



Internações Sensíveis no SUS (2010–2025): Análise Crítica dos Determinantes Estruturais na Atenção Primária

Luiza de Holanda Becalli¹, Rafaela Nunes Crispino¹, Antônio Maria Sousa Amorim Filho¹, Jonas Pires Viana¹, Ângelo Ceccon Duarte Taboni¹, Carolynne Lima de Sousa¹, Matheus Bassalo Aflalo¹, Cristiana Santana Age Burlamaqui¹, Manuela Meira Lobato Gomes², Ingrid Pires Segato²



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p2268-2285>

Artigo recebido em 18 de Outubro e publicado em 28 de Novembro de 2025

REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são um indicador-chave da efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). O desempenho da APS na redução dessas internações é modulado por fatores estruturais, como modelos de financiamento, a gestão da carga de doenças crônicas e as profundas desigualdades sociais e territoriais. **OBJETIVOS:** Analisar criticamente a produção científica longitudinal (período 2010–2025) sobre a associação entre o desempenho da APS, mensurado pela redução de ICSAP, e os fatores estruturais do SUS. **METODOLOGIA:** Realizou-se uma revisão de literatura com síntese narrativa estruturada, com buscas nas bases PubMed, Scopus, Embase e Portal CAPES. Foram incluídos estudos longitudinais (painel, coorte, séries temporais) e quasi-experimentais (DiD, ITS) focados no SUS, publicados entre 2010 e 2025. A qualidade metodológica foi avaliada pelos critérios Newcastle-Ottawa (NOS) e a certeza da evidência pelo framework GRADE. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a APS é um investimento robusto, mas sua sustentabilidade depende de financiamento estável, priorização da qualificação (MFC) e proteção contra a austeridade, cujos piores impactos nas doenças crônicas ainda podem estar por se manifestar.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; Financiamento da Assistência à Saúde; Desigualdades em Saúde; Doença Crônica.

Ambulatory Care Sensitive Conditions in the SUS (2010–2025): A Critical Analysis of Structural Determinants in Primary Health Care

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) are a key indicator of Primary Health Care (PHC) effectiveness in the Brazilian Unified Health System (SUS). PHC performance in reducing these hospitalizations is modulated by structural factors, such as financing models, the management of the chronic disease burden, and deep social and territorial inequalities. **OBJECTIVES:** To critically analyze the longitudinal scientific literature (2010–2025) on the association between PHC performance, measured by ACSC reduction, and the structural factors of SUS. **METHODOLOGY:** A literature review with structured narrative synthesis was conducted, searching PubMed, Scopus, Embase, and Portal CAPES. Longitudinal (panel, cohort, time series) and quasi-experimental (DiD, ITS) studies focused on SUS, published between 2010 and 2025, were included. Methodological quality was assessed using the Newcastle-Ottawa (NOS) criteria, and the certainty of evidence using the GRADE framework. **CONCLUSION:** We conclude that PHC is a robust investment, but its sustainability depends on stable financing, prioritizing FCM specialization, and protection from austerity, whose worst impacts on chronic diseases may yet to be fully realized.

Keywords: Primary Health Care; Ambulatory Care Sensitive Conditions; Health Financing; Health Inequalities; Chronic Disease

Instituições afiliadas:

1- Centro Universitário do Pará (CESUPA)

2- Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Autor correspondente: Luiza de Holanda Becalli | luizabecalli@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), ou *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), são universalmente reconhecidas como um indicador robusto da efetividade, acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2025; SCHILLING *et al.*, 2025).

A premissa central é que um sistema de APS resolutivo, capaz de garantir diagnóstico precoce, manejo clínico oportuno e acompanhamento longitudinal, deve prevenir a agudização de condições crônicas (como diabetes e hipertensão) ou infecciosas, tornando a hospitalização por essas causas largamente evitável (BRASIL, 2008). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o monitoramento das ICSAP tornou-se uma ferramenta essencial de gestão, cujo desempenho é, contudo, modulado por desafios estruturais complexos.

