



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CRISTIANE DOS SANTOS PAULINO

**FINANCIAMENTO, ACESSO E RESOLUTIVIDADE
DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS**

PIRACICABA

2018

CRISTIANE DOS SANTOS PAULINO

**FINANCIAMENTO, ACESSO E RESOLUTIVIDADE
DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Gestão e Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Paula Maciel Rando Meirelles

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CRISTIANE DOS SANTOS PAULINO E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA PAULA MACIEL RANDO MEIRELLES

PIRACICABA

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

P284f Paulino, Cristiane dos Santos, 1976-
Financiamento, acesso e resolutividade da saúde pública em Minas Gerais / Cristiane dos Santos Paulino. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Maria Paula Maciel Rando Meirelles.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Financiamento da assistência à saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Hospitalização. 5. Gestão em saúde. I. Rando-Meirelles, Maria Paula Maciel, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Financing, access and resolution of public health in Minas Gerais

Palavras-chave em inglês:

Healthcare financing

Primary health care

Family health strategy

Hospitalization

Health management

Área de concentração: Gestão e Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Gestão e Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Maria Paula Maciel Rando Meirelles [Orientador]

Marília Jesus Batista de Brito Mota

Arsenio Sales Peres

Data de defesa: 07-02-2018

Programa de Pós-Graduação: Gestão e Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 07 de Fevereiro de 2018, considerou a candidata CRISTIANE DOS SANTOS PAULINO aprovada.

PROF^a. DR^a. MARIA PAULA MACIEL RANDO MEIRELLES

PROF. DR. ARSENIO SALES PERES

PROF^a. DR^a. MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Essencialmente a meu marido “Tilili”, que sempre me apoiou, mesmo com os desafios que vivenciamos durante o Mestrado... A meus pais, Hélio e Marlene, à minha irmã Fernanda e a meus queridos sobrinhos Arthur, Lucas e Pedro pelo amor incondicional!

“Tudo posso Naquele que me fortalece.” Filipenses 4.13

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e pela presença constante em minha vida. A meu marido “Tilili” pela compreensão e respeito às minhas escolhas. A meus pais, Hélio (sempre presente) e Marlene, pelos exemplos, pelo esforço e dedicação em nos oferecer sempre o melhor. À minha querida irmã Fernanda e ao Rodrigo pela amizade fraterna e a meus sobrinhos Arthur, Lucas e Pedro pelo amor genuíno.

À Tia Anna que sempre me incentivou a seguir nos estudos acadêmicos, à D. Luci pelas orações e aos meus familiares que torceram por esta conquista.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas, Prof. Dr. José Tadeu Jorge. À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu diretor Prof. Guilherme Elias Pessanha Henriques e à Prof^a. Cínthia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora dos programas de pós- graduação.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, à Prof^a. Dra. Luciane Miranda Guerra e Prof^a. Dra. Karine Laura Cortellazzi Mendes e a todos os professores, agradeço pelas oportunidades de compartilhar saberes e pela condução qualificada do ensino.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Maria Paula Maciel Rando Meirelles por me conduzir na pesquisa com serenidade, paciência, disponibilidade em auxiliar e ensinar.

Ao Prof. Dr. Eugênio Vilaça Mendes pela prontidão e interesse em analisar nosso trabalho e pelo diferencial de suas contribuições.

Agradeço aos secretários de saúde Cléber e Maria Amália, meus amigos Natália, Neide, Daniela, Silvana, Ricardo, Gláucia e colegas de trabalho que fazem parte desse processo de aprendizagem. À D. Maria Antônia e conselheiros de saúde pelas discussões em defesa das políticas de saúde de Pará de Minas e região.

À amiga Diana, onde encontrei afeto, generosidade, motivação e confiança.

À amiga Sheila e família, minha eterna gratidão por me receberem com tanto carinho e satisfação em Campinas!

À Sheila, Josimere, Gigli, Denise, Célia, Mawusi, Élica, Cecília, que tornaram o caminho mais leve, seguro, agradável e alegre. A todos os colegas e amigos da FOP, sempre os levarei no meu coração.

À FOP, esse lugar especial, onde acreditei mais em mim, evolui e me tornei uma pessoa melhor. Sempre estará em minha lembrança. Muito obrigada!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a evolução da despesa pública com saúde, a ampliação do acesso e a resolutividade da atenção primária à saúde em municípios mineiros entre 2006 e 2015. Trata-se de um estudo ecológico longitudinal, abrangendo os 853 municípios do estado de Minas Gerais, agregados em suas 13 regiões ampliadas de saúde. Os dados secundários pesquisados são provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Departamento de Atenção Básica (DAB). Elegeram-se como indicadores a Despesa pública municipal com saúde por habitante dos municípios, o Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, a Cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família e a Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária. Também foram consideradas as variáveis: Porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano e Inserção locorregional dos municípios. As análises descritivas foram realizadas por meio de tabelas de frequências de medidas de tendência central e de dispersão. Verificou-se que a média do Percentual de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios elevou de 20,6% em 2006 para 23,27% em 2015, aumentando em 2,67 pontos. Houve crescimento de 166,46% na média da Despesa pública municipal com saúde por habitante dos municípios, partindo de R\$ 251,85 para R\$ 671,09. A Cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família no estado era 58,99% e chegou a 79,24% no período analisado. No indicador Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária ocorreu decréscimo de 36,18% em 2008 para 31,36% em 2015. Conclui-se que as despesas com saúde cresceram significativamente, o acesso foi ampliado pela expansão da cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família e a melhoria da resolutividade da atenção primária à saúde foi demonstrada pela redução do indicador Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária. Espera-se que o conhecimento e as informações apontadas pelos resultados neste estudo possam contribuir para melhoria da gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Hospitalização. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the evolution of public health expenditure, the expansion of access and the resolution of primary health care in Minas Gerais municipalities between 2006 and 2015. This is a longitudinal ecological study, covering 853 municipalities in the state of Minas Gerais, aggregated in its 13 expanded health regions. The secondary data are from the Public Health Budget Information System (SIOPS), Information Technology Department of the Brazilian Public Health Care System (DATASUS) and Department of Basic Health Care (DAB). Municipal public expenditure on health per inhabitant of municipalities, Percentage of own resources applied to health, Population coverage by Family Health Strategy Teams and Proportion of hospitalizations for sensitive conditions to primary care were used as indicators. The following variables were also considered: Population size, Human development index and Locoregional insertion of municipalities. Descriptive analyzes were carried out using frequency tables of central tendency and dispersion measures. It was verified that the average of the Percentage of own resources applied in health by the municipalities increased from 20.6% in 2006 to 23.27% in 2015, increasing by 2.67 points. There was an increase of 166.46% in the average Municipal public health expenditure per inhabitant of the municipalities, from R\$ 251,85 to R\$ 671,09. Population coverage by the Family Health Strategy Teams in the state was 58.99% and reached 79.24% in the analyzed period. In the proportion of hospitalizations for sensitive conditions to primary care, there was a decrease from 36.18% in 2008 to 31.36% in 2015. In conclusion, health expenditures increased significantly, access was broadened by the expansion of population coverage by the Family Health Strategy Teams and the improvement of the primary health care resolution was demonstrated by the reduction of the indicator Proportion of hospitalizations for sensitive conditions to primary care. It is hoped that the knowledge and information pointed out by the results of this study may contribute to improving the management and consolidation of the Brazilian Health Care System.

