

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Leonardo Lemos de Souza

**A EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS SEDE DAS
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL:
CONDIÇÕES SENSÍVEIS**

São Leopoldo, RS

2009

Leonardo Lemos de Souza

**A EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS SEDE DAS
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL:
CONDIÇÕES SENSÍVEIS**

Dissertação de mestrado apresentada à banca examinadora, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa

São Leopoldo, RS

2009

Ficha Catalográfica

S729e Souza, Leonardo Lemos de
A efetividade da atenção primária nos municípios sede das coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul: condições sensíveis / por Leonardo Lemos de Souza. – 2009.
54 f. : il. ; 30cm.
Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2009.
“Orientação: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, Ciências da Saúde”.

1. Saúde – Qualidade – Rio Grande do Sul. 2. Atenção primária – Saúde. 3. Hospitalização. 4. Serviço – Saúde. 5. Serviço – Saúde –Pesquisa. I. Título.

CDU 64.024.8 (816.5)

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB 10/1790

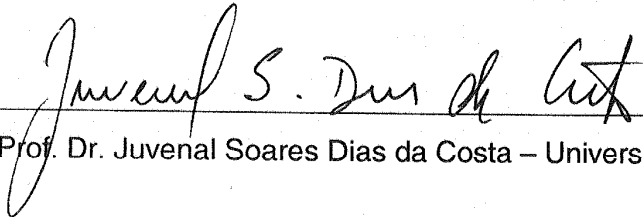
Leonardo Lemos de Souza

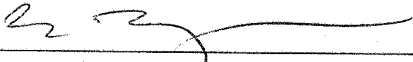
*A efetividade da atenção primária nos municípios sede das coordenadorias regionais de saúde
no Rio Grande do Sul: condições sensíveis*


Dissertação apresentada à Universidade do Vale do
Rio dos Sinos como requisito parcial para a
obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Aprovado em 27 de julho de 2009.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa – Universidade do Vale do Rio dos Sinos


Prof. Dr. Erno Harzheim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul


Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedicatória:

Dedico este trabalho a todos aqueles que, mesmo no anonimato, lutaram e, ainda lutam, por uma saúde pública de qualidade.

“Roma die uno non aedificata est”

Agradecimentos:

Ao professor Juvenal, pela orientação e amizade, durante minha carreira médica.

À minha esposa Roberta, pela ajuda e companhia incondicional;

Aos professores do PPG em Saúde Coletiva pelo conhecimento e dedicação;

À secretária Franciele, pela ajuda em todos os momentos que precisamos;

À minha família, na figura daquelas pessoas que, sempre pude e, sempre contarei;

Aos amigos, nos quais sempre confiarei;

Àqueles que, embora anônimos neste trabalho, tiveram sua contribuição para a ciência.

“Dominus vobiscum”

Sumário

Parte A – Projeto de Pesquisa

1. Introdução.....	7
2. Revisão de Literatura	9
2.1 Epidemiologia na organização de serviços	9
2.2 Qualidade nos sistemas de saúde em nível populacional.....	9
2.3 Acesso aos serviços de saúde	10
2.4 A efetividade dos cuidados	11
2.5 As Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul.....	11
2.6 Avaliação em saúde.....	12
2.7 As internações evitáveis, internações preveníveis ou condições sensíveis ao cuidado ambulatorial.....	13
3. Justificativa.....	16
4. Objetivos	17
4.1 Geral	17
4.2 Específicos	17
5. Hipóteses	18
6. Metodologia	19
6.1 Delineamento	19
6.2 Definição de “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial”	19
6.3 Fonte de dados.....	20
6.4 Coleta de dados	20
6.5 O critério de inclusão	20
6.6 Indicadores que serão utilizados	20
6.7 Análise dos dados.....	21
7. Questões éticas	23
8. Relação de materiais e orçamento	24
8.1 Material de consumo	24
8.2 Equipamento e material permanente	24
9. Cronograma.....	25
10. Divulgação dos resultados.....	26
11. Limitações	27
14. Referências	28

Parte B - Artigo Científico

A efetividade da atenção primária nos municípios sede das coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul: condições sensíveis	32
---	----

1. Introdução

As condições sensíveis à atenção primária são condições de saúde para as quais o cuidado neste nível de atenção pode reduzir ou extinguir o risco de hospitalizações, tanto por prevenir o surgimento da doença, ou por manejar adequadamente a condição ou doença crônica. (Shi, Samuels *et al.*, 1999)

Desse modo, o atendimento adequado na atenção primária em saúde (APS) diminui a taxa de internações à medida que o serviço se torna mais efetivo. Um sistema de saúde que consiga manter as doenças passíveis de controle ambulatorial, sem descompensações, estaria em um nível de efetividade adequado. (Caminal, Starfield *et al.*, 2001; Bermúdez-Tamayo, Márquez-Calderón *et al.*, 2004; Caminal, Starfield *et al.*, 2004; Saha, Solotaroff *et al.*, 2007)

No Brasil, desde 1996 foi editada a Norma Operacional do Sistema Único de Saúde (SUS), NOB nº 01/96 (NOB/96). O Ministério da Saúde (MS), através dela, definiu as formas de repasse financeiro para o sistema de saúde, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada, a qual já estava prevista na própria idéia do SUS. Além disso, essa norma previu incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde e avaliação dos resultados (Ministério da Saúde, 1996). Para os municípios, a NOB/96 estabeleceu duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal.

Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde os municípios puderam assumir a responsabilidade pela gestão de todas as ações e serviços de saúde que lhe cabiam (ambulatoriais e hospitalares); gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicos e privados com vínculo ao SUS); controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no município; administrar a oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais fosse referência (Andrade, Soares *et al.*, 2001).