O primeiro desses desafios é a transição epidemiológica. Evidências recentes indicam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se consolidaram como a causa predominante das ICSAP no país, respondendo por uma fração ligeiramente maior dessas hospitalizações do que as doenças infecciosas (SANTOS *et al.*, 2022). Este cenário exige uma reorientação da APS, migrando de um modelo historicamente focado no cuidado agudo para um centrado na gestão longitudinal de condições crônicas, intrinsecamente mais complexo e intensivo em recursos.

Paralelamente, o período de 2010 a 2025 foi marcado por profundas transformações na governança do financiamento federal da APS. O modelo tradicional baseado no Piso de Atenção Básica (PAB) foi sucedido pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), um dos maiores programas de pagamento por desempenho (*pay-for-performance* - P4P) do mundo (BRASIL, 2011; KOVACS *et al.*, 2021).

Mais recentemente, o programa "Previne Brasil" alterou novamente a lógica, instituindo a capitação ponderada complementada por incentivos de desempenho (SILVA *et al.*, 2023). A literatura tem-se debruçado sobre o impacto desses modelos, com estudos apontando tanto contribuições do PMAQ para a redução de hospitalizações evitáveis (RUSSO *et al.*, 2021) quanto a sua incapacidade de mitigar desigualdades socioeconômicas na qualidade do cuidado (KOVACS *et al.*, 2021).

Esse ponto evidencia o terceiro determinante estrutural: a profunda desigualdade brasileira. O SUS é marcado por disparidades territoriais, com regiões de maior fragilidade estrutural (KROTH; GUIMARÃES, 2024), e por desigualdades socioeconômicas e raciais que impactam diretamente os desfechos em saúde (HONE *et al.*, 2017).

Uma análise agregada das ICSAP, que ignore a estratificação por esses eixos de desigualdade, mascara a realidade operacional do sistema e suas falhas em proteger os mais vulneráveis (SANTOS *et al.*, 2022). Embora a expansão da APS tenha demonstrado potencial para reduzir desigualdades raciais em mortalidade (HONE *et al.*, 2017) e melhorar desfechos em populações vulneráveis (HONE *et al.*, 2022), a sustentabilidade desses ganhos foi ameaçada.

O cenário foi drasticamente alterado por um choque exógeno: a crise fiscal-econômica de meados da década de 2010 e a subsequente implementação de políticas de austeridade, notadamente a Emenda Constitucional 95. A literatura aponta que as severas restrições ao financiamento federal da saúde (ÖZÇELIK *et al.*, 2020) não apenas ameaçam a sustentabilidade da APS, mas também apresentam potencial para reverter tendências de melhoria em indicadores de saúde (ÖZÇELIK *et al.*, 2020) e aumentar os óbitos evitáveis (MAIA; PIRES; CAMPOS, 2024).

Justifica-se, portanto, uma síntese das evidências longitudinais (2010-2025) que conectam ICSAP, modelos de financiamento, transição para DCNT e desigualdades, sob a ótica dos impactos da austeridade fiscal. A lacuna central identificada na literatura não é apenas a falta dessa síntese, mas a ausência de uma avaliação crítica que compare a robustez metodológica dos estudos existentes - contrapondo, por exemplo, modelos econométricos (KROTH; GUIMARÃES, 2024; RUSSO *et al.*, 2021) a estudos de coorte (HONE *et al.*, 2022; ÖZÇELIK *et al.*, 2020) ou análises ecológicas longitudinais (RODRIGUES *et al.*, 2025).

Fundamentalmente, carece-se de uma análise aprofundada sobre os efeitos de defasagem temporal (*time lag*), investigando quanto tempo diferentes intervenções de financiamento (como o P4P) ou de desinvestimento (como a austeridade) levam para impactar efetivamente um indicador complexo e de lenta modificação como as ICSAP.



OBJETIVOS

O propósito central desta análise é examinar criticamente a produção científica longitudinal, abrangendo o período de 2010 a 2025, que investiga a complexa associação entre o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) e os fatores estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS). Adotando a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) como principal métrica de desempenho, esta investigação foca-se em três eixos estruturais determinantes: os modelos de financiamento, a crescente carga de doenças crônicas e as profundas desigualdades sociais e territoriais.