Keywords: Healthcare Financing. Primary Health Care. Family Health Strategy. Hospitalization. Health Management.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ARTIGO: FINANCIAMENTO, ACESSO E RESOLUTIVIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS	14
3 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	44
Anexo 1 – Certificado do Comitê de Ética	44
Anexo 2 – Comprovante de submissão do artigo	45

1 INTRODUÇÃO

A saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS pela Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde e pela Lei 8.142/1990, que dispõe sobre o controle social na gestão do sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. As ações e serviços públicos de saúde – ASPS são custeados pelas três esferas de governo (Brasil, 1988), porém o financiamento do SUS continua sendo um grande desafio para o poder público (Mendes, 2012; Barros e Piola, 2016; Marques et al., 2016; Mendes e Funcia, 2016).

Houve mudanças no processo de repasse de receitas da União para os municípios. A implementação da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 96 buscou a responsabilização do poder municipal e a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com instituição de um Piso de Atenção Básica, baseado na distribuição de natureza demográfica e epidemiológica (Souza, 2003).

A Emenda Constitucional 29, promulgada em 2000, assegurou um percentual mínimo de investimento para cada nível de governo do SUS. (Brasil, 2000). A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 regulamentou o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ASPS, cabendo aos municípios aplicar, anualmente, no mínimo 15% da arrecadação das receitas próprias de impostos e transferências intergovernamentais (Brasil, 2012).

O acompanhamento dos dispositivos legais e o seu cumprimento por parte de cada esfera de governo são realizados através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, que foi idealizado e implementado em 1999 pelo Ministério da Saúde – MS. O SIOPS organiza e coleta informações sobre as receitas e gastos em saúde, permitindo análises sobre a execução financeira de saúde nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal, sendo um potente instrumento de planejamento, gestão e controle

social do SUS (Santo et al., 2012). De acordo com a Lei Complementar 141/2012, os municípios devem enviar relatório quadrimestral para apresentar ao Conselho Municipal de Saúde - CMS e prestar contas bimestralmente através da alimentação regular desse sistema (Brasil, 2012).

As transferências de recursos são realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS e pelos Fundos estaduais e municipais que, por sua vez, recebem aportes dos orçamentos nacional, estaduais e municipais, formando uma rede de financiamento para o SUS (Brasil, 1994). Os recursos federais destinados à saúde passaram a ser organizados e transferidos a estados e municípios na forma de Blocos de Financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, através da regulamentação da Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007).

O Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, além de definir a transferência de recursos por blocos, estabeleceu que os gestores deveriam assumir imediatamente ou gradualmente a gestão de todas ASPS por meio da assinatura de Termo de Compromisso. Quando o município não possui capacidade para ofertar integralmente os serviços, o gestor deve pactuar com outros municípios de sua região, a fim de garantir a integralidade do atendimento para a população. O Pacto pela Saúde propõe a pactuação de indicadores conforme as especificidades regionais em todos os níveis de gestão a fim de avaliar o impacto das condições sanitárias da população (Brasil, 2006a).

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamentou a lei 8080/90 e instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP, que é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de orientar a constituição de redes regionalizadas e estabelecer as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde. Essas regiões são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação

e infraestrutura de transporte compartilhados, com o propósito de integrar a organização, o planejamento e a execução de ASPS (Brasil, 2011a).

A porta preferencial de acesso às redes de atenção à saúde é a Atenção Primária à Saúde – APS, que deve ser a coordenadora do sistema de saúde, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado para os demais pontos da rede. A Estratégia Saúde da Família é o modelo prioritário de reorientação da atenção básica – AB, adotada pelo MS através da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2006b, 2011b, 2017).

Considera-se que cerca de 80 a 90% das condições de saúde podem ser atendidas pela APS (Starfield, 2004). Uma APS de qualidade só existirá se efetivar suas funções essenciais, sendo que a resolubilidade pertinente aos cuidados primários, essencialmente resolutiva e capacitada, poderá solucionar mais de 90% dos problemas de sua população (Mendes, 2015). A não efetividade da APS compromete a resolutividade dos demais níveis de atenção (Macinko et al., 2004), aumentando as demandas de procedimentos de média e alta complexidade e consequentemente os custos financeiros para o sistema.

O desempenho e o dimensionamento da qualidade dos serviços prestados pela APS podem ser avaliados indiretamente através da análise do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP (Elias e Magajenski, 2008; Rodrigues-Bastos et al., 2013). As ICSAP são consideradas evitáveis por implantação de cuidados preventivos, diagnóstico e tratamento precoce das doenças (Alfradique et al., 2009). O indicador ICSAP teve origem nos Estados Unidos como Ambulatory Care Sensitive Conditions – ACSC, no final da década de 1980 (Starfield, 2002), e então, vem sendo estudado em diversos países, conforme as especificidades locais, empregando-se como ferramenta de monitoramento e avaliação em diversas dimensões territoriais (Caminal e Casanova, 2003; Elias e Magajenski, 2008; Alfradique et al. 2009; Campos e Theme-Filha, 2012; Rodrigues-Bastos et al., 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, padronizando a primeira lista brasileira de grupos

diagnósticos das morbidades, classificadas em ICSAP (Brasil, 2008), favorecendo o desenvolvimento e a comparação entre estudos (Alfradique et al., 2009).

Apesar de todos os municípios seguirem o mesmo regramento, apresentam desempenhos variados quanto aos gastos e eficiência na saúde (Santo e Tanaka, 2011; Santo et al., 2012). Sendo assim, justifica-se esta pesquisa com o intuito de conhecer as realidades dos municípios mineiros, produzindo conhecimento e informações que permitam aos gestores, trabalhadores e comunidade uma reflexão crítica sobre as políticas públicas e que favoreça a construção e o fortalecimento dos processos de planejamento e tomada de decisão, assegurando avanços na gestão do SUS.

Considerando o contexto apresentado e a heterogeneidade das condições de vida e de atenção à saúde presentes no estado de Minas Gerais, este estudo tem como objetivo identificar a evolução da despesa pública com saúde, a ampliação do acesso e a resolutividade da atenção primária à saúde em municípios mineiros entre 2006 e 2015.

2 ARTIGO: FINANCIAMENTO, ACESSO E RESOLUTIVIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

Artigo submetido ao periódico Revista de Saúde Pública (Anexo 2)

Título resumido: Saúde Pública em Minas Gerais

Cristiane dos Santos Paulino¹

Maria Paula Maciel Rando Meirelles²

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação de Odontologia em Saúde Coletiva, FOP-UNICAMP.