Portanto, com a implantação do processo de municipalização plena do sistema de saúde, cada vez mais aumentaram as responsabilidades das prefeituras municipais com a efetividade dos cuidados, os quais passaram a ser oferecidos de forma cada vez mais complexa, exigindo mecanismos de gestão qualificados, que permitissem monitorar a situação de saúde da população.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), firmada pela Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001, em seu Capítulo I, institui e disciplina sobre a regionalização a ser seguida no âmbito do SUS. Essa idéia baseia-se no fato que, em sendo as decisões e necessidades regionalizadas, a estratégia de hierarquização dos serviços de saúde tenderia a

maior equidade. A regionalização engloba a noção de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e conformação dos serviços funcionais de saúde, os quais não necessariamente precisam ser restritos à abrangência municipal, mas considerando os limites do município como unidade indivisível. Dessa forma, pretende-se garantir aos cidadãos todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, com uma maior otimização (NOAS/SUS 2000).

O Estado do Rio Grande do Sul está organizado em coordenadorias regionais de saúde com cidades sede representando níveis hierárquicos de maior complexidade. A conjunção das coordenadorias mais próximas forma sete macro-regiões sempre obedecendo a critérios de hierarquia e complexidade dos serviços de saúde oferecidos.

Os estudos epidemiológicos observacionais podem ser utilizados para as avaliações em saúde, sendo este delineamento útil para estudar a efetividade das ações em saúde (Black, 1996).

O acompanhamento das condições sensíveis ao cuidado ambulatorial pode ser útil na avaliação dos serviços de saúde. Vários autores têm defendido que tais condições podem ser utilizadas como um indicador de qualidade do acesso e efetividade da atenção primária, demonstrando a efetividade das ações em saúde neste nível (Billings, Anderson *et al.*, 1996; Pappas, Hadden *et al.*, 1997; Blustein, Hanson *et al.*, 1998; Shi, Samuels *et al.*, 1999; Caminal, Starfield *et al.*, 2001; Caminal, Mundet *et al.*, 2001; Caminal, Morales *et al.*, 2003; Yuen, 2004; Laditka e Laditka, 2006; Pirani, Schifano *et al.*, 2006; Correa-Velez, Ansari *et al.*, 2007; Gervas e Homar, 2007; Rizza, Bianco *et al.*, 2007; Saha, Solotaroff *et al.*, 2007).

O presente estudo pretende utilizar as condições sensíveis à atenção primária, analisando-as sob o aspecto das interações evitáveis, de modo a tentar expressar uma medida de efetividade da atenção básica nos municípios sede de coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul.

2. Revisão de Literatura

2.1 Epidemiologia na organização de serviços

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, com a municipalização dos estabelecimentos federais e estaduais, os serviços de saúde municipais experimentaram uma taxa geométrica de crescimento muito superior às demais unidades de saúde de outros níveis federativos. (Costa e Pinto, 2002). Este aumento dos serviços de saúde norteou-se pelo novo modelo de assistência integral à saúde, sendo futuramente consolidado como atenção primária.

Com a criação de uma rede de saúde pública universal e descentralizada, tornou-se necessária a avaliação das demandas na saúde pública, bem como o processo de atendimento. Diversos autores tem demonstrado a necessidade do uso da epidemiologia na organização dos serviços (Penna, 1997; Santos e Victora, 2004; Travassos e Novaes, 2004; Felisberto, 2006; Scochi, Marcon *et al.*, 2008) e na institucionalização de programas e ações de saúde (Hartz, 2002; Felisberto, 2004) como forma de qualificar e aperfeiçoar o sistema de saúde no Brasil, no que tange o diagnóstico, o processo de tomada de decisão, o monitoramento das condições de saúde e a avaliação dos serviços.

A pesquisa e, dentro dela aquelas que se detêm em avaliar o uso e acesso das pessoas ao atendimento em saúde, podem instruir e elucidar aspectos importantes do mecanismo de cuidados em saúde a que o usuário do sistema está exposto. Assim, a avaliação epidemiológica nos diferentes níveis de atenção em saúde contribui sobremaneira para que as políticas públicas tornem-se cada vez mais adaptadas às realidades locais.

2.2 Qualidade nos sistemas de saúde em nível populacional

A atenção à saúde deve ser realizada de modo que a sua qualidade seja efetiva para a prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades que atingem as pessoas em nível populacional. A definição atualizada de qualidade dos cuidados para populações estabelece a necessidade de que o acesso aos cuidados seja efetivo e equânime; e que os custos sejam suportáveis para aperfeiçoar benefícios em saúde e de bem-estar para todos (Campbell, Roland *et al.*, 2000). A qualidade dos serviços de saúde depende da estrutura disponível, do processo de atendimento e dos resultados que são conseguidos neste nível (Donabedian, 1973). Nesses itens, observa-se que as condições de acesso, efetividade dos cuidados e aderências do profissional e do paciente são condições importantes para o pleno êxito de uma intervenção em saúde (Bertoldi, Barros *et al.*, 2008). A aderência do paciente permite que este

faça um tratamento adequado e que siga as orientações da equipe de saúde, medidas estas que tendem a deixá-lo com o quadro geral controlado, sem descompensações das suas patologias, o que para o sistema de saúde também é algo extremamente desejável, pois leva a diminuição de casos de hospitalizações ou mesmo a evolução para casos mais graves das doenças.

2.3 Acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde é condição essencial para que se possa pensar em atenção à saúde, pois o usuário que não consegue chegar ao serviço quiçá poderá ter a possibilidade de abordagem adequada. Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi estabelecida e consagrada a estratégia de atenção primária à saúde como forma de facilitar o acesso da população a cuidados de assistência com efetividade.

Assim segundo Sawyer, Leite e Alexandrino (2002):

“Os principais fatores do perfil de consumo de saúde estão agrupados em três dimensões:

●capacitação - capacidade do indivíduo em procurar e receber serviços de saúde. Eles estão diretamente ligados, por um lado, às condições econômicas individuais e familiares e, por outro, à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside. Esses fatores incluem renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados.

