UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

LEONARDO FERREIRA FONTENELLE

**Estratégia Saúde da Família e Interações por Condições Sensíveis à Atenção
Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura**

RIBEIRÃO PRETO
2011

Leonardo Ferreira Fontenelle

**Estratégia Saúde da Família e Interações por Condições Sensíveis à
Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura**

Dissertação apresentada ao Departamento de
Medicina Social da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto – FMRP/USP para
obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Aldaisa Cassanho
Forster

Ribeirão Preto
2011

Liberdade concedida para compartilhar este documento, ou seja, copiá-lo, distribuí-lo e transmiti-lo, desde que respeitando as seguintes restrições:

- **Atribuição** — Você deve creditar a obra da forma especificada pelo autor ou licenciante (mas não de maneira que sugira que estes concedem qualquer aval a você ou ao seu uso da obra).
- **Uso não-comercial** — Você não pode usar esta obra para fins comerciais.
- **Vedada a criação de obras derivadas** — Você não pode alterar, transformar ou criar em cima desta obra.
- Para qualquer reutilização ou distribuição, você deve deixar claro a terceiros os termos da licença a que se encontra submetida esta obra.

Para mais informações sobre a licença sob a qual este documento é distribuído, consulte o endereço <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/br/>

Ficha catalográfica

Fontenelle, Leonardo Ferreira.

Estratégia Saúde da Família e Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura / Leonardo Ferreira Fontenelle; orientadora: Aldaisa Cassanho Forster. — Ribeirão Preto, 2011.

44 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade.) — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Serviços de Saúde Comunitária. 4. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 5. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde). 6. Hospitalização. I. Título.

Folha de aprovação

Leonardo Ferreira Fontenelle

Estratégia Saúde da Família e Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr^a Aldaisa Cassanho Forster

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr^a Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Dedicatória

Esse trabalho é dedicado a todos aqueles que empregam suas vidas na construção de um mundo melhor, em especial no que diz respeito à saúde das outras pessoas.

RESUMO

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura**. 2011. 44 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

OBJETIVO: Verificar se a adoção da estratégia Saúde da Família (ESF; antigo Programa Saúde da Família, PSF) está ou não associada a menores taxas, chances ou risco de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), quando comparada à atenção básica tradicional. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo de revisão sistemática da literatura científica, usando os termos 'saúde da família' e ('programa' ou 'estratégia') e ('internações sensíveis' ou 'condições sensíveis'), bem como seus correspondentes em inglês. A busca não foi limitada por ano de publicação, mas abrangeu apenas pesquisas originais que tenham testado a associação entre o modelo de atenção básica e as internações por CSAP na população geral. As fontes de dados utilizadas foram os índices MEDLINE, LILACS e IBECs, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do PubMed. A qualidade metodológica não foi usada como critério de exclusão, mas sim para explorar as eventuais divergências dos resultados. O instrumento de avaliação foi uma lista com 10 itens a serem verificados, proposta por Downs & Black e adaptada por Nedel et al. **RESULTADOS:** Foram localizadas 82 citações únicas, das quais apenas 4 atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos tinham variadas abordagens metodológicas, mas todos encontraram alguma associação inversa entre a ESF e as internações por CSAP. Essa associação variou de acordo com a faixa etária, o sexo, o grupo de CSAP, e o tamanho do município. **DISCUSSÃO:** A Saúde da Família se mostrou associada a um menor número de internações por CSAP, especialmente no sexo feminino, nos idosos, e para as condições cardiovasculares, as condições respiratórias e o diabetes mellitus. Sugere-se a necessidade de que as análises sejam conduzidas separadamente para cada combinação de sexo, faixa etária e CSAP, e que o controle ou não da análise por aspectos de qualidade da atenção básica seja explicitamente decidido com base num marco conceitual.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Serviços de Saúde Comunitária; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Hospitalização.

ABSTRACT

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Family Health Strategy and Hospitalizations by Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC): systematic review of the literature.** 2011. 44 f. Dissertation (Master) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

OBJECTIVE: To verify if the adoption of the Family Health strategy (ESF; formerly named Family Health Program, PSF) is associated with lower rates, odds or risk of hospitalization by ambulatory care sensitive conditions (ACSC), compared to the traditional Brazilian primary health care (PHC) model. **MATERIALS & METHODS:** A systematic review of the scientific literature using the terms ('family health program' or 'familial health strategy') and ('sensitive conditions' or 'sensitive hospitalizations'), as well as the corresponding terms in Portuguese. There was no publication date limit, but the search was restricted to original research testing whether there is an association between the PHC model and hospitalizations by ACSC in the general population. The data sources included MEDLINE, LILACS and IBECs, through PubMed and Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). The methodological quality was not used as an exclusion criterion, but to explore eventual divergences in the results. The assessment instrument was a checklist with 10 items, proposed by Downs & Black and adapted by Nedel et al. **RESULTS:** 82 unique citations were found, but only 4 of them matched the inclusion criteria. The studies have variable methodological approaches, but all of them found some association between ESF and hospitalizations by ACSC. This association changed with age, sex, ACSC group, and municipality size. **DISCUSSION:** Family Health was associated with less hospitalizations by ACSC, specially in the female sex, in the elderly, and for cardiovascular conditions, respiratory conditions and diabetes mellitus. It may be necessary to run the analysis separately for each combination of age group, sex and ACSC group. Controlling or not the analysis for PHC quality should be explicitly decided on basis of a conceptual framework.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health; Community Health Services; Program Evaluation; Outcome Assessment (Health Care); Hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária à saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBICS	Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
IC 95%	Intervalo de confiança de 95%
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLARS) Online
NOB/96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/1996
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RC	Razão de chances (em inglês: “odds ratio”)
RP	Razão de probabilidades
RR	Risco relativo
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

LISTA DE SÍMBOLOS

p	Valor de probabilidade (p-valor)
β	Coefficiente de regressão
σ	Desvio-padrão
σ_p	Desvio-padrão robusto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO.....	20
3 METODOLOGIA.....	21
4 RESULTADOS.....	24
5 DISCUSSÃO.....	29
6 CONCLUSÕES.....	35
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) em 6 a 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, URSS (hoje Almaty, Cazaquistão), resultou na notória Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978), onde entre outras coisas se lê:

Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

A Declaração prossegue definindo o que venham a ser cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Nos anos seguintes o marco da Declaração de Alma-Ata foi interpretado de formas muito diferentes pelas autoridades de vários países, sendo resumidas por Vuori (1984) como:

- Um elenco finito de atividades, voltadas às principais necessidades da população (atenção primária seletiva), principalmente em saúde materno-infantil e moléstias infectocontagiosas;
- Um nível de atenção, consistindo em médicos gerais no papel de porta de entrada para o sistema de saúde;

- Uma estratégia de organização do sistema de saúde, envolvendo acessibilidade, adequação às necessidades, integração entre os componentes do sistema, participação da comunidade, economia e colaboração intersetorial; e finalmente
- Uma filosofia, envolvendo a equidade, a responsabilização pela própria saúde, a solidariedade internacional e a aceitação do conceito mais amplo de saúde.

O termo “atenção primária à saúde” (APS) é sinônimo de “cuidados primários de saúde”, sendo que o primeiro é mais empregado no Brasil, e o segundo, em Portugal. Outro termo, usado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é “atenção básica”. À primeira vista, poderíamos acreditar tratar-se de uma forma seletiva de APS, mas a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007) define a atenção básica de forma muito semelhante à definição de APS da OMS:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

De fato, “atenção básica” é sinônimo de “atenção primária à saúde” no âmbito do SUS, tendo o primeiro termo sido criado para “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora deste nível de atenção” (BRASIL, 2003).

Tradicionalmente, a atenção básica brasileira foi desempenhada em unidades básicas de saúde, através de médicos pediatras, ginecologistas e clínicos apoiados por uma equipe de enfermagem e pessoal administrativo. A década de 90 viu surgir um novo modelo de atenção básica, a estratégia Saúde da Família, com uma configuração diferente da equipe de saúde e com um processo de trabalho peculiar. A estratégia, descrita na seção a seguir, tem sido adotada numa escala cada vez maior, chegando mesmo a substituir o modelo “tradicional” de atenção básica, donde a relevância de se fazerem estudos comparativos entre os modelos.

2. SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), as primeiras experiências brasileiras com o agente comunitário de saúde (ACS) ocorreram antes de 1991, em cidades do Paraná e do Mato Grosso do Sul, bem como o estado do Ceará. Atualmente a profissão de ACS é regulamentada regulamentados pela Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006), que estabelece que os ACS promovem saúde e previnem doenças através de orientações e outras intervenções a nível individual, familiar e comunitário. O ACS não precisa de formação específica prévia, mas precisa residir na área em que trabalha. Quando o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado, em 1991, os ACS estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (BRASIL, 2007b). Essa realidade foi gradualmente sendo alterada, e hoje os ACS fazem parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), coordenado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e cabe ao município a sua contratação (BRASIL, 2007).