² Docente do Programa de Pós Graduação de Odontologia em Saúde Coletiva, FOP-UNICAMP.

FINANCIAMENTO, ACESSO E RESOLUTIVIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a evolução da despesa pública com saúde, a ampliação do acesso e a resolutividade da atenção primária à saúde em municípios mineiros entre 2006 e 2015.

MÉTODO: Estudo ecológico longitudinal, abrangendo os 853 municípios do estado de Minas Gerais, agregados em suas 13 regiões ampliadas de saúde. Os dados secundários utilizados são provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Departamento de Atenção Básica (DAB). Os indicadores pesquisados foram: Despesa pública municipal com saúde por habitante dos municípios, Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, Cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família (ESF) e Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e também as variáveis: Porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano e Inserção locorregional dos municípios. Foram realizadas análises descritivas por meio de tabelas de frequências de medidas de tendência central e de dispersão.

RESULTADOS: A média do Percentual de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios aumentou de 20,6% em 2006 para 23,27% em 2015 e a média da Despesa pública municipal com saúde por habitante dos municípios cresceu 166,46%, partindo de R\$ 251,85 para R\$ 671,09. A Cobertura populacional pelas ESF no estado era 58,99% e chegou a 79,24%. A Proporção de ICSAP diminuiu de 36,18% em 2008 para 31,36% em 2015.

CONCLUSÕES: As despesas públicas com saúde cresceram significativamente, o acesso foi ampliado pela expansão da cobertura

populacional pelas ESF e verificou-se melhoria da resolutividade da atenção primária através da redução do indicador Proporção de ICSAP. Conclui-se que o conhecimento e as informações produzidas poderão contribuir com a melhoria da gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Financiamento da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Hospitalização. Gestão em Saúde.

FINANCING, ACCESS AND RESOLUTION OF PUBLIC HEALTH IN MINAS GERAIS

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the evolution of public spending on health, the expansion of access and the resolution of primary health care in Minas Gerais municipalities between 2006 and 2015.

METHOD: A longitudinal ecological study, covering the 853 municipalities of the state of Minas Gerais, aggregated in its 13 expanded health regions. The secondary data used come from the Public Health Budget Information System (SIOPS), Information Technology Department of the Brazilian Public Health Care System (DATASUS) and Department of Basic Health Care (DAB). The indicators analyzed were: Municipal public expenditure with health per inhabitant of the municipalities, Percentage of own resources applied in health, Population coverage by Family Health Strategy Teams and Proportion of hospitalizations for sensitive conditions to primary care and also variables: Population size, Human development index and Locoregional insertion of municipalities. Descriptive analyzes were carried out using frequency tables of central tendency and dispersion measures.

RESULTS: The average percentage of own resources invested in health by municipalities increased from 20.6% in 2006 to 23.27% in 2015 and the average Municipal public expenditure on health per capita of municipalities increased by 166.46%, starting from R\$ 251,85 to R\$ 671,09. Population coverage by Family Health Strategy Teams in the state was 58.99% and reached 79.24%. The Proportion of hospitalizations for sensitive conditions to primary care decreased from 36.18% in 2008 to 31.36% in 2015.

CONCLUSION: Public health expenditures increased significantly, access was broadened by the expansion of population coverage by Family Health Strategy Teams, and resolution improvement of the primary health care performance was achieved through the reduction of the Proportion of hospitalizations for sensitive conditions to primary care indicator. In conclusion, the knowledge and information produced can contribute to the improvement of the management and consolidation of the Brazilian Health Care System.

DESCRIPTORS: Healthcare Financing. Primary Health Care. Family Health Strategy. Hospitalization. Health Management.

INTRODUÇÃO

Fazer cumprir a garantia da saúde como direito universal e dever do Estado, assegurado através de políticas sociais e econômicas¹, continua sendo um grande desafio para o poder público, principalmente no que se refere ao seu financiamento²⁻⁵.

A Constituição Federal – CF/1988 definiu que o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS é tripartite¹. No entanto, somente a Emenda Constitucional – EC 29, promulgada em 2000, assegurou um percentual mínimo de investimento para cada nível de governo⁶ e em 2012, a Lei Complementar – LC 141 dispôs sobre os valores mínimos a serem gastos pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde – ASPS, competindo aos municípios aplicar, anualmente, a partir de 15% da arrecadação das receitas próprias de impostos e transferências intergovernamentais⁷.

O Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP foi instituído como acordo de colaboração firmado entre União, estados, Distrito Federal e municípios, com a finalidade de orientar a constituição de redes regionalizadas e estabelecer as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde⁸.

A porta preferencial de acesso às redes de atenção é a atenção primária à saúde – APS, exercendo a coordenação do sistema, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado nos demais pontos da rede. O Ministério da Saúde – MS, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS⁹.

Considera-se que cerca de 80 a 90% das condições de saúde podem ser atendidas pela APS¹⁰. Uma APS de qualidade só haverá se efetivar suas funções essenciais, sendo que a resolubilidade pertinente aos cuidados primários, essencialmente resolutiva e capacitada, poderá solucionar mais de

90% dos problemas de sua população¹¹. A não efetividade da APS compromete a resolutividade dos demais níveis de atenção,¹² aumentando as demandas de procedimentos de média e alta complexidade e consequentemente os custos financeiros para o sistema.

O desempenho e o dimensionamento da qualidade dos serviços prestados pela APS podem ser avaliados indiretamente através da análise das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP^{13,14}. Estas interações são consideradas evitáveis pela implantação de cuidados preventivos, diagnóstico e tratamento precoce das doenças¹⁵. Diversos países utilizam o indicador ICSAP como ferramenta de monitoramento e avaliação em diversas dimensões territoriais¹³⁻¹⁷.

No Brasil, o Pacto pela Saúde traçou as diretrizes para implantação da regionalização e estabeleceu a pactuação dos indicadores do SUS¹⁸. Posteriormente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS nº 221/2008, padronizando a lista brasileira de grupos diagnósticos das morbidades, classificadas em ICSAP¹⁹, favorecendo a realização e comparação de estudos¹⁵.

Considerando o contexto apresentado e a heterogeneidade das condições de vida e de atenção à saúde presentes no estado de Minas Gerais, justifica-se este estudo que tem como objetivo identificar a evolução da despesa pública com saúde, a ampliação do acesso e a resolutividade da atenção primária à saúde em municípios mineiros entre 2006 e 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo ecológico longitudinal. Obteve-se dispensa do Comitê de Ética e Pesquisa da FOP-UNICAMP (Protocolo Nº 023/2016), por utilizar dados secundários de bancos de acesso público.

O universo de estudo compreendeu os 853 municípios do estado de Minas Gerais, distribuídos em suas 13 regiões ampliadas de saúde: Centro,

Centro-Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG. Essas regiões funcionam como base territorial de planejamento da atenção à saúde em função da possibilidade de oferta e de acesso integral aos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior tecnologia²⁰.

