

Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária

Descriptive analysis of spending on hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions

Tissiani Morimoto¹ , Juvenal Soares Dias da Costa¹ 

Resumo

Introdução: O financiamento é um problema presente em toda a história do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Os gastos em saúde no Brasil sempre foram insuficientes para se assegurarem os princípios do SUS. **Objetivo:** Analisar os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e seu impacto nas despesas de saúde. **Método:** Este estudo analisou as despesas com saúde no município de São Leopoldo-RS, no período de 2003 a 2012. Trata-se de um estudo ecológico utilizando dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, por meio do Sistema de Informações Hospitalares, e no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Resultados:** São Leopoldo apresentou aumento de 70,91% nas despesas totais com saúde no período, de 58,52% nos gastos *per capita* e de apenas 21,75% nas despesas com atenção primária à saúde (APS). Os gastos com ICSAP aumentaram 16,30% e os gastos totais com internações diminuíram 3,54%. Ao se comparar com as despesas totais com saúde, os gastos com ICSAP representaram 2,57% em 2003 e 1,75% em 2012. **Conclusão:** Encontrou-se aumento do gasto *per capita* em saúde, porém ainda insuficiente. Os valores gastos com as ICSAP poderiam representar expressiva economia ao sistema de saúde.

Palavras-chave: qualidade da assistência à saúde; atenção primária à saúde; hospitalização; saúde da família; financiamento da assistência à saúde; gastos em saúde.

Abstract

Background: Funding is a problem present throughout the history of the Brazilian Unified Health System (SUS). Health spending in Brazil have always been insufficient to ensure the principles of SUS. **Objective:** To analyze spending on hospitalizations due to ambulatory care for sensitive conditions (HACSC) and their impact on health expenditures. **Method:** This study analyzed spending on health in São Leopoldo, RS, between 2003 and 2012. It is an ecological study using data available from the Informatics Department of Brazil's National Unified Health System through the Hospital Information System and the Information System of Public Health Budget. **Results:** São Leopoldo's total health expenditure increased 70.91% in the period, growing 58.52% in per capita spending, and only 21.75% in expenses for primary health care (PHC). Spending on HACSC increased 16.30% and total spending with hospitalization decreased 3.54%. Compared to total health expenditure, the spending on HACSC represented 2.57%, in 2003, and 1.75%, in 2012. Comparing to expenses for PHC, the average spending on HACSC represented 19.43% of expenses on PHC. **Conclusion:** There was an increase in per capita spending on health, but still insufficient. The amounts spent on the ICSAP could represent a significant savings to the health system.

Keywords: quality of health care; primary health care; hospitalization; family health; healthcare financing; health expenditures.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) - São Leopoldo (RS), Brasil.

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) - São Leopoldo (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Tissiani Morimoto - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Av. Unisinos, 950 - Cristo Rei - CEP: 93022-000 - São Leopoldo (RS), Brasil - Email: tissi.morimoto@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

O financiamento é um problema presente em toda a história do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Os gastos em saúde no Brasil sempre foram insuficientes para se assegurarem os princípios do SUS, como o acesso universal, com integralidade da assistência e a efetividade da saúde pública¹.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, no ano de 2012, os gastos totais do Brasil em saúde somaram 9,3% do PIB nacional. Esse valor foi próximo dos gastos de países desenvolvidos, como Austrália (9,1%), Canadá (10,9%) e Reino Unido (9,4%). Entretanto, os gastos públicos em saúde nos países que possuíam sistemas de saúde de acesso universal, como o do Brasil, apresentaram percentuais em torno de 70% do total aplicado em saúde. Contudo, no Brasil, o gasto público em saúde foi de 46% do total².

Mendes³ afirma que quando os gastos públicos são inferiores a 50% dos gastos totais ocorre a fragmentação dos sistemas de saúde. Para fins de comparação, segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2012, os Estados Unidos, país reconhecido por um sistema fragmentado, apresentaram gastos públicos de 46% do total aplicado em saúde, mesmo percentual que o Brasil. Com isso, o autor alerta para o risco de o sistema de saúde brasileiro se tornar, no longo prazo, um sistema destinado para uso geral das classes baixas e para custeio de procedimentos de alto custo das classes média e alta, não se consolidando, desta forma, como direito de todos e dever do Estado³.