Em 1993, o Ministério da Saúde realizou uma reunião em resposta a uma demanda de gestores municipais de apoio financeiro para expandir o PACS através da incorporação de mais profissionais de nível superior (o enfermeiro já fazia parte). Dessa reunião surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), com base no PACS, no Programa Médico de Família, de Niterói, e no Programa Metropolitano de Saúde, de São Paulo (VIANA & DAL POZ, 2005). O PSF foi efetivamente criado em 1994, ainda vinculado à FUNASA, mas no ano seguinte o PSF passou a ser coordenado pela SAS, e em 1996 foram criados procedimentos referentes ao PSF no Sistema de Informação Ambulatorial, para fins de repasses financeiros. (BRASIL, 2005)

A transferência da FUNASA para a SAS marcou um momento em que o PSF começou a reestruturar a atenção básica no país, já que a consulta médica em PSF era melhor remunerada que a convencional, e a implementação do PSF servia de critério para aumentar o teto dos repasses financeiros aos estados (VIANA & DAL POZ, 2005). Após a transferência para a SAS, o primeiro livro do MS sobre o PSF já trazia um nome sugestivo: “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1997). Nesse documento, o objetivo geral do PSF é definido como:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

O documento prossegue elencando as diretrizes do PSF, entre elas o caráter substitutivo em relação à atenção básica tradicional. A equipe de Saúde da Família deve ser composta por um médico “de família ou generalista”, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Algumas das características do processo de trabalho dessas equipes são o cadastramento dos pacientes; a definição do território sob sua responsabilidade; a realização do diagnóstico situacional; o planejamento local das ações em saúde; e a abordagem multiprofissional.

Nada impede as unidades básicas de saúde tradicionais de adotarem um processo de trabalho semelhante ao da Saúde da Família. Na prática, contudo, a presença do ACS nas equipes de Saúde da Família facilitou em muito a adesão da clientela, e a exigência de que os profissionais do PSF trabalhem 40 horas semanais (contra as 20 usuais do modelo tradicional) facilitou a abordagem multidisciplinar, e potencializou a adesão da clientela no sentido de propiciar o diagnóstico situacional e o planejamento local.

Inicialmente o PSF foi implementado no “Mapa da Fome”, uma área demarcada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em uma publicação de 1993 que analisou indicadores de fome e pobreza (PELIANO, 1993). A expansão do PSF para outras partes do Brasil começou em 1995, sendo muito acelerada com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/1996 (NOB/96). Essa portaria definiu incentivos financeiros substanciais para a implementação tanto do PSF quanto do PACS, além de passar a calcular os repasses em função da população atendida, e não do número de procedimentos, como era feito até então. Nos anos seguintes, a expansão do PSF seria incrementada ainda pelo ReforSUS e pelo Programa Comunidade Solidária. (VIANA & DAL POZ, 2005; BRASIL, 1996)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006 como parte dos Pactos pela Saúde, estabelece que a atenção básica “tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização.” Nesse documento, o Ministério da Saúde já se refere à saúde da família como estratégia, e não programa; o termo “PSF” só aparece na portaria que aprovou a PNAB e uma vez no corpo da PNAB, ao se referir a uma portaria anterior. Mantendo a essência das portarias anteriores, a PNAB avançou ao definir limites mais generosos para o número de equipes de saúde da família, em relação ao tamanho da população, para fins de repasses financeiros, além de regulamentar a inserção da atenção básica nos Pactos pela Saúde, com seus blocos de financiamento e a pactuação entre gestores de metas a serem atingidas (BRASIL, 2007).

Starfield (2002, p. 33) disse que “Em muitas partes do mundo, os benefícios da atenção primária foram adotados pela fé. [...] Foi apenas recentemente, entretanto, que evidências empíricas dos benefícios da atenção primária foram procuradas e encontradas.” Podemos dizer o mesmo da Saúde da Família. Se no início o bom-senso e relatos de caso convenceram os gestores a promover sua expansão, hoje em dia começamos a dispor de estudos científicos adequados sobre a efetividade da Saúde da Família em comparação ao modelo tradicional de APS.

A importância da Saúde da Família no SUS foi reconhecida inclusive pela Organização Mundial da Saúde (2008), que em seu Relatório da Saúde Mundial destacou a estratégia como uma forma de alterar o equilíbrio entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada e hospitalar. O Relatório citou o trabalho de Macinko et al. (2007), que comprovou a redução da mortalidade infantil brasileira como uma consequência da expansão do PSF no Brasil, trabalho esse que por sua vez corroborou as conclusões de Aquino (2006).

Em 2008 foi publicado ainda um volume de estudos ecológicos descritivos sugerindo que a Saúde da Família teria contribuído para a melhoria de vários indicadores de saúde. Dois dos indicadores sobre o qual a Saúde da Família teria impacto foram as taxas de internação por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva, ambas na faixa etária de 40 anos de idade ou mais, indicando um melhor controle de hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2008). A melhora ainda foi mais acentuada nos municípios com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), reforçando a hipótese de que a estratégia Saúde da Família (ESF) colabore no sentido de promover a equidade em saúde.

3. CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações.” São denominadas ainda de “Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial”, do inglês “Ambulatory Care Sensitive Conditions”. (ALFRADIQUE et al., 2009)

O conceito foi desenvolvido nos Estados Unidos da América no final do século XX, em estudos que encontraram variações das taxas de internação de condições consideradas preveníveis de acordo com a cobertura por plano de saúde particular/empresarial, Medicare ou

nenhum (BILLINGS & TEICHOLZ, 1990; BILLINGS et al., 1993; BILLINGS, ANDERSON & NEWMAN, 1993; WEISSMAN, GATSONIS & EPSTEIN, 1992; BERMUDEZ & BAKER, 2005). Solberg et al. (1990) foram pioneiros no uso de internações hospitalares como evento sentinela para auditoria da atenção ambulatorial, através da revisão de prontuários em busca de problemas da atenção ambulatorial que possam ter levado à hospitalização. Posteriormente, como relatam Nedel et al. (2008), as internações por CSAP passaram a ser usadas em países de cobertura universal como indicador de efetividade da APS.

O marco conceitual do indicador foi criado na Espanha por Caminal Homar & Casanova Matutano (2003) e adaptado no Brasil por Alfradique et al. (2009), descrevendo as diferentes vias pelas quais uma pessoa pode ter acesso aos diferentes componentes do sistema de saúde, respeitando ou não o papel de “primeiro contato” da APS.

A lista brasileira das CSAP foi elaborada por Alfradique et al. (2009) a partir de uma revisão de literatura, seguida por uma oficina em que as condições foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

“(1) existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; (2) ser uma condição de fácil diagnóstico; (3) ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); (4) ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; (5) haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros.”

Depois de consolidada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a lista foi submetida a uma consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a uma consulta pública, sendo enfim publicada na forma da Portaria SAS nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008b).

Diversos estudos corroboram a tese de que as taxas de internações por CSAP são influenciadas por características da APS. Gill & Mainous III (1998), por exemplo, chegaram à conclusão de que pessoas consultando principalmente um mesmo médico, enfermeiro ou assistente de médico tinham menores chances de internações por qualquer condição (RC 0,56, IC 95% 0,46 a 0,69), bem como por CSAP crônicas (RC 0,54, IC 95% 0,34 a 0,88), mas não por CSAP agudas (RC 0,80, CI 95% 0,48 a 1,34). O estudo anterior foi feito com menores de 65 anos, mas Menec et al. (2006) obtiveram resultados parecidos para pessoas com 67 ou mais anos de vida: aquelas que fizeram três quartos ou mais de suas consultas a médicos de família com o mesmo médico de família tiveram menores chances de serem internadas por uma CSAP

(RC 0,67, IC 95% 0,51 a 0,90). Booth & Hux (2003) estudaram apenas internações de diabéticos por hiper ou hipoglicemia, e também encontraram um efeito protetor nesse tipo de continuidade (RC 0,94, IC 95% 0,91 a 0,98), bem como na frequência das consultas (RC 0,99, IC 95% 0,99 a 0,99, para cada consulta adicional).

Steiner et al. (2003) não encontraram relação entre o uso regular da APS e as chances de internação por CSAP entre crianças. Os autores admitem, no entanto, que precisariam de uma amostra mais de 40 vezes maior para alcançar um poder estatístico adequado. Além disso, algumas internações consideradas não preveníveis pela APS pelos autores foram incluídas na lista brasileira de CSAP, como bronquiolite e infecção urinária.