Os dados secundários utilizados referem-se ao período entre 2006 e 2015. O ano de 2006 foi selecionado por ser o marco inicial do Pacto pela Saúde¹⁸ e 2015 foi escolhido por ser o último ano com os dados disponíveis no momento de realização da pesquisa.

Os indicadores pesquisados foram Despesa pública municipal com saúde por habitante dos municípios - DPSH-M e Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, ambos obtidos pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. A Cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família – ESF foi obtida junto ao Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde – MS. Considerou-se o número de ESF implantadas, as quais são responsáveis pelo acompanhamento de 3.450 pessoas por área de abrangência. O indicador Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP foi proveniente do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH-SUS, disponibilizado pelo DATASUS. Esse indicador refere-se ao percentual de ICSAP, dentre o total de internações clínicas de pessoas residentes em um determinado município, no período considerado. Os dados referentes ao indicador Proporção de ICSAP iniciam-se em 2008, ano de publicação da portaria SAS/MS nº 221, que apresentou a lista brasileira de ICSAP¹⁹.

Também foram consideradas as variáveis: Porte populacional dos municípios, pesquisado no DATASUS – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Índice de Desenvolvimento Humano – IDH dos municípios, no sítio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD –

Brasil e Inserção locorregional dos municípios, que se refere à região ampliada de saúde de pertencimento do município, apresentada no PDR/MG, no sítio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Os dados foram tabulados em planilhas Excel e as análises descritivas realizadas por meio de tabelas de frequências de medidas de tendência central e de dispersão.

Resultados

A população de Minas Gerais era 19.479.356 habitantes em 2006 e cresceu 7,13%, passando para 20.869.101 em 2015. Na Tabela 1, observa-se que a região Centro somava a maior população, 6.171.567 habitantes e a Jequitinhonha tinha a menor população, 283.878 habitantes em 2006. Em 2015, a região Centro continuou sendo a mais populosa, com 6.528.740 habitantes e a Jequitinhonha também a menos populosa, totalizando 297.778 habitantes. O maior crescimento populacional no período foi da região Triângulo do Sul, 17,92%, e o menor foi da região Jequitinhonha, 4,90%.

A média do Percentual de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios aumentou 2,67 pontos, partindo de 20,6% em 2006 para 23,27% em 2015. Na Tabela 2, demonstrou-se que, em 2006, a maior média foi da região Sul, 22,41% e a menor foi da região Leste, de 19,01%. O percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde – ASPS pelos municípios variou de 0,74% a 48,83%. Em 2015, a maior média apresentada foi da região Sul, 26,41% e a menor média foi da região Norte, 19,99%. O percentual de recursos próprios aplicados em ASPS pelos municípios variou de 10,71% a 42,98%. Verifica-se que, houve aumento em pontos percentuais na média do indicador por região, variando de 0,83 a 4,00, sendo o maior crescimento na região Sul, e apenas na região Norte reduziu em 0,02 pontos percentuais.

A média da DPSH-M dos municípios elevou 166,46%, partindo de R\$ 251,85 em 2006 para R\$ 671,09 em 2015. Na Tabela 3, verificou-se que, em

2006, a maior média da DPSH-M foi da região Triângulo do Sul, R\$ 403,30 e a menor foi da região Nordeste, R\$ 194,37. A DPSH-M dos municípios variou de R\$ 81,39 a R\$ 942,07. Em 2015, a maior média apresentada foi da região Triângulo do Norte, R\$ 875,47 e a menor foi da região Nordeste, R\$ 538,69. A DPSH-M dos municípios variou de R\$ 210,26 a R\$ 3.152,09. Percebe-se que o maior crescimento no período foi de 200,22% na região Centro e o menor foi de 107,24% na região Triângulo do Sul.

Houve ampliação da cobertura populacional pelas ESF no estado de 58,99% para 79,24% no período analisado. A Tabela 4 demonstrou que, em 2006, a maior média da proporção de cobertura populacional pelas ESF foi da região Sudeste, 87,34%, e a menor média foi da região Sul, 64,10%. Em 2015, a maior média do percentual de cobertura populacional pelas ESF foi da região Norte, 99,24%, e a menor média foi da região Triângulo do Sul, 81,34%. No período considerado, a cobertura populacional pelas ESF nos municípios mineiros variou de 0 a 100%. Entre 2006 e 2015, o maior aumento foi de 28,72%, na região Leste, e o menor aumento foi de 4,03% na região Triângulo do Sul, mas foi a região com a segunda maior média de DPSH-M em 2015.

O indicador Proporção de ICSAP no estado reduziu de 36,18% em 2008 para 31,36% em 2015. A Tabela 5 mostra que, em 2008, a menor média desse indicador foi da região Triângulo do Norte, 31,56% e a maior foi da região Nordeste, 47,70%. O indicador Proporção de ICSAP dos municípios variou de 7,69% a 76,27%. Em 2015, a menor média da Proporção de ICSAP foi 24,41% da região Noroeste e a maior foi 41,87% da região Nordeste. O indicador Proporção de ICSAP dos municípios variou de 3,45% a 78,53%. Nesse período analisado, a maior redução foi de 10,45 pontos na região Noroeste e houve aumento de 1,62 pontos na região Leste.

DISCUSSÃO

Considerando a divisão político-territorial de Minas Gerais, 78,2% dos municípios possuem até 20.000 habitantes. A maior parte de sua população distribui-se

em somente 28 municípios com mais de 100.000 habitantes. Apresenta um alto IDH, posicionando-se em 9º lugar entre os demais estados brasileiros, apesar de possuir regiões pobres e desigualdades socioeconômicas marcantes em seu território²⁰.

Os resultados deste estudo apontam que os municípios mineiros apresentaram um aumento considerável nos gastos com saúde pública no período entre 2006 e 2015. A média do Percentual de recursos próprios aplicados em ASPS pelos municípios, agregados por região ampliada, superou o mínimo dos 15% exigidos pela EC 29/2000. Demonstrou-se que essa emenda teve impactos positivos, respondendo ao princípio constitucional da descentralização, trazendo estabilização ao financiamento do SUS e ampliando a participação mais ativa dos estados e municípios³.

Apesar dos avanços, verificou-se que para cumprir as exigências da EC 29/2000, os entes federativos inseriram incorretamente na computação dos gastos com saúde, pagamento de aposentadorias e inativos, saneamento, merenda escolar, habitação urbana, dentre outros, que não se enquadram como despesas do SUS^{2,21}. Além disso, até a regulamentação da LC 141/2012, grande volume de restos a pagar eram inscritos nas despesas com ASPS, deduzidos ao final do exercício financeiro e cancelados no exercício seguinte, influenciando no aumento do percentual apurado sem a produção efetiva das ações e serviços²².

