



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ANA BEATRIZ DIÓGENES CAVALCANTE

**RELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CEARÁ**

FORTALEZA - CEARÁ

2017

ANA BEATRIZ DIÓGENES CAVALCANTE

RELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof^o Dr Francisco Horácio da Silva Frota

Co-orientador: Prof^o Dr Paulo César de Almeida

FORTALEZA - CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cavalcante, Ana Beatriz Diógenes.

Relação entre indicadores de financiamento da atenção primária à saúde e coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária no Ceará [recurso eletrônico] / Ana Beatriz Diógenes Cavalcante. - 2017.

1 CD-ROM: il. ; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 66 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota.

Coorientação: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

1. Condições sensíveis à atenção primária. 2. Hospitalização. 3. Financiamento. I. Título.

ANA BEATRIZ DIÓGENES CAVALCANTE

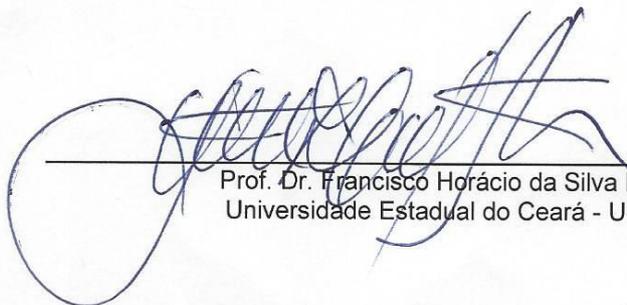
RELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 30/01/2017

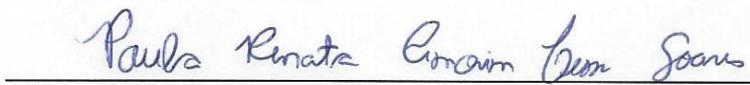
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Paula Renata Amorim Lessa Soares
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE

As pessoas mais importantes de minha vida: Maria Diógenes de Almeida (mãe), José Maria Cavalcante Filho (esposo), Mariana Rosa Diógenes Cavalcante (filha), José Maria Diógenes Cavalcante (filho) e Fábria Reijanne Diógenes de Almeida (irmã)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de sobreviver e crescer com saúde física e mental.

A meus avós, José e Marina, pela contribuição moral em minha criação desde a infância até minha formação profissional pelos exemplos de simplicidade, honestidade e conselhos sábios.

A minha mãe Marizeth “como gosta de ser chamada”, pela coragem de criar duas filhas sozinhas, educando-as pelos bons exemplos de dignidade, perseverança e coragem de enfrentar os obstáculos da vida pelo trabalho e crença em Deus.

A minha irmã Fábiana, por estar sempre ao meu lado incentivando-me em todas minhas decisões.

A meu esposo, José Maria, pelo companheirismo, dedicação e amor com que há mais de vinte anos está sempre presente em minha, incentivando-me a crescer profissionalmente e pessoalmente, o qual serei eternamente grata pela união e perpetuação de nossa família por nossos filhos.

A meus filhos, Mariana Rosa e José Maria, que me motivam diariamente a continuar vivendo para vê-los crescer felizes e saudáveis.

A minha tia Marineide pelo suporte, emocional e físico nos momentos mais difíceis do mestrado.

A minha sogra, Marcolina Guimarães que sempre me incentivou a estudar.

A Professora Dr^a Luciana Petrucci Gigante, ULBRA, Canoas-RS, por me fazer despertar no estudo pela temática.

Aos meus amigos de Manaus que me incentivaram a ingressar no mestrado, em especial Ângela Soares, Milena Derze, Nádia de Paula, Maria Nina, Cleverton Redivo, Zilma Pimentel e Cleisiane Xavier.

A toda Diretoria da Faculdade Terra Nordeste – FATENE, Caucaia-Ce, em especial Fernando Pessoa.

Aos meus amigos e professores da FATENE, em especial, Ana Fátima Braga, Camila Félix, Paula Renata Amorim, Rafaela Távora, Yandara Ximenes e Pâmela Campêlo.

Ao Professor Horácio Frota da UECE, Fortaleza-Ce, pelos conselhos e apoio ao acreditar na temática desta pesquisa e pelos conselhos objetivos para conclusão do mestrado.

Ao Professor Paulo César da UFC, Fortaleza-Ce, que me permitiu avançar nas análises estatísticas de correlação e pelas valiosas dicas no desenvolvimento metodológico desta pesquisa.

A Professora Helena Frota, da UECE, Fortaleza-Ce, pelas sugestões oportunas feitas na banca de qualificação e que se reverteram no produto final desta dissertação.

Aos meus amigos do mestrado no convívio das aulas e seminários em especial, Rossana, Fabiana, Dimona, Fabíola e Eduardo.

Aos Técnicos da SESA, Alrenice, Alexandre, Cláudio, Macedônia e Iran Júnior pelo apoio durante a coleta dos dados secundários.

Ao corpo docente, discentes e funcionários do mestrado pelos ensinamentos científicos, apoio técnico e acadêmico.

“Muitas pessoas devem a grandeza de suas vidas aos problemas que tiveram de vencer”

(Robert Baden-Powell)

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada em 2011 e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Assegurada pela emenda constitucional nº 29/2000 e regulamentado pela Lei 141/2012, a garantia dos recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde na Atenção Primária de Saúde (APS). Pouco se conhece sobre o impacto desse financiamento, associado como indicador de saúde e de gestão. Uma iniciativa que vem se desenvolvendo em vários países incluindo o Brasil, é adotar as condições sensíveis à atenção primária (CSAP), como um dos indicadores de avaliação da atenção básica, dando subsídio para mensurar e avaliar, tanto os impactos da qualidade do desempenho da gestão pública, quanto as ações dos serviços de saúde na atenção básica. O Ceará registrou 506.083 internações onde 93.845 (18,5%) foram por condições sensíveis à atenção primária e repassado às unidades de internação R\$ 576.806.945,01 sendo por ICSAP R\$ 81.743.016,53 (14,2%). Objetivo: Verificar relação entre o financiamento da atenção primária à saúde (IFAP) e o coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Métodos: Estudo ecológico, no período de fevereiro de 2016. População constituída pelos municípios do estado do Ceará. Amostra foi do tipo intencional. Coleta dos dados foi realizada com dados secundários referentes ao ano de 2015 provenientes do SIH/SUS, DATASUS e SIOPS. Dados tabulados e análises processadas no SPSS 20.0. Conclusão: Inexiste significância estatística entre indicadores de financiamento da atenção primária à saúde e coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária.

Palavras-chave: Condições Sensíveis à Atenção Primária. Hospitalização. Financiamento.

ABSTRACT

The National Primary Care Policy (PNAB) was approved in 2011 and establishes the revision of guidelines and norms for the organization of basic care, for the Family Health Strategy (ESF). Assured by constitutional amendment nº 29/2000 and regulated by Law 141/2012, the guarantee of minimum resources for the financing of actions and public health services in Primary Health Care (PHC). Little is known about the impact of this financing, associated as an indicator of health and management. An initiative that has been developing in several countries, including Brazil, is to adopt the Primary Care Sensitive Conditions (CSAP), as one of the basic health care assessment indicators, providing a basis for measuring and assessing both the quality impacts of the Management of health services in basic care. Ceará registered 506,083 hospitalizations where 93,845 (18.5%) were for conditions sensitive to primary care and transferred to hospitalization units R\$ 576.806.945,01 of which ICSAP was R \$ 81.743.016,53 (14.2%). Objective: To verify the relationship between the financing of primary health care (PHI) and the coefficient of hospitalization for conditions sensitive to primary care (ICSAP). Methods: Ecological study, in the period of February 2016. Population constituted by the municipalities of the state of Ceará. Sample was intentional. Data collection was performed with secondary data referring to the year 2015 coming from SIH/ SUS, DATASUS and SIOPS. Tabulated data and analyzes processed in SPSS 20.0. Conclusion: Statistical significance does not exist between primary health care financing indicators and hospitalization coefficient due to conditions sensitive to primary care.

Keywords: Primary Care. Hospitalization. Financing Conditions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Regionalização de acordo com as Macrorregiões de saúde por CRES, Município e população. Ceará, 2015.....	32
Tabela 2 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) nas Macrorregiões de saúde. Ceará, 2015.....	32
Tabela 3 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 1. Ceará, 2015.....	33
Tabela 4 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 2. Ceará, 2015.....	35
Tabela 5 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 3. Ceará, 2015.....	36
Tabela 6 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 4. Ceará, 2015.....	37
Tabela 7 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 5. Ceará, 2015.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CI	Coeficiente de Internação
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, versão 10
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSAA	Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IFAP	Indicador de Financiamento da Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
NT	Nota Técnica
PAB	Piso de Atenção Básica Fixo
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin	Tab para Windows
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP).....	19
2.2	FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4	METODOLOGIA.....	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6	CONCLUSÕES.....	44
	REFERÊNCIAS.....	47
	ANEXO.....	49
	ANEXO A- LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP).....	50
	APÊNDICES.....	53
	APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	54
	APÊNDICE B – VARIÁVEIS MUNICIPAIS. CEARÁ, 2015.....	55
	APÊNDICE C- TOTAL DE INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPO DE DIAGNÓSTICO POR CRES E MACRO. CEARÁ, 2015.....	58
	APÊNDICE D- TOTAL DE CSAP POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO X MUNICÍPIO. CEARÁ, 2015.....	59
	APÊNDICE E - VALOR PAGO POR INTERNAÇÃO PORCSAP X GRUPO DE DIAGNÓSTICO POR CRES E MACRO.CEARÁ, 2015.....	63
	APÊNDICE F - VALOR PAGO POR CSAP POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO E MUNICÍPIO. CEARÁ, 2015.....	64

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é aprovada por meio da portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, segundo Brasil (2012), que estabelece 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).

A atenção básica à saúde (ABS) e a estratégia saúde da família (ESF) consolidam-se como uma Política Nacional, ao serem regulamentadas e pactuadas entre as três esferas de governo que compõem o sistema único de saúde (SUS) com a seguinte caracterização: conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas são desenvolvidas por práticas governamentais gerenciais e sanitárias, e orientadas pelos princípios norteadores do SUS: universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade e participação social (BRASIL, 2006).

Para alcance das ações de saúde, foi criada a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006b), pois se entende que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

A Atenção Básica à Saúde também pode ser denominada por alguns autores como Atenção Primária à Saúde (APS), ambas se referem ao primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, como as unidades básicas de saúde (UBS) da ESF, para resolução de doenças de menor complexidade.

A atenção primária é, para Starfield (2002), o nível de um sistema de saúde, que serve de porta de entrada da população atendida pelo Sistema Único da Saúde, para todas as novas necessidades e problemas de saúde. São ofertados serviços em especialidades básicas: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia. Dessa forma, apenas as ocorrências de maior complexidade são encaminhadas para outros níveis de atenção em saúde por meio do sistema de referência e contra-referência.

O financiamento para a APS está assegurado pela Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000, a qual garante os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Também define financiamento como sendo o processo de arrecadação de recursos monetários destinados à execução de um gasto, ou à realização de um investimento, ou à obtenção de um objetivo específico (BRASIL, 2009).

A emenda constitucional nº 29 de 2000 (BRASIL, 2010) foi regulamentada pela Lei Complementar nº14 de 13 de janeiro de 2012, onde 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 (BRASIL, 2012b).

Desde a criação da Estratégia Saúde da Família, em 1994, as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, aplicam recursos financeiros na APS, entretanto, pouco se conhece sobre o impacto econômico das condições sensíveis à atenção primária (CSAP), principalmente se associado como indicador de saúde e gestão, uma vez que a maior proporção das pesquisas publicadas sobre a temática tem associação à cobertura da ESF, ou à acometimento de agravos à saúde em grupos específicos por faixa etária, patologias, mas raramente associado à gestão ou financiamento.

Embasado em experiência administrativa e assistencial, tanto na atenção básica quanto secundária, acreditamos que a baixa resolutividade na atenção básica de saúde, pode resultar em internações hospitalares potencialmente evitáveis em todos os ciclos vitais, por meio de ações de prevenção e promoção como doenças que deveriam ser diagnosticadas precocemente e tratadas como as gastroenterites, infecções do trato gastro intestinal, ouvido e garganta, hipertensão, diabetes, dentre outras condições sensíveis à atenção primária (CSAP).

Desta forma, as condições sensíveis à atenção primária podem ser definidas como problemas de saúde da população, e que deveriam ser resolvidos mediante ações desenvolvidas no primeiro nível de atenção, na atenção básica, como por exemplo, consultas médicas ambulatoriais na estratégia saúde da família (ESF), reduzindo o índice de hospitalização e de complicações destes agravos à saúde por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado evitando internações hospitalares.

Para as Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) serem adotadas como indicador de saúde, faz-se necessário elaborar instrumento que possa mensurar e avaliar, tanto os impactos da qualidade do desempenho da gestão pública, quanto das ações de saúde tendo como base, por exemplo, as internações por esta causa, iniciativa que vem se desenvolvendo em vários países incluindo o Brasil (ELIAS, 2008).

Para Caminal (2001b) as CSAP são identificadas por meio de uma lista de agravos à saúde, codificada pela décima classificação internacional de doença (CID-10) de acordo com cada país.

O resgate histórico do processo de construção da lista de internações por CSAP descrito nos estudos de Alfradique (2009), baseou-se em modelos internacionalmente aceitos, mas com adaptações para as condições brasileiras. De acordo com esses modelos, assumiu-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade poderia evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência aos níveis de maior complexidade, somente se dê em casos raros, que extrapolem sua competência.

A hospitalização por CSAP é considerada com um indicador indireto da efetividade do primeiro nível de atenção à saúde, e que foi descrito em 2008 por Nedel e Facchini, que publicaram uma revisão de estudos sobre características da atenção primária associadas ao risco de internação por CSAP. A maioria dos estudos encontrados por estes autores, na literatura sobre internações por condições sensíveis à atenção primária, foi realizada fora do Brasil, utilizando análise de dados secundários.

Embora a APS tenha emergido com maior reconhecimento, esse nível de atenção é marcado pela baixa apreciação de suas características e contribuições, sendo, portanto, ameaçadas de banalização, e vítima das economias realizadas nos serviços de saúde. Conforme Starfield (2002) Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte, justificando estudos que possam avaliar um ou mais de seus aspectos.

Tanto no Brasil como no exterior, a temática de financiamento da atenção primária é pouco estudada, mas já é representativo o número de estudos sobre coeficiente de internação por CSAP. Entretanto, registra-se uma escassez quanti-qualitativa de publicações que relacionem indicadores de financiamento da atenção

primária à saúde, e em menor proporção, com associação a indicadores de internações hospitalares, podendo surgir a partir deste estudo novas áreas de interesse de pesquisa tanto na área de gestão pública dos sistemas e serviços de saúde quanto em economia da saúde.

Alguns trabalhos, com raras representações científicas, analisaram isoladamente financiamento aplicado à saúde na visão econômica e estatística, mas sem associação à indicadores de saúde que fizesse relação com a tríade: modelo de gestão, recursos financeiros aplicados na atenção primária e indicadores hospitalares, como as internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP).

Silva (2009), corrobora com este pensamento ao concluir que os determinantes municipais de gastos com saúde, foi pouco explorado ainda nos estudos de finanças e políticas públicas da economia brasileira.

Para Starfield (2002) existe relação entre organização e financiamento dos serviços de atenção primária e ainda enfatiza a necessidade de planejamento e alocação de recursos com disponibilidade eficiente. Sendo que para tal, depende-se de boas informações sobre a existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde.

Para re-organização dos sistemas e serviços de saúde, o estado do Ceará, desde 1998 (CEARÁ, 2013), vem desenvolvendo estratégias de regionalização em saúde voltadas à integralidade da atenção, organizou o SUS em seus 184 municípios, sub-divididos em 5 macrorregiões de saúde e 22 coordenadorias regionais de saúde (CRES).

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) coerente com a missão de assegurar a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribui para a melhoria da qualidade de vida dos cearenses (CEARÁ, 2013), buscando construir com os gestores municipais a horizontalidade das relações políticas e a cooperação na qualificação dos processos e práticas de gestão. Bem como, disponibiliza nos espaços da gestão estadual do SUS as Coordenadorias da SESA, no nível central, bem como as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES).

No ano de 2014, o Ceará registrou 523.065 internações sendo R\$ 616.865.024,38 pagos às unidades de internação, onde 93.100 foram por Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) pagos

75.849.709,24. Em 2015 o Ceará registrou 506.083 internações sendo R\$ 576.806.945,01 pagos às unidades de internação, onde 93.845 (18,5%) foram internações potencialmente evitáveis representando impacto financeiro de R\$ 81.743.016,53 (14,2%).

Acredita-se que se faz necessário a construção de uma rede de conhecimento científico por meio de pesquisas e gestão de agravos à saúde que promova o elo entre diversos atores e setores na busca de avanços em políticas públicas especificamente na atenção primária à saúde para elaborar, executar e acompanhar ações de promoção a saúde de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Na realidade dos serviços, Pires (2008) identificou que estes atores acima mencionados têm enfrentado diversos obstáculos no campo da assistência e da gestão, ocasionando limitações na definição e implementação de medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, entre eles aqueles relacionados às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária.