Caminal Homar et al. (2001) encontraram um menor risco de internações por CSAP em cidades que mantêm suas unidades básicas de saúde (“centros de salud”) funcionando apenas no horário de rotina (RR 0,86, IC 95% 0,83 a 0,88), em comparação às cidades que deixam suas unidades de saúde abertas 24 horas por dia.

Eun et al. (2006) encontraram, entre pacientes internados portadores de incapacidades, mais internações por CSAP (IC 95% 1,16 a 1,77 vezes) e menos consulta por paciente (IC 95% 0,78 a 0,97 vezes). Estudando individualmente 9 CSAP, na maioria delas tanto a presença e gravidade da incapacidade quanto a falta de uma consulta médica recente foram fatores associados à internação, mas a falta de consulta médica teve uma associação ainda mais forte, mesmo após ajustar os resultados para características sociodemográficas dos pacientes.

A oferta de médicos de APS também influencia o risco (ou chance) de internação por CSAP — pelo menos entre adultos e idosos. Rizza et al. (2007) estudaram adultos e idosos internados num hospital do sul da Itália, e encontraram uma razão de chances de 2,25 (IC 95% de 1,6 a 3,13) para internação por CSAP em pessoas morando em áreas com menor oferta de médicos de família; os pontos de corte entre as três categorias foi de 0,8 e 1,0 médicos por 1000 habitantes. Parchman & Culler (1994) estudaram nos Estados Unidos da América (EUA) beneficiários do Medicare (maiores de 65 anos, incapacitados e/ou com outros critérios) com saúde autoavaliada como “média” ou “ruim”, e observaram maiores chances de internação por CSAP em áreas consideradas pelo governo como carentes de profissionais de APS (RC 1,70; IC 95% de 1,09 a 2,65).

Na verdade, a relação entre a oferta de médicos e as internações por CSAP é controversa. Vários estudos, cada um com suas peculiaridades metodológicas, chegaram a conclusões variadas. Pode ser interessante, então, prestar atenção especial aos dois seguintes estudos, pois estes tomaram o cuidado de fazer uma análise hierarquizada (incluindo tanto variáveis individuais quanto coletivas), e de separar a oferta de médicos de APS da oferta de outros especialistas. Novamente, nenhum destes estudos abordou as internações pediátricas.

Basu, Friedman & Burstin (2002) observaram uma relação impressionante entre a oferta de médicos de APS e as internações por CSAP em adultos do estado de Nova Iorque (EUA): um aumento de 1 médico por 1000 habitantes estava associado a 80% menos chances de internação por uma CSAP (RC 0,20; IC 95% de 0,07 a 0,57). Uma maior oferta de médicos especialistas, por outro lado, esteve associada a maiores chances de internação por CSAP (RC 1,41; IC 95% de 1,11 a 1,80). Nesse estudo, havia em média cerca de 1,33 especialista para cada 1000 habitantes, e 0,5 médico de APS para cada 1000 habitantes. Por fim, Laditka (2004) observou que os beneficiários do Medicare tinham menor risco de internação por CSAP (RR 0,43; IC 95% 0,21 a 0,86) se morassem em uma região metropolitana com 0,48 a 0,52 médico de APS por 1000 habitantes, quando comparados aos moradores de regiões metropolitanas com uma menor oferta. Nas regiões com oferta de médicos de APS superior àquela faixa, o risco de internação por CSAP não foi diferente daquele observado nas regiões com oferta inferior à mesma faixa. De acordo com o autor, essa curva em U corrobora a existência de uma demanda induzida pela oferta. As razões para essa curva em U seriam (1) a não restrição desses médicos ao papel de primeiro contato; (2) incentivos financeiros para a internação hospitalar; e (3) conflitos de interesse. Em ambos estudos os pediatras foram excluídos da contagem de médicos de APS, por não atenderem à população estudada.

Kronman et al. (2008), estudando os óbitos de beneficiários do Medicare com 66 anos de idade ou mais, observaram, nos 6 meses anteriores à morte, menores taxas de internação por insuficiência cardíaca congestiva (RC 0,82) e doença pulmonar obstrutiva crônica (RC 0,81) entre os que tiveram mais consultas médicas de atenção primária nos 12 meses anteriores. Além disso, um maior número de consultas a médicos de atenção primária estava associado a menos dias de hospitalização, menor custo, e menos falecimentos em hospital.

Também existem estudos dando suporte à tese de que o modelo do sistema de saúde, e em especial o modelo da atenção primária à saúde, está associado às taxas de internação por CSAP. Bermúdez-Tamayo et al. (2004) estudaram seis CSAP e descobriram que o modelo de

APS “reconvertido” (em vez do tradicional) estava associado a menos internações por angina em mulheres (RR 0,49) e por insuficiência cardíaca em homens (RR 0,30), enquanto a assistência à saúde em centros de saúde (em vez de consultórios) esteve associada a menos internações por insuficiência cardíaca em mulheres (RR 0,67), por pneumonia em homens (RR 0,66), por infecções urinárias em homens (RR 0,58) e mulheres (RR 0,62), e por qualquer das seis CSAP em homens (RR 0,86) e mulheres (RR 0,68). Um estudo anterior realizado com os mesmos dados não tinha encontrado relação entre o modelo de APS e as internações por CSAP, assim como outros estudos prévios na Espanha. Os autores atribuem essa discrepância ao fato de terem repetido a análise para cada CSAP, ao invés de fazer a análise para o conjunto de todas as CSAP.

Nos EUA, a atenção gerenciada (“managed care”) parece estar associada a menores taxas de internações por CSAP. Bindman et al. (2005) estudaram os beneficiários do Medicaid (com baixa renda), e observaram taxas ajustadas mensais menores entre os usuários voluntários (-43,9%; $p < 0,001$) e obrigatórios (-31,6%; $p < 0,001$) da atenção gerenciada, em comparação à remuneração por procedimentos. A diferença de internações por CSAP no Medicaid foi ainda maior para as etnias não brancas ($p < 0,0001$ para todas as comparações, exceto para asiáticos com atenção gerenciada voluntária). Zeng et al. (2006) fizeram o mesmo para os idosos beneficiários do Medicare e concluíram que, se todos os pacientes do modelo de pagamento por procedimento mudassem para o o modelo de atenção gerenciada, a taxa de internação por CSAP desses pacientes diminuiria 13,6% (de 51,2 a 44,2 internações por 1000 pacientes por ano; $p < 0,05$; $\beta = -0,07$, $\sigma = 0,03$), e entre os pacientes com ao menos uma internação por ano o número de dias de internação diminuiria 32,3% (de 7,5 para 5,1 dias por ano, $p < 0,05$; $\beta = -0,39$, $\sigma = 0,06$).

No Brasil, existem evidências conflituosas sobre a associação entre o modelo de atenção básica e as internações por CSAP. Veloso & Araújo (2009) observaram uma queda na proporção das internações por CSAP em municípios de pequeno porte de Minas Gerais, no período de 1999 a 2007, concomitante a uma expansão da cobertura Saúde da Família. Da mesma forma, Dias-da-Costa et al. (2010) estudaram as internações por CSAP no período de 1995 a 2005, nos municípios do Rio Grande do Sul que aderiram à gestão plena do sistema de saúde, e observaram uma elevação até 1999, com subsequente diminuição a partir de 2001. Nas palavras dos autores, a expansão da Saúde da Família “certamente pode ter contribuído na qualificação da atenção básica percebida pela diminuição nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária.”

Por outro lado, Henrique & Calvo (2008) observaram que no período de 2001 a 2004 os municípios de Santa Catarina mantiveram as mesmas taxas de internação por CSAP, apesar da expansão da Saúde da Família. Em 2004 78,4% dos municípios tinham uma cobertura por Saúde da Família considerada alta (maior que 70%), mas 81,6% tinham fracos “indícios de mudança no modelo assistencial”, um indicador composto pelos autores a partir de: taxa de visitas domiciliares (em relação ao número de consultas médicas); taxa de exames de patologia clínica (idem); taxa de encaminhamento a especialistas (idem); e taxa de consultas de enfermagem (idem).

Em suma, a minirrevisão narrativa desta introdução trouxe à tona evidências de que várias características da APS podem estar associadas com as internações por CSAP. Em especial, o modelo de APS parece estar associado às taxas de internação por CSAP, mas não é possível extrapolar diretamente para o Brasil, levando em consideração as peculiaridades de cada sistema nacional de saúde (inclusive sua ausência, nos EUA). Mais ainda, os estudos descritivos realizados no Brasil apresentam resultados discrepantes, tornando ainda mais importante a busca por estudos analíticos.

