



**Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Doutorado em Epidemiologia**



Tese de Doutorado

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações
por *Condições Sensíveis à Atenção Primária* no Rio Grande do Sul, Brasil.**

FÚLVIO BORGES NEDEL

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia,
Universidade Federal de Pelotas – PPGE/UFPel

Co-orientador: Prof. Dr. Miguel Martín Mateo

Facultat de Medicina, Unitat de Bioestadística
Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines,
Universitat Autònoma de Barcelona – GRAAL/UAB

PELOTAS, 2009

N371i Nedel, Fúlvio Borges

Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa de Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil / Fúlvio Borges Nedel; orientador Luiz Augusto Facchini. – Pelotas : UFPel, 2009.

279 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pelotas ; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2009.

1. Epidemiologia 2. Atenção Primária à Saúde I. Título.

CDD 614.4

Ficha catalográfica: M. Fátima S. Maia CRB 10/1347

FÚLVIO BORGES NEDEL

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por
Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Pelotas como requisito
parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
PPGE/UFPel

Co-orientador: Prof. Dr. Miguel Martín Mateo,
GRAAL/UAB

Pelotas, 2009

FÚLVIO BORGES NEDEL

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por *Condições Sensíveis à Atenção Primária* no Rio Grande do Sul, Brasil.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Felipe Sparrenberger
Fundação Universidade de Blumenau

Prof. Dr. Pedro Curi Hallal
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Iná da Silva dos Santos
Universidade Federal de Pelotas

AGRADECIMENTOS

Devo muitos agradecimentos a muita gente, por contribuições mais ou menos diretas a meu curso neste doutorado e a esta tese:

Ao Marcão (Marco Da Ros), porque pelas tantas ligou lá pra casa, pro Facchini, pra mim de novo e eu não tive mais saída senão iniciar este projeto. Obrigado, Marcolino.

Ao Paulo (F. Freitas) e ao Catito (Antônio Carlos Marasciulo), pelo incentivo a essa empreitada, em nosso tempo de UNISUL.

Ao Djalmo Sanzi Souza, então Coordenador Estadual da Estratégia Saúde da Família do RS, pelo apoio no início do projeto.

Aos meus alunos na UNISUL, especialmente àqueles que tiveram de trocar as orientações presenciais pelo *messenger*, pela cordialidade, respeito e apoio.

Aos meus colegas do mestrado, neste doutorado, e aos colegas de doutorado com quem tive contato. Sintam-se todos representados naqueles a quem agradeço especialmente: ao João, pelas longas conversas e grandes risadas noite adentro e, muito especialmente, pelas várias discussões que resultaram ser uma contribuição permanente a esta tese; ao Jeovany pela amizade regada a música, aulas de marxismo e pedagogia e alguma partida de xadrez, porque assim matamos vários *pájaros de un tiro*; ao David, Presidente da nossa república, companheiro, sempre disposto a ajudar no que precisar. Aos três agradeço nosso convívio bem-humorado na Cohab, as discussões acadêmicas e a solidariedade (e um apartamento que me permitia a sesta ☺). Ao Duquia, porque nossas conversas também me ajudaram muito; e à sua mãe e ao Barba pelas pousadas ☺. À Leila, pelas várias trocas ao longo do curso. À Elaine Thumé pelo contato com a

Luca (coordenadora do trabalho de campo em Bagé), por ir junto à primeira reunião (nos levar, na verdade ☺) e pelo grande apoio em vários momentos. E ao Dr. Ricardo Hack, meu médico ☺.

Enfim, agradeço a todos colegas pelos churrascos, “papos” no almoço, jantas no Cruz de Malta e o “alto astral” com que levamos esse(s) curso(s). E também ao Rogério, a Jô e as crianças, pela amizade, os churrascos e as pousadas.

Agradeço a todos os funcionários do PPGE. Todos nos ajudaram, com a limpeza, a informática, a administração, a docência. Expresso meu agradecimento a todos na figura da Mercedes Lucas, a quem também devo especiais agradecimentos, e o estendo à Tânia Machado, da Divisão de Pós-Graduação e Capacitação Docente desta Universidade.

À Iná (S. Santos) e ao Juraci (Cesar) pelos comentários e sugestões na banca de qualificação do projeto.

Ao Manif Jorge, então Secretário Municipal de Bagé, à Maria Valéria Rodrigues e pessoal do nível central da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, da URCAMP e dos Hospitais (Santa Casa e Universitário) de Bagé pelo inestimável apoio à pesquisa realizada naquele município.