No período de 1995 a 2015, a União conservou os gastos com o SUS próximos de 1,7% do PIB⁵. Assim, para sustentar essa constância e diminuição relativa dos gastos federais e para atender a elevação das demandas na saúde, municípios estão investindo, em média, 25%, e estados 13% de suas receitas próprias⁴. Um gasto de 25% com ASPS pelos municípios é alto e pode prejudicar os investimentos essenciais em setores como saneamento, transporte, educação, habitação, lazer, esportes, que também influenciam nos níveis sanitários da população²³.

A taxa de crescimento do indicador DPSH-M dos municípios mineiros entre 2006 e 2015 foi superior à inflação acumulada no mesmo período, sendo esta de 75,55%, conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC.

Os gastos per capita/ano cresceram nas 13 regiões, variando de 107,24% a 200,22%. Porém, ficou demonstrado uma distribuição muito desigual do gasto público com saúde entre os municípios mineiros.

Apesar do relevante crescimento das despesas do SUS, o montante ainda é insuficiente para atender as responsabilidades constitucionais^{3,5}. O Brasil destina cerca de 8% do PIB à saúde em geral, porém apenas 3,9% é com o gasto público, enquanto os países europeus com sistemas universais investem em torno de 8% em saúde pública, evidenciando o subfinanciamento e as fragilidades para execução das ASPS no SUS⁵. É certo que há uma carência de recursos e que os investimentos em saúde no Brasil ainda são baixos, porém estima-se que 20 a 40% dos recursos são despendidos com ineficiência²⁴. Isso significa que com os mesmos gastos daria para fazer mais em saúde.

Devido à grave crise econômica que vem assolando as finanças no país, e mesmo com todo o empenho dos municípios, as perspectivas são mínimas para equilibrar a alocação de recursos pelo ente federal^{4,5}. Houve mudanças nas regras de vinculação dos recursos da União, sendo que para o ano de 2017, a EC 86/2015 definiu que a aplicação mínima seria de 13,7% da receita corrente líquida³. A partir de 2018, de acordo com a EC 95/2016, o teto dos gastos públicos ficará limitado por vinte anos, priorizando as despesas financeiras²⁵. Os direitos sociais poderão ficar prejudicados com essa redução de investimentos, consequentemente, o SUS sofrerá os impactos negativos impostos pela nova regulamentação^{4,5}.

Muitos foram os avanços em busca da cobertura e acesso, conquistados com grandes esforços e sob permanentes ameaças ao sistema público de saúde³. Em Minas Gerais não foi diferente. Os resultados deste estudo apresentaram a expansão da cobertura pelas ESF, evidenciando um crescimento de 4,03% a 28,72% entre as regiões ampliadas de saúde. A cobertura pelas ESF no estado ampliou significativamente a partir de sua implantação, chegando a 79,24% em 2015²⁰.

O estado mineiro tem como estratégia o cofinanciamento da APS, auxiliando na manutenção dos serviços. Este financiamento segue critérios de equidade e qualidade, objetivando a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família²⁰.

Com a intenção de superar as dificuldades enfrentadas pelos municípios, o MS implementou programas para estimular a fixação dos profissionais em áreas mais vulneráveis para incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS²⁰. Entretanto, a reformulação da PNAB, através da Portaria nº 2.436/2017, permite aos gestores novas composições de suas equipes de atenção básica - AB para recebimento do financiamento federal⁹, o que pode colocar em risco a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, opondo-se aos princípios definidos em Alma-Ata e estabelecidos pelo SUS²⁶.

O nosso estudo apresentou melhoria do indicador Proporção de ICSAP em Minas Gerais, que reduziu de 36,18% em 2008 para 31,36% em 2015. No período analisado, a média do indicador diminuiu em quase todas as regiões ampliadas, variando de -0,88 a -10,45 pontos. Porém, houve aumento de 1,62 pontos na região Leste, que apresentou o maior aumento na expansão das ESF entre 2006 e 2015, alcançando 94,77% de cobertura populacional, contradizendo a variação inversa esperada entre esses indicadores. Observou-se grande disparidade na Proporção de ICSAP nos municípios, variando de 7,69% a 76,27% em 2006 e de 3,45% a 78,53% em 2015. Os resultados desse indicador demonstram as diferenças marcantes dentro do território mineiro.

A expansão das ESF tem revelado decréscimo das taxas de ICSAP, e os resultados de estudos realizados em Minas Gerais evidenciaram a relação do aumento da cobertura de ESF com a redução das ICSAP^{27,28}. Fernandes et al.²⁷ confirmaram que as ESF têm as melhores condições para trabalhar preventivamente com as condições crônicas que são as principais causas de internações evitáveis. Maciel et al.²⁸ comprovaram a boa resolubilidade das ESF através da des-hospitalização por condições sensíveis ao cuidado primário, verificando a diminuição da taxa por ICSAP ocorrida juntamente com o

crescimento do percentual de cobertura das ESF, conforme uma relação aproximadamente linear. Em 2003, a cobertura pelas ESF no estado mineiro era de 47,62%, passando para 71,02% em 2012, enquanto as taxas de ICSAP representavam 28,65% e reduziram para 21,46%.

Por outro lado, há enormes variações regionais em Minas Gerais, o que revela diversidade na organização da APS e das redes assistenciais. Há hospitais de pequeno porte que executam internações de baixa complexidade e influenciam as taxas de ICSAP²⁰, dado esse que pode ser considerado uma das limitações deste estudo. As ICSAP são induzidas pela Lei de Roemer que diz sobre a tendência de se utilizar leitos hospitalares existentes disponíveis, mesmo sem considerar as necessidades da população, significando que a capacidade instalada determina o uso²⁹. Outra questão relevante, refere-se à associação entre escala e as ICSAP em Minas Gerais, que representaram 53,7% nos hospitais com menos de 30 leitos, 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, reduzindo para 15,3% nos hospitais de 201 a 300 leitos³⁰. Devido à escassez de recursos, é uma questão que precisa ser analisada e enfrentada.

Vale ressaltar que este estudo é ecológico, de dados agrupados e descritivo. Os estudos ecológicos possuem limitações inerentes ao próprio método, além dos problemas provenientes do uso de dados secundários que pela análise agregada não controlam fatores de confusão¹⁷. O agrupamento dos municípios, que possuem situações e características bem diversas em regiões, já aponta um viés distributivo^{31,32}.

Outra questão relevante, trata-se da confiabilidade dos diagnósticos, subnotificações, variabilidade da prática clínica hospitalar, políticas de admissões dos centros hospitalares, readmissões, características dos pacientes, que são aspectos influentes nas taxas de ICSAP e que não são facilmente mensurados e ajustados/ controlados^{33,34}.

Conclui-se através dos resultados apontados neste estudo, que houve um aumento considerável dos gastos públicos com saúde pelos municípios, ampliação do acesso através do incremento significativo da cobertura pelas ESF

e melhoria da resolutividade da atenção primária representada pela redução do indicador Proporção de ICSAP. Porém, a realidade não é nada confortável, porque o indicador Proporção de ICSAP de 31,36% ainda é bem alto para uma cobertura populacional de quase 80% pelas ESF. Essa situação provoca reflexões sobre os desafios a serem enfrentados pelos gestores, principalmente no que se refere ao monitoramento e avaliação do impacto das ASPS prestados à população e a eficiência dos gastos com saúde nos municípios.