Tal preocupação levou a autora a refletir sobre existência de relação entre o financiamento da atenção primária à saúde nos municípios do Ceará e o coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária estabelecida nas seguintes questões norteadoras deste estudo:

Existe relação entre o financiamento da atenção primária à saúde e o coeficiente de internação por condições sensíveis a atenção primária no Ceará?

Como estão os indicadores de financiamento da atenção primária à saúde e o coeficiente de internação por condições sensíveis a atenção primária no Ceará?

A média de financiamento é proporcional ao grupo de diagnóstico de internação por CSAP no Ceará?

Após uma vivência profissional por mais de duas décadas, com abrangência nas áreas de interesse do presente estudo, em gestão pública dos sistemas e serviços de saúde na atenção básica e hospitalar, deu-se início ao interesse pelas internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) pelo exercício profissional na assistência à saúde e aprimorado com estudos na área da docência, motivando esta pesquisadora na busca de conhecimentos para

compreensão e auxílio na tomada de decisão em gestão na atenção básica à saúde, levando em consideração à relação entre financiamento da atenção primária à saúde e internação por condições sensíveis à atenção primária.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)

Apesar dos investimentos do Ministério da Saúde (MS), como órgão máximo regulador da organização integralizadora do sistema de saúde em todo o país e do interesse dos estados e municípios em qualificar a atenção à saúde, Pires (2008) relata que este processo ainda requer maiores investimentos, e que devem ser direcionados, preferencialmente, para a mudança das práticas assistenciais e para a capacitação dos profissionais e gestores da rede de atenção em saúde. Na realidade dos serviços pesquisados, identificou-se que estes atores têm enfrentado diversos obstáculos no campo da assistência e da gestão, ocasionando limitações na definição e implementação de medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, entre eles aqueles relacionados às internações hospitalares por condições sensíveis a atenção ambulatorial (CSAA).

A Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006b), objetivou-se promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Tendo como um de seus objetivos específicos, incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; e uma de suas diretrizes de incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas. Uma das responsabilidades da esfera de governo municipal determina que o gestor municipal deve pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;

No Brasil, ainda existe a cultura da internação, encontrada tanto na população que frequenta os serviços, quanto nos profissionais, caracterizando uma grande dificuldade de ruptura com a prática dos modelos tradicionais de atenção à saúde e determinando a oferta de um cuidado fragmentado e desvinculado das necessidades e realidades sociais das populações (PIRES, 2008).

As Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) estão representadas por um conjunto de 35 códigos de diagnósticos, adaptados ao contexto espanhol, de acordo com Caminal (2001b) que foi proposto para avaliar o desempenho dos

cuidados primários de saúde. Nesta pesquisa, o autor concluiu que os códigos selecionados reduzem significativamente as limitações que decorrem de variáveis independentes como os critérios de internação devido à características clínicas do paciente, variações na prática médica hospitalar e as políticas de admissão hospitalar.

As etapas para a elaboração da lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária foram descritas por Alfradique (2009) a seguir: (1) realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da lista (*face validity*), realizada em 2005; (2) consolidação e revisão da lista elaborada; (3) consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e (4) consulta pública em 2007. Após o resultado da consulta pública, houve a publicação da lista brasileira em vigor, através da portaria nº 221, de 22 de abril de 2008 (BRASIL, 2008).

Segundo BRASIL (2008), às Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e resolve que a Lista Brasileira de CSAP será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

A lista final de CSAP é composta por 19 grupos de diagnósticos, que representavam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo SUS – Sistema Único de Saúde em 2006, em um total de cerca de 2,8 milhões de internações. Cabe ressaltar, que ainda não há consenso sobre as aplicações e limites da lista nacional de CSAP (ALFRADIQUE, 2009).

Assim a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), a partir de 2008, passou a seguir a lista nacional (BRASIL, 2008) como referencial, pois anteriormente, seguia uma lista elaborada por cada nível estadual de saúde.

Ao longo da última década a medida dos coeficientes de internações por CSAP se tornou um instrumento valioso para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde. Estudos desta natureza são importantes, pois se sabe que este tipo de internação é mais freqüente nas populações mais vulneráveis (PERPETUO, 2006).

Na Espanha, “as taxas de internação por CSAP não se associaram ao tamanho da população adscrita, ao médico ou enfermeiro. A continuidade da

atenção associou-se a menores taxas de internações por CSAP, nos Estados Unidos e no Canadá. No Brasil, a continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a população adscrita ao médico, mostraram-se associadas, em diferentes estudos, à menor probabilidade de hospitalização por CSAP. Em conclusão, na referida revisão, os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de internar por CSAP” (NEDEL, 2008).

Nesta linha de pesquisa sobre CSAP, Guanais (2009) evidenciou a efetividade dos programas de atenção primária, voltados para a comunidade e orientados para a comunidade, na redução das internações hospitalares de atendimento ambulatorial no Brasil. Entre 1998 e 2002, as expansões do Programa de Saúde da Família foram associadas com reduções nas internações por diabetes mellitus e problemas respiratórios e as expansões do Programa de Agentes Comunitários de Saúde foram associadas com reduções nas condições de internações. Os resultados foram significativos somente para a população feminina, sugerindo que esses programas eram mais efetivos para alcançar mulheres do que homens. A cobertura do programa pode ter contribuído para um número estimado de 126.000 internações entre 1999 e 2002, o que correspondeu a uma economia potencial de 63 milhões de dólares”.

Na análise de seus dados, Pinto Junior (2014) demonstrou uma tendência de redução nas taxas de hospitalizações por causas evitáveis, expansão da ESF e melhoria dos aspectos socioeconômicos dos municípios baianos. A consolidação da Estratégia Saúde da Família, ajustada pelas covariáveis, reduziu as taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em todos os grupos etários analisados, tendo sido observadas as maiores reduções no grupo de menores de um ano.

O perfil de saúde no Ceará assemelha-se ao do país, quanto ao decréscimo significativo das doenças infecciosas, principalmente das imunopreveníveis, e ao aumento crescente das doenças crônicas e degenerativas, decorrentes do envelhecimento da população (CEARÁ, 2009).

Condições sensíveis à atenção primária “são problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de atenção. A necessidade de hospitalização por essas causas deve ser evitada por uma atenção primária oportuna e efetiva” (NEDEL, 2008).

Estudo realizado no Piauí, com metodologia quantitativa e abordagem ecológica, considerando as internações hospitalares e a cobertura da Estratégia Saúde da Família entre 2000 e 2010, mostrou associação plausível entre a expansão da cobertura da ESF e redução das Internações por CSAP, com destaque para as doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho respiratório (BARRETO et al., 2012).

Segundo (MARTINS, 2014) ao realizar estudo das internações por condições sensíveis à atenção primária no Hospital Regional de Ceilândia - DF de 2009 a 2012, observou que entre os dez principais grupos de diagnósticos de ICSAP, a maior incidência foi: pneumonias bacterianas, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares representando maior expressão entre as 10 mais relevantes e infecção de pele e tecido subcutâneo, diabetes melitus e insuficiência cardíaca com menores variações.

Em estudos no estado do Espírito Santo de 2005 a 2009, Pazo (2012) demonstrou que a proporção das internações por CSAP, de acordo com o total de internações, (25,6%) foram internações por CSAP, tendo acréscimo nesta taxa e (74,4%) foram internações por outras causas, com tendência de regressão do número total de internações.

Aparentemente, a diminuição verificada nas taxas de internações evitáveis pode estar relacionada à qualificação dos serviços de atenção básica. Contudo, os resultados podem ser consequências do financiamento do sistema de saúde. Os valores de pagamento desses procedimentos são baixos e podem estar direcionando os hospitais a uma diminuição da oferta de leitos. Em 1997, as internações evitáveis atingiram praticamente 15% dos recursos pagos pelas internações de Pelotas e em 2003 não alcançaram 5% (DIAS-DA-COSTA, 2008).

2.2 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com Epstein (1990) há controvérsia se os pacientes pobres hospitalizados usam mais recursos e se os hospitais que prestam assistência a população mais carente, mereçam de pagamento complementar no per-capita dos sistemas de pagamento prospectivo. Pesquisa realizada por Epstein *et al* sobre o assunto, resultou que os pacientes internados de menor nível socioeconômico têm estadias mais longas e, provavelmente, necessitam de mais recursos. E sugere que

pagamentos complementares aos hospitais para o tratamento de pacientes pobres merecem ser considerados.

Embasada em experiência de gestão e assistência na saúde, faz-se uma ressalva que pacientes mais carentes economicamente, chegam às unidades de saúde da atenção secundária, mais debilitados fisicamente por restrições alimentares e nutricionais, além do diagnóstico que os levaram ao internamento, necessitando de suporte físico e emocional para melhora de seu estado geral e de saúde, conseqüentemente, poderão ter maior tempo de permanência elevando os gastos hospitalares.

Outro fator relevante é o modelo de repasse financeiro do sistema de pagamento do SUS às unidades de saúde ser feito mediante valor tabelado por diagnóstico, independentemente do estado de saúde dos pacientes, por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e que podem elevar os gastos hospitalares, pois considera o tratamento por diagnóstico, igual para todos os pacientes independentemente das necessidades individuais, fazendo com que os gestores municipais ou dos serviços de saúde, solicitem pagamento complementar às esferas estaduais e federais para cobrir as despesas, mas que nem sempre são atendidos pelos órgãos de financiamento.

De acordo com Starfield (2002) para maximizar os incentivos à atenção primária deve compartilhar características com outros níveis dos sistemas de saúde como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. Conseqüentemente os serviços de saúde, na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhora da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riquezas. E que o nível global de gastos em serviços de saúde não está uniformemente associado a melhores níveis de saúde, e que qualquer efeito dos serviços de saúde deve ser uma consequência de características específicas destes serviços. Para a existência de diferenças na morbidade em diferentes unidades de saúde oferece a base para a alocação dos recursos de forma diferenciada, de acordo com as necessidades da população atendida, cita três alternativas para lidar com este desafio da alocação de recursos: a histórica, a sócio-demográfica e a categorização por diagnóstico.

A portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), “regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços

de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento”, a seguir descritos:

Blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. São os seguintes:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.

Nesta pesquisa foi detalhado apenas o bloco I, pois é o melhor que subsidiou dados para o cálculo do indicador de financiamento da atenção primária.

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes. O primeiro é o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo) que é oriundo do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e é transferido automática e regularmente.

O Segundo é o Piso da Atenção Básica Variável – (PAB Variável) constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A portaria Nº 978, de 16 de maio de 2012 define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2012).

A Nota Técnica (NT) nº 58 /2008 (BRASIL, 2008) “tem por objetivo apresentar os resultados obtidos após a revisão dos indicadores, municipais e estaduais dos Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, retroativamente ao SIOPS 2007 semestral, a fim de adequá-los: às alterações contábeis realizadas no sistema em 2007 e às modificações de composição de contas, realizadas para melhor adaptação dos indicadores às suas finalidades”.

Pela presente Nota Técnica é descrita a composição dos indicadores municipais que são calculados automaticamente pelo SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, que a partir do SIOPS 2007 semestral, objetiva apresentar, de forma didática, os indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após o envio dos dados pelos Municípios (BRASIL, 2008).

A nota técnica apresenta os seguintes indicadores:

Características dos indicadores municipais, calculados a partir da declaração de dados ao SIOPS

1. Indicadores que relacionam valores de receita
2. Indicadores que relacionam valores de despesa
3. Indicadores que relacionam valores de receitas e despesas

A participação da receita própria aplicada em saúde conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000) foi uma variável utilizada neste estudo.

O estudo dos determinantes municipais de gastos com saúde foi pouco explorado ainda nos estudos de finanças e políticas públicas da economia brasileira. A autonomia municipal foi, contudo, condicionada pela Emenda Constitucional 29 de 2000 (BRASIL, 2000) e regulamentada pela Lei complementar nº14 de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), que estabeleceu pisos mínimos para os gastos com saúde nos níveis municipal e estadual. Por consequência dessa emenda, os gastos per capita médios das prefeituras cresceram 91,38% no período 2002-2006. Tudo indica que a partir de então o aspecto constitucional é o mais forte determinante na direção dos gastos municipais. O advento da promulgação da Constituição Federal

de 1988 delegou aos estados e municípios tarefas fundamentais no direcionamento das políticas públicas de saúde. A evolução das ações do SUS, com o advento de publicação das normas operacionais básicas (NOB's) em 1993 e 1996, e 97 da norma operacional de assistência a saúde (NOAS) em 2001, vieram cada vez mais comprovar a ação prioritária dos entes municipais nos programa de atenção básica à saúde (SILVA, 2009).

Estudo realizado por Mesquita (2012) com a aplicação de métodos estatísticos sobre dados de gastos com saúde de seis estados selecionados, referentes ao período de 2001 a 2009, e sobre os índices de saúde selecionados para a pesquisa fazendo comparações entre os entes da Federação selecionados do ponto de vista dos gastos com saúde e procurando estabelecer as correlações entre estes gastos e a evolução dos índices de saúde, a fim de perceber os impactos da aplicação da emenda constitucional na melhoria, ou não, da saúde da população. Os resultados mostram que, em grande parte, pode-se considerar bom o grau de cumprimento da obrigatoriedade e que, apesar de uma melhora nos índices de saúde da população, esta não deve ser creditada somente à aplicação da Lei, demonstrando a importância da preocupação com a qualidade do gasto.

Tanto no Brasil como no exterior, é crescente o número de estudos sobre coeficientes de internação por CSAP, e tal preocupação motivou esta pesquisa no enfoque nos indicadores de financiamento da atenção primária à saúde no Ceará.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar relação entre o financiamento da atenção primária à saúde (IFAP) e o coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Ceará no ano de 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as médias dos indicadores de financiamento da atenção primária à saúde (IFAP) e dos coeficientes de internação (CI) por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Ceará no ano de 2015.

Descrever o perfil e o financiamento das internações por condições sensíveis a atenção primária (CSAP) nas unidades de internação hospitalar por grupo de diagnóstico de CID-10 no Ceará no ano de 2015.

4 METODOLOGIA

O delineamento metodológico foi estudo ecológico, realizado no estado do Ceará, no período de fevereiro de 2016.

Nos estudos ecológicos, segundo Lima-Costa (2003) compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. Em um estudo ecológico típico, medidas de agregados da exposição e da doença são comparadas. Nesse tipo de estudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença/condição relacionada na coletividade. Isso é particularmente importante quando se considera que a expressão coletiva de um fenômeno pode diferir da soma das partes do mesmo fenômeno. Por outro lado, embora uma associação ecológica possa refletir, corretamente, uma associação causal entre a exposição e a doença/condição relacionada à saúde, a possibilidade do viés ecológico é sempre lembrada como uma limitação para o uso de correlações ecológicas. O viés ecológico – ou falácia ecológica – é possível porque uma associação observada entre agregados não significa, obrigatoriamente, que a mesma associação ocorra em nível de indivíduos.

A amostra foi do tipo intencional, selecionada pelos 184 municípios do estado do Ceará com critérios de inclusão: ter implantação da Estratégia Saúde da Família (com indicador Cobertura por Unidades Geográficas por Competência) acessado: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php e ter registrado balanço financeiro no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (com indicador PAB) disponibilizado em <http://siops.datasus.gov.br/indicamun>.

A coleta dos dados foi realizada com dados secundários referentes ao ano de 2015, provenientes do SIOPS e SIH/SUS, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela base de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), (Apêndice B).

Pelo SIOPS foram analisados os dados financeiros de cada município colhidos pelo DATASUS/MS registrados no SIOPS, nos indicadores municipais por

ente federado e dados informados por execução financeira por bloco. Vale ressaltar que apenas foi analisado o bloco de financiamento no componente da atenção básica (PAB total) e não discriminado PAB fixo ou variável, (Apêndices B, E e F).

Os dados disponíveis no sistema de Informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS) possibilitaram o cálculo do Coeficiente de Internação (CI) por CSAP e seu impacto no total de internações do SUS (PERPETUO, 2006).

Fórmula 1- Coeficiente de Internação

$$\text{Coeficiente de Internação} = CI_x^t = \frac{I_x^t}{P_x^t} * 10.000$$

onde:

I_x^t é o número total de internações por CSAP de pessoas residentes em um município X.

P_x^t é a população residente em um município X.

Fonte: (PERPETUO, 2006).

Os dados para composição do coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária do SIH/SUS foram tabulados de acordo com a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária (BRASIL, 2008). No mesmo site foi coletado informação de população residente de cada município do Ceará para o ano de 2015, possibilitando o cálculo do coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária.