À Luca (Lúcia A. S. Vieira) e às gurias do trabalho de campo e digitação em Bagé e ao Guilherme (Nedel Hollsbsch), da segunda digitação, pelo empenho e rigor no trabalho.

Fiz um estágio de um ano na *Unitat de Bioestadística* da *Universitat Autònoma de Barcelona* (UAB) graças a uma bolsa do programa de “estágio sanduíche” para doutorandos, e agradeço a eficiência e cordialidade dos funcionários da CAPES.

Com o estágio, ingressei no GRAAL – *Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines*.

Aí também tenho muito que agradecer, pela acolhida, convívio, sala de trabalho, computador, acesso amplo a impressão e fotocópias, e toda gama de experiências docentes e discentes nesse ano. Agradeço a todos os colegas do GRAAL, nos três continentes em que estamos. Na UAB, especialmente à Teresa, Cecilia, José Ríos, pessoal da informática (SID), Olivia, Inma, *en* Albert e o Miguel. E ao Francis e sua *parrilla*.

Aos meus três (!!!) orientadores neste trabalho: Facchini, Miguel e Albert, pelo companheirismo, participação ativa e, muito, pela paciência. (é verdade ☺)

Lembro de um dos últimos textos do Kurt (Kloetzel), preparado para um seminário de Atenção Primária em Brasília. Faz referência a uma frase do Amílcar (Gigante): “médico tem de gostar de gente”. Eu tive a sorte de ter três orientadores que gostam de aluno.

Não posso deixar de lembrar do Joaquín (Pereira C.), da *Escuela Nacional*, em Madri.

E aproveito as permissões conferidas por este rito de passagem para tornar público meu infinito agradecimento ao Miguel por esse reencontro.

Ao final dessa longa lista já se pode imaginar quantos agradecimentos devo à Cláudia, por me agüentar ☺.

DEDICATÓRIA

Aos usuários do SUS e àqueles que lutam por um
SUS para todos nós e não só para os outros.

A meu pai.

Em memória de minha mãe.

*Companys, si busqueu les primaveres lliures,
amb vosaltres vull anar,
que per poder-les viure
jo me n'he fet soldat.*

L. Llach, Abril 74

*Que ser valiente no salga tan caro,
que ser cobarde no valga la pena.*

J. Sabina, Noches de Boda

É preciso descobrir o erro, e não a verdade

C. Soares, In: E. Morin, O método 1: a natureza da natureza

Índice

AGRADECIMENTOS	I
DEDICATÓRIA	IV
APRESENTAÇÃO	VI
PROJETO DE PESQUISA	1
LISTA DE ABREVIATURAS	4
1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
3 JUSTIFICATIVA	16
4 MARCO TEÓRICO	17
5 OBJETIVOS	24
6 HIPÓTESES	25
7 MÉTODO	26
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	38
9 CRONOGRAMA	40
10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	40
11 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO	41
12 BIBLIOGRAFIA	41
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	47
ARTIGO 1	58
ARTIGO 2	71
ARTIGO 3	99
ARTIGO 4	129
NOTA À IMPRENSA	153
ANEXOS	156

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, conforme ao regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigos, nota para divulgação da pesquisa na imprensa, e apêndices.

O projeto de pesquisa foi defendido em junho de 2006, perante banca composta pelos professores Luiz Augusto Facchini, Iná Silva dos Santos e Juraci Cesar. A versão apresentada aqui já inclui as modificações sugeridas pela banca.

Quatro artigos compõem a tese:

ARTIGO 1. *Family Health Program and hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Southern Brazil* (pesquisa original sobre dados primários);

ARTIGO 2. *Hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria en el sur de Brasil* (pesquisa original sobre dados secundários);

ARTIGO 3. Características da atenção primária associadas ao risco de hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária: revisão bibliográfica; (revisão sistemática da bibliografia).

ARTIGO 4. *Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ensaio sobre revisão crítica da bibliografia);

PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM EPIDEMIOLOGIA**

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por
Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil.**

Projeto de pesquisa

Doutorando: Fúlvio Borges Nedel

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
CPE/UFPeI**

**Co-orientador: Prof. Dr. Miguel Martín Mateo
Universitat Autònoma de Barcelona – UAB**

PELOTAS, 2005

ARTIGOS QUE FORMARÃO A TESE

1. Hospitalizações evitáveis pela Atenção Primária: revisão da literatura;
2. Uso de serviços médicos e hospitalizações por *Condições Sensíveis à Atenção Primária*: inquérito de base hospitalar em Bagé, sul do Brasil;
3. Impacto do Programa Saúde da Família sobre as hospitalizações evitáveis pela atenção primária no Rio Grande do Sul: estudo ecológico.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica da Saúde