Sabe-se que o nível primário é a base dos sistemas de saúde, sendo responsável, inclusive, pela coordenação dos cuidados em outros níveis de atenção⁴. No Brasil, conforme alguns estudos, a Estratégia Saúde da Família ampliou o acesso aos serviços e melhorou os indicadores de saúde⁵⁻⁸. No entanto, isso não significou que a atenção primária à saúde (APS) não necessitasse de maiores recursos. Tornou-se evidente o clamor por maiores investimentos no sistema público de saúde brasileiro⁹. Um estudo mostrou que investimentos nas condições de estrutura e processo para o nível de atenção primária ao primeiro contato, conforme atributos do instrumento PCATool, deveriam ser prioritários no município de Porto Alegre¹⁰. Outro estudo, em Petrópolis-RJ, evidenciou que, apesar de amplas reformas no nível da atenção primária, as condições estruturais ainda não tinham sido uniformemente beneficiadas¹¹.

Mendes^{12,13} destacou que a concepção hierárquica do SUS, formatada segundo níveis de complexidade relativa de cada nível de atenção, tem sido equivocada. Existe uma visão distorcida da complexidade da atenção primária que leva a sua desvalorização e consequente sobrevalorização de práticas exercidas nos níveis de atenção secundários e terciários.

Em 2013, o Ministério da Saúde gastou R\$ 16,1 bilhões em APS, o que representou um aumento de 65% em relação ao ano de 2010. No entanto, este valor representou apenas 21%

dos gastos totais em saúde. Ao se considerar a APS como a porta de entrada ao sistema e responsável por cerca de 80% das demandas de saúde, evidenciou-se que o montante de recursos ainda foi insuficiente¹⁴.

Com base na escassez de recursos, percebe-se a necessidade de avaliação permanente dos programas de saúde. A avaliação permite uma maior certeza nas tomadas de decisão em saúde, se configurando como um importante instrumento para suprir necessidades de informações aos gestores¹⁵. Com a avaliação, é possível identificar as demandas e necessidades de saúde da população, permitindo uma melhora na resolutividade do sistema e prevenindo o desperdício de recursos em programas inefetivos^{16,17}.

Na década de 1990, Billings et al.¹⁸ desenvolveram um indicador de atividade hospitalar como medida da efetividade da APS denominado *ambulatory care sensitive conditions*, como inferência ao conceito de mortes evitáveis. Em português, esse indicador é denominado *internações por condições sensíveis à atenção primária* e representa o conjunto de problemas de saúde que, se cuidados em tempo hábil e de forma efetiva na APS, seja por prevenir o aparecimento da doença, seja por manejar adequadamente a condição ou doença crônica, diminui o risco de internação hospitalar^{19,20}.

No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou uma lista própria de condições sensíveis à atenção primária no ano de 2008, que tem se configurado como um importante indicador para monitoramento e avaliação da qualidade do nível da atenção. Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) podem indicar problemas na atenção primária, como baixa cobertura e resolutividade¹⁹.

Com base no exposto, torna-se relevante a realização de um estudo que avalie os gastos das ICSAP. Parte-se do princípio de que os recursos financeiros são limitados e entende-se que as ICSAP são condições passíveis de controle ambulatorial, não devendo acarretar internação hospitalar¹⁹. Com isso, o objetivo do presente estudo foi analisar os gastos com ICSAP e seu impacto nas despesas de saúde no município de São Leopoldo-RS, no período de 2003 a 2012.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico de série temporal no município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, no período de 2003 a 2012. São Leopoldo situa-se na região metropolitana de Porto Alegre e possui população estimada para o ano de 2014 de 226.988 habitantes.

O município conta com um hospital municipal, com 219 leitos para internação pelo SUS. Os serviços disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde são compostos por: um centro de vigilância em saúde; dois serviços de atendimento especializado;

três centros de atenção psicossocial; seis centros de saúde; nove unidades básicas de saúde, e nove ESF.

Os dados secundários relativos aos gastos totais com internações hospitalares e aos gastos com ICSAP foram obtidos dos bancos disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foi utilizada a lista nacional de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária conforme a Portaria do Ministério da Saúde n.º 221, de 17 de abril de 2008.

As despesas totais com saúde e as despesas com APS foram obtidas dos Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária do município, disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O gasto *per capita* em saúde foi calculado dividindo-se as despesas totais com saúde pela população de cada ano correspondente. As nomenclaturas “despesas totais com saúde” e “despesas com APS” foram adotadas em função de estas serem as utilizadas pelo SIOPS, e se referiram aos investimentos financeiros aplicados em saúde no município. A discriminação da fonte do recurso (federal, estadual ou municipal) não foi interesse do presente estudo.

Todos os valores analisados (despesas totais com saúde; gastos *per capita* em saúde; despesas com APS; gastos com ICSAP, e gastos totais com internações) foram ajustados de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE, com o objetivo de reduzir as variações de preço devidas à inflação sobre os valores apresentados^{21,22}.