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

O Ministério da Saúde define a estratégia Saúde da Família como o modelo preferencial para a atenção primária à saúde (APS) no país (BRASIL, 2007). Por isso, é importante saber se essa preferência se traduz efetivamente em benefício à saúde da população.

Apesar do modelo de APS estar associado às internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) na Espanha e nos Estados Unidos da América, ainda não está claro se essa associação se mantém no Brasil.

Dessa forma, o objetivo desta dissertação é verificar se a adoção da estratégia Saúde da Família pelos municípios está ou não associada a menores taxas, chances ou risco de internação por CSAP, quando comparada à atenção básica tradicional.

3 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática nos índices MEDLINE, LILACS e IBECs, através do PubMed e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Levando em consideração a forma como os artigos já citados tinham sido indexados, optou-se por não usar unitermos, e sim pesquisar por texto livre. As expressões de busca, respectivamente em português e em inglês, foram:

- “saúde da família” AND (“programa” OR “estratégia”) AND (“internações sensíveis” OR “condições sensíveis”)
- (“family health program” OR “family health strategy”) AND (“sensitive conditions” OR “sensitive hospitalizations”)

A revisão foi ainda complementada repetindo-se a pesquisa no Google Acadêmico.

Foram incluídas apenas as pesquisas originais que demonstrassem, no título ou eventualmente no resumo, testar a associação entre as internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) (variável dependente) e o modelo da atenção básica (variável independente). Outro critério de inclusão adotado foi que a população de referência do estudo deveria ser a população geral, ou a população atendida por um ou mais serviços ambulatoriais de atenção primária à saúde.

Não foram impostas restrições quanto ao idioma ou ano de publicação, e não foram adotados critérios de exclusão.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada através de uma lista de verificações desenvolvida e validada por Downs e Black (1998) para estudos de intervenção terapêutica, e adaptada por Nedel et al. (2010) para estudos de sistemas de saúde. Ressalte-se que o autor da presente revisão não encontrou na literatura qualquer outra metodologia proposta, validada ou não, para a avaliação objetiva da qualidade de estudos de sistemas de saúde. A lista adaptada contém 10 itens a serem verificados, gerando uma pontuação de 0 a 11, onde 11 é a melhor metodologia. Os itens são:

- A hipótese ou objetivo do estudo está claramente descrito?

- Os principais resultados a serem medidos estão claramente descritos na seção Introdução ou Métodos? Se os resultados principais forem mencionados pela primeira vez na seção Resultados, a resposta é “não”.
- As características das unidades de análise são claramente descritas? Em estudos de coorte ou experimentos, indicar critérios de inclusão e/ou exclusão; em estudos de caso-controle, definir caso e a origem dos controles. Adaptação por Nedel et al. (2010): o uso de “unidade de análise” em vez de “paciente”, de forma a abranger também setores censitários, municípios e outros tipos de população.
- A distribuição dos principais confundidores está claramente descrita em cada grupo comparado pelo estudo? Deve ser fornecida uma lista das principais variáveis geradoras de confusão.
- Os principais achados do estudo estão claramente descritos? Os resultados devem ser informados, inclusive com denominadores e numeradores, para todos os achados principais, de forma que o leitor possa verificar as análises e conclusões.
- Os valores reais de probabilidade, ou os intervalos de confiança, foram relatados para os principais resultados, exceto onde o valor de probabilidade (p-valor) for menor que 0,001? p-valor informado apenas como $< 0,05$ significa “não”. Adaptação por Nedel et al. (2010): considerar “sim” caso o estudo informe intervalos de confiança mas não o p-valor.
- As unidades de análise incluídas no estudo são representativas da população de origem? O estudo deve identificar a população de origem, e descrever como foram selecionadas as unidades de análise. Estas são consideradas representativas caso sejam pacientes consecutivos não selecionados, caso sejam uma amostra aleatória, ou caso incluam toda a população de origem.
- Os testes estatísticos usados para avaliar os principais resultados são adequados? Se a distribuição dos dados (por exemplo, normal ou não) não for descrita, presume-se que os testes foram adequados.
- As medidas usadas para os principais desfechos são acuradas (válidas e confiáveis)? A resposta é “sim” caso o estudo descreva claramente as medidas, demonstrando que são acuradas ou fazendo referência a outro estudo que o demonstre.
- Houve ajuste adequado para as variáveis geradoras de confusão na análise de onde foram obtidos os principais resultados?

Cada critério atendido aumenta o resultado em um ponto, com exceção do quarto critério. Se todas as variáveis geradoras de confusão tiverem sua distribuição descrita em cada grupo estudado, isso confere dois pontos ao score; caso a distribuição das variáveis seja parcialmente descrita, isso só acrescenta um ponto.

A pontuação descrita acima foi usada de forma exploratória. Isso é, não foi usada como critério de inclusão ou exclusão, mas sim para explicar de forma descritiva as possíveis discrepâncias entre estudos.

Além disso, os estudos também foram descritos com relação ao ano de publicação, periódico de publicação, idioma, tipo de estudo (caso-controle, longitudinal, transversal,

intervenção etc.), faixa etária, proporção de masculinidade, escolaridade, lista de CSAP estudadas, proporção das CSAP entre as internações, tipo de dados analisados (primários ou secundários), nível de agregação dos dados (individuais, agregados, ecológicos, globais), variáveis geradoras de confusão controladas, e principais resultados.

4 RESULTADOS

Foram recuperados 82 documentos únicos, dos quais apenas 7 descreviam pesquisas originais abordando a relação entre o modelo de atenção básica e as interações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP). Nenhum documento desses 7 documentos descrevia mais de uma pesquisa. Dessas 7 pesquisas, apenas 4 utilizaram metodologia analítica. Todas essas pesquisas tiveram a população geral como população de referência. As 4 pesquisas foram localizadas através do Google Acadêmico; 3 também estavam indexadas na BVS; e destas 3, 2 também foram recuperadas com o PubMed. Os artigos que contêm as pesquisas são: Nedel et al. (2008); Fernandes et al. (2009); Oliveira, Simões & Andrade (2009); e Guanais & Macinko (2009). Daqui para frente, esses artigos serão referenciados por letras de forma a preservar o anonimato de seus autores.

A maioria dos artigos tinha uma boa qualidade metodológica. Dois artigos somaram 10 cada, e outro somou 9, sendo 11 pontos a melhor pontuação possível. Um único artigo recebeu apenas 5 pontos — daqui em diante, ele será chamado de D. Os itens menos contemplados na metodologia dos artigos foram a apresentação de evidências de que o instrumento de avaliação do desfecho seja válido e/ou acurado (3 artigos não pontuaram); a descrição da distribuição das variáveis geradoras de confusão entre os grupos (2 artigos); e a descrição dos principais achados, incluindo numeradores e denominadores (2 artigos). O estudo D foi o único que não descreveu as características das unidades de análise; por exemplo, não informou a cobertura por Saúde da Família nos municípios, ou a proporção de negros.

Um artigo foi publicado em inglês, no periódico “The Journal of Ambulatory Care Management”. Outros dois foram publicados em português na “Revista de Saúde Pública”. O artigo D, na forma de um “texto para discussão”. Como a citação já indica, 3 artigos foram publicados em 2009, e o outro, em 2008.

Os artigos A, C e D fizeram comparações transversais, usando não apenas dados de nível individual (colhidos diretamente com pacientes internados, ou através do Sistema de Informação Hospitalar) como também variáveis ecológicas, obtidas junto à secretaria municipal de saúde ou através de outros sistemas de informação em saúde. Já o artigo B descreveu um estudo longitudinal, e só usou variáveis ecológicas, em nível de município.

Os autores de A estudaram apenas internações a partir dos 14 anos de idade, e a média foi 53 anos de idade; os outros estudos admitiram todas as faixas etárias, e os de C relataram mediana de 35,5 anos de idade, com 1º intervalo interquartis de 4 anos e 3º intervalo interquartis de 58 anos. Os autores de B e D não relataram a idade média ou mediana.

A proporção de masculinidade dos estudos ficou próxima à metade: 51,8% no caso de A, e 49,7% no caso de C. Os outros estudos não relataram a proporção de masculinidade, mas em B essa proporção deve ser semelhante à da população brasileira.

Os autores de C relataram uma escolaridade média de 5,7 anos (σ : 4,0), e no estudo A 52,1% dos entrevistados eram analfabetos ou tinham até 4 anos de estudo completos. Os autores de B não relataram escolaridade, e sim a taxa de analfabetismo: 22,45% da população em 1998 (σ : 27,97%), e 18,50% em 2002 (σ : 11,59%). Neste caso, as proporções são referentes à “população denominador”, e não às pessoas que sofreram internação hospitalar.