ACSC – *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

APS – Atenção Primária à Saúde

ASF – Área de Saúde da Família

BD-SIH/SUS – Banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

CE – Estado do Ceará

CENDES – Centro de Estudos do Desenvolvimento, Universidade Central da Venezuela

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

MS/SAS – Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS ou OPS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SPT-2000 – Saúde Para Todos no ano 2000

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância

1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma ambiciosa política da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentada como estratégia para alcançar a não menos ambiciosa meta de Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT-2000), com vistas à melhoria dos indicadores populacionais de saúde, especialmente a redução das brechas de morbi-mortalidade, e a um consumo mais racional da tecnologia biomédica, conferindo maior eficiência ao gasto no setor (OMS, 1978). Em seu marco conceitual, a APS entende a saúde e a doença como socialmente determinadas e se fundamenta em princípios de universalidade, equidade, participação comunitária, integralidade e continuidade da atenção, para alcançar os ideais de promoção, proteção e recuperação da saúde, em ações individuais e coletivas (OMS, 1978; Uribe-Oyarbide, 1995; Starfield, 2002a).

A APS se estabelece, portanto, em contraposição ao modelo médico hegemônico – ‘hospitalocêntrico’ e especialista, baseado no biologicismo e grande consumidor de tecnologia biomédica “pesada” (OMS, 1978; Comelles, 1993; Starfield, 1994; Uribe-Oyarbide, 1995; Mendes, 1999; Starfield, 2002a; OPS/OMS, 2003). Em função disso tornou-se elemento fundamental da reforma sanitária em diferentes países (Dab et al., 1991; Uribe-Oyarbide, 1995; Pustai, 1996; Mendes, 1999; Mendes, 2002; Starfield, 2002a). Apesar dessa contradição com um modelo que continua hegemônico, após mais de 25 anos, é patente o sucesso da OMS e outras instituições patrocinadoras, como o UNICEF, na difusão dos princípios fundadores da APS (ainda que estes nem sempre sejam observados completamente), e de sua proposta como núcleo organizador do sistema de saúde (OPS, 1988; Starfield, 2002a; Gervás, 2003; OPS/OMS, 2003). O modelo tem origens no Reino Unido, em 1920 (Dawson, 1964), e atualmente é grande a aceitação de que esses sistemas são mais eficientes, proporcionam maior equidade e melhores indicadores de saúde (Starfield, 1994; Mendes, 2002; Starfield, 2002a; Macinko et al., 2003; Atun, 2004).

No Brasil, a APS fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), servindo como porta de entrada e (em tese, ao menos) como elemento estruturante e orientador da atenção (Mendes, 1999). Em 1994, ao fim do primeiro quinquênio de implantação do SUS e diante das dificuldades para a efetivação de seus princípios (Pustai, 1996), é lançado o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de incentivo à organização da atenção primária nos municípios (Brasil, 2004). Passada mais de uma década, o PSF se mantém como uma das principais políticas de saúde brasileiras, e

sua adesão, por parte dos municípios, é crescente (Mendes, 2002), embora seja pouca a informação sobre o real impacto dessa estratégia (Goulart, 2002). Para diminuir essa lacuna, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (Brasil, 2006c), cujos estudos de base já apresentam uma grande variedade de informações sobre a atenção primária nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes.

Na última década houve uma renovação dos estudos sobre APS, com especial atenção sobre a avaliação do impacto e desempenho e sobre o desenvolvimento de indicadores para esse fim (Macinko et al., 2003; Atun, 2004). É notável que esses estudos, que advogam pela APS, sejam em sua grande maioria norte-americanos, país com organização liberal da atenção à saúde. Entre os indicadores utilizados, a medida das hospitalizações evitáveis, especialmente aquelas por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) (Billings et al., 1993; Billings et al., 1996; Djojonegoro et al., 2000; Parker e Schoendorf, 2000; Sanderson e Dixon, 2000; Shi e Lu, 2000; Brown et al., 2001; Epstein, 2001; Falik et al., 2001; Porell, 2001; Ricketts et al., 2001; Backus et al., 2002; Basu et al., 2002; Cable, 2002; Braunstein et al., 2003; Burr et al., 2003; Davis et al., 2003; DeLia, 2003; Laditka, 2003; Laditka et al., 2003; Oster e Bindman, 2003; Steiner et al., 2003; Intrator et al., 2004; Yuen, 2004; Zhan et al., 2004; Bermudez e Baker, 2005; Bindman et al., 2005; Roos et al., 2005; Williams e Buechner, 2005) vem se expandindo para outros países (Caminal Homar et al., 2001; Caminal et al., 2001; Ansari et al., 2002; Caminal et al., 2002; Ansari et al., 2003; Caminal Homar e Casanova Matutano, 2003a; Caminal Homar et al., 2003b; Marquez-Calderon et al., 2003; Niti e Ng, 2003; Bermudez-Tamayo et al., 2004; Caminal et al., 2004), inclusive o Brasil (Silva et al., 1999; Mendes, 2002; Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais, 2003), como instrumento para avaliação e monitoramento da APS com uso de bases de dados hospitalares.

