

# GASTOS COM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A MELHORIA DE INDICADORES DE SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE NO PARANÁ<sup>1</sup>

TONIN, Lucas Zanella <sup>2</sup>  
GRIEP, Rubens <sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Associar um maior investimento em atenção básica, através de medidas de promoção de saúde e prevenção, por meio de análise de dados epidemiológicos sensíveis a atenção básica de dois municípios de pequeno porte. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva e longitudinal, realizada a partir dos sistemas de informação epidemiológicas desenvolvidas pelo ministério da saúde, bem como do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) e sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS). **Resultado:** Um investimento maior em Atenção Básica, sendo esse investimento de R\$ 360.296,00 por ano a mais em Anahy do que em Alto Paraíso, resulta na redução importante na prevalência de moléstias como a Hanseníase e a Tuberculose, estando o município de Anahy sem apresentar casos de Tuberculose desde 2004 e Hanseníase desde 2010. Analisando o perfil epidemiológico com relação a mortes pelo aparelho cardiovascular, não houve grande diferença entre os dois municípios, sendo o maior número desses em Anahy. Levando em conta óbitos segundo grupos de causa, Anahy apresenta menor prevalência em todas as causas analisadas, exceto em mortes pelo aparelho circulatório. **Conclusão:** Um investimento maior em Atenção Básica resulta na redução importante da prevalência de doenças como Hanseníase e Tuberculose, além disso, tais investimentos ocasionam uma melhora em indicadores de mortalidade de vários grupos de causa, contudo, em nossa pesquisa foi percebida uma maior taxa de mortes pelo aparelho circulatório no município de Anahy, sendo essa alteração justificada pelo fato de que as medidas realizadas pela atenção básica nessa área demoram mais tempo para se efetivarem e darem resultado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Investimentos. Atenção Básica. Redução da Morbidade e Mortalidade.

## EXPENSES WITH BASIC HEALTH AND ITS RELATIONSHIP WITH HEALTH INDICATORS IMPROVEMENT IN TWO SMALL COUTIES IN PARANÁ

## ABSTRACT

**Objective:** Associate a higher investment in Basic Attention, through measures to promote health and prevention, by means of analysis of epidemiological data sensible to Basic Attention of two small counties. **Method:** Research exploratory, descriptive and longitudinal, held from the systems of epidemiologic information developed by the ministry of health, as well of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the System of Information about public budget in health (SIOPS). **Results:** A higher investment in Basic Attention, in this case R\$ 360.296,00 more per year in Anahy than in Alto Paraíso, results in an important reduction in the prevalence of diseases like Leprosy and Tuberculosis, it is the county of Anahy without cases of these diseases since 2010 and 2004 respectively. Analyzing the epidemiologic profile regarding the deaths by circulatory causes, there was no big difference between the two counties, being the higher number of cases in Anahy. Talking about the deaths according group of causes, Anahy shows a lower prevalence of all the analyzed causes, except deaths by circulatory causes. **Conclusion:** A higher investment in Basic Attention results in an important reduction of the prevalence of diseases like Leprosy and Tuberculosis, besides, this investments cause an improvement of indicators of many groups of causes, although, in our research it was shown a higher number of deaths by Circulatory Causes in the county of Anahy. This variation was assigned by the fact that this measures taken by the Basic Attention in this area take longer time to become effective and show results.

**KEYWORDS:** Investments, Basic Attention, Reduce of Morbidity and Mortality.

## 1. INTRODUÇÃO

Até o final da década de 1980, a assistência à saúde no Brasil ocorria por meio de poucos hospitais especializados, ação denominada assistência médico-hospitalar, que era prestada a parte da população definida como indigente, que não tinha nenhum direito à saúde, sendo proporcionada por alguns municípios, estados e instituições filantrópicas, concebida na condição de favor ou caridade (SOUZA, 2002 *apud* NUINTIN, *et al.*, 2015).