Para o indicador de financiamento da atenção primária à saúde embasou-se na fórmula descrita de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000) e na NOTA TÉCNICA Nº 58 /2008 (BRASIL, 2008) – SIOPS/AESD/SE/MS expressos por indicadores que relacionam valores de receita, valores de despesas e valores de receita e despesas adequados para este estudo calculado pela fórmula 2:

Fórmula 2 - Indicador de Financiamento da Atenção Primária (IFAP)

$$IFAP_x^t = \frac{PAB_x^t}{P_x^t} * 10.000$$

onde :

$IFAP_x^t$ Indicador de Financiamento da Atenção Primária de um município X.

PAB_x^t é Piso de Atenção Básica do município X.

P_x^t é a população residente em um município X.

Fonte:BRASIL(2000)

Para composição dos indicadores de financiamento da atenção primária à saúde (IFAP), os dados foram tabulados pelo SIOPS e DATASUS através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), utilizado o programa TabWin do Ministério da Saúde, para coleta dos dados de população estimada (Apêndice B).

Para entrada de dados e controle de qualidade foi montado um banco de dados com o programa EpiData (Acesso por: <http://www.epidata.dk/sp/index.htm>).

Foram criados controles para evitar a entrada de dados discrepantes, por meio de dupla digitação, digitadores independentes, com posterior validação pelo próprio programa e correção de possíveis discordâncias, através da revisão da ficha de dados original.

A comparação das médias de financiamento segundo o grupo de diagnóstico foi realizada pelo teste F de *Snedecor*, para os dados que apresentaram distribuição normal, seguido do teste *post hoc* de *Tukey*; caso contrário, foi empregado o teste de *Kruskal-Wallis* e *Conover*. A análise da correlação e da regressão linear entre o financiamento da atenção primária à saúde e o coeficiente de internação por condições sensíveis foram feitas por meio do coeficiente de correlação r de Pearson e da reta de regressão $Y=a+bX$. Foi fixado o nível de significância em 5%. As análises foram processadas no SPSS 20.0, licença número 1010113007.

A possível correlação entre os coeficientes de internação por condições sensíveis à atenção primária e outras variáveis quantitativas foi feita com o auxílio do SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.0 for Windows®, que

posteriormente foi analisada pela pesquisadora com observância dos objetivos a que se destinou a pesquisa. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

No que se refere aos aspectos éticos, este estudo não necessitou de apresentação à Comitê de Ética, pois trabalhou unicamente com dados secundários disponíveis ao público e anônimos eletronicamente e estava de acordo com o regimento do programa do Mestrado Profissional em Planejamento de Políticas Públicas. Mesmo assim, foi disponibilizado carta de anuência (Apêndice A) aos técnicos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) em auxílio da pesquisadora, enquanto demonstração dos sistemas e programas eletrônicos na busca dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Regionalização de acordo com as Macrorregiões de saúde por CRES, Município e população. Ceará, 2015.

Macro	Qtde CRES	Qtde Municípios	População
1	6	44	4.461.954
2	3	20	620.078
3	5	55	1.577.256
4	3	20	523.229
5	5	45	1.423.488
TOTAL	22	184	8.606.005

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela (1) demonstrou a regionalização da saúde de acordo com Ceará (2013) representada por 5 Macrorregiões de saúde, 22 Coordenadorias de saúde (CRES), 184 Municípios e 8.606.005 habitantes.

Observou-se que a Macrorregião 1 (Fortaleza) tem a metade da população estadual (4.461.954 hab) enquanto que a menor população se encontra na Macrorregião 4 (Litoral Leste/Jaguaribe) com 523.229 habitantes.

Tabela 2- Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) nas Macrorregiões de saúde. Ceará, 2015.

M A C R O	N	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		PAB TOTAL		PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)		INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP)		CORRELAÇÃO ENTRE INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP) E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	r	p	
		1	44	43,29	56,52	8.591.216,31	17.777.183,14	93,51	11,32	1.569.111,04	666.281,27	-
2	20	55,77	58,66	4.239.036,41	3.285.985,94	100,00	,00	1.592.499,53	951.656,09	-	0,051	0,832
3	55	57,56	62,47	5.411.447,18	10.486.148,03	97,98	13,53	1.804.847,01	1.113.783,71	-	0,208	0,127
4	20	66,32	92,40	3.566.502,38	2.660.814,68	97,68	6,20	1.563.004,61	723.473,78	-	0,238	0,312
5	45	104,81	122,02	4.601.141,21	4.472.873,20	99,18	4,14	1.721.893,03	769.385,81	-	0,216	0,155
TOTAL	184	66,46	85,16	5.645.680,67	10.790.321,97	97,39	9,87	1.678.819,24	878.333,34	-	0,024	0,744

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela (2) descreve as 5 Macrorregiões de saúde: Macrorregião 1 (Fortaleza), Macrorregião 2 (Sertão Central), Macrorregião 3 (Norte), Macrorregião 4 (Litoral Leste/Jaguaribe) e Macrorregião 5 (Cariri). Estas macrorregiões juntas representam 184 municípios.

Para as cinco Macrorregiões de saúde do Ceará (Tabela 2) observou-se que a Macrorregião 5 obteve a maior média de coeficiente de Internação por CSAP

(104,81), apesar do segundo melhor indicador de IFAP (R\$ 1.721.893,03) e segunda melhor cobertura da ESF (99,18%).

Ao comparar as Macrorregiões 1 e 5, observou-se que a Macrorregião 1 apesar de ter aplicado o dobro de PAB (R\$ 8.591.216,31) da Macrorregião 5, médias dos indicadores calculados para conjuntos de 10.000 habitantes em decorrência da diferença populacional, a Macrorregião 1 mostrou melhor coeficiente de ICSAP (43,29), sendo este o melhor resultado de Internação por CSAP na análise destas duas Macrorregiões (1 e 5), assim como diante das demais Macrorregiões.

Verificou-se que a correlação entre IFAP e Internação por CSAP não apresentou significância estatística para nenhuma das cinco Macrorregiões de saúde do Ceará em 2015.

Tabela 3- Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 1. Ceará, 2015.

CRES DA MACRO 1	N	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		PAB TOTAL		PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)		INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP)		CORRELAÇÃO ENTRE INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP) E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	r	p	
		1	4	66,09	59,58	32.874.712,22	54.647.199,11	79,42	24,24	916.383,97	316.512,82	-
2	10	27,51	22,37	6.176.604,15	6.128.139,89	95,86	8,75	1.640.485,78	713.024,10	-	0,521	0,122
3	8	63,82	108,07	9.306.052,19	13.051.241,70	91,54	8,66	1.468.560,40	492.685,87	-	0,349	0,397
4	8	48,02	51,11	2.466.091,75	826.520,58	100,00	0,00	1.732.216,27	703.198,19	-	0,326	0,431
6	7	22,43	34,86	4.389.766,91	2.981.196,43	91,37	10,15	1.273.868,87	434.867,34	-	0,429	0,337
22	7	44,80	24,83	8.549.015,38	5.729.569,10	95,18	10,38	2.063.885,26	768.651,72	-	0,055	0,907
TOTAL	44	43,29	56,52	8.591.216,31	17.777.183,14	93,51	11,32	1.569.111,04	666.281,27	-	0,007	0,966

Fonte: Elaborada pela autora.

A Macrorregião 1 denominada Fortaleza, é composta por 6 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo: CRES 1 (Fortaleza), CRES 2 (Caucaia), CRES 3 (Maracanaú), CRES 4 (Baturité), CRES 6 (Itapipoca) e CRES 22 (Cascavel). Esta Macrorregião representa 44 municípios.

Ao analisar os dados da Macrorregião de saúde 1 (Tabela 3), a CRES 1 apresentou o menor valor de investimento na atenção primária referente ao IFAP (R\$ 916.383,97) e maior média de Internação por CSAP (66,09). Esse resultado mostra-se de acordo com o esperado pela literatura em relação ao financiamento da APS que quanto menor for o investimento em APS, maior será o indicador de ICSAP.

Para Starfield (2002) existe relação entre organização e financiamento dos serviços de atenção primária e ainda enfatiza a necessidade de planejamento e

alocação de recursos com disponibilidade eficiente. Sendo que para tal, depende-se de boas informações sobre a existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde.

Um fator relevante que poderia justificar a maior taxa de Internação por CSAP (66,09) para CRES 1, seria pela inserção de Fortaleza nesta CRES, pois este município, além de ser referenciado como sede desta Macrorregião, também o é, para todas as demais 21 Macrorregiões de saúde, ao ofertar o maior número de unidades secundárias e terciárias de assistência a saúde, de acordo com a organização do sistema de referência da assistência à saúde no estado do Ceará. Este fato não justifica o baixo investimento na APS com IFAP (R\$ 916.383,97) e muito menos a menor proporção de cobertura populacional da ESF (79,42%), sendo estas as menores taxas tanto para esta Macrorregião (1) quanto para as demais 21 macrorregiões do estado.

Uma outra possível explicação para tais resultados da CRES 1, poderia estar associada a outras variáveis que poderiam influenciar direta ou indiretamente este indicador e que não foram analisados neste estudo, como por exemplo o modelo hospitalocêntrico em que o Brasil permanece inserido, podendo elevar assim, as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) em detrimento de tratamentos de promoção e prevenção à saúde que, a longo prazo, reverteriam em menores taxa de internação e de gastos com saúde pública.

Outra explicação poderia ser a restrição de dados e pesquisas de associação de recursos financeiros aplicado especificamente na APS no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) por componente da atenção básica com internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), que pudessem ser associados ao valor específico aplicado na atenção básica versus Internação por CSAP.

Segundo Starfield (2002) a saúde possui muitos tipos de determinantes dentre eles: estrutura genética, ambiente social e físico, comportamentos individuais e serviços de saúde (prática médica). E que a saúde de um indivíduo ou uma população, é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificado por ambiente social e físico, por comportamentos que são culturais ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.

Além disso, outros municípios de grande porte, que são regiões metropolitanas de Fortaleza, como Maracanaú e Caucaia, também referenciam

pacientes para internação em Fortaleza, podendo elevar a média de internação por CSAP na Macrorregião 1 devido às complicações de saúde que poderiam ser preveníveis na atenção primária.

Tabela 4- Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 2. Ceará, 2015.

CRES DA MACRO 2	N	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		PAB TOTAL		PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)		INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP)		CORRELAÇÃO ENTRE INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP) E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	r	p	
		5	6	48,53	49,99	3.160.192,95	1.438.938,07	100,00	0,00	1.143.382,63	457.648,79	-
8	10	43,56	42,80	5.050.999,67	4.325.209,89	100,00	0,00	1.680.443,54	636.418,34	-	0,003	0,993
14	4	97,15	96,16	3.827.393,45	2.015.161,51	100,00	0,00	2.046.314,88	1.862.211,89	-	0,201	0,799
TOTAL	20	55,77	58,66	4.239.036,41	3.285.985,94	100,00	0,00	1.592.499,53	951.656,09	-	0,051	0,832

Fonte: Elaborada pela autora.

A Macrorregião 2 denominada Sertão Central, é composta por 3 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo: CRES 5 (Canindé), CRES 8 (Quixadá) e CRES 14 (Tauá). Esta Macrorregião representa 20 municípios.

Ao serem analisados os dados da Macrorregião de saúde 2 (Tabela 4), observou-se que a CRES 14 (Tauá) apresentou o dobro do coeficiente de Internação por CSAP (97,15) e maior indicador de IFAP (R\$ 2.046.314,88), ambas as taxas em relação as demais CRES desta Macrorregião. Observou-se ainda que os dados da CRES 14 se contrapõem a literatura: altos investimentos refletiram em altas taxas de internação por CSAP.

Outro dado que chamou atenção para esta Macrorregião, se deu pela CRES 5 (Canindé) apresentar baixo Internação por CSAP (48,53) e baixo IFAP (R\$ 1.143.382,63) ambas as taxas em relação as demais CRES desta Macrorregião. Observou-se ainda que os dados desta CRES se contrapõem a literatura: baixos investimentos refletiram em baixas taxas de internação por CSAP.

Tanto para altos investimentos e altas taxas de Internação por CSAP, como baixos investimentos e baixas taxas de Internação por CSAP, Starfield (2002) menciona em seus estudos que uma maior riqueza nacional não garante que as condições sócioeconômicas produzam um alto nível de saúde e que a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde

melhor. Além disso, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada à uma saúde pior.

No que tange à cobertura populacional da ESF todas as CRES da Macrorregião 2 apresentaram elevada cobertura de ESF (100%). Enquanto que todas as correlações entre IFAP x internação por CSAP para esta macrorregião não revelaram significância estatística.

Tabela 5 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 3. Ceará, 2015.

CRES DA MACRO 3	N	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		PAB TOTAL		PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)		INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP)		CORRELAÇÃO ENTRE INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP) E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	r	p
		11	24	43,56	70,67	6.888.635,53	15.273.126,92	95,83	20,41	2.298.598,17	1.313.531,12
12	7	44,11	55,52	6.022.385,35	7.810.918,56	100,00	0,00	1.608.944,55	1.086.631,33	0,936	0,002
13	8	84,98	25,66	4.407.530,28	1.679.886,77	99,92	0,22	1.288.201,08	420.452,22	0,524	0,182
15	11	87,96	56,81	3.584.295,48	2.265.587,45	100,00	0,00	1.435.139,60	792.435,10	0,099	0,773
16	5	32,84	61,83	3.091.630,47	1.483.793,39	97,95	4,59	1.349.094,67	690.240,55	-	0,329
TOTAL	55	57,56	62,47	5.411.447,18	10.486.148,03	97,98	13,53	1.804.847,01	1.113.783,71	0,208	0,127

Fonte: Elaborada pela autora.

A Macrorregião 3 denominada Norte, é composta por 5 Coordenadorias Regionais de Saúde, que são: CRES 11 (Sobral), CRES 12 (Acaráú), CRES 13 (Tinguá), CRES 15 (Crateús) e CRES 16 (Camocim). Esta Macrorregião representa 55 municípios.

Ao serem comparados os dados da Macrorregião de saúde 3 (Tabela 5), entre as CRES 15 e 16, observou-se que a CRES 15 teve quase o triplo do valor da média de Internação por CSAP (87,96) para as CRES deste grupo, comparado à CRES 16 que apresentou CSAP (32,84). Ambas as CRES apresentaram aproximações quanto a IFAPs e coberturas de ESF.

A CRES 12 apresentou o segundo melhor investimento (R\$ 1.608.944,55), alta cobertura de ESF (100%) e terceiro melhor coeficiente de Internação por CSAP (44,11), se comparada às demais CRES de sua Macrorregião.

As correlações entre IFAP x CSAP para a Macrorregião 3 não revelaram significância estatística. Entretanto, a CRES 12 (Acaráú) apresentou, isoladamente, poder de significância ($p = 0,002$), se comparado IFAP x internação por CSAP,

resultado este esperado pela literatura, que quanto maior o investimento financeiro, menor as taxas de Internação por CSAP.

Tabela 6 - Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 4. Ceará, 2015.

CRES DA MACRO 4	N	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		PAB TOTAL		PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)		INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP)		CORRELAÇÃO ENTRE INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP) E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	r	p	
7	4	28,97	33,62	3.752.479,98	2.535.561,19	90,17	11,57	1.679.499,95	444.265,07	-	0,725	0,275
9	5	108,32	166,14	4.239.815,89	2.788.100,12	98,60	3,13	1.166.473,02	175.459,49	-	0,168	0,787
10	11	60,82	58,06	3.192.822,57	2.831.897,44	100,00	0,00	1.700.884,31	904.434,81	-	0,270	0,423
TOTAL	20	66,32	92,40	3.566.502,38	2.660.814,68	97,68	6,20	1.563.004,61	723.473,78	-	0,238	0,312

Fonte: Elaborada pela autora.

A Macrorregião 4 denominada Litoral Leste/Jaguaribe, é composta por 3 Coordenadorias Regionais de Saúde: CRES 7 (Aracati), CRES 9 (Russas) e CRES 10 (Limoeiro do Norte). Esta Macrorregião representa 20 municípios.

Quanto aos dados da Macrorregião de saúde 4 (Tabela 6), observou-se que a CRES 9 (Russas) apresentou quase o quádruplo do valor da média de Internação por CSAP (108,32) para esta Macrorregião em contraste com a CRES 7 (28,97). A CRES 9 apresentou ainda o menor IFAP (R\$ 1.679.499,95) e cobertura de ESF (98,60%). A correlação entre IFAP x internação por CSAP para esta Macrorregião não teve significância estatística.

A CRES 9 (Russas) apresentou o esperado pela literatura e objeto deste estudo: baixo IFAP (R\$ 1.166.473,02) e alta internação por CSAP (108,32) se comparado para às CRES desta Macrorregião.

Tabela 7- Correlação entre coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e indicador de financiamento da atenção primária (IFAP) por CRES: Macrorregião de saúde 5. Ceará, 2015.