●necessidade - os fatores de necessidades referem-se tanto às percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, quanto ao estado objetivo dos indivíduos.

●predisposição - são aquelas características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde. Referem-se ao conjunto de variáveis sociodemográficas e familiares como idade, sexo, escolaridade e raça”.

Vários estudos demonstraram que o acesso estava inversamente associado com as taxas de hospitalização e também com a necessidade de cuidados em saúde (Billings, Zeitel *et al.*, 1993; Caper, 1993; Bindman, Grumbach *et al.*, 1995; Pappas, Hadden *et al.*, 1997; Blustein, Hanson *et al.*, 1998; Shi, Samuels *et al.*, 1999; Castro, Travassos *et al.*, 2002; Bermúdez-Tamayo, Márquez-Calderón *et al.*, 2004; Laditka e Laditka, 2006; Saha, Solotaroff *et al.*, 2007). Tais considerações já foram apontadas por Hart na sua *“Inverse Care Law”* (1971) - reafirmada três décadas após, pelo mesmo autor - a qual pode ser resumida da seguinte forma: a disponibilidade de cuidado médico de boa qualidade tende a variar inversamente com a necessidade desse cuidado na população atendida; essa lei opera de forma mais complexa quando o cuidado médico é exposto às forças de mercado e, menos complexa quando esta exposição é reduzida (Hart, 2000).

Conforme foi visto, os cuidados em atenção primária diminuem as internações hospitalares e qualificam os serviços de saúde, contribuindo para uma adequada concepção de

saúde integral. Assim, a atenção em nível ambulatorial deve ser o mais adequado possível para promover a correta prevenção e abordagem terapêutica (Starfield, 2002)

2.4 A efetividade dos cuidados

A efetividade dos cuidados médicos é uma característica sempre buscada em saúde pública, sendo que a efetividade de uma intervenção pode ser definida pelo grau em que objetivos predeterminados foram alcançados, e, caso todos sejam obtidos, a efetividade torna-se igual à eficácia (Winter, 1996).

Conforme Castiel (1990), “a efetividade do cuidado médico depende de algumas características, tais como: condições estruturais que facilitem o processo, aderência dos médicos e adesão dos pacientes”. Também Castiel afirma que: “a efetividade de uma intervenção em saúde depende de cinco dimensões: da eficácia, da precisão diagnóstica, da aderência profissional, da aderência do recipiente da ação e da cobertura.”

Ainda que a efetividade de procedimentos médicos seja, geralmente, bem menor do que a eficácia determinada em ensaios clínicos, as pesquisas em serviços têm resultado em um aumento do conhecimento sobre como as mudanças no sistema de assistência podem afetar a qualidade dos cuidados e o estado de saúde e como esses atributos podem ser medidos (Brook, Caren *et al.*, 1996).

2.5 As Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul

Dentre os princípios do SUS pretende-se analisar a regionalização. O papel das Coordenadorias Regionais de Saúde é justamente o de territorializar as medidas de saúde e serviços, para que a hierarquização possa ocorrer dentro da proposta de regionalização, respeitando as necessidades dos cidadãos que utilizam o sistema de saúde, tendendo a levar a uma maior equidade dos cuidados. Nesse aspecto, as Coordenadorias Regionais de Saúde contribuem para uma melhor estratégia e funcionalidade do sistema, integrando níveis crescentes de resolutividade assistencial e procurando atender às necessidades do usuário o mais próximo possível da sua casa. Cada Coordenadoria possui uma cidade sede (exceção seria Porto Alegre, que possui duas Coordenadorias), a qual representa uma referência para os outros municípios da sua região de saúde.

Existem 19 coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul, sendo elas:

- 1ª CRS (POA): população de 1.360.590 pessoas*.
- 2ª CRS (POA): população de 1.360.590 pessoas*.
- 3ª CRS (Pelotas): população de 323.158 pessoas*.

- 4ª CRS (Santa Maria): população de 243.611 pessoas*.
- 5ª CRS (Caxias do Sul): população de 360.419 pessoas*.
- 6ª CRS (Passo Fundo): população de 168.458 pessoas*.
- 7ª CRS (Bagé): população de 118.767 pessoas*.
- 8ª CRS (Cachoeira do Sul): população de 87.873 pessoas*.
- 9ª CRS (Cruz Alta): população de 71.254 pessoas*.
- 10ª CRS (Alegrete): população de 84.338 pessoas*.
- 11ª CRS (Erechim): população de 90.347 pessoas*.
- 12ª CRS (Santo Ângelo): população de 76.745 pessoas*.
- 13ª CRS (Santa Cruz do Sul): população de 107.632 pessoas*.
- 14ª CRS (Santa Rosa): população de 65.016 pessoas*.
- 15ª CRS (Palmeira das Missões): população de 38.192 pessoas*.
- 16ª CRS (Lajeado): população de 64.133 pessoas*.
- 17ª CRS (Ijuí): população de 78.461 pessoas*.
- 18ª CRS (Osório): população de 36.131 pessoas*.
- 19ª CRS (Frederico Westphalen): população de 26.759 pessoas*.

**População do censo de 2000, conforme dados do DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprs.def>) – acesso em 08/06/2008*

2.6 Avaliação em saúde

A avaliação dos serviços de saúde é uma ferramenta de grande utilidade, face à necessidade de adequar os serviços de saúde à realidade local e demandas específicas.

Nos últimos anos, como forma de qualificar e de aperfeiçoar o sistema de saúde no Brasil, tem sido alardeada a necessidade do uso da epidemiologia na organização de serviços e na avaliação de programas e ações de saúde (Santos e Victora, 2004; Travassos e Novaes, 2004). Ainda incipiente como ferramenta de gestão, tem se demonstrado a necessidade de se criar uma cultura de avaliação no país (Felisberto, 2004) para que seja possível disponibilizar cada vez mais dados para os gestores do sistema de saúde, lavando a um entendimento mais completo e firme sobre as necessidades populacionais. Conforme Hartz (2002) “existe a necessidade de se qualificar e institucionalizar a avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com as mudanças do modelo assistencial no SUS”.