A atuação do governo era basicamente por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados (DALLARI, 2003 *apud* NUINTIN, *et al.*, 2015), que eram os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, ressaltando a ausência do caráter universal da prestação.

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou e foi estabelecido na Constituição da República Federativa do Brasil, no art. 196, que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)*", consagrando a universalidade do direito à saúde. O art. 198 estabelece que "*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único (...)*", determinando a criação do Sistema Único de Saúde que seria regido e normatizado pelas diretrizes: Descentralização; Atendimento universalizado fundado no direito à saúde como direito de cidadania; e com prioridade nas ações preventivas e da participação comunitária.

O financiamento do Sistema Único de Saúde, na forma de §1 do art. 198, deverá ser realizado por meio de "*recursos de orçamentos da segurança social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes*".

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG).

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Medicina da FAG, e-mail: [luca10\\_2@hotmail.com](mailto:luca10_2@hotmail.com).

<sup>3</sup> Orientador, Docente do Curso de Medicina da FAG, Doutorando em Saúde Coletiva UEL, e-mail: [rgriep@gmail.com](mailto:rgriep@gmail.com).

Para atender as novas vertentes constitucionais, editou-se a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (...)" que, em seu art. 2º, determina que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

As verbas federais destinadas às ações e aos serviços de saúde são transferidas para Estados e Municípios na forma de blocos de financiamento, que são construídos por componentes, conforme as especificidades de ações e dos serviços de saúde pactuados. Além disto, Estados e Municípios deverão, em conformidade com a Lei 8.140 e a Lei 141 de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, aplicar 12% e 15% para o financiamento do sistema de saúde, com ênfase para as ações de promoção e prevenção, sem prejuízos das ações de tratamento e reabilitação.

Uma estratégia importante para a avaliação da qualidade dos gastos públicos em saúde é a análise da morbidade e mortalidade por condições sensíveis à atenção primária que podem ser reduzidas por meio de uma atenção oportuna e eficaz. Quando esta não garante acesso suficiente e adequado, gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários (BRASIL, 2001 e, 2007; SALA e MENDES, 2011).

A análise de indicadores sensíveis à atenção primária selecionados e a comparação destes com o perfil de gastos públicos em saúde nos municípios de Anahy e Alto Paraíso no estado do Paraná possibilitará uma maior compreensão de como alguns indicadores epidemiológicos se apresentam, considerando-se diferentes perfis de gastos em saúde em municípios de pequeno porte.

## **2. METODOLOGIA**

Pesquisa exploratória, descritiva e longitudinal envolvendo a análise de indicadores de saúde *versus* recursos utilizados na atenção básica nos anos de 2010 a 2014 em Alto Paraíso e Anahy, municípios de pequeno porte no estado do Paraná.

Para a coleta de dados utilizamos como base os sistemas de informação do SUS, a saber: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). A estimativa populacional é do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizada no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

O levantamento das informações sobre os gastos com saúde dos municípios selecionados, considerou os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Para a realização da pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