CRES DA MACRO 5	N	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		PAB TOTAL		PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)		INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP)		CORRELAÇÃO ENTRE INDICADOR DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (IFAP) E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)		
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	r	p	
17	7	142,90	88,51	2.991.845,38	1.690.126,92	100,00	0,00	1.708.228,18	1.330.530,01	-	0,335	0,462
18	10	58,02	44,33	4.688.108,65	2.960.002,93	97,44	8,09	1.761.701,53	746.470,11	-	0,046	0,900
19	9	146,28	232,37	4.182.454,54	2.377.386,77	100,00	0,00	1.901.143,57	783.517,01	-	0,365	0,335
20	13	73,39	45,90	4.037.347,13	4.743.592,62	99,12	3,16	1.627.436,45	428.456,55	-	0,001	0,998
21	6	144,19	112,67	8.183.291,13	8.580.856,26	100,00	0,00	1.607.267,99	747.520,88	-	0,393	0,441
TOTAL	45	104,81	122,02	4.601.141,21	4.472.873,20	99,18	4,14	1.721.893,03	769.385,81	-	0,216	0,155

Fonte: Elaborada pela autora.

A Macrorregião 5 denominada Cariri, é composta por 5 Coordenadorias Regionais de Saúde: CRES 17 (Icó), CRES 18 (Iguatu), CRES 19 (Brejo Santo), CRES 20 (Crato) e CRES 21 (Juazeiro do Norte). Representa 45 municípios.

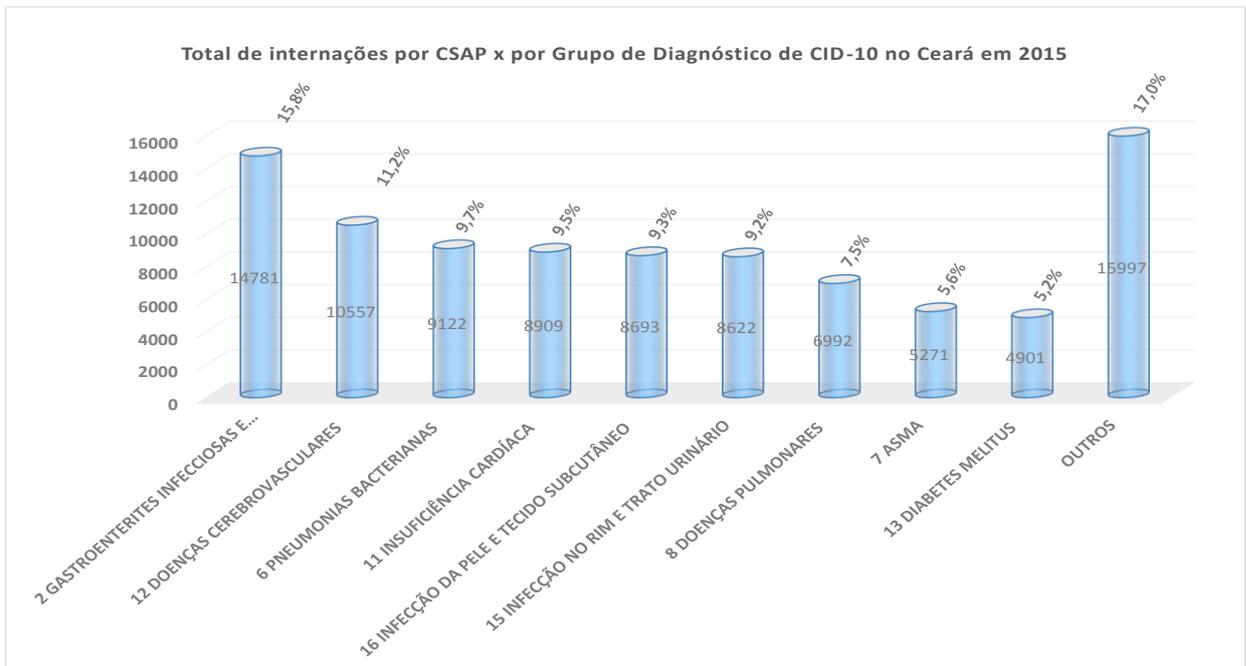
Ao serem analisados os dados da Macrorregião de saúde 5 (Tabela 7), observou-se que a CRES 19 (Brejo Santo), teve a maior Internação por CSAP (146,28), melhor IFAP (R\$ 1.901.143,57) e Cobertura ESF (100%) se comparada as demais CRES de sua Macrorregião. Os dados não apresentaram associação estatisticamente significativa quanto a relação IFAP e internação por CSAP.

A CRES 19 (Brejo Santo) se comparada as demais CRES de sua Macrorregião, se contrapõem a literatura: altos investimentos refletiram em altas taxas de internação por CSAP.

Observou-se ainda que as maiores taxas de internação por CSAP dentre todas as Macrorregiões de saúde no Ceará, encontra-se na Macrorregião 5, pelas CRES 19 (Brejo Santo), CRES 21 (Juazeiro do Norte) e CRES 17 (Icó): respectivamente (146,28), (144,19) e (142,90).

Estes dados podem ser justificados por esta Macrorregião de saúde ser a região do Cariri, e que apesar de boa cobertura de ESF acima de 97%, outros fatores podem estar associados como baixos níveis sócio econômicos e sanitários e que podem contribuir com maiores taxas de internação por CSAP, independentemente da cobertura da ESF ou investimentos apenas em saúde.

Gráfico 1- Taxa de internação por condições sensíveis a atenção primária (CSAP) por grupo de diagnóstico de CID-10. Ceará,2015.



Fonte: Elaborada pela autora.

O (Gráfico 1) dentre as 10 principais causas de internações por CSAP no Ceará por Grupo de Diagnóstico de CID-10, as cinco principais causas de internações por CSAP de acordo com percentual acumulado foram de 55% do total de internação por CSAP. Observou-se ainda que a maior taxa de internação por CSAP foi do grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e Complicações) e corresponderam a 14.781 (15,8%) internações, seguido pelo grupo 12 (Doenças Cerebrovasculares) que aparece como a segunda causa por CSAP com 10.557 (11,2%) internações, e terceira causa representada pelo grupo 6 (Pneumonias Bacterianas) com 9.122 (9,7%) internações.

Segundo Oliveira (2011), estudo realizado no Ceará para os anos de 2000, 2005 e 2010, observou-se que as internações por condições sensíveis à atenção primária, foram responsáveis por 125.032 (2000), 127.783 (2005) e 93.089 (2010), representando 32,9%, 31,8% e 26,3% do total das internações respectivamente.

Estes dados estão de acordo com a literatura citado por Martins (2014) sobre diagnósticos de internações por condições sensíveis à atenção primária no Hospital Regional de Ceilândia - DF de 2009 a 2012, ao concluir que o grupo de causas de internação por CSAP mais incidente, foi o das pneumonias bacterianas,

que representou 22% das internações, tendo como segundo e terceiro lugares: doenças cerebrovasculares (17%) e infecção dos rins e trato urinário (8%). As doenças que se mostraram mais prevalentes são as doenças que acometem as faixas etárias em maior destaque, crianças menores de 10 anos e adultos acima de 65 anos. Houve redução de 40% da internação por CSAP e crescimento considerável entre os indivíduos acima de 80 anos.

Estes dados vão ao encontro das políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde ao oficializar a Estratégia Saúde da Família no país para atender a população como primeiro acesso aos sistemas e serviços de saúde pública e que deveria tratar 85% das doenças preveníveis na atenção básica evitando internações por estas causas. Assim como pela implementação do Programa HIPERDIA para redução das taxas de morbi-mortalidade por complicações de hipertensão e diabetes.

As Doenças Cardio Vasculares (DCV) são ainda responsáveis por alta frequência de internações, segundo Malachias (2016), com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por Hipertensão Arterial (HÁ), de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013. Taxas históricas de hospitalização por DCV apresentaram redução para Doença Hipertensiva (DH) e manutenção da estabilidade ou tendência a redução para Acidente Vascular Encefálico (AVE), embora indique aumento das internações por doenças isquêmicas do coração (DIC).

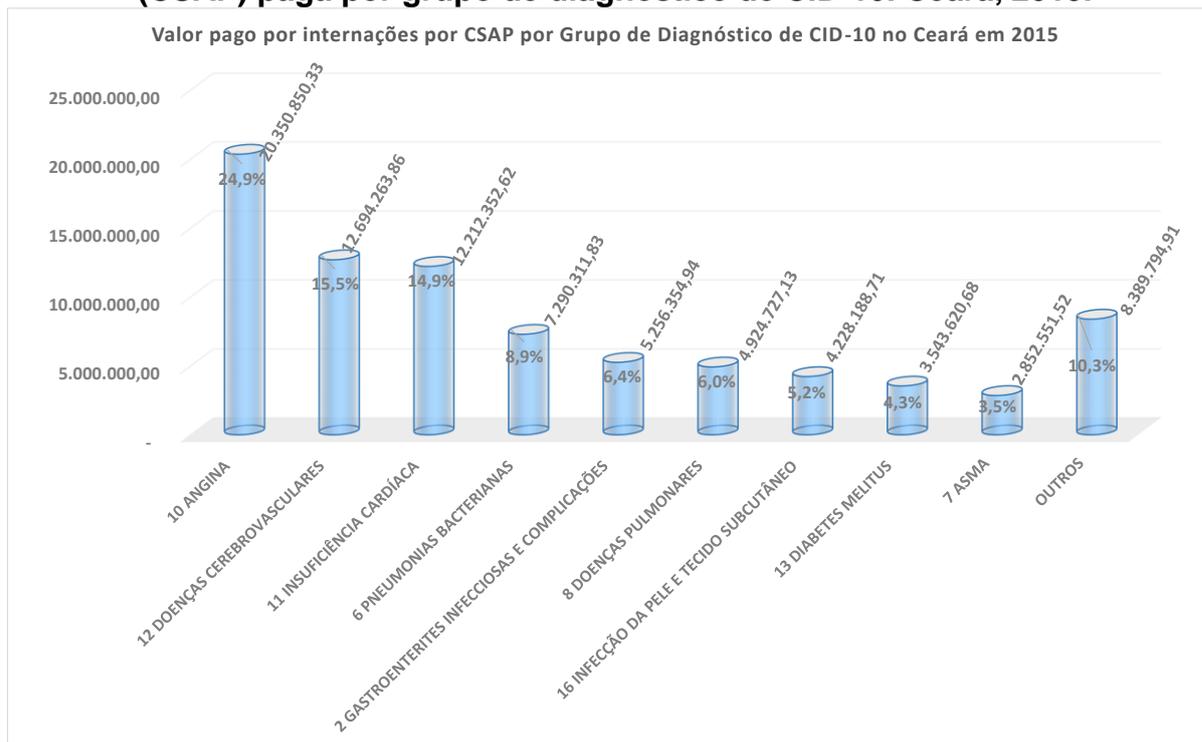
Segundo Pazo (2012) demonstrou em seus estudos que a proporção das internações por CSAP no estado do Espírito Santo de 2005 a 2009, segundo o grupo de causas por diagnóstico (CID -10) que as cinco principais causas foram: Gastroenterites Infeciosas e Complicações (17,8%), Pneumonias Bacteriana (11,7%), Insuficiência Cardíaca (10,9%), Infecção dos Rins e Trato Urinário (10,0%) e Doenças Cerebrovasculares (6,9%).

Segundo Mendonça (2014) o perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no estado de Pernambuco, no período de 2008 a 2012 foi: 20,0% das internações ocorridas em Pernambuco (n=559.975) foram por internações por CSAP; redução de 12,11% de internações/1000 habitantes; os principais grupos de causas foram gastroenterites infecciosas e

complicações (19,7%), pneumonias bacterianas (18,7%), asma (7,9%), insuficiência cardíaca (7,7%) e infecção no rim e trato urinário (7,2%).

De acordo com a literatura, Pazo (2012) e Mendonça (2014), demonstraram que a principal causa de internação por CSAP foi gastroenterite infecciosa e complicações assim como o Ceará.

Gráfico 2 - Taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) paga por grupo de diagnóstico de CID-10. Ceará, 2015.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados (Gráfico 2) representam as 10 principais causas de internações de CSAP no Ceará pagas às unidades de internação por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por Grupo de Diagnóstico de CID-10 e apontaram que as três maiores taxas de internação por CSAP de acordo com o percentual acumulado foi de 70,6% onde o grupo 10 (Angina) pagou o valor (R\$ 20.350.850,33), grupo 12 (Doenças Cerebrovasculares) o valor pago foi de (R\$ 12.694.263,86) e grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) por valor pago foi de (R\$ 12.212.352,62), representando (24,9%), (15,5%) e (14,9%) respectivamente.

Segundo Oliveira (2011), estudo realizado no Ceará para os anos de 2000, 2005 e 2010, observou-se que os gastos com internação por CSAP em

relação ao total do gasto foram responsáveis por 2000 (23,1%), 2005 (20,4%) e 2010 (16,6%).

Estes grupos de patologias foram responsáveis por mais da metade do valor pago por internação hospitalar por CSAP em 2015 no Ceará. Estas doenças são consequência de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus que podem ser preveníveis na atenção primária, e que podem ter associação com as taxas de morbi-mortalidade e elevado índice de internação nos hospitais de referência na atenção secundária e terciária, elevando os gastos com saúde pública.

No Brasil, segundo Malachias (2016), Hipertensão Arterial (HA) atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doença Cárdio Vascular (DCV) Junto com Diabetes Melitus (DM), suas complicações (Cardíacas, Renais e Acidente Vascular Encefálico) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. As doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013).

Seguido em menor proporção pelos grupos: grupo 6 (Pneumonias Bacteriana), grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e Complicações), grupo 8 (Doenças Pulmonares) grupo 16 (Infecção da Pele e Tecido Subcutâneo), grupo 13 (Diabetes Melitus) e grupo 7 (Asma).

Segundo Oliveira (2011) estudo realizado no Ceará para os anos de 2000, 2005 e 2010, observou-se que as internações por condições sensíveis à atenção primária, pelos 19 grupos de causas, os que tiveram maiores gastos, em 2000 foram as internações por Asma 7.776.815,77 (22,0%), 2005 foram as internações por Gastroenterites Infeciosas e Complicações 11.741.321,25 (23,4%) e 2010 foram as internações por Insuficiência Cardíaca 934.454,89 (17,0%). Examinando-se os gastos médios por internação (em real), observou-se que em

2000 foi (R\$ 282,1), em 2005 (R\$ 392,0) e 2010 de (R\$ 589,6). O custo dia de internação foi em 2000 (R\$ 58,6), em 2005 (R\$ 85,0) e em 2010 (R\$ 123,3). Concluiu-se nos dois primeiros anos aumento nas internações por CSAP com queda em 2010. Em relação aos gastos médios e custo dia de internação, verificou-se tendência crescente no valor gasto pelo SUS.

Alguns destes grupos de diagnósticos anteriormente mencionados, podem ter outras variáveis associadas, que não foram contempladas neste estudo, podem ser consequências de doenças sazonais em decorrência do clima (6, 2, 8, 16 e 7) e fatores de complicação diabética (13) tratados inadequadamente desde adesão pelo paciente à tratamentos medicamentosos e não medicamentosos, cobertura adequada de medicamentos essenciais e normatizados pelo Programa HIPERDIA e farmácia popular à população pela assistência farmacêutica da atenção básica, protocolos clínicos de tratamento à hipertensão e diabetes, resistência antibiótica, treinamento multiprofissional e condições sócio econômicas da população para cuidados com a saúde.

Segundo Starfield (2002), a disponibilidade eficiente de recursos depende de boas informações sobre a existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde. Existem três desafios para lidar com alocação de recursos: histórica, sociodemográfica e categorização por diagnóstico.

Para Castro et al (2015) mostraram em sua pesquisa discreto declínio na proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. E que condições socioeconômicas, demográficas e de oferta de médicos no sistema de saúde nos municípios mostraram associação com a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, com expressão distinta nas cinco regiões do país. Apesar de avanços relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família, permanecem desafios, como a distribuição adequada de médicos e outros profissionais no território nacional e a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde.

6 CONCLUSÕES

A relação entre indicadores de financiamento da atenção primária (IFAP) e coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) não apresentou significância estatística, diante das correlações para nenhuma das cinco Macrorregiões de saúde no Ceará no ano de 2015.

A CRES 12 (Acará) apresentou o segundo melhor investimento (R\$ 1.608.944,55), alta cobertura de ESF (100%) e terceiro melhor coeficiente de Internações por CSAP (44,11) se comparada às demais CRES de sua Macrorregião, e foi a única CRES dentre as 22 estaduais a apresentar significância estatística ($p=0,002$), mesmo que comparada apenas entre a sua Macrorregião. Este foi o único resultado que apresentou poder de significância, isoladamente, pois quanto maior foi o investimento financeiro, menor foram as taxas de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP).

Das 5 Macrorregiões, Fortaleza (Macrorregião 1) apresentou o melhor indicador de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) (43,29%), o quarto mais baixo investimento na atenção primária à saúde IFAP (R\$ 916.383,97) e a quinta menor proporção de cobertura populacional da estratégia saúde da família (79,42%), ambos os resultados, sendo as menores taxas tanto para sua Macrorregião quanto para todas as demais 21 Macrorregiões de saúde do estado do Ceará.