Haja vista à heterogeneidade das condições de saúde encontrada, outros estudos deverão considerar a análise dos determinantes sociais e econômicos dos municípios e regiões, a capacidade instalada, a organização dos serviços, os processos de trabalho das equipes, as fontes de receitas e as despesas por subfunção e os indicadores de saúde, que relacionados, possam contribuir para avaliação e melhoria da resolutividade, qualidade e eficiência da gestão da saúde.

Espera-se que o conhecimento e as informações produzidas neste estudo possam contribuir para a construção e o fortalecimento dos processos de planejamento e tomada de decisão, assegurando avanços na gestão da saúde e consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [citado 2015 set 15]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>.
2. Mendes A. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec; 2012.
3. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p.101-38.
4. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p.247-58.
5. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p.139-68.
6. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 [citado 2015 set 15]. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.

7. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [citado 2015 set 15]. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
8. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [citado 2015 set 15]. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União*. 2017 Set 21; Seção 1; (183):68-76.
10. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Mendes, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. 193p.
12. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19(4):303-17.
13. Elias E, Magajenski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4):633-47. DOI: 10.1590/S1415-790X2008000400011.

14. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(2):120-7. DOI: 10.1016/j.ramb.2012.11.001.
15. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa-Lima 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 Pública*. 2009;25(6):1337-49. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000600016.
16. Caminal J, Casanova. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003;(31):61-5.
17. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saude Publica*. 2012;28(5):845-55. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000500004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 [citado 2015 set 15]. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 abril de 2008 [citado 2015 set 15]. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
20. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Estadual de Saúde. Belo Horizonte; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: 2016. 310p.
21. Mendes A. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal

- no Estado de São Paulo (1995–2001) [tese]. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2005. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/285934>.
22. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde *Saude Debate*. 2016;40(109):187-99. DOI: 10.1590/0103-1104201610915.
 23. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.
 24. Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS; 2010.
 25. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016 [citado 2015 set 17]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-norma-pl.html>.
 26. Rosa T. O que muda com a reformulação da política Nacional de Atenção Básica? *Rev CONSENSUS*. 2017;7(24):16-21.
 27. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Neto JFR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):928-36. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000080.
 28. Maciel AG, Caldeira AP, Diniz FJLS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saude Debate*. 2014 Oct;38(N.spe):319-30. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S024.
 29. Mendes EV. Os fundamentos da construção e da implantação de uma agenda de eficiência nos sistemas de atenção à saúde. Brasília: CONASS; 2017.
 30. Comitê de Assuntos Estratégicos. Diagnóstico da situação hospitalar em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2005.

31. Santo ACGE, Tanaka OY. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1875-85. DOI: 10.1590/S1413-81232011000300022.

32. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saude soc*. [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 Oct 09]; 25 (3): 786-799. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300786&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016152020>.

33. Costa JSD, Pattussi MP, Morimoto T, Arruda JS, Bratkowski GR, Sopelsa M et al . Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Aug 26]; 21(4): 1289-1296. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401289&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.15042015>.

34. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Oct 09]; 22(3): 891-900. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300891&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.27652016>.

TABELAS

Tabela 1. População dos municípios do Estado de Minas Gerais - MG, anos 2006 e 2015 e Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, ano 2010, dos municípios agregados por região ampliada de saúde, conforme Plano de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG.

Região Ampliada	Total de Municípios	População 2006	População 2015	Percentual de Crescimento Populacional entre 2006 e 2015	IDH 2010 Média	IDH 2010 Desvio Padrão	IDH 2010 Mediana	IDH 2010 Valor Mínimo	IDH 2010 Valor Máximo
Centro	103	6.171.567	6.528.740	5,79	0,684	0,0484	0,685	0,557	0,813
Centro Sul	51	730.940	784.283	7,30	0,674	0,0446	0,769	0,579	0,769
Jequitinhonha	23	283.878	297.778	4,90	0,628	0,0408	0,632	0,558	0,716
Leste	86	1.424.220	1.530.013	7,43	0,638	0,0405	0,631	0,543	0,771
Leste do Sul	53	663.970	697.416	5,04	0,645	0,0366	0,644	0,536	0,775
Nordeste	63	881.499	933.815	5,93	0,607	0,0350	0,608	0,540	0,701
Noroeste	33	645.418	695.638	7,78	0,693	0,0324	0,696	0,632	0,765
Norte	86	1.558.610	1.670.268	7,16	0,625	0,0393	0,624	0,529	0,770
Oeste	54	1.130.383	1.266.025	12,00	0,699	0,0308	0,700	0,626	0,764
Sudeste	94	1.558.495	1.660.844	6,57	0,674	0,0379	0,6745	0,562	0,778
Sul	153	2.629.201	2.771.764	5,42	0,700	0,0315	0,696	0,643	0,787
Triângulo do Norte	27	1.155.794	1.271.462	10,01	0,712	0,0269	0,708	0,674	0,789
Triângulo do Sul	27	645.381	761.055	17,92	0,713	0,0298	0,712	0,639	0,772

Fonte: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD Atlas Brasil.

Tabela 2. Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde pelos municípios do Estado de Minas Gerais, distribuídos por região ampliada de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG nos anos 2006 e 2015.

Região Ampliada	Ano 2006			Ano 2015			Variação %
	Média %	Desvio Padrão	Mediana (Valor Mínimo – Valor Máximo) %	Média %	Desvio Padrão	Mediana (Valor Mínimo – Valor Máximo) %	
Centro	20,77	3,9684	20,38 (15,26 - 40,82)	24,68	4,4793	23,95 (16,45 - 34,98)	3,91
Centro Sul	20,84	4,3800	19,70 (12,87 - 33,31)	23,99	4,6924	22,76 (15,16 - 34,81)	3,15
Jequitinhonha	19,34	4,0700	18,36 (15,07 - 34,79)	20,91	2,5387	20,86 (16,02 - 25,66)	1,57
Leste	19,01	3,8410	18,35 (0,74 - 29,12)	20,29	4,0675	18,89 (10,71 - 34,58)	1,28
Leste do Sul	20,64	3,5793	19,81 (16,08 - 34,87)	23,64	3,6383	23,69 (15,45 - 31,87)	3,00
Nordeste	19,56	3,5505	19,35 (12,62 - 28,51)	20,39	2,7290	19,96 (15,13 - 27,42)	0,83
Noroeste	20,81	3,3192	20,37 (15,68 - 28,55)	23,90	4,7200	23,14 (15,98 - 32,76)	3,09
Norte	20,01	4,0387	18,97 (15,00 - 33,88)	19,99	2,9800	19,93 (15,04 - 27,40)	-0,02
Oeste	21,40	4,8785	20,63 (10,36 - 34,23)	25,37	4,3415	25,12 (16,12 - 34,41)	3,97
Sudeste	19,42	3,6762	18,70 (12,78 - 30,91)	22,24	3,8700	21,40 (15,20 - 33,93)	2,82
Sul	22,41	4,9969	21,50 (13,60 - 48,83)	26,41	4,8794	26,22 (16,41 - 42,98)	4,00
Triângulo do Norte	21,54	3,5228	21,88 (16,41 - 28,48)	23,86	3,7043	23,86 (16,36 - 29,63)	2,32
Triângulo do Sul	21,16	3,3784	20,90 (15,12 - 28,00)	24,82	3,8423	24,35 (18,50 - 34,11)	3,66

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS
- Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Tabela 3. Despesa Total com Saúde por Habitante/Ano dos municípios do Estado de Minas Gerais, distribuídos por região ampliada de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais - PDR/MG nos anos 2006 e 2015.