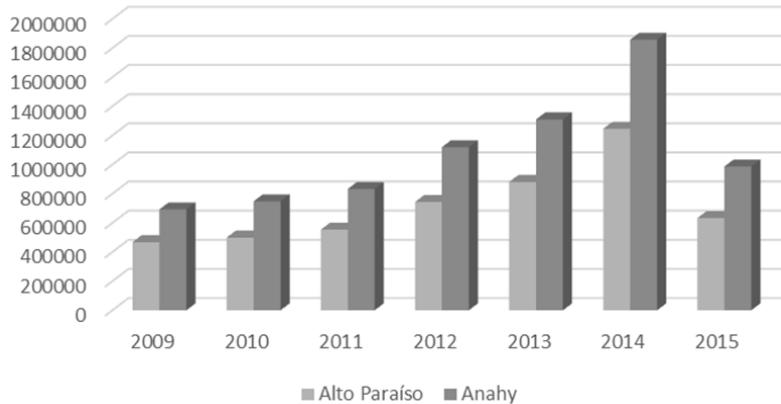
## **3. RESULTADOS**

O município de Alto Paraíso está situado às margens do Rio Paraná, possui uma população estimada IBGE 2015 de 3.077 habitantes, área territorial de 967.772 Km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 3,31 hab./Km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM/2010) de 0,678. Alto Paraíso foi elevado à categoria de Distrito Administrativo em 02 de setembro de 1977, pela Lei Estadual 1.916 com território pertencente ao Município de Umuarama. Nesta época a população da cidade já era de aproximadamente 10.000 habitantes, sendo estes a maioria rurais. Em 09 de maio de 1990, houve sua emancipação política, tornando-se município.(IBGE - 2015)

O município de Anahy, na região oeste do estado, possui uma população estimada IBGE 2015 de 2.915 habitantes, área territorial de 102.647 Km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 28,00 hab./Km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM/2010) de 0,695. Anahy foi Distrito Administrativo de Corbélia pela Lei Estadual nº 6.917, de 02 de setembro de 1977, elevado a categoria de município pela Lei Estadual nº 9.292, de 11 de agosto de 1990 (IBGE, 2015).

Foi observada a variação da quantidade e distribuição total do valor gasto em saúde dos dois municípios, dos anos de 2009 a 2015. Os dados encontrados estão apresentados no Gráfico 01.

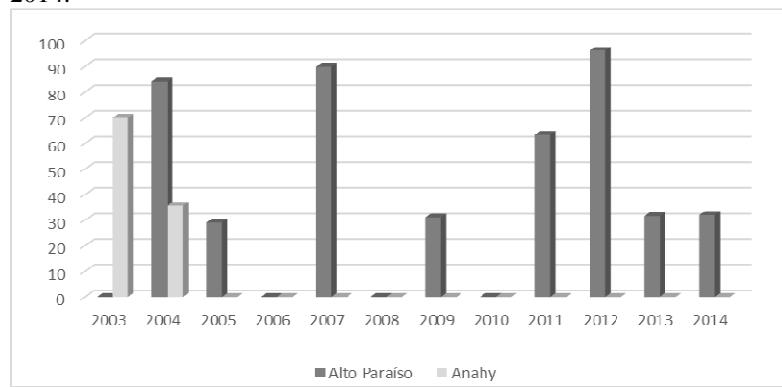
Gráfico 1 – Valor bruto aplicado em atenção básica nos municípios de Alto Paraíso e Anahy (PR) de 2009 a 2015.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

Abaixo apresentam-se alguns dos indicadores de saúde sensíveis a atenção primária avaliados nos municípios de Alto Paraíso e Anahy ao longo dos últimos anos.

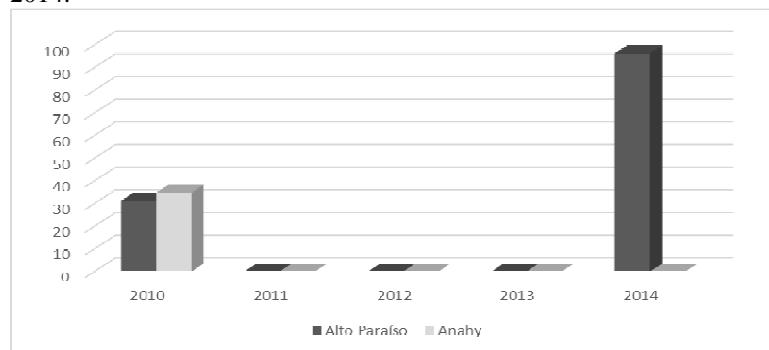
Gráfico 2 – Incidência de Tuberculose por 100.000 habitantes nos municípios de Alto Paraíso e Anahy (PR) de 2003 a 2014.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

Conforme o Gráfico 2, observa-se que a incidência de Tuberculose em Anahy chegou a seu valor mais alto no ano de 2003, com 70 casos/100.000 hab., e desde 2005 até 2014 nenhum outro caso foi registrado. Diferentemente de Alto paraíso, onde houve um pico de casos registrados em 2012, com 96,18 casos/100.000 hab. e durante todo o período de tempo analisado quase sempre teve, não apenas a presença de Tuberculose, mas uma oscilação importante no número de casos registrados.