O artigo B foi o único a medir as taxas padronizadas de internação por CSAP; os outros 3 artigos relataram as chances ou proporções de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP). Além disso, a lista de CSAP estudadas em B foi bem mais restrita: condições circulatórias (códigos CID-10: I10 a I25, e I50), diabetes mellitus (E10 a E14), e condições respiratórias (J12 a J21, e J45 a J46). Os autores de A usaram a lista brasileira de CSAP (BRASIL, 2008b; ALFRADIQUE ET AL., 2009), e os de C usaram uma versão preliminar dessa mesma lista, que estava então em fase de consulta pública. O artigo D usou uma lista adaptada de Perpétuo & Wong (2006), da qual foram retirados alguns grupos de condições “porque considerou-se que as variáveis explicativas disponíveis não seriam capazes de captar o efeito [desses grupos], deturpando a relação das variáveis de APS com [os demais grupos].” A lista de Perpétuo & Wong (2006) é muito semelhante à versão final da lista brasileira de CSAP, mas inclui uma série de transtornos mentais (F10 a F39) e eclâmpsia e pré-eclâmpsia (O10 a O16). As condições mentais foram excluídas no trabalho D, bem como outros 5 grupos comuns entre a lista brasileira e a de Perpétuo & Wong (2006).

No estudo A, 38,8% das internações estudadas foram por CSAP, e no estudo C, essa proporção foi de 42,6%. Esse dado não foi informado em D, e não se aplica ao estudo B.

Todos os quatro estudos foram controlados por listas extensas de variáveis geradoras de confusão, incluindo (entre outros) sexo e idade, indicadores socioeconômicos, e indicadores de

qualidade do sistema de saúde em geral ou da atenção básica. Quanto à qualidade do sistema de saúde, os autores de A pediram aos entrevistados sua percepção sobre o serviço de atenção básica; os autores de C avaliaram as unidades básicas de saúde num grupo de discussão com o secretário municipal de saúde e a equipe de coordenação da atenção básica do município; os autores de D usaram indicadores de processo, agregados em nível de município, como a cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano, e de estrutura, como a média anual de consultas médicas por habitante em especialidades básicas; e os autores de B usaram indicadores de estrutura, também agregados a nível municipal, como número de unidades de saúde para cada 1000 habitantes.

Uma série de variáveis geradoras de confusão se mostraram associadas às chances (ou ao risco) de uma internação por CSAP. No entanto, nem todas foram incluídas em todos os estudos, e a significância estatística da associação variou de um estudo para o outro. As variáveis foram idade, sexo, escolaridade (ou taxa de analfabetismo), classificação econômica, cor da pele, antecedente pessoal de internação hospitalar no último ano, busca regular e periódica aos serviços de saúde, antecedente pessoal de consulta em serviço de urgência no último ano, tipo de hospital de internação, desempenho da equipe da unidade básica de saúde (em especial, no aspecto da organização da atenção), média anual de consultas médicas por habitante em especialidades básicas, cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano, proporção da população com plano privado de saúde, proporção de negros na população, número de leitos hospitalares por habitante e estrutura de saneamento básico.

Todos os quatro estudos encontraram alguma associação entre o modelo de atenção básica e as internações por CSAP. No estudo A, as pessoas sem vínculo com a Saúde da Família tinham mais chances de serem internadas por uma CSAP (RC 2,48, IC 95% 1,64 a 3,74 e $p < 0,001$), e caso a internação tivesse sido indicada por um médico que não o médico de família e comunidade as chances também eram superiores (RC 2,25, IC 95% 1,03 a 4,94 e $p = 0,002$). Os autores de C encontraram uma menor proporção de internações por CSAP entre as mulheres que contavam com Saúde da Família (RC 0,67, IC 95% 0,52 a 0,85), mas não entre os homens. No estudo D, municípios com população maior que 50 mil habitantes tinham menores proporções de internação por CSAP na população com 65 anos de idade ou mais ($\beta = -0,054$, $\sigma p = -0,032$ e $p = 0,10$ para até 100 mil habitantes; $\beta = -0,117$, $\sigma p = -0,061$ e $p = 0,10$ para mais de 100 mil habitantes). Os autores de B, por sua vez, encontraram menores taxas de internação por problemas circulatórios em municípios com mais agentes comunitários de saúde ($\beta = -3,15$, $\sigma p = 1,22$, $p = 0,05$), e nos municípios com maior cobertura pela Saúde da Família

encontraram menor risco de internação por diabetes mellitus ($\beta = -0,02$, $\sigma p = 0,01$ e $p = 0,01$) e por problemas respiratórios ($\beta = -0,06$, $\sigma p = 0,02$ e $p = 0,01$), mas só no sexo feminino.

Por outro lado, o estudo D não encontrou associação entre a cobertura municipal por Saúde da Família e as chances, a nível individual, de uma internação ter sido causada por uma CSAP. Da mesma forma, a nível municipal, a extensão da cobertura por Saúde da Família não esteve associada às proporções de internação por CSAP nos municípios com até 20 mil habitantes, e chegou mesmo a estar associada a uma maior probabilidade de internação por uma CSAP na faixa etária menor de 65 anos nos municípios com população maior que 20 mil e até 50 mil habitantes ($\beta = 0,070$, $\sigma p = -0,041$ e $p = 0,10$ para menores de 5 anos de idade; $\beta = -0,028$, $\sigma p = -0,011$ e $p = 0,05$ para a faixa etária de 5 a 64 anos). Além disso, no estudo C, as mulheres com Saúde da Família que efetivamente usavam a unidade básica de saúde tinham uma maior proporção de internações por CSAP que aquelas com Saúde da Família mas que não usavam o serviço (RC 1,32, IC 95% 1,03 a 1,68).

Os autores de C realizaram ainda uma análise da associação entre as variáveis geradoras de confusão e a proporção de internações por CSAP separando os pacientes por modelo de atenção. As mulheres tiveram mais internações por CSAP que os homens tanto na Saúde da Família (RP 1,22; IC 95% 1,02 a 1,47) quanto na atenção básica tradicional (RP 1,53, IC 95% 1,19 a 1,96), mas não em outros modelos de atenção (consultórios médicos particulares, ambulatórios hospitalares etc.). As pessoas com 5 anos de estudo ou mais tiveram menos internações por CSAP que aquelas com menos (RP 0,73 para pessoas com 5 a 8 anos de estudo, comparadas a 4 ou menos anos de estudo; IC 95%: 0,55 a 0,97), mas apenas na atenção básica tradicional. As classes econômicas C, D e E tiveram maior proporção de internações por CSAP que as outras classes (RP 2,19, IC 95% 1,05 a 4,59) apenas nos outros modelos de atenção, mas não na Saúde da Família e no modelo de atenção básica tradicional. As pessoas com uma ou mais internações anteriores nos últimos 12 meses tinham mais internações por CSAP nos outros modelos (1 ou 2 internações nos últimos 12 meses: RP 1,72, IC 95% de 1,11 a 2,65; 3 ou mais internações nos últimos meses: RP 2,03, IC 95% de 1,35 a 3,03) e na atenção básica tradicional (3 ou mais internações nos últimos 12 meses: RP 1,52, IC 95% de 1,14 a 2,04), mas não na Saúde da Família. Por outro lado, na Saúde da Família as pessoas com 1 a 2 atendimentos na emergência nos últimos 30 dias apresentaram mais internações por CSAP que as sem passagem pela emergência (RP 1,29 , IC 95% de 1,07 a 1,57). O hospital universitário teve mais internações por CSAP que o filantrópico tanto na Saúde da Família (RP 1,64 , IC 95% de 1,37 a 1,96) quanto na atenção básica tradicional (RP 1,83, IC 95% de 1,37 a 2,44),

mas não nos outros modelos de atenção. As equipes com melhor desempenho tiveram menos internações por CSAP na atenção básica tradicional (RP 0,77, IC 95% de 0,61 a 0,98), mas não na Saúde da Família ou nos outros modelos de atenção. A amostra da Saúde da Família (624) foi maior que a da atenção básica tradicional (386), que foi maior que a dos outros modelos (190). A amostra desse estudo não foi dimensionada para conferir poder estatístico aos testes relatados neste parágrafo.

5 DISCUSSÃO

Dentre os 82 documentos encontrados com a estratégia de busca, apenas 4 atenderam aos critérios de inclusão. O motivo desse baixo aproveitamento foi a adoção de uma estratégia de busca deliberadamente inclusiva, com o intuito de minimizar a perda de eventuais artigos relevantes. De fato, grande parte dos documentos, especialmente os encontrados através do Google Acadêmico, sequer eram artigos científicos ou monografias. Também foram encontrados editais de processos seletivos ou concursos, apostilas e capítulos de livro, entre outros tipos de documento. Além disso, a maioria dos documentos encontrados tinha outro tema e mencionava a Saúde da Família ou as internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) de passagem.

