara e me oferece o que há de melhor nesta vida.

Aos meus pais, pela dedicação incondicional e apoio em todas as horas. Pelo orgulho que sentem pela minha trajetória. E por me fazerem sentir amada.

Às minhas irmãs, pela torcida, amizade e carinho de sempre.

À minha sobrinha Alice, que não me acompanhou desde o início do mestrado, mas que chegou para dar mais brilho à minha existência.

À minha orientadora Roberta, pela paciência e troca de conhecimentos. Além da amizade e respeito que construímos ao longo desta jornada.

Às minhas amigas do mestrado Lisandra, Joyce e Dayse pela amizade que construímos e pelo apoio mútuo nas angústias durante o percurso do curso. E à Roseane pela disponibilidade e carinho com que me tirava as dúvidas.

Aos colegas de trabalho, residentes e gestores, do Hospital Regional Dom Moura e da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns, por compreenderem as minhas ausências.

Aos meus verdadeiros amigos, pela torcida, pelo ombro nas horas certas, pelos encontros alegres e cheios de energia que me dão força para continuar.

À todos os professores e colegas de curso, pelo esforço e pelas trocas de saberes.

Dedico esta dissertação aos meus pais amados, Noel Ferreira e M^a de Lourdes Bezerra, pelo apoio incondicional em todos os momentos e projetos da minha vida.

Às minhas irmãs Amanda e Erika pela força e torcida de sempre.
Ao meu irmão Caius Cézar, pelos seus ensinamentos, apesar de tão pequeno.

À minha sobrinha Alice, a florzinha do meu jardim.

Às minhas vizinhas Maria Bezerra (in memoriam) e Vicência Ferreira (in memoriam) pelo lugar especial que ocupei em seus corações.

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser. Não somos o que iremos ser. Mas Graças a Deus, não somos o que éramos”.

Martin Luther King

RESUMO

A pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar os fatores associados às taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), nos municípios pernambucanos, entre o período de 2008 a 2013. Trata-se de uma avaliação empírica que foi desenvolvida com dados secundários, sob o enfoque quantitativo, tendo como unidades de análise os municípios que integram o Estado de Pernambuco. Foram utilizados os modelos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) e efeitos fixos aplicados sob os dados organizados em painel. Como variáveis explicativas foram utilizados: número de equipes de saúde da família (ESF) implantadas, cobertura da atenção básica, valores gastos com as internações por causas sensíveis e repasse federal para a atenção básica. A análise descritiva demonstrou que houve diminuição das internações por causas sensíveis à atenção básica por 1.000 habitantes, nos municípios pernambucanos de 2.064 em 2008 para 1.869 em 2013, isto é, uma queda de 9,42%. Sendo a redução das internações gerais de 3,43%. Tal fato, reflete o momento histórico vivenciado pelo SUS, considerando que os municípios têm fortalecido sua cobertura da atenção básica, investindo mais nas ações de atenção à saúde propostas pela Estratégia de Saúde da Família. Através dos modelos MQO e efeitos fixos, concluímos que os gastos com as internações por causas sensíveis à atenção básica, o repasse Federal para este nível de atenção e o número de ESF foram as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas, apresentando coeficientes negativos para nº de ESF e repasse Federal, e positivo para os gastos com as ICSAB. De maneira geral, este estudo aponta a necessidade de fortalecer, ainda mais, a atenção primária para que a mesma assuma a coordenação de uma rede de atenção à saúde que favoreça melhor qualidade e maior resolutividade de suas ações. E ainda, fornece subsídios para que gestores possam refletir sobre os problemas de saúde local, propondo políticas de saúde mais efetivas com o objetivo de diminuir cada vez mais as internações por causas sensíveis à atenção básica.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção básica em saúde. Condições sensíveis à atenção primária.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the factors associated with rates of hospital admissions for primary care sensitive conditions (ICSAB) in the municipalities of Pernambuco, between the period 2008 to 2013. It is an empirical evaluation that was developed based on secondary data, according quantitative approach, taking as units of analysis the municipalities of the state of Pernambuco. OLS models (OLS) and fixed effects applied in the data organized in the panel were used. Explanatory variables as: number of family health teams (FHT) implemented, coverage of basic health care, amounts spent with hospitalizations for sensitive causes, federal funding for primary care. The descriptive analysis showed that there were fewer hospitalizations for sensitive primary care per 1,000 population causes in Pernambuco towns of 2,064 in 2008 to 1,869 in 2013, a decrease of 9.42%. Being the reduction of overall hospitalizations of 3.43%. This fact reflects the historical moment experienced by SUS, considering that municipalities have strengthened their coverage of basic health care, investing more in health care actions proposed by the Family Health Strategy. Through OLS and fixed effects models we conclude that spending on hospitalizations for primary care sensitive causes, the federal transfer to this level of attention and the number of FHS were the variables that were statistically significant, with negative coefficients for number of FHS Federal and transfer, and positive for spending on ICSAB. Overall, this study highlights the need to strengthen further, primary care so that it takes the coordination of a network of health care which fosters better quality and better resolution of their actions. And also provides subsidies for managers to reflect on local health issues, proposing more effective health policies aiming to increasingly reduce hospitalizations for primary care sensitive causes.

Keywords: Health System Primary health care. Sensitive conditions primary care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada mil habitantes, por gerências regionais de saúde - 2008 a 2013. Pernambuco	38
Gráfico 2 - Evolução das ICSAB a cada 1.000 habitantes, dos 5 municípios que tiveram maiores taxas no ano de 2008. Pernambuco	39
Gráfico 3 - Evolução, de 2008 a 2013, das internações por condições sensíveis à atenção básica por 1.000 habitantes, dos 5 municípios que tiveram maiores as taxas no ano de 2013. Pernambuco	40
Gráfico 4 - Evolução das internações gerais, a cada mil habitantes, dos cinco municípios de maiores taxas, em 2008. Pernambuco	48
Gráfico 5 - Evolução das internações gerais a cada mil habitantes, dos cinco municípios de maiores frequências, no ano de 2013. Pernambuco	49
Gráfico 6 - Evolução dos gastos com internações sensíveis à atenção básica, dos municípios de Pernambuco, com os maiores valores, de 2008 a 2013	59
Gráfico 7 - Evolução dos gastos com as internações gerais, dos municípios de Pernambuco que apresentaram os maiores valores, nos anos de 2008 e 2013 .	65
Gráfico 8 - Evolução dos gastos com internações gerais dos municípios de Pernambuco que apresentaram os menores valores, nos anos de 2008 e 2013	66
Gráfico 9 - Evolução do repasse Federal, destinados à atenção básica, para os municípios de Pernambuco que receberam os maiores valores nos anos de 2008 e 2013	76
Gráfico 10 - Os cinco municípios de Pernambuco com maior número de equipes saúde da família, em 2008 e 2013	81
Gráfico 11 - Evolução dos cinco municípios de Pernambuco com maior número de agentes comunitários de saúde, de 2008 a 2013	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variáveis, períodos e fontes dos dados	32
Tabela 2 -	Médias, desvios-padrão, valor máximo e mínimo das variáveis	35
Tabela 3 -	Total das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada mil habitantes, por gerências regionais de saúde – 2008 a 2013. Pernambuco	36
Tabela 4 -	Os cinco municípios com as maiores e as menores taxas das internações por causas sensíveis à atenção básica por cada 1000 habitantes, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco	38
Tabela 5 -	Total das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada mil habitantes, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	40
Tabela 6 -	Os cinco grupos de diagnóstico das internações por condições sensíveis à atenção básica de maior ocorrência - 2008 a 2013. Pernambuco	41
Tabela 7 -	Os cinco grupos de diagnóstico das internações por condições sensíveis à atenção básica de menor ocorrência, de 2008 a 2013. Pernambuco	42
Tabela 8 -	Total das internações gerais a cada mil habitantes, por gerências regionais de saúde– 2008 a 2013. Pernambuco	44
Tabela 9 -	Total das internações gerais a cada mil habitantes, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	46
Tabela 10 -	Municípios com maiores e menores taxas das internações gerais, a cada mil habitantes, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco	47
Tabela 11 -	Média das taxas das internações gerais e por causas sensíveis à atenção básica dos municípios pernambucanos, a cada mil habitantes, de 2008 a 2013.....	49
Tabela 12 -	Indicadores socioeconômicos por gerências regionais de saúde. Pernambuco.	51
Tabela 13 -	Gastos com internações por causas sensíveis à atenção básica, por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco	56
Tabela 14 -	Gastos com internações por causas sensíveis à atenção básica por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	57
Tabela 15 -	Os cinco municípios com os maiores e os menores gastos com as internações sensíveis à atenção básica, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco	58
Tabela 16 -	Gastos com as internações gerais dos municípios por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco	61

Tabela 17 - Gastos com as internações gerais dos municípios por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	63
Tabela 18 - Municípios com os maiores e os menores gastos com as internações gerais, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco	64
Tabela 19 - Média dos gastos municipais em saúde por habitante, de cada gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco	67
Tabela 20 - Média dos gastos municipais em saúde por habitante, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	69
Tabela 21 - Os cinco municípios de Pernambuco que mais e menos tiveram gastos em saúde per capita, em 2008 e 2013	69
Tabela 22 - Repasse Federal para a atenção básica para os municípios, por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco	72
Tabela 23 - Repasse Federal para a atenção básica, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	74
Tabela 24 - Os cinco municípios de Pernambuco que mais e menos receberam recursos Federais, destinados à atenção básica, em 2008 e 2013	75
Tabela 25 - Número de Equipes de Saúde da Família dos municípios por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco	78
Tabela 26 - Número de Equipes de Saúde da Família dos municípios por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	79
Tabela 27 - Os cinco municípios de Pernambuco com mais e menos equipes de saúde da família de 2008 e 2013	80
Tabela 28 - Número de agentes comunitários de saúde, por gerência regional de saúde ...	82
Tabela 29 - Número de agentes comunitários de saúde dos municípios por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco	83
Tabela 30 - Os cinco municípios de Pernambuco com mais e menos agentes comunitários de saúde, nos anos de 2008 e 2013	84
Tabela 31 - Média do percentual de cobertura das equipes de saúde da família dos municípios, por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco	86
Tabela 32 - Média do percentual de cobertura de equipes de saúde da família, por porte populacional de 2008 a 2013. Pernambuco	87
Tabela 33 - Resultados dos modelos estimados por MQO e Efeito Fixo	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ACSC – Ambulatory Care Sensitive Conditions

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas em Saúde

AP- Atenção Primária

APS - Atenção Primária à Saúde

CID 10 – Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CIH – Coeficiente de Internações Hospitalares

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CSAA - Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária

DAB – Departamento de Atenção Básica

DPSSH-M - Despesa Total com Saúde Municipal, por Habitante

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EC – Emenda Complementar

ESB – Equipes de Saúde Bucal

ESF – Equipes Saúde da Família

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GERES – Gerência Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA – Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada

INPC- Índice Nacional de Preços ao Consumidor

MQO – Mínimos Quadrados Ordinários

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF - Programa Saúde da Família

SAGE – Sala de Apoio a Gestão Estratégica

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	Atenção primária à saúde	18
3.2	A Estratégia de Saúde da Família.....	20
3.3	Internações por condições sensíveis à atenção primária	24
4	METODOLOGIA	29
4.1	Procedimentos adotados na coleta dos dados	29
4.2	Dados.....	30
4.3	Modelo empírico.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1	Análise descritiva	34
5.1.1	Internações por causas sensíveis à atenção básica e internações gerais	36
5.1.2	Indicadores socioeconômicos	50
5.1.3	Indicadores financeiros	53
5.1.4	Indicadores da atenção básica	77
5.2	Análise dos modelos de regressão	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXO A – Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008	101
	ANEXO B - Lista brasileira de internações por condições sensíveis	102
	APÊNDICES.....	105

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é a porta preferencial de entrada ao sistema de saúde. Além do acesso, também é responsável pela resolução dos problemas mais prevalentes da população e, no aspecto organizacional, por fornecer subsídios para a estruturação do sistema de saúde (BRASIL, 2007). Ainda, de acordo com Starfield (2002), é o lócus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo, em uma determinada localidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada e integral à saúde.

No Brasil, embasado nos princípios constitucionais de universalidade e de integralidade, garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nasceu o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, concebido inicialmente como cuidados ambulatoriais e porta de entrada do sistema e posteriormente como estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS), justamente para reorganizar o modelo de atenção (CONILL, 2008). Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista e hospitalocêntrico não atende às mudanças do mundo atual e moderno, consequentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente (ROSA; LABATE, 2005).

De 1994 a 2010, o número de equipes de saúde da família no Brasil aumentou substancialmente. Em dezembro de 1998, havia 3.062 equipes implantadas, com cobertura de 6,6% da população. No ano de 2010, o Brasil tinha mais de 30 mil equipes do PSF espalhadas em 5.250 municípios brasileiros, com cobertura de mais de 120 milhões de habitantes usufruindo do programa em todo o País, segundo dados do Ministério da Saúde. O acesso aos serviços de saúde melhorou consideravelmente (BRASIL, 2014).

No que diz respeito às redes de atenção à saúde, a Atenção Básica (AB) deve ocupar um lugar de destaque, situando-se no centro dessa rede como ordenadora de fluxos e contra fluxos dentro do sistema, a exceção dos casos de urgência e emergência (MENDES, 2009). É importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis assistenciais, em termos de otimização e de economia dos recursos empregados. Espera-se que as atividades preventivas, os diagnósticos precoces e os tratamentos de enfermidades crônicas, desenvolvidos continuamente pelas Estratégias de Saúde da Família, diminuam a

necessidade de acesso aos níveis assistências de maior complexidade, assim como a quantidade de internações hospitalares (MAFRA, 2010).

Acredita-se ser de fundamental importância potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica no intuito de reduzir a demanda para os níveis mais especializados (e onerosos) do sistema, de viabilizar a adequada hierarquização da rede, e por consequência de adotar fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade (SILVA, 2013).

O indicador denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions* surgiu nos EUA no início da década de 1990 para medir indiretamente a efetividade da AP. O indicador foi posteriormente adaptado em diversos países e traduzido e incorporado à literatura brasileira como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Parte-se do pressuposto que uma AP de qualidade oferecida e acessada oportunamente pode evitar ou reduzir a frequência de hospitalizações por algumas condições de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Significando que, taxas elevadas de internações hospitalares por CSAP podem indicar baixo acesso aos serviços oferecidos pela AP ou baixa qualidade das ações ofertadas por estes serviços (NEDEL *et al.*, 2010). Para Caminal (2003) as CSAP são definidas como condições, que quando atendidas oportuna e efetivamente pelos serviços de saúde, não deveriam exigir internação.

Os fatores mencionados, o importante papel desempenhado pela Atenção Básica na estruturação de todo o sistema de saúde no Brasil e o número reduzido de estudos realizados com o objetivo identificar os fatores que podem estar relacionados com as taxas de internações por causas sensíveis à atenção primária em Pernambuco, motivaram a escolha do tema da dissertação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores associados às taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica, nos municípios pernambucanos, entre o período de 2008 a 2013.

2.2 Específicos

a) Realizar análise descritiva dos fatores que podem estar associados às taxas de internações por causas sensíveis à atenção básica, a partir das seguintes variáveis:

- variáveis de internação: frequência das internações gerais, frequências das internações por causas sensíveis à atenção básica;
- variáveis socioeconômicas: índice de Gini, produto interno bruto municipal e distância dos municípios sede das gerências regionais de saúde para a capital;
- variáveis financeiras: valores gastos com as internações gerais e com as internações por causas sensíveis, repasse federal para a atenção básica e gasto municipal com saúde per capita;
- variáveis da atenção básica: número de equipes de saúde da família implantadas, cobertura de estratégia de saúde da família, número de agentes comunitários de saúde.

b) Correlacionar os fatores que se associam ao número de internações por causas sensíveis à atenção básica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção primária à saúde

Starfield (2002) define a Atenção Primária (AP) como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É o nível de atenção que representa a entrada no sistema de saúde para as novas necessidades e problemas das pessoas e das comunidades. Oferece atenção para todas as condições, com exceção daquelas consideradas raras, e coordena ou integra a atenção fornecida ao usuário.

Para Caminal (2003), a AP representa a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e articula ações clínicas de prevenção, cura e reabilitação, pautadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, e está atenta aos problemas mais comuns da comunidade (STARFIELD, 2002).

A Assembleia Mundial de Saúde de 1977, cujo relatório foi aprovado na Conferência de Alma Ata no Cazaquistão no ano seguinte aprovou, por unanimidade, como objetivo de seus países membros a “Saúde para todos no ano 2000”, Essa declaração provocou uma série de impactos no contexto da atenção primária em vários países, sobretudo aqueles com mais baixos níveis socioeconômicos e consequentemente de saúde (STARFIELD, 2002). Assim, a Organização Mundial da Saúde da Saúde, a partir dessa declaração definiu a atenção primária como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados irreversivelmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A Atenção Primária é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde do país, do qual se constitui como função central e núcleo principal, como o desenvolvimento social e econômico global da comunidade (SOUSA; HAMMANN, 2009).

Os sistemas de saúde que estão baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde

da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e por ofertar tecnologias mais seguras (OMS, 2008).

A atenção primária à saúde se investe da responsabilidade de formular estratégias para construção de um novo modelo de atenção à saúde, norteadas pela participação comunitária e empoderamento dos sujeitos, na equipe multidisciplinar, na humanização das relações profissionais de saúde e pacientes, na gestão participativa, na educação em saúde, na promoção de hábitos de vida saudáveis, etc (SOUSA; HAMMANN, 2009).

Esse nível de atenção passou a ser utilizado em muitos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde, para que contemplem de modo adequado às necessidades da população (MACINKO *et al.*, 2004). Um primeiro passo em direção à estruturação da atenção primária no Brasil, revelou-se com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982. Uma estratégia importante para a universalização do direito à saúde que se seguiu a proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (ABRAHÃO, 2007).

Conquistadas as bases constitucionais e legais do SUS, foi necessário um processo de construção social de um novo sistema de saúde com mudanças estruturais, tendo como propósito a realização de transformação no modelo assistencial, que era baseado na doença e na medicina curativa, com o poder e saber centrado no médico, atendendo apenas sobre a demanda espontânea, com baixa resolutividade e com desvinculação dos profissionais com as comunidades – modelo médico-assistencial privatista ou modelo Flexneriano (VIANA; DAL POZ, 1998). Este modelo, legalmente instituído e praticado até 1988, estava estabelecido na lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários (CZERESNIA, 2003).

No Brasil, o termo “atenção primária”, utilizado como “atenção básica”, foi caracterizado pela Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria Ministerial 2.488 de 2011 como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia

das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 21).

Impõe-se a construção social de uma nova prática que visa sistematizar de modo detalhado, a proposta de reorganização do SUS, tendo por base a proposta de vigilância a saúde ou da Produção Social da Saúde (MENDES, 1996). Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (BRASIL, 1996).

3.2 A estratégia de saúde da família

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (FERNANDES, 2004). Esta proposta, luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (COTTA *et al.*, 2002).

O documento BRASIL (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral “*melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade*”. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde, levando a saúde para mais perto da família e, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a saúde da família como um programa. Entretanto, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família por considera-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (MOROSINI, 2007).

A Estratégia Saúde da Família estrutura a saúde nos municípios por meio da implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em unidades básicas de saúde. As equipes são formadas de, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um técnico de

enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Constituem-se no primeiro nível de acesso ao sistema de saúde e são responsáveis pelo atendimento de uma população definida, que habita um território delimitado (BRASIL, 2009a). O Ministério da Saúde afirma que, funcionando adequadamente, as Unidades de Saúde da Família são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família têm como ações conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (BRASIL, 2000).

A institucionalização do PSF ganha evidência significativa com a aprovação da Portaria do MS (1996) denominada NOB 96 – Norma Operacional Básica do SUS de 1996. Dentre seu objetivo central de estimular o processo de descentralização/ municipalização da saúde, essa Norma enfatiza a implantação do PSF, explicando ser ele parte de um conjunto de medidas e iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica, segundo os princípios e diretrizes do SUS. Segundo a NOB 96, esse programa é implantado quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, aderem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, seja na condição de gestão “Plena da Atenção Básica” – responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia) ou “Plena do Sistema Municipal de Saúde” – responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidade da saúde (BRASIL, 1996).

O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família nos municípios. O número de equipes de saúde da família cresceu de 1.623, em 1996, para 3.147 em 1998. Contudo, é preciso ressaltar que foi em maio de 1998 que os municípios passaram a receber o incentivo financeiro – Piso da Atenção Básica (PAB) - criado pela NOB 96, que inaugura a modalidade

de transferência *per capita* de recursos federais para os municípios. As transferências para Atenção Básica são realizadas por meio de repasse automático (PAB-Fixo); ou de transferências que visam incentivar determinados programas, tais como a saúde da família e agentes comunitários, que se denominou de PAB - Variável (MARQUES; MENDES, 2002).

O PAB-Fixo representa um montante transferido do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos municipais de saúde mensalmente. É calculado pela multiplicação de um valor *per capita* fixo pela população de cada município. Os valores correspondentes ao PSF e ao PACS são baseados na quantidade de equipes de saúde da família (ESF) e de ACS implantados. Em termos financeiros, configuram-se nas duas principais estratégias que compõem o Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável). Do ponto de vista orçamentário, o PAB-Fixo e o PAB-Variável configuram-se em ações orçamentárias que apresentam a maior materialidade dentre as ações que integram o Programa Atenção Básica em Saúde (MAFRA, 2010).

Atualmente, os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Os valores transferidos variam segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais, categoria do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e número de agentes comunitários de saúde registrados, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Estes repasses para os municípios são efetuados em contas específicas para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2011).

Para Mattos (2002) desde sua origem até 1996, o PSF era uma proposta “complementar” para o alcance da população mais pobre ou em áreas de difícil acesso. A partir desse período, e considerando as experiências exitosas e formulações teóricas acerca do Programa, a introdução do PAB reflete o investimento do Ministério da Saúde, no PSF, já como estratégia substitutiva.

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada em 24 de outubro de 2011, pela Portaria nº 2.488/GM/MS, e dispõe como responsabilidade do Ministério da Saúde, a garantia de recursos financeiros para compor o financiamento da atenção básica (BRASIL, 2011).

Em 16 de maio de 2012, a Portaria nº. 978, define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as ESF, Equipes de Saúde Bucal e aos NASF estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, transferindo os valores a depender da classificação das ESF em modalidade 1 (R\$ 10.695,00) ou modalidade 2 (R\$ 7.130,00). Os critérios para

definição dessas modalidades levam em consideração situações como o número de habitantes, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) que o município implantar (BRASIL, 2012).

Atualizando os valores repassados para a atenção básica, a Portaria de nº 1.409, de 10 de julho de 2013, define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, que varia de 23,00 a 28,00 reais por habitante\ano (BRASIL, 2013).

A maior proporção do gasto público em saúde no Brasil é financiada pelo governo federal que também concentra a maior proporção dos recursos tributários nacionais – 56,3%, sendo 25% disponíveis aos estados e 18,5% aos municípios. Embora o gasto público em saúde esteja relacionado à disponibilidade de recursos, cerca de 48% são custeados pelo governo federal, 25% com recursos estaduais e 28% municipais (GIOVANELLA, 2013). Observa-se incremento da participação de municípios no financiamento da saúde como resultado do processo de descentralização e a partir da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar nº141/2012.

Entre as iniciativas federais para ampliação e qualificação da atenção primária em saúde, está o Programa de Requalificação das UBS, que, ao reconhecer a inadequação da infraestrutura, prevê, mediante apresentação de projetos, recursos para reforma, ampliação e construção de novas unidades. O objetivo é que as unidades alcancem padrões adequados para a execução das ações de atenção básica, sendo constituído por dois tipos de incentivos financeiros: componente ampliação - Portaria nº 2.394/2011 e componente reforma - Portaria nº 2.206/2011 (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de ampliar as ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde em 2008, através da portaria nº 154, resolveu criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das ESF (BRASIL, 2008a).

Com relação aos mecanismos de acesso e qualidade na atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) através da Portaria Ministerial nº 1.654 em 19 de julho de 2011. O programa se insere na atenção básica com o objetivo de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da atenção com

garantia de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regional e local (BRASIL, 2011).

Passados 20 anos da criação do Programa Saúde da Família, atualmente (Jan/2014) são 35.812 equipes, distribuídas em 5.352 municípios, que cobrem 57% da população brasileira, o que representa quase 111 milhões de habitantes. O PSF hoje é Estratégia Saúde da Família para marcar de forma inequívoca sua diferença em relação aos programas seletivos e ressaltar o potencial que tem uma “APS forte” de construir novas formas de cuidado, com melhores resultados em relação aos indicadores de saúde (ALMEIDA, 2014).

3.3 Internações por condições sensíveis à atenção primária

A não efetividade da atenção primária compromete a resolutividade dos demais níveis, afetando todo o sistema de saúde. Apesar dos avanços na reorganização dos serviços de saúde no Brasil a partir da criação do SUS, faltam estudos que avaliem o impacto da AP sobre os níveis de saúde da população (MACINKO, 2004).

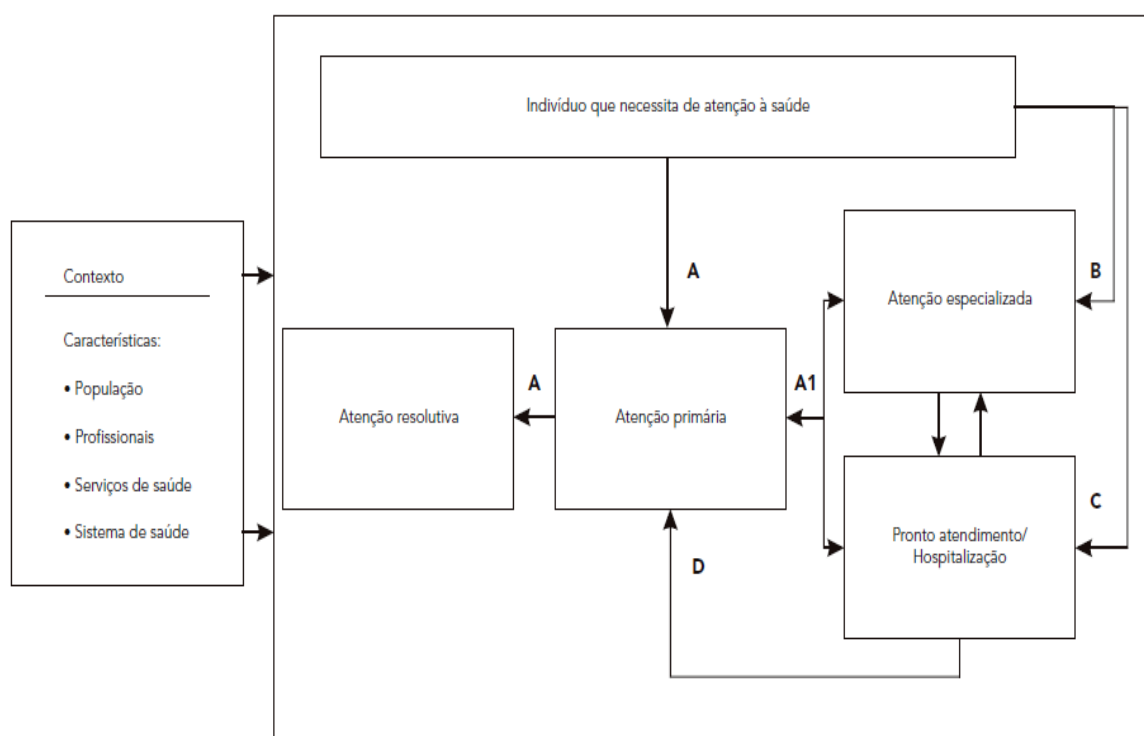
Alguns aspectos específicos da atenção primária estão associados às reduções das hospitalizações evitáveis. Estes incluem o acesso (comumente medido pela densidade de médicos em uma determinada área, pela distância geográfica à rede de serviços, etc.), a continuidade do tratamento, a capacidade da atenção primária para coordenar efetivamente os serviços de especialistas e os ambulatorios, bem como a abrangência do atendimento recebido no primeiro nível (NEDEL *et al.*, 2010).