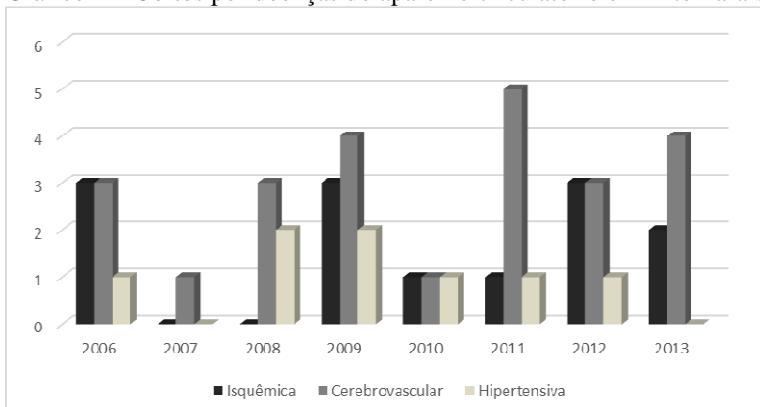
Gráfico 3 – Incidência de Hanseníase por 100.000 habitantes nos municípios de Alto Paraíso e Anahy (PR) de 2010 a 2014.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

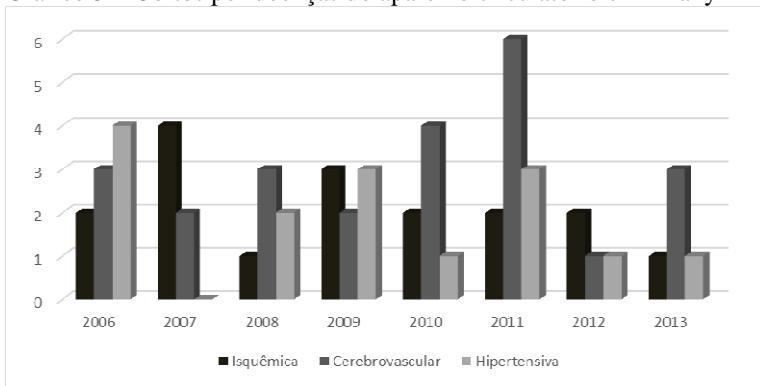
De acordo com os dados apresentados no Gráfico 03, observa-se que Anahy não apresentou notificação de casos novos de Hanseníase entre os anos de 2011 até 2014, enquanto Alto Paraíso não apresentou notificação de casos novos nos anos de 2011 a 2013, porém em 2014 apresentou uma incidência de 96,27 casos/100.000 hab.

Gráfico 4 – Óbitos por doenças do aparelho circulatório em Alto Paraíso-PR de 2006 a 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

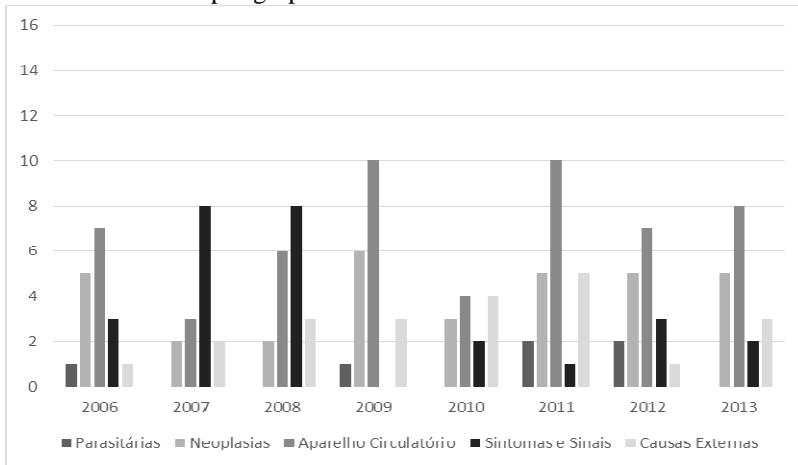
Gráfico 5 – Óbitos por doenças do aparelho circulatório em Anahy-PR de 2006 a 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