Conhecer o impacto do PSF e características de desempenho da Equipe associadas, assim como o desenvolvimento de indicadores para sua avaliação e monitoramento, são de grande utilidade para o planejamento em saúde. Este projeto propõe a avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no Rio Grande do Sul (RS) através da medida das internações hospitalares por causas evitáveis por ações do primeiro nível de atenção – a “Atenção Básica”, no termo atualmente em uso no Brasil.

O estudo parte de duas questões centrais:

- É plausível considerar algum efeito do Programa Saúde da Família sobre as internações hospitalares por *Condições Sensíveis à Atenção Primária*?
- Nesse caso, que variáveis de desempenho da Equipe de Saúde da Família têm maior determinação sobre as internações por essas causas?

No texto a seguir é apresentada, primeiro, uma revisão da literatura, seguida pela justificativa, objetivos, marco teórico e metodologia do estudo. A revisão da literatura baseia-se em busca bibliográfica não sistemática nas bases MEDLINE e LILACS, na Internet – com a ferramenta de busca GOOGLE (www.google.com.br) – e em artigos e textos coletados em ‘sites’ de instituições nacionais e internacionais, como Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Junte-se a isso, trocas com colegas, material bibliográfico de cursos e livros adquiridos em diferentes momentos. O eixo de união dos textos selecionados é sua afiliação aos princípios de Alma-Ata, uma postura crítica ao modelo biomédico e a distinção entre assistência ambulatorial e APS (OMS, 1978).

2 Revisão da literatura

2.1 Atenção primária e o modelo de atenção

Desde a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), em 1978, a organização de Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária tem sido a principal proposta para alcançar os princípios de equidade, proteção e promoção da saúde, atenção continuada, integralidade e universalidade. A APS deve servir de núcleo orientador do sistema e principal “porta de entrada” para o usuário, trabalhando com princípios de vigilância à saúde. Dela se espera o manejo de cerca de 80% (Starfield, 1994) das demandas de atenção e o encaminhamento aos demais níveis do sistema das situações que requerem outras tecnologias para seu cuidado (Dawson, 1964; Starfield, 1994; Mendes, 2002; Starfield, 2002a).

A primeira referência ao termo é creditada a Lord Dawson (Dawson, 1964), quando, em 1920, propõe que a organização da atenção pública à saúde no Reino Unido seja baseada na ‘territorialização’ da população, sugerindo um desenho em que o primeiro nível de atenção seria dado por médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde em atendimento domiciliar, daí referidos a centros de saúde de tecnologia ‘leve’, responsáveis pela primeira atenção ao usuário em dependências institucionais e pelo encaminhamento dos casos com situação clínica mais grave, urgente ou complexa, a outros centros de tecnologia biomédica mais ‘pesada’, se

necessário. Os centros de atenção primária se localizariam em núcleos territoriais pequenos, com adscrição da clientela residente na área e se refeririam, de forma radial, aos centros “secundários” (especializados), localizados em cidades maiores.

Para contextualizar o modelo de atenção à saúde do mundo ocidental – o “modelo biomédico” –, devemos recordar a revolução tecnológica, urbanização e outras mudanças vividas nos países centrais desde fins do século XIX, com a afirmação do capitalismo, e que alimentaram, até a segunda metade do século XX, ideais de progresso inexorável e eliminação das doenças (Ferro, 1998; Skrabanek, 1999; Hobsbawm, 2000). Dois grandes marcos do campo da saúde que alimentaram esse mito são a descoberta da bactéria e a penicilina. Com o rumo dos avanços científico-tecnológicos para a gestão dos problemas de saúde (a adoção do “paradigma biológico”, a anestesia segura, a cirurgia asséptica, o raio-X, etc.), o cenário prototípico da atenção à saúde é o hospital, com o médico de figura central e a indústria terapêutica e diagnóstica como emblema (e fonte de financiamento). O hospital deixa de ser o local de abrigo e cuidado de doentes pobres da Idade Média e suplanta o domicílio como locus preferencial do ato médico (Comelles, 1993; Canals e Romaní, 1996). Essa mudança terá grande consequência para a relação do médico com o paciente – e com o leigo de uma forma geral: a negociação cede lugar à dominação. No hospital, o médico não depende mais de sua capacidade de comunicação com o doente para que se efetive o tratamento: há uma equipe especializada em cumprir suas determinações.