A primeira dimensão desta análise debruça-se sobre os efeitos dos distintos modelos de financiamento e provisão adotados no período. A investigação busca avaliar o impacto de estratégias como o investimento per capita, os mecanismos de pagamento por desempenho (notadamente o PMAQ) e os programas de provisão de profissionais (como o Programa Mais Médicos) sobre a redução efetiva das taxas e custos associados às ICSAP. Um desafio metodológico central, a ser explorado na literatura, é a identificação da defasagem temporal (*lag*) entre a implementação dessas políticas de investimento e a consolidação dos seus efeitos sobre os indicadores de hospitalização.

Paralelamente, o estudo caracteriza a evidência disponível sobre a efetividade da APS no manejo de ICSAP impulsionadas pela transição epidemiológica, com foco específico nas doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão e DPOC. Mais do que apenas mapear a eficácia, a análise busca examinar o papel moderador da qualificação profissional e dos processos de trabalho das equipes como determinantes para o sucesso no acompanhamento longitudinal dessas condições, prevenindo agudizações e hospitalizações evitáveis.

Esta análise articula-se, indelévelmente, com a dimensão da equidade. Sintetiza-se, portanto, os achados da literatura sobre o papel da APS na mitigação das disparidades raciais, socioeconômicas e territoriais, não apenas nas taxas de ICSAP, mas também no desfecho mais duro da mortalidade associada a essas internações. A investigação questiona em que medida a APS conseguiu, no período analisado, proteger diferencialmente as populações mais vulneráveis.

Finalmente, este panorama é analisado à luz do choque exógeno imposto pelas

políticas de austeridade fiscal. Um objetivo crítico é examinar o impacto da Emenda Constitucional 95 sobre a trajetória de redução das ICSAP, investigando se o desinvestimento no período recente (pós-2015) reverteu ou estagnou os ganhos de desempenho obtidos na primeira metade da década, ameaçando a sustentabilidade dos avanços da APS no Brasil.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, delineou-se uma revisão de literatura com abordagem crítica e síntese narrativa estruturada. O desenho do estudo foi orientado para superar as limitações de revisões meramente descritivas, focando na identificação e avaliação de estudos com delineamentos analíticos robustos. Privilegiou-se, portanto, a captação de estudos longitudinais (SANTOS *et al.*, 2022), de coorte (HONE *et al.*, 2022), econométricos (RUSSO *et al.*, 2021) e quasi-experimentais (ÖZÇELİK *et al.*, 2020), que permitem uma avaliação mais rigorosa donexo causal entre as políticas de Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS e seus desfechos. Em contrapartida, foram excluídos estudos transversais sem componente analítico longitudinal, revisões narrativas e estudos em contextos atípicos (como desastres) que pudessem introduzir vieses de confusão.

A busca bibliográfica foi conduzida de forma sistemática nas principais bases de dados internacionais e nacionais (PubMed, Cochrane Library, Scopus, Embase e Portal CAPES), utilizando uma estratégia PEO (População, Exposição, Desfecho). A busca foi delimitada à [P]opulação do SUS/Brasil, exposta a [E]xposições de interesse (modelos de financiamento da APS, como Pay-for-Performance ou PMAQ, e determinantes de desigualdade em saúde) e avaliada quanto ao [O] Desfecho central: as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) ou Ambulatory Care Sensitive Conditions. Para mitigar a heterogeneidade metodológica na definição do desfecho, esta revisão priorizou, para fins de validade e comparabilidade no contexto brasileiro, estudos que adotaram a Lista Brasileira de ICSAP (BRASIL, 2008; SANTOS *et al.*, 2022). Contudo, estudos focados em subgrupos relevantes de ICSAP por doenças crônicas (como diabetes ou hipertensão) também foram considerados, desde que mantivessem o rigor analítico.

O pilar final desta metodologia consistiu na avaliação crítica da qualidade. Os estudos observacionais selecionados, restritos ao período temporal de 2010 a 2025 e nos idiomas português, inglês ou espanhol, foram avaliados quanto ao risco de viés pela escala Newcastle-Ottawa (NOS) e quanto à completude do relato pelo checklist STROBE.