Apesar desta revisão não adotar pontos de corte para categorizar a qualidade metodológica dos artigos revisados, é notório que o trabalho D obteve um escore bem inferior ao dos demais trabalhos. Em especial, os autores não informaram quais municípios foram incluídos na análise, e quais eram as características desses municípios. Dessa forma, a extrapolação de seus dados fica limitada.

Agora com relação ao foco da revisão, a análise conjunta dos artigos mostrou que a influência entre modelo de atenção básica sobre as internações por CSAP é mais multifacetada do que inicialmente imaginado. A Saúde da Família se mostrou superior à atenção básica tradicional, mas de uma forma bastante heterogênea.

A proporção de masculinidade foi semelhante entre os estudos que a informaram. Os autores de B relataram uma taxa de analfabetismo menor que os de A e C, mas é preciso levar em consideração que estes relataram a taxa de analfabetismo funcional, enquanto aqueles usaram a definição oficial de analfabetismo. Houve pouca diferença entre as listas de CSAP dos estudos A, C e D; o estudo B, por outro lado, restringiu a análise a apenas três grupos de CSAP.

Tanto o estudo B quanto o estudo C, usando diferentes abordagens, chegaram à conclusão de que a disponibilidade da Saúde da Família só é relevante para o sexo feminino, pelo menos no aspecto das internações por CSAP. Em ambos artigos, os autores sugeriram a possibilidade que essa diferença se daria por as mulheres terem um contato mais intenso com o sistema de saúde, seja através das consultas ambulatoriais, seja através das visitas domiciliares.

Da mesma forma, no estudo D a cobertura municipal por Saúde da Família só se associou a menos internações por CSAP em idosos (65 anos de idade ou mais) em municípios com mais de 50 mil habitantes. Nos municípios com 20 a 50 mil habitantes, a associação não ocorreu para idosos, e chegou a ser positiva para os menores de 65 anos de idade; ou seja: quanto mais Saúde da Família, maior a proporção de internações por CSAP.

Essa heterogeneidade por idade que os autores de D encontraram poderia explicar a discrepância entre os estudos de A e C. Ambos usaram metodologias semelhantes, mas divergiram quanto à associação entre o modelo de atenção básica e as chances de internação por CSAP. O estudo A teve uma amostra com idade média de 53 anos, e encontrou uma associação negativa entre Saúde da Família e as chances de internação por CSAP (quanto mais Saúde da Família, menos internação por CSAP). Já o estudo C tinha uma amostra com idade mediana de 35,5 anos (3º quartil: 58 anos de idade), e só encontrou essa associação para o sexo feminino.

Essa diferença nas faixas etárias se torna ainda mais relevante ao considerar-se que, no estudo A, as pessoas com 60 anos de idade ou mais tinham chances significativamente maiores de terem sido internadas por uma CSAP (RC 2,95, IC 95% 2,10 a 4,16). Além disso, os autores de B observaram que a proporção da população com 60 anos de idade ou mais estava associada a maiores taxas de internações por algumas condições, mas menores taxas de internação por outras.

Como já foi exposto, os autores de D observaram que não apenas a idade, mas também o porte populacional interfere com a associação entre o modelo de atenção básica e as proporções de internação por CSAP. Dependendo do tamanho da população do município, a Saúde da Família pode estar diretamente associada, inversamente associada, ou não associada às proporções de internação por CSAP. Esse achado merece destaque por causa da conhecida associação entre o porte populacional do município e o grau de implementação da estratégia Saúde da Família. Henrique e Calvo (2009) observaram que os municípios menores tinham maior cobertura por Saúde da Família, e citaram que esses também são os municípios com maiores taxas de internação por CSAP. Dessa forma, o porte municipal é uma variável geradora de confusão, que não foi incorporada aos modelos de regressão do estudo B.

Num outro enfoque, o estudo C mostrou que a Saúde da Família é tão ou mais equitativa quanto os outros modelos de atenção. As mulheres apresentaram maior proporção de

internações por CSAP que os homens, por exemplo, mas essa diferença foi menor na Saúde da Família que na atenção básica tradicional. Da mesma forma, entre os 386 pacientes da atenção básica tradicional entrevistados, a proporção de internações por CSAP era maior para aqueles com até 4 anos de estudo, mas na Saúde da Família essa desigualdade não foi encontrada, mesmo com uma amostra maior (624 pacientes).

A associação entre reinternação e CSAP foi positiva entre os pacientes da atenção básica tradicional e outros modelos de atenção, mas não entre os com Saúde da Família. Isso sugere que a Saúde da Família tenha um efeito protetor contra reinternações por CSAP.

Ainda no estudo C, houve uma associação negativa entre desempenho da equipe e proporção de internações por CSAP entre as pessoas cobertas pela atenção básica tradicional, mas não entre as que contam com a Saúde da Família. Esse achado não foi explicado pelo estudo, mas uma possível explicação seria uma maior homogeneidade de desempenho entre as equipes de Saúde da Família, sem necessariamente implicar num desempenho melhor ou pior que o da atenção básica.

Tanto o trabalho B quanto o trabalho D estão sujeitos ao viés epidemiológico, ou seja, a associação a nível municipal da proporção de Saúde da Família com os coeficientes ou proporções de internação por CSAP não significa necessariamente que essa associação se reproduza a nível individual. Mesmo nos modelos individuais, os autores de D utilizaram uma variável “psf” que expressava a proporção da população municipal que contava com a Saúde da Família, em vez de indicar o modelo de atenção básica da unidade básica de saúde daquele paciente.

Essa limitação não está presente nos estudos A e C, que colheram informações e realizaram a análise tanto a nível individual quanto em nível de unidade de saúde. Por outro lado, esses estudos analisaram as chances de uma internação ser motivada por uma CSAP, e não o risco de uma internação por CSAP. Em outros termos, nesses dois estudos o denominador foi o número de internações, e não o número de pessoas atendidas por cada unidade de saúde.

Ao trabalhar com taxas de internações por CSAP, e não chances ou proporções, os autores de B puderam analisar separadamente cada par “condição, sexo” (por exemplo: internações por diabetes mellitus em mulheres). Como já foi exposto na introdução desta

revisão, no estudo de Bermúdez-Tamayo et al. (2004) a análise separada de cada par “condição, sexo” resultou numa confirmação da associação entre o modelo de atenção básica e as taxas de internação por CSAP. Um estudo anterior usando os mesmos dados mas analisando em bloco ambos sexos e todas as CSAP não tinham encontrado associação entre o modelo de atenção básica e as taxas de internação por CSAP.

Não é a intenção desta revisão elencar todas as variáveis geradoras de confusão na associação entre modelo de atenção básica e internações por CSAP, mas as variáveis relativas à qualidade dos serviços ou sistemas de saúde merecem menção especial. Cada artigo usou abordagens diferentes para controlar a análise pela qualidade dos serviços (ou sistemas) de saúde, mas mesmo assim em todos eles algumas dessas variáveis se mostraram efetivamente associadas às internações por CSAP. Enquanto os autores de A e C pediram, respectivamente, aos pacientes internados e aos gestores municipais que avaliassem cada serviço de saúde, os autores de B e D usaram indicadores de saúde a nível municipal, como a cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano e o número de unidades de saúde para cada 1000 habitantes.

Todos os estudos mostraram que variáveis de qualidade do serviço e/ou do sistema de saúde estão associadas às internações por CSAP, o que corrobora o marco conceitual adotado por Alfradique et al. (2009). Uma dessas variáveis foi o número médio de consultas por habitante por ano; os autores de D confirmaram que esse número está inversamente associado às proporções de internação por CSAP (pelo menos na população com menos de 5 anos de idade), o que está de acordo com as evidências apresentadas na introdução desta revisão. Essa mesma introdução apresentou 3 outros aspectos da atenção primária à saúde que não foram levados em consideração nos 4 artigos revisados: a continuidade da atenção (percentual de consultas realizadas com o mesmo profissional de saúde), o horário de funcionamento da unidade básica de saúde de referência, e a oferta de médicos de APS.

Cabe aqui discutir, inclusive, a pertinência de se considerar variáveis relativas à qualidade dos serviços de saúde como geradoras de confusão. De acordo com Rothman, Greenland & Lash (2008), uma variável só deve ser tratada como geradora de confusão se não for influenciada nem pela exposição, nem pelo desfecho. No caso, se considerarmos que algum aspecto da qualidade da atenção básica varia entre as unidades de análise por consequência da adoção ou não da Saúde da Família, então esse aspecto não deve ser considerado uma variável geradora de confusão, e os resultados não devem ser controlados pela variação deste aspecto.