A Macrorregião 5 (Cariri) apresentou as três maiores taxas de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) dentre todas as Macrorregiões de saúde no Ceará respectivamente: CRES 19 Brejo Santo (146,28), CRES 21 Juazeiro do Norte (144,19) e CRES 17 Icó (142,90).

Resultados esperados pela literatura evidenciados neste estudo que apresentaram baixas taxas de investimento de (IFAP) e altas taxas de internações por (CSAP): CRES 1 (Fortaleza) e CRES 9 (Russas). Apresentaram altas taxas de investimento (IFAP) e baixas taxas de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP): CRES 7 (Aracati), CRES 12 (Acará) e CRES 11 (Sobral).

Resultados contraditórios a literatura evidenciados neste estudo que apresentaram baixas taxas de investimento (IFAP) e baixas taxas de internações por (CSAP): CRES 5 (Canindé) e CRES 6 (Itapipoca). Apresentaram altas taxas de investimento (IFAC) e altas taxas de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP): CRES 14 (Tauá) e CRES 19 (Brejo Santo).

Em 2015 o Ceará registrou 506.083 internações sendo R\$ 576.806.945,01 pagos às unidades de internação, onde 93.845 (18,5%) foram condições sensíveis à atenção primária e representou um impacto financeiro de R\$ 81.743.016,53 (14,2%) dados do SIH/SUS (CEARÁ, 2017).

Quanto ao perfil do financiamento das internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) nas unidades de internação hospitalar por grupo de diagnóstico de CID-10, observou-se que as três principais causas de internações de ICSAP no Ceará por Grupo de Diagnóstico de CID-10: Primeira causa foi representada pelo grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e Complicações) com 14.781 internações (15,8%), seguido pelo grupo 12 (Doenças Cerebrovasculares) que aparece como a segunda causa por CSAP com 10.557 internações (11,2%) e a terceira causa pelo grupo 6 (Pneumonias Bacterianas) com 9.122 internações (9,7%).

Referente ao valor financeiro pago às unidades de internação por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por Grupo de Diagnóstico de CID-10, pelas principais causas de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) no Ceará, apontaram como sendo as três maiores taxas de internação por CSAP respectivamente: primeira causa do grupo 10 (Angina) pago o valor (R\$ 20.350.850,33), segunda causa do grupo 12 (Doenças Cerebrovasculares) pago o valor (R\$ 12.694.263,86) e terceira causa do grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) pago o valor (R\$ 12.212.352,62). Estes grupos de patologias foram responsáveis por mais da metade do valor pago por internação hospitalar por CSAP em 2015 no Ceará. Representando (24,9%), (15,5%) e (14,9%) respectivamente.

Algumas limitações do estudo foram percebidas durante a coleta dos dados tais como:

- Registro de dados não padronizados no SIOPS, pois 29 municípios apresentaram diferença entre a soma de PAB fixo e financeiro referente ao Total do PAB;

- Não obrigatoriedade aos municípios no preenchimento de todos os campos dos componentes do SIOPS;
- Definição de política pública de acompanhamento de impacto dos valores financeiros da atenção básica se comparado aos diagnósticos de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP);
- Variáveis de determinantes sociais que podem influenciar as internações gerais e por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP);
- Duplicidade de dados pois um paciente pode se internar mais de uma vez e os dados do SIH/SUS não fazem esta diferenciação, para estudos ecológicos;
- Correlações para municípios sede de Macrorregião com os municípios de referência, podendo interferir nos resultados;
- Os dados de internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) são apenas do SUS, excluindo as unidades privadas e não podem ser generalizados ao total da população;
- Restrição de publicações em meios científicos de pesquisas referente à determinantes financeiros na saúde atenção primária de acordo com internações preveníveis.

Estas limitações ficam como sugestão, para novas pesquisas e que possam contribuir para subsidiarem políticas públicas que correlacionem impacto financeiro na atenção primária com internações por condições sensíveis à atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE ME et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde.** São Paulo:[s.n], 2009.

BARRETO, Jorge Otávio Maia; NERY, Inez Sampaio; COSTA, Maria do Socorro Candeira. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.515-526, mar.2012 .

BRASIL. Constituição (1988) Emenda Constitucional n. 29, de 13 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,DF,14 dez.2000. Seção 2,p.4.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: economia da saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,DF, 30 jan.2007.Seção 5, p.56.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,DF,17 abr. 2008. Seção 2, p.75.

_____. Ministério da Saúde. **Prograb: Programação de gestão por resultados.** Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, Ana Luisa Barros de et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 11, p. 2353-2366, nov.2015.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de Informação em Saúde.** Fortaleza:[s.n], 2013.

_____. Secretaria de Saúde. **Perfil da Saúde do Ceará: informações gerais.** Fortaleza:[s.n],2009.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano diretor de regionalização: reorganização das ações e serviços de saúde.**Fortaleza: Sesa, 2006.

DIAS-DA-COSTA JS, BORBA LG DE, PINHO MN, CHATKIN M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2,n.4,p.12-18, jul. 2008.

ELIAS E, MAGAJEWSKI 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.**, São Paulo, v.2,n.4, p.22-27, dez. 2008.

EPSTEIN AM, STERN RS, WEISSMAN JS. **Do the poor cost more?** a multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources. Boston:[s.n],1990.

LIMA-COSTA, MARIA FERNANDA; BARRETO, SANDHI MARIA. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.12, n. 4, p.189-201, dez. 2003.

MALACHIAS, MVB et. al. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.107,n.3, p.12, set. 2016.

MARTINS, RUTH GERALDA GERMANA. **Internações sensíveis à atenção primária à saúde no hospital regional de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, de 2009 a 2012:** análise prospectiva. Brasília: EdUnB,2014.

MENDONÇA, SARAH DE SOUZA; ALBUQUERQUE, EMÍDIO CAVALCANTI DE. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.3,p.463-474, jul-set. 2014.

MESQUITA, LUIZ JARBAS DE. **Avaliação da efetividade da vinculação de 12% da receita líquida de impostos e transferências para gastos com saúde.** Ceará: EdUECE, 2012.

NEDEL, FB, FACCHINI LA, MARTÍN-MATEO M, VIEIRA LAS, THUMÉ E. **Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária.** Bagé:[s.n], 2008.

PAZO, Rosalva Grobério et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 275-282, jun. 2012.

PINTO JUNIOR, ELZO PEREIRA. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos e expansão da estratégia saúde da família na Bahia:** um estudo ecológico com dados em painel. Fortaleza: UECE, 2014.

PIRES VATN. **Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial:** um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde. Belo Horizonte: EdUFMG, 2008.

SILVA, TC. **Gastos Municipais com Saúde:** estrutura e impacto dos medicamentos “genéricos”. Belo Horizonte: EdUFMG, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, 2002.

ANEXO

ANEXO A- Lista Brasileira de Internações por Condição Sensível à Atenção Primária
(CSAP)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1 DOENÇAS PREVENÍVEIS POR IMUNIZAÇÃO E CONDIÇÕES SENSÍVEIS		
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,1	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2 GASTROENTERITES INFECCIOSAS E COMPLICAÇÕES		
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3 ANEMIA		
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4 DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS		
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5 INFEÇÕES DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA		
5,1	Otite média supurativa H66	
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, Nasofaringite e faringite crônicas	J31
6 PNEUMONIAS BACTERIANAS		
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1

7 ASMA		
7,1	Asma	J45, J46
8 DOENÇAS PULMONARES		
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a muco purulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9 HIPERTENSÃO		
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10 ANGINA		
10,1	Angina pectoris	I20
11 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12 DOENÇAS CEREBROVASCULARES		
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13 DIABETES MELITUS		
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0,E10.1,E11.0,E11.1, E12.0,E12.1;E13.0,E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8,E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9,E11.9;E12.9,E13.9;E14.9
14 EPILEPSIAS		
14,1	Epilepsias	G40, G41
15 INFECÇÃO NO RIM E TRATO URINÁRIO		
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16 INFECÇÃO DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO		
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04

16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17 DOENÇA INFLAMATÓRIA ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININOS		
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18 ÚLCERA GASTROINTESTINAL		
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28,K92.0,K92.1,K92.2
19 DOENÇAS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E PARTO		
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Ministério da Saúde; PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Anuência



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CESA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS – MPPPP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **ANA BEATRIZ DIÓGENES CAVALCANTE** a desenvolver seu projeto de pesquisa de mestrado intitulado: **RELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CEARÁ** que está sob à co-orientação do Prof^o Dr. Paulo César Almeida, cujo objetivo é verificar relação entre o financiamento da atenção primária à saúde (IFAP) e o coeficiente de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, mantendo sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízos de gestores e instituições públicas e/ou comunidades.

A pesquisadora ressalva que em decorrência dos dados coletados serem de natureza pública, sem identificação de sujeitos e salvaguardados em bancos de dados secundários, portanto, dispensada aprovação deste projeto à comitê de ética.

Fortaleza, em ____/____/____

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

APÊNDICE B – Variáveis municipais. CEARÁ, 2015.

Município	POPULAÇÃO	PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA (ESF)	% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	R\$ TOTAL DE RECURSOS FINANCEIROS DO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO (PAB TOTAL)	TOTAL DE INTERNAÇÕES POR CSAP
ABAIARA	10.815	100	17,67	1.544.958,57	-
ACARAPE	15.673	95,39	30,93	2.512.615,25	-
ACARAU	58.848	100	24,42	23.641.009,78	973
ACOIARA	51.768	74,42	24,32	8.048.129,14	460
AIUABA	16.468	100	27,46	2.045.135,77	31
ALCANTARAS	10.956	100	18,24	2.251.644,38	-
ALTANEIRA	7.033	100	19,78	1.661.116,65	44
ALTO SANTO	16.505	100	21,53	2.793.396,85	73
AMONTADA	40.274	99,94	24,96	6.393.811,09	44
ANTONINA DO NORTE	7.056	100	19,57	752.745,00	-
APIARES	14.135	100	23,65	1.959.624,19	-
AQUIRAZ	74.465	100	27,16	7.084.704,42	325
ARACATI	70.363	77,63	26,91	7.400.302,58	528
ARACOIABA	25.592	100	23,56	3.691.670,37	278
ARARENDA	10.564	100	22,86	1.362.451,84	48
ARARIPE	20.848	100	25,96	3.197.973,55	224
ARATUBA	11.404	100	25,05	1.851.900,23	-
ARNEIROZ	7.667	100	24,80	3.704.699,96	51
ASSARE	22.633	100	20,65	2.541.399,88	145
AURORA	24.470	100	21,89	3.931.475,42	1.000
BAIXIO	6.072	100	20,78	2.835.011,36	33
BANABUIU	17.488	100	33,99	1.848.748,80	14
BARBALHA	56.576	100	23,52	8.012.822,55	1.623
BARREIRA	19.958	100	29,10	3.136.184,33	38
BARRO	21.742	100	23,43	5.868.383,83	180
BARROQUINHA	14.560	100	24,50	1.768.642,11	-
BATURITE	33.863	100	25,83	3.523.394,04	466
BEBERIBE	50.364	100	26,37	8.628.297,52	404
BELA CRUZ	31.259	100	29,87	4.749.227,24	147
BOA VIAGEM	52.829	100	21,74	3.872.473,13	586
BREJO SANTO	46.207	100	26,99	5.756.672,03	3.070
CAMOCIM	60.870	89,74	25,39	4.552.172,00	865
CAMPOS SALES	26.648	100	23,41	4.892.440,97	152
CANINDE	75.209	100	33,31	5.304.628,90	699
CAPISTRANO	17.202	100	26,38	2.707.597,86	23
CARIDADE	20.687	100	25,52	2.476.000,00	27
CARIRE	18.391	100	20,99	5.835.560,00	91
CARIRIACU	26.471	100	20,61	7.768.834,54	153
CARIUS	18.586	100	18,99	2.409.399,30	145
CARNAUBAL	16.975	100	23,93	3.390.974,59	172
CASCAVEL	67.503	100	20,57	18.391.507,10	482
CATARINA	19.228	100	29,81	2.110.623,43	-
CATUNDA	10.053	100	28,52	2.275.516,40	31
CAUCAIA	336.091	77,84	20,23	22.627.384,54	484
CEDRO	24.622	100	23,45	4.119.090,25	759
CHAVAL	12.684	100	25,91	1.735.751,20	-
CHORO	12.982	100	26,71	2.043.266,67	32
CHOROZINHO	18.947	94,08	27,86	5.417.637,96	26
COREAU	22.252	100	23,49	2.753.833,89	-
CRATEUS	73.102	100	16,48	6.686.611,03	888

Município	POPULAÇÃO	PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA (ESF)	% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	R\$ TOTAL DE RECURSOS FINANCEIROS DO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO (PAB TOTAL)	TOTAL DE INTERNAÇÕES POR CSAP
LAVRAS DA MANGABEIRA	31.073	100	22,50	2.923.494,88	674
LIMOEIRO DO NORTE	56.255	100	29,93	9.498.266,82	1.090
MADALENA	18.575	100	24,80	3.500.335,14	138
MARACANAU	213.404	79,22	20,99	40.905.071,61	2.037
MARANGUAPE	117.306	80,88	20,50	10.013.046,21	332
MARCO	25.349	100	25,07	2.438.586,37	50
MARTINOPOLE	10.458	100	19,93	2.618.545,02	-
MASSAPE	36.040	100	28,06	3.617.780,25	100
MAURITI	44.836	100	25,10	7.787.437,56	310
MERUOCA	14.049	100	23,35	5.051.444,99	49
MILAGRES	28.204	100	24,38	4.885.680,07	168
MILHA	13.062	100	28,67	1.622.486,05	29
MIRAIMA	13.009	83,98	15,99	1.114.578,63	-
MISSAO VELHA	34.529	100	20,55	5.377.050,29	911
MOMBACA	42.891	100	25,09	5.766.974,69	327
MONSENHOR TABOSA	16.760	100	21,65	5.581.555,74	114
MORADA NOVA	61.713	100	22,99	5.675.254,34	309
MORAUJO	8.225	100	16,94	2.113.941,60	3
MORRINHOS	21.119	100	25,67	2.552.380,67	41
MUCAMBO	14.146	100	18,68	7.042.032,97	262
MULUNGU	11.876	100	26,12	2.365.831,37	11
NOVA OLINDA	14.586	100	27,49	1.801.450,00	106
NOVA RUSSAS	31.210	100	26,38	7.282.384,59	561
NOVO ORIENTE	27.655	100	22,61	2.895.900,83	509
OCARA	24.373	100	27,89	4.029.172,18	132
OROS	21.294	100	23,31	2.495.006,00	210
PACAJUS	64.521	72,19	25,12	4.350.647,83	178
PACATUBA	75.411	86,16	18,59	6.592.035,40	108
PACOTI	11.684	100	25,53	1.834.238,62	75
PACUJA	6.037	100	18,75	3.135.681,20	-
PALHANO	8.972	100	24,66	1.239.689,37	9
PALMACIA	12.330	100	20,49	1.243.522,00	23
PARACURU	32.255	100	28,19	5.607.296,60	157
PARAIPABA	30.733	100	26,78	6.858.637,67	103
PARAMBU	31.160	100	28,52	2.885.573,37	205
PARAMOTI	11.360	100	23,79	1.036.045,49	-
PEDRA BRANCA	42.064	100	24,73	4.901.364,01	253
PENAFORTE	8.483	100	30,99	1.061.703,14	26
PENTECOSTE	35.823	100	21,51	4.483.966,15	134
PEREIRO	15.838	100	18,68	1.670.554,63	214
PINDORETAMA	19.247	100	27,58	4.494.565,59	49
PIQUET CARNEIRO	15.820	100	15,31	4.865.529,63	75
PIRES FERREIRA	10.365	100	22,59	1.293.389,28	-
PORANGA	12.041	100	23,05	1.320.689,37	102
PORTEIRAS	14.971	100	25,47	5.456.044,94	-
POTENGI	10.448	100	22,00	2.482.456,99	39
POTIRETAMA	6.181	100	17,28	939.664,15	-
QUITERIANOPOLIS	20.158	100	20,50	1.560.953,30	-
QUIXADA	82.258	100	22,30	12.866.247,64	649
QUIXELO	14.911	100	24,90	4.560.451,90	132

Município	POPULAÇÃO	PROPORÇÃO (%) DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA (ESF)	% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	R\$ TOTAL DE RECURSOS FINANCEIROS DO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO (PAB TOTAL)	TOTAL DE INTERNAÇÕES POR CSAP
QUIXERAMOBIM	73.812	100	35,00	12.679.283,42	1.055
QUIXERE	20.810	100	27,78	7.233.121,81	90
REDENCAO	26.660	100	24,05	4.837.765,75	857
RERIUTABA	19.179	100	25,47	1.459.326,97	96
RUSSAS	71.723	93	19,51	8.114.173,05	2.896
SABOIRO	15.681	100	28,50	3.345.408,93	14
SALITRE	15.684	100	22,91	2.058.150,68	65
SANTA QUIERIA	42.822	100	23,55	4.426.579,13	267
SANTANA DO ACARAU	30.512	100	20,29	5.307.518,33	139
SANTANA DO CARIRI	17.219	100	21,57	3.587.237,39	106
SAO BENEDITO	44.825	100	21,05	5.201.408,17	311
SAO GONCALO DO AMARANTE	45.141	100	18,72	7.357.892,15	144
SAO JOAO DO JAGUARIBE	7.788	100	27,48	2.530.532,02	-
SAO LUIS DO CURU	12.459	100	30,41	4.072.853,91	80
SENADOR POMPEU	26.382	100	23,06	4.415.167,06	136
SENADOR SA	7.041	100	17,34	953.699,53	-
SOBRAL	193.134	100	22,27	77.049.438,43	5.828
SOLONOPOLE	17.768	100	18,20	5.839.972,40	62
TABULEIRO DO NORTE	29.522	100	18,81	4.803.683,72	163
TAMBORIL	25.397	100	24,70	2.902.056,40	229
TARRAFAS	8.865	100	18,89	1.390.164,00	69
TAUA	56.307	100	19,90	6.674.164,70	1.337
TEJUCUOCA	17.643	100	27,49	2.476.547,97	4
TIANGUA	70.527	100	33,26	7.726.359,98	737
TRAIRI	52.464	83,3	30,46	5.278.273,12	44
TURURU	14.848	100	22,77	2.979.470,60	7
UBAJARA	32.496	100	24,59	3.718.856,00	184
UMARI	7.562	100	23,63	1.028.587,36	96
UMIRIM	19.023	96,73	29,87	2.792.814,94	33
URUBURETAMA	20.289	100	27,10	2.376.082,00	31
URUOCA	13.096	100	20,01	3.085.808,75	-
VARJOTA	17.745	100	22,46	5.021.883,17	-
VARZEA ALEGRE	38.952	100	24,11	6.149.335,34	719
VICOSA DO CEARA	56.394	100	21,07	4.198.636,50	526

Fonte: Tabela elaborada pela autora. Fortaleza/Ce, 2016.