Este rigor na avaliação da evidência primária foi fundamental para permitir a síntese final da certeza da evidência, utilizando os princípios do framework GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations). A classificação da certeza (Alta, Moderada, Baixa ou Muito Baixa) para cada constructo temático (ex: impacto do financiamento, efeito na equidade) foi determinada por uma análise integrada do risco de viés, inconsistência dos resultados, imprecisão das estimativas e presença de evidência indireta, garantindo uma síntese robusta e crítica da literatura.

RESULTADOS

A análise da produção científica longitudinal (2009-2025) sobre o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil revela um corpo de evidências metodologicamente robusto, com predominância de estudos quasi-experimentais (ÖZÇELIK *et al.*, 2020), econométricos com dados em painel (KROTH; GUIMARÃES, 2024; RUSSO *et al.*, 2021) e coortes de base populacional (HONE *et al.*, 2022).

Tabela 1: Caracterização dos Principais Estudos Longitudinais Incluídos na Revisão

AUTOR(ES) (ANO)	PERÍODO	DELINEAMENTO	AMOSTRA / LOCAL	FOCO PRINCIPAL (VARIÁVEL)	GRADE
Kroth; Guimarães (2024)	2010–2019	Painel Dinâmico (GMM)	Municípios (SC)	Financiamento Geral (per capita)	Moderado
Russo <i>et al.</i> (2021)	2009–2018	Painel (Efeitos Fixos)	5.564 Municípios (BR)	Financiamento P4P (PMAQ)	Moderado
Özçelik <i>et al.</i> (2020)	2009–2017	Quasi-experimental (DiD + CEM)	Municípios (BR)	Provisão de Profissionais (PMM)	Moderado
Rodrigues <i>et al.</i> (2025)	2017–2021	Ecológico longitudinal (GLM- Gama)	Centros de Saúde (BH)	D. Crônica (Especialização MFC)	Moderado

AUTOR(ES) (ANO)	PERÍODO	DELINEAMENTO	AMOSTRA / LOCAL	FOCO PRINCIPAL (VARIÁVEL)	GRADE
Hone et al. (2017)	2000–2013	Painel longitudinal (Efeitos Fixos)	1.622 Municípios (BR)	Desigualdade Racial (ESF)	Moderado
Kovacs et al. (2021)	2011–2019	Longitudinal (Regressão OLS)	13.934 Equipes (BR)	Desig. Socioeconômica (Qual. PMAQ)	Moderado
Hone et al. (2022)	2012–2016	Coorte (Poisson Multinível IPTW- RA)	1,2M adultos (RJ)	Desig. Socioeconômica (Uso ESF)	Alto
Santos et al. (2022)	2010–2019	Ecológico (Tendência Temporal MLG)	Brasil e Regiões	Desigualdade Territorial (Taxas ICSAP)	Baixo
Maia, Pires; Campos (2024)	2010–2019	Quasi-experimental (ITS)	Municípios (BR)	Austeridade Fiscal (Mortalidade)	Moderado

(GMM: Momentos Generalizados; DiD: Diferença-em-Diferenças; CEM: Coarsened Exact Matching; MLG: Modelo Linear Generalizado; MFC: Medicina de Família e Comunidade; OLS: Mínimos Quadrados Ordinários; IPTW-RA: Inverse Probability Treatment Weighting and Regression Adjustment).

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados dos estudos selecionados (2025).

Essa robustez permite uma análise crítica dos fatores estruturais que modulam a capacidade da APS em reduzir as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), centrada em quatro eixos: financiamento, gestão de doenças crônicas, desigualdades e austeridade fiscal.

No eixo do financiamento, os estudos demonstram a custo-efetividade do investimento, mas com nuances importantes. O investimento geral (per capita) apresenta um elevado efeito multiplicador: uma análise econométrica em Santa Catarina (2010-2019) estimou que cada R\$ 1,00 investido na APS gerou uma economia de R\$ 34,98 nos custos com ICSAP (KROTH; GUIMARÃES, 2024). Paralelamente, o pagamento por desempenho (PMAQ) também mostrou impacto, embora mais modesto; uma análise nacional (2009-2018) associou o programa a uma redução de 60.829 hospitalizações em 2018 (RUSSO *et al.*, 2021). Corroborando esse achado, um aumento de dez pontos no escore de qualidade do PMAQ foi associado a uma queda de 2% ao ano nas taxas de ICSAP (SILVA *et al.*, 2023).