Ainda que as avaliações em saúde preferencialmente devam utilizar como delineamento ensaios clínicos, outros tipos de estudos também podem ser empreendidos

(Harzhein, Duncan *et al.*, 2006). Uma forma utilizada de se avaliar acesso da população e qualidade dos cuidados da rede básica tem sido a elaboração de estudos que descrevem as taxas de internações evitáveis, internações preveníveis ou condições sensíveis ao cuidado ambulatorial (Bindman, Grumbach *et al.*, 1995; Billings, Anderson *et al.*, 1996; Pappas, Hadden *et al.*, 1997; Blustein, Hanson *et al.*, 1998; Culler, Parchman *et al.*, 1998; Caminal, Starfield *et al.*, 2001; Caminal, Mundet *et al.*, 2001; Caminal, Morales *et al.*, 2003; Caminal, Starfield *et al.*, 2004; Laditka e Laditka, 2006; Pirani, Schifano *et al.*, 2006; Gérvas e Homar, 2007; Rizza, Bianco *et al.*, 2007; Saha, Solotaroff *et al.*, 2007; Cousineau, Stevens *et al.*, 2008).

Tais condições condições sensíveis ao cuidado ambulatorial são o objeto de estudo escolhido para este Projeto de Mestrado.

2.7 As internações evitáveis, internações preveníveis ou condições sensíveis ao cuidado ambulatorial

O conceito de internação evitável ou prevenível acaba sendo semelhante às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial, pois o que esses termos querem demonstrar é que se tratam de condições, nas quais a abordagem em atenção primária (ambulatorial) poderia manter uma compensação do quadro, além do fato de haver tratamento disponível, o qual pode ser aplicado com cuidado e qualidade oportunos, de modo que a pessoa não necessitasse de internação em nível hospitalar. Na literatura, os termos aparecem em vários estudos, sendo que a maioria dos estudos foi elaborada através de fontes de dados secundários. Dessa forma, alguns trabalhos denominam de hospitalizações preveníveis (Bindman, Grumbach *et al.*, 1995; Billings, Anderson *et al.*, 1996; Blustein, Hanson *et al.*, 1998; Culler, Parchman *et al.*, 1998; Rizza, Bianco *et al.*, 2007; Saha, Solotaroff *et al.*, 2007; Cousineau, Stevens *et al.*, 2008), outros consideram como hospitalizações por condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais (Caminal, Starfield *et al.*, 2001; Caminal, Mundet *et al.*, 2001; Bermúdez-Tamayo, Márquez-Calderón *et al.*, 2004; Caminal, Starfield *et al.*, 2004; Laditka e Laditka, 2006; Gérvas e Homar, 2007) ou como hospitalizações evitáveis (Weissman, Gatsonis *et al.*, 1992; Pappas, Hadden *et al.*, 1997; Pirani, Schifano *et al.*, 2006).

Dentre as doenças caracterizadas como “sensíveis ao cuidado ambulatorial”, podemos citar a asma e a insuficiência cardíaca congestiva. No entanto, mesmo patologias como as citadas, por exemplo, são condições para as quais o tratamento ambulatorial não pode evitar hospitalizações em todas as circunstâncias. Por outro lado, ao analisarmos as doenças passíveis de controle por imunizações, estas devem ser prevenidas em todos os casos, pois há

método efetivo para que as pessoas não desenvolvam a doença ou formas graves das mesmas (Weissman, Gatsonis *et al.*, 1992; Pappas, Hadden *et al.*, 1997). Da mesma forma, pessoas portadoras de diabetes mellitus, que receberam cuidados ambulatoriais adequados, não devem ser hospitalizadas por desenvolverem condições de elevada severidade da doença (Yuen, 2004).

Em sistemas de saúde planejados para atingirem sua plena efetividade a ocorrência de internações por essas condições deve atingir um percentual mínimo, pois se reconhece que quando os cuidados ambulatoriais são apropriados sob o aspecto clínico e propiciados no tempo correto podem ajudar a reduzir o risco de hospitalizações seja por prevenir o início da doença, ou condição ou por manejar uma doença crônica (Shi, Samuels *et al.*, 1999). Bindman e Billings definiram suas condições de “hospitalizações evitáveis”, neste Projeto chamadas de “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial” como doenças crônicas, das quais destacam asma, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, DPOC e diabetes (Bindman, Grumbach *et al.*, 1995; Billings, Anderson *et al.*, 1996).

A denominação e avaliações acerca das internações evitáveis, em questão, partiu de uma lista elaborada por uma comissão de especialistas sobre causas evitáveis de hospitalização (Weissman, Gatsonis *et al.*, 1992). Tal procedimento partiu do princípio que elevados números de hospitalizações evitáveis podem ser indicativos de problemas relacionados com a rede de atenção básica, seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos para o controle de doenças crônicas, dificuldades na oferta de recursos diagnósticos ou deficiências no manejo, no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência. Os autores, através de estudos baseados em dados secundários das internações hospitalares, fizeram pesquisas para avaliar a relação destas com a diferença de acesso, prevalência das doenças, propensão de busca por atendimento ou estilo de admissão hospitalar. Estudos posteriores (Bindman, Grumbach *et al.*, 1995) também avaliaram as ditas “hospitalizações evitáveis” através desta ótica, com pesquisa baseada em telefonemas para as residências de uma amostra da população da Califórnia.