Região Ampliada	Ano 2006			Ano 2015			Crescimento entre anos 2006 e 2015 (%)
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
			(Valor Mínimo - Valor Máximo)			(Valor Mínimo - Valor Máximo)	
Centro	R\$ 264,52	136,4748	R\$ 232,35 (R\$ 81,39 - R\$ 817,10)	R\$ 794,14	402,0163	R\$ 668,95 (R\$ 345,25 - R\$ 3.152,09)	200,22
Centro Sul	R\$ 266,83	104,1036	R\$ 241,18 (R\$ 121,14 - R\$ 570,51)	R\$ 720,39	295,6318	R\$ 669,28 (R\$ 343,80 - R\$ 1.767,76)	169,98
Jequitinhonha	R\$ 221,20	71,8797	R\$ 233,73 (R\$ 119,98 - R\$ 355,75)	R\$ 651,69	270,5816	R\$ 585,46 (R\$ 390,65 - R\$ 1.706,25)	194,62
Leste	R\$ 222,44	77,3427	R\$ 212,01 (R\$ 105,34 - R\$ 472,44)	R\$ 579,12	181,7168	R\$ 536,63 (R\$ 236,40 - R\$ 1.237,96)	160,35
Leste do Sul	R\$ 234,24	88,3799	R\$ 208,68 (R\$ 123,29 - R\$ 448,89)	R\$ 618,79	192,8805	R\$ 543,81 (R\$ 300,44 - R\$ 1.184,82)	164,17
Nordeste	R\$ 194,37	60,3259	R\$ 190,56 (R\$ 92,14 - R\$ 368,55)	R\$ 538,69	146,5182	R\$ 521,74 (R\$ 210,26 - R\$ 877,36)	177,15
Noroeste	R\$ 253,18	56,4075	R\$ 231,16 (R\$ 178,52 - R\$ 369,50)	R\$ 683,83	135,6286	R\$ 670,03 (R\$ 442,68 - R\$ 977,06)	170,10
Norte	R\$ 227,64	62,1463	R\$ 212,27 (R\$ 127,58 - R\$ 418,14)	R\$ 567,58	136,5854	R\$ 552,27 (R\$ 323,30 - R\$ 1.035,45)	149,33
Oeste	R\$ 254,49	126,2538	R\$ 223,53 (R\$ 94,95 - R\$ 922,80)	R\$ 729,05	353,4722	R\$ 627,92 (R\$ 395,23 - R\$ 2.646,09)	186,47
Sudeste	R\$ 274,50	124,5364	R\$ 236,35 (R\$ 103,46 - R\$ 650,81)	R\$ 669,58	230,78	R\$ 626,62 (R\$ 350,24 - R\$ 1.405,79)	143,93
Sul	R\$ 243,75	118,9844	R\$ 204,19 (R\$ 102,78 - R\$ 840,35)	R\$ 669,81	245,1029	R\$ 578,68 (R\$ 322,30 - R\$ 1.595,46)	174,79
Triângulo do Norte	R\$ 349,48	208,7848	R\$ 270,18 (R\$ 152,80 - R\$ 942,07)	R\$ 875,47	414,9312	R\$ 766,66 (R\$ 510,28 - R\$ 1.890,22)	150,51
Triângulo do Sul	R\$ 403,30	182,8517	R\$ 369,24 (R\$ 187,92 - R\$ 851,75)	R\$ 835,81	285,7324	R\$ 755,66 (R\$ 464,19 - R\$ 1.968,21)	107,24

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS - Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Tabela 4. Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde da Estratégia Saúde da Família nos municípios do Estado de Minas Gerais, distribuídos por região ampliada de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG, nos anos 2006 e 2015.

Região Ampliada de Saúde	Ano 2006				Ano 2015				Aumento
	ESF Implantadas	Proporção de Cobertura Populacional estimada pelas Equipes de			ESF Implantadas	Proporção de Cobertura Populacional estimada pelas Equipes de			
		Saúde da Família				Saúde da Família			
		2006	Média	Desvio padrão		Mediana (Valor Mínimo-Valor Máximo)	2015	Média	
Centro	1042	71,30	32,6247	81,40 (0-100)	1430	90,33	16,9314	100 (29,67 -100)	19,03
Centro Sul	150	81,75	26,5192	98,88 (0-100)	206	94,78	11,3884	100,00 (52,55 - 100)	13,03
Jequitinhonha	58	75,03	25,7266	73,78 (0-100)	105	98,77	4,8244	100,00 (76,91 - 100)	23,74
Leste	201	66,05	33,5415	72,21 (0-100)	395	94,77	14,6889	100,00 (22,18 - 100)	28,72
Leste do Sul	161	84,83	20,7756	91,32 (0-100)	228	98,74	5,1996	100,00 (75,27 - 100)	13,91
Nordeste	188	82,87	22,6294	95,20 (21,51-100)	304	97,24	13,2315	100,00 (0 – 100)	14,37
Noroeste	115	72,23	32,1779	85,99 (0-100)	178	94,02	13,9902	100,00 (39,45 – 100)	21,79
Norte	360	85,93	18,9132	95,42 (0 – 100)	601	99,24	3,4487	100,00 (74,93 – 100)	13,31
Oeste	215	81,56	23,5329	92,22 (0-100)	318	95,09	10,2741	100,00 (50,78 – 100)	13,53
Sudeste	342	87,34	20,4849	100,00 (0-100)	409	94,21	15,1872	100,00 (0 – 100)	6,87
Sul	385	64,10	34,5145	74,27 (0-100)	631	86,73	22,4605	100,00 (0 – 100)	22,63
Triângulo do Norte	122	67,68	33,2324	76,41 (0-100)	201	87,49	19,3735	100,00 (38,57 – 100)	19,81
Triângulo do Sul	103	77,31	23,8471	83,74 (20,37-100)	138	81,34	17,9064	81,54 (48,57 – 100)	4,03

Fonte: Ministério da Saúde- MS / Secretaria de Atenção à Saúde – SAS / Departamento de Atenção Básica - DAB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Tabela 5. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP, nos municípios do Estado de Minas Gerais, distribuídos por região ampliada de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG, nos anos 2008 e 2015.