A Figura 1 apresenta um gráfico, adaptado de Caminal e Casanova (2003) que demonstra como a atenção primária pode reduzir a taxa de hospitalizações evitáveis. A figura identifica uma série de fatores contextuais associados ao risco de hospitalização, incluindo: características demográficas (idade, sexo, status socioeconômico, perfil epidemiológico, cobertura do seguro); características dos centros de saúde (práticas, níveis de formação, incentivos); serviços de saúde (localização e distribuição geográfica, barreiras financeiras ao acesso); sistemas de saúde (normas de referência e contra referência, orientações práticas, regulamentações e supervisão das normas de qualidade); e política de saúde (fatores que afetam a distribuição de risco na população, disponibilidade de redes de segurança social). Neste contexto, um indivíduo em busca de atenção médica por uma condição sem urgência, supostamente, consultaria primeiro um centro de atenção primária até que seu problema de saúde fosse resolvido - sequência A (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Em um sistema de saúde onde a atenção primária é o primeiro ponto de contato, espera-se que a sequência A seja

dominante, assumindo que a atenção primária de boa qualidade seja capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da população (PANDHI *et al.*, 2011).

De acordo com Alfradique e colaboradores (2009), na sequência A1, as pessoas procuram a atenção primária, como porta de entrada do sistema de saúde, e em seguida, são encaminhadas aos especialistas ou para os serviços de diagnóstico. Assim, a atenção primária desempenha um importante papel de coordenação e, posteriormente, os pacientes são contra referenciados para a atenção primária. Presume-se que quando você segue as sequências A e A1, as taxas de hospitalizações são menores.

Figura 1 - Marco conceitual para hospitalização evitáveis e Atenção Primária



Fonte: Adaptado de Caminal e Casanova, 2003

De acordo com a sequência B1 e B2, a atenção primária pode não ser facilmente acessível (devido às barreiras geográficas, organizacionais ou financeiras) ou, não desempenha de forma eficaz o seu papel de porta de entrada do sistema de saúde. Na sequência B1, os pacientes vão diretamente para os especialistas sem consultar o nível de atenção primária. E na sequência B2, os pacientes procuram diretamente o pronto-socorro ou os hospitais demandando serviços que podem ser tratados no primeiro nível de atenção (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Já a sequência C mostra outro caminho que pode gerar hospitalizações evitáveis. Neste cenário, os pacientes chegam ao primeiro nível, mas eles são imediatamente encaminhados ao pronto-socorro ou ao hospital, devido a: a) falta de acesso prévio às intervenções de atenção primária; b) má qualidade do atendimento; c) falta de capacidade no primeiro nível para abordar o que deveria ser uma condição controlável (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No contexto internacional, houve uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde. O indicador, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings e colaboradores na década de 90, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português como condições sensíveis à atenção primária (CSAP), representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetividade das ações da atenção primária diminuiria o risco de internações. As atividades desenvolvidas por este nível de atenção, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e o acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (ALFRADIQUE, *et al.*, 2009; CAMINAL *et al.*, 2004).

De forma coerente com a tendência observada no âmbito internacional, o Ministério da Saúde decidiu criar uma lista de condições sensíveis à atenção primária que refletisse a realidade da saúde no território brasileiro. A Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 221, de 17 de abril de 2008, que oficializou a lista brasileira, definiu que deveria ser utilizada “como instrumento de avaliação da atenção primária 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, 2008b)

Para a elaboração da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária foram seguidas algumas etapas: realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da lista; consolidação e revisão da lista elaborada em uma oficina realizada por grupo de trabalho constituído pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e consulta pública mediante os processos formais estabelecidos pelo Ministério da Saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Compõe a lista um conjunto de diagnósticos para o qual a atenção primária efetiva reduziria o número de internações, isto é, as atividades próprias da atenção básica, tais como a

prevenção de doenças; o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de patologias crônicas (SANTOS *et al.*, 2013).

A relação de diagnósticos da lista brasileira é constituída por 120 categorias da Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição - CID-10 - (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos). Para fins de organização, ela está composta por vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção (por exemplo, pré-natal) e a magnitude dos agravos¹ (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BRASIL, 2008b).

Embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade resolutiva dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde (FERNANDES *et al.*, 2009).

Além disso, alguns profissionais da atenção primária à saúde entendem que o indicador ICSAP (internações por condições sensíveis à atenção primária), tem como finalidade avaliar a sua prática e nesse sentido tem tido resistência para aceitação do mesmo. Relatam ainda que estas hospitalizações fogem do controle dos profissionais, estando condicionadas às características dos pacientes e a variabilidade da prática clínica hospitalar (BERMUDEZ *et al.*, 2004).

De acordo com Ferreira (2014), melhorias na APS, com investimentos estruturais e em suas características essenciais, sejam a longitudinalidade e a integralidade da atenção, a facilidade de acesso, a coordenação efetiva da atenção, a consideração do contexto familiar e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, poderiam contribuir sobremaneira na diminuição da ocorrência das ICSAP.

Uma maior atenção voltada ao quadro de internações por CSAP representa diminuição de custos ao SUS, uma vez que ao governo compete subsidiar financeiramente os custos com tais atendimentos, e que estes são muito dispendiosos. Por meio da análise das internações hospitalares por CSAP é possível calcular os coeficientes de internação hospitalar (CIH) e o quanto as mesmas impactam o SUS em termos de custos. Mendes (2002) afirma que ao examinar todas as internações realizadas via SUS em 2001, de 12.438.151 internações, 35,7% ocorreram por CSAP. Essas internações custaram, naquele ano, R\$ 1.040 bilhão. Valor elevado quando se considera o total gasto de R\$ 6.675 bilhões e o gasto *per capita*/ano de R\$ 6,12 (CAMINAL; CASANOVA, 2003).

¹ No anexo A, encontra-se a Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária

Em estudo realizado por Alfradique e colaboradores (2009) foi referido que, em 2006 as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. A taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária foi igual a 149,6 por 10 mil habitantes.

Os recursos para pagamento das internações pelo SUS estão definidos na portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Sendo estes: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do sus. Tais recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2007).

Na Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009 foi inserido mais um bloco de financiamento para a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS, o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Esse recurso é destinado, exclusivamente, para as despesas de capital como por exemplo, aquisição de equipamentos e realização de obras (BRASIL, 2009b).

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (CASANOVA; STARFIELD, 1995). Portanto, as ICSAP servem como um indicador valioso para monitoramento e a avaliação das ações da atenção primária em saúde.

4 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados secundários, sob o enfoque quantitativo, tendo como unidades de análise os municípios que integram o Estado de Pernambuco, no período compreendido entre o ano de 2008 e 2013.

Com o propósito de identificar fatores que possam estar relacionados com as internações por causas sensíveis à atenção básica, inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados referentes às internações hospitalares por estas causas, buscando correlacionar com outras variáveis, como indicadores das internações gerais, indicadores da atenção básica e indicadores socioeconômicos dos municípios pernambucanos.

A apuração da associação entre as taxas das internações por causas sensíveis à atenção básica e as variáveis que podem estar associadas a estas desenvolveu-se por meio de estimação de modelos de regressão econométrica: o modelo de efeitos fixos dos dados organizados em painel e o modelo dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO).

4.1 Procedimentos adotados na coleta dos dados

A coleta dos dados foi desenvolvida por meio de pesquisa a banco de dados secundários, a partir da coleta de indicadores de saúde, informações geográficas e socioeconômicas, obtidos por meio de pesquisas nos sites do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e de fontes do Ministério da Saúde, como Departamento de Atenção Básica (DAB), Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os municípios foram agrupados considerando as doze Gerências Regionais de Saúde (Geres), que foram criadas para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco, mais a ilha de Fernando de Noronha. As Geres são escritórios técnico-administrativos da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pela articulação entre os municípios e pela interlocução deles com a esfera gestora estadual, coordenando os processos de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, bem como o gerenciamento das unidades públicas de saúde que se acham sob gestão estadual. Cada uma dessas unidades administrativas é responsável por uma parte dos municípios, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O

modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas (PERNAMBUCO, 2006).

Os municípios também foram agrupados por porte populacional, considerando os seguintes intervalos: municípios com população < 10.000 habitantes; municípios com população ≥ 10.000 habitantes e < 20.000 habitantes; municípios com população ≥ 20.000 habitantes e < 50.000 habitantes; municípios com população ≥ 50.000 habitantes e < 100.000 habitantes e municípios com população > 100.000 habitantes.

4.2 Dados

As internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, que denominamos neste estudo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), foram analisadas de acordo com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de acordo com a Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. As internações gerais foram consideradas no intuito de verificar e analisar a magnitude das internações pelas causas sensíveis à atenção básica em relação ao total dos internamentos de Pernambuco. Todos os dados referentes às internações hospitalares foram processados a partir do aplicativo Tabwin 32 (tabulador de dados desenvolvido pelo Datasus/MS para permitir a realização de tabulações a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS), segundo município de residência, e que ocorreram no período de 2008 a 2013. A quantidade total das internações hospitalares foi dividida pelo número de habitantes e multiplicada por 1.000, de forma que a taxa expressa a quantidade de internações por mil habitantes.

Os valores gastos com as internações hospitalares também foram considerados relevantes neste estudo, entendendo que os gastos com as ICSAB podem ser evitados, já que estas condições podem ser tratadas a nível ambulatorial, desta forma diminuindo custos ao sistema público de saúde. Esses valores também foram extraídos do Tabwin 32, entre 2008 e 2013.

Procurou-se identificar indicadores que pudessem refletir a expansão da atenção básica ao longo do período considerado na análise. Foram selecionados os seguintes: percentual de cobertura das equipes da estratégia Saúde da Família, número de equipes de saúde da família implantadas nos municípios pernambucanos e número de agentes comunitários de saúde, respeitando as normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estipula o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por

ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. E cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas (BRASIL, 2012).

O nível socioeconômico dos moradores é um dos fatores, citados na literatura, como determinantes das taxas de hospitalização em determinadas comunidades. Giuffrida, Gravelle e Roland (1999) concluíram que as condições socioeconômicas explicam grande parte das variações no número de internações por algumas condições sensíveis. Enquanto que, Nedel *et al.* (2010, p. 62) mencionam que as diferentes condições de saúde da população são extremamente dependentes do modo como se dá a distribuição da riqueza. Neste sentido, decidiu-se por incluir as variáveis: Produto Interno Bruto (PIB) municipal, que é calculado e disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), representando a soma de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado (PRODUTO, 2000?). Índice de Gini, que é uma medida de desigualdade comumente utilizada para calcular a desigualdade de distribuição de renda, e que consiste em um número entre 0 e 1. Onde zero representa a completa igualdade de renda, e 1 corresponde à completa desigualdade, significando que uma só pessoa possui toda a renda (COEFICIENTE, 2014).

Também foi considerada a distância dos municípios sedes das gerências regionais de saúde de Pernambuco para a capital do Estado. Essa variável foi levada em consideração partindo do princípio que, na capital pernambucana, Recife, encontra-se um dos maiores polos de referência em saúde do país. Sendo importante destacar o quanto estes municípios estão distantes desta grande oferta de serviços de saúde.

Compreendendo que o financiamento público tem impacto direto nas ações de saúde e, consequentemente, nos indicadores sanitários, foram incluídas variáveis relacionadas aos recursos financeiros, como o gasto municipal com saúde per capita e a transferência de recursos para a atenção básica. O financiamento federal é o recurso de maior relevância para a maioria dos municípios, e havendo dificuldade de acesso aos recursos estaduais transferidos para cada município, foram consideradas, neste estudo, apenas as transferências destinadas a este nível de atenção, oriundas do âmbito Federal, ocorridas entre janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

A tabela 1 a seguir, expõe de maneira sintética, as variáveis selecionadas, período analisado e fonte das pesquisas.

Tabela 1 – Variáveis, períodos e fontes dos dados

Variável	Período	Fonte
População	2013	Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Nº de Equipes de Saúde da Família (ESF) cadastradas	2008 a 2013	Site do Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica (DAB)
Cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF)		
Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)		
Frequência das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), segundo município de residência Frequência das internações hospitalares por causas gerais, segundo município de residência	2008 a 2013	Baixa dos arquivos reduzidos das Autorização de Internação Hospitalar (AIH)s do site do Datasus
Valor gasto das internações gerais (IG) e das ICSAB	2008 a 2013	Baixa dos arquivos reduzidos das AIHs do site do Datasus
Índice de Gini	Censo de 2010	Site do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e IBGE
Repasse de recursos federais para atenção básica	2008 a 2013	Sites do MS: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)
Produto Interno Bruto (PIB) municipal a preços correntes	2008 a 2011	Site do IPEA e IBGE
Distância dos municípios para a capital Recife	2013	Site do IPEA
Gasto per capita em saúde	2008 a 2013	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS
Renda per capita	2010	Datasus

Fonte: Elaboração própria

4.3 Modelo empírico

O objetivo do trabalho consiste em obter indicações dos fatores que estão relacionados com a taxa de internações por causas sensíveis à atenção básica. De modo a dar mais robustez

aos resultados obtidos pela análise descritiva dos dados foi estimado um modelo de regressão por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO), como também a inclusão do efeito fixo dos municípios. Este último modelo apresenta uma vantagem em relação ao primeiro por possibilitar a inclusão de um controle das características não observáveis dos municípios, invariantes no tempo, e que podem influenciar a variável dependente. Portanto, a estimação por meio do modelo de efeitos fixos permite a observação dos fatores que podem interferir nas taxas das internações por causas sensíveis à atenção básica, independentemente das características intrínsecas de cada município, como porte, região geográfica, nível de saneamento básico, os quais podem afetar os indicadores de saúde.

Foi aplicado o teste de Hausman, que tem o objetivo de verificar se os coeficientes obtidos por meio do modelo de efeitos fixos são significativamente diferentes dos obtidos por meio do modelo de efeitos aleatórios. O teste de Hausman levou à rejeição da hipótese nula segundo a qual os coeficientes obtidos por meio do modelo de efeitos fixos não diferem substancialmente dos obtidos por meio do modelo de efeitos aleatórios. Pôde-se concluir, portanto, que a escolha do modelo de efeitos fixos seria mais adequada, visto que o modelo de efeitos aleatórios, efetivamente, geraria estimativas enviesadas.

Assim, a partir de uma base de dados em painel para os municípios pernambucanos no período de 2008 a 2013 foi estimado o seguinte modelo:

$$y_{jt} = X_{jt}\beta + \phi_j + \varepsilon_{jt}$$

Em que y representa as taxas de internações por causas sensíveis à atenção básica (por mil habitantes), do município j no tempo t , o vetor X inclui as variáveis explicativas do modelo, que são, número de equipes de saúde da família implantadas, cobertura de estratégia de saúde da família, valores gastos com as internações por causas sensíveis, repasse federal para a atenção básica. Sendo ϕ_{jt} o efeito fixo das internações e ε_{it} é o erro estocástico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise descritiva

Esta seção teve como objetivo apresentar os resultados da análise descritiva de alguns fatores que podem estar associados às taxas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica. E, para uma melhor compreensão, essa análise foi organizada da seguinte forma: variáveis relacionadas às internações hospitalares, variáveis socioeconômicas, variáveis financeiras e variáveis da atenção básica.

Após a análise descritiva, foi realizada a investigação empírica dos fatores que podem estar associados ao número das internações por causas sensíveis à atenção básica, a partir da estimação de modelos de regressão.

São necessárias informações para o entendimento do cálculo das variáveis descritas. Para obter a média do percentual de cobertura da atenção básica no período estudado, foi construída a média de 2008 a 2013 de cada município. As informações sobre o Índice de Gini foram referentes ao ano de 2010, pois este foi o período mais recente mostrado pelo banco de dados do Ministério da Saúde, o Datasus. Os dados dos indicadores da atenção básica: número de Equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o percentual de cobertura da atenção básica foram pesquisados através da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), que disponibiliza informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento, demonstrando a ação governamental no âmbito do SUS. A renda per capita foi extraída do site do IPEA, referente ao ano 2010, em unidades de R\$. Todos os valores monetários apresentados neste estudo, foram deflacionados para valores reais, com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) referente ao ano de 2013.

A tabela 2 apresenta as médias, desvios-padrão, valores máximos e mínimos dos indicadores, compreendendo o total dos anos de 2008 a 2013, que foram analisados ao longo deste estudo.

Tabela 2 – Médias, desvios-padrão, valor máximo e mínimo das variáveis – 2008 a 2013

Indicadores	Média	Desvios padrão	Valor máximo	Valor mínimo
Frequência das Internações Gerais	527.666,50	8.550,16	104.432,33	93,83
Total das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	93.016	1.310,07	15.559,17	10,00
ICSAB\População X 1.000	2.122,15	7,34	45,14	2,05
Internações Gerais \ População X 1.000	10.314,01	16,58	133,83	20,09
Gasto Total com as Internações Gerais	543.802.166,17	10.236.859,84	127.051.096,14	92.590,30
Gasto Total com as ICSAB	70.003.679,70	1.268.193,72	15.697.938,68	4.373,95
Gasto com Saúde por Habitante	61.241,51	95,39	947,82	159,01
Repasse Federal para Atenção Básica	676.079.643,92	7.030.382,23	85.041.862,66	91.613,87
Renda Per Capita*	292,23	113,93	1109,01	154,19
Nº de Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)	1.882,17	19,07	236,33	0,67
Percentual de Cobertura da Atenção Básica	87,13	18,78	102	21,5
Nº de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	14.581	151,50	1.723,83	3,33
Produto Interno Bruto Municipal**	87.112.463	2.210.156,61	27.629.396	21.696
Índice de Gini***	0,53	0,04	0,69	0,42

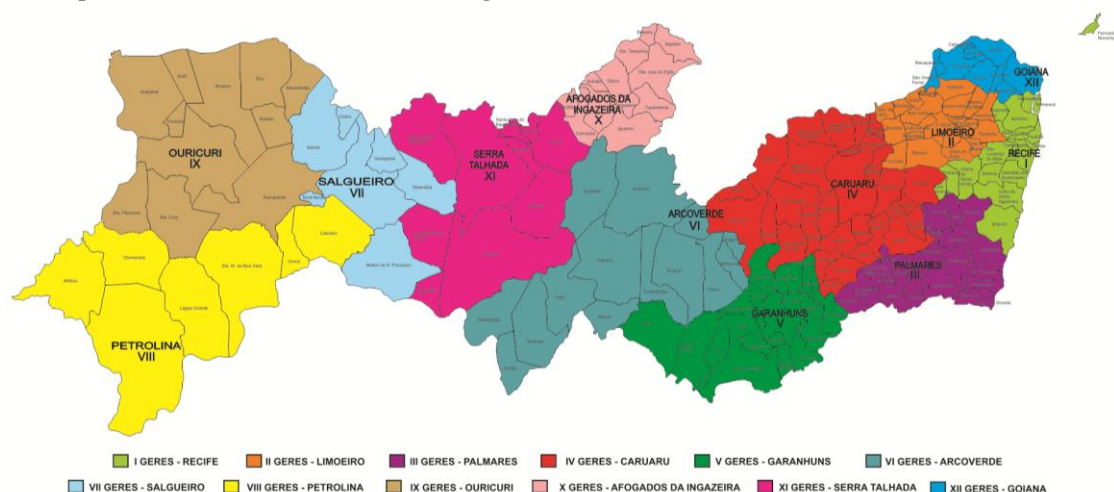
Fonte: SAGE, Datasus, IBGE, Ipea, Tabwin, Siops

Nota: os valores monetários estão expressos em milhões de reais.

* 2010; **2008 a 2011; ***2010

A figura 2 apresenta o mapa de Pernambuco e a distribuição das gerências regionais de saúde (Geres).

Figura 2: Mapa de Pernambuco e Gerências Regionais de Saúde



5.1.1 Internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB) e internações gerais

Na seção 6.1 foram analisadas as Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). De acordo com Nedel *et al.* (2010), as condições sensíveis à atenção primária são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção, cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização. Portanto, as internações por estas condições servem de indicador de efetividade, no sentido de avaliar os serviços de saúde no nível primário, e desta forma fornecer subsídios ao planejamento de ações de saúde.

Ainda nesta seção, relacionou-se as ICSAB com as internações por causas gerais, no período de 2008 a 2013.

No *Tabwin 32*, foram selecionados os dados de internações conforme municípios de residência e os grupos de diagnósticos das internações por causas sensíveis à atenção básica, que neste programa estão classificados como *sensível atenção básica 3*, referindo-se aos grupos de diagnósticos da Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde, em 2008.

Dando início às análises descritivas dos dados pesquisados, a tabela 3 apresenta o total das internações por causas sensíveis à atenção básica por gerência regional de saúde, no período de 2008 a 2013, a cada mil habitantes. O cálculo foi feito a partir da taxa destas internações a cada ano estudado, considerando a população de 2008 a 2013 de cada município por mil habitantes.

Tabela 3 – Total das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada mil habitantes, por gerências regionais de saúde – 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Taxa crescimento (%)
I	10,16	9,49	9,10	8,79	9,31	10,21	56,99	9,50	0,49
II	18,57	17,69	16,42	15,69	15,67	16,04	100,07	16,68	-13,62
III	13,80	14,70	13,89	12,92	11,15	8,93	75,39	12,56	-35,29
IV	22,75	21,79	20,52	19,23	19,65	21,05	124,99	20,83	-7,47
V	12,00	12,59	13,07	12,98	11,69	11,85	74,18	12,36	-1,25
VI	16,46	15,39	17,83	18,49	18,14	17,57	103,87	17,31	6,74
VII	22,19	23,71	26,77	23,71	24,82	22,58	143,78	23,96	1,76
VIII	21,47	18,77	20,45	21,90	21,56	19,72	123,86	20,64	-8,15
IX	11,03	12,78	13,82	13,25	12,23	12,95	76,07	12,68	17,41
X	24,66	28,95	32,89	30,72	27,80	20,39	165,41	27,57	-17,31
XI	11,48	13,41	16,90	16,05	15,21	11,85	84,90	14,15	3,22
XII	10,99	9,48	9,11	9,82	10,37	10,21	59,99	10,00	-7,10
Total	195,55	198,74	210,70	203,56	197,59	183,36	1.189,50	16,52	- 6,2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados no Datasus e IBGE

Como mostra a tabela 3, a X Geres obteve a maior taxa destas internações a cada 1.000 habitantes. Onde a média dos seus habitantes, entre 2008 e 2013, foi de 183.046 munícipes. Essa gerência regional abrange 13 municípios, tendo como sede Afogados da Ingazeira, que está localizado na microrregião do Pajeú. Apesar do elevado número de internações, apresentou uma queda destas de 17,31%. Não mais que a III Geres, que mostra um decréscimo das ICSAB de 35,29%. Esta Geres, com sede em Palmares, tem sob sua gerência 22 municípios, a maioria com porte populacional entre ≥ 10.000 e < 50.000 habitantes.

Observa-se ainda que, a I Geres apresenta uma média de 9,50 internações por causas sensíveis a cada mil habitantes. Sendo a menor média entre todas as Geres. Obtendo ainda a menor taxa de crescimento (0,49%). Esta mesma Geres obteve uma maior média no número das ICSAB totais². Sendo a gerência regional que possui entre os seus municípios a capital de Pernambuco.

A maior taxa de crescimento foi dos municípios que abrangem a IX Geres, e que são apenas onze, localizados no Sertão de Pernambuco, com sede em Ouricuri. Mas que possuem portes populacionais que vão desde municípios com população < 10.000 habitantes a municípios com população ≥ 50.000 e < 100.000 habitantes.

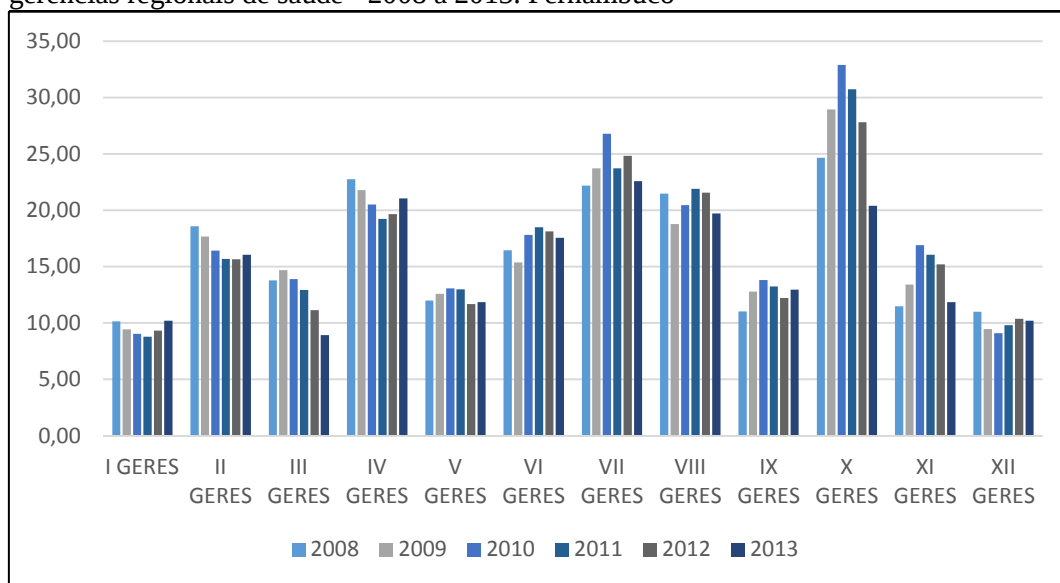
A maioria das Geres apresentou queda das ICSAB por 1.000 habitantes, ao longo do período estudado. Quando se refere às ICSAB totais, apenas 5 Geres apresentaram queda nas ICSAB durante o período estudado (II, III, VIII, X e XII Geres), sendo a III Geres apresentou a maior queda (30,53%) no número destes internamentos³.

O gráfico 1 mostra a evolução das internações por condições sensíveis, entre 2008 e 2013, de cada gerência regional de saúde, em Pernambuco.

² Apêndice F: Tabela com o total das internações por causas sensíveis à atenção básica por gerência regional de saúde – 2008 a 2013. Pernambuco

³ Ibid.

Gráfico 1 – Evolução das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada mil habitantes, por gerências regionais de saúde - 2008 a 2013. Pernambuco



Fonte: elaboração própria a partir dos arquivos reduzidos das AIHs (Datasus)

Analisando o gráfico acima, pode-se visualizar melhor as oscilações em todas as Geres no número de ICSAB a cada 1.000 habitantes. As maiores frequências destas na X Geres, e o maior decréscimo nos municípios que pertencem à III gerência regional de saúde.

A tabela 4 apresenta os cinco municípios que tiveram maiores e menores números de ICSAB, a cada 1.000 habitantes.