Atualmente, o próprio Ministério da Saúde do Brasil elaborou e editou uma portaria para explicitar as consideradas “condições sensíveis à atenção primária”. Tal lista, presente no anexo da Portaria 221 de 17/04/2008, foi elaborada após consulta pública realizada no ano anterior de número 04 de 20/09/2007 e a idéia da elaboração de tal lista, contendo as doenças classificadas por grupo de causa e internações pelos códigos da CID-10, foi a aplicabilidade futura como instrumento na avaliação da atenção primária e/ou da utilização de atenção

hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

Embora a listagem já esteja disponível para estudos no Brasil, sendo referenciada pelos gestores e pesquisadores em suas discussões, existem ainda outras listagens que foram elaboradas para outras finalidades ou outros estudos também publicados, tais como o artigo de (Malta, Duarte *et al.*, 2007) publicado no final do ano passado e contendo uma listagem exemplificada de “causas de mortes evitáveis por internações no Sistema Único de Saúde do Brasil”. A listagem do referido artigo é maior que a do Ministério da Saúde, englobando outros grupos e outras condições que não foram consideradas para a listagem da Portaria MS 221/2007. Ainda entre os artigos recentes sobre condições sensíveis ao cuidado ambulatorial, foi realizado uma análise da série histórica em Pelotas, no sul do Brasil (Dias-Da-Costa, Borba *et al.*, 2008). Os dados deste estudo foram extraídos do DATASUS e encontrou como resultados principais a presença de maior quantidade de internações no sexo feminino, com tendência linear significativa, mostrando padrão de decréscimo desde 2000, com persistência de menor taxa padronizada de internações evitáveis em Pelotas em relação ao Rio Grande do Sul. Tal estudo também serviu como base de recente dissertação de Mestrado, na qual foram avaliados os municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul, com vistas na análise da gestão de saúde em três portes de municípios e em comparação com o Estado (Büttenbender, 2008), sendo o presente Projeto o terceiro da série de análises das condições sensíveis ao cuidado ambulatorial no Estado do Rio Grande do Sul, com finalidade de analisar as cidades sede de coordenadorias de saúde, as quais, por entendimento, são as cidades que deveriam possuir um padrão de atendimento em saúde que servisse de parâmetro para as cidades que compõe as coordenadorias que elas são sede.

3. Justificativa

A avaliação da efetividade da rede de atenção básica, no nível do atendimento primário é algo extremamente importante, não somente para a previsão e planejamento das políticas de saúde, mas também como condição para alcance da melhoria no atendimento da população usuária. O atendimento em rede básica de acesso é, em princípio, a primeira e mais disponível medida de prevenção disponível para a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil e também a ponte para o acesso aos níveis mais complexos de atenção.

O Ministério da Saúde já demonstrou em diversas ocasiões a sua intenção de privilegiar a atenção primária e todas as medidas de pesquisa para que esta seja efetiva e altamente estudada (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica., 2005). Em face deste perfil de gestão da saúde, várias pesquisas estão sendo feitas para que o entendimento dos determinantes do efetivo uso da atenção básica seja elucidado. Neste perfil de pesquisa, podem ser destacadas aquelas que abordam de maneira indireta os dados já presentes, inclusive aquelas que utilizam dados de prevalência de doenças ou internações (Facchini, 2006; Piccini, 2006).

A análise e o controle das condições sensíveis ao cuidado ambulatorial contribuem para a diminuição das internações hospitalares, levando à economia dos recursos disponíveis para a saúde, pois o custo do atendimento de alta complexidade é consideravelmente maior em relação à atenção primária. Além deste fato, o próprio Ministério da Saúde, na Portaria 221/2008 definiu uma listagem para ser utilizada frente às avaliações da atenção primária.

Pretende-se avaliar as cidades sede de coordenadorias de saúde no estado do Rio Grande do Sul, em relação às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial, para que se tente acompanhar a qualidade da atenção primária (Starfield, 2002), nestas regiões, no período de 1995 a 2007, considerando sua importância para a saúde coletiva e para a avaliação de políticas públicas.

4. Objetivos

4.1 Geral

Avaliar, através da taxa de hospitalizações por “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial”, a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde nos municípios sede de coordenadorias regionais de saúde, no estado do Rio Grande do Sul no período de 1995 a 2007.

4.2 Específicos

a) Determinar as taxas de hospitalizações por “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial” nos municípios sede de coordenadorias regionais de saúde, no Rio Grande do Sul, durante os anos de 1995 a 2007.

b) Comparar as taxas de hospitalizações por “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial” entre os municípios sede de coordenadorias regionais de saúde no RS com as taxas apresentadas pelo estado do Rio Grande do Sul.

c) Descrever, a partir dos coeficientes de correlação e curvas de tendência, o comportamento das hospitalizações por “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial” nas cidades sede de coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul, de 1995 a 2007.

5. Hipóteses

a) Há tendência de diminuição das taxas de internação por condições sensíveis ao cuidado ambulatorial nos anos mais recentes.

b) Há diferença entre os municípios sede de coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul, com tendência a maior taxa de condições sensíveis ao cuidado ambulatorial nos municípios menores.

c) Há tendência de redução das taxas de hospitalização por condições sensíveis ao cuidado ambulatorial com a progressão do tempo.

6. Metodologia

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo ecológico de análise temporal baseado em dados secundários.

6.2 Definição de “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial”

Os estudos utilizados como referência para este projeto contêm uma lista de doenças por demasiado grande para que fosse adotada na íntegra com vistas à coleta de dados. Em verdade, não só os estudos variam em relação ao tamanho da lista, como também na forma que as doenças foram coletadas.

A Portaria 221 do MS/SAS de 17/04/2008, que contém a listagem que é o parâmetro brasileiro para as doenças consideradas sensíveis à atenção primária, possui inúmeras doenças, englobando a saúde da mulher e da criança, além das doenças da medicina de família e comunidade. Observando a listagem brasileira, decidiu-se apanhar algumas doenças da medicina geral, as quais fariam parte deste estudo, com a finalidade de retratar as condições sensíveis ao cuidado ambulatorial, da maneira que está sendo proposta. Destaca-se que as doenças incluídas são importantes, não só pela evitabilidade, mas também pela prevalência e/ou possibilidade de controle pelo médico generalista atuante na atenção primária, seja ele do ESF ou não.