A literatura revela, contudo, que o impacto do financiamento não é imediato nem homogêneo, e que a forma do investimento importa. Tanto o estudo sobre investimento geral (KROTH; GUIMARÃES, 2024), que identificou uma defasagem

temporal (*lag*) de cinco anos para o efeito máximo, quanto a avaliação do Programa Mais Médicos (ÖZÇELIK *et al.*, 2020), que só encontrou redução em ICSAP cerebrovasculares após o terceiro ano de implementação, convergem ao apontar que os resultados em saúde levam tempo para se consolidar. A mera provisão de profissionais, aliás, mostrou-se insuficiente, não impactando significativamente as hospitalizações por hipertensão (ÖZÇELIK *et al.*, 2020), o que direciona a análise para a qualidade do cuidado prestado.

O desafio da qualidade é centralizado pela transição epidemiológica, que consolida as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - como insuficiência cardíaca, DPOC, diabetes e hipertensão - como o principal motor das ICSAP no país (SCHILLING *et al.*, 2025). A evidência longitudinal (2017-2021) de Belo Horizonte (RODRIGUES *et al.*, 2025) é contundente ao demonstrar o papel da qualificação profissional: o estudo estimou que um cenário hipotético com 100% de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) poderia reduzir as ICSAP totais em 11,89% e, de forma mais expressiva, as internações por Diabetes Mellitus em 32,80%, com uma redução de custos associada de 10,58%.

Além da eficiência, a APS demonstra ser uma ferramenta potente para a redução de iniquidades. A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuou diretamente na redução da desigualdade racial de mortalidade por ICSAP; um estudo de painel (2000-2013) mostrou que a expansão da cobertura (0-100%) associou-se a uma redução de 15,4% na mortalidade no grupo negro/pardo, contra 6,8% no grupo branco, diminuindo ativamente o gap racial (HONE *et al.*, 2017). Similarmente, no eixo socioeconômico, a APS mostrou benefícios ampliados para os mais vulneráveis. Em cortes de áreas urbanas pobres do Rio de Janeiro, cada consulta adicional na ESF reduziu o risco de ICSAP em 3%, com maior benefício para desempregados e pessoas com menor escolaridade (HONE *et al.*, 2022).

O mecanismo para essa redução de desigualdade socioeconômica foi, em parte, institucional. O PMAQ, por exemplo, ao ajustar seus repasses pela vulnerabilidade nos primeiros ciclos, conseguiu eliminar o gap de qualidade (medido pelo escore do programa) entre equipes de áreas ricas e pobres entre 2011 e 2019 (KOVACS *et al.*, 2021). Apesar desses avanços na redução de disparidades raciais e socioeconômicas, a

desigualdade territorial persiste. Embora o Brasil tenha visto uma queda nacional robusta nas ICSAP (2010-2019), com reduções de 29,0% (mulheres) e 25,9% (homens), as taxas padronizadas permanecem criticamente elevadas em regiões como a Norte, e a velocidade da queda desacelerou na Região Sudeste, indicando heterogeneidade na resiliência do sistema (SANTOS *et al.*, 2022).

Essa desaceleração recente encontra explicação no choque exógeno da austeridade fiscal. A análise de tendência temporal (SANTOS *et al.*, 2022) mostra que a velocidade de redução das ICSAP foi drasticamente menor no período pós-2015 (coincidente com a crise e a EC95) do que no período 2010-2014. O impacto mais grave, contudo, foi identificado na mortalidade. Um estudo quasi-experimental (2010-2019) utilizando Séries Temporais Interrompidas detectou que a política de austeridade fiscal, iniciada em 2015, reverteu a tendência de mortalidade por CSAP agudas (como pneumonias e gastroenterites). A estimativa é que essa mudança de tendência, associada aos cortes de gastos, foi responsável por 1.670 óbitos evitáveis adicionais apenas nos últimos seis meses de 2019 (MAIA; PIRES; CAMPOS, 2024).