APÊNDICE C- Total de internação por CSAP X grupo de diagnóstico por CRES e MACRO. CEARÁ, 2015.

TOTAL DE INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR CRES.CEARÁ,2015.																				
CRES	1 DOENÇA	2 GASTRO	3 ANEMIA	4 DEFICIÊN	5 INFECC	6 PNEUM	7 ASMA	8 DOENÇA	9 HIPERTE	10 ANGIN/	11 INSUFI	12 DOENÇ	13 DIABET	14 EPILEP	15 INFECC	16 INFECC	17 DOENÇ	18 ÚLCER/	19 DOENÇ	TOTAL
1	521	3.490	95	232	149	5.317	2.779	3.226	122	3.491	5.209	5.876	1.218	723	2.099	3.149	523	369	532	39.120
2	2	153	30	23	9	117	44	75	13	0	97	105	112	7	232	237	15	6	39	1.316
3	217	365	28	9	32	70	152	479	51	4	152	300	353	11	359	538	89	14	205	3.428
4	8	127	0	7	16	8	44	119	0	1	30	32	109	2	116	114	20	2	138	893
5	10	345	59	2	32	2	55	32	56	7	135	147	120	17	252	114	26	30	9	1.450
6	10	272	74	9	10	22	34	71	12	56	42	212	132	13	99	158	43	11	76	1.356
7	1	81	9	32	3	3	7	25	7	0	36	81	55	8	91	34	19	18	55	565
8	9	589	19	15	141	229	82	185	9	0	101	104	148	20	271	212	38	22	52	2.246
9	4	925	27	20	198	18	133	452	105	38	139	137	151	49	602	302	38	15	78	3.431
10	6	691	20	3	105	15	81	315	30	2	92	71	65	22	271	125	9	7	78	2.008
11	113	943	20	67	48	483	204	277	23	617	1.184	927	359	107	625	1.096	39	121	206	7.459
12	1	348	1	6	18	123	51	34	1	4	36	42	59	6	307	246	11	11	96	1.401
13	11	430	14	8	65	212	86	218	16	1	125	229	185	8	433	341	58	54	94	2.588
14	7	437	0	4	60	13	52	61	6	23	115	136	123	21	279	159	24	17	87	1.624
15	6	985	86	8	45	67	238	110	405	8	104	122	256	42	237	186	23	8	59	2.995
16	3	293	0	1	3	151	30	162	15	7	30	42	40	18	130	39	13	1	3	981
17	4	788	13	26	90	413	68	93	128	6	110	163	104	14	301	105	17	39	33	2.515
18	4	643	30	25	20	229	131	140	66	27	221	256	173	32	305	217	23	34	34	2.610
19	9	1.308	25	4	22	834	472	235	325	51	361	141	238	49	397	150	60	66	8	4.755
20	8	619	23	37	80	459	73	163	279	7	227	60	345	30	382	319	47	98	130	3.386
21	117	791	39	37	65	68	442	477	515	192	304	1.312	461	115	559	483	29	99	102	6.207
22	4	158	8	20	24	269	13	43	9	0	59	62	95	10	275	369	18	23	52	1.511

TOTAL DE INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MACRO.CEARÁ,2015.																				
MACRO	1 DOENÇA	2 GASTRO	3 ANEMIA	4 DEFICIÊN	5 INFECC	6 PNEUM	7 ASMA	8 DOENÇA	9 HIPERTE	10 ANGIN/	11 INSUFI	12 DOENÇ	13 DIABET	14 EPILEP	15 INFECC	16 INFECC	17 DOENÇ	18 ÚLCER/	19 DOENÇ	TOTAL
1	762	4.565	235	300	240	5.803	3.066	4.013	207	3.552	5.589	6.587	2.019	766	3.180	4.565	708	425	1.042	47.624
2	26	1.371	78	21	233	244	189	278	71	30	351	387	391	58	802	485	88	69	148	5.320
3	134	2.999	121	90	179	1.036	609	801	460	637	1.479	1.362	899	181	1.732	1.908	144	195	458	15.424
4	11	1.697	56	55	306	36	221	792	142	40	267	289	271	79	964	461	66	40	211	6.004
5	142	4.149	130	129	277	2.003	1.186	1.108	1.313	283	1.223	1.932	1.321	240	1.944	1.274	176	336	307	19.473
TOTAL	1.075	14.781	620	595	1.235	9.122	5.271	6.992	2.193	4.542	8.909	10.557	4.901	1.324	8.622	8.693	1.182	1.065	2.166	

Fonte: Tabela elaborada pela autora. Fortaleza/Ce, 2016.

TOTAL DE INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MUNICÍPIO. CEARÁ, 2015																				
MUNICÍPIO	1 DOENÇA 2	GASTRO/3	ANEMIA 4	DEFICIÊ 5	INFECÇ 6	PNEUM(7	ASMA 8	DOENÇA 9	HIPERTE 10	ANGIN/ 11	INSUFI(12	DOENÇ 13	DIABET 14	EPILEP 15	INFECC 16	INFECC 17	DOENÇ 18	ÚLCER/ 19	DOENÇ	TOTAL
ERERE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	0	0	0	0	8
EUSEBIO	0	3	0	0	2	0	0	5	1	0	0	2	19	0	43	28	2	0	1	106
FARIAS BRITO	0	11	1	11	7	28	3	8	0	0	1	0	8	1	12	16	0	2	0	109
FORQUILHA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FORTALEZA	518	3.462	92	226	144	5.183	2.776	3.203	118	3.491	5.195	5.863	1.143	721	1.992	2.986	517	367	528	38.525
FORTIM	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	5	0	0	0	13
FRECHEIRINHA	0	7	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	17	16	0	0	0	44
GENERAL SAMPAIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GRACA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GRANJA	0	37	0	0	0	25	3	5	0	0	2	14	5	0	12	10	0	0	3	116
GRANJEIRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GROAIRAS	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	16	11	0	0	0	33
GUAIUBA	0	6	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	2	0	4	15	0	0	0	33
GUARACIABA DO NORTE	5	62	5	0	2	0	11	16	5	0	23	22	31	0	48	6	3	0	0	239
GUARAMIRANGA	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	9	0	0	0	15
HIDROLANDIA	0	32	0	0	2	87	4	9	2	0	0	5	8	0	39	42	1	2	0	233
HORIZONTE	1	29	6	1	5	42	3	12	0	0	6	3	3	0	55	60	8	2	4	240
IBARETAMA	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	2	0	0	16
IBIAPINA	0	67	0	2	1	72	19	12	3	0	10	22	14	1	40	37	6	1	2	309
IBICUITINGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICAPUI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICO	2	100	12	6	19	127	0	33	2	2	40	93	33	3	64	32	6	28	19	621
IGUATU	2	332	19	22	0	1	90	81	34	27	202	179	123	19	98	24	17	14	34	1.318
INDEPENDENCIA	0	39	0	1	1	1	8	1	8	0	3	2	7	0	15	22	0	0	0	108
IPAPORANGA	0	12	0	0	2	1	0	2	0	0	0	3	12	0	1	25	1	0	0	59
IPAUMIRIM	0	40	0	0	10	35	1	4	0	0	1	4	1	0	17	8	1	0	0	122
IPU	1	91	3	0	2	5	39	5	3	0	0	9	21	1	54	35	2	4	8	283
IPUEIRAS	2	99	0	3	16	47	22	16	61	1	4	23	32	3	16	32	0	0	0	377
IRACEMA	0	17	0	0	0	1	0	5	0	0	5	5	6	0	33	15	3	0	2	92
IRAUCUBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ITAICABA	0	2	0	3	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0	4	9	0	0	0	24
ITAITINGA	1	15	0	3	3	16	3	15	1	0	5	0	26	1	13	57	2	0	3	164
ITAPAGE	1	52	0	3	0	60	9	0	9	0	15	14	21	0	12	0	5	3	6	210
ITAPIPOCA	10	230	74	6	8	3	12	71	5	56	42	210	118	13	71	140	42	10	76	1.197
ITAPIUNA	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	5	10	0	0	0	25
ITAREMA	1	32	0	2	0	4	4	3	0	0	0	7	7	0	40	37	0	0	8	145
ITATIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JAGUARETAMA	0	14	0	0	0	13	0	0	0	0	0	2	1	0	7	7	0	0	0	44
JAGUARIBARA	0	23	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	2	0	25	2	2	0	0	59
JAGUARIBE	0	59	9	0	0	0	1	13	16	0	19	20	15	1	64	1	0	1	0	219
JAGUARUANA	0	29	0	0	3	0	10	28	0	0	1	9	13	0	56	12	1	1	10	173
JARDIM	1	125	9	16	7	0	31	33	18	0	34	9	45	4	14	5	2	2	0	355
JATI	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
JIOCA DE JERICOACOARA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JUAZEIRO DO NORTE	23	185	5	3	10	60	97	289	288	8	168	1.066	233	42	203	345	19	88	33	3.165
JUCAS	0	32	6	0	2	0	1	33	1	0	0	5	6	0	2	47	3	1	0	139
LAVRAS DA MANGABEIRA	0	321	0	1	32	3	38	33	21	0	18	4	24	8	130	23	2	2	14	674
LIMOEIRO DO NORTE	5	415	2	1	96	2	28	274	2	1	35	26	13	19	49	45	0	5	72	1.090
MADALENA	2	85	1	0	0	0	7	0	13	0	2	3	8	0	8	9	0	0	0	138
MARACANAU	212	95	2	2	9	22	12	390	9	2	61	258	240	5	115	347	55	7	194	2.037
MARANGUAPE	2	23	2	4	4	11	6	11	2	0	29	28	46	0	74	65	22	2	1	332
MARCO	0	20	0	1	0	8	2	2	0	0	1	0	3	0	1	12	0	0	0	50
MARTINOPOLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MASSAPE	0	16	0	0	2	8	2	10	0	0	4	2	5	0	33	17	1	0	0	100

TOTAL DE INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MUNICÍPIO. CEARÁ, 2015.																				
MUNICÍPIO	1 DOENÇA 2 GASTRO 3 ANEMIA 4 DEFICIÊN 5 INFECC 6 PNEUM(7 ASMA 8 DOENÇA 9 HIPERTE 10 ANGIN/ 11 INSUF(12 DOENÇ 13 DIABET 14 EPILEP! 15 INFECC 16 INFECC 17 DOENÇ 18 ÚLCER/ 19 DOENÇ	TOTAL																		
MAURITI	2	52	7	0	1	0	6	69	9	10	25	11	18	1	43	38	17	1	0	310
MERUOCA	1	9	0	0	0	4	2	1	0	0	2	1	0	0	7	21	0	1	0	49
MILAGRES	0	22	0	0	1	71	1	4	5	0	7	0	10	1	24	20	1	1	0	168
MILHA	1	9	0	0	0	0	0	0	1	0	5	7	5	0	1	0	0	0	0	29
MIRAIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MISSAO VELHA	1	332	4	3	22	0	151	85	144	3	5	6	46	9	83	14	0	2	1	911
MOMBACA	0	79	3	3	10	0	31	7	14	0	7	31	16	6	60	59	0	1	0	327
MONSENHOR TABOSA	0	37	1	0	1	0	4	2	15	0	3	6	7	1	35	2	0	0	0	114
MORADA NOVA	1	93	0	2	5	0	5	12	70	1	20	20	17	0	32	25	5	1	0	309
MORAUJO	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
MORRINHOS	0	11	0	0	0	12	1	0	0	0	0	2	0	0	7	7	0	1	0	41
MUCAMBO	1	80	0	0	0	1	2	19	3	0	7	12	28	0	90	17	2	0	0	262
MULUNGU	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	11
NOVA OLINDA	0	33	0	0	1	1	1	15	3	1	6	1	10	0	14	16	3	1	0	106
NOVA RUSSAS	0	168	1	1	10	0	47	10	168	4	8	18	43	7	38	30	4	4	0	561
NOVO ORIENTE	0	306	0	0	4	0	36	2	52	0	3	4	22	0	80	0	0	0	0	509
OCARA	0	25	0	0	6	0	2	3	3	0	6	5	12	0	38	29	3	0	0	132
OROS	0	95	1	0	9	10	2	8	1	2	5	14	16	0	21	20	1	5	0	210
PACAJUS	1	7	0	4	2	63	0	0	1	0	11	10	14	1	22	41	0	1	0	178
PACATUBA	3	15	0	0	3	10	4	1	0	0	14	3	11	0	19	25	0	0	0	108
PACOTI	0	27	0	0	0	0	14	8	0	0	4	3	9	0	10	0	0	0	0	75
PACUJA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PALHANO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0	0	0	9
PALMACIA	0	8	1	0	0	4	1	1	0	0	1	1	1	0	4	1	0	0	0	23
PARACURU	1	23	1	4	0	1	3	14	0	0	5	6	19	0	30	21	1	0	28	157
PARAIPABA	0	11	0	0	0	37	0	1	0	0	0	0	0	0	22	32	0	0	0	103
PARAMBU	3	77	0	1	2	0	5	3	4	6	3	26	16	0	23	33	1	2	0	205
PARAMOTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEDRA BRANCA	0	26	12	1	0	114	3	1	0	0	17	0	15	0	15	47	1	1	0	253
PENAFORTE	1	10	0	0	0	5	0	0	0	0	2	0	0	0	5	3	0	0	0	26
PENTECOSTE	0	0	29	3	1	0	17	2	2	0	5	9	14	0	24	24	4	0	0	134
PEREIRO	0	87	5	0	0	0	43	12	5	1	11	9	13	0	15	11	1	1	0	214
PINDORETAMA	1	2	0	0	2	7	1	2	0	0	3	2	6	0	13	9	0	1	0	49
PIQUET CARNEIRO	0	22	0	0	3	0	3	5	0	0	0	0	3	0	11	28	0	0	0	75
PIRES FERREIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORANGA	0	42	0	0	4	10	7	2	3	0	6	4	7	0	6	10	1	0	0	102
PORTEIRAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POTENGI	0	13	0	0	3	3	4	0	3	0	0	1	4	0	2	6	0	0	0	39
POTIRETAMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QUITERIANOPOLIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QUIXADA	5	197	4	3	3	8	37	70	3	0	35	17	32	10	95	69	14	1	46	649
QUIXELO	0	39	2	0	1	14	0	7	6	0	1	3	0	0	22	36	0	1	0	132
QUIXERAMOBIM	3	322	1	2	137	105	30	90	2	0	30	51	67	9	98	77	20	5	6	1.055
QUIXERE	0	32	0	1	4	12	1	3	1	0	8	3	0	2	11	10	1	0	1	90
REDENCAO	0	214	22	3	16	7	129	75	39	2	46	10	50	6	130	81	12	5	10	857
RERIUTABA	0	42	0	0	5	10	6	3	1	0	0	2	2	0	20	5	0	0	0	96
RUSSAS	3	789	27	18	190	4	118	412	35	37	118	106	119	49	507	251	32	13	68	2.896
SABOIRO	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0	0	14
SALITRE	0	7	0	0	1	7	0	1	3	0	6	5	6	0	8	21	0	0	0	65
SANTA QUITERIA	0	181	0	1	3	4	8	13	1	0	2	6	4	3	18	16	3	3	1	267
SANTANA DO ACARAU	1	29	1	2	5	48	0	3	1	0	0	3	5	0	19	21	0	1	0	139
SANTANA DO CARIRI	0	35	0	1	1	0	2	0	18	1	2	3	9	3	10	19	0	1	1	106
SAO BENEDITO	1	31	0	0	0	33	13	19	1	0	22	17	22	1	80	57	14	0	0	311
SAO GONCALO DO AMARANTE	0	17	0	10	0	6	0	12	0	0	15	9	20	0	34	16	3	0	2	144