Serão consideradas como condições sensíveis ao cuidado ambulatorial:

- diabetes mellitus (DM): códigos serão 181 (CID-9) e E10-E14 (CID-10);
- insuficiência cardíaca (IC): códigos serão 428 (CID-9) e I50 (CID-10);
- hipertensão arterial sistêmica (HAS): códigos serão 401 (CID-9) e I10 e I11 (CID-10);
- doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): definida por bronquite crônica e bronquite não especificada, enfisema ou asma (490-493 na CID-9). Bronquite, enfisema, outras DPOC (J40-J43 na CID-10) e asma (J45 na CID-10);
- pneumonia: códigos serão 480-486 (CID-9) e J18(CID-10)
- doenças imunopreveníveis (DIP) (constituídas por poliomielite, difteria, tétano, coqueluche e sarampo): os códigos que se seguem - para coqueluche 033 (CID-9) e A37 (CID-10); para difteria 032 (CID-9) e A36 (CID-10); para tétano 037 (CID-9) e A35 (CID-10); para sarampo 055 (CID-9) e B05 (CID-10); para poliomielite 045 (CID-9) e A80 (CID-10).

Nota: no período de 1995 a 1997 os códigos no DATASUS se referem à Classificação Internacional de Doenças, 9ª Edição (CID-9). A partir do ano de 1998 os dados estão registrados utilizando a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10). A coleta no DATASUS obedecerá às nomenclaturas acima.

6.3 Fonte de dados

Os dados de internações hospitalares estão disponíveis no site do DATASUS (morbidade e informações epidemiológicas)/ Sistema de Informações Hospitalares, sendo que será possível obter informações sobre o número de internações segundo o local de residência, a faixa etária, o capítulo da CID-9 e CID-10 e o valor total pago pelas hospitalizações, desde o ano de 1995.

Os dados populacionais também estarão disponíveis no *site* do DATASUS, segundo faixa etária e sexo, desde 1979.

6.4 Coleta de dados

Os dados serão coletados do *site* do DATASUS no menu e características elencadas anteriormente. Serão extraídos os dados das planilhas eletrônicas do DATASUS e haverá a confecção de tabelas no programa Microsoft Excel de modo a ter-se a quantidade de internações por condição, separadas por cidade e os dados populacionais separados em outro formulário também do Microsoft Excel.

6.5 O critério de inclusão

Serão incluídos no estudo os casos das patologias definidas como condições sensíveis ao cuidado ambulatorial, quando acometerem indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos. O limite de idade foi escolhido, pois a partir desta faixa etária aumentar a prevalência e a incidência das doenças crônicas não degenerativas, incluindo a concomitância de patologias maior que a população em geral. Assim, essas doenças apresentam maior probabilidade de episódios de descompensação entre os indivíduos mais idosos, que não caracterizam condições sensíveis ao cuidado ambulatorial.

6.6 Indicadores que serão utilizados

a) taxa bruta das “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial” nas cidades sede de coordenadorias de regionais de saúde no RS, de 1995 a 2007 para as pessoas de 20 a 59 anos de ambos os sexos;

b) taxa padronizada (pela população do Rio Grande do Sul em 2000) das “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial” nas cidades sede de coordenadorias regionais de saúde no RS, de 1995 a 2007, para as pessoas de 20 a 59 anos de ambos os sexos;

c) Coeficiente de correlação entre os anos em estudo e as taxas padronizadas de hospitalização por “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial”.

d) Curvas de tendência para cada município em relação à progressão dos anos em estudo e as taxas padronizadas de hospitalização por “condições sensíveis ao cuidado ambulatorial”.

6.7 Análise dos dados

As taxas brutas de internações pelas condições sensíveis escolhidas serão construídas a partir dos dados de morbidade hospitalar e informações populacionais de cada município em planilhas produzidas no Microsoft Excel. As significâncias das taxas brutas de internações pelas condições sensíveis ao cuidado ambulatorial serão testadas através do teste de tendência linear do Programa Epi-Info (Rosenberg, 1997), para verificar a presença de tendência linear na ocorrência de internações em cada cidade.

As taxas de internações serão ajustadas por uma população padrão, através do método direto de padronização. A padronização será realizada tomando-se por base a população do censo do Rio Grande do Sul em 2000. Este procedimento tem a intenção de controlar e, conseqüentemente diminuir, a influência da distribuição etária nas comparações entre as populações de cada cidade.

As estimativas das taxas padronizadas serão estabelecidas a partir dos seus intervalos de confiança a 95% (Altman, Machin *et al.*, 2000), calculados em programa específico, sendo individualizados os intervalos de confiança para cada uma das cidades e taxas encontradas.

As taxas padronizadas de hospitalizações por condições sensíveis ao cuidado ambulatorial (CSCA) foram analisadas através de planilhas do Microsoft Excel e de gráficos gerados no próprio programa contendo as taxas padronizadas, juntamente com o teste de tendência linear do Programa Epi-Info para a significância dos dados.

Os dados foram divididos em municípios classificados neste estudo como grandes (acima de 115.000 habitantes), municípios médios (de 75.000 a 115.000 habitantes) e municípios pequenos (até 75.000 habitantes). A divisão e agrupamento das cidades nos referidos grupos teve como preceito a melhor visualização das características temporais das cidades sede de coordenadorias de saúde em relação às hospitalizações estudadas, assim como

o intuito de manter um ponto de corte que possibilitasse um equilíbrio entre os três grupos distintos.

Especificamente, no Microsoft Excel serão criados gráficos dos grupos de cidades (grandes, médias e pequenas) e serão analisadas os valores e as mudanças no tempo com uso de gráfico de dispersão concomitante entre os municípios que compõem os grupos citados acima. Haverá a criação de gráficos específicos para cada município, no qual constará a sua curva de dispersão, a curva de tendência, a equação da regressão para a curva de tendência e o coeficiente de determinação calculado, para que seja posteriormente calculado o coeficiente de correlação.