DISCUSSÃO

A análise conjunta dos estudos longitudinais e quasi-experimentais do período 2010-2025 permite delinear um panorama complexo do desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Este cenário é marcado por avanços robustos e evidências consistentes de custo-efetividade, mas que se revelam ameaçados por decisões políticas e econômicas recentes.

Uma primeira convergência (Nível de Evidência MODERADO/ALTO - GRADE) é o reconhecimento do investimento em APS como uma política altamente custo-efetiva, mas de maturação longa. A evidência econométrica demonstra um retorno financeiro de R\$ 34,98 para cada R\$ 1,00 investido na APS, por meio da redução de custos hospitalares (KROTH; GUIMARÃES, 2024). Contudo, essa mesma evidência, corroborada pelo estudo sobre o Programa Mais Médicos (ÖZÇELIK *et al.*, 2020), aponta para uma defasagem temporal (lag) de três a cinco anos para que o investimento - seja financeiro ou em provisão de pessoal - se traduza em redução de desfechos duros, como as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), especialmente as



crônicas. Esta constatação é fundamental, pois implica que avaliações de curto prazo (1-2 anos) do impacto da APS estão metodologicamente fadadas a subestimar seus reais efeitos.

Uma segunda convergência robusta é o papel da APS como o principal instrumento de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). As evidências são consistentes em diferentes delineamentos, desde painéis de efeitos fixos (HONE *et al.*, 2017) até estudos de coorte (HONE *et al.*, 2022). A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstrou reduzir ativamente a disparidade racial na mortalidade por causas evitáveis (HONE *et al.*, 2017), e o uso dos serviços da ESF em áreas pobres beneficia preferencialmente os estratos de menor escolaridade e os desempregados (HONE *et al.*, 2022).

Identifica-se, contudo, um aparente paradoxo no impacto do modelo de pagamento por desempenho (PMAQ). Os estudos mostram que o PMAQ teve um efeito robusto na redução das desigualdades de processos (qualidade), auxiliado por um desenho que ajustava o repasse à vulnerabilidade (KOVACS *et al.*, 2021), mas um efeito apenas modesto na redução das taxas de ICSAP (RUSSO *et al.*, 2021).

A explicação mais plausível é que a melhoria de processos não se traduz mecanicamente em redução de desfechos duros; os achados sugerem que as ICSAP são mais sensíveis ao volume global do financiamento per capita (KROTH; GUIMARÃES, 2024) e à qualificação profissional (RODRIGUES *et al.*, 2025) do que aos incentivos de P4P focados em processos.

A principal contribuição analítica desta revisão é a identificação de uma "dualidade de lag" nos efeitos do financiamento. Os estudos sobre investimento (KROTH; GUIMARÃES, 2024) e provisão (ÖZÇELIK *et al.*, 2020) demonstram um lag positivo longo (3-5 anos) para que a APS impacte desfechos crônicos. Em contrapartida, o estudo sobre austeridade (MAIA; PIRES; CAMPOS, 2024) demonstra um lag negativo curto (reversão imediata da tendência) para desfechos agudos, como a mortalidade por pneumonia ou asma. Este achado tem implicações profundas: a austeridade fiscal causa uma ruptura imediata na linha de cuidado (ex: falta de antibióticos), levando a um aumento rápido de óbitos por causas agudas (MAIA; PIRES; CAMPOS, 2024).

Os 1.670 óbitos agudos adicionais medidos até 2019 são, portanto, um "sinal de

alerta", pois é altamente provável que o desinvestimento no manejo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - que, assim como o investimento, requer cuidado longitudinal - também possua um lag de 3 a 5 anos. Se essa hipótese for correta, o impacto total da austeridade (EC95) sobre as ICSAP crônicas, que são a maior parcela das hospitalizações (SANTOS *et al.*, 2022), só se tornará plenamente visível nos dados de 2020 a 2025.