MUNICÍPIO	TOTAL DE CSAP POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MUNICÍPIO																			
	1 DOENÇA	2 GASTROI	3 ANEMIA	4 DEFICIÊN	5 INFECC	6 PNEUMI	7 ASMA	8 DOENÇA	9 HIPERTE	10 ANGIN	11 INSUFH	12 DOENÇ	13 DIABET	14 EPILEP	15 INFECC	16 INFECC	17 DOENÇ	18 ÚLCER/	19 DOENÇ	TOTAL
SAO JOAO DO JAGUARIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAO LUIS DO CURU	0	18	0	0	4	5	1	3	0	0	0	0	2	0	28	15	1	0	3	80
SENADOR POMPEU	0	19	0	3	1	0	3	12	2	0	11	23	17	1	29	1	1	13	0	136
SENADOR SA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOBRAL	109	424	16	64	27	296	140	210	12	617	1.164	885	276	103	297	856	26	110	196	5.828
SOLONOPOLE	0	7	2	0	0	0	7	11	1	0	3	5	8	0	15	1	0	2	0	62
TABULEIRO DO NORTE	1	38	2	0	1	0	3	7	1	0	5	3	13	0	61	26	2	0	0	163
TAMBORIL	1	130	1	0	0	3	25	1	0	0	8	12	17	0	26	3	1	1	0	229
TARRAFAS	0	11	0	0	1	17	2	3	3	0	7	1	1	1	8	13	1	0	0	69
TAUA	4	353	0	3	54	1	38	52	2	16	105	106	105	21	236	116	23	15	87	1.337
TEJUCUOCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	4
TIANGUA	4	118	0	1	32	1	10	26	2	0	37	137	59	1	99	103	20	52	35	737
TRAIRI	0	12	0	1	1	0	16	0	2	0	0	0	5	0	6	0	1	0	0	44
TURURU	0	3	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
UBAJARA	1	33	0	0	15	3	1	16	1	0	8	3	5	1	48	37	0	0	12	184
UMARI	0	58	0	0	1	0	16	1	6	0	0	0	3	1	9	1	0	0	0	96
UMIRIM	0	4	0	1	0	5	2	0	0	0	0	0	1	0	10	9	0	1	0	33
URUBURETAMA	0	18	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	6	2	0	0	0	31
URUOCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VARJOTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VARZEA ALEGRE	2	218	13	4	33	85	20	72	43	3	11	16	17	16	78	63	8	4	13	719
VICOSA DO CEARA	0	72	7	3	8	39	15	115	0	1	18	17	37	2	72	59	15	1	45	526

Fonte: Tabela elaborada pela autora. Fortaleza/Ce, 2016.

APÊNDICE E - Valor pago por internação PORCSAP X grupo de diagnóstico por CRES E MACRO.CEARÁ, 2015.

VALOR FINANCEIRO PAGO (AII) INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR CRES. CEARÁ,2015.																					
CRES	1 DOENÇAS PRI2	GASTROENTE 3	ANEMIA	4 DEFICIÊNCIA/5	INFECCÕES	6 PNEUMONIA:7	ASMA	8 DOENÇAS PU/9	HIPERTENS.10	ANGINA	11 INSUFICIÊNCIA	12 DOENÇAS CEF	13 DIABETES M	14 EPILEPSIA:15	INFECCÃO N	16 INFECCÃO D	17 DOENÇA II	18 ÚLCERA G	19 DOENÇAS	TOTAL	
1	655.804,43	1.374.495,50	56.954,06	244.527,87	110.316,63	4.466.636,73	1.547.503,66	2.795.289,58	151.855,22	16.001.873,15	6.995.034,23	7.675.823,83	1.485.390,34	397.349,01	1.040.450,82	1.552.136,17	155.512,68	350.988,72	300.271,99	47.358.214,62	
2	345,43	50.539,78	7.818,84	10.571,34	2.079,83	69.485,02	22.276,50	30.887,79	2.609,71	-	68.645,44	50.182,40	44.725,73	803,82	51.988,36	81.564,47	3.044,40	1.805,02	4.953,94	504.327,82	
3	270.148,83	130.477,59	5.501,95	3.762,46	9.222,81	44.295,20	75.699,52	302.101,62	10.340,75	1.004,86	111.661,23	187.447,05	189.149,15	2.924,55	89.212,93	200.456,03	18.647,72	5.509,10	49.767,75	1.707.331,10	
4	2.386,26	40.881,57	-	2.549,54	4.920,46	4.747,36	21.742,37	45.263,31	-	365,08	19.732,89	12.514,38	46.570,68	265,66	28.004,31	37.905,32	4.442,90	684,36	16.436,38	289.412,83	
5	1.398,36	122.666,46	25.250,26	1.590,76	9.622,54	1.212,84	29.309,25	17.644,28	11.695,77	2.444,25	105.727,11	76.726,16	55.162,36	2.302,11	71.188,22	38.489,65	6.998,51	7.252,90	1.378,54	588.060,33	
6	7.760,39	96.130,17	21.828,56	4.345,08	2.428,88	12.763,16	17.432,78	34.555,51	4.209,41	19.246,29	31.910,72	103.857,39	54.313,57	1.890,91	23.620,77	53.426,48	10.144,04	4.229,07	16.378,06	520.471,24	
7	99,24	27.546,39	2.482,17	14.838,06	521,25	1.747,26	3.517,01	9.609,67	1.327,69	-	27.054,51	38.752,58	23.775,77	962,82	22.397,66	12.583,13	3.487,58	6.592,08	6.954,40	204.249,27	
8	1.848,38	192.955,73	6.098,57	7.282,12	26.349,26	137.975,66	41.060,40	62.275,87	2.101,40	-	76.749,23	50.984,17	59.197,96	2.585,95	71.497,89	81.474,08	10.004,36	5.924,47	12.030,54	848.396,04	
9	993,52	289.354,23	7.970,89	9.241,90	57.845,05	10.883,56	66.804,10	207.849,42	20.612,86	9.900,32	100.361,86	60.851,14	55.860,97	6.216,38	140.723,91	94.929,33	9.300,20	5.112,39	9.425,92	1.164.237,95	
10	906,44	210.820,91	5.875,10	710,42	23.319,98	8.155,90	40.332,34	78.147,06	6.122,08	674,16	66.836,86	34.865,39	25.497,92	2.607,41	63.549,99	51.053,64	1.987,01	2.140,34	11.201,98	634.804,93	
11	138.958,00	417.283,49	6.620,55	51.692,75	14.235,20	414.024,89	116.230,08	340.070,94	9.010,74	2.721.133,84	2.729.502,22	1.780.955,79	322.538,92	197.887,59	231.119,18	852.301,37	12.457,24	104.372,33	116.723,98	10.577.119,10	
12	138,46	115.706,34	385,26	2.374,78	5.308,06	76.029,90	25.510,10	14.451,98	213,67	1.199,12	26.351,55	20.574,82	22.082,24	708,98	68.993,48	85.861,72	2.177,84	3.643,80	11.127,04	482.839,14	
13	1.600,66	135.001,10	3.578,74	3.790,24	14.995,86	125.101,80	40.389,71	102.993,85	2.967,82	325,08	82.870,13	89.824,51	65.726,73	950,86	92.780,66	108.330,89	15.043,47	18.984,99	13.334,86	918.591,96	
14	1.023,55	142.032,69	-	1.547,67	14.430,49	7.571,46	25.053,11	26.033,93	1.136,69	8.047,66	80.220,79	61.826,63	46.424,41	2.369,43	60.407,59	53.657,50	6.127,79	5.375,30	9.599,80	552.886,49	
15	2.286,64	328.533,49	22.902,30	3.631,09	8.896,16	38.988,81	116.325,01	55.889,70	82.676,98	2.523,44	81.835,38	65.853,72	99.608,64	5.502,81	51.289,46	84.931,96	4.929,86	2.626,92	12.267,03	1.071.499,40	
16	594,32	99.916,92	-	107,86	565,85	93.309,11	15.403,97	46.863,40	3.289,23	2.433,51	22.021,33	20.681,66	16.830,99	2.491,61	29.782,41	13.845,73	3.040,84	711,77	327,72	372.218,23	
17	253,36	253.163,37	2.393,53	9.933,73	22.501,90	236.829,42	32.135,40	41.649,24	11.309,82	1.217,30	70.054,51	67.248,51	37.513,15	1.610,06	69.062,70	40.965,14	6.154,62	11.041,11	3.786,36	918.823,23	
18	763,78	211.111,70	8.544,27	12.718,59	4.809,80	138.596,78	63.700,39	67.854,21	13.634,15	9.496,75	164.508,40	129.171,05	75.566,81	4.179,28	73.165,41	75.849,95	6.884,48	13.047,84	5.051,79	1.078.655,43	
19	4.371,38	441.635,92	7.024,84	1.851,12	5.680,84	529.846,76	235.486,42	186.028,82	90.602,05	32.458,67	473.808,64	237.956,61	106.785,23	9.552,80	100.826,98	61.165,16	19.126,29	57.000,37	2.051,10	2.603.260,00	
20	2.401,31	223.699,48	5.918,89	20.032,56	20.757,85	538.380,64	37.313,79	92.683,29	73.293,99	3.451,56	235.890,50	39.940,81	201.806,07	9.739,88	111.775,05	157.006,10	11.091,45	53.173,51	19.180,61	1.857.537,34	
21	143.876,58	301.885,28	16.706,83	18.755,13	21.307,66	171.828,15	272.627,11	347.676,76	234.533,85	1.533.055,29	600.426,20	1.859.149,75	472.213,02	147.264,88	251.699,80	346.385,35	11.234,46	103.042,48	38.619,84	6.892.288,42	
22	477,25	50.516,83	2.056,58	9.033,97	6.528,79	161.901,42	6.698,50	18.906,90	1.863,84	-	41.148,89	29.075,51	36.880,02	1.195,69	66.943,27	143.869,54	3.477,76	7.930,89	9.286,01	597.791,66	

VALOR FINANCEIRO PAGO (AII) INTERNAÇÃO POR CSAP X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MACRO.CEARÁ,2015.																					
MACRO	1 DOENÇAS PRI2	GASTROENTE 3	ANEMIA	4 DEFICIÊNCIA/5	INFECCÕES	6 PNEUMONIA:7	ASMA	8 DOENÇAS PU/9	HIPERTENS.10	ANGINA	11 INSUFICIÊNCIA	12 DOENÇAS CEF	13 DIABETES M	14 EPILEPSIA:15	INFECCÃO N	16 INFECCÃO D	17 DOENÇA II	18 ÚLCERA G	19 DOENÇAS	TOTAL	
1	936.922,59	1.743.041,44	94.159,99	274.790,26	135.497,40	4.759.828,89	1.691.353,33	3.227.004,71	170.878,93	16.022.489,38	7.268.133,40	8.058.900,56	1.857.029,49	404.429,64	1.300.220,46	2.069.358,01	195.269,50	371.147,16	397.094,13	50.977.549,27	
2	4.270,29	457.654,88	31.348,83	10.420,55	50.402,29	146.759,96	95.422,76	105.954,08	14.933,86	10.491,91	262.697,13	189.536,96	160.784,73	7.257,49	203.093,70	173.621,23	23.130,66	18.552,67	23.008,88	1.989.342,86	
3	143.578,08	1.096.441,34	33.486,85	61.596,72	44.001,13	747.454,51	313.858,87	560.269,87	98.158,44	2.727.614,99	2.942.580,61	1.977.890,50	526.787,52	207.541,85	473.965,19	1.145.271,67	37.649,25	130.339,81	153.780,63	13.422.267,83	
4	1.999,20	527.721,53	16.328,16	24.790,38	81.686,28	20.786,72	110.653,45	295.606,15	28.062,63	10.574,48	194.253,23	134.469,11	105.134,66	9.786,61	226.671,56	158.566,10	14.774,79	13.844,81	27.582,30	2.003.292,15	
5	151.666,41	1.431.495,75	40.588,36	63.291,13	75.058,05	1.615.481,75	641.263,11	735.892,32	423.373,86	1.579.679,57	1.544.688,25	2.333.466,73	893.884,28	172.346,90	606.529,94	681.371,70	54.491,30	237.305,31	68.689,70	13.350.564,42	
	1.238.436,57	5.256.354,94	215.912,19	434.889,04	386.645,15	7.290.311,83	2.852.551,52	4.924.727,13	735.407,72	20.350.850,33	12.212.352,62	12.694.263,86	3.543.620,68	801.362,49	2.810.480,85	4.228.188,71	325.315,50	771.189,76	670.155,64		

Fonte: Tabela elaborada pela autora. Fortaleza/Ce, 2016.