No estudo D, por exemplo, os municípios com melhor cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano tinham menor proporção de internações por CSAP. (A vacina tetravalente é a soma da tríplice bacteriana, ou seja, DTP, à vacina contra *Haemophilus influenzae B*.)

Anteriormente Cruz (2005) tinha estudado a cobertura vacinal no estado de São Paulo, observando que os municípios com Saúde da Família tinham uma taxa de abandono de DPT de 3,54%, enquanto os municípios restritos à atenção básica tradicional tinham taxas de abandono de 4,32%.

No estudo C, a qualidade de cada unidade básica de saúde foi avaliada pelo gestor (em vez de se avaliar o sistema municipal em bloco). Dentre as pessoas que tinham uma unidade de atenção básica tradicional como referência, aquelas cuja unidade básica teve o desempenho avaliado como acima da mediana tinham menores chances de estarem internadas por uma CSAP (RC 0,77, IC 95% 0,61 a 0,98). As unidades de Saúde da Família apresentaram tendência similar (RC 0,88, IC 95% de 0,72 a 1,07), devendo a falta de significância estatística ser ponderada com o fato da amostra não ter sido dimensionada para captar esse aspecto. Algumas dimensões dessa avaliação de desempenho se sobressaíram: a organização da atenção, no caso das unidades tradicionais (RC de 0,69, e IC 95% de 0,52 a 0,92), e trabalho em equipe, no caso das unidades de Saúde da Família (RC de 0,84, e IC 95% de 0,66 a 1,08).

Ibañez et al. (2006) também avaliaram o desempenho das unidades básicas de saúde, no estado de São Paulo, mas entrevistando os profissionais de saúde. Nesse estudo, as unidades de Saúde da Família tiveram escores médios maiores que as tradicionais em 6 das 8 dimensões avaliadas, em um ou mais agrupamentos de municípios. O inverso, ou seja, as unidades de atenção básica tradicional terem um escore médio superior ao das de Saúde da Família, não aconteceu em nenhuma das dimensões, em nenhum dos agrupamentos.

Naturalmente, os indicadores de qualidade da atenção básica de um município podem indicar outros fatores que não a adoção da Saúde da Família. Uma vez que esta foi definida como a estratégia prioritária para a organização da atenção básica (BRASIL, 2007), é possível que os municípios com maior cobertura por Saúde da Família sejam os mesmos que invistam mais em atenção básica como um todo. Dessa forma, considerar um aspecto da qualidade da atenção básica como decorrente do modelo ou como variável geradora de confusão é algo que depende do marco conceitual adotado pela pesquisa. Ao publicarem os critérios adotados para definir a lista brasileira de CSAP, Alfradique et al. (2009) não fizeram essa distinção entre

indicadores de qualidade a serem tratados ou não como variáveis geradoras de confusão. Os autores conceituam as próprias internações por CSAP como indicadores de qualidade, e destacam ainda que, de acordo com o marco conceitual de Caminal Homar & Casanova Matutano (2003), “a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência .”

Ao contrário das pesquisas descritivas, citadas na introdução, todas as pesquisas analíticas incorporadas a esta revisão chegaram a algum resultado positivo, levantando a possibilidade de viés de publicação. Uma das formas de se contornar o viés de publicação é justamente incluindo pesquisas que não foram publicadas em periódicos, o que foi feito através da complementação da revisão com a pesquisa no Google Acadêmico. Outra possibilidade teria sido utilizar o escore de qualidade metodológica como critério de exclusão, o que o autor por não fazer pela falta de um ponto de corte estabelecido. Ademais, como não se trata de uma meta-análise, a contribuição de cada pesquisa para as conclusões da revisão estão bem claras, de forma que o próprio leitor pode entender com facilidade de que forma seriam alteradas as conclusões se qualquer uma das pesquisas fosse excluída. Por fim, ainda que cada uma das pesquisas tenha tido algum resultado positivo, também é verdade que em sua maioria também apontaram aparentes limitações da Saúde da Família, como por exemplo com relação ao sexo masculino.

6 CONCLUSÕES

A presente dissertação descreveu uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional a respeito da relação entre o modelo de atenção básica (brasileiro) e as internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP). Como ficou evidente ao longo dos últimos capítulos, foi possível identificar e analisar conjuntamente os artigos científicos que verificaram se a Saúde da Família estava associada a menos internações por CSAP que o modelo tradicional.

A comparação entre os diferentes modelos de atenção básica é do interesse principalmente dos brasileiros, mas uma das pesquisas localizadas foi publicada em inglês, num periódico internacional. Isso reforça a necessidade de que futuras revisões de literatura sobre o tema lancem mão inclusive de estratégias de busca com termos em inglês.

O Google Acadêmico se mostrou uma ferramenta complementar de baixo rendimento, mas muito interessante. Grande parte dos artigos científicos também podiam ser encontrados com as outras ferramentas, e grande parte dos resultados exclusivos não eram artigos científicos. Mas o Google Acadêmico foi capaz de encontrar artigos científicos como o D, preparados para seminários mas nunca publicados em periódicos científicos. Essa impressão coincide com as conclusões de Shultz (2007): “o Google Acadêmico tem o potencial de prover acesso à literatura cinzenta.”

O pequeno número de artigos incluídos nesta revisão torna suas conclusões mais frágeis. Por outro lado, podemos dizer que uma das conclusões desta revisão é que existe uma necessidade de mais pesquisas nessa área, de forma a delinear melhor os benefícios e as limitações da Saúde da Família. Felizmente, o fato dos quatro artigos serem recentes indica que o tema está atraindo o interesse da comunidade científica.

Os critérios de Downs & Black (1998), adaptados por Nedel et al. (2010), se mostraram facilmente aplicáveis aos artigos incluídos nesta revisão. O índice composto por esses critérios foi validado por Downs & Black (1998) para a avaliação metodológica de pesquisas clínicas, e não para pesquisas em políticas de saúde. A opção da versão adaptada por Nedel et al. (2010) se deveu ao fato deste ser o único instrumento de avaliação metodológica de pesquisas em políticas de saúde que o autor desta revisão de literatura foi capaz de encontrar.

A análise conjunta dos artigos revisados mostrou existir uma grande heterogeneidade na resolutividade da Saúde da Família, com relação às internações por CSAP. As próximas pesquisas deverão analisar separadamente homens e mulheres, faixas etárias diferentes, grupos diferentes de CSAP, e também portes populacionais diferentes. Por exemplo, estabelecer se o modelo de atenção básica está associado ao risco de internação por asma em meninas com 1 a 4 anos de idade em cidades com menos de 50 mil habitantes.

Isso implica uma análise de um grande número de internações hospitalares, encarecendo o uso de dados primários (inquérito hospitalar). Dentre os artigos revisados, os únicos que incluíram dados locais (qual o modelo de atenção da unidade básica de saúde) foram os inquéritos hospitalares; os estudos que lançaram mão de dados secundários só foram capazes de utilizar variáveis agregadas a nível municipal ou, no caso de D, também a nível individual.

Para usar dados secundários relativos à unidade de saúde, é necessário que esta disponha de um sistema de informação eletrônico, e então ser realizado um “linkage” entre os bancos de dados, como fizeram Moreno et al. (2009), mas usando um sistema de informação que também esteja disponível nas unidades básicas tradicionais. Por outro lado, esse tipo de abordagem pode ser desafiadora de se realizar sistematicamente em um grande número de municípios, uma vez que os bancos de dados disponíveis para os gestores estaduais têm seus dados consolidados a nível municipal, e não local (inframunicipal).

Em resumo, o modelo de atenção básica está associado às internações por CSAP, mas essa associação ainda precisa ser melhor esclarecida. Os estudos indicam que a Saúde da Família está associada a menos internações por CSAP que a atenção básica tradicional, assim como é mais equânime na medida em que reduz a associação das internações por CSAP tanto com sexo quanto com escolaridade. Por outro lado, essa associação do modelo de atenção básica com as internações parece estar sujeita a uma influência do sexo, da idade, e do porte populacional do município.

Sugere-se que as próximas pesquisas usem taxas de internação por CSAP, em vez de proporções, de forma a poder trabalhar cada CSAP ou grupo de CSAP, em vez de analisá-las em conjunto. A variável “modelo de atenção básica” deverá ser preferencialmente dicotômica, em vez de uma variável contínua “cobertura por Saúde da Família”. Os dados também deverão ser analisados separadamente para cada faixa etária, sexo e porte populacional, por exemplo

internações por doença cerebrovascular em homens maiores de 60 anos de idade em cidades com mais de 100 mil habitantes.