A validade externa desta base de evidências é forte, mas possui limitações inerentes. A maioria dos estudos de larga escala (KROTH; GUIMARÃES, 2024; HONE *et al.*, 2017; RUSSO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2022) utiliza um delineamento ecológico (município como unidade de análise), estando sujeitos à falácia ecológica. Esta revisão buscou mitigar essa limitação ao incluir estudos em níveis mais desagregados, como o de corte no Rio de Janeiro (nível individual) (HONE *et al.*, 2022) e o de Belo Horizonte (nível de centro de saúde) (RODRIGUES *et al.*, 2025).

A robustez dos modelos quasi-experimentais (MAIA; PIRES; CAMPOS, 2024) e econométricos (RUSSO *et al.*, 2021), com uso de DiD e ITS, confere um nível de evidência (GRADE) Moderado a estes achados, permitindo inferências causais mais seguras. A heterogeneidade na definição das ICSAP, um problema metodológico clássico, foi também relativamente controlada, pois os principais estudos de tendência e impacto (KROTH; GUIMARÃES, 2024; SANTOS *et al.*, 2022) utilizaram a Lista Brasileira (BRASIL, 2008), aumentando a validade interna da síntese.

Apesar da robustez dos achados, esta revisão identificou lacunas críticas que demandam uma agenda de pesquisa futura. A maior lacuna é a ausência de estudos longitudinais de impacto sobre o modelo de financiamento vigente, o "Previne Brasil"; é urgente avaliar se este, com foco em capitação, mantém o viés pro-equidade do PMAQ (KOVACS *et al.*, 2021) ou se agrava desigualdades. Não foram encontrados, também, estudos que analisassem a interação entre o modelo de financiamento e a qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Finalmente, os estudos de tendência param antes ou no início da pandemia de COVID-19 (RODRIGUES *et al.*, 2025; SANTOS *et al.*, 2022); a queda artificial das ICSAP em 2020-2021 (devido à competição por leitos) mascara o impacto da interrupção do cuidado às DCNT, que provavelmente resultará em um aumento de complicações no

período 2022-2025.

As evidências consolidadas permitem extrair implicações diretas para a gestão do SUS. Para a política pública de financiamento, a evidência do alto retorno financeiro (R\$ 34,98 por R\$ 1,00) (KROTH; GUIMARÃES, 2024) e do lag de 5 anos (KROTH; GUIMARÃES, 2024) exige que o financiamento da APS seja tratado como política de Estado, protegido de ciclos orçamentários curtos. A evidência de que a austeridade reverte ganhos em saúde e aumenta óbitos evitáveis (MAIA; PIRES; CAMPOS, 2024) fornece base sanitária para a revogação de tetos de gastos.

Para a política de equidade, a APS (via ESF) é a ferramenta mais poderosa do SUS para reduzir desigualdades raciais (HONE *et al.*, 2017), e os modelos de financiamento devem incluir mecanismos explícitos de ajuste por vulnerabilidade socioeconômica (KOVACS *et al.*, 2021) para promover ativamente a equidade. Por fim, para a prática clínica e gestão, o manejo de DCNT é o gargalo (SANTOS *et al.*, 2022), e a evidência de que a especialização em MFC reduz drasticamente as ICSAP por Diabetes (-32,8%) (RODRIGUES *et al.*, 2025) é um achado determinante, que demanda priorização urgente de fomento a programas de residência e retenção desses especialistas na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura longitudinal e quasi-experimental disponível no período 2010-2025 demonstra, com evidência de nível Moderado a Alto, que a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil foi efetiva em reduzir as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), gerando economia de recursos e, fundamentalmente, reduzindo desigualdades estruturais em saúde. Esta revisão validou três proposições centrais para a política de saúde: 1) o investimento financeiro per capita na APS possui uma relação causal e robusta com a redução de custos de hospitalização, embora este efeito exija uma defasagem temporal de três a cinco anos para sua maturação completa; 2) o desempenho da APS no manejo da carga de doença crônica, principal causa de ICSAP, é significativamente mediado pela qualificação profissional, com a presença de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) demonstrando resultados superiores, especialmente na redução de hospitalizações por diabetes; e 3) a APS, notadamente a Estratégia Saúde da Família, funciona como um dos principais



instrumentos de equidade do SUS, reduzindo ativamente as disparidades raciais na mortalidade por causas evitáveis e as socioeconômicas no acesso ao cuidado.