Observando os Gráficos 4 e 5, identifica-se que Alto Paraíso teve um total de 13 mortes por causas isquêmicas, contra 17 de Anahy. Também é possível observar que em ambos os municípios ocorreram 24 mortes por causas cerebrovasculares. Em relação às causas hipertensivas, Alto Paraíso teve apenas 8 mortes enquanto Anahy teve 15 no mesmo período.

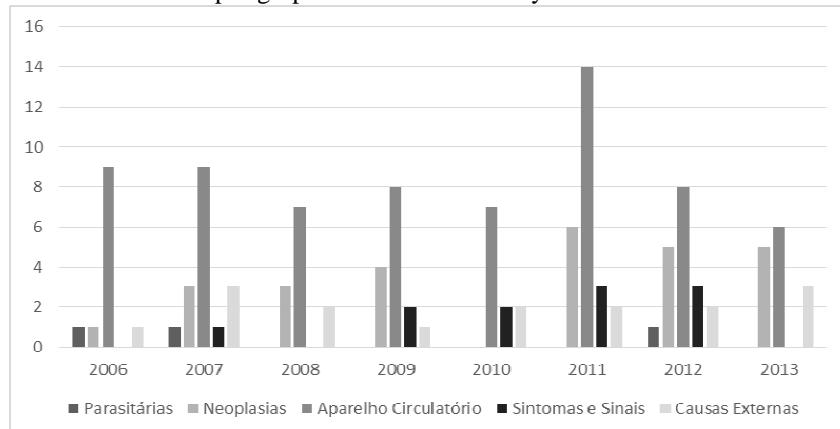
Gráfico 6 – Óbitos por grupo de causas em Alto Paraíso-PR de causas de 2006 a 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 6, observa-se que o município de Alto Paraíso apresenta como principal causa de mortalidade as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas.

Gráfico 7 – Óbitos por grupo de causas em Anahy-PR de causas de 2006 a 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/SUS (2015).

Observa-se, a partir dos dados apresentados no Gráfico 07, que o município de Anahy também apresenta como principal causa de mortalidade as doenças do aparelho circulatório, muito distantes das neoplasias em segundo lugar e das causas externas em terceiro.

De acordo com os dados apresentados nos Gráficos 06 e 07, observou-se que o município de Anahy tem menos mortes com relação a Alto Paraíso em todos os grupos de causas, com exceção àquelas relacionadas ao aparelho circulatório.

#### 4. DISCUSSÃO

A Atenção Básica pode ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenindo agravos, tratando, diagnosticando, reabilitando e mantendo a saúde. É realizada através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, voltadas a população de um território bem definido, assumindo a responsabilidade sanitária, levando em conta a organização do território da população. Ela faz uso de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, devendo elas resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É regido pelos princípios da universalidade, acessibilidade e humanização, da equipe e da participação social. A Atenção Básica prioriza o sujeito em sua singularidade, na complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando por objetivos finais a promoção de saúde, prevenir e tratar doenças e reduzir os danos ou o sofrimento que compromete a vida de forma saudável (BRASIL, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Anteriormente, o Ministério da Saúde, juntamente com os Estados e Municípios, desenvolvia as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, como as campanhas de vacinação e controle de endemias, realizadas em caráter universal (NUINTIN, et al., 2015).