MUNICÍPIO	VALOR FINANCEIRO PAGO POR AIH X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MUNICÍPIO, CEARÁ, 2015.																			
	1 DOENÇAS PRI 2 GASTROENTE 3 ANEMIA	4 DEFICIÊNCIAS 5 INFECÇÕES DI 6 PNEUMONIA 7 ASMA	8 DOENÇAS PU 9 HIPERTENSÃO 10 ANGINA	11 INSUFICIÊNCIA 12 DOENÇAS CE 13 DIABETES M 14 EPILEPSIAS	15 INFECÇÃO N 16 INFECÇÃO D. 17 DOENÇA INF 18 ÚLCERA GAS 19 DOENÇAS RETOTAL															
IBIAPINA	-	22.534,80	-	917,56	300,62	43.582,18	9.384,61	6.086,28	609,01	-	7.250,60	10.670,62	5.259,20	128,83	8.860,00	11.934,12	1.948,72	202,06	234,48	-
IBICUITINGA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ICAPUI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ICO	164,92	29.201,09	2.135,68	2.181,81	5.003,91	69.978,16	-	16.700,27	411,34	92,44	24.566,10	37.774,41	13.436,77	296,93	13.626,48	14.823,86	2.330,12	7.315,30	2.147,56	-
IGUATU	478,21	105.913,62	5.796,51	11.282,25	-	622,42	43.016,89	40.292,21	7.095,37	9.496,75	150.946,66	91.783,88	56.733,08	2.512,49	26.519,03	8.299,96	5.302,68	5.859,34	5.051,79	-
INDEPENDENCIA	-	12.825,96	-	454,78	-	147,71	582,42	3.572,16	479,19	1.557,36	-	2.106,38	934,42	-	3.262,15	19.146,02	-	-	-	-
IPAPORANGA	-	3.898,80	-	-	666,70	480,87	-	668,00	-	-	-	1.389,63	4.290,48	-	218,68	8.462,08	198,81	-	-	-
IPALMIRIM	-	13.588,00	-	-	3.078,20	20.936,70	479,19	1.387,34	-	-	731,46	1.964,84	360,80	-	5.523,73	2.460,96	198,81	-	-	-
IPU	82,46	29.078,52	921,11	-	601,24	2.952,10	19.137,72	2.435,95	569,01	-	-	4.248,89	7.650,56	112,83	11.527,17	11.816,60	423,49	1.396,60	889,92	-
IPUEIRAS	164,92	32.975,96	-	1.348,34	3.260,67	28.173,74	10.878,18	7.883,04	12.968,55	246,48	2.869,84	11.021,83	11.679,37	370,49	3.432,37	12.449,00	-	-	-	-
IRACEMA	-	4.640,58	-	-	-	598,42	-	2.084,03	-	-	1.975,27	2.452,04	1.597,74	-	7.082,36	4.945,79	597,32	-	153,45	-
IRAUCUBA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITAICABA	-	649,80	-	1.340,34	-	1.747,26	-	-	-	-	1.334,49	463,21	-	-	832,18	3.686,87	-	-	-	-
ITAINGA	865,91	5.113,90	-	1.388,34	555,21	9.471,69	1.445,57	7.071,79	277,67	-	3.601,30	-	9.338,60	479,19	2.714,53	17.479,94	491,43	-	383,72	-
ITAPAGE	187,44	17.446,80	-	530,26	-	36.035,69	4.464,71	-	1.827,03	-	10.739,90	6.828,94	7.919,76	-	2.542,00	-	931,27	1.041,45	655,44	-
ITAPIPOCA	7.760,39	82.340,75	21.828,56	2.916,74	2.133,46	1.811,26	6.250,46	34.555,51	1.050,30	19.246,29	31.910,72	102.914,97	49.045,49	1.890,91	17.534,95	46.611,55	9.945,23	4.043,01	16.378,06	-
ITAPIUNA	-	1.712,47	-	-	-	-	-	957,45	-	-	-	-	706,47	-	1.105,03	3.174,19	-	-	-	-
ITAREMA	138,46	11.026,66	-	862,22	-	2.457,68	2.036,76	1.493,57	-	-	-	-	3.474,47	-	2.663,36	12.186,94	-	-	1.105,92	-
ITATIRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JAGUARETAMA	-	4.788,60	-	-	-	7.923,46	-	-	-	-	-	966,42	384,80	-	1.640,19	2.344,34	-	-	-	-
JAGUARIBARA	-	7.832,70	-	470,78	702,76	-	487,19	-	-	-	-	-	691,36	-	5.654,68	737,24	378,77	-	-	-
JAGUARIBE	-	19.006,74	3.026,51	-	-	-	495,19	5.089,17	3.242,72	-	14.339,85	10.084,19	6.851,00	136,83	14.016,24	356,81	-	303,00	-	-
JAGUARUANA	-	9.884,05	-	-	579,21	-	4.975,90	13.609,20	-	-	739,46	4.480,89	4.867,87	-	12.975,32	3.975,44	222,81	218,06	1.252,40	-
JARDIM	213,67	38.762,59	3.237,43	7.206,12	2.216,34	-	15.663,13	15.413,45	4.079,60	-	25.785,60	4.544,89	17.922,66	531,32	3.364,60	1.659,28	439,49	581,21	-	-
JATI	-	47,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUJOCA DE JERICOACOARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUAZEIRO DO NORTE	20.936,44	76.520,61	2.238,73	1.284,77	2.908,38	154.012,08	53.459,20	240.770,86	184.076,44	2.406,59	345.877,74	1.359.554,42	303.013,27	28.386,13	112.922,11	276.745,20	7.234,91	88.648,11	14.116,78	-
JUCAS	-	10.276,05	1.530,51	-	585,24	-	479,19	15.229,15	189,67	-	-	2.316,05	2.164,80	-	409,00	13.753,14	716,11	186,06	-	-
LAVRAS DA MANGABEIRA	-	11.004,14	-	470,78	9.856,27	1.915,26	19.496,45	16.093,03	4.141,74	-	12.820,99	1.691,30	9.196,08	974,64	30.159,51	7.138,26	423,49	573,21	1.638,80	-
LIMOEIRO DO NORTE	691,11	123.404,64	406,06	179,42	20.944,54	1.204,84	14.041,32	62.099,94	435,34	333,08	26.889,71	13.091,96	5.008,80	2.233,53	12.817,05	17.937,63	-	1.643,28	10.652,59	-
MADALENA	374,88	26.614,82	233,85	-	-	-	3.354,33	-	2.465,71	-	1.398,92	1.389,63	2.886,40	-	1.636,00	2.633,58	-	-	-	-
MARACANAU	269.629,79	43.016,04	467,70	933,56	2.556,56	16.536,56	6.132,45	258.065,73	2.063,86	674,16	48.432,20	170.467,98	143.589,95	2.333,74	36.315,65	142.493,90	12.426,99	4.158,28	48.485,87	-
MARANGUAPE	271,66	6.523,09	122,00	1.464,56	1.086,93	5.996,42	3.195,62	5.422,04	233,89	-	18.870,51	11.527,11	22.018,34	-	16.938,17	19.076,83	3.731,01	372,12	189,48	-
MARCO	-	6.071,96	-	60,22	-	4.947,36	1.006,38	1.054,38	-	-	739,46	-	-	-	44,22	-	-	-	-	-
MARTINOPOLÉ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MASSAPE	-	5.382,40	-	-	585,24	4.529,56	990,38	5.015,90	-	-	2.885,84	942,42	1.782,64	-	6.971,40	5.169,25	198,81	-	-	-
MAURITI	164,92	15.163,20	1.636,95	-	292,62	-	2.978,37	31.833,82	2.216,82	3.288,75	17.369,11	4.761,94	6.212,01	112,83	9.758,70	11.755,00	8.052,99	224,01	-	-
MERUOCA	82,46	3.059,82	-	-	-	2.385,68	1.014,38	511,19	-	-	1.438,92	495,21	-	-	1.483,86	6.313,02	-	347,15	-	-
MILAGRES	-	7.334,79	-	308,62	44.417,42	503,19	1.500,64	1.156,35	-	-	5.080,22	-	3.816,88	176,83	6.035,24	10.032,40	473,59	210,06	-	-
MILHA	82,46	3.080,07	-	-	-	-	-	189,67	-	-	3.497,30	3.242,47	1.764,88	-	218,68	-	-	-	-	-
MIRAIMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MSSAO VELHA	187,44	102.231,92	935,40	1.340,34	6.216,60	-	72.357,69	37.810,55	27.881,49	869,81	3.261,05	2.779,26	16.557,68	1.019,35	18.985,06	8.683,00	-	694,30	218,68	-
MOMBACA	-	26.891,10	717,55	1.436,34	2.078,25	-	15.644,37	3.484,36	2.967,38	-	5.000,22	15.103,51	6.079,44	772,98	13.489,56	18.460,87	-	218,06	-	-
MONSENHOR TABOSA	-	12.448,16	233,85	-	300,62	-	1.956,76	966,38	3.013,05	-	2.196,38	2.971,26	2.599,36	128,83	7.691,64	617,24	-	-	-	-
MORADA NOVA	287,76	29.403,08	-	901,56	973,35	-	2.475,95	5.870,28	13.340,90	325,08	14.332,34	9.824,20	6.389,60	-	6.790,18	7.502,21	869,24	347,15	-	-
MORALHO	-	324,90	-	-	-	-	-	187,13	-	-	-	-	-	-	-	292,62	-	-	-	-
MORRINHOS	-	3.597,90	-	-	-	7.221,04	511,19	-	-	-	-	950,42	-	-	1.528,22	5.672,26	-	186,06	-	-
MUCAMBO	82,46	26.525,02	-	-	-	582,42	958,38	7.993,06	569,01	-	4.896,22	5.623,86	9.782,32	-	19.873,56	5.395,44	397,62	-	-	-
MULUNGU	-	-	-	-	-	3.494,52	-	-	-	-	699,46	-	-	-	204,50	877,86	-	-	-	-
NOVA OLINDA	-	10.721,70	-	-	292,62	582,42	479,19	6.755,93	569,01	325,08	4.196,76	463,21	3.608,00	-	2.962,26	4.681,92	596,43	186,06	-	-
NOVA RUSSAS	-	57.376,96	281,85	478,78	1.874,26	-	23.329,93	5.023,90	33.416,56	1.245,72	5.739,68	8.633,78	16.252,16	813,81	8.522,58	9.474,60	771,35	1.275,51	-	-
NOVO ORIENTE	-	99.382,26	-	-	590,84	-	17.250,84	958,38	9.862,84	-	2.098,38	1.852,84	7.937,60	-	16.402,54	-	-	-	-	-
OCARA	-	7.954,14	-	-	2.296,10	-	1.006,38	1.573,57	655,16	-	4.412,76	2.476,05	4.319,76	-	9.299,73	19.856,04	604,43	-	-	-
OROS	-	32.744,00	257,85	-	2.897,58	6.104,20	1.038,38	4.025,52	180,34	755,56	3.472,01	6.903,80	6.354,08	-	5.359,96	6.596,26	232,68	1.907,00	-	-
PACAJUS	83,46	2.320,25	-	1.787,12	354,14	36.340,54	-	172,34	-	-	7.694,06	4.632,10	4.879,80	44,22	4.521,18	10.998,56	-	241,06	-	-
PACATUBA	247,38	4.892,36	-	-	780,95	5.904,20	-	1.972,76	503,19	-	9.792,44	1.389,63	3.734,96	-	4.167,66	7.808,39	-	-	-	-
PACOTI	-	8.401,34	-	-	-	-	6.708,66	3.833,52	-	-	2.797,84	1.389,63	3.247,20	-	2.101,72	-	-	-	-	-
PACUIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALHANO	-	-	-	-	-	598,42	-	-	-	-	-	-	400,80	-	-	2.376,34	-	-	-	-
PALMÁCIA	-	2.509,72	233,85	-	-	2.094,39	479,19	495,19	-	-	723,46	479,21	360,80	-	872,18	292,62	-	-	-	-
PARACURU	157,99	7.771,07	137,16	1.907,12	-	614,42	1.525,57	7.273,20	-	-	3.600,87	2.520,26	7.126,40	-	7.238,50	7.390,28	206,81	-	3.660,40	-
PARAIPABA	-	3.573,90	-	-	-	21.446,31	-	479,19	-	-	-	-	-	-	4.499,00	9.208,01	-	-	-	-
PARAMBU	576,84	25.207,82	-	454,78	477,69	-	2.427,95	1.161,51	757,35	1.962,48	2.122,38</									

MUNICÍPIO	VALOR FINANCEIRO PAGO POR AÍH X GRUPOS DE DIAGNÓSTICO POR MUNICÍPIO, CEARÁ, 2015.																			
	1 DOENÇAS PRÉ-2	GASTROENTERO 3 ANEMIA	4 DEFICIÊNCIAS 5	INFECCÕES 6	DÍF PNEUMONIA: 7 ASMA	8 DOENÇAS PUJ 9	HIPERTENSÃO 10	ANGINA	11 INSUFICIÊNCIA 12	DOENÇAS C 13	DIABETES M 14	EPILEPSIAS	15 INFECÇÃO N 16	INFECÇÃO D: 17	DOENÇA INF 18	ÚLCERA GAS 19	DOENÇAS RETOTAL			
PORTAERAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
POTENGI	-	4.367,70	-	-	888,86	1.883,26	2.060,76	-	559,68	-	-	44,22	1.491,20	-	541,36	4.702,17	-	-		
POTIRETAMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
QUITERIANÓPOLIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
QUIXADA	963,21	64.680,89	1.892,68	1.580,76	587,80	5.214,09	18.889,62	21.538,30	923,38	-	29.239,22	9.500,92	16.225,83	1.457,65	31.531,21	36.094,35	3.616,33	727,76	10.776,98	
QUIXELO	-	12.483,46	499,70	-	332,62	8.561,88	-	2.874,21	1.202,02	-	699,46	1.477,63	-	-	4.821,54	12.131,61	-	186,06	-	
QUIXERAMOBIM	802,71	104.344,15	233,85	893,56	25.573,75	60.942,53	14.630,93	27.977,82	379,34	-	21.197,55	23.631,71	24.534,88	1.015,47	21.409,70	22.800,23	5.541,05	938,30	1.253,56	
QUIXERE	-	11.084,80	-	60,22	1.258,48	6.352,64	495,19	806,54	197,67	-	5.698,39	1.445,63	-	237,05	2.329,62	4.584,78	222,81	-	68,22	
REDENÇÃO	-	70.482,34	4.444,55	1.364,34	4.798,37	4.188,94	63.919,50	37.136,28	7.853,33	330,70	33.143,16	3.583,12	17.642,27	590,81	27.342,41	24.488,52	2.489,72	978,70	1.092,40	
RERUTABA	-	14.618,22	-	-	1.008,27	6.168,20	3.131,38	1.193,51	189,67	-	-	982,42	809,60	-	4.398,90	2.224,69	-	-	-	
RUSSAS	705,76	245.278,50	7.970,89	8.340,34	56.292,49	2.361,68	59.352,25	188.369,94	7.271,96	9.575,24	85.290,06	45.579,63	43.817,90	6.216,38	119.318,22	78.731,00	8.208,15	4.547,18	8.173,52	
SABOIEIRO	203,11	649,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.073,36	-	-	-	-	
SALITRE	-	2.200,99	-	-	292,62	3.657,34	-	519,19	567,68	-	4.308,76	2.388,05	2.252,80	-	1.730,90	6.485,31	-	-	-	
SANTA QUITERIA	-	59.185,46	-	486,78	732,95	2.393,68	3.881,52	6.097,41	189,67	-	1.430,92	2.851,26	1.467,20	386,49	3.745,49	4.785,92	648,17	1.105,45	109,24	29.437,63
SANTANA DO ACARAU	243,44	10.359,86	241,85	957,56	1.527,10	29.568,34	-	1.447,97	205,67	-	-	1.456,31	1.956,00	-	4.932,44	6.937,38	-	226,06	-	29.016,77
SANTANA DO CARIRI	-	10.665,93	-	446,78	177,07	-	990,38	-	3.444,61	341,08	1.398,92	1.421,63	3.343,20	434,49	2.387,35	5.527,38	-	355,15	109,24	58.454,40
SÃO BENEDITO	98,46	9.974,54	-	-	-	18.398,40	6.517,47	8.976,49	52,22	-	15.316,88	6.598,61	8.601,60	128,83	17.245,31	18.344,57	3.061,13	-	-	-
SÃO GONCALO DO AMARANTE	-	5.356,93	-	5.412,50	-	-	-	5.946,22	-	-	-	10.953,85	4.464,89	-	8.138,41	11.907,17	478,73	-	310,38	-
SÃO JOÃO DO JAGUARIBE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SÃO LUIS DO CURU	-	5.944,20	-	-	1.054,93	2.960,10	479,19	1.461,57	-	-	-	-	-	-	6.026,70	5.013,30	339,93	-	327,72	-
SENADOR POMPEU	-	6.557,10	-	1.360,34	187,71	-	1.485,57	6.042,28	387,34	-	7.950,06	11.605,82	6.299,76	112,83	6.676,28	306,62	224,68	3.636,23	-	-
SENADOR SA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SOBRAL	138.467,18	246.057,29	5.457,59	50.248,41	8.932,57	302.573,97	84.694,69	310.361,63	6.892,37	2.721.133,84	2.715.401,45	1.761.048,95	292.782,04	197.388,27	160.137,29	774.813,38	9.701,29	100.924,95	115.615,58	-
SOLOMOPOLE	-	2.434,30	-	-	-	-	3.570,33	5.719,09	221,67	-	2.202,38	2.516,04	3.222,40	-	3.664,58	316,62	-	436,12	-	-
TABULEIRO DO NORTE	215,33	12.396,00	507,70	-	237,13	-	1.493,57	2.646,15	205,67	-	3.456,44	1.461,63	5.126,46	-	15.122,46	8.644,42	549,30	-	-	-
TAMBORIL	82,46	43.804,72	233,85	-	-	1.250,77	-	12.362,98	479,19	-	5.731,68	5.790,52	6.429,60	-	5.942,75	2.048,44	198,81	202,06	-	-
TARRAFAS	-	3.496,91	-	-	147,71	10.013,14	974,38	1.461,57	585,01	-	4.936,22	471,21	329,68	120,83	1.748,49	3.852,06	198,81	-	-	-
TAUA	446,71	114.550,57	-	1.092,89	12.534,83	582,42	18.312,45	22.289,34	379,34	5.385,72	73.202,19	48.308,62	39.960,25	2.369,43	51.088,82	33.988,12	5.617,93	4.995,18	9.599,80	-
TEJUCUOCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	204,50	292,62	-	-	-	-
TIANGUA	679,44	33.549,63	-	470,78	6.208,82	196,32	4.035,84	13.262,85	233,89	-	22.405,58	50.464,15	18.971,04	218,27	22.629,54	33.027,70	5.834,99	18.435,78	6.152,03	-
TRAIRI	-	4.074,80	-	518,78	147,71	-	8.059,04	-	403,34	-	-	-	-	-	1.916,00	-	198,81	-	-	-
TURURU	-	982,70	-	-	582,42	974,38	-	189,67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UBAJARA	82,46	10.729,02	-	-	4.508,30	1.763,26	479,19	7.005,10	221,67	-	5.563,25	1.477,63	1.820,00	120,83	10.134,64	10.954,94	-	-	1.390,88	-
UIARI	-	19.840,20	-	-	201,07	-	7.979,04	503,19	1.210,02	-	-	-	-	112,83	2.024,50	292,62	-	-	-	-
UMIRIM	-	1.299,60	-	446,78	-	2.912,10	960,06	-	-	-	-	-	-	-	2.209,79	4.133,35	-	186,06	-	-
URUBURETAMA	-	5.976,20	-	-	-	1.212,84	-	-	-	-	-	-	-	-	1.082,40	-	-	-	-	-
URUCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VARJOTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VARZEA ALEGRE	164,92	74.053,46	3.359,46	1.400,56	9.183,35	50.383,82	10.079,92	30.063,68	9.212,50	1.023,24	7.877,63	7.369,51	6.654,48	2.037,28	18.678,08	27.794,36	1.604,43	1.114,42	1.652,12	-
VICOSA DO CEARÁ	-	23.451,80	1.676,95	1.492,34	2.099,14	22.310,78	7.595,08	57.268,69	-	325,08	12.621,85	8.074,57	13.597,60	249,66	14.837,48	17.728,58	3.586,20	347,15	5.557,47	-

Fonte: Tabela elaborada pela autora. Fortaleza/Ce, 2016.