Os dados foram trabalhados no Programa *Microsoft Excel*® e, após, foram transferidos para o Programa *Stata*® 11.2, para a realização das análises estatísticas. Inicialmente, foram descritas as distribuições das despesas totais com saúde, o gasto *per capita* com saúde, as despesas com atenção primária à saúde, os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos totais com internações de 2003 a 2012. Foram apresentados também os percentuais das despesas com atenção primária à saúde em relação às despesas totais

com saúde; dos gastos das internações por condições sensíveis à atenção primária quanto aos gastos totais com internações, e dos gastos das internações por condições sensíveis à atenção primária pelas despesas totais com saúde.

Realizou-se a correlação de Spearman para testar a associação dos gastos com ICSAP com as despesas totais com saúde e os gastos *per capita* em saúde. A correlação foi considerada como significativa quando alcançado valor superior a 0,50 e valor *p* menor que 0,05²³.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), mediante resolução n.º 127/2014 de 11/09/2014.

RESULTADOS

No período analisado, as despesas totais com saúde apresentaram aumento gradual, chegando a atingir R\$ 124.073.298,63 no ano de 2012, o que correspondeu a um aumento de 70,91%. Comportamento semelhante pôde ser observado com o gasto *per capita* em saúde, que apresentou um aumento de 58,52% no período, passando de R\$ 360,38 em 2003 para R\$ 571,27 em 2012. Já as despesas com APS apresentaram comportamento oscilatório, passando de R\$ 8.463.079,10 em 2003, tendo atingido o valor máximo de R\$ 28.058.033,18 em 2005 e diminuindo para R\$ 10.303.620,23 em 2012. Ao se analisar o percentual das despesas com APS em relação às despesas totais com saúde, observou-se que a proporção diminuiu no período, ou seja, o aumento das despesas totais com saúde foi maior que o aumento das despesas com APS (Tabela 1).

No que se refere aos gastos com ICSAP, observaram-se pequenas variações até o ano de 2008, seguidas de aumento nos últimos quatro anos analisados. No período estudado, os gastos com ICSAP aumentaram 16,30%. Já os gastos totais com internações apresentaram pouca variação em todo o período, com diminuição de 3,54% (Tabela 2).

Tabela 1. Despesas totais com saúde, gasto *per capita* em saúde, despesas com atenção primária à saúde (APS), percentual das despesas com APS em relação às despesas totais com saúde. São Leopoldo, Brasil (2003-2012)

Ano	Despesas totais com saúde (DS)*	Gasto <i>per capita</i> saúde*	Despesas com APS (DAPS)*	% DAPS/DS
2003	R\$ 72.596.849,01	R\$ 360,38	R\$ 8.463.079,10	11,66
2004	R\$ 77.592.018,43	R\$ 380,46	R\$ 25.946.174,96	33,44
2005	R\$ 79.271.149,14	R\$ 378,18	R\$ 28.058.033,18	35,40
2006	R\$ 82.785.992,08	R\$ 389,58	R\$ 7.600.363,65	9,18
2007	R\$ 84.238.861,25	R\$ 391,16	R\$ 8.372.976,83	9,94
2008	R\$ 97.459.660,45	R\$ 463,77	R\$ 10.160.565,22	10,43
2009	R\$ 102.143.895,33	R\$ 482,58	R\$ 13.373.378,56	13,09
2010	R\$ 106.561.747,09	R\$ 497,75	R\$ 14.314.783,74	13,43
2011	R\$ 118.891.667,59	R\$ 551,28	R\$ 9.176.700,18	7,72
2012	R\$ 124.073.298,63	R\$ 571,27	R\$ 10.303.620,23	8,30

*Valores ajustados de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até 2012

Tabela 2. Gastos com ICSAP, gastos totais com internações, proporção de gastos com ICSAP em relação aos gastos totais com internações (IT), proporção de gastos com ICSAP em relação às despesas totais com saúde (DS). São Leopoldo, Brasil (2003-2012)

Ano	Gastos ICSAP* (R\$)	Gastos totais internações* (R\$)	Gastos ICSAP/IT (%)	Gastos ICSAP/DS (%)
2003	1.864.793,32	14.228.808,01	13,11	2,57
2004	1.815.633,81	15.579.186,35	11,65	2,34
2005	1.789.480,93	15.784.620,92	11,34	2,26
2006	1.908.009,83	15.219.076,41	12,54	2,30
2007	1.828.542,38	14.757.674,73	12,39	2,17
2008	1.848.918,63	14.276.611,48	12,95	1,90
2009	2.850.281,00	16.399.940,07	17,38	2,79
2010	3.151.968,85	17.051.030,19	18,49	2,96
2011	2.692.714,12	15.438.091,96	17,44	2,26
2012	2.168.813,95	13.725.214,62	15,80	1,75