A tendência ao aumento ou queda da taxa de hospitalizações por CSCA com o transcorrer dos anos será avaliada com os gráficos acima, contendo a curva de tendência e considerando correlação fraca aquela que contiver coeficiente de correlação menor do que 0,3. Será considerada correlação moderada aquela que contiver coeficiente de correlação de 0,3 a 0,7. Por fim, será considerada correlação forte aquela em que o coeficiente de correlação for igual ou maior do que 0,7.

7. Questões éticas

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

8. Relação de materiais e orçamento

8.1 Material de consumo

Papel A4 (8000 folhas)	R\$	210,00
Tonner (2 unidades)	R\$	1230,00
PenDrive 8Gb	R\$	29,00
Lápis (8 unidades)	R\$	3,20
Apontador (4 unidades)	R\$	3,40
Borracha (8 unidades)	R\$	4,80
Envelopes A4 (700 unidades)	R\$	175,00
Impressos (500 unidades)	R\$	247,50
Etiquetas (1 caixa)	R\$	18,00
Pastas suspensas (50 unidades)	R\$	75,00

8.2 Equipamento e material permanente

1 computador Pentium IV DualCore 2.4 Ghz, 2GB, HD 120GB	Já disponível
Programa Epi-Info 6.02	Sem custo
Total	R\$ 1995,90

9. Cronograma

Meses 2008-09	Feb./ 2008	Mar./ 2008	Abr./ 2008	Mai./ 2008	Jun./ 2008	Jul./2008	Ago./ 2008	Set./2008	Out./ 2008	Nov./ 2008	Dez./ 2008	Jan./ 2009	Fev./ 2009	Mar./ 2009	Abr./ 2009	Mai./ 2009	Jun./ 2009
Etapas																	
Revisão de Literatura																	
Confecção do Projeto																	
Seminário Integralizador I V																	
Modificação após sugestões																	
Qualificação																	
Coleta de dados																	
Padronização e análise dos dados																	
Redação da dissertação																	
Defesa da dissertação																	

10. Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados às Coordenadorias Regionais de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e ao Conselho Estadual de Saúde.

Será realizada a produção de uma dissertação de mestrado.

Será realizado um artigo científico a ser enviado para uma revista ainda não definida.

11. Limitações

Um estudo que utilize como objeto informações de condições diagnósticas baseadas em dados do sistema de saúde (como por exemplo as co-morbidades e complicações) para estudar as doenças, pode apresentar problemas de detecção ocasionados pelo subregistro destas condições de saúde nos bancos de dados disponíveis para consulta. (Bittencourt, Camacho *et al.*, 2006).

Há também o fato de que a unidade de análise é a hospitalização em vez do indivíduo. Assim, múltiplas internações por um mesmo agravo podem levar a superestimativas do problema (Billings, Zeitel *et al.*, 1993; Shi, Samuels *et al.*, 1999; Yuen, 2004; Bittencourt, Camacho *et al.*, 2006). O excesso de internações de uma mesma pessoa, a qual não pode ser individualizada neste estudo, tende a ser mais relacionada com a qualidade dos serviços de saúde do que com características pessoais, sendo a não internação um papel da atenção primária, levando a um viés não controlável neste delineamento.

Aspectos importantes na determinação das internações hospitalares tais como condições socioeconômicas os quais já foram citados e demonstrados por estudos anteriores (Caper, 1993; Bindman, Grumbach *et al.*, 1995; Billings, Anderson *et al.*, 1996; Dias Da Costa, Victora *et al.*, 1996; Pappas, Hadden *et al.*, 1997), ou a cor da pele que também foi apresentada como fator conjunto para diferenças de acesso à internação hospitalar (Dias Da Costa, Victora *et al.*, 1996; Pappas, Hadden *et al.*, 1997; Yuen, 2004), o local de residência (urbana ou rural) (Pappas, Hadden *et al.*, 1997; Yuen, 2004), a existência de fonte regular para consulta ambulatorial (Bindman, Grumbach *et al.*, 1995; Shi, Samuels *et al.*, 1999), a presença de companheiro (Billings, Zeitel *et al.*, 1993; Yuen, 2004) e estado de saúde (Shi, Samuels *et al.*, 1999; Yuen, 2004) também já estudados como relacionados às internações por condições sensíveis ao cuidado ambulatorial não poderão ser analisados diretamente com este delineamento.

Ainda, outra limitação que poderia ser destacada é a presença de internações “não evitáveis” pelas doenças em estudo, conforme citado anteriormente na revisão de literatura. Estaremos trabalhando com doenças consideradas sensíveis ao cuidado primário, o que não extingue a possibilidade de em “alguns casos” críticos as condições em questão levam a uma internação, visto que o CID e diagnóstico nosológico é apenas um porção limitada de toda a situação que é vivida pelas pessoas.

14. Referências

- Altman, D., D. Machin, *et al.* Statistics with confidence BMJ Books. 2000
- Andrade, S., D. Soares, *et al.* Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL 2001
- Bermúdez-Tamayo, C., S. Márquez-Calderón, *et al.* Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. Aten Primaria, v.33, n.6, p.305-311. 2004.
- Bertoldi, A., A. Barros, *et al.* Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. Health Policy. 2008.
- Billings, J., G. Anderson, *et al.* Recent Findings on Preventable Hospitalizations. Health Affairs, v.15, n.3, p.239-249. 1996.
- Billings, J., L. Zeitel, *et al.* Impact of Socioeconomic Status On Hospital Use In New York City. Health Affairs, v.12, p.162-173. 1993.
- Bindman, A., K. Grumbach, *et al.* Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. JAMA, v.274, n.4, p.305-311. 1995.
- Bittencourt, S., L. Camacho, *et al.* O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad Saúde Públ v.22, n.1, p.19-30. 2006.
- Black, N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ, v.312, p.1215-1218. 1996.
- Blustein, J., K. Hanson, *et al.* Preventable Hospitalizations and Socioeconomic Status. Health Affairs, v.17, n.2, p.177-189. 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS Brasília:MS 2005.
- Brook, R., J. Caren, *et al.* Health System Reform and Quality. JAMA, v.276, n.6, p.476-480. 1996.
- Büttenbender, D. Internações evitáveis por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema no estado do Rio Grande do Sul [Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS, 2008.
- Caminal, H., E. Morales, *et al.* Hospitalizations preventable by timely and effective primary health care. Aten Primaria, v.31, n.1, p.6-14; discussion 16-17. 2003.