Além disso, o controle ou não da análise por indicadores de qualidade da atenção básica deverá ser fundamentado num marco conceitual que estabeleça quais indicadores são influenciados pelo modelo de atenção básica.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling; OLIVEIRA, Veneza Berenice; SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; SIMONI, Carmen De; TURCI, Maria Aparecida. 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.

AQUINO GUIMARÃES PEREIRA, Rosana. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros**. 2006. 118 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006.

BASU, Jayasree; FRIEDMAN, Bernard; BURSTIN, Helen. Primary care, HMO enrollment, and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a new approach. **Medical Care**, Filadélfia (Pensilvânia, EUA), v. 40, n. 12, p. 1260-1269, 2002.

BERMUDEZ, Dustin; BAKER, Laurence. The Relationship Between SCHIP Enrollment and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions in California. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 16. p. 96–110, 2005.

BERMÚDEZ-TAMAYO, Clara; MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, M. M.; PEREA-MILLA LÓPEZ, E.; ORTIZ ESPINOSA, J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Atención Primaria**, Barcelona (Espanha), v. 33, n. 6, p. 305-311, 2004.

BILLINGS, John; ZEITEL, Lisa; LUKOMNIK, Joanne; CAREY, Timothy S. ; BLANK, Arthur E.; NEWMAN, Laurie. Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City. **Health Affairs**, Millwood (Virginia, EUA), v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

BILLINGS, John; ANDERSON, Geoffrey M; NEWMAN, Laurie S. Recent Findings On Preventable Hospitalizations. **Health Affairs**, Millwood (Virginia, EUA), v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BILLINGS, John; TEICHOLZ, Nina. Uninsured Patients in District of Columbia Hospitals. **Health Affairs**, Millwood (Virginia, EUA), v. 9, n. 4, p. 158-165, 1990.

BINDMAN, Andrew B; CHATTOPADHYAY, Arpita; OSMOND, Dennis H.; HUEN, William; BACCHETTI, Peter. The Impact of Medicaid Managed Care on Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Health Services Research**, Chicago, v. 40, n. 1, p. 19-38, 2005.

BOOTH, Gillian L.; HUX, Janet E. Relationship Between Avoidable Hospitalizations for Diabetes Mellitus and Income Level. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, n. 1, p. 101-106, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção 1, p. 48-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Orientações gerais para elaboração de editais — processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 48 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Publica, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria SAS nº 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, Seção I, p. 70-1, 18 abr. 2008b.

CAMINAL HOMAR, Josefina; STARFIELD, Barbara; SÁNCHEZ RUIZ, E; HERMOSILLA PÉREZ, E.; MARTÍN MATEO, Miguel. La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. **Revista Clínica Española**, Madri (Espanha), v. 201, p. 501-507, 2001.

CAMINAL HOMAR, Josefina; CASANOVA MATUTANO, Carmen. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual . **Atención Primaria**, Barcelona (Espanha), v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003.

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo da. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , São Paulo, v. 39, n. 1, p. 28-35, 2005.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; BÜTTENBENDER, Dóris Clarita; HOEFEL, Ana Lucia; SOUZA, Leonardo Lemos de. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil .**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010 .

DOWNS, Sara H.; BLACK, Nick. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres (Reino Unido), v. 52, n. 6, p. 377-384, 1998.

EUN, San Jun; HONG, Jee-Young; LEE, Jin-Seok; KIM, Yoon; SHIN, Youngsoo. Differences in medical care utilization rates of the disabled and the non-disabled with ambulatory care sensitive conditions. **Journal of Preventive Medicine and Public Health**, Seul, v. 39, n. 5, p. 411-418, 2006.

FERNANDES, Viviane Braga Lima; CALDEIRA, Antônio Prates; FARIA, Anderson Antônio de; RODRIGUES NETO, João Felício. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

GILL, James M.; MAINOUS III, Arch G. The Role of Provider Continuity in Preventing Hospitalizations. **Archives of Family Medicine**, Chicago, v. 7, p. 352-357, 1998.

GUANAIS, Frederico; MACINKO, James. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, Hagerstown (Maryland, EUA), v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Marina Cristina Marino. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suplemento 1, p. 1359-1365, 2009.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Marina Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, 2008.

IBAÑEZ, Nelson; ROCHA, Juan S. Yazle; CASTRO, Paulo Carrara de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; FORSTER, Aldaisa Cassanho; NOVAES, Maria H. D.; VIANA, Ana Luiza d'Avila. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

KRONMAN, Andrea C.; ASH, Arlene S.; FREUND, Karen M. Can Primary Care Visits Reduce Hospital Utilization Among Medicare Beneficiaries at the End of Life? **Journal of General Internal Medicine**, Filadélfia (Pensilvânia, EUA), v. 23, n. 9, p. 1330-1335, 2008.

LADITKA, James N. Physician Supply, Physician Diversity, and Outcomes of Primary Health Care for Older Persons in the United States. **Health and Place**, Oxford (Oxfordshire, Reino Unido), v. 10, p. 231-244, 2004.

MACINKO, James; SOUZA, Maria de Fátima Marinho; GUANAIS, Frederico C.; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, Nova Iorque (Nova Iorque, EUA), v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

MENEC, Verena H.; SIRSKI, Monica; ATTAWAR, Dhiwya; KATZ, Alan. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? **Journal of health services research and policy**, Londres (Reino Unido), v. 11, n. 4, p. 196-201, 2006.

MORENO, Arlinda B.; CAETANO, Rosângela; COELI, Cláudia M.; RIBEIRO, Luiz Cláudio; TEIXEIRA, Maria Teresa B.; CAMARGO JR., Kenneth R.; CAMPOS, Estela M.S.. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 409-416, 2009.

NEDEL, Fúlvio Borges; FACCHINI, Luiz Augusto; MARTÍN MATEO, Miguel; VIEIRA, Lúcia Azambuja Saraiva; THUMÉ, Elaine. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NEDEL, Fúlvio Borges; FACCHINI, Luiz Augusto; MARTÍN MATEO, Miguel; NAVARRO, Albert. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia de Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

OLIVEIRA, Alessandra Coelho de; SIMÕES, Rodrigo Ferreira; ANDRADE, Mônica Viegas. **A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6–12 de setembro de 1978**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1978. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

PARCHMAN, Michael L.; CULLER, Steven D. Preventable Hospitalizations in Primary Care Shortage Areas: An Analysis of Vulnerable Medicare Beneficiaries. **Archives of Family Medicine**, Chicago, v. 8, 487-491, 1999.

PELIANO, Anna Maria T (coord.). O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. Brasília: IPEA, 1993.

RIZZA, Paolo; BIANCO, Aida; PAVIA, Maria; ANGELILLO, Italo F. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **Health Services Research**, Chicago, v. 7, p. 134, 2007.

ROTHMAN, Kenneth J.; GREENLAND, Sander; LASH, Timothy L.. Validity in Epidemiologic Studies. In: _____. **Modern Epidemiology**. 3. ed. Filadélfia (Pensilvânia, EUA): Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p 128-147.

SHULTZ, Mary. Comparing test searches in PubMed and Google Scholar. **Journal of the Medical Library Association**, Chicago, v. 95, n. 4, p. 442-453, 2007 .

SOLBERG, Leif I.; PETERSON, Kent E.; ELLIS, Ronald W.; ROMNESS, Kenneth; ROHRENBACH, Elizabeth; THELL, Terry; SMITH, Angela; ROUTIER, Ann; STILLMANK, Mary Wermuth; ZAK, Soloman. The Minnesota Project: A Focused Approach to Ambulatory Quality Assessment. **Inquiry**, Chicago, v. 27, n. 4, p. 259-367, 1990.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STEINER, John F.; BRAUN, Patricia A.; MELINKOVICH, Paul; GLAZNER, Judith E.; CHANDRAMOULI, Vijayalaxmi; LEBARON, Charles W.; DAVIDSON, Arthur J.. Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care. **Ambulatory Pediatrics**, Nova Iorque (Nova Iorque, EUA), v. 3, n. 6, p. 324-328, 2003.

VELOSO, Renata Campolina; ARAÚJO, Maria Rízoneide Negreiros de. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 238-243, 2009 .

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225- 264, 2005. Suplemento.

VUORI, Hanu. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, Oxford (Oxfordshire, Reino Unido), v. 6, p. 221-31, 1984.

WEISSMAN, Joel S; GATSONIS, Constantine; EPSTEIN, Arnold M. Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 268, n. 17, p. 2388-2394, 1992.

ZENG, Feng; O'LEARY, June F.; SLOSS, Elizabeth M.; LOPEZ, Melissa Succi; DHANANI, Nasreen; MELNICK, Glenn. The effect of medicare health maintenance organizations on hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions. **Medical Care**, Filadélfia (Pensilvânia, EUA), v. 44, n. 10, p. 900-907, 2006.