*Valores ajustados de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até 2012

Tabela 3. Correlação de Spearman dos gastos com ICSAP em relação às despesas totais com saúde e ao gasto *per capita* em saúde. São Leopoldo, Brasil (2003-2012)

Variáveis	r	r ²	p
Despesas totais com saúde	0,6970	48,58%	0,0251
Gasto <i>per capita</i>	0,7091	50,28%	0,0217

r = Coeficiente de correlação; r² = Coeficiente de determinação; p = p-valor

Ao se analisar a proporção dos gastos com ICSAP em relação aos gastos totais com internações, observou-se que, nos últimos quatro anos analisados, as ICSAP aumentaram em relação ao total de internações, chegando a representar 18,49% em 2010, atingindo R\$ 3.151.968,85 (Tabela 2).

Ao se comparar com as despesas totais com saúde, observou-se que os gastos com ICSAP representaram 2,57% em 2003, variando até o máximo de 2,96% em 2010, atingindo 1,75% em 2012 (Tabela 2).

Na correlação de Spearman, as despesas totais com saúde e o gasto *per capita* apresentaram associação positiva moderada com os gastos com ICSAP. Portanto, conforme aumentaram as despesas totais com saúde e os gastos *per capita*, aumentaram os gastos com ICSAP, todas estatisticamente significativas (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os gastos com ICSAP aumentaram, enquanto que os gastos totais com internações diminuíram. Isso significou que os gastos com ICSAP, no presente estudo, aumentaram seu percentual em relação aos gastos totais com internações.

Ferreira et al.²⁴, em estudo na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, encontraram valores próximos aos do presente estudo. Os autores verificaram que o valor gasto com ICSAP no período compreendido entre 2008 e 2010 correspondia a 17,0% do total gasto com internações no município. Entretanto, apesar de estarem próximos aos encontrados no presente estudo, os percentuais apresentaram comportamento de queda no período, passando de 17,5% em 2008 para 16,5% em 2010, diferentemente

do presente estudo, que apresentou grande variação de valores, com alta no período.

Dias-da-Costa et al.⁶, em estudo na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, mostraram que os gastos com ICSAP representavam 13,0% dos gastos totais com internações em 1995, reduzindo a 5,4% em 2004. Estes percentuais foram inferiores aos encontrados no presente estudo. Deve-se considerar também que os autores encontraram diminuição do percentual de gastos com ICSAP em relação aos gastos totais com internações.

Em relação aos recursos financeiros, observou-se que as despesas totais com saúde e os gastos *per capita* apresentaram aumentos consideráveis no período analisado, estando relacionados com os gastos com ICSAP. Esse aumento pode refletir aumento de complexidade do sistema de saúde com a incorporação de novos serviços e ações, tais como criação do SAMU ou implantação de Centro de Atenção Psicossocial.

Ressalta-se que, apesar do aumento considerável das despesas totais com saúde e do gasto *per capita*, os recursos continuaram sendo insuficientes. Estudo recente sobre a Estratégia Saúde da Família indicou um gasto *per capita* brasileiro de US\$ 1.056,00 no ano de 2012. Deste total gasto, apenas 46,4% foram gastos públicos, o que correspondeu a US\$ 490,00 *per capita*². Neste mesmo ano, São Leopoldo apresentou um gasto *per capita* público de aproximadamente US\$ 280,00. Este valor representou que o gasto *per capita* público do município era 42,86% menor do que o brasileiro, apontado por diversos autores como insuficiente^{1,14}. Evidenciou-se, assim, a escassez de recursos destinados à saúde em São Leopoldo.

No que se refere às despesas com APS, observou-se que estas não apresentaram aumento considerável no período analisado, exceto em 2004 e 2005. Esse aumento provavelmente foi consequência da implantação do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) no município. O projeto consistiu em uma proposta do Ministério da Saúde, com apoio do Banco Mundial (BIRD), como tentativa de resolver a baixa expansão de cobertura da ESF, proporcionando um incremento financeiro nos municípios com mais de 100 mil habitantes⁵. Entretanto,

no período restante após a implantação, os valores investidos em APS foram semelhantes aos observados nos anos anteriores.