A assistência à saúde ocorria por meio de poucos hospitais especializados, ação denominada assistência médico-hospitalar, que era prestada a parte da população definida como indigente, que não tinha nenhum direito à saúde, sendo proporcionada por alguns municípios, estados e instituições filantrópicas, concebida na condição de favor ou caridade (SOUZA, 2002 apud NUINTIN, et al., 2015).

A atuação do governo era basicamente por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados (DALLARI, 2003 apud NUINTIN, et al., 2015), que eram os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, ressaltando a ausência do caráter universal da prestação.

Com tal característica de ausência de acesso universal à saúde foram criadas 3 classes de cidadãos: os que não dependiam do sistema público e podiam pagar pelo atendimento particular; Trabalhadores formais e seus dependentes que tinham acesso à assistência prestada pelo INAMPS; e os que não podiam pagar e não tinham acesso ao INAMPS, portanto, deixados à própria sorte.

No fim da década de 80, o INAMPS ampliou sua assistência à saúde promovendo uma cobertura mais universalizada, sendo importante, a permissão para atendimento na rede própria e conveniada de pessoas sem a exigência de apresentação de carteira de segurado. Essas ações permitiram a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído por meio de celebração de convênios com os governos estaduais (SOUZA, 2012 apud NUINTIN, et al., 2015). Essa ampliação da cobertura decorreu da crise de modelo de assistência à

saúde vigente até então e dos movimentos de mobilização política dos trabalhadores da saúde, estudantes e setores organizados da sociedade civil que constituíam o chamado "Movimento da Reforma Sanitária".

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou e foi estabelecido na Constituição da República Federativa do Brasil, no art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado...", consagrando a universalidade do direito à saúde. O art. 198 estabelece que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único...", determinando a criação do Sistema Único de Saúde que seria regido e normatizado pelas diretrizes: Descentralização; Atendimento universalizado fundado no direito à saúde como direito de cidadania; e com prioridade nas ações preventivas e da participação comunitária.

O financiamento do Sistema Único de Saúde, na forma de §1º do art. 198, seria realizada por meio de "recursos de orçamentos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".

Para atender as novas vertentes constitucionais, editou-se a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes..." que, em seu art. 2º, determina que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício."

Além dessa lei, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde..." e determina no seu art. 1º, que o Sistema Único de Saúde constará com duas instâncias SUS.

Mesmo as leis 8.080 e 8.142 de 1990 criando e estruturando o novo Sistema Único de Saúde, o antigo sistema INAMPS ainda existia e prestava apoio ao SUS. Apenas em 1993, com a lei 8.689, de 27 de julho, o Instituto Nacional de Assistência Média da Previdência Social (INAMPS) foi extinto.

Depois de o Sistema Único de Saúde seguir os novos preceitos constitucionais, o financiamento da saúde pública passou a ser responsabilidade comum dos três níveis de governo e com as alterações da Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, cada nível da Administração Pública deve vincular determinado percentual para o financiamento do SUS.

A transferência de recursos é feita pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e pelos fundos estaduais e municipais, que, por sua vez, recebem aportes dos orçamentos nacionais, estaduais e municipais, criando uma rede de financiamento para o SUS.

A distribuição dos recursos em forma de blocos foi definida pelo Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e que estabeleceu também um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde pactuado entre as três esferas governamentais com o intuito de promover inovação nos processos e instrumento de gestão, com vistas a alcançar maior eficiência e qualidade das repostas do Sistema Único de Saúde (NUINTIN, *et al.*, 2015).

A Atenção Básica é definida por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual ou coletivo, visando sempre a promoção e a proteção da saúde, prevenindo agravos, diagnosticando, tratando, reabilitando e mantendo a saúde.

Tendo isso em mente, é importante lembrar que não basta apenas investir em atenção básica, é necessário que essa medida seja tomada de maneira eficiente, maximizando os benefícios que ela é capaz de proporcionar e diminuindo o desperdício de verbas públicas.

Uma Atenção Básica realizada de maneira correta evita gastos com internamentos hospitalares, instalação e tratamento de doenças crônicas e encaminhamentos a serviços de alta complexidade. Não apenas com relação a fatores orçamentários, mas também é importante lembrar que a saúde não deve ser definida simplesmente pela ausência de doença, é de suma importância que a qualidade de vida seja mantida, diminuindo a frequência de enfermidades que levam ao sofrimento e, acima de tudo, melhorar as condições para que ocorra um desenvolvimento social da população. Doenças como a diabetes, hipertensão e acidente vascular cerebral levam não apenas a uma diminuição da expectativa de vida do doente, mas também reduz a qualidade de vida devido as limitações que tais afecções impõem.

Essas doenças comprometem a manutenção da vida, mas não podemos deixar de lado as doenças que diminuem a expectativa de desenvolvimento básico da pessoa, que não permitem que o indivíduo chegue no seu topo de desenvolvimento intelectual e somático, por afetarem o estágio mais importante para esse tipo de desenvolvimento, o período de gestação e a infância. Doenças como a sífilis congênita, toxoplasmose, desnutrição, parasitoses e poliomielite causam um prejuízo enorme no desenvolvimento do indivíduo, impedindo que ele atinja o ápice que atingiria se não tivesse sofrido com tais afecções, piorando assim de maneira importante sua condição social e diminuindo sua chance de melhora-las.

Ambos os municípios são de pequeno porte, Anahy com uma população de 2.874 habitantes e Alto Paraíso com 3.206 habitantes, segundo o IBGE (2010). Os dois se localizam no interior do Paraná, tendo uma distância de aproximadamente 140km entre si, isso faz com que tenham uma prevalência semelhante em relação a doenças endêmicas.

Analizando os gastos brutos em atenção básica (Gráfico 01), é visível que Anahy, mesmo tendo uma população menor, investe mais em Atenção Básica do que Alto Paraíso. Em média, Anahy investiu R\$ 360.296 por ano a mais do que Alto Paraíso durante todo o período analisado.

Com tamanha diferença na gestão de investimentos, é de se esperar que o município de Anahy tenha indicadores sensíveis a atenção básica melhores do que os de Alto Paraíso, e observando o Gráfico 02, podemos concluir que, falando de tuberculose, Anahy apresenta uma importante diferença na prevalência da doença, não tendo sido registrado nenhum caso desde 2005. Diferentemente de Alto Paraíso, que tem uma variação grande da incidência da doença, dificilmente ficando muito tempo sem casos, como acontece no outro município.

O tratamento da tuberculose realizado pela atenção básica apresenta benefícios em relação ao tratamento convencional por colocar o paciente no centro do cuidado, fazendo com que o sistema se adeque ao doente, sendo possível uma proximidade maior entre o paciente e a equipe multidisciplinar de saúde, aumentando assim a adesão ao tratamento e permitindo o acompanhamento do enfermo até a cura da doença, minimizando riscos de reinfecção. Sendo assim, é esperado que Anahy apresente menores índices de prevalência de Tuberculose quando comparados a Alto Paraíso.

A hanseníase também é um indicador sensível de atenção básica, pelos mesmos motivos da tuberculose: apresenta um tratamento mais eficiente quando acompanhado de perto e com atenção pela equipe de saúde. Analisando os dados do Gráfico 03, é possível concluir que, mesmo não tendo uma diferença tão gritante quanto no caso da tuberculose, o município de Anahy não apresenta casos já há 4 anos, diferentemente de Alto Paraíso, que em 2014 apresentou uma elevação importante no número de casos.

Quando analisamos o Gráfico 04 nos deparamos com uma condição um tanto quanto contraditória, pois as mortes relacionadas ao aparelho circulatório, envolvendo causas isquêmicas, cerebrovasculares e hipertensivas, apresentam-se 24% mais frequentes em Anahy. Tais eventos, teoricamente, são reduzidos através da atenção básica.

Entretanto, é importante lembrar que, diferentemente da Tuberculose e da Hanseníase, as moléstias que acometem o sistema cardiovascular dificilmente têm uma cura definitiva, sendo assim, depois de estabelecidas as doenças só é possível tentar minimizar os prejuízos por elas causado.

A abordagem destas enfermidades, realizada pela atenção básica, é voltada à prevenção primária da doença e ao diagnóstico precoce, objetivando um melhor benefício do tratamento e a diminuição das complicações associadas. No entanto, se levarmos em conta que estamos analisando dados desde 2006 até 2013, ou seja, 8 anos, e lembremos que, para que doenças circulatórias sejam realmente prevenidas, são necessárias medidas a longo prazo. Dessa maneira, nos dias atuais, percebemos o reflexo das ações realizadas durante as décadas de 1970 e 1980.

Portanto, esses dados, mesmo que aparentemente contraditórios, não devem desestimular o modelo de atenção básica atual, pois as medidas que estão sendo tomadas atualmente só irão gerar resultados positivos nas próximas décadas.

Analizando o Gráfico 05, que expõem o número de óbitos segundo grupo de causas de 2006 a 2013, é possível perceber que Alto Paraíso teve 14% mais óbitos que Anahy. Desses mortes, Alto Paraíso teve o dobro de mortes por causas parasitárias, outro indicador que apresenta um grande benefício de investimentos em atenção básica, sendo uma doença de fácil diagnóstico e tratamento.

Alto Paraíso também apresenta 22% mais mortes decorrentes de neoplasias. Isso é um dado esperado, pois a atenção básica tem programas de rastreio, como o citopatológico para câncer de colo de útero e a mamografia de rotina para câncer de mama, que quando realizados corretamente conseguem diagnosticar as neoplasias em estados não tão avançados, tornando possível a cura.

Como dito anteriormente, Anahy tem uma prevalência maior em mortes relacionadas ao aparelho circulatório, 68, contra 55 de Alto Paraíso, contudo, comparando o indicador de Sintomas e Sinais, que se refere a mortes com causa mal definida, Alto Paraíso apresenta um salto se comparado com Anahy, 145% mais casos de mortes atribuídas a está causa. Muito provavelmente algumas dessas mortes se devem a complicações circulatórias, e, se computadas corretamente, fariam com que os índices de óbitos por esta causa se aproximasse ao de Anahy.

Além disso, não podemos esquecer que medidas de atenção básica que dão resultado a este indicador demoram para se mostrarem eficientes, sendo que o que se investe em prevenção hoje só será visto nas estatísticas daqui 10 a 20 anos.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Um investimento maior em Atenção Básica resulta na redução importante da prevalência de doenças como Hanseníase e Tuberculose, estando Anahy sem apresentar casos das doenças desde 2010 e 2004 respectivamente, além disso, tais investimentos ocasionam uma melhora em indicadores de mortalidade de vários grupos de causa, como mortes por causas parasitárias, neoplásicas, sintomas e sinais e causas externas, contudo, em nossa pesquisa foi percebida uma maior taxa de mortes pelo aparelho circulatório no município de Anahy, sendo essa alteração justificada pelo fato de que as medidas realizadas pela atenção básica para prevenir esse tipo de morte demoram mais tempo para darem resultados visíveis em estudos epidemiológicos.

## **REFERÊNCIAS**

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Lei 8.080, 19 de setembro de 1.990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1.990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de Abril de 2008.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html) Acesso em 11 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em: <http://portalsauda.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops> Acesso em: 01 jul. 2015.
- CERVO, A.; BERVIAN, A. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996.
- FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> Acesso em: 09 jul. 2015.
- MINAYO, M. C. de S. Ciência, Técnica e Arte: o Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- NUINTIN, A. A. *et al.* Estudo e análise dos gastos públicos com saúde em municípios mineiros. **Revista Âmbito Jurídico**. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8569](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8569) Acesso em: 09 jul. 2015.
- SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 912-926, 2011.
- SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em 8 de dezembro de 2015.