Região Ampliada	Ano 2008			Ano 2015			Variação
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
			(Valor Mínimo- Valor Máximo)			(Valor Mínimo- Valor Máximo)	
Centro	31,78	9,6920	30,61 (11,11 – 55,34)	28,00	10,5999	27,08 (9,92 - 63,26)	-3,78
Centro Sul	36,84	8,0318	36,17 (16,67 - 60,34)	35,96	8,0262	35,07 (22,22 - 59,74)	-0,88
Jequitinhonha	40,51	19,7353	36,95 (11,11 - 70,43)	32,81	11,4220	38,85 (12,07 - 46,74)	-7,70
Leste	34,44	9,8322	33,71 (10,59 - 73,61)	36,06	15,8651	30,43 (12,50 - 78,14)	1,62
Leste do Sul	34,82	9,4279	33,02 (15,79 - 52,94)	27,61	9,7253	26,28 (11,67 - 47,06)	-7,21
Nordeste	47,70	10,7654	46,76 (26,42 - 76,27)	41,87	12,8427	41,32 (17,82 - 78,53)	-5,83
Noroeste	34,86	9,6833	34,76 (15,15 - 53,06)	24,41	8,9000	24,89 (7,55 - 48,88)	-10,45
Norte	35,18	10,1754	31,84 (8,16 - 61,17)	28,74	8,6295	26,97 (14,75 - 55,66)	-6,44
Oeste	35,32	10,7747	34,84 (7,69 - 64,29)	27,26	9,0726	25,41 (11,93 - 53,86)	-8,06
Sudeste	39,70	10,1812	40,38 (17,65 - 62,94)	34,80	10,3274	33,21 (10,71 - 66,80)	-4,90
Sul	34,78	11,1958	33,15 (8,70 - 72,73)	28,73	9,6645	26,74 (4,17 - 57,14)	-6,05
Triângulo do Norte	31,56	8,2210	31,81 (11,45 - 51,44)	27,51	10,7593	26,47 (3,45 - 48,70)	-4,05
Triângulo do Sul	36,14	9,0464	36,47 (15,09 - 49,25)	34,89	12,2720	33,29 (18,63 - 62,28)	-1,25

Fonte: Ministério da Saúde – MS / Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

3 CONCLUSÃO

Os resultados apresentaram um aumento considerável das despesas com saúde pública pelos municípios mineiros entre 2006 e 2015. Verificou-se a ampliação do acesso através da expansão da cobertura populacional pelas ESF e a melhoria da resolutividade da atenção primária através da redução do indicador Proporção de ICSAP.

Os municípios estão aplicando em torno de 25% de suas receitas próprias em ASPS, para atender as crescentes demandas em saúde e para compensar a constância dos recursos financeiros destinados ao SUS pelo governo federal ao longo dos anos. A União ainda investe pouco em saúde pública, comparando-se com países com sistemas universais semelhantes e mínimas são as expectativas de ampliação de financiamento, devido às mudanças trazidas pela Emenda Constitucional 95/2016.

É preciso considerar que também há ineficiência nos gastos. Neste estudo, foi constatada uma realidade que não é nada confortável, pois o estado de Minas Gerais chegou a 2015 com uma cobertura populacional de quase 80% pelas ESF e permaneceu com o indicador Proporção de ICSAP bem alto (31,36%). Esta situação mostra claramente a necessidade de monitoramento e avaliação permanente do impacto das ASPS prestados à população e da eficiência dos gastos nos municípios.

Conclui-se que o conhecimento e as informações produzidas neste estudo poderão contribuir para melhoria da gestão da saúde e consolidação dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS*

1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa-Lima 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 Pública*. 2009;25(6):1337-49. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000600016.
2. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p.101-38.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [acesso 2015 Set 15]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>.
4. Brasil. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 [acesso 2017 Out 1]. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm.
5. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 [acesso 2015 Set 15]. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a [acesso 2015 Set 15]. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006b [acesso 15 Set 2015]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 [acesso 15 Set 2015]. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 abril de 2008 [acesso 2015 Set 15]. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
10. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a [acesso 2015 Set 15]. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b [acesso 2015 Set 15]. 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) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

12. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [acesso 2015 Set 15]. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 2017 Set 21; Seção 1; (183):68-76.
14. Caminal J, Casanova. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003;(31):61-5.
15. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saude Publica. 2012;28(5):845-55. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000500004.
16. Elias E, Magajenski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(4):633-47. DOI: 10.1590/S1415-790X2008000400011.
17. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int J Health Plann Manage. 2004;19(4):303-17.
18. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p.247-58.
19. Mendes A. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec; 2012.

20. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. p.139-68.
21. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. 193p.
22. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(2):120-7. DOI: 10.1016/j.ramb.2012.11.001.
23. Santo ACGE, Tanaka OY. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos de São Paulo. Cien Saude Colet. 2011;16(3):1875-85. DOI: 10.1590/S1413-81232011000300022.
24. Santo ACGE, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa Pública Municipal com Saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Cien Saude Colet. 2012;17(4):861-71. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400009.
25. Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação de recursos federais para a saúde. Cien Saude Colet. 2003;8(2):449-60. DOI: 10.1590/S1413-81232003000200010.
26. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
27. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado do Comitê de Ética



Faculdade de Odontologia de Piracicaba
UNICAMP

OF. CEP/FOP N.º 023/2016

Lcfp/JJJ

Piracicaba, 16 de junho de 2016.

Ilma. Dra
Cristiane dos Santos Paulino
Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP

Prezada Doutora,

Após analisar a documentação apresentada por VSa., com respeito ao projeto de pesquisa **“Financiamento, Acesso e Resolutividade da Saúde Pública em Minas Gerais de 2006 a 2015”**, dos pesquisadores Dra. **Cristiane dos Santos Paulino** e Profa. Dra. **Maria Paula Maciel Rando Meirelles** (Orientadora), informo que este projeto não necessita, em princípio e de acordo com as informações oferecidas no material encaminhado, de análise por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. As informações enviadas por VSa., na forma de ofício de solicitação e projeto de pesquisa, indicam que serão envolvidos exclusivamente dados de acesso público, provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS e Departamento de Atenção Básica - DAB. Esclareço que as informações fornecidas sobre este projeto serão arquivadas no CEP-FOP-UNICAMP pelo período de cinco anos. Colocamo-nos a disposição para qualquer informação adicional que julgar necessária.

Cordialmente,


Prof. Jacks Jorge Junior
Coordenador

Anexo 2 – Comprovante de submissão do artigo

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to

Revista de Saúde Pública

Manuscript ID

RSP-2018-0670

Title

FINANCIAMENTO, ACESSO E RESOLUTIVIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

Authors

Paulino, Cristiane

Rando-Meirelles, Maria

Date Submitted

06-Jan-2018