- Caminal, H., B. Starfield, *et al.* Primary health care and hospitalizations in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. Rev Clin Esp, v.201, n.9, p.501-507. 2001.
- Caminal, J., X. Mundet, *et al.* Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain. Gac Sanit, v.15, n.2, p.128-141. 2001.
- Caminal, J., B. Starfield, *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health, v.14, n.3, p.246-251. 2004.
- Campbell, S., M. Roland, *et al.* Defining quality of care. Soc Sci Med v.51, p.1611-1625. 2000.
- Caper, P. The Microanatomy of Health Care. Health Affairs, v.12, n.1, p.174-177. 1993.
- Castiel, L. Inefetividade e Ineficiência: Reflexões sobre a Epidemiologia e os Serviços de Saúde de um Estado de Mal Estar Social. Cad Saúde Públ v.61, n.1, p.27-39. 1990.
- Castro, M., C. Travassos, *et al.* Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva, v.7, n.4, p.795-811. 2002.
- Correa-Velez, I., Z. Ansari, *et al.* A six-year descriptive analysis of hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among people born in refugee-source countries. Popul Health Metr, v.3, p.5-9. 2007.
- Costa, N. e L. Pinto. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n.4, 11/05/2002, p.907-923. 2002.
- Cousineau, M., G. Stevens, *et al.* Preventable hospitalizations among children in California counties after child health insurance expansion initiatives. Med Care, v.46, n.2, p.142-147. 2008.
- Culler, S., M. Parchman, *et al.* Factors Related to Potentially Preventable Hospitalizations Among the Elderly. Med Care, v.36, n.6, p.804-817. 1998.
- Dias-Da-Costa, J. S., L. G. D. Borba, *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública, v.24, n.7, p.1699-1707. 2008.
- Dias Da Costa, J., C. Victora, *et al.* Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. Cad Saúde Públ, v.12, n.Sup. 2, p.59-66. 1996.
- Donabedian, A. Aspects of medical care administration. In: (Ed.). The assessment of need. Boston: Harvard University Press, 1973. Aspects of medical care administration, p.58-77
- Facchini, L. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.3. 2006.
- Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Matern Infant v.4, n.3, p.317-321. 2004.

_____. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.3, p.553-563. 2006.

Gérvas, J. e J. Homar. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. Rev Esp Salud Publica, v.81, n.1, p.7-13. 2007.

Hart, J. The inverse care law. Lancet, p.405-412. 1971.

_____. Three decades of the inverse care law. BMJ, v.320, n.7226, p.15. 2000.

Hartz, M. Insitucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Cienc Saúde Coletiva v.7, p.419-421. 2002.

Harzhein, E., B. Duncan, *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res, v.6, n.156. 2006.

Laditka, J. e S. Laditka. Race, ethnicity and hospitalization for six chronic ambulatory care sensitive conditions in the USA. Ethn Health, v.11, n.3, p.247-263. 2006.

Malta, D. C., E. C. Duarte, *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, v.16, n.4, p.233-244. 2007.

Ministériodasaúde. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS). Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Diário Oficial da União (DOU). Sec 1, 139 (20E): 23-31 p.

Pappas, G., W. C. Hadden, *et al.* Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequalities in Rates between US Socioeconomic Groups. American Journal of Public Health, v.87, n.5, p.811-816. 1997.

Penna, M. Reflexões sobre a epidemiologia atual. Physys, v.7, n.10, p.109-121. 1997.

Piccini, R. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.3, p.657-667. 2006.

Pirani, M., P. Schifano, *et al.* Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. Epidemiol Prey, v.30, n.3, p.169-177. 2006.

Rizza, P., A. Bianco, *et al.* Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. BMC Health Serv Res, v.7, p.134. 2007.

Rosenberg, D. Trend Analysis and Interpretation. Key Concepts and Methods for Maternal and Child Health Professionals. Maryland: Division of Science, Education and Analysis Maternal and Child Health Information Center
1997.

Saha, S., R. Solotaroff, *et al.* Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. Med Care, v.45, n.8, p.712-719. 2007.

Santos, I. e C. Victora. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cad. Saúde Pública, v.20, n.Sup. 2, p.337-341. 2004.

Sawyer, D., I. Leite, *et al.* Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva, v.71, n.4, p.757-776. 2002.

Scochi, M. J., S. S. Marcon, *et al.* Capacitação das equipes focais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. Cad. Saúde Pública, v.24, n.Sup 1, p.183-192. 2008.

Shi, L., M. Samuels, *et al.* Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. Southern Medical Journal, v.92, n.10, p.989-998. 1999.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, DIFID, Ministério da Saúde. 2002

Travassos, C. e H. M. D. Novaes. Investigação e avaliação em serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, v.20, n.Sup. 2, p.144-145. 2004.

Weissman, J. S., C. Gatsonis, *et al.* Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. Jama, v.268, n.17, Nov 4, p.2388-94. 1992.

Winter, E. Material resources are not enough: good management is the key to effectiveness. World Health Forum 17: 49-51 p. 1996.

Yuen, E. Severity of Illness and Ambulatory Care-Sensitive Conditions. Med Care Research and Review v.61, n.3, p.376-391. 2004.

ARTIGO CIENTÍFICO

Este Artigo Científico será submetido posteriormente à revista Cadernos de Saúde Pública.