Evitando discutir o que há de social nas descobertas e avanços científicos (Fleck, 1986; Latour, 2000) e em meio à crença na ‘mão salvadora’ da tecnologia, é desenvolvido um modelo médico de atenção com explicação unicausal e foco na doença e órgão afetado do paciente, mas não na sua pessoa. Seu modelo de causação é organizado em uma tríade ecológica, logo ampliada a uma multicausalidade onde os “agentes causais” não são necessariamente seres vivos e o “ambiente” é ampliado, mas todos esses fatores ainda são vistos em um mesmo plano, e o indivíduo ainda é o responsável por seus fatores de risco (Laurell, 1983; Castiel, 1999).

O modelo biomédico define-se, além da opção biológica para a explicação teórica da doença, pelo seu autoritarismo, centralização na figura do médico, atuação e reprodução no hospital (por isso hospitalocêntrico), com uso exagerado de alta tecnologia (Illich, 1975; Comelles, 1993; Mendes, 1999), onde o paciente, isolado de seu meio e rede de apoio, vê o ‘pessoal auxiliar’ executar prescrições médicas sobre

seu corpo – enquanto, num nível mais macro, a aliança entre poder médico e Estado prescreve programas e comportamentos de saúde (Illich, 1975; Comelles, 1993; Barrán, 1999; Skrabanek, 1999). Assim, não chegam a surpreender os grandes dividendos financeiros gerados à indústria farmacêutica e de tecnologia ‘dura’ diagnóstica e terapêutica, além de hospitais e médicos – o complexo médico-industrial – tampouco as iatrogenias decorrentes de sua prática (Illich, 1975).

A partir da metade do século XX, com o aumento das doenças crônico-degenerativas e aparecimento de novas doenças apesar do crescente gasto financeiro, o mito de uma sociedade sem doenças se desvanece e o modelo biomédico começa a entrar em crise. Não obstante os grandes avanços trazidos por este modelo para o entendimento e manejo das doenças, observa-se sua ineficiência e ineficácia para melhorar as condições de saúde das populações, especialmente seu mau desempenho nos Sistemas Nacionais de Saúde (des)organizados pela livre oferta e demanda da atenção à saúde. Essa situação, aliada à crise financeira mundial de 1973 (Hobsbawm, 2000), conforma a possibilidade, para a OMS, de adotar a proposta da APS como estratégia para a SPT-2000 em 1975 e logo uma conferência internacional sobre o tema num país da União Soviética. A partir de Dawson, e com raízes no movimento de Medicina Social de Virchow e outros da agitada Alemanha de 1848 (Rosen, 1980), a APS ganha força com a 28ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1975 (Tejada de Rivero, 2003), até ser adotada, em Alma-Ata, no Cazaquistão da então URSS, como estratégia para alcançar as metas de Saúde Para Todos no ano 2000 (OMS, 1978).

A APS deve servir de núcleo orientador do sistema e principal “porta de entrada” para o usuário, trabalhando com princípios de vigilância à saúde. Dela se espera o manejo da grande maioria das demandas de atenção e o encaminhamento aos demais níveis do sistema das situações que requerem outras tecnologias para seu cuidado (Dawson, 1964; OMS, 1978; Starfield, 1994; Goulart, 2002; Mendes, 2002; Starfield, 2002a; OPS/OMS, 2003). Mas ela não é apenas uma forma de organizar o Sistema de Saúde em níveis hierarquizados de atenção. Muito mais do que isso, a atenção primária conforma uma alternativa ao modelo biomédico, uma proposta de mudança de estilo de pensamento (Fleck, 1986) e prática baseada numa nova abordagem. Como lembram os defensores da humanização da medicina (Illich, 1975; Comelles, 1993; Skrabanek, 1999), em certos aspectos essa nova abordagem é a antítese do modelo biomédico: a saúde como direito da pessoa; a saúde e a doença como processos, histórica e socialmente determinados; o trabalho sobre e com a

comunidade, em pro da inclusão social e ‘empoderamento’, com vistas à promoção da saúde; a equidade; o foco na pessoa em vez do órgão ou a doença; a integralidade e intersetorialidade na atenção (Comelles, 1993; Uribe-Oyarbide, 1995; Senna Mde, 2002; Gervás, 2003). Esses princípios diferenciam a APS da “assistência ambulatorial”, que pode ser entendida como a reprodução do modelo biomédico no primeiro nível de atenção (Testa, 1989; Uribe-Oyarbide, 1995).

Entretanto, passados 25 anos, percebe-se que poucas vezes esse marco conceitual é observado: na prática, entre experiências bem-sucedidas esparsas e isoladas, a pretendida APS freqüentemente não é mais que o primeiro nível de atenção para prestações selecionadas, distante dos princípios acordados na então União Soviética (Tejada de Rivero, 2003). A APS foi moldada à realidade de cada país e local, e seu conceito interpretado segundo diferentes visões de saúde e sociedade (Gervás, 2003; OPS/OMS, 2003; Tejada de Rivero, 2003; Atun, 2004). No Brasil, o regime totalitário implantado em 1964 promoveu o modelo flexneriano (Flexner, 2002) de educação médica, com foco na prática médica especializada, organizou um sistema de saúde que desvinculava a atenção da prevenção e estruturou a atenção através do repasse de benefícios a hospitais privados. Nesse sistema, não havia uma “porta de entrada” definida, e o primeiro nível de atenção acontecia em consultórios privados de médicos credenciados ao sistema, ambulatórios localizados em hospitais ou em grandes centros de saúde (Teixeira, 1995). Com o processo de redemocratização do país, nos anos ’80, a APS se organiza em torno das ‘clínicas básicas’ – pediatria, gineco-obstetrícia, clínica de adultos – mas, na prática, qualquer especialista poderia ser encontrado nos ambulatórios ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se caracterizaram, grosso modo, pela simples triagem de pacientes a diferentes especialidades médicas. Essa é a herança do SUS, que dificultou (e dificulta) a efetivação de seus princípios e exigiu uma estratégia específica para a APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para entender a distância entre os conceitos e diretrizes de Alma-Ata e sua concretização nos diferentes países, e daí extrair elementos que facilitem o estudo do impacto da APS, deve-se considerar a importância dessas questões para o pensamento e prática em saúde. Elas representam o caráter subversivo da Atenção Primária dentro do modelo médico dominante e refletem sua importância como espaço de mudança. A APS é subversiva porque procura responder a duas grandes antinomias criadas pelo modelo biomédico enquanto referente a um processo de atenção (Uribe-Oyarbide, 1995): 1) como pode o médico manter sua hegemonia, se

ele se desligou do cuidado e tem participação cada vez menor nos métodos diagnósticos e terapêuticos, absorvido pela indústria? 2) como pode o médico tratar transtornos crônicos, cuja frequência aumenta nas populações em seus processos de transição demográfica e epidemiológica e para os quais a comunicação com o paciente e reconhecimento de sua capacidade de manejo do problema de saúde é fundamental?

2.2 O Programa Saúde da Família

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, são postos em lei os ideais de construção de um Sistema de Saúde baseado nesses princípios, buscando a reforma do modelo de atenção. Entretanto, em 1994 já se sentiam as diferenças entre o SUS real e o SUS no papel (Pustai, 1996), e o Ministério da Saúde (MS) – inspirado no Programa de Agentes de Saúde do Estado do Ceará e sustentado pelo UNICEF (Goulart, 2002) – implanta o Programa Saúde da Família, promovendo a Atenção Primária como estratégia para a reorientação do modelo assistencial no SUS (Vasconcellos, 1998; Bodstein, 2002). O MS enfatiza a incorporação dos princípios do SUS pela “estratégia do PSF” e o trabalho com “base nos princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela e [em] equipe multiprofissional” (Brasil, 2004).

Goulart (Goulart, 2002) resume os elos de ligação entre APS e Saúde da Família como:

1. As práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como partes de um corpo de políticas sociais;
2. O processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;
3. Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;

(p. 51)

É crescente a adesão dos municípios brasileiros ao PSF, especialmente a partir de 2001, atendendo em 2002 cerca de 28% da população. Mendes (Mendes, 2002)

classifica esse momento como de transição intermediária, tendo vencido a primeira etapa, mas ainda com pouca sustentabilidade e “longe de constituir-se em modelo hegemônico”(p.38). Um nó a ser resolvido é a pequena cobertura nos grandes municípios, especialmente pelas dificuldades para conseguir, em um município, manter várias Equipes de Saúde da Família para uma cobertura razoável com os incentivos financeiros atuais (Mendes, 2002). Para avaliar e propor a reestruturação da Atenção Básica, prioritariamente nos grandes centros urbanos e depois em todos os municípios brasileiros, o MS lançou recentemente o PROESF (Brasil, 2006c).

Apesar dos avanços, ainda é grande a incerteza sobre o PSF: alguns estudos (Conill, 2002; Goulart, 2002; Andrade, 2004) relatam bons resultados, como a organização e adesão aos princípios da APS por parte das equipes, ampliação no acesso a variadas prestações, atribuição ao PSF da melhora de alguns indicadores e mesmo uma ‘contaminação’ desses princípios para outros serviços. Mas há, também, análises mais céticas (Goulart, 2002) quanto ao impacto do Programa, lembrando que muitas avaliações citadas como de impacto na realidade baseiam-se em indicadores de desempenho – oferta, utilização ou cobertura, na abordagem proposta por Habicht et al (Habicht et al., 1999), que estabelecem, além do eixo com foco no objeto da avaliação, um segundo eixo de análise, sobre o grau de certeza necessária para que os resultados sejam úteis à avaliação do programa. Em Florianópolis, os participantes da IV Conferência Municipal de Saúde, em 2000, não perceberam os resultados do PSF descritos pelos técnicos e gestores (Conill, 2002).

De outra parte, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado para acompanhar a situação das famílias cadastradas e as ações do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2004), é útil para a organização das Equipes de Saúde da Família (Andrade, 2004), mas tem consideráveis limitações, desde a coleta de dados às poucas opções de tabulação, passando pelo armazenamento dos registros pulverizado em várias bases de dados. O SIAB está em fase de reformulação (Brasil, 2004), mas ainda é pouco útil para avaliar o impacto do PSF.

‘PSF’ já é um ‘descriptor de assunto’ e a bibliografia a respeito é crescente. Contudo, poucos estudos avaliam seu impacto – uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (Busca bibliográfica em todas as bases, atualizada em 06mai2004) usando o descriptor ‘psf’ e o termo ‘impacto’ em qualquer campo encontra sete estudos, apenas um sobre avaliação do impacto da estratégia sobre a saúde das pessoas. Neste estudo, a autora analisa, entre outras questões, a tendência das “causas evitáveis pela

atenção básica” (Silva, 2003), p. 39) em crianças menores de cinco anos de idade no período 1995-2002, para avaliar o impacto do PSF, implantado no município a partir de 1997. O termo aparece na seção de metodologia, para categorizar as internações hospitalares por desnutrição, diarreia e outras infecções intestinais, e doenças respiratórias agudas, mas é analisada a tendência da proporção de internações por essas causas de forma isolada, sem que se apresentem resultados para o grupo.

O PSF se refere à “Atenção Básica”, como estratégia para mudança do “modelo assistencial” e efetivação dos princípios do SUS. Ainda que em ritmo mais lento, pelas dificuldades financeiras para sua implantação em grandes municípios, o PSF vem se expandindo no país (Mendes, 2002). Se a “Atenção Básica” do Ministério da Saúde (MS) é ou não a “Atenção Primária” de Alma-Ata, é um tema frequentemente em debate na lista eletrônica de discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (www.sbmfc.org.br). As mensagens têm como pano de fundo variados exemplos de boas e más experiências locais, refletindo o fato de que – apesar de sua forte normatização – o PSF acontece também de forma muito heterogênea nas diferentes regiões e municípios (Goulart, 2002). Isso não deve surpreender, pois na América Latina aprendemos, com o fracasso do método CENDES/OPS em meados da década de 1970, que o planejamento normativo é facilmente subvertido pela realidade (Testa, 1989).

O PSF e a Estratégia Saúde da Família são políticas de saúde e, como tal, sua efetivação se (re)faz no cotidiano, representando o resultado de uma complexa disputa de poder (Testa, 1989; Cohn, 1997). São os resultados das políticas de APS – o PSF em particular – que lhe permitirão construir legitimidade do discurso e prática de saúde. Esse resultado pode ser abordado, entre outras formas, por um critério que, além de objetivo, é um dos mais caros à atenção primária: sua meta de resolubilidade a nível local dos motivos mais comuns de procura de atenção médica (Dawson, 1964; OMS, 1978; Starfield, 1994; Mendes, 1999; Gervás, 2003; OPS/OMS, 2003).

2.3 Condições Sensíveis à Atenção Primária

As internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) – têm sido propostas (Billings et al., 1993; Billings et al., 1996; Casanova et al., 1996; Australia, 2001; Caminal Homar et al., 2001; Caminal et al., 2001; Caminal et al., 2002; Caminal Homar et al., 2003a; Caminal Homar et al., 2003b; Marquez-Calderon et al., 2003; Niti et al., 2003; Australia, 2004; Bermudez-Tamayo et al., 2004; Caminal et al., 2004; Machado ENM, 2004) como um indicador indireto do acesso a medidas efetivas e oportunas nesse

nível do sistema. Apesar da crítica de que vários fatores determinantes da produção da doença e do acesso aos serviços de saúde e à terapêutica indicada escapam às responsabilidades ou possibilidades dos serviços de atenção primária, e de que a variabilidade observada nas taxas de internação hospitalar é fortemente determinada pela incerteza clínica, prática médica hospitalar e políticas de admissão nos hospitais (Billings et al., 1993; Bermudez-Tamayo et al., 2004), é razoável pensar que a APS – com suas características de integralidade, oportunidade e continuidade da atenção, além de expertise no manejo dos problemas de saúde mais prevalentes (Starfield, 1994; Vasconcellos, 1998; Conill, 2002; Goulart, 2002; Mendes, 2002; Starfield, 2002a) – possa evitar ou diminuir a ocorrência de internações hospitalares por um grupo de causas específicas.

CSAP são os problemas de saúde atendidos por ações características ou de responsabilidade do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, seja em nível de prevenção primária (imunizações, por ex.), secundária (o rastreamento do câncer de colo uterino) ou terciária (controle da hipertensão e diabete). A premissa básica subjacente ao uso das hospitalizações por CSAP como indicador de acesso a uma atenção oportuna e efetiva no primeiro nível de atenção, é que, independente do modo de organização do sistema de saúde, é razoável a idéia de que a hospitalização por certas condições deveria ser evitada por ações do primeiro nível de atenção à saúde.

O conceito surge, como sucedâneo do conceito de mortalidade evitável, no início da década de 1990 nos Estados Unidos (Billings et al., 1993), país ao qual restringem-se a grande maioria dos estudos, seguido pelo Canadá, principalmente até a virada deste século. Estudos com o indicador, assim como sua discussão pragmática e teórica, têm tido impulso na Espanha (Caminal Homar et al., 2001; Caminal et al., 2001; Caminal et al., 2002; Caminal Homar et al., 2003a; Caminal Homar et al., 2003b; Bermudez-Tamayo et al., 2004; Caminal et al., 2004), Austrália (Australia, 2001; Ansari et al., 2002; Ansari et al., 2003; Australia, 2004), Nova Zelândia (Hefford et al., 2005) e Reino Unido (Lakhani et al., 2005), e começam a surgir no Brasil (Mendes, 2002; Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais, 2003; Silva, 2003).

A lista de causas varia entre os estudos: algumas, mais amplas (Australia, 2001; Caminal et al., 2001; Australia, 2004; Bermudez-Tamayo et al., 2004), incluem doenças evitáveis por vacinação, sífilis congênita, tuberculose, deficiências nutricionais, anemia ferropriva, convulsões, infecções de ouvido e doenças respiratórias, úlcera e apendicite perfuradas, infecções urinárias, doença inflamatória pélvica, celulites, problemas de crescimento, hipertensão, insuficiência cardíaca e

diabete, entre outras. Outras, mais limitadas (Billings et al., 1993; Billings et al., 1996; Niti et al., 2003), enfocam as principais causas de internação local. Tampouco há uniformidade no que se refere às internações desnecessárias. Enquanto Alfradique (Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais, 2003) as contabiliza, Caminal, Starfield e outros (Caminal Homar et al., 2003a; Caminal et al., 2004) consideram que a inclusão dessas causas tira especificidade do indicador enquanto 'proxy' da efetividade de políticas de APS, pois a APS não teria poder sobre essas hospitalizações.

Bases de dados hospitalares com adequadas informações clínicas e sociodemográficas dos pacientes que internaram têm sido usadas tanto para análises individuadas como ecológicas (Caminal Homar et al., 2001; Caminal et al., 2002; Caminal Homar et al., 2003b; Bermudez-Tamayo et al., 2004). Outras com menor detalhe sobre a pessoa, foram usadas em estudos ecológicos, comparando as taxas de internação por CSAP entre regiões, usando como indicador socioeconômico a renda média per capita do bairro ou região de moradia do paciente, identificados pelo código postal (Billings et al., 1993; Billings et al., 1996). De modo geral, os resultados encontrados têm mostrado maiores taxas de internação por essas causas entre a população de baixa renda, com alguma variação no seu conjunto ou em causas específicas, dependendo da oferta de serviços de saúde – as diferenças são menos marcadas onde há provisão pública dos serviços, como no Canadá (Billings et