Tabela 4 – Os cinco municípios com as maiores e as menores taxas das internações por causas sensíveis à atenção básica por cada 1000 habitantes, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco

Os 5 municípios com maior frequência das ICSAB por 1000 hab

	2008		2013
Afogados da Ingazeira	39,39	Afogados da Ingazeira	43,24
Tuparetama	36,51	Triunfo	32,00
São José do Egito	29,21	Serra Talhada	27,08
Triunfo	26,07	Salgueiro	26,93
Água Preta	25,68	Calumbi	26,59

Os 5 municípios com menor frequência das ICSAB por 1000 hab

	2008		2013
Salgadinho	2,96	Salgadinho	3,77
Manari	2,83	Paranatama	3,60
Tacaratu	2,25	Manari	3,23
Calçado	1,89	Santa Filomena	1,86
Santa Filomena	1,87	Fernando de Noronha	1,76

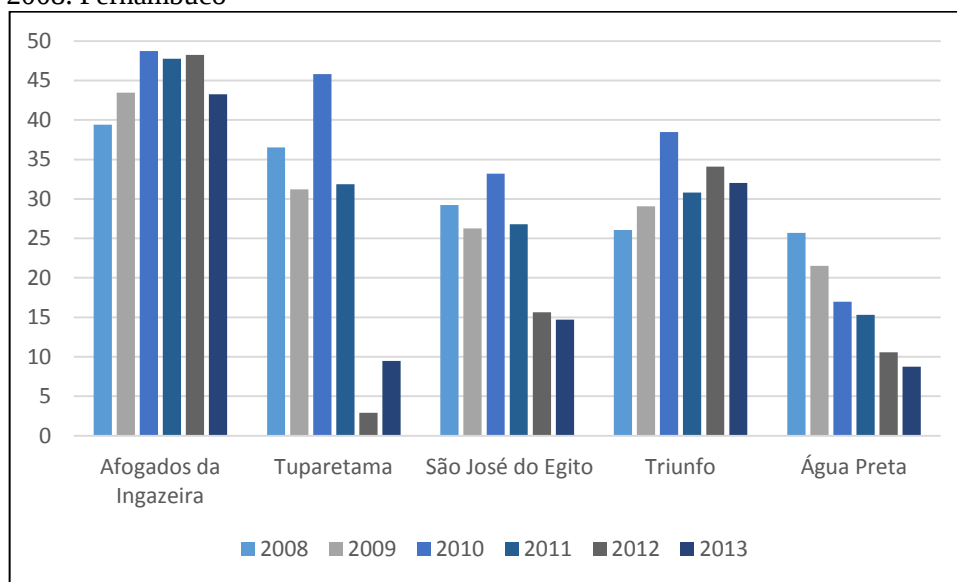
Fonte: Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs (Datasus)

Quando se leva em consideração o número de ICSAB a cada 1.000 habitantes, como mostra a tabela 4, os municípios com maior número destes internamentos são municípios com < de 50.000 habitantes, com exceção de Salgueiro e Serra Talhada, que estão entre os municípios com $\geq$ 50.000 habitantes e < 100.000 habitantes. Sendo a maioria deles pertencentes a X e XI GERES. Afogados da Ingazeira lidera o grupo, nos anos de 2008 e 2013, com taxa de crescimento de 9,77%. E Triunfo, que em 2008 era o 4º município com maior número de ICSAB, passa para o 2º em 2013, com uma taxa de crescimento de 22,75%.

Os municípios com menores taxas de ICSAB em 2008 e 2013, também são os de menores portes populacionais (< de 50.000 habitantes). A maioria deles, como é o caso de Fernando de Noronha e Santa Filomena, também internam mais quando se refere ao número total das ICSAB.

O gráfico 2 expõe a evolução, entre 2008 e 2013, dos municípios que mais tiveram internações por causas sensíveis no ano de 2008, a cada 1.000 habitantes. E evidencia as oscilações distintas no número destas internações ao longo de todo o período de estudo.

Gráfico 2 – Evolução das ICSAB a cada 1.000 habitantes, dos 5 municípios que tiveram maiores taxas no ano de 2008. Pernambuco



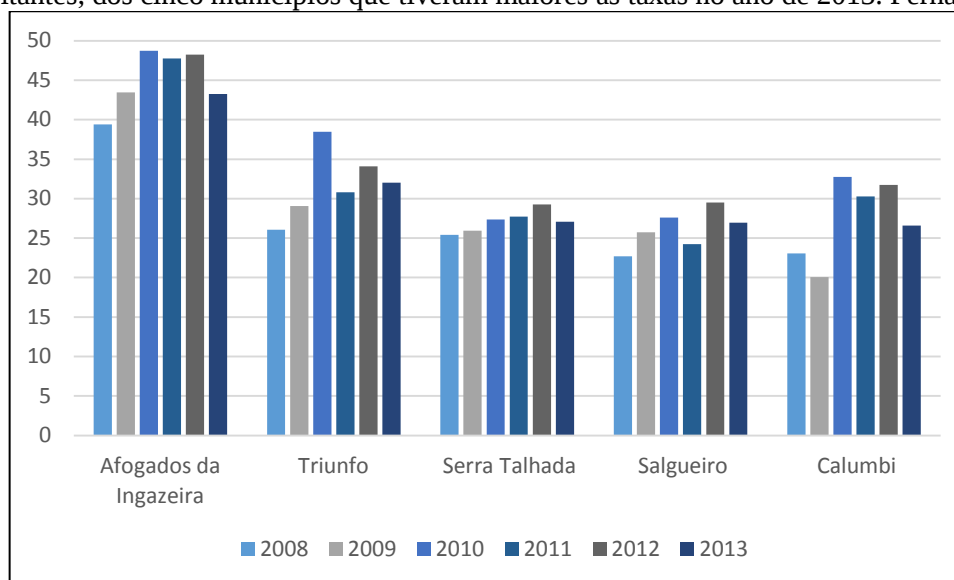
Fonte: elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs (Datasus)

Já o gráfico 3, apresenta a evolução dos cinco municípios com maiores frequências das ICSAB por mil habitantes, em 2013. Mostra as oscilações ao longo do período destes municípios, com exceção do município de Água Preta, que apresentou tendência decrescente entre 2008 e 2013. Chama atenção o município de Tuparetama com uma brusca queda das ICSAB no ano de 2012. Mas que torna a elevar o número destas internações em 2013.

Observa-se ainda, que o ano de 2010 foi o de maior elevação das ICSAB entre os municípios, excetuando Água Preta.

O gráfico 3 apresenta a evolução das ICSAB, a cada mil habitantes, dos cinco municípios pernambucanos que apresentaram as maiores taxas no ano de 2013.

Gráfico 3 – Evolução, de 2008 a 2013, das internações por condições sensíveis à atenção básica por 1.000 habitantes, dos cinco municípios que tiveram maiores as taxas no ano de 2013. Pernambuco



Fonte: Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs (Datasus)

O gráfico 3, evidencia o município de Afogados da Ingazeira, em relação aos outros municípios que também tiveram número elevado das ICSAB, levando-se em consideração o número de habitantes. Apesar do decréscimo na sua taxa de internações (9,77%), Afogados se mantém acima do número de internamentos destes outros municípios.

A tabela 5 apresenta o total das ICSAB a cada mil habitantes, levando em consideração os municípios por porte populacional.

Tabela 5 - Total das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada mil habitantes, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco.

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes;	240,06	269,28	350,85	329,71	248,20	220,04	1658,14	276,36	-8,34
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	647,31	695,70	776,80	697,54	629,45	600,47	4047,26	674,54	-7,24
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	763,04	798,88	853,60	796,02	726,81	659,70	4598,05	766,34	-13,54
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	300,13	302,51	314,21	310,25	302,82	277,81	1807,74	301,29	-7,44
≥ 100.000 habitantes	112,93	102,61	95,70	93,07	106,45	110,93	621,69	103,62	-1,77
TOTAL	2063,47	2168,98	2391,17	2226,59	2013,74	1868,95	12732,89	2122,15	-9,43

Fonte: Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs (Datasus)

A tabela 5 evidencia que o maior número de ICSAB a cada mil habitantes, entre 2008 e 2013, aconteceu nos municípios com população de ≥ 20.000 a < 50.000 habitantes, no qual estão incluídos 32 municípios pernambucanos. Estes obtiveram a maior diminuição de suas taxas de internamentos. Em todos os portes populacionais observa-se queda nas internações por causas sensíveis a cada mil habitantes. A menor queda aconteceu entre os municípios de maior porte populacional.

Após apresentadas as taxas de internações pelas causas sensíveis à atenção primária, foram analisados os grupos de diagnósticos que levam a estes internamentos. A tabela 6 apresenta os grupos de diagnósticos das internações por condições sensíveis à atenção básica de maiores frequências a cada ano do estudo⁴.

Tabela 6 – Os cinco grupos de diagnóstico das internações por condições sensíveis à atenção básica de maior ocorrência - 2008 a 2013. Pernambuco

	Grupo 2	Grupo 7	Grupo 11	Grupo 8	Grupo 15
2008	23.945	10.383	8.744	7.074	6.962
	Grupo 2	Grupo 7	Grupo 11	Grupo 15	Grupo 8
2009	22.819	9.525	8.969	7.316	7.008
	Grupo 2	Grupo 7	Grupo 15	Grupo 11	Grupo 13
2010	23.829	8.709	8.544	8.538	7.553
	Grupo 2	Grupo 7	Grupo 11	Grupo 15	Grupo 13
2011	19.179	9.100	8.398	8.016	7.750
	Grupo 2	Grupo 15	Grupo 11	Grupo 13	Grupo 8
2012	18.497	9.086	8.657	6.995	6.910
	Grupo 2	Grupo 12	Grupo 15	Grupo 11	Grupo 8
2013	17.964	10.769	9.049	7.784	6.943

Fonte:Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

Observa-se que o grupo 2, que se refere às Gastroenterites Infecciosas e complicações, é o grupo de doenças de maior ocorrência de 2008 a 2013, com uma média de 21.039 internações por ano. Do total das ICSAP (558.096) 22,61% são internações pelas doenças deste grupo. Esse resultado também foi encontrado por Moura *et al.* (2010), em um estudo feito no Brasil, no período de 1999 a 2006. Neste estudo, as internações por gastroenterites foram, entre as condições estudadas, as que apresentaram os maiores valores de taxa de internação, com destaque para as taxas na Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Em estudo realizado por Alfradique *et al.* (2009), foram avaliadas as internações por CSAP do SUS ocorridas no país no ano de 2006. Como resultado foram encontradas as

⁴ No apêndice E, encontra-se a legenda com os grupos de diagnósticos das doenças por condições sensíveis à atenção básica

gastroenterites e suas complicações (23,2%), seguidas pela insuficiência cardíaca (11,2%), asma (9,7%), doenças das vias aéreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%), infecções no rim e trato urinário (7,2%), doenças cérebro-vasculares (6,5%) e hipertensão (5,2%).

No presente estudo, as internações por gastroenterites foram seguidas pelo grupo da asma (grupo 7), nos anos de 2008 a 2011. No ano de 2012, a segunda maior incidência foi das infecções no rim e trato urinário, e em 2013 das doenças cerebrovasculares.

Na tabela 7, estão os grupos de diagnósticos das internações sensíveis à atenção básica que apresentaram menores ocorrências de 2008 a 2013.

Tabela 7 – Os cinco grupos de diagnóstico das internações por condições sensíveis à atenção básica de menor ocorrência, de 2008 a 2013. Pernambuco

	Grupo 5	Grupo 18	Grupo 17	Grupo 19	Grupo 3
2008	512	922	1200	1307	1507
	Grupo 5	Grupo 18	Grupo 17	Grupo 19	Grupo 3
2009	601	849	1107	1230	1569
	Grupo 5	Grupo 18	Grupo 17	Grupo 3	Grupo 19
2010	521	882	1138	1455	1470
	Grupo 5	Grupo 17	Grupo 3	Grupo 18	Grupo 19
2011	554	968	1204	1397	1620
	Grupo 5	Grupo 17	Grupo 3	Grupo 18	Grupo 19
2012	648	1013	1155	1437	1832
	Grupo 5	Grupo 17	Grupo 3	Grupo 18	Grupo 4
2013	599	788	889	1499	1808

Fonte: Elaboração própria com a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

As infecções de ouvido, nariz e garganta pertencem ao grupo 5, e estão entre as causas de menor frequência de internamentos por causas sensíveis à atenção básica, entre todos os anos estudados, com apenas 0,61% dentre o total das ICSAB. Os grupos doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos e úlcera gastrointestinal aparecem como as segundas menores causas destes internamentos.

Os dados referentes às internações gerais foram analisados com o objetivo de se fazer correlação com as internações por causas sensíveis à atenção básica. A tabela 8 apresenta o número de internações gerais a cada 1.000 habitantes, estando os municípios por Geres, e mostra as gerências regionais de saúde que apresentaram maiores e menores taxas das

internações gerais, como também a taxa de crescimento destas internações ao longo do período estudado.

De acordo com os municípios por Geres, as taxas das internações gerais a cada mil habitantes foram maiores nos municípios que são gerenciados pela IV Geres, nas quais pertencem 32 municípios pernambucanos.

A maioria das Geres apresentaram queda em seus números de internações por 1.000 habitantes, com destaques para a X Geres que mostrou um decréscimo de 8,58% e a I Geres que apresentou a menor queda no período analisado. Apenas as II, VII e XII Geres mostraram aumento das internações gerais entre 2008 e 2013. Destas, apenas a VII Geres também apresentou crescimento das internações por causas sensíveis por mil habitantes no mesmo período.

Relacionando com as internações por causas sensíveis à atenção básica, dos 61.884,03 internamentos por causas gerais a cada mil habitantes, apenas 1,92% estão relacionados às causas sensíveis à atenção primária. As III, IV, V, VIII e X Geres acompanharam a tendência de diminuição das taxas, tanto das internações gerais quanto das ICSAB. As II e XII, apresentaram queda apenas nas internações por causas sensíveis. No total (por mil habitantes), a queda no número dos internamentos foi maior nas internações por causas sensíveis à atenção básica.

Tabela 8 - Total das internações gerais a cada mil habitantes, por gerências regionais de saúde– 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Media	Taxa de crescimento (%)
I	1192,93	1126,55	1190,49	1203,92	1237,79	1185,47	7137,14	1189,52	-0,63
II	1059,52	1073,78	1079,34	1071,25	1105,64	1081,36	6470,89	1078,48	2,06
III	1328,25	1338,80	1266,91	1294,34	1161,28	1228,86	7618,44	1269,74	-7,48
IV	1569,16	1572,51	1560,31	1580,98	1551,76	1508,13	9342,85	1557,14	-3,89
V	1035,38	965,44	1083,72	1073,39	1005,98	1015,83	6179,74	1029,96	-1,89
VI	621,54	585,96	633,77	657,58	624,87	578,50	3702,22	617,04	-6,92
VII	449,42	490,14	554,39	495,64	503,87	454,36	2947,82	491,30	1,10
VIII	290,19	342,69	340,26	347,78	302,24	283,60	1906,75	317,79	-2,27
IX	519,90	621,34	686,75	658,41	568,23	482,00	3536,63	589,44	-7,29
X	804,03	899,66	1023,52	1012,79	819,80	735,03	5294,83	882,47	-8,58
XI	713,37	751,93	927,92	874,28	798,46	665,46	4731,43	788,57	-6,72
XII	489,53	451,40	491,70	535,29	539,21	508,13	3015,27	502,55	3,80
TOTAL	10.073,22	10.220,20	10.839,09	10.805,66	10.219,13	9.726,74	61.884,03	10.314,01	-3,44

Fonte:Elaboração própria com a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

A tabela 9 apresenta o total das internações gerais dos municípios de Pernambuco, a cada mil habitantes, por porte populacional, de 2008 a 2013. E mostra que a maior média das internações gerais por mil habitantes, de 2008 a 2013, foi dos municípios de médio porte, com uma população de 20.000 a menos de 50.000 habitantes, mas que possuem a maior queda das internações do período. Apenas os municípios de maior porte apresentaram crescimento nas internações, porém obtiveram a menor média anual das internações gerais dentre todos os portes populacionais. O mesmo fato foi evidenciado quando se levou em consideração as taxas de ICSAB por 1.000 habitantes. Em geral, as internações gerais a cada 1.000 habitantes apresentaram queda ao longo do período estudado.

Tabela 9 - Total das interações gerais a cada mil habitantes, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Media	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes	958,47	988,23	1.191,10	1.188,66	1.008,89	920,63	6.255,99	1.042,66	-3,95
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	3.233,07	3.324,53	3.577,98	3.517,67	3.279,99	3.192,65	20.125,90	3.354,32	-1,25
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	3.706,07	3.744,26	3.844,64	3.843,63	3.692,35	3.480,51	22.311,46	3.718,58	-6,09
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	1.451,31	1.449,79	1.499,87	1.526,80	1.487,38	1.392,68	8.807,82	1.467,97	-4,04
≥ 100.000 habitantes	724,29	713,39	725,50	728,90	750,53	740,27	4.382,87	730,48	2,21
TOTAL	10.073,22	10.220,20	10.839,09	10.805,66	10.219,13	9.726,74	61.884,03	10.314,01	-3,44

Fonte: elaboração própria, a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

A tabela 10 mostra os municípios pernambucanos que obtiveram as maiores e as menores taxas das internações gerais por mil habitantes, no período de estudo.

Tabela 10 – Municípios com maiores e menores taxas das internações gerais, a cada mil habitantes, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco

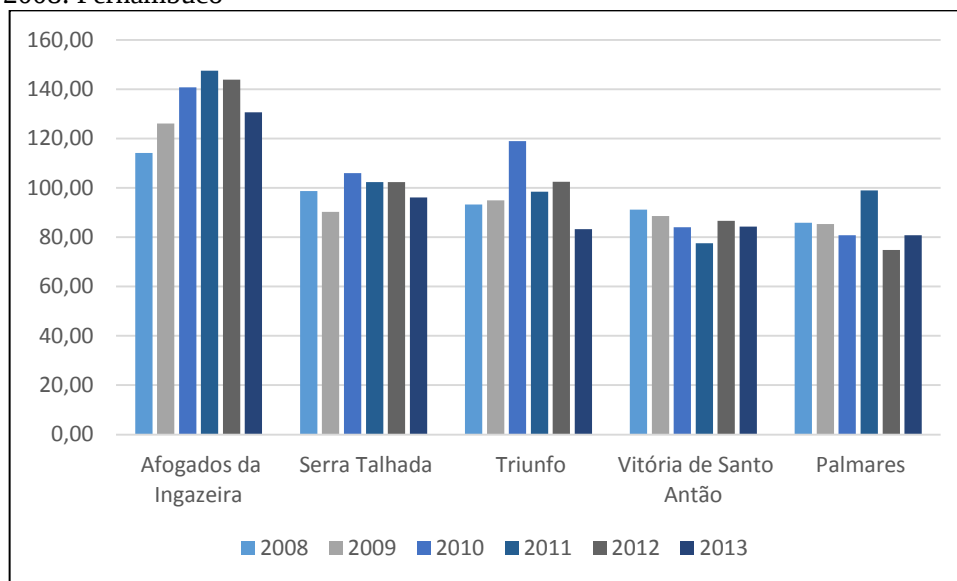
Os 5 que mais internaram IG\pop x 1.000			
	2008		2013
Afogados da Ingazeira	114,18	Afogados da Ingazeira	130,57
Serra Talhada	98,67	Serra Talhada	96,15
Triunfo	93,23	Salgueiro	94,43
Vitória de Santo Antão			
Antão	91,14	Barreiros	85,53
Palmares	85,79	Vitória de Santo Antão	84,23
Os 5 que menos internaram IG\pop x 1.000			
	2008		2013
Salgadinho	25,25	Lagoa Grande	25,64
Fernando de Noronha	23,90	Salgadinho	24,91
Manari	23,70	Fernando de Noronha	22,56
Santa Filomena	21,02	Santa Filomena	20,10
Tacaratu	20,81	Manari	19,51

Fonte: Elaboração própria, baseado no Datasus

Em se tratando das internações gerais dos municípios a cada 1.000 habitantes observa-se na tabela 10, que os municípios que tiveram um maior número destes internamentos têm porte populacional diferentes. O de maior porte é Vitória de Santo Antão, com mais de 100.000 habitantes, e que teve uma queda no número destas internações, entre 2008 e 2013, de menos 7,58%. Afogados da Ingazeira liderou a frequência das internações por 1.000 habitantes nos dois anos mostrados, com uma taxa de crescimento de 14,3%. Este município possui uma população de 36.379 habitantes (população 2013, estimada pelo IBGE) e faz parte da X GERES. Também liderando o número das ICSAB a cada 1.000 habitantes. Os municípios que apresentaram menor frequência destas internações por habitantes, também apresentaram menor número de ICSAB por mil habitantes, com exceção de Lagoa Grande, que tem o maior porte populacional entre estes. Tacaratu e Manari apresentaram as menores taxas das IG a cada 1.000 habitantes, em 2008 e 2013, respectivamente. Estes municípios possuem porte populacional distinto, sendo Manari o de menor população. Ambos pertencem à área de abrangência da VI Gerência Regional de Saúde.

O gráfico 4, evidencia como as internações gerais a cada mil habitantes evoluíram, nos municípios com maiores taxas destes internamentos, no ano de 2008.

Gráfico 4 – Evolução das internações gerais, a cada mil habitantes, dos cinco municípios de maiores taxas, em 2008. Pernambuco

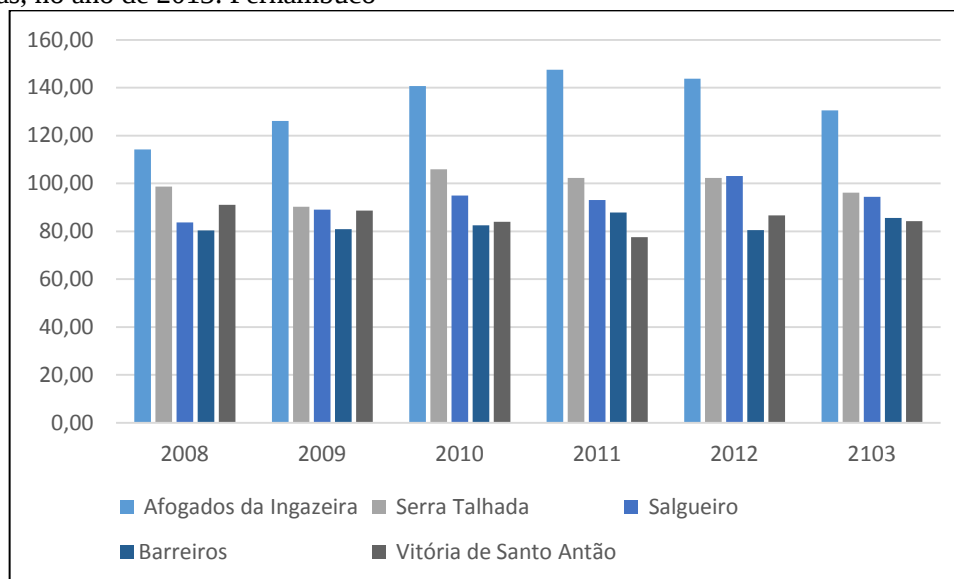


Fonte: elaboração própria

Como mostra o gráfico 4, o município de Afogados da Ingazeira foi o único, dentre os demais, que apresentou taxa de crescimento, em torno de 14,35%, no que diz respeito às internações gerais por cada 1.000 habitantes, ao longo do período entre 2008 e 2013. Os outros municípios, que fazem parte dos 5 municípios que tiveram um maior número destes internamentos, tiveram queda destes neste mesmo período. Sendo Triunfo o município que apresentou uma maior queda (10,70%).

Já o gráfico 5, apresenta a evolução das internações gerais por mil habitantes, dos municípios que apresentaram as maiores taxas, considerando o ano de 2013. Onde a maior taxa de crescimento entre estes municípios aconteceu em Afogados da Ingazeira, com um aumento dos internamentos gerais, por 1000 habitantes, de 14,35%. Seguido pelo município de Salgueiro, que obteve um crescimento de 12,83%. O município de Vitória de Santo Antão apresentou uma queda no número destes internamentos, ao longo deste período, de 7,58%.

Gráfico 5 – Evolução das internações gerais a cada mil habitantes, dos cinco municípios de maiores frequências, no ano de 2013. Pernambuco



Fonte: elaboração própria

Concluindo a análise descritiva das internações, a tabela 11 compara a média das taxas das internações gerais com as taxas das internações por causas sensíveis à atenção básica, dos municípios de Pernambuco, a cada mil habitantes, entre 2008 e 2009.

Tabela 11 – Média das taxas das internações gerais e por causas sensíveis à atenção básica dos municípios pernambucanos, a cada mil habitantes, de 2008 a 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média total	Taxa de crescimento (%)
Internações gerais	54,45	55,24	58,59	58,41	55,24	52,58	55,75	-3,98
ICSAB	11,15	11,72	12,93	12,48	10,89	10,10	11,55	-9,42

Fonte: Elaboração própria, a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

Analisando a tabela 11, observa-se que as internações por causas sensíveis à atenção básica, em média, apresentaram maior queda em relação às internações gerais, por mil habitantes, no período estudado.

Observa-se ao longo da seção 6.1, a relação entre as internações gerais e as internações por causas sensíveis à atenção básica. Sendo este nível de atenção considerado a porta de entrada do SUS que, se fortalecido e adequadamente estruturado é fundamental na organização dos sistemas de saúde. Portanto, a proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção. Considerando os municípios de Pernambuco em

sua totalidade, houve queda na frequência das ICSAB por mil habitantes de 9,42%, no período de 2008 a 2013. Com uma média internamentos de 2.122 ICSAB por ano. A tabela com a relação das ICSAB de cada município por 1.000 habitantes, no período de 2008 a 2013, encontra-se no apêndice D.

Esta tendência também foi evidenciada em outros estudos, como em um estudo feito, no ano de 2013, que analisou as internações por condições sensíveis à atenção básica no SUS do Estado de São Paulo, de 2000 a 2011. Seus dados mostraram que a frequência de ICSAB apresentou redução de 9% no período de 2000 a 2011, embora tenha ocorrido aumento do número total de internações SUS no Estado no mesmo período de 5,1% (MENDES; OSIANO, 2005).

Como também Campos e Theme-Filha (2012), que observaram a trajetória da proporção das ICSAB de 2000 a 2009, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e mostraram que a proporção dessas internações apresentou perfil descendente. No ano de 2000 as ICSAB representavam 19,03% do total de internações em Campo Grande, e em 2009 decresceram para 10,24%.

Em outro estudo, realizado por Sala e Mendes (2011), que abordou a atenção básica e a evolução das ICSAB no Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2009, foi observado que o percentual de ICSAB teve redução mais acentuada nos municípios de pequeno porte e que as maiores reduções ocorreram no grupo de municípios com os maiores percentuais de ICSAB no ano 2000, início do período estudado. Foram levantadas hipóteses variadas para os fatos verificados, inclusive que as ICSAB poderiam estar associadas, além da qualidade da atenção básica, a outros fatores relacionados à estrutura assistencial, entre eles a maior oferta de leitos hospitalares por habitante, maior propensão social do médico para hospitalizar em áreas mais pobres, uma vez que nesses locais os pacientes são mais vulneráveis a complicações médicas, entre outros.

Na presente pesquisa, observa-se a tendência decrescente das internações por causas sensíveis à atenção básica, que pode estar relacionada às ações de saúde destinadas à promoção e prevenção promovidas pela atenção básica, como também maior acesso da população pernambucana a este nível de atenção.

5.1.2 Indicadores socioeconômicos

Alguns indicadores socioeconômicos foram incluídos na pesquisa por serem, citados na literatura, como determinantes sociais da saúde (DSS). Para a Comissão Nacional sobre os

Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. De acordo com Buss e Pellegrini (2007), as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.). E ainda que, o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde.

Considerou-se na tabela 12, alguns indicadores socioeconômicos distribuídos por gerências regionais de saúde.

Tabela 12 – Indicadores socioeconômicos por gerências regionais de saúde. Pernambuco

GERES	População	Índice de Gini	Renda Per Capita**	Produto Interno Bruto***
	2013	2010	2010	2011
I	4.086.807	0,53	8.935,78	69.378.798,00
II	586.944	0,50	5.434,56	3.616.235,00
III	600.546	0,51	5.547,35	3.762.238,00
IV	1.310.903	0,51	9.778,17	9.494.035,00
V	532.497	0,55	5.197,16	3.308.505,00
VI	404.689	0,56	3.386,72	2.700.986,00
VII	144.230	0,57	1.961,88	993.693,00
VIII	182.831	0,54	2.136,55	1.653.648,00
IX	342.809	0,56	2.690,45	1.775.741,00
X	186.629	0,62	3.406,42	953.427,00
XI	220.565	0,54	2.771,87	1.682.678,00
XII	311.268	0,52	2.815,66	2.395.301,00
TOTAL	8.910.718		54.062,57	101.715.285,00
MÉDIA	742.560	0,54	4.505,21	8.476.273,75

Fonte: elaboração própria

*Média por Geres; ** Valores em reais; *** Valores em milhões de reais

Observa-se na tabela acima, que a I Geres possui a maior população e a segunda maior renda per capita, e o PIB mais elevado dentre os municípios de Pernambuco, já que pertencem a esta gerência regional os municípios mais populosos. Alguns destes, como Ipojuca, Igarassu e a capital Recife são responsáveis por uma grande parcela do Produto Interno Bruto do Estado, devido às inúmeras indústrias e amplo comércio presentes nestes municípios. Foi esta

Geres que apresentou a menor taxa das internações por causas sensíveis à atenção básica entre 2008 e 2013. A IV Geres é a segunda mais populosa, é responsável por apoiar tecnicamente o maior número de municípios, possui a maior renda per capita e obtiveram a 3º maior taxa (por 1.000 habitantes) das internações por causas sensíveis.

A X Geres, a segunda menos populosa do Estado, apresentou as maiores taxas (por 1000) das ICSAB entre 2008 e 2013. Esta Geres possui doze municípios sob sua gerência, que possuem a 6ª menor renda per capita e o maior índice de Gini entre as demais gerências regionais de saúde de Pernambuco. Sendo considerada a Geres com a maior desigualdade na distribuição de suas rendas. E tendo o menor PIB em relação às outras Geres.

A equidade no acesso aos serviços de saúde é um princípio que orienta o SUS. Para Lovett (2002 *apud* OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004):

O ideal de igual acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (...) é uma impossibilidade objetiva do ponto de vista geográfico. Os serviços de saúde estão inevitavelmente concentrados em determinados lugares e, conseqüentemente, são mais acessíveis às pessoas que deles estão mais próximas do que àquelas que estão mais distantes deles.

Diante desta afirmação, a distância dos municípios de Pernambuco para sua capital Recife, foi considerada neste estudo. Sabendo que é neste município onde concentra-se a maior rede de saúde do Estado, com serviços de referência de média e alta complexidade para todos os outros municípios.

O quadro abaixo apresenta a distância dos municípios onde estão sediadas as doze gerências regionais de saúde de Pernambuco.

Quadro 1 – Distância dos municípios de Pernambuco sede de gerência regional de saúde para a capital Recife

Município sede de Geres	Distância para Recife (KM)
Recife	0
Limoeiro	66
Palmares	105
Caruaru	123
Garanhuns	200
Arcoverde	243
Salgueiro	467
Petrolina	636
Ouricuri	574
Afogados da Ingazeira	306
Serra Talhada	377
Goiana	56

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE

O quadro 1, indica que o município sede de Geres mais perto da capital é Goiana. Portanto, além dos municípios que pertencem à I Geres, que são os que fazem parte da Região Metropolitana, os habitantes de Goiana e áreas de abrangência possuem mais facilidade de locomoção para ter acesso aos serviços de média e alta complexidade que a capital oferece. Ao contrário de Petrolina, município sede da VIII Geres, que está a 636 km da capital.

Além da distância, outros fatores podem interferir no acesso da população aos serviços de saúde, como dificuldade para agendamento de consulta, disponibilidade do serviço, horários restritos de atendimento dos serviços de saúde e capacidade instalada no município.

5.1.3 Indicadores financeiros

Esta seção concentra alguns indicadores relacionados ao financiamento, que são imprescindíveis para o planejamento das ações da atenção básica, refletindo nos indicadores de saúde. O tema relacionado ao financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se objeto constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras, e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores (CONASS, 2011).

As ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional número 29, de 2000. Esta dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

Os repasses financeiros ocorrem por meio de transferências "fundo a fundo", realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Neste estudo foi considerado apenas o financiamento da esfera federal, ou seja, do Ministério da Saúde, diante da impossibilidade de identificar o aporte do tesouro estadual.

O elevado gasto público com as internações hospitalares pode indicar baixa resolutividade das ações promovidas pela atenção primária em saúde. Por este motivo, torna-se de grande valia a análise do montante gasto pelo Governo Federal com o custeio das internações hospitalares. Então, analisaremos a seguir, os gastos com internações gerais e por causas sensíveis à atenção básica, seguindo os critérios de porte populacional e gerências regionais de saúde. Todos os valores foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (INPC) elevados para o ano 2013.

A tabela 13 mostra os valores gastos com as internações por causas sensíveis à atenção básica, divididos por Geres, nos anos de 2008 a 2013, o total dos gastos deste período e o gasto médio. Este, foi calculado dividindo-se o gasto total do período pela frequência das internações total para o mesmo intervalo de tempo. Esse cálculo expressa o valor médio de recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, nas especialidades previstas. Variações dos valores médios são devidas à frequência relativa dos tipos de atendimento prestado, que possuem remuneração diferenciada. A classificação dos serviços hospitalares prestados no SUS, juntamente com os respectivos valores de remuneração, consta nas tabelas adotadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (GASTO, 2000).

Os dados da tabela 13 demonstram que a I Geres liderou os valores gastos com as ICSAB, em todo o período. Já que foi esta mesma geres que mais internou por estas causas neste mesmo intervalo de tempo. Foi responsável por 50,29% do total de gastos com esse tipo de internação. Apresentando uma tendência decrescente desses gastos no período de 2008 a 2011, voltando a crescer a partir de 2012. Sendo em 2013, o ano de maior valor gasto. Lembrando que a I Geres abrange os municípios de maior porte populacional do estado, concentrando o maior número de leitos hospitalares.

A VII Geres obteve o menor gasto total com estes internamentos, porém não apresentando a menor frequência destas internações, dentre as Geres, no período estudado. O menor número das ICSAB, entre 2008 e 2013, aconteceu entre os municípios da XII gerência regional de saúde. Esta geres foi a 2ª de menor valor gasto das ICSAB, ao longo do período.

Em se tratando de taxa de crescimento, entre 2008 e 2013, a XII gerência regional de saúde apresentou um acréscimo de 45,77% e a X Geres a maior redução (25,65%).

Quando se observa os gastos médios, vê-se que não há relação direta com os valores totais, como o que se analisa entre a IV e a V Geres. Onde esta última obteve o menor valor total com os internamentos em relação à IV Geres, porém com maior gasto médio. Isso pode ser justificado pelos tipos de patologias e/ou procedimentos realizados durante as internações

referentes aos municípios da V Geres, que exigiram uma assistência mais especializada, demandando mais recursos.

E na tabela 14, serão abordados os valores gastos com as internações por causas sensíveis à atenção básica, considerando os portes populacionais, entre os anos de 2008 a 2013.

Tabela 13 – Gastos com internações por causas sensíveis à atenção básica, por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Gasto médio
I	33.476.945,66	32.991.635,14	31.700.653,34	28.894.506,67	37.128.409,29	47.460.932,29	211.653.082,39	918,57
II	3.933.915,65	3.918.749,97	3.845.621,67	3.796.188,52	4.991.969,70	5.110.721,53	25.597.167,04	453,12
III	4.685.411,91	5.494.977,90	4.847.047,63	4.273.248,01	4.205.674,86	5.073.649,39	28.580.009,70	672,93
IV	7.303.913,63	7.933.646,03	7.029.714,69	6.505.395,02	7.903.779,08	9.232.502,47	45.908.950,94	294,51
V	2.294.378,23	2.430.347,65	2.284.254,17	2.308.956,94	2.379.074,07	2.630.548,06	14.327.559,12	371,89
VI	2.238.036,27	2.281.000,53	2.519.226,76	2.723.241,99	2.854.594,97	2.703.505,16	15.319.605,68	381,45
VII	1.439.756,09	1.474.575,12	1.538.472,30	1.021.841,79	1.359.872,63	1.357.717,98	8.192.235,91	406,08
VIII	2.097.645,04	2.180.521,20	2.816.747,50	2.222.999,55	2.379.071,70	2.321.937,36	14.018.922,35	643,13
IX	2.265.689,74	2.659.395,71	2.870.639,65	2.313.002,56	1.989.394,49	2.351.458,87	14.449.581,03	570,70
X	2.635.746,20	2.915.734,48	3.057.756,62	2.486.122,37	2.176.093,48	1.959.665,26	15.231.118,41	503,74
XI	2.618.083,65	2.923.363,16	3.204.855,42	2.768.759,72	2.622.522,47	2.398.904,85	16.536.489,26	856,15
XII	1.762.778,34	1.686.193,49	1.385.857,96	1.753.653,92	1.909.612,92	2.569.642,31	11.067.738,93	608,79
TOTAL	66.752.300,42	68.890.140,38	67.100.847,72	61.067.917,06	71.900.069,66	85.171.185,53	420.882.460,76	6.681,06

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SIH

Nota: valores em milhões de reais

Tabela 14 – Gastos com internações por causas sensíveis à atenção básica por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Gasto Médio
< 10.000 habitantes	1.162.315,61	1.235.598,69	1.383.219,64	1.237.774,13	971.129,60	1.135.785,88	7.125.823,55	609,46
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	5.786.638,59	6.176.445,44	6.145.969,89	5.445.855,37	5.928.786,80	6.475.398,21	35.959.094,30	615,39
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	12.797.631,57	14.343.940,43	14.232.645,27	12.753.554,98	13.522.231,59	14.761.318,48	82.411.322,32	616,95
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	11.600.285,20	12.032.841,67	11.565.978,40	11.244.952,63	13.310.232,12	14.036.942,86	73.791.232,87	621,27
≥ 100.000 habitantes	35.191.854,89	34.866.879,49	33.617.653,99	30.246.995,43	38.076.593,80	48.734.627,57	220.734.605,18	936,83
TOTAL	66.538.725,86	68.655.705,71	66.945.467,18	60.929.132,54	71.808.973,92	85.144.073,00	420.022.078,21	3.399,91

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SIH

Nota: valores em milhões de reais

Analisando a tabela 14, pode-se verificar que o porte populacional influencia diretamente nos valores gastos com as internações por causas sensíveis. Vê-se que os municípios de maior porte populacional obtiveram os maiores valores gastos, dentre 2008 e 2013. São estes municípios que obtêm a maior rede hospitalar, tendo a maior capacidade instalada dentro da rede de saúde pernambucana. Com um gasto médio destas internações de 936,83 reais, o maior dentre os municípios dos outros portes. Estes municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes, também tiveram maiores gastos com as internações por causas sensíveis. Da mesma forma que aconteceu com as ICSAB, onde houve uma redução nos gastos de 2008 a 2011. E o ano de 2013 foi responsável pelo maior montante gasto. Tendo a maior taxa de crescimento, entre 2008 a 2013 (38,48%).

Seguindo o mesmo raciocínio, os municípios com menos de dez mil habitantes apresentaram menores valores gastos com as ICSAB. Com oscilação destes valores ao longo de todo o período, mas com uma taxa de crescimento de 2,28%. A menor dentre os portes populacionais.

A tabela 15 mostra os 5 municípios que tiveram os maiores e menores valores gastos com as internações por causas sensíveis, nos anos de 2008 e 2013.

Tabela 15 – Os cinco municípios com os maiores e os menores gastos com as internações sensíveis à atenção básica, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco

Os 5 municípios com maiores gastos com as ICSAB			
	2008		2013
Recife	14.628.963,10	Recife	21.111.142,12
Jaboatão dos		Jaboatão dos	
Guararapes	6.442.159,77	Guararapes	6.728.224,94
Olinda	3.438.997,38	Olinda	4.996.209,32
Caruaru	2.044.112,62	Paulista	3.408.454,87
Paulista	1.692.454,95	Caruaru	2.358.034,01
Os 5 municípios com menores gastos com as ICSAB			
	2008		2013
Fernando de Noronha	6.080,22	Salgadinho	29.501,71
Santa Filomena	12.505,58	Itaíba	29.140,09
Calçado	15.407,51	Santa Terezinha	22.488,70
Salgadinho	22.866,34	Terezinha	21.155,09
Orocó	22.881,14	Fernando de Noronha	2.718,40

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIH

Nota: valores em reais (R\$)

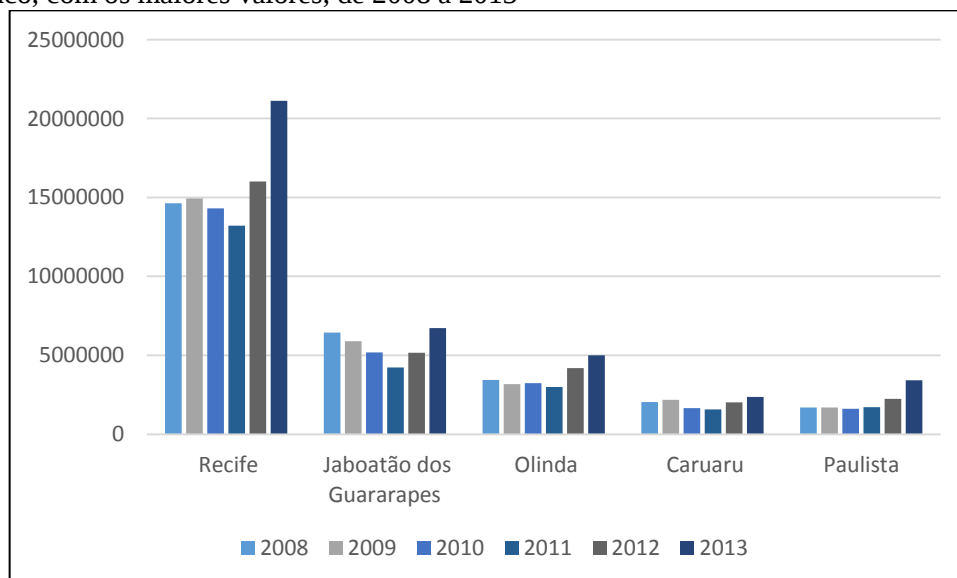
Os municípios que mais gastaram com as internações por causas sensíveis foram os de maior número de habitantes, tanto em 2008 como no ano de 2013. E os que tiveram menores gastos em 2008, estão entre os municípios com população menor que 10.000 habitantes até

menos de 20.000 habitantes. E, no ano de 2013, apenas o município de Itaíba não se enquadra nesta classificação, tendo uma população de aproximadamente 26.000 habitantes. Portanto, os cinco municípios que obtiveram menores valores gastos com essas internações, não se referem aos menores municípios, em termos populacionais.

Apenas a Ilha de Fernando de Noronha e o município Salgadinho se mantiveram com os menores valores gastos do estado de Pernambuco, no ano de 2008 e 2013. Os municípios Salgadinho, Santa Filomena, Calçado e a ilha Fernando de Noronha fizeram parte da lista dos cinco municípios que menos internaram por causas sensíveis.

O gráfico 6 abaixo mostra a evolução dos valores gastos, entre os cinco municípios que apresentaram os valores gastos mais altos, entre 2008 e 2013.

Gráfico 6 - Evolução dos gastos com internações sensíveis à atenção básica, dos municípios de Pernambuco, com os maiores valores, de 2008 a 2013



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SIH

Ao se analisar o gráfico 6, observa-se oscilações nos gastos dos municípios em questão, em todo o período. Dentre todos os anos, 2013 se destacou por ter havido o maior gasto com as internações por causas sensíveis. Condizente com o maior aumento na frequência das ICSAB neste mesmo ano. Em 2008 foram 15.822 internações por estas causas, e em 2013 foram 17.209⁵.

⁵ Apêndice C - Total das internações por condições sensíveis à atenção básica, por município, de 2008 a 2013

Dentre os municípios analisados neste gráfico, Paulista apresentou a maior taxa de crescimento desses gastos, com um acréscimo de 101,4% entre 2008 e 2013. E obteve uma taxa de crescimento das ICSAB de 50,76%. Já Jaboatão cresceu em 4,43% ao longo do mesmo período, porém apresentou uma queda nos seus internamentos por causas sensíveis de 25,09%.

Em se tratando das internações gerais, a tabela a seguir analisa os gastos com esses internamentos pelos municípios de Pernambuco, por Gerências Regionais de Saúde. Os valores foram deflacionados, com base no ano de 2013.

Tabela 16 – Gastos com as internações gerais dos municípios por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Gasto médio
I	254.930.734,14	286.345.821,75	281.420.683,51	293.166.768,87	302.474.047,99	344.798.008,06	1.763.136.064,32	1.250,27
II	27.827.405,01	31.765.796,74	30.973.134,55	33.143.770,46	34.964.981,57	36.708.011,31	195.383.099,64	911,69
III	30.295.455,91	35.328.203,22	33.980.151,55	34.356.968,46	32.857.011,08	39.754.595,42	206.572.385,63	955,42
IV	54.265.083,88	63.353.224,52	60.661.243,09	62.378.914,00	63.379.450,39	69.890.810,86	373.928.726,75	1.026,87
V	20.970.940,93	22.970.097,91	23.135.740,32	23.732.202,50	22.226.762,08	26.636.090,76	139.671.834,50	906,83
VI	14.726.125,83	16.115.855,95	16.605.095,55	18.223.200,35	17.382.984,33	18.450.922,40	101.504.184,41	857,56
VII	6.524.157,89	7.376.769,97	7.464.875,46	6.892.593,34	7.334.246,39	7.724.221,67	43.316.864,73	672,74
VIII	5.352.012,31	6.731.389,66	7.316.020,69	7.682.325,22	6.927.072,08	6.415.498,80	40.424.318,76	328,16
IX	11.822.947,80	14.692.834,19	15.309.221,36	14.529.071,96	12.977.144,84	11.308.739,88	80.639.960,04	680,60
X	9.761.690,63	11.098.537,39	11.263.841,22	11.592.910,81	10.091.099,67	10.459.614,92	64.267.694,64	707,81
XI	12.846.514,13	13.528.658,27	14.868.615,84	14.902.180,74	13.605.185,88	13.806.499,20	83.557.654,06	727,84
XII	13.963.123,69	15.674.668,07	15.365.205,41	17.354.305,38	17.491.508,91	20.244.175,86	100.092.987,32	1.329,50
TOTAL	463.286.192,16	524.981.857,66	518.363.828,55	537.955.212,08	541.711.495,21	606.197.189,14	3.192.495.774,80	10.355,30

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIH

Nota: valores em milhões de reais

Analisando a tabela 16, observa-se que do total gasto pelos municípios de Pernambuco com as internações gerais, 55,23% foram gastos dos municípios que pertencem à I Geres, assim como nas internações por causas sensíveis. Com um gasto médio de 1.250,27 reais. Menor do que o gasto médio da XII Geres (R\$1.329,50), que também obteve a maior taxa de crescimento dos valores gastos entre 2008 e 2013, acréscimo de 44,98%, levando-se em conta todas as Geres. Em relação ao gasto médio, devemos considerar os procedimentos adotados na assistência durante as internações. Foram estes de maior valor nos internamentos realizados nos municípios da XII Geres.

O ano de 2013 foi considerado o de maior gasto do período, na maioria das gerências regionais de saúde e no total anual dos valores gastos no estado.

A VIII Geres teve o menor gasto no total dos valores das gerências regionais, e o menor gasto médio com os internamentos gerais. Tendo uma taxa de crescimento de 19,86%, entre o período analisado. A IX Geres obteve um decréscimo nos seus gastos, ao longo do intervalo de tempo, de 4,34%. Sendo a única Geres com queda de gastos com as internações gerais.

A tabela 17 apresenta os valores gastos, também deflacionados, com as internações gerais, levando-se em conta os municípios por porte populacional, de 2008 a 2013.

Tabela 17 – Gastos com as internações gerais dos municípios por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Gasto médio
< 10.000 habitantes	5.344.320,24	6.184.644,65	6.135.063,67	6.275.058,20	5.795.551,06	5.898.960,68	35.633.598,50	795,14
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	38.155.190,79	43.454.762,36	43.982.908,04	44.668.282,74	42.830.902,87	47.628.906,11	260.720.952,91	901,84
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	84.444.131,99	97.415.128,90	95.775.952,36	99.660.567,50	99.044.244,87	106.095.972,05	582.435.997,67	903,92
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	77.586.018,96	86.858.312,90	88.257.594,64	93.292.478,49	91.888.247,16	102.253.437,13	540.136.089,28	924,34
≥ 100.000 habitantes	265.024.744,16	301.808.438,66	296.498.713,85	306.487.173,00	314.812.474,87	356.706.191,47	1.841.337.736,02	1.152,36
TOTAL	470.554.406,14	535.721.287,47	530.650.232,55	550.383.559,93	554.371.420,84	618.583.467,44	3.260.264.374,38	4.677,60

Fonte: elaboração própria, a partir do SIH

Nota: valores em milhões de reais

Observa-se, na tabela 17, que o montante gasto de 2008 a 2013, com as internações gerais foram dos municípios de maior porte populacional. Seguindo o mesmo raciocínio feito nas internações por causas sensíveis à atenção básica. Sobre a influência do número de habitantes nos gastos com as internações. Dos 3.260.264.374,38 reais gastos com as internações gerais 56,48% foram gastos dos municípios acima de cem mil habitantes. Com uma taxa de crescimento de 34,59%. Maior acréscimo entre os gastos por porte populacional. Todos os portes populacionais apresentaram decréscimo nos gastos ao longo dos anos analisados.

Os municípios com menos de 10.000 habitantes tiveram os menores valores gastos com as internações gerais. Responsável por apenas 1,09% dos gastos totais obtidos com as internações gerais, dentre os portes populacionais.

A tabela 18 apresenta os municípios que tiveram os maiores e menores gastos com as internações gerais, nos anos de 2008 e 2013.

Tabela 18 – Municípios com os maiores e os menores gastos com as internações gerais, nos anos de 2008 e 2013. Pernambuco

Os 5 municípios com maiores gastos das internações gerais			
	2008		2013
Recife	111.206.036,16	Recife	146.936.042,26
Jaboatão dos		Jaboatão dos	
Guararapes	38.058.121,82	Guararapes	50.197.853,12
Olinda	26.587.748,33	Olinda	35.433.455,07
Paulista	16.082.547,36	Paulista	24.034.040,43
Caruaru	15.855.083,03	Caruaru	19.685.990,27
Os 5 municípios com menores gastos das internações gerais			
	2008		2013
Itacuruba	209.804,18	Itacuruba	211.291,95
Granito	190.951,22	Moreilândia	177.863,99
Salgadinho	186.927,46	Ingazeira	177.780,13
Ingazeira	162.483,60	Granito	162.780,08
Fernando de Noronha	114.286,51	Fernando de Noronha	94.587,66

Fonte: elaboração própria, a partir do SIH

Nota: valores em reais (R\$)

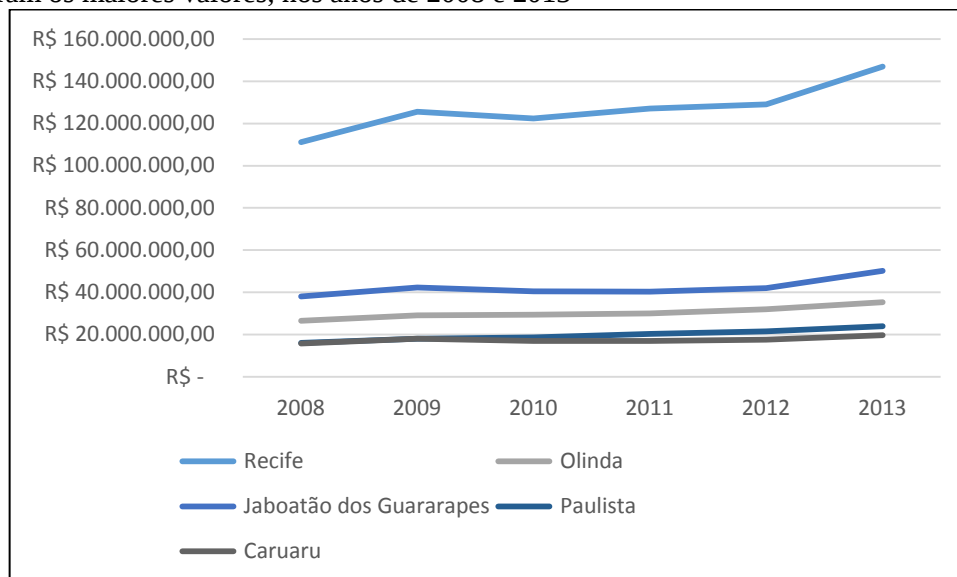
A tabela 18 mostra que os municípios que mais gastaram com as internações gerais, também foram os que mais apresentaram gastos com as internações por causas sensíveis, nos dois anos analisados. Recife, com o maior número de habitantes de Pernambuco, teve o maior gasto em 2008 e 2013. Com um gasto de 23,61% e 23,72%, em relação ao valor total neste período, respectivamente.

Porém, quando se fala dos municípios que menos gastaram com estes internamentos, os municípios Itacuruba, Granito, Ingazeira e Moreilândia não fazem parte da lista dos menores gasto com as internações por causas sensíveis. A ilha de Fernando de Noronha responsável por apenas 0,02% e 0,01% dos gastos totais com as internações gerais, nos anos de 2008 e 2013, respectivamente.

Com exceção do município Moreilândia, os municípios que tiveram os menores gastos com as internações gerais, também fazem parte da lista dos cinco que menos internaram por causas gerais, em 2008 e 2013.

O gráfico abaixo apresenta a evolução dos cinco municípios que mais obtiveram gastos com as internações gerais, de 2008 a 2013.

Gráfico 7- Evolução dos gastos com as internações gerais, dos municípios de Pernambuco que apresentaram os maiores valores, nos anos de 2008 e 2013

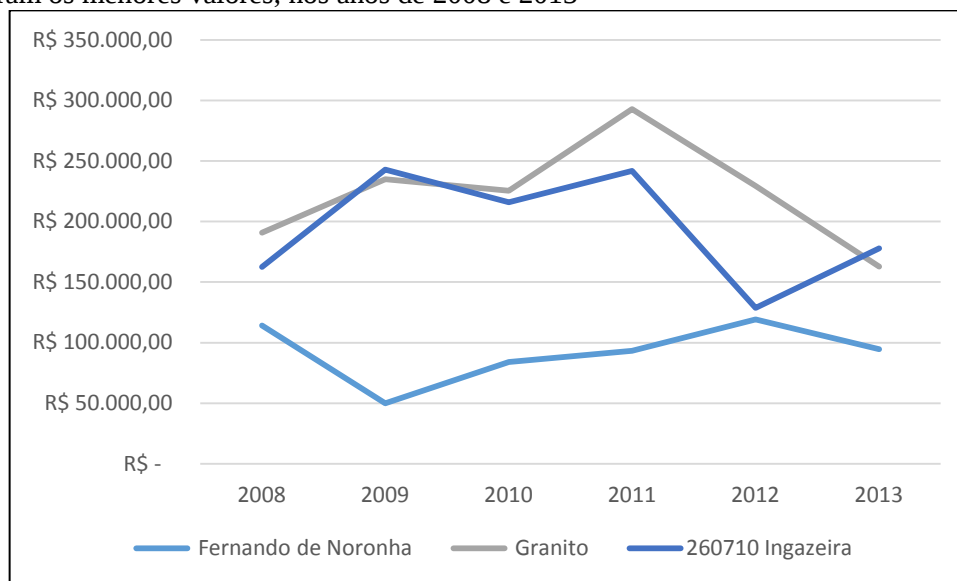


Fonte: elaboração própria, a partir do SIH

O gráfico 7 mostra que Recife, Paulista e Olinda apresentaram crescimento ao longo de todo o período, sendo Paulista o município com a maior taxa de crescimento (49,45%). Os demais municípios oscilaram entre 2008 e 2013. Mas todos os cinco municípios em questão, apresentaram o maior crescimento nos seus gastos com as internações gerais no ano de 2013.

O próximo gráfico, mostra a evolução dos valores gastos com as internações gerais dos municípios Granito, Ingazeira e a Ilha de Fernando de Noronha, pois estes apresentaram os menores gastos com estas internações, tanto em 2008 como no ano de 2013.

Gráfico 8- Evolução dos gastos com internações gerais dos municípios de Pernambuco que apresentaram os menores valores, nos anos de 2008 e 2013



Fonte: elaboração própria, a partir do SIH

Como se observa no gráfico 8 os municípios oscilaram seus gastos com as internações gerais, entre os anos de 2008 a 2013. Sendo Fernando de Noronha e Granito, os que apresentaram decréscimo nos seus gastos de 17,24% e 14,75%, respectivamente. Ingazeira obteve uma taxa de crescimento de 9,41%.

Outro indicador importante que pode avaliar o comprometimento dos gestores com o setor saúde, em relação aos investimentos, é o gasto em saúde per capita. Que mede a participação absoluta de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Este indicador é utilizado para analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saúde por habitante, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde (www.ripsa.org.br).

Após a EC-29/2000, com a obrigatoriedade dos recursos mínimos aplicados em saúde pelos entes federados, observou-se que houve redução na participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que se aumentou a participação dos entes subnacionais. De acordo com nota técnica nº 012, de 2013, elaborado pelo Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados, a redução da participação federal no financiamento da saúde fica mais evidente na análise dos valores per capita das despesas públicas do setor. Nesta nota técnica, foram apresentados os valores per capita despendidos pelos entes federados, deflacionados pela

média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - INPCa para 2011. E foi verificado que, a União passa de 248,70 reais, em 2000, para 375,99 reais, em 2011, o que representa aumento de 51,2%. No mesmo período, os Estados passam de 85,57 reais para 212,85 reais, com aumento de 148,8%; e os Municípios, de 90,07 reais para 238,72 reais, com acréscimo de 165,0%. Portanto, em valores constantes, o gasto per capita em saúde dos entes subnacionais subiu no período, em termos percentuais, o triplo do acréscimo experimentado pela esfera federal (FINANCIAMENTO, 2013).

Este trabalho traz a análise do gasto municipal per capita em saúde, entre os anos de 2008 a 2013, sendo estes valores deflacionados pelo INPCa com base em 2013. A tabela 19 mostra a média total dos gastos municipais em saúde por habitante, de cada gerência regional de saúde⁶.

Tabela 19 – Média dos gastos municipais em saúde por habitante, de cada gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Taxa de crescimento (%)
I	239,34	260,54	303,39	331,55	376,82	393,11	64,25
II	206,78	238,79	270,26	299,06	341,00	353,34	70,88
III	203,29	229,79	260,04	293,79	316,83	373,90	83,92
IV	197,07	224,02	255,62	288,17	324,84	347,01	76,08
V	206,98	227,93	267,37	306,21	351,16	390,93	88,87
VI	202,42	224,27	270,75	315,35	353,75	373,49	84,51
VII	204,41	226,20	267,96	320,05	377,44	388,87	90,24
VIII	208,88	246,94	273,42	318,48	363,26	371,63	77,92
IX	202,19	222,83	262,23	297,50	360,58	359,10	77,61
X	218,10	254,51	295,71	362,39	420,64	468,79	114,94
XI	236,60	263,86	301,61	370,58	413,35	411,13	73,77
XII	200,71	249,43	276,73	316,91	361,40	387,70	93,16

Fonte: Elaboração própria

Nota: valores em reais (R\$)

Na tabela 19 constatou-se que, em média, todas as Geres tiveram crescimento de seus gastos municipais em saúde per capita, ao longo do período analisado. Sendo os municípios que fazem parte da X Geres, os que obtiveram a maior taxa de crescimento do período, investindo em 2013 mais que o dobro do investido em 2008. A I Geres teve a menor taxa de

⁶ Não foram encontradas informações da ilha Fernando de Noronha em todos os anos estudados. Como também, não se obteve registro do município Mirandiba em 2008; Araçoiaba, Moreno e Jaboatão dos Guararapes em 2012; Buíque, Jatobá em 2013.

crescimento. Sendo o ano de 2013 de maior média de seus valores gastos em saúde, foram 393,11 reais investidos por habitante. Enquanto, que no mesmo ano, os municípios da X Geres investiram uma diferença de 75,68 reais a mais, totalizando uma média de R\$ 468,79 gastos em saúde. Geres de maior gasto per capita neste ano.

Outro fato que se pode observar, é que no ano de 2013 a maioria das gerências regionais de saúde apresentaram os maiores gastos per capita, com exceção da IX e XI Geres, que tiveram o maior gasto com saúde em 2012.

Despesa total com saúde sob responsabilidade municipal, por habitante (DPSH-M), é o recurso empenhado referente à contrapartida de recursos próprios municipais e as transferências, dividido pelo número de habitantes, indicador denominado, pelo Siops, como Despesa Total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante. Trabalho realizado por Santo, Fernando e Bezerra no ano de 2012, analisou a despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, de 2000 a 2007. Constataram que a DPSH-M média, do conjunto dos municípios de Pernambuco, mostrou tendência ascendente neste período. Tratando-se de um crescimento real, na medida em que alcança 190,76%, ultrapassando, portanto, a inflação acumulada no período, que foi de 37,84%, segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC. Embora se trate de um aumento percentual que supera os valores apresentados, no mesmo intervalo, pelos estados do Sul e Sudeste do país, situa Pernambuco na sexta posição entre os nove estados da Macrorregião Nordeste, e o coloca bem abaixo da média de crescimento desta despesa, quando verificada para o Brasil como um todo. O incremento observado fez com que Pernambuco atingisse, em 2007, uma DPSH-M de 183,79 reais, ficando bem abaixo da média nacional, que foi de 261,43 reais.

Considerando o porte populacional, observa-se na tabela 20, que os municípios com população abaixo de 10.000 habitantes (18 municípios) foram os que, em média, mais investiram em saúde por habitante de 2008 a 2013. Porém, a maior taxa de crescimento, neste período, foi dos municípios que possuem porte de ≥ 50.000 a < 100.000 habitantes.

Os menores gastos em saúde por habitante, foram dos municípios com população menor ou igual a 20.000 e menor que 50.000 habitantes. Também, com a menor taxa de crescimento do período.

Tabela 20 – Média dos gastos municipais em saúde por habitante, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes;	268,782	294,664	339,478	411,344	477,613	488,3	81,67
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	213,864	243,495	280,18	322,917	361,761	395,842	85,09
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	196,127	222,779	258,682	289,228	325,782	347,349	77,10
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	193,616	221,594	249,047	285,713	334,099	362,689	87,32
≥ 100.000 habitantes	198,312	223,917	254,039	288,504	335,572	357,899	80,47

Fonte: Elaboração própria

Nota: valores em reais (R\$)

A tabela acima mostra que o ano de 2013 foi responsável pelos maiores gastos em saúde por habitante, e em todos os portes populacionais houve aumento destas despesas municipais.

Na tabela 21 a seguir, serão analisados os cinco municípios que mais e menos gastaram em saúde por habitante, em 2008 e no ano de 2013.

Tabela 21 – Os cinco municípios de Pernambuco que mais e menos tiveram gastos em saúde per capita, em 2008 e 2013

Os 5 municípios com maiores gastos em saúde per capita			
	2008		2013
Ipojuca	888,96	Ipojuca	957,61
Itacuruba	778,61	Itacuruba	823,74
Cabo de Santo Agostinho	461,61	Ingazeira	685,27
Camaragibe	445,99	Cortês	661,24
Ingazeira	443,61	Petrolândia	611,80
Os 5 municípios com menores gastos em saúde per capita			
	2008		2013
São Bento do Una	165,06	Brejo da Madre de Deus	243,35
Vitória de Santo Antão	151,29	São José do Belmonte	243,18
Araripina	150,64	Águas Belas	237,89
Ouricuri	150,63	Paulista	224,31
Serra Talhada	144,20	Ouricuri	223,78

Fonte: Elaboração própria, baseado em dados do SIOPS

A tabela 21 mostra que Ipojuca, que pertence a I Gerência Regional de Saúde e possui porte populacional entre ≥ 50.000 habitantes e < 100.000 habitantes, obteve o maior gasto com saúde per capita dentre os municípios de Pernambuco, nos anos de 2008 e 2013. Vale salientar que este município apresenta o maior PIB per capita de Pernambuco, sendo o 15º maior do Brasil e o 2º do Nordeste em 2010, perdendo apenas para Recife, resultado do seu

alto desempenho na geração do PIB, influenciado, particularmente pelos empreendimentos localizados no Complexo Industrial Portuário de Suape, em relação ao seu contingente populacional. O município possuía 0,92% da população e 9,56% do PIB de Pernambuco em 2010 (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO, 2010).

Já o município de Itacuruba, o segundo que mais investiu em saúde por habitante no Estado, em 2009 e 2013, com uma diferença de despesa em relação a Ipojuca de 110,35 reais. Estando em 182º lugar, no ranking do PIB de Pernambuco, em 2010 (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO, 2010).

Serra Talhada, município sede da XI Geres, foi o que menos investiu, levando em consideração 2008 e 2013. Em relação ao PIB, este município esteve em 16º no ranking pernambucano, no ano de 2010.

Todos os outros municípios que, como Serra Talhada, menos investiram em saúde, em 2008 e 2013, também têm mais de 50.000 habitantes.

A análise feita do gasto em saúde municipal mostra uma distribuição heterogênea quando se leva em consideração a distribuição dos municípios por gerês e por porte populacional. O achado de situações extremamente díspares deve ser destacado, a exemplo dos elevados valores apresentados pelos municípios de Ipojuca e Itacuruba e os valores incipientes apresentados por Serra Talhada.

Os recursos administrados pelo Fundo Nacional de Saúde destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do SUS. Os recursos alocados junto ao FNS destinam-se ainda às transferências para os Estados, o Distrito Federal e os municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Essas transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação (www.fns.saude.gov.br).

A transferência Fundo a Fundo consiste no repasse de valores de forma, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar.

A portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e

aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, a saber: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007).

Sabendo da importância do financiamento da saúde para uma melhor efetividade das ações da atenção primária, e que sendo assim podem influenciar nas internações por causas sensíveis a este nível de atenção, também foi analisado o repasse financeiro federal feito para os municípios de Pernambuco entre 2008 e 2013. A tabela 22 mostra esse repasse do governo federal para os municípios divididos por Geres.

De acordo com os critérios, estabelecidos nas portarias, para o repasse federal destinado às ações e serviços da atenção básica já mencionados acima, observamos na tabela 22 que o maior repasse foi destinado aos municípios integrantes da I Geres. Lembrando que, estes abrangem os municípios de maior porte do Estado, com mais de 100.000 habitantes, e sob a gerência desta Geres estão 20 municípios.

Os menores valores de repasse financeiro foram para a VII Geres, onde estão localizados apenas 07 municípios, onde o maior deles é a sua sede Salgueiro, com cerca de 57.343 habitantes. Porém, o repasse federal para esta gerência regional de saúde foi o que mais cresceu entre 2008 e 2013.

Tabela 22- Repasse Federal para a atenção básica para os municípios, por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Taxa de crescimento (%)
I	204.479.099,74	222.194.520,95	223.719.714,18	234.492.022,31	263.994.442,30	256.658.515,00	1.405.538.314,48	25,52
II	49.136.860,82	54.531.893,90	54.733.234,34	57.579.538,62	62.126.776,80	60.115.090,00	338.223.394,48	22,34
III	44.872.117,99	53.727.340,34	54.504.968,03	57.621.785,87	62.623.972,38	59.668.286,00	333.018.470,61	32,97
IV	80.443.608,59	90.730.494,87	90.888.498,37	96.343.568,33	107.828.251,25	106.372.769,00	572.607.190,40	32,23
V	42.498.696,04	50.299.839,07	50.978.715,99	51.083.928,31	57.537.323,74	56.658.475,00	309.056.978,15	33,32
VI	31.841.404,34	36.312.062,93	37.444.967,54	38.398.467,52	39.965.689,70	38.303.629,00	222.266.221,02	20,29
VII	10.696.552,68	12.642.198,08	13.313.741,14	14.572.240,10	17.832.327,90	17.478.273,00	86.535.332,90	63,41
VIII	26.017.110,99	30.212.827,73	30.975.082,59	32.519.876,23	34.353.855,40	34.517.386,00	188.596.138,93	32,67
IX	24.316.322,22	29.743.905,94	29.790.568,56	33.782.234,92	34.372.869,54	32.569.479,00	184.575.380,18	33,94
X	16.287.881,00	18.509.961,39	19.168.150,03	20.472.596,76	25.304.343,55	23.341.892,00	123.084.824,72	43,31
XI	17.304.199,46	18.915.915,63	19.023.643,73	20.423.712,40	20.942.097,50	19.523.136,00	116.132.704,72	12,82
XII	24.074.895,13	28.240.139,64	27.997.493,20	29.471.303,69	33.756.216,24	33.302.865,00	176.842.912,91	38,33
TOTAL	571.968.748,99	646.061.100,47	652.538.777,69	686.761.275,05	760.638.166,30	738.509.795,00	4.056.477.863,51	29,12

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Nota: valores em milhões de reais

Ao observar a tabela 22, vê-se que os maiores repasses para atenção básica, considerando às Geres, foi realizado no ano de 2012, com exceção da VIII Gerência Regional de Saúde, mas com a diferença de apenas 163.531,00 em relação a 2013. Este aumento no repasse para a atenção básica, deveu-se à Nova Política Nacional da Atenção Básica – PNAB. Em 2012, além do aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010), repassado fundo a fundo desde a criação do PAB, a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e cria um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite (BRASIL, 2012).

A tabela 23, mostra o repasse federal para atenção básica, considerando o porte populacional dos municípios de Pernambuco, entre 2008 e 2013.

Tabela 23 - Repasse Federal para a atenção básica, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes	14.901.664,13	16.869.372,39	16.560.374,92	16.665.764,04	18.451.742,29	16.983.809,00	100.432.726,78	13,97
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	93.186.293,18	106.181.247,05	108.062.535,90	112.685.028,76	122.022.680,62	115.382.822,00	657.520.607,51	23,82
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	154.660.667,56	182.325.851,86	184.392.097,27	194.798.205,60	213.404.464,33	203.542.519,00	1.133.123.805,61	31,61
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	94.685.755,98	108.218.115,23	109.329.173,18	119.473.631,36	131.391.152,03	129.852.553,00	692.950.380,78	37,14
≥ 100.000 habitantes	214.534.368,15	232.466.513,94	234.194.596,43	243.138.645,29	275.368.127,03	272.748.092,00	1.472.450.342,83	27,13
TOTAL	571.968.748,99	646.061.100,47	652.538.777,69	686.761.275,05	760.638.166,30	738.509.795,00	4.056.477.863,51	29,12

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Nota: valores em milhões de reais

Na tabela 23, vê-se que o maior valor repassado do governo Federal para a atenção básica aconteceu para os municípios de maior porte, já que critérios populacionais são levados em consideração para o cálculo dos valores do PAB. Porém, os municípios com porte de 20.000 e menos de 50.000 habitantes receberam valores maiores que os de população entre 50.000 e menos de 100.000 habitantes. Este fato, pode ser devido aos valores do PAB variável, que tem como critérios número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, implantação de equipes de saúde bucal e NASF implantadas.

A maior taxa de crescimento dos valores aconteceu nos municípios com o segundo maior porte populacional, com uma população de 50.000 a menos de 100.000 habitantes. E, o menor crescimento dos valores repassados, aconteceu nos municípios de menor porte.

Como na tabela 22, o ano de 2012 foi o período onde os valores repassados para os municípios aumentaram. Como já explicitado, devido à nova PNAB aprovada neste ano.

A tabela 24 apresenta os cinco municípios do Estado de Pernambuco que receberam os maiores repasses financeiros para a atenção básica, como também os cinco que receberam os menores repasses do governo federal, nos anos de 2008 e 2013.

Tabela 24 - Os cinco municípios de Pernambuco que mais e menos receberam recursos Federais, destinados à atenção básica, em 2008 e 2013

Os 5 municípios que mais receberam recursos Federais			
	2008		2013
Recife	75.731.054,72	Recife	97.847.332,00
Jaboatão dos Guararapes	29.642.195,74	Jaboatão dos Guararapes	34.077.425,00
Olinda	18.242.780,71	Olinda	20.832.397,00
Paulista	16.706.884,64	Petrolina	20.766.726,00
Petrolina	14.364.845,88	Caruaru	19.672.784,00
Os 5 municípios que menos receberam recursos Federais			
	2008		2013
Solidão	645.481,01	Granito	731.039,00
Ingazeira	620.656,70	Calumbi	696.501,00
Calumbi	587.623,55	Quixaba	593.939,00
Itacuruba	419.156,64	Itacuruba	385.240,00
Fernando de Noronha	204.029,71	Fernando de Noronha	7.666,00

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Nota: valores em reais (R\$)

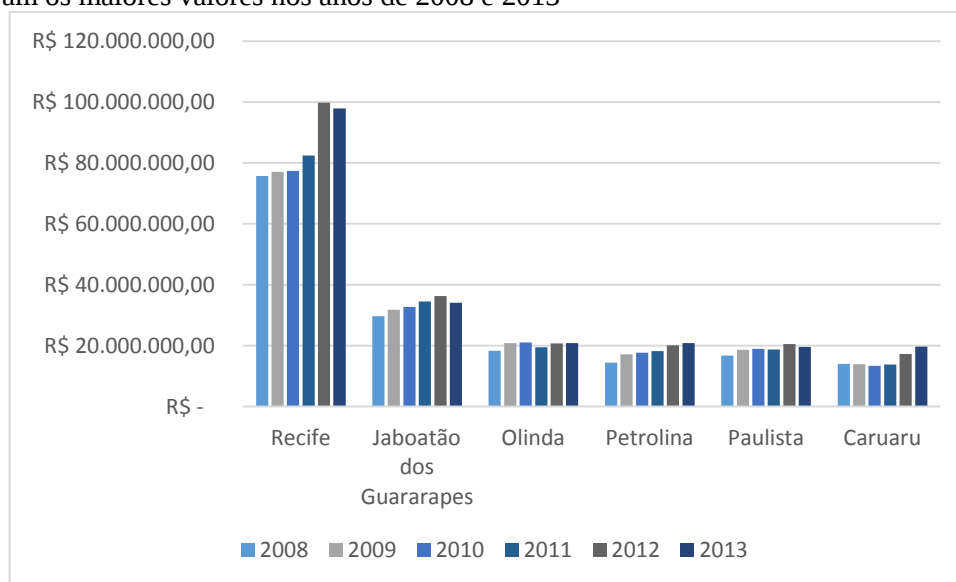
Observa-se na tabela 24, que os cinco municípios que mais receberam recursos do governo federal, com destino às ações da atenção básica, em 2008 e 2013, estão entre os seis com maior número de habitantes do Estado. Recife recebeu 49% do total dos valores repassados a estes municípios em 2008, e 51% destes em 2013. Deve-se levar em

consideração seu porte populacional, e conseqüentemente o número de equipes de saúde da família implantadas por este município.

Os cinco municípios que menos receberam esses repasses financeiros estão entre os oito de menor população. Com destaque para Fernando de Noronha, o menos populoso e o que recebeu do total do repasse para os municípios de Pernambuco, apenas 0,03% e 0,001%, em 2008 e 2013 respectivamente.

O gráfico 9, mostra a evolução do financiamento do governo federal para os municípios que receberam os maiores repasses financeiros, tanto em 2008 como em 2013.

Gráfico 9 – Evolução do repasse Federal, destinados à atenção básica, para os municípios de Pernambuco que receberam os maiores valores nos anos de 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Segundo o gráfico 9, Recife recebeu um repasse bem superior aos dos outros municípios em questão. Com valores que decresceram até o ano de 2012, sendo este o período onde houveram os repasses mais elevados entre 2008 e 2013, apresentando um pequeno decréscimo em 2013, em relação ao ano anterior. Petrolina obteve a maior taxa de crescimento ao longo do mesmo período (44,57%), seguido por Caruaru, com 40,84%. Assim como já foi descrito, no ano de 2012 houveram os maiores repasses financeiros para atenção básica. Havendo uma leve queda desses valores no ano de 2013 em alguns destes municípios, como em Recife, Jaboatão dos Guararapes, Paulista e Caruaru. A menor taxa de crescimento do repasse federal aconteceu no município de Jaboatão (14,96%).

No município de Caruaru os valores repassados, pelo Governo Federal, se mantiveram quase que constantes até 2012.

Analisando as variáveis financeiras descritas, concluímos que dos gastos dos municípios de Pernambuco com as internações gerais 12,87% são gastos com as internações por causas sensíveis à atenção básica. No trabalho realizado por Mafra (2010), onde foi analisado o impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil, foi discutido o montante gasto, anualmente, pelo Governo Federal com o custeio das internações hospitalares e como esses gastos evoluíram entre os anos de 2000 e 2007. Foi mostrado que o valor total das AIHs faturadas em 2007 foi de R\$ 7,62 bilhões. No mesmo ano, só com autorizações para internações por condições sensíveis foram faturados R\$ 1,37 bilhões. O equivalente a 17,98%.

Os maiores gastos com as internações, tanto gerais como por causas sensíveis, foram dos municípios com maior número de habitantes. E o gasto médio pode não estar associado diretamente com o gasto total, isto é, algum município pode ter o maior valor total com internações gerais, não tendo o maior gasto médio, pois os gastos médios irão depender do valor dos procedimentos realizados.

Analisando os municípios por gerências regionais de saúde e porte populacional, observamos que a média dos gastos em saúde por habitante também apresentou aumento ao longo do período estudado.

O repasse financeiro do governo federal para os municípios investirem na atenção básica evoluiu entre 2008 e 2013, com um maior acréscimo destes valores no ano de 2012 devido à nova Política Nacional da Atenção Básica. Em estudo realizado por Fernandes e colaboradores (2009) sobre o financiamento da atenção básica na Macrorregião Leste da Bahia, de 2010 a 2012, foi analisado que esta região recebeu um volume total de recursos federais destinados à Atenção Básica, neste período, de aproximadamente 589 milhões de reais, ou seja, em 2012 o gasto total foi quase 3,3 vezes o valor repassado em 2010 (em torno de 176 milhões). A PNAB de 2012, que já presumia que o repasse dos recursos para o ano de 2012 seria quase 40% maior que o de 2010, ampliou o número de municípios que poderiam receber programas como o NASF, passando também a combinar a equidade para a alocação dos recursos.

A seção 5.1.4 analisará os indicadores da atenção básica dos municípios de Pernambuco, relacionando-os com as internações e os investimentos financeiros.

5.1.4 Indicadores da atenção básica

Trataremos nesta seção dos principais indicadores relacionados à atenção básica, e que podem influenciar nas internações por causas sensíveis. Serão analisados o número de Equipes

de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como também o percentual de cobertura das ESF dos municípios de Pernambuco, sendo estes por gerências regionais de saúde e por portes populacionais. Estas variáveis serão relacionadas com as já analisadas anteriormente, a exemplo das internações. Entendendo que, segundo Alfradique e colaboradores (2009), altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao Sistema de Saúde ou de seu desempenho, podendo estar associadas às deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da AB para determinados problemas de saúde.

A tabela 25 traz o número de ESF por Geres, entre os anos de 2008 e 2013, a média de cada gerência regional de saúde e as taxas de crescimento ao longo do período.

Tabela 25 – Número de Equipes de Saúde da Família dos municípios por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média	Taxa de crescimento (%)
I	671	674	682	682	684	717	685	6,85
II	175	180	180	166	172	180	176	2,86
III	141	160	160	162	154	163	157	15,60
IV	245	243	243	235	261	274	250	11,83
V	131	144	153	152	152	164	149	25,19
VI	93	92	101	102	101	99	98	6,45
VII	34	36	41	45	47	47	42	38,23
VIII	73	71	76	67	82	97	78	32,88
IX	81	88	94	97	104	105	95	29,63
X	50	55	58	61	62	62	58	24,00
XI	43	39	45	48	49	52	46	20,93
XII	86	91	89	89	87	93	89	8,14
Média total	152	156	160	159	163	171	160	12,5

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Na tabela 25, vê-se que a I Geres possui um maior número de equipes de saúde da família, em todos os anos mostrados. Esta Geres abrange 20 municípios, sendo 9 deles com mais de 100.000 habitantes. Possuindo 35,64% do total das ESF do Estado, sendo o ano de 2013 onde obteve o maior número de ESF, com uma diferença de 46 equipes em relação ao ano de 2008. Foi a I GERES que obteve o maior número destas internações em todos os anos estudados, sendo o ano de 2013 o de maior frequência destas⁷.

⁷ Apêndice C - Total das internações por condições sensíveis à atenção básica, por município, de 2008 a 2013

A VII Geres obteve a menor média de ESF ao longo do período, porém com a maior taxa de crescimento de suas equipes entre todas as gerências regionais de saúde. Esta Geres possui sob sua gerência apenas sete municípios, sendo três deles com menos de dez mil habitantes. Foi a segunda Geres com maior número das ICSAB por mil habitantes, de 2008 a 2013.

A menor taxa de crescimento das ESF, apenas 2,86%, aconteceu entre os 20 municípios pertencentes à II Geres. Que oscilou o número de equipes durante o período estudado. E está entre as Geres que obtiveram queda na taxa de internações por causas sensíveis à atenção primária por mil habitantes, entre 2008 e 2013.

Observa-se que houve expansão das equipes saúde da família entre 2008 e 2013 em todas as gerências regionais de saúde, porém refletindo com queda nas internações por causas sensíveis em sete delas (II, III, IV, V, VIII, X e XII Geres). As demais apresentaram crescimento deste tipo de internação ao longo deste período.

A tabela 26 apresenta, entre 2008 e 2013, o número de equipes saúde da família dos municípios de PE quanto ao porte populacional.

Consideramos o cálculo preconizado pelo MS, em sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2012, estabelecendo que para Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território (BRASIL, 2012).

Tabela 26 – Número de Equipes de Saúde da Família dos municípios por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes	51	51	53	56	53	55	53	7,84
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	317	327	345	349	339	360	340	13,56
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	489	525	537	528	543	563	531	15,13
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	306	319	332	340	351	371	337	21,24
≥ 100.000 habitantes	660	651	655	633	669	704	662	6,67
MÉDIA	365	375	384	381	391	411	384	12,62

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Como se observa na tabela 26, o número de ESF foi mais elevado, no período mostrado, nos municípios de maior porte populacional, totalizando 12 municípios. Estes,

tiveram a menor taxa de crescimento entre 2008 e 2013. E obtiveram o menor número de internações por causas sensíveis a cada mil habitantes.

Os municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes estão em segundo lugar na quantidade de equipes de saúde da família e obtiveram a maior taxa de crescimento de suas equipes no período analisado. Porém, apresentaram a maior taxa (por 1.000) das ICSAB no mesmo período e a maior diminuição desta (13,54%) entre os demais portes populacionais.

Os municípios com porte populacional de menos de 10.000 habitantes, possuem o menor número de equipes de saúde da família, com uma média de 53 equipes. Obtendo a segunda menor taxa das ICSAB, entre os portes populacionais, e um decréscimo destas internações de 8,34%.

A tabela 27 apresenta os cinco municípios de Pernambuco que possuem o maior e o menor número de equipes de saúde da família.

Tabela 27 – Os cinco municípios de Pernambuco com mais e menos equipes de saúde da família de 2008 e 2013

Os 5 municípios com mais ESF			
	2008		2013
Recife	232	Recife	241
Jaboatão dos Guararapes	73	Jaboatão dos Guararapes	84
Olinda	55	Olinda	53
Camaragibe	42	Camaragibe	42
Caruaru	42	Caruaru	42
Os 5 municípios com menos ESF			
	2008		2013
Ingazeira	1	Quixaba	2
Itacuruba	1	Salgadinho	2
Orocó	1	Taquaritinga do Norte	2
Quixaba	1	Itacuruba	1
Fernando de Noronha	1	Fernando de Noronha	1

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Os cinco municípios que apresentaram elevado número de equipes de saúde da família estão entre os municípios com maior porte populacional do Estado. E os mesmos se mantiveram na mesma posição nos anos de 2008 e 2013, como mostra a tabela acima. Recife, que conta com uma população estimada pelo IBGE em 2013, de 1.599.513 habitantes, apresenta, do total das 1.782 ESF em 2008 e 2.004 ESF em 2013 de Pernambuco, um percentual de 13,01% e 12,02% das equipes de saúde da família, respectivamente nos anos de 2008 e 2013. Dentre estes municípios com maior quantidade de ESF, Olinda obteve

decréscimo de suas equipes em 2013, tendo como referência o ano de 2008. Este fato, pode ser devido ao descredenciamento das ESF, descritos na PNAB 2012, por alguns dos motivos: não alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação; se forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos; ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias ou descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida por esta Política (BRASIL, 2012).

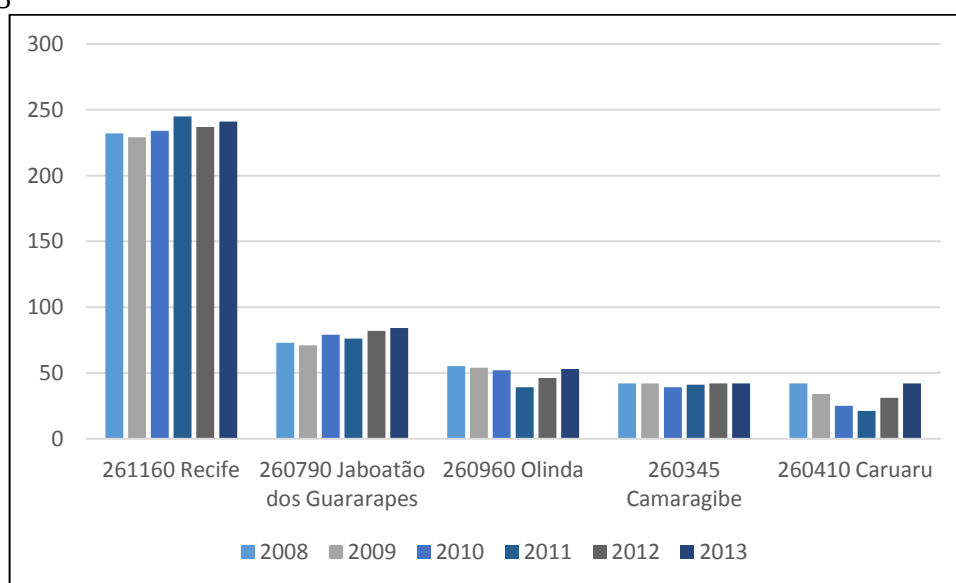
Destes municípios, que apresentaram um maior número de ESF do Estado, Camaragibe apresentou a menor média das internações por causas sensíveis à atenção básica. Foram 6,97 internamentos por cada 1.000 habitantes. Enquanto que Jaboatão dos Guararapes apresentou a maior média destes (10,25 ICSAB\1.000)

Em se tratando dos municípios que apresentaram um menor número de ESF, apenas Orocó e Taquaritinga do Norte não estão entre os de menor porte populacional. Sendo estes o de maior número de habitantes entre os cinco citados em 2008 e 2013. Com uma média de 8,03 e 9,29 ICSAB\1.000 habitantes, respectivamente.

Os municípios de Salgadinho e Fernando de Noronha estão entre os cinco com menor taxa das internações por causas sensíveis nesse mesmo período.

O gráfico 10 mostra a evolução dos cinco municípios que obtiveram o maior número de equipes de saúde da família implantadas nos anos de 2008 e 2013.

Gráfico 10 – Os cinco municípios de Pernambuco com maior número de equipes saúde da família, em 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

O gráfico 10 evidencia a diferença no número de ESF entre a capital Recife e os outros municípios que fazem do ranking dos cinco com mais ESF em 2008 e 2013. Esta possui 157 equipes a mais que o município de Jaboatão dos Guararapes, a 2ª colocada neste ranking.

Não houve crescimento considerável no número das ESF destes municípios. Ficando Jaboatão dos Guararapes com a maior taxa de crescimento do período (15,07%), Camaragibe e Caruaru oscilaram discretamente, mas mantiveram a quantidade de ESF em 2008 e 2013. Já Olinda obteve queda no seu nº de equipes em 3,64%.

Seguindo com a análise de indicadores da atenção básica, a tabela 28 mostra o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos municípios de Pernambuco, levando em consideração as gerências regionais de saúde, de 2008 a 2013. Esta categoria profissional foi destacada dentre as outras que compõem a equipe de saúde da família, tendo em vista a relevância do trabalho dos ACS na equipe e entendendo que este profissional é o principal elo entre a ESF e a comunidade, permitindo o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar (SANTOS *et al.*, 2011).

Tabela 28 - Número de agentes comunitários de saúde, por gerência regional de saúde 2008-2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média	Taxa de crescimento (%)
I	5.119	5.177	5.198	5.223	5.242	5.295	5.209	3,44
II	1.285	1.305	1.324	1.300	1.318	1.328	1.310	3,35
III	1.067	1.123	1.132	1.183	1.192	1.207	1.151	13,12
IV	2.068	1.991	1.957	2.148	2.268	2.269	2.117	9,72
V	1.084	1.089	1.109	1.103	1.137	1.157	1.113	6,73
VI	699	719	724	733	773	758	734	8,44
VII	298	303	319	312	327	327	314	9,73
VIII	772	743	742	825	808	816	784	5,70
IX	642	666	671	719	755	729	697	13,55
X	382	414	407	438	438	438	420	14,66
XI	517	493	506	574	600	578	545	11,80
XII	609	623	616	620	602	631	617	3,61
MÉDIA	1.212	1.221	1.225	1.265	1.288	1.294	1.251	6,81

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Observa-se na tabela 28 que a maior quantidade de agentes comunitários de saúde se encontra nos municípios pertencentes a I Geres, já que a mesma possui a maior quantidade de equipes de saúde da família. Não sendo diferente com os municípios da VII Geres, que

possuem o menor número de ESF, portanto um menor número de agentes comunitários de saúde.

A taxa de crescimento mais elevada do período aconteceu na X Geres, que passou de 382 ACS em 2008 para 438 em 2013. Aumentando em 12 ESF neste mesmo período. A XII Geres aumentou em sete equipes também considerando estes anos, com uma taxa de crescimento em seus ACS de 3, 61%, a mais baixa entre as gerências.

Em geral, houve elevação no número de agentes comunitários de saúde em todas as Geres. Em uma taxa inferior ao crescimento das equipes de saúde da família entre 2008 e 2013.

A tabela 29 apresenta o número de ACS, de 2008 a 2013, dos municípios de Pernambuco por porte populacional.

Tabela 29 – Número de agentes comunitários de saúde dos municípios por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes;	374	391	402	404	419	418	401	11,76
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes;	2.005	2.082	2.108	2.203	2.224	2.248	2.145	12,12
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	3.825	3.859	3.841	3.914	4.030	4.067	3.923	6,33
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	2.691	2.697	2.751	2.862	2.915	2.886	2.800	7,25
≥ 100.000 habitantes	5.647	5.617	5.603	5.795	5.872	5.914	5.741	4,73
Média	2.908	2.929	2.941	3.036	3.092	3.107	3.002	6,81

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Levando-se em consideração os recortes populacionais, como mostrado na tabela 28, o maior número de agentes comunitários de saúde se concentra entre os municípios com maior porte populacional, isto é, com mais de 100.000 habitantes. Porém obtendo a menor taxa de crescimento em relação aos demais portes.

A menor quantidade de ACS está entre os com menos de 10.000 habitantes, abrangendo 18 municípios. Esse número cresceu em 11,76%, a segunda maior taxa de crescimento do período. Ficando o aumento mais significativo para os municípios com população entre 10.000 e menos de 20.000 habitantes.

Em todos os portes populacionais aconteceu acréscimo no número de agentes comunitários de saúde, entre 2008 e 2013.

A tabela 30 apresenta os cinco municípios com maior e menor número de ACS cadastrados para atuarem na atenção básica dos municípios pernambucanos, nos anos de 2008 e 2013.

Tabela 30 – Os cinco municípios de Pernambuco com mais e menos agentes comunitários de saúde, nos anos de 2008 e 2013

Os 5 municípios com mais ACS			
	2008		2013
Recife	1.624	Recife	1.860
Jaboatão dos Guararapes	832	Jaboatão dos Guararapes	792
Paulista	653	Paulista	616
Olinda	403	Caruaru	464
Caruaru	365	Olinda	357
Os 5 municípios com menos ACS			
	2008		2013
Solidão	14	Terezinha	15
Itacuruba	8	Ingazeira	11
Quixaba	8	Itacuruba	11
Ingazeira	5	Granito	8
Fernando de Noronha	4	Fernando de Noronha	4

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

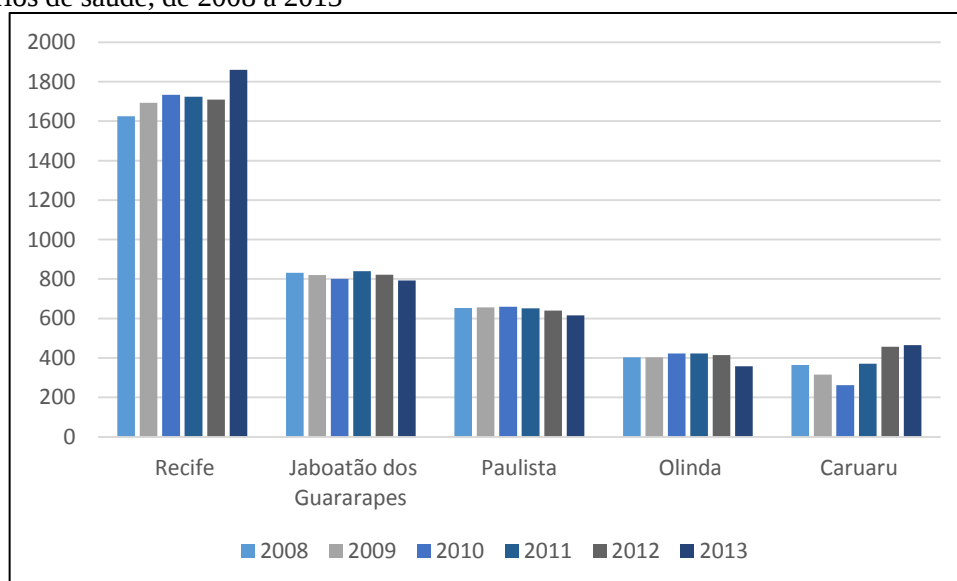
Vê-se, na tabela 30, que dos cinco municípios que mais possuíam equipes de saúde da família em 2008 e 2013, quatro deles também possuíam o maior número de ACS, com exceção de Paulista. Todos estes fazem parte dos municípios com mais de 100.000 habitantes. Do total de agentes comunitários de saúde do Estado, em 2008 e 2013, Recife possuía 11,52% e 12,30% destes, respectivamente. Paulista está em 3º lugar no ranking do maior número de ACS e no 7º em número de ESF, tanto em 2008 como em 2013. Isto pode ser devido a um número maior de agentes comunitários por equipe de saúde da família neste município, já que a quantidade destes profissionais depende da área geográfica adstrita pelas ESF. Quanto maior a área, maior o número de ACS necessários para um melhor acompanhamento domiciliar das famílias. Que segundo a PNAB, em 2012, define que são 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite de 750 pessoas, máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Todos os municípios que apresentaram um menor número de ACS, em 2008 e 2013, têm menos de 10.000 habitantes, e a maioria destes também obtiveram um menor número de ESF neste mesmo período. Com exceção de Terezinha, Solidão e Granito.

A Ilha Fernando de Noronha apresenta o menor número de ACS e de ESF. Possui apenas uma equipe de saúde da família, com 4 agentes comunitários para uma população de 2.630 habitantes (censo de 2010). De acordo com a PNAB, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS. Portanto, este município cumpre as normas estabelecidas por esta política, quanto à quantidade de ACS considerando o número de habitantes (BRASIL, 2012).

No gráfico 11 pode-se ver a evolução, em todo o período de estudo, do número de ACS dos cinco municípios que apresentaram maior quantidade destes profissionais cadastrados em 2008 e 2013.

Gráfico 11 – Evolução dos cinco municípios de Pernambuco com maior número de agentes comunitários de saúde, de 2008 a 2013



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Pode-se constatar no gráfico 11 o elevado número de ACS no município de Recife, em relação aos demais, assim como se deu com o número de ESF. O município de Caruaru se destaca pelo crescimento no nº destes profissionais ao longo do tempo, com uma taxa de 27,12%. Já os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista apresentaram decréscimo de seus agentes comunitários de saúde. Com uma maior queda para o município de Olinda (11,41%). Isto pode ser devido ao descredenciamento de suas ESF ao longo do período entre 2008 e 2013.

O Programa de Saúde da Família, desde sua implantação em 1994, consolidou-se como uma importante estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica como

o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Nos anos seguintes houve um processo de forte crescimento do PSF e de envolvimento dos municípios a partir da edição de normas específicas resultante de acordos celebrados entre os três gestores do SUS (REHEM, 2009).

Esse crescimento pode ser evidenciado, conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica /Ministério da Saúde, de agosto de 2009, ao se constatar a existência de 29.896 Equipes de Saúde da Família no Brasil, com percentual de cobertura de 50,1% da população (BRASIL, 2009).

A expansão do PSF tem sido decisiva para a ampliação do direito ao pré-natal, o que tem impactado diretamente os indicadores de saúde, especialmente a mortalidade materna e a mortalidade infantil (BRASIL, 2007b). Esta afirmativa se respalda em estudos realizados que demonstram que a expansão da cobertura do PSF está fortemente associada com a redução da Mortalidade Infantil (MENDES, 2002).

A cobertura das equipes de saúde da família se apresenta como outro indicador da atenção básica importante, acreditando-se que altas coberturas de acompanhamento das famílias podem influenciar em alguns indicadores de saúde. Segundo Mendes (2002), a ESF apresenta efetividade e resolutividade nos locais onde a cobertura é igual ou maior a 70%.

Essa análise inicia-se com a tabela 31, que apresenta as médias dos percentuais de cobertura de equipes de saúde da família dos municípios de Pernambuco, por Geres, no período de 2008 a 2013.

Tabela 31 – Média do percentual de cobertura das equipes de saúde da família dos municípios, por gerência regional de saúde, de 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média total	Taxa de crescimento (%)
I	75	79	79	79	78	81	78	8,00
II	96	97	94	94	91	96	94	0,00
III	89	93	93	92	87	92	91	3,37
IV	82	81	83	79	84	84	82	2,44
V	83	90	91	92	89	93	90	12,05
VI	85	81	84	84	84	83	83	-2,35
VII	86	87	89	88	87	89	88	3,49
VIII	67	65	67	74	76	84	72	25,37
IX	88	94	94	95	97	97	94	10,23
X	89	96	93	92	98	99	94	11,23
XI	77	68	72	79	79	80	76	3,90
XII	94	98	92	95	93	98	95	4,25
Média total	84	86	86	87	87	90	87	7,14

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

A tabela 31 mostra que a maior média de cobertura das ESFs, no período de 2008 a 2013, foi dos municípios que abrangem a XII Geres. Estes, obtiveram uma queda em suas internações por causas sensíveis à atenção primária por mil habitantes de 7,10%.

Os municípios da I Geres, que apresentaram o maior número de equipes saúde da família, como também de agentes comunitários de saúde, exibiram uma média de 78% de cobertura de suas famílias. As ICSAB (por 1.000 hab) no período avaliado cresceram em 0,49%.

A VII Geres que obteve o menor número de ESF ao longo do período, possui em média 88% de cobertura. Apenas as II, III, V, IX, X e XII Geres têm uma cobertura de ESF de mais de 90% de suas populações. Relacionando com as internações por causas sensíveis à atenção básica, a cada 1000 habitantes, entre 2008 e 2013, dentre estas Geres, somente a IX gerência regional de saúde apresentou crescimento nestas internações (17,41%). Os municípios que pertencem à III Geres foram os que apresentaram um maior decréscimo nestas internações (35,29%) neste mesmo período.

No trabalho realizado por Santos *et al.* (2013), que estudou as internações por condições sensíveis à atenção primária em treze municípios do Rio Grande do Sul, foi concluído que a diminuição nas taxas de ICSAB não se deu de modo uniforme nos municípios e não acompanhou, necessariamente, o aumento da cobertura de ESF. Chamando atenção para o quanto se requer ações e práticas de cuidado integral que facilitem o fluxo dos usuários pela rede de serviços.

A tabela 32 leva em consideração os portes populacionais para mostrar o percentual de cobertura das ESF dos municípios, de 2008 a 2013.

Tabela 32 – Média do percentual de cobertura de equipes de saúde da família, por porte populacional de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes	90	92	91	96	92	95	92	5,55
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	92	93	93	94	93	96	93	4,35
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	85	88	89	87	89	90	88	5,88
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	71	72	75	77	75	80	75	12,68
≥ 100.000 habitantes	63	63	62	59	62	65	63	3,17
MÉDIA	80	82	82	83	82	85	82	6,25

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SAGE

Observando a tabela 32, vê-se que o maior percentual de cobertura da atenção básica de 2008 a 2013, acontece nos municípios com população de 10.000 a < de 20.000 habitantes, 2º de menor porte populacional, obtendo uma queda de 3,76% das internações por causas sensíveis por mil habitantes, no mesmo intervalo de tempo.

Os municípios de menor porte também apresentaram uma cobertura da AB de mais de 90%, e foram responsáveis pela maior queda na frequência das ICSAB ao longo do período (10,64%).

Os demais portes populacionais não ultrapassam 88% em sua cobertura da AB. Sendo o de menor cobertura os municípios de maior porte, que possuem o maior número de ESF e ACS do Estado, porém com uma taxa de crescimento de suas internações por causas sensíveis de 1,89%.

Outros estudos também mostraram a relação da cobertura da atenção básica com as internações por causas sensíveis. Como o estudo de Carvalho *et al.* (2014) que teve como objetivo analisar a evolução da cobertura da ESF na Microrregião de Saúde de Mantena – Minas Gerais, no período de 2000 a 2006. Os resultados demonstraram que em sete anos, a cobertura da ESF aumentou 38,56%, evidenciando um fortalecimento quantitativo de unidades que prestam assistência na atenção primária. Por outro lado, em relação às ICSAP, observa-se que esse indicador acompanhou a tendência do crescimento da cobertura da ESF, observado pela diminuição das mesmas.

Outro estudo avaliou as internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de 2000 a 2009 e observou que, a taxa das ICSAP apresentou uma queda de 132,05 internações por 10 mil para 55,13 internações por 10 mil habitantes. Quanto à correlação entre a cobertura pelo ESF e a taxa de ICSAP, o município apresentou forte correlação inversa ($r = -0,97$) (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Dos 185 municípios de Pernambuco analisados pelo presente estudo, 55 apresentaram cobertura da atenção básica de 100%, no ano de 2008. E 107 deles apresentaram cobertura de equipes saúde da família em 100% no ano de 2013, significando mais da metade dos municípios do Estado (57,84%). E deste total de municípios, 100 deles apresentou queda de suas internações por causas sensíveis à atenção básica no período entre 2008 e 2013, o equivalente a 54,05%⁸. Com estes dados, podemos analisar que, a alta cobertura das ESF nos municípios acompanhou a diminuição das ICSAB em Pernambuco nos anos estudados.

⁸ Apêndice J – Percentual de cobertura das equipes de saúde da família dos municípios de Pernambuco, de 2008 a 2013

5.2 Análise dos modelos de regressão

Com a finalidade de dar mais robustez a análise descritiva dos dados, procedeu-se a uma investigação empírica a partir da estimação de modelos de regressão, com o objetivo de verificar os fatores que podem estar associados ao número de internações por condições sensíveis à atenção básica.

A tabela 33 apresenta os resultados das regressões, sendo a primeira coluna os obtidos por MQO e a segunda coluna os obtidos com a inclusão do efeito fixo.

No geral, ambos os modelos estimados apresentaram um bom grau de ajuste, sendo os coeficientes conjuntamente significantes a menos de 5%, e a maioria individualmente significativa a menos de 5%. Ademais, os sinais dos coeficientes estimados foram coerentes com os resultados obtidos na análise descritiva dos dados, conforme será explicado a seguir.

Quanto às análises desses resultados, destaca-se que o objetivo dos modelos estimados foi de estabelecer relações de correlação entre as variáveis explicativas e a variável dependente, uma vez que não se procedeu a uma investigação dos fatores que podem implicar em problemas de endogeneidade provocados, por exemplo, pela causalção reversa entre essas variáveis. Assim, o sinal positivo de uma variável indica que a mesma está correlacionada positiva com a taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica, e se o sinal for negativo, essa análise se inverte.

A tabela 33 mostra os resultados das estimações feitas por MQO e efeito fixo.

Tabela 33 – Resultados dos modelos estimados por MQO e Efeito Fixo

Variáveis	MODELO MQO		MODELO EFEITO FIXO	
	Coeficiente	Desvio Padrão	Coeficiente	Desvio Padrão
Gastos ICSAB	8.86e-06	8.20e-07*	4.34e-06	6.16e-07*
Repasse Federal	-1.18e-06	2.02e-07*	-6.16e-07	1.25e-07*
Nº de ESF	-.2152238	.0609749*	-.0929806	.0432105*
Cobertura AB	-.0094845	.0103826	.0057569	.0123668
_cons	1.857.259	150771*	1.276.653	1.417.572
N. Observações	910		910	
F (5, 904)	27.04*		-	
Wald chi2(5)	-		51,88*	

Fonte: Elaboração própria

Nota: * Estatisticamente significantes a menos de 5%

Analizando primeiramente os resultados obtidos por MQO (Mínimo Quadrado Ordinário), têm-se indicações de que quanto maior é o número das internações por causas sensíveis à atenção básica maiores são os gastos dos municípios com estas internações. Esse resultado é esperado, uma vez que o gasto é proporcional ao número de internações.

O montante que os municípios recebem do governo federal destinado para as ações na atenção básica, apresentou o sinal negativo, conforme esperado. Portanto, quanto maior o financiamento que o município recebesse do governo federal, menor deve ser a taxa de internações causadas por condições sensíveis à atenção básica. Esse resultado é de grande relevância para as políticas públicas que visam diminuir as taxas das internações por causas sensíveis, se o apoio financeiro do governo federal para este nível de atenção à saúde levar de fato a redução dessas taxas. Uma melhor resolutividade e efetividade das intervenções na atenção básica, pode elevar a qualidade de vida da população, além de diminuir os custos com saúde pelo Estado, já que os gastos com a prevenção e promoção da saúde são inferiores aos gastos com internações.

O número de equipes de saúde da família também foi significativo no modelo MQO, com sinal negativo, significando que, quanto maior o número de ESF menor as taxas das ICSAB nos municípios. Isto reflete a importância e a magnitude das ações de promoção e prevenção à saúde nas famílias acompanhadas por estas equipes.

Da mesma forma aconteceu com a variável cobertura da atenção básica, o modelo MQO mostrou que quanto maior for a cobertura da AB menor será a frequência das internações por condições sensíveis. Este fato reforça ainda mais a importância do número de ESF. Sabendo que, quanto maior o número destas equipes, maior é a cobertura populacional pela AB.

Buscando resultados mais significativos, também foi estimado um modelo que incluía um controle para as características não observáveis dos municípios, invariantes no tempo, e que podem influenciar a variável dependente (ver segunda coluna da tabela 33).

Os resultados obtidos com a inclusão do efeito fixo dos municípios deste modelo corroboram os resultados estimados por MQO, e, conforme esperado, a inclusão deste controle reduziu a magnitude dos coeficientes do primeiro modelo, indicando que tais coeficientes possivelmente estão captando outros efeitos gerados pela omissão de variáveis relevantes para explicar a taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica.

As variáveis podem ser interpretadas da mesma forma do modelo MQO. Com a exceção do coeficiente da variável cobertura da atenção básica que não se mostrou

significante nos dois modelos, pois seus efeitos podem estar sendo captados por outras variáveis.

Também de acordo com o modelo de efeito fixo, quanto maior a taxa das internações por condições sensíveis, maiores os gastos com este tipo de internamento. E quanto mais recursos do governo federal os municípios receberem, menor devem ser os números das ICSAB. A mesma relação tem o número de equipes de saúde da família. Finalizando, e como a cobertura da atenção básica apresentou um coeficiente positivo neste modelo, assim como também no modelo MQO, quanto maior a cobertura da atenção básica nos municípios menor deve ser a taxa das internações por causas sensíveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores que podem estar associados às taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica, nos municípios pernambucanos, entre o período de 2008 a 2013.

Na análise descritiva, foi demonstrado que a X Geres obteve maior número das internações por causas sensíveis à atenção básica, a cada 1.000 habitantes, porém apresentando queda nesta taxa, de 2008 a 2013, de 17,31%. Decréscimo menor que o apresentado pela III Geres, que neste mesmo período diminuiu suas internações por causas sensíveis em 35,29%.

Analisando os municípios pelos seus portes populacionais, os municípios de maior porte, com mais de 100.000 habitantes (totalizando 12 municípios) apresentaram maior taxa das internações por causas sensíveis à atenção básica. E aqueles que possuem população de menor ou igual a 10.000 e menos de 20.000 habitantes, foram as que menos internaram por estas causas no período. Os municípios de menor porte populacional obtiveram o maior decréscimo das ICSAB e a maior média dos gastos municipais em saúde per capita.

Apesar da existência de medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade, como a reidratação oral e a antibioticoterapia, ambos tratamentos oferecidos na rede básica de saúde, o grupo de diagnóstico das internações por condições sensíveis à atenção primária de maior ocorrência do período nos municípios pernambucanos, foi o das gastroenterites infecciosas e complicações, o equivalente a 22,61% do total das ICSAB. Destaca-se a necessidade de ações intersetoriais na atenção primária à saúde, no sentido de averiguar possíveis relações entre a situação do tratamento da água e do esgoto nestes municípios.

Em se tratando do financiamento da saúde nos municípios pernambucanos, todas as Geres tiveram crescimento de seus gastos municipais em saúde por habitante, com destaque para a X Geres com uma taxa de crescimento de 114,94% de 2008 a 2013. Porém, o maior gasto em saúde per capita, tanto em 2008 como em 2013, foi do município de Ipojuca que investiu 888,96 reais e 957,61 reais, nestes anos respectivamente. Chamou a atenção Itacuruba, município com um média de 4.426 habitantes, investindo em saúde per capita 778,61 reais em 2008 e 823,74 reais em 2013.

É importante frisar que os valores aplicados pelo Governo Federal não representam a totalidade de recursos públicos que são investidos na atenção primária, já que este nível de atenção à saúde deve ser financiado pelas três esferas de governo.

Os gastos com as internações pelas causas sensíveis na atenção básica corresponderam a 13,19% dos gastos com as internações por causas gerais de Pernambuco. A diminuição dos gastos com as ICSAP poderia favorecer a capacidade de investimento da rede de saúde dos municípios, a partir da melhoria da eficiência no uso do recurso financeiro, que é responsabilidade primeira da gestão pública.

Constatou-se que houve expansão das equipes saúde da família, entre 2008 e 2013, em todas as gerências regionais de saúde, mas com queda nas internações por causas sensíveis em apenas sete delas, nas II, III, IV, V, VIII, X e XII Geres. E o crescimento nas médias percentuais de cobertura das ESF dos municípios, acompanhou a diminuição das ICSAB em Pernambuco nos anos estudados.

Houve diminuição das internações por causas sensíveis à atenção básica a cada 1.000 habitantes, de 2.064 em 2008 para 1.869 em 2013, isto é, uma queda de 9,42%. Tal fato, reflete o momento histórico vivenciado pelo SUS, considerando que os municípios têm fortalecido sua cobertura de ESF e investido mais nas ações de promoção e prevenção da saúde propostas pela Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, no cuidado frequente e direcionado para as necessidades e condições de saúde das famílias, que parece ter, em alguma medida, resultados efetivos em termos de controle de agravos e melhora nos indicadores de saúde, como no caso das ICSAB.

A diminuição das ICSAB também foi evidenciada em outros estudos como o realizado por Mendes e Osiano (2005), que analisaram a frequência das ICSAP do Estado de São Paulo, de 2000 a 2011, constataram redução de 9% deste tipo de internamento. E o estudo de Campos e Theme-Filha (2012) onde estas internações apresentaram perfil descendente em Campo Grande- MS, entre 2000 e 2009.

No cenário internacional os estudos que utilizaram as ICSAP levantaram que variáveis como o acesso ao serviço de saúde, o número de consultas preventivas e a continuidade da atenção à saúde associaram-se significativamente com uma prevalência menor de ICSAP (MOBLEY *et al.*, 2006 apud CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Através dos modelos MQO e efeitos fixos conclui-se que os gastos com as ICSAB, o repasse Federal para a atenção básica e o número de ESF foram as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas, apresentando coeficientes negativos para número de ESF e repasse Federal e positivo para os gastos.

É necessário ser prudente e refletir sobre o uso das ICSAP como indicador para avaliar a atenção básica, quando não se leva em conta outras informações e dados da rede de serviços e deste próprio âmbito de atenção. Para avaliar a atenção básica, Batista e colaboradores

(2012) sugerem que o uso das ICSAP ocorra de modo concomitante com informações mais pormenorizadas e condizentes com os componentes da qualidade da AB, tais como: processos de trabalho das equipes, cobertura das ações disponibilizadas, o papel da AB/ESF no sistema de saúde (coordenação do cuidado, ordenação da atenção), mecanismos de referência e contra referência, frequência e qualidade das visitas domiciliares, número habitante/ano e qualidade das consultas com médicos da família e de enfermagem, dentre outros.

Além destes sugeridos por Batista *et al.*, outros fatores também podem ser avaliados para uma melhor análise das ICSAP, como a disponibilidade de recursos (por exemplo, o número de leitos hospitalares per capita) e a capacitação técnica dos profissionais, pois a existência e utilização de diretrizes clínicas são fundamentais para a garantia da qualidade do cuidado oferecido. E ainda, fatores ligados à qualidade da gestão.

Como esta pesquisa utilizou fontes secundárias de dados, seus resultados podem não ser totalmente fidedignos devido ausência de informações de alguns municípios analisados e qualidade do preenchimento dos dados. O fato de terem sido incluídas apenas as internações financiadas pelo SUS também deve ser levado em consideração.

Este estudo aponta a necessidade de fortalecer, ainda mais, a atenção primária para que a mesma assuma a coordenação de uma rede de atenção à saúde que favoreça melhor qualidade e maior resolutividade de suas ações. E ainda, fornece subsídios para que gestores possam refletir nos problemas de saúde local e propor políticas de saúde mais efetivas, com o objetivo de diminuir cada vez mais as internações por causas sensíveis à atenção básica.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v. 3, n.1, p. 1-3, 2007.

AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO. CONDEPE/FIDEM. **Pernambuco PIB Municipal 2010 Ano Base**: 2002. Versão Preliminar – Elaboração: 27 de maio de 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel..pdf>> Acesso em: 12 set. 2014.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Lista de internações por condições sensíveis à atenção primária **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, jun. 2009.

ALMEIDA, P. F. **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul**: atenção primária à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 34-42, fev. 2012.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. et al. Características organizativas de la atencion primaria y hospitalizacion por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Atencion Primaria**, v. 33, n. 6, p. 305-311, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 30 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/financiamento.php>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. rev. e ampl. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 08 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154. Brasília (DF); 2008a - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013 - Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011- Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009b - Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 23 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007a - Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 13 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 978, de 16 de maio de 2012 - Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html>. Acesso em: 14 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp> Acesso em: 1 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: programas e projetos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica em números. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>>. Acesso em: 5 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 221 de 17 de abril de 2008b. Dispõe sobre a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. <http://dab.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria221_17_04_08.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático saúde da mulher/ Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília, 1996.

BUSS, P. M. ; PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online], v.17, n.1, p. 77, 2007.

CAMINAL, H. J. ; CASANOVA, M. C. La evaluacion de la atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **AtenPrimaria**, v. 31, n.1, p. 61-5, 2003.

CAMINAL, H. J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**, v.14, n. 3, p. 246-51, sep. 2004.

CAMPOS, A. Z. ; THEME-FILHA, M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 5, p. 845-855, maio 2012.

CARVALHO, G. G. et al. **Atenção primária**: conhecendo as internações por condições sensíveis à atenção primária na microrregião de saúde de Mantena – Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br>> Acesso em: 5 ago. 2014.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **Int J Health Serv**, v. 25, p. 283-94, 1995.

COEFICIENTE de Gini. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Coeficiente_de_Gini>. Acesso em: 20 ago. 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.s7-s27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O financiamento da saúde**. Brasília, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS 20 anos**. Brasília, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Rev. Hospital Clínicas**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 25-32, 2002.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-51.

FERNANDES, A. S. ; SECLIN-PALACIN, J. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família**: caso Brasil. Brasília: OPAS, 2004.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.

FERREIRA, J. B. B. ; BORGES, M. J. G. ; SANTOS, L. L. dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n.1, p.45-56, mar. 2014.

FINANCIAMENTO da saúde: Brasil e outros países com cobertura universal. Câmara dos deputados consultoria de orçamento e fiscalização financeira - Núcleo da saúde (CONOF/CD). Nota Técnica nº 012, de 2013 -Versão Preliminar – (Elaboração: 27 de maio de 2013) (Revisão: 16 de julho de 2013)

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2014.

GASTO público com saúde per capita. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_E.6.2.pdf. Acesso em: 2 out. 2014.

GASTO médio (SUS) por internação hospitalar - ficha de qualificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqe11.htm>>. Acesso em: 2 out. 2014.

GIOVANELLA, L. **Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013.

GIUFFRIDA, A. ; GRAVELLE, H. ; ROLAND, M. Measuring quality with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. **British Medical Journal**, Nova York, v.10, n. 319, p. 94-98, jul. 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28159/pdf/94.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

LOVETT, A. et al. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. **Soc Sci Med**, v. 55, p. 97-111, 2002.

MACINKO, J. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**, v.19, p. 303-17, 2004.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. Brasília, 2010.

MARQUES, R. M. ; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., 2002.

MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. “Agora Mais Que Nunca”. Uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: _____. **Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos Estados**.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, J. D. V.; OSIANO, V. L. R. L. Evolução das internações por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo. **Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde**, Ano 13, n.18, jan. 2005.

MOBLEY, L. R. et al. Spatial analysis of elderly access to primary care services. **Int J Health Geogr** v. 5, n. 19, 2006.

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.10, (Supl. 1), p. S83-S91, nov. 2010.

NEDEL, F. B. A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saude** [Internet]. 2010.

OLIVEIRA, E. X. G. de; TRAVASSOS, C. ; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: a atenção primária à saúde: agora mais do que nunca**. Brasília: OMS, 2008.

PANDHI, N. et al. Preventive service gains from first contact access in the primary care home. **J Am Board Fam Med**, v. 24, n. 4, p. 351-9, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização- PDR. SUS/ PE**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2010.

PRODUTO Interno Bruto. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/pib>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

REHEM, T. B. S. **Estudo das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios do Vale do Médio São Francisco**: macrorregião Juazeiro/BA e Petrolina/PE. Instituto Materno Infantil, 2009.

ROSA, W. A. G. ; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dec. 2005.

SALA, A. ; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dec. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 set. 2014.

SANTO, A. C. G. E. ; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p. 861-871, 2012.

SANTOS, V. C. F. et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária: discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n. 2, jun. 2013.

SILVA, J. M. B. **A gestão do fluxo assistencial regulado no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/ride>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SOUSA, M. F. ; HAMMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, Supl.1, p. 1325-1335, 2009.

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

VIANA, A. L. D. ; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.8, n. 2, p.11-48, 1998.

ANEXO A - Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil; Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA SECRETÁRIO

ANEXO B- Lista brasileira de internações por condições sensíveis

QUADRO 1 - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

(Continua)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização 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
001	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
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
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	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
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

QUADRO 1 - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

(Continuação)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	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	Doenças 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	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, 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, oftálmicas, 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	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	

QUADRO 1 - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

(Conclusão)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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
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	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

APÊNDICE A – Municípios de Pernambuco por gerência regional de saúde e sedes

(Continua)

Regional de saúde	Sede	Municípios
I GERES	Recife	Abreu e Lima
		Araçoiaba
		Cabo de Santo Agostinho
		Camaragibe
		Chã de Alegria
		Chã Grande
		Glória do Goitá
		Fernando de Noronha
		Ipojuca
		Igarassu
		Itapissuma
		Ilha de Itamaracá
		Jaboatão dos Guararapes
		Moreno
		Olinda
		Paulista
		Pombos
		Recife
		São Lourenço da Mata
		Vitória de Santo Antão
II GERES	Limoeiro	Bom Jardim
		Buenos Aires
		Carpina
		Casinhas
		Cumaru
		Feira Nova
		João Alfredo
		Lagoa de Itaenga
		Lagoa do Carro
		Limoeiro
		Machados
		Nazaré da Mata
		Orobó
		Passira
		Paudalho
		Salgadinho
		Surubim
		Tracunhaém

Regional de saúde	Sede	(Continuação)
		Municípios
		Vertente do Lério
III GERES	Palmares	Vicência
		Água Preta
		Amaraji
		Barreiros
		Belém de Maria
		Catende
		Cortês
		Escada
		Gameleira
		Jaqueira
		Joaquim Nabuco
		Lagoa dos Gatos
		Maraial
		Palmares
		Primavera
		Quipapá
		Ribeirão
		Rio Formoso
		São Benedito do Sul
		São José da Coroa Grande
		Sirinhaém
		Tamandaré
		Xexéu
IV GERES	Caruaru	Agrestina
		Alagoinha
		Altinho
		Barra de Guabiraba
		Belo Jardim
		Bezerros
		Bonito
		Brejo da Madre de Deus
		Cachoeirinha
		Camocim de São Félix
		Caruaru
		Cupira
		Frei Miguelinho
		Gravatá

(Continuação)

Regional de saúde	Sede	Municípios
		Ibirajuba
		Jataúba
		Jurema
		Panelas
		Pesqueira
		Poção
		Riacho das Almas
		Sairé
		Sanharó
		Santa Cruz do Capibaribe
		Santa Maria do Cambucá
		São Bento do Una
		São Caitano
		São Joaquim do Monte
		Tacaimbó
		Taquaritinga do Norte
		Toritama
		Vertentes
V GERES	Garanhuns	Águas Belas
		Angelim
		Bom Conselho
		Brejão
		Caetés
		Calçado
		Canhotinho
		Capoeiras
		Correntes
		Garanhuns
		Iati
		Itaíba
		Jucati
		Jupi
		Lagoa do Ouro
		Lajedo
		Palmeirina
		Paranatama
		Saloá
		São João

(Continuação)

Regional de saúde	Sede	Municípios
		Terezinha
VI GERES	Arcoverde	Arcoverde
		Buíque
		Custódia
		Ibimirim
		Inajá
		Jatobá
		Manari
		Pedra
		Petrolândia
		Sertânia
		Tacaratu
		Tupanatinga
		Venturosa
VII GERES	Salgueiro	Belém do São Francisco
		Cedro
		Mirandiba
		Salgueiro
		Serrita
		Terra Nova
		Verdejante
VIII GERES	Petrolina	Afrânio
		Cabrobó
		Dormentes
		Lagoa Grande
		Orocó
		Petrolândia
		Santa Maria da Boa Vista
IX GERES	Ouricuri	Araripina
		Bodocó
		Exu
		Granito
		Ipubi
		Moreilândia
		Ouricuri
		Parnamirim
		Santa Cruz
		Santa Filomena
		Trindade
X GERES	Afogados da Ingazeira	Afogados da Ingazeira

(Conclusão)

Regional de saúde	Sede	Municípios
		Brejinho
		Carnaíba
		Iguaraci
		Ingazeira
		Itapetim
		Quixaba
		Santa Terezinha
		São José do Egito
		Solidão
		Tabira
		Tuparetama
XI GERES	Serra Talhada	Betânia
		Calumbi
		Carnaubeira da Penha
		Flores
		Floresta
		Itacuruba
		Santa Cruz da Baixa Verde
		São José do Belmonte
		Serra Talhada
		Triunfo
XII GERES	Goiana	Goiana
		Aliança
		Camutanga
		Condado
		Ferreiros
		Itambé
		Itaquitinga
		Macaparana
		São Vicente Ferrer
		Timbaúba

APÊNDICE B – Municípios de Pernambuco por porte populacional

(Continua)

Porte Populacional	Município
Municípios com população < 10.000 habitantes	Brejão
	Brejinho
	Calumbi
	Camutanga
	Fernando de Noronha
	Granito
	Ibirajuba
	Ingazeira
	Itacuruba
	Palmeirina
	Quixaba
	Salgadinho
	Solidão
	Terezinha
	Terra Nova
	Tuparetama
	Verdejante
	Vertente do Lério
Municípios com população ≥ 10.000 e < 20.000 habitantes;	Afrânio
	Alagoinha
	Angelim
	Araçoiaba
	Barra de Guabiraba
	Belém de Maria
	Betânia
	Buenos Aires
	Cachoeirinha
	Calçado
	Camocim de São Félix
	Capoeiras
	Carnaíba
	Carnaubeira da Penha
	Casinhas
	Cedro
	Chã de Alegria
	Correntes
	Cortês
	Cumaru
	Dormentes
	Ferreiros

(Continuação)

Porte Populacional	Município
	Frei Miguelinho
	Iati
	Iguaraci
	Inajá
	Itapetim
	Itaquitinga
	Jaqueira
	Jataúba
	Jatobá
	Joaquim Nabuco
	Jucati
	Jupi
	Jurema
	Lagoa do Carro
	Lagoa do Ouro
	Lagoa dos Gatos
	Machados
	Manari
	Maraial
	Mirandiba
	Moreilândia
	Orocó
	Paranatama
	Poção
	Primavera
	Riacho das Almas
	Sairé
	Saloá
	Santa Cruz
	Santa Cruz da Baixa Verde
	Santa Filomena
	Santa Maria do Cambucá
	Santa Terezinha
	São Benedito do Sul
	São José da Coroa Grande
	São Vicente Ferrer
	Serrita
	Tacaimbó
	Tracunhaém
	Triunfo
	Venturosa
	Vertentes
	Xexéu

(Continuação)

Porte Populacional	Município
Municípios com população ≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	Afogados da Ingazeira
	Agrestina
	Água Preta
	Águas Belas
	Aliança
	Altinho
	Amaraji
	Barreiros
	Belém do São Francisco
	Bodocó
	Bom Conselho
	Bom Jardim
	Bonito
	Brejo da Madre de Deus
	Cabrobó
	Caetés
	Canhotinho
	Catende
	Chã Grande
	Condado
	Cupira
	Custódia
	Exu
	Feira Nova
	Flores
	Floresta
	Gameleira
	Glória do Goitá
	Ibimirim
	Ilha de Itamaracá
	Ipubi
	Itaíba
	Itambé
	Itapissuma
	João Alfredo
	Lagoa de Itaenga
	Lagoa Grande
	Lajedo
	Macaparana
	Nazaré da Mata
	Orobó
	Panelas
	Parnamirim
	Passira

(Continuação)

Porte Populacional	Município
	Pedra
	Petrolândia
	Pombos
	Quipapá
	Ribeirão
	Rio Formoso
	Sanharó
	Santa Maria da Boa Vista
	São Caitano
	São João
	São Joaquim do Monte
	São José do Belmonte
	São José do Egito
	Sertânia
	Sirinhaém
	Tabira
	Tacaratu
	Tamandaré
	Taquaritinga do Norte
	Toritama
	Trindade
Municípios com população ≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	Tupanatinga
	Vicência
	Abreu e Lima
	Araripina
	Arcoverde
	Belo Jardim
	Bezerros
	Buíque
	Carpina
	Escada
	Goiana
	Gravatá
	Ipojuca
	Limoeiro
	Moreno
	Ouricuri
	Palmares
	Paudalho
	Pesqueira
	Salgueiro
	Santa Cruz do Capibaribe
	São Bento do Una
	Serra Talhada

(Conclusão)

Porte Populacional	Município
	Surubim
	Timbaúba
Municípios com população ≥ 100.000 habitantes	Cabo de Santo Agostinho
	Camaragibe
	Caruaru
	Garanhuns
	Igarassu
	Jaboatão dos Guararapes
	Olinda
	Paulista
	Petrolina
	Recife
	São Lourenço da Mata
	Vitória de Santo Antão

APÊNDICE C – Total das internações por condições sensíveis à atenção básica, por município, de 2008 a 2013. Pernambuco

(Continua)

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Abreu e Lima	811	540	600	749	908	1.045
Afogados da Ingazeira	1.391	1.544	1.710	1.684	1.708	1.573
Afrânio	241	300	307	254	201	212
Agrestina	345	344	304	336	367	430
Água Preta	786	663	562	512	357	306
Águas Belas	171	187	196	172	203	210
Alagoinha	106	59	95	217	217	188
Aliança	193	233	234	167	245	286
Altinho	324	301	394	227	296	177
Amaraji	134	219	205	247	238	290
Angelim	77	45	64	109	80	99
Araçoiaba	125	121	166	130	148	126
Araripina	1.121	1.488	1.581	1.607	1.692	1.905
Arcoverde	886	682	711	808	696	700
Barra de Guabiraba	113	111	116	110	98	96
Barreiros	673	744	696	611	447	332
Belém de Maria	129	105	62	85	71	75
Belém de São Francisco	272	337	259	225	268	130
Belo Jardim	775	692	644	444	445	480
Betânia	131	171	166	148	108	132
Bezerros	326	359	268	272	267	279
Bodocó	255	306	300	305	215	183
Bom Conselho	398	535	545	458	404	577
Bom Jardim	312	259	335	345	356	346
Bonito	343	419	384	322	282	258
Brejão	69	38	75	54	45	52
Brejinho	170	285	318	308	175	121
Brejo da Madre de Deus	360	236	299	261	323	328
Buenos Aires	45	47	61	43	94	81
Buíque	613	758	1.038	1.680	1.310	1.164
Cabo de Santo Agostinho	1.478	1.369	1.125	1.367	1.682	1.842
Cabrobó	345	455	497	465	327	361
Cachoeirinha	171	121	104	99	84	98
Caetés	170	186	165	153	99	249
Calçado	22	70	75	100	50	44
Calumbi	182	160	185	171	179	153
Camaragibe	916	930	950	957	1.026	1.323
Camocim de São Félix	85	138	161	106	105	92

(Continuação)

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260360 Camutanga	34	34	28	88	65	39
260370 Canhotinho	198	144	162	137	143	204
260380 Capoeiras	140	106	115	113	123	169
260390 Carnaíba	434	523	545	511	522	410
260392 Carnaubeira da Penha	126	232	305	237	288	171
260400 Carpina	825	821	870	736	687	670
260410 Caruaru	2.757	2.391	1.988	1.747	2.049	2.208
260415 Casinhas	59	52	113	80	80	103
260420 Catende	555	437	360	425	335	309
260430 Cedro	176	171	197	148	153	156
260440 Chã de Alegria	75	74	108	89	176	141
260450 Chã Grande	281	280	484	330	271	312
260460 Condado	144	81	105	184	213	202
260470 Correntes	148	114	125	134	121	88
260480 Cortês	147	165	152	83	81	143
260490 Cumaru	96	92	147	174	156	132
260500 Cupira	281	221	220	286	255	232
260510 Custódia	377	322	446	298	300	391
260515 Dormentes	194	231	285	305	233	319
260520 Escada	878	1.100	1.093	1.059	1.050	808
260530 Exu	164	365	475	335	192	181
260540 Feira Nova	156	244	270	158	157	184
260545 Fernando de Noronha	15	9	16	11	5	5
260550 Ferreiros	42	36	46	55	44	57
260560 Flores	490	449	487	458	424	400
260570 Floresta	502	749	1.132	1.270	1.082	363
260580 Frei Miguelinho	124	101	89	96	117	112
260590 Gameleira	196	208	209	178	158	172
260600 Garanhuns	927	839	849	832	738	673
260610 Glória do Goitá	206	188	329	230	236	336
260620 Goiana	689	475	429	674	755	787
260630 Granito	100	81	86	103	85	75
260640 Gravatá	316	606	980	384	349	528
260650 Iati	159	129	103	109	101	83
260660 Ibimirim	312	234	284	212	164	220
260670 Ibirajuba	40	35	42	52	52	56
260680 Igarassu	811	750	538	597	712	866
260690 Iguaraci	270	401	348	341	250	178
260760 Ilha de Itamaracá	118	92	80	106	155	186
260700 Inajá	89	119	174	241	281	189
260710 Ingazeira	86	167	169	167	78	64
260720 Ipojuca	416	350	404	467	529	557
260730 Ipubi	393	412	469	416	420	505
260740 Itacuruba	61	64	107	116	91	71

(Continuação)

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260750 Itaíba	98	261	313	330	304	251
260765 Itambé	403	471	505	410	262	214
260770 Itapetim	235	280	288	135	89	74
260775 Itapissuma	150	120	128	151	201	226
260780 Itaquitinga	78	66	51	56	82	100
260790 Jaboatão dos Guararapes	8.641	7.540	6.557	5.849	5.936	6.473
260795 Jaqueira	89	70	54	59	51	89
260800 Jataúba	120	116	121	148	181	288
260805 Jatobá	94	58	94	117	70	86
260810 João Alfredo	336	278	208	290	241	271
260820 Joaquim Nabuco	225	351	313	343	160	181
260825 Jucati	114	70	95	76	56	56
260830 Jupi	104	103	97	101	88	90
260840 Jurema	122	132	122	135	209	113
260845 Lagoa do Carro	166	119	167	154	121	150
260850 Lagoa do Itaenga	90	154	230	178	163	172
260860 Lagoa do Ouro	84	104	91	92	100	86
260870 Lagoa dos Gatos	137	144	220	116	101	77
260875 Lagoa Grande	182	198	247	254	148	94
260880 Lajedo	103	175	250	300	175	258
260890 Limoeiro	953	763	771	727	816	790
260900 Macaparana	391	335	265	281	246	306
260910 Machados	146	151	133	114	107	91
260915 Manari	50	56	51	60	54	64
260920 Maraial	192	227	200	212	132	142
260930 Mirandiba	263	285	518	318	292	252
261430 Moreilândia	163	319	513	407	105	83
260940 Moreno	1.264	1.238	759	652	524	504
260950 Nazaré da Mata	161	120	161	138	300	323
260960 Olinda	3.803	3.507	3.251	3.518	3.858	4.361
260970 Orobó	375	304	246	316	298	403
260980 Orocó	48	143	124	99	100	148
260990 Ouricuri	1.152	1.217	1.331	1.263	1.264	580
261000 Palmares	1.269	1.345	1.218	1.488	946	995
261010 Palmeirina	39	28	43	35	35	35
261020 Panelas	227	373	327	288	297	222
261030 Paranatama	80	45	52	51	42	41
261040 Parnamirim	259	348	333	430	312	206
261050 Passira	304	310	233	239	223	271
261060 Paudalho	635	490	636	547	672	599
261070 Paulista	1.574	1.506	1.538	1.628	2.058	2.373
261080 Pedra	300	236	214	186	143	196
261090 Pesqueira	1.309	1.358	1.514	1.305	1.443	1.191
261100 Petrolândia	126	196	473	513	708	492

(Continuação)

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	2013
261110 Petrolina	2.165	1.575	1.750	1.932	2.368	2.023
261120 Poção	87	76	126	100	92	68
261130 Pombos	299	223	317	345	285	279
261140 Primavera	141	109	133	105	115	106
261150 Quipapá	282	314	276	308	176	220
261153 Quixaba	88	73	108	91	91	94
261160 Recife	15.822	15.855	15.126	14.706	14.637	17.209
261170 Riacho das Almas	126	213	168	163	143	157
261180 Ribeirão	553	771	667	431	326	375
261190 Rio Formoso	231	284	257	219	254	179
261200 Sairé	85	73	72	57	68	88
261210 Salgadinho	24	21	25	22	40	38
261220 Salgueiro	1.250	1.427	1.562	1.380	1.693	1.590
261230 Saloá	158	138	105	115	71	111
261240 Sanharó	278	256	233	279	301	401
261245 Santa Cruz	108	110	157	178	182	196
261247 Santa Cruz da Baixa Verde	192	340	343	299	294	292
261250 Santa Cruz do Capibaribe	414	412	419	341	299	407
261255 Santa Filomena	27	36	33	35	33	26
261260 Santa Maria da Boa Vista	215	228	210	307	234	194
261270 Santa Maria do Cambucá	95	102	71	72	90	101
261280 Santa Terezinha	166	131	172	127	95	49
261290 São Benedito do Sul	106	141	131	99	66	87
261300 São Bento do Una	290	350	300	311	341	385
261310 São Caitano	461	440	421	398	430	425
261320 São João	168	125	111	82	120	150
261330 São Joaquim do Monte	205	176	234	192	125	195
261340 São José da Coroa Grande	88	107	117	116	121	119
261350 São José do Belmonte	547	578	716	678	676	351
261360 São José do Egito	923	835	1.057	857	503	487
261370 São Lourenço da Mata	948	796	665	548	764	778
261380 São Vicente Ferrer	191	240	189	159	131	233
261390 Serra Talhada	2.019	2.083	2.167	2.214	2.355	2.249
261400 Serrita	388	324	417	311	316	227
261410 Sertânia	411	439	389	481	502	263
261420 Sirinhaém	438	514	489	465	377	277
261440 Solidão	105	156	153	187	179	118
261450 Surubim	696	688	768	620	527	559
261460 Tabira	587	760	983	855	891	394
261470 Tacaimbó	107	97	61	60	49	82
261480 Tacaratu	49	45	102	140	183	171
261485 Tamandaré	151	250	226	213	245	186

(Conclusão)

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	2013
261500 Taquaritinga do Norte	244	360	244	163	120	216
261510 Terezinha	47	50	69	90	78	70
261520 Terra Nova	159	169	308	193	197	234
261530 Timbaúba	358	301	431	517	478	410
261540 Toritama	212	127	158	183	185	215
261550 Tracunhaém	69	68	91	67	164	104
261560 Trindade	329	302	368	324	235	265
261570 Triunfo	410	458	577	462	511	489
261580 Tupanatinga	206	209	254	215	214	153
261590 Tuparetama	314	271	363	253	23	77
261600 Venturosa	189	182	291	270	127	184
261610 Verdejante	177	259	240	187	177	197
261618 Vertente do Lério	76	68	81	97	106	97
261620 Vertentes	391	190	91	185	273	256
261630 Vicência	419	415	406	261	222	236
261640 Vitória de Santo Antão	2.273	2.280	2.437	2.185	2.784	2.784
261650 Xexéu	203	98	104	113	109	129
TOTAL	94.085	93.679	95.514	91.552	90.796	92.470

APÊNDICE D – Total das internações por condições sensíveis à atenção básica, por município a cada mil habitantes, de 2008 a 2013. Pernambuco

(Continua)

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260005 Abreu e Lima	8,48	5,61	6,35	7,90	9,53	10,69
260010 Afogados da Ingazeira	39,39	43,46	48,73	47,77	48,23	43,24
260020 Afrânio	13,98	17,20	17,46	14,28	11,18	11,38
260030 Agrestina	15,42	15,23	13,40	14,68	15,90	18,04
260040 Água Preta	25,68	21,53	16,98	15,31	10,57	8,75
260050 Águas Belas	4,34	4,71	4,87	4,25	4,98	5,00
260060 Alagoinha	7,21	3,96	6,90	15,66	15,79	13,28
260070 Aliança	5,44	6,61	6,25	4,46	6,54	7,48
260080 Altinho	14,45	13,42	17,63	10,15	13,23	7,75
260090 Amaraji	6,50	10,68	9,34	11,23	10,80	12,86
260100 Angelim	7,50	4,33	6,27	10,59	7,71	9,25
260105 Araçoiaba	7,24	6,92	9,14	7,07	7,95	6,52
260110 Araripina	14,17	18,63	20,45	20,66	21,62	23,64
260120 Arcoverde	13,13	10,03	10,34	11,65	9,96	9,71
260130 Barra de Guabiraba	8,44	8,15	9,08	8,52	7,51	7,10
260140 Barreiros	15,47	16,94	17,09	14,96	10,91	7,91
260150 Belém de Maria	13,17	10,82	5,46	7,45	6,19	6,37
260160 Belém do São Francisco	12,80	15,79	12,79	11,11	13,23	6,29
260170 Belo Jardim	10,53	9,35	8,89	6,11	6,10	6,41
260180 Betânia	10,96	14,24	13,83	12,28	8,92	10,62
260190 Bezerras	5,59	6,15	4,57	4,63	4,54	4,63
260200 Bodocó	7,35	8,75	8,53	8,61	6,03	4,98
260210 Bom Conselho	8,85	11,82	11,98	10,01	8,79	12,21
260220 Bom Jardim	7,69	6,33	8,86	9,11	9,38	8,91
260230 Bonito	8,45	10,26	10,22	8,57	7,51	6,74
260240 Brejão	7,11	3,88	8,48	6,11	5,09	5,77
260250 Brejinho	23,08	38,68	43,52	42,13	23,93	16,21
260260 Brejo da Madre de Deus	8,59	5,59	6,62	5,71	6,98	6,84
260270 Buenos Aires	3,33	3,44	4,87	3,42	7,45	6,26
260280 Buíque	11,68	14,23	19,92	31,87	24,58	21,06
260290 Cabo de Santo Agostinho	8,69	7,98	6,08	7,30	8,89	9,39
260300 Cabrobó	11,46	14,95	16,10	14,91	10,38	11,07
260310 Cachoeirinha	9,48	6,67	5,53	5,22	4,40	4,98
260320 Caetés	6,49	7,05	6,21	5,72	3,67	8,97
260330 Calçado	1,89	6,02	6,74	9,02	4,52	3,92
260340 Calumbi	23,04	20,05	32,75	30,29	31,72	26,59
260345 Camaragibe	6,45	6,49	6,58	6,57	6,99	8,73
260350 Camocim de São Félix	5,17	8,33	9,41	6,14	6,03	5,12

(Continuação)

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260370 Canhotinho	7,96	5,79	6,61	5,59	5,85	8,19
260380 Capoeiras	7,03	5,32	5,87	5,77	6,28	8,45
260390 Carnaíba	22,80	27,30	29,34	27,41	27,90	21,37
260392 Carnaubeira da Penha	10,27	18,63	25,89	19,94	24,02	13,80
260400 Carpina	12,18	12,06	11,62	9,72	8,98	8,45
260410 Caruaru	9,36	8,01	6,31	5,47	6,32	6,54
260415 Casinhas	4,02	3,51	8,21	5,80	5,78	7,27
260420 Catende	15,90	12,40	9,52	11,09	8,63	7,66
260430 Cedro	16,48	15,86	18,28	13,61	13,95	13,78
260440 Chã de Alegria	6,20	6,07	8,71	7,12	13,97	10,84
260450 Chã Grande	15,63	15,62	24,04	16,28	13,28	14,85
260460 Condado	5,96	3,32	4,32	7,52	8,64	7,94
260470 Correntes	8,84	6,83	7,18	7,66	6,96	4,94
260480 Cortês	12,44	14,08	12,21	6,67	6,52	11,31
260490 Cumaru	6,36	6,66	8,55	10,04	8,93	8,91
260500 Cupira	12,34	9,70	9,41	12,19	11,03	9,79
260510 Custódia	11,24	9,51	13,17	8,73	8,71	10,99
260515 Dormentes	11,91	14,03	16,85	17,83	13,47	17,80
260520 Escada	14,12	17,57	17,21	16,56	16,30	12,17
260530 Exu	5,25	11,74	15,01	10,61	6,09	5,64
260540 Feira Nova	7,82	12,17	13,13	7,63	7,54	8,58
260545 Fernando de Noronha	4,98	2,89	6,08	4,11	1,84	1,76
260550 Ferreiros	3,69	3,14	4,02	4,79	3,81	4,81
260560 Flores	21,45	19,49	21,97	20,66	19,13	17,69
260570 Floresta	18,05	26,65	38,65	42,85	36,10	11,68
260580 Frei Miguelinho	8,44	6,80	6,23	6,67	8,07	7,50
260590 Gameleira	7,13	7,48	7,49	6,31	5,54	5,83
260600 Garanhuns	7,12	6,39	6,56	6,39	5,63	4,98
260610 Glória do Goitá	7,29	6,65	11,34	7,90	8,07	11,20
260620 Goiana	9,29	6,38	5,67	8,87	9,95	10,10
260630 Granito	14,53	11,64	12,55	14,90	12,20	10,43
260640 Gravatá	4,24	8,06	12,82	4,98	4,48	6,56
260650 Iati	8,69	7,03	5,61	5,92	5,47	4,39
260660 Ibimirim	10,91	8,06	10,54	7,81	6,00	7,80
260670 Ibirajuba	5,13	4,47	5,57	6,89	6,89	7,26
260680 Igarassu	8,23	7,49	5,27	5,77	6,78	7,92
260690 Iguaraci	21,91	32,35	29,54	28,89	21,14	14,71
260760 Ilha de Itamaracá	6,41	4,93	3,66	4,74	6,80	7,77
260700 Inajá	6,09	8,08	9,12	12,34	14,08	9,00
260710 Ingazeira	18,84	36,65	37,59	37,19	17,39	14,00
260720 Ipojuca	5,62	4,64	5,01	5,68	6,31	6,33
260730 Ipubi	14,57	15,06	16,68	14,59	14,54	16,81
260740 Itacuruba	14,20	14,70	24,49	26,23	20,34	15,29
260750 Itaíba	3,55	9,45	11,92	12,59	11,61	9,42

(Continuação)

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260765 Itambé	11,18	13,04	14,27	11,57	7,39	5,91
260770 Itapetim	16,62	19,91	20,75	9,77	6,47	5,31
260775 Itapissuma	6,24	4,92	5,39	6,28	8,26	8,96
260780 Itaquitinga	5,04	4,26	3,25	3,56	5,06	6,01
260790 Jaboatão dos Guararapes	12,74	10,96	10,17	9,00	9,07	9,58
260795 Jaqueira	7,09	5,53	4,70	5,13	4,44	7,61
260800 Jataúba	7,84	7,55	7,65	9,30	11,16	17,27
260805 Jatobá	6,55	4,01	6,73	8,34	4,97	5,95
260810 João Alfredo	11,34	9,31	6,77	9,35	7,70	8,38
260820 Joaquim Nabuco	13,67	21,27	19,84	21,76	10,16	11,27
260825 Jucati	10,40	6,31	8,96	7,12	5,21	5,06
260830 Jupi	7,29	7,12	7,08	7,32	6,33	6,28
260840 Jurema	7,92	8,49	8,39	9,24	14,25	7,51
260850 Lagoa de Itaenga	8,06	5,77	8,08	7,44	5,84	7,07
260845 Lagoa do Carro	5,98	10,11	14,37	10,98	9,93	10,10
260860 Lagoa do Ouro	6,92	8,49	7,50	7,53	8,13	6,78
260870 Lagoa dos Gatos	8,33	9,25	14,09	7,41	6,42	4,78
260875 Lagoa Grande	8,23	8,83	10,85	11,02	6,35	3,89
260880 Lajedo	2,98	5,03	6,83	8,12	4,69	6,69
260890 Limoeiro	16,66	13,33	13,91	13,12	14,74	14,01
260900 Macaparana	16,36	13,94	11,08	11,69	10,19	12,34
260910 Machados	12,52	12,79	9,78	8,23	7,58	6,16
260915 Manari	2,83	3,09	2,82	3,25	2,87	3,23
260920 Maraial	15,39	18,45	16,35	17,53	11,04	11,82
260930 Mirandiba	19,12	20,64	36,20	22,08	20,15	16,90
261430 Moreilândia	15,32	30,13	46,08	36,55	9,53	7,38
260940 Moreno	22,94	22,24	13,39	11,38	9,06	8,42
260950 Nazaré da Mata	5,34	3,98	5,23	4,46	9,67	10,15
260960 Olinda	9,63	8,83	8,61	9,29	10,17	11,24
260970 Orobó	16,86	13,67	10,75	13,78	12,96	17,11
260980 Orocó	3,44	10,01	9,41	7,41	7,39	10,52
260990 Ouricuri	17,43	18,17	20,68	19,45	19,29	8,57
261000 Palmares	21,66	22,87	20,46	24,88	15,74	16,12
261010 Palmeirina	4,54	3,30	5,25	4,33	4,28	4,27
261020 Panelas	8,88	14,63	12,75	11,24	11,42	8,37
261030 Paranatama	6,53	3,62	4,73	4,61	3,78	3,60
261040 Parnamirim	13,07	17,53	16,47	21,15	15,28	9,81
261050 Passira	10,63	10,87	8,14	8,36	7,81	9,32
261060 Paudalho	13,41	10,31	12,38	10,55	12,85	11,08
261070 Paulista	5,01	4,72	5,12	5,37	6,72	7,49
261080 Pedra	14,46	11,35	10,22	8,86	6,79	9,09
261090 Pesqueira	20,49	21,07	24,06	20,61	22,72	18,22
261100 Petrolândia	3,92	6,02	14,56	15,60	21,28	14,25
261110 Petrolina	7,84	5,59	5,95	6,45	7,75	6,32

(Continuação)

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
261120 Poção	7,58	6,60	11,21	8,89	8,34	6,04
261130 Pombos	13,44	10,08	13,18	14,32	10,93	10,44
261140 Primavera	11,47	8,81	9,90	7,74	8,39	7,46
261150 Quipapá	11,15	12,26	11,41	12,65	7,19	8,72
261153 Quixaba	12,40	10,26	16,03	13,52	13,54	13,73
261160 Recife	10,21	10,15	9,84	9,51	9,41	10,76
261170 Riacho das Almas	6,68	11,25	8,77	8,46	7,38	7,87
261180 Ribeirão	13,98	19,61	15,01	9,64	7,25	8,12
261190 Rio Formoso	10,63	13,02	11,60	9,84	11,36	7,79
261200 Sairé	6,00	5,14	6,41	5,16	6,25	8,12
261210 Salgadinho	2,96	2,56	2,68	2,32	4,15	3,77
261220 Salgueiro	22,68	25,74	27,58	24,21	29,52	26,93
261230 Saloá	10,19	8,88	6,86	7,50	4,62	7,07
261240 Sanharó	15,05	13,67	10,61	12,44	13,15	16,67
261245 Santa Cruz	7,47	7,44	11,55	12,92	13,05	13,53
261247 Santa Cruz da Baixa Verde	15,87	27,84	29,15	25,26	24,70	23,86
261250 Santa Cruz do Capibaribe	5,28	5,13	4,78	3,80	3,25	4,20
261255 Santa Filomena	1,87	2,45	2,47	2,60	2,43	1,86
261260 Santa Maria da Boa Vista	5,20	5,46	5,33	7,75	5,88	4,74
261270 Santa Maria do Cambucá	7,40	7,88	5,45	5,49	6,81	7,41
261280 Santa Terezinha	16,28	12,87	15,65	11,50	8,56	4,29
261290 São Benedito do Sul	10,61	13,01	9,40	7,00	4,61	5,84
261300 São Bento do Una	5,91	7,09	5,63	5,78	6,26	6,82
261310 São Caitano	12,77	12,11	11,94	11,24	12,09	11,65
261320 São João	7,68	5,66	5,21	3,83	5,57	6,77
261330 São Joaquim do Monte	9,45	8,05	11,42	9,35	6,07	9,25
261340 São José da Coroa Grande	4,85	5,77	6,44	6,27	6,43	6,05
261350 São José do Belmonte	16,13	16,94	21,95	20,74	20,63	10,46
261360 São José do Egito	29,21	26,26	33,21	26,77	15,63	14,71
261370 São Lourenço da Mata	9,56	7,96	6,46	5,28	7,29	7,18
261380 São Vicente Ferrer	11,09	13,84	11,12	9,31	7,64	13,23
261390 Serra Talhada	25,40	25,94	27,35	27,72	29,26	27,08
261400 Serrita	20,56	17,09	22,75	16,93	17,06	11,98
261410 Sertânia	11,56	12,22	11,51	14,17	14,72	7,51
261420 Sirinhaém	11,49	13,31	12,14	11,38	9,11	6,44
261440 Solidão	17,29	25,45	26,64	32,46	30,98	19,94
261450 Surubim	12,38	12,11	13,12	10,48	8,82	9,03
261460 Tabira	21,78	27,92	37,20	32,13	33,27	14,28
261470 Tacaimbó	8,67	7,90	4,79	4,72	3,86	6,34
261480 Tacaratu	2,25	2,02	4,62	6,24	8,02	7,17
261485 Tamandaré	8,01	13,16	10,91	10,15	11,54	8,44
261500 Taquaritinga do Norte	10,89	15,89	9,80	6,44	4,67	8,07

(Conclusão)

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013
261510 Terezinha	6,98	7,38	10,24	13,29	11,47	10,01
261520 Terra Nova	16,57	17,24	33,20	20,51	20,66	23,60
261530 Timbaúba	6,85	5,81	8,01	9,65	8,96	7,58
261540 Toritama	6,59	3,82	4,44	5,00	4,92	5,39
261550 Tracunhaém	5,23	5,13	6,97	5,11	12,47	7,71
261560 Trindade	12,72	11,51	14,09	12,26	8,79	9,55
261570 Triunfo	26,07	29,05	38,45	30,81	34,10	32,00
261580 Tupanatinga	10,73	10,99	10,40	8,70	8,57	5,91
261590 Tuparetama	36,51	31,20	45,80	31,87	2,89	9,47
261600 Venturosa	11,51	10,89	18,13	16,61	7,55	10,54
261610 Verdejante	17,72	25,66	26,25	20,40	19,27	20,94
261618 Vertente do Lério	10,04	9,11	10,29	12,40	13,64	12,34
261620 Vertentes	21,84	10,45	4,99	10,01	14,59	13,16
261630 Vicência	14,97	14,89	13,21	8,45	7,16	7,41
261640 Vitória de Santo Antão	18,09	18,04	18,75	16,69	21,43	20,79
261650 Xexéu	13,74	6,58	7,38	8,00	7,69	8,89
TOTAL	2063,47	2168,98	2391,17	2226,59	2013,74	1868,95

Fonte: Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

APÊNDICE E - Grupos de diagnósticos das internações por causas sensíveis à atenção básica

Grupo	Diagnóstico
1	Doenças preveníveis por imunização
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações
3	Anemia
4	Deficiências nutricionais
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta
6	Pneumonias bacterianas
7	Asma
8	Doenças pulmonares
9	Hipertensão
10	Angina
11	Insuficiência cardíaca
12	Doenças cerebrovasculares
13	Diabetes mellitus
14	Epilepsias
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: Tabwin 32

APÊNDICE F –Total das internações por causas sensíveis à atenção básica por gerência regional de saúde – 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Taxa de crescimento (%)
I	40.026	37.768	35.578	34.615	36.895	41.726	226.608	37.77	4,24
II	10.159	9.695	9.299	8.940	8.982	9.416	56.491	9.41	-7,31
III	7.548	8.060	7.867	7.363	6.390	5.243	42.471	7.07	-30,53
IV	27.348	26.456	25.475	24.124	24.886	27.593	155.882	25.98	0,89
V	6.199	6.544	6.711	6.700	6.061	6.311	38.526	6.42	1,81
VI	6.165	5.826	6.820	7.150	7.090	7.110	40.161	6.69	15,33
VII	3.090	3.325	3.714	3.307	3.482	3.256	20.174	3.36	5,37
VIII	3.717	3.291	3.542	3.833	3.809	3.606	21.798	3.63	-2,99
IX	3.643	4.262	4.531	4.376	4.067	4.440	25.319	4.22	21,88
X	4.519	5.333	5.945	5.573	5.060	3.806	30.236	5.03	-15,77
XI	2.621	3.088	3.784	3.615	3.446	2.761	19.315	3.21	5,34
XII	3.280	2.828	2.759	2.980	3.154	3.179	18.180	3.03	-3,08
TOTAL	119.004	116.951	116.454	113.250	114.077	119.234	698.970	116.495	0,19

Fonte: Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs do site do Datasus

APÊNDICE G -Total das internações por causas sensíveis à atenção básica, por porte populacional, de 2008 a 2013. Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Taxa de Crescimento (%)
< 10.000 habitantes;	1.786	1.968	2.416	2.225	1.701	1.596	11.692	1.949	-10,64
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	9.361	9.906	10.982	10.003	9.172	9.009	58.433	9.739	-3,76
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	21.558	22.924	24.848	23.213	21.265	19.770	133.578	22.263	-8,29
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	19.265	19.543	20.494	20.245	20.046	19.182	118.775	19.796	-0,43
≥ 100.000 habitantes	42.115	39.338	36.774	35.866	38.612	42.913	235.618	39.270	1,89

Fonte: Elaboração própria a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs (Datasus)

APêNDICE H - Total das internações gerais por gerências regionais de saúde - 2008 a 2013. Pernambuco

GERES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Taxa de crescimento (%)
I	228.092	227.541	233.165	237.545	238.103	245.753	1.410.199	235.033	7,74
II	35.187	35.273	35.987	35.753	36.040	36.069	214.309	35.718	2,51
III	36.141	37.131	35.974	37.436	33.594	35.934	216.210	36.035	-0,57
IV	60.296	60.573	61.538	60.500	60.663	60.575	364.145	60.691	0,46
V	25.935	24.213	26.626	26.159	25.041	26.048	154.022	25.670	0,43
VI	19.044	18.092	19.986	21.365	20.399	19.478	118.364	19.727	2,28
VII	9.723	10.503	11.508	10.792	11.405	10.458	64.389	10.732	7,56
VIII	16.631	20.303	20.376	22.531	22.235	21.108	123.184	20.531	26,92
IX	17.432	20.573	21.857	21.087	20.167	17.367	118.483	19.747	-0,37
X	13.900	15.144	16.916	16.718	14.787	13.333	90.798	15.133	-4,08
XI	17.971	18.312	21.287	20.648	19.527	17.057	114.802	19.134	-5,08
XII	11.890	10.962	11.936	13.327	13.705	13.466	75.286	12.548	13,25
TOTAL	492.242	498.620	517.156	523.861	515.666	516.646	3.064.191	510.699	4,96

Fonte: Elaboração própria com a partir da baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

APÊNDICE I - Total das internações gerais por portes populacionais - 2008 a 2013.
Pernambuco

População	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Taxa de crescimento (%)
< 10.000 habitantes	7.162	7.399	8.309	8.171	6.994	6.779	44.814	7.469	-5,35%
≥ 10.000 e < 20.000 habitantes	45.671	47.269	50.742	50.417	47.611	47.389	289.099	48.183	3,76%
≥ 20.000 e < 50.000 habitantes	104.025	106.362	111.105	111.416	107.098	104.336	644.342	107.390	0,30%
≥ 50.000 e < 100.000 habitantes	93.496	94.156	99.161	101.348	99.622	96.566	584.349	97.392	3,28%
≥ 100.000 habitantes	257.998	258.964	263.473	267.259	271.476	278.719	1.597.889	266.315	8,03%

Fonte: Elaboração própria baseado na baixa dos arquivos reduzidos das AIHs

APÊNDICE J- Percentual de cobertura das equipes de saúde da família dos municípios de Pernambuco, de 2008 a 2013

(Continua)

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260005 Abreu e Lima	87	90	90	91	91	94
260010 Afogados da Ingazeira	58	78	68	79	79	97
260020 Afrânio	84	80	59	78	59	100
260030 Agrestina	93	97	98	92	92	92
260040 Água Preta	105	100	100	100	101	100
260050 Águas Belas	20	35	35	77	86	85
260060 Alagoinha	100	94	100	100	101	100
260070 Aliança	93	97	98	92	92	92
260080 Altinho	101	100	100	100	100	100
260090 Amaraji	62	100	100	100	100	100
260100 Angelim	100	100	100	100	101	100
260105 Araçoiaba	98	100	100	100	101	100
260110 Araripina	39	52	52	67	76	75
260120 Arcoverde	88	82	86	85	85	74
260130 Barra de Guabiraba	100	100	100	100	101	100
260140 Barreiros	73	63	63	76	76	67
260150 Belém de Maria	104	100	100	100	100	100
260160 Belém do São Francisco	77	65	65	85	100	100
260170 Belo Jardim	32	38	51	52	52	52
260180 Betânia	108	87	100	100	100	100
260190 Bezerras	67	71	71	76	76	76
260200 Bodocó	99	99	99	88	98	100
260210 Bom Conselho	64	61	61	61	61	60
260220 Bom Jardim	93	93	93	91	100	100
260230 Bonito	77	77	76	83	83	92
260240 Brejão	63	46	65	66	53	65
260250 Brejinho	100	100	100	100	100	100
260260 Brejo da Madre de Deus	71	74	82	31	53	45
260270 Buenos Aires	89	76	100	100	100	100
260280 Buíque	63	46	65	66	53	65
260290 Cabo de Santo Agostinho	67	69	68	63	63	67
260300 Cabrobó	71	69	100	89	101	100
260310 Cachoeirinha	102	100	100	100	101	100
260320 Caetés	99	100	100	100	101	100
260330 Calçado	51	100	100	100	100	100
260340 Calumbi	48	44	86	100	100	100
260345 Camaragibe	94	100	94	98	100	99
260350 Camocim de São Félix	99	100	100	100	81	100
260360 Camutanga	100	100	42	85	85	100
260370 Canhotinho	101	100	100	100	100	100

(Continuação)

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260380 Capoeiras	100	100	100	100	35	100
260390 Carnaíba	101	100	100	100	100	100
260392 Carnaubeira da Penha	71	56	28	59	59	58
260400 Carpina	68	71	71	65	55	77
260410 Caruaru	50	40	30	23	34	45
260415 Casinhas	99	100	100	100	100	100
260420 Catende	100	99	98	91	91	89
260430 Cedro	99	97	100	100	101	94
260440 Chã de Alegria	100	100	100	100	101	100
260450 Chã Grande	98	100	100	100	101	100
260460 Condado	84	100	100	100	85	100
260470 Correntes	97	100	100	99	100	100
260480 Cortês	100	100	100	100	100	100
260490 Cumaru	87	100	40	20	100	99
260500 Cupira	76	100	100	100	100	100
260510 Custódia	100	100	100	100	101	100
260515 Dormentes	88	85	63	82	82	80
260520 Escada	29	44	44	54	54	54
260530 Exu	84	100	100	100	100	100
260540 Feira Nova	100	100	100	100	101	100
260550 Ferreiros	98	100	100	100	100	100
260560 Flores	101	100	100	100	100	100
260570 Floresta	50	50	49	71	71	69
260580 Frei Miguelinho	101	94	93	97	97	95
260590 Gameleira	100	100	99	99	87	97
260600 Garanhuns	74	80	81	80	85	84
260610 Glória do Goitá	86	98	98	95	95	94
260620 Goiana	76	79	79	68	68	86
260630 Granito	100	100	100	100	101	99
260640 Gravatá	96	88	92	86	90	89
260650 Iati	101	100	100	100	100	100
260660 Ibimirim	102	100	100	100	101	100
260670 Ibirajuba	94	88	88	92	92	91
260680 Igarassu	88	87	86	85	85	82
260690 Iguaraci	88	84	56	29	88	88
260700 Inajá	106	100	100	90	102	100
260710 Ingazeira	74	100	100	100	100	100
260720 Ipojuca	53	56	55	60	60	58
260730 Ipubi	99	100	100	100	101	100
260740 Itacuruba	86	80	79	79	79	77
260750 Itaíba	65	100	100	100	100	100
260760 Ilha de Itamaracá	53	94	100	95	102	100

(Continuação)

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
260765 Itambé	100	100	100	100	100	100
260770 Itapetim	99	98	100	100	100	100
260775 Itapissuma	98	100	100	100	101	100
260780 Itaquitinga	100	100	100	100	100	100
260790 Jaboatão dos Guararapes	38	36	40	41	44	44
260795 Jaqueira	99	100	100	100	100	100
260800 Jataúba	101	100	100	100	101	100
260805 Jatobá	70	72	72	74	74	73
260810 João Alfredo	101	100	100	100	101	100
260820 Joaquim Nabuco	102	100	100	100	100	100
260825 Jucati	93	100	100	100	101	100
260830 Jupi	100	100	100	100	101	100
260840 Jurema	94	67	89	95	95	100
260845 Lagoa do Carro	98	100	100	100	65	84
260850 Lagoa de Itaenga	98	100	100	100	100	100
260860 Lagoa do Ouro	100	100	100	100	101	100
260870 Lagoa dos Gatos	67	89	89	88	88	88
260875 Lagoa Grande	91	94	77	91	91	100
260880 Lajedo	30	70	69	57	57	65
260890 Limoeiro	90	100	100	100	100	100
260900 Macaparana	87	100	100	100	100	100
260910 Machados	99	100	88	100	102	98
260915 Manari	99	78	76	76	76	73
260920 Maraial	63	83	84	85	85	87
260930 Mirandiba	78	50	100	100	101	100
260940 Moreno	60	63	74	73	49	78
260950 Nazaré da Mata	87	100	100	100	90	100
260960 Olinda	49	47	45	36	42	48
260970 Orobó	100	100	100	100	100	100
260980 Orocó	32	25	72	79	79	76
260990 Ouricuri	98	89	88	91	91	95
261000 Palmares	101	100	100	100	100	100
261010 Palmeirina	99	100	100	100	99	100
261020 Panelas	56	54	41	54	81	93
261030 Paranatama	101	100	100	100	100	100
261040 Parnamirim	110	100	100	100	101	100
261050 Passira	101	100	100	100	100	100
261060 Paudalho	100	100	100	100	101	100
261070 Paulista	44	44	43	46	45	45
261080 Pedra	100	100	100	100	100	100
261090 Pesqueira	60	54	54	55	71	87
261100 Petrolândia	54	54	74	85	85	83

(Continuação)

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
261100 Petrolândia	54	54	74	85	85	83
261120 Poção	55	90	90	92	92	63
261130 Pombos	96	100	100	100		100
261140 Primavera	86	100	100	100	101	100
261150 Quipapá	101	100	100	100	101	100
261153 Quixaba	54	97	97	100	100	100
261160 Recife	52	51	52	55	53	53
261170 Riacho das Almas	94	100	100	100	90	100
261180 Ribeirão	91	96	97	85	85	84
261190 Rio Formoso	100	100	100	100	100	100
261200 Sairé	99	100	100	100	98	100
261210 Salgadinho	99	100	84	100	37	72
261220 Salgueiro	81	81	81	85	91	96
261230 Saloá	91	100	100	100	100	100
261240 Sanharó	99	75	92	63	47	75
261245 Santa Cruz	99	100	100	100	101	100
261247 Santa Cruz da Baixa Verde	101	86	100	100	101	100
261250 Santa Cruz do Capibaribe	45	44	43	71	67	64
261255 Santa Filomena	75	95	100	100	101	100
261260 Santa Maria da Boa Vista	46	50	41	61	61	69
261270 Santa Maria do Cambucá	100	100	100	100	101	100
261280 Santa Terezinha	99	100	100	100	101	100
261290 São Benedito do Sul	94	92	96	74	74	72
261300 São Bento do Una	50	63	63	58	58	57
261310 São Caitano	75	76	76	10	78	78
261320 São João	100	100	100	97	97	100
261330 São Joaquim do Monte	100	100	100	100	100	100
261340 São José da Coroa Grande	106	100	100	100	19	100
261350 São José do Belmonte	54	51	51	42	21	32
261360 São José do Egito	100	100	100	100	101	100
261370 São Lourenço da Mata	81	77	76	74	70	82
261380 São Vicente Ferrer	99	100	100	100	100	100
261390 Serra Talhada	54	39	56	65	70	73
261400 Serrita	82	100	100	100	100	100
261410 Sertânia	87	78	67	82	82	81
261420 Sirinhaém	94	81	80	77	77	75
261430 Moreilândia	66	97	100	100	100	100
261440 Solidão	101	100	100	100	100	100
261450 Surubim	99	100	100	100	59	100
261460 Tabira	96	90	89	100	101	100
261470 Tacaimbó	99	100	100	100	100	100

(Conclusão)

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013
261480 Tacaratu	61	48	62	63	63	60
261485 Tamandaré	89	100	100	100	101	100
261500 Taquaritinga do Norte	94	92	91	55	83	27
261510 Terezinha	101	100	100	100	101	100
261520 Terra Nova	104	100	100	100	100	100
261530 Timbaúba	101	100	100	100	100	100
261540 Toritama	62	54	52	49	68	73
261550 Tracunhaém	104	100	100	100	100	100
261560 Trindade	99	100	100	100	101	100
261570 Triunfo	94	88	66	69	92	92
261580 Tupanatinga	78	90	91	71	71	69
261590 Tuparetama	100	100	100	100	100	100
261600 Venturosa	99	100	100	100	101	100
261610 Verdejante	99	100	100	100	100	100
261618 Vertente do Lério	100	100	100	100	99	100
261620 Vertentes	89	77	95	100	101	100
261630 Vicência	100	100	100	100	100	89
261640 Vitória de Santo Antão	63	71	71	69	69	69
261650 Xexéu	86	100	100	100	73	100
Fernando de Noronha	98	100		100	102	100

Fonte: Elaboração própria baseado na baixa dos arquivos reduzidos das AIHs