Sabe-se que o aumento das despesas com APS poderia gerar melhora na sua qualidade e nos seus resultados, e, consequentemente, a redução da necessidade de ocupação de leitos hospitalares por condições sensíveis à atenção primária^{19,25}. Com a redução de ocupação de leitos por ICSAP, abrem-se duas possibilidades: disponibilidade de leitos para internação por condições não sensíveis à APS e/ou redução dos gastos com internações.

Não foram encontrados estudos que avaliassem a disponibilidade de leitos para internação no Brasil e sua relação com as ICSAP. Weeks et al.²⁶, em estudo realizado na França, encontraram que maiores taxas de ICSAP estavam associadas com maior oferta de leitos hospitalares, reforçando a suposição de necessidade de ocupação para suprir ociosidade.

O presente estudo apresentou limitações inerentes ao tipo de estudo ecológico, uma vez que os dados não fornecem informações sobre as condições socioeconômicas, as comorbidades e os determinantes externos. Apesar disto, os dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde podem contribuir no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Estas informações possibilitam uma análise da situação de saúde de determinada

região para subsidiar tomadas de decisão e elaboração de programas de saúde baseados em evidências. As informações disponibilizadas podem ser de grande valia se tomados alguns cuidados, por se originarem de dados secundários.

O presente estudo encontrou aumento dos gastos com ICSAP e diminuição dos gastos totais com internações. Evidenciou que, apesar de crescimento expressivo no período, o gasto *per capita* com saúde estava abaixo do gasto brasileiro, que é considerado como insuficiente para garantir os objetivos do SUS. Mostrou ainda relação entre o aumento das despesas totais com saúde e do gasto *per capita* com o aumento dos gastos com ICSAP. Não foram encontrados na literatura estudos que avaliassem de forma mais profunda as despesas com ICSAP. Esperava-se encontrar redução dos gastos com ICSAP ao sistema de saúde local, entretanto, questiona-se: *Até que ponto pode ocorrer a diminuição? Qual a taxa aceitável de ICSAP? Quanto se pode aceitar gastar com internações evitáveis?*

Desta forma, recomendam-se outros estudos que investiguem esses pontos de forma a ampliar esta discussão, uma vez que a ocorrência desse evento pode afetar não somente os usuários dos serviços de saúde, que internam por estas condições por não receberem o cuidado necessário, como também o sistema de saúde, que acaba comprometendo a utilização dos recursos²⁴.

REFERÊNCIAS

- Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saude Soc.* 2013;22(4):987-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002>.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015;372(23):2177-81. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1501140>. PMID:26039598.
- Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av.* 2013;27(78):27-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344(8930):1129-33. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3). PMID:7934497.
- Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cien Saude Colet.* 2013;18(1):221-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>. PMID:23338512.
- Dias-da-Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(7):1699-707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700024>. PMID:18670693.
- Dias-da-Costa JS, Büttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(2):358-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200014>. PMID:20396850.
- Souza LL, Dias-da-Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saude Publica.* 2011;45(4):765-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>. PMID:21779639.
- Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cien Saude Colet.* 2013;18(1):273-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. PMID:23338517.
- Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1772-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>. PMID:23033191.
- Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage.* 2004;19(4):303-17. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.766>. PMID:15688875.
- Mendes EVO. SUS que temos e o SUS que queremos. *Rev Min Saúde Pública.* 2004;3(4):4-26.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Capucci P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. *J Manag Prim Heal Care.* 2014;5(1):127-8. <http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v5i1.206>.
- Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol Serv Saude.* 2013;22(1):179-81. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100019>.
- Vaughan R. Evaluation and public health. *Am J Public Health.* 2004;94(3):360. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.3.360>. PMID:14998793.

17. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues JF No. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):928-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>. PMID:20027503.
18. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff*. 1993;12(1):162-73. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162>. PMID:8509018.
19. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Publica*. 2009;25(6):1337-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>. PMID:19503964.
20. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Supl 1):1145-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700046>. PMID:21503462.
21. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):187-200. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144012>. PMID:24627025.
22. Soares A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1565-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700007>. PMID:17572805.
23. Chen PY, Popovich PM. Correlation: parametric and nonparametric measures. Thousand Oaks: Sage Publication; 2002. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412983808>.
24. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(1):45-56. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>.
25. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JJJL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007;7(4):495-502. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000400018>.
26. Weeks WB, Ventelou B, Paraponaris A. Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009-2010: trends, geographic variation, costs, and an international comparison. *Eur J Heal Econ*. 2016;17(4):453-70. PMID:25951924.

Recebido em: Set. 25, 2017

Aprovado em: Jan. 03, 2019

Copyright of Cadernos Saúde Coletiva is the property of Instituto de Estudos em Saude Colectiva (IESC) and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.