Contudo, essa trajetória positiva de melhoria de desempenho e redução de iniquidades foi interrompida e ameaçada. A evidência quasi-experimental demonstra que as políticas de austeridade fiscal (pós-2015) reverteram os ganhos de saúde, causando um aumento estatisticamente significativo na mortalidade por ICSAP agudas. A identificação de uma "dualidade de *lag*" - onde os impactos do desinvestimento em cuidados agudos são imediatos (MAIA; PIREZ; CAMPOS, 2024), enquanto os impactos (positivos ou negativos) em cuidados crônicos são tardios- sugere que os piores efeitos da austeridade sobre a carga de doenças crônicas ainda estão por se manifestar nos dados do período pós-2020.

A sustentabilidade do SUS e a retomada da melhoria de seus indicadores de desempenho exigem, portanto, a revogação de medidas de austeridade, a retomada do financiamento adequado e estável, o fomento à especialização em Medicina de Família e a reincorporação de mecanismos explícitos de equidade no desenho das políticas de financiamento.

REFERÊNCIAS

AFRADIQUE, M. *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, 2009. Disponível em: <https://www.apec.org.br/rce/index.php/rce/article/view/163>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Saúde Legis**, Brasília, DF, 20 jul. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Saúde Legis**, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 15 fev. 2025.

HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v.



14, n. 5, e1002306, 2017. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002306. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 11 abr. 2025.

HONE, T. *et al.* Expansion of primary healthcare and emergency hospital admissions among the urban poor in Rio de Janeiro, Brazil: a cohort analysis. 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/363312946_Expansion_of_primary_healthcare_and_emergency_hospital_admissions_among_the_urban_poor_in_Rio_de_Janeiro_Brazil_A_cohort_analysis. Acesso em: 1 jun. 2025.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 3, p. e331-e339, 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30495-X. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7900523/>. Acesso em: 18 maio 2025.

KROTH, D. C.; GUIMARÃES, R. Efeito dos investimentos públicos na Atenção Primária à Saúde: um estudo longitudinal nos municípios catarinenses. **Revista Catarinense de Economia**, v. 8, n. 1, p. 163, 2024. DOI: 10.54805/RCE.2527-1180.v8.n1.163. Disponível em: <https://www.apec.org.br/rce/index.php/rce/article/view/163>. Acesso em: 5 maio 2025.

MAIA, L. R.; PIRES, D. C.; CAMPOS, M. R. Austeridade fiscal e Atenção Primária à Saúde: impacto em óbitos evitáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/austeridade-fiscal-e-atencao-primaria-a-saude-impacto-em-obitos-evitaveis/19782>. Acesso em: 19 abr. 2025.

ÖZÇELİK, E. A.; MASSUDA, A.; McCONNELL, M.; CASTRO, M. C. Impact of Brazil's More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1118, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05951-z. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7725939/>. Acesso em: 7 mar. 2025.

RODRIGUES, G. V. *et al.* Association between hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions and primary healthcare physician specialisation: a longitudinal ecological study in Belo Horizonte, Brazil. **BMJ Open**, v. 15, n. 11, e086694, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-086694. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41213676/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

RUSSO, L. X. *et al.* Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 7, e005429, 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005429. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/7/e005429>. Acesso em: 22 abr. 2025.

SANTOS, F. M. dos *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220012, 2022. DOI: 10.1590/1980-549720220012.2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z7J5cGsPP4jvPygWvNjP7hc/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SCHILLING, M. P. R.; PORTELA, M. C.; ALBUQUERQUE, M. V.; MARTINS, M. Resiliência e desempenho dos sistemas de saúde: internações por condições crônicas sensíveis à atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 6, e21422024, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025306.21422024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2025.v30n6/e21422024/>. Acesso em: 30 maio 2025.

SILVA, A. A. R. da *et al.* Impact of the quality of primary care on the variation of hospitalization



rates for ambulatory care sensitive conditions. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 85, 2023. DOI:
10.11606/s1518-8787.2023057000085. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/m45SpHRM9DVPgkndNDZBsxm/?lang=en>. Acesso em: 2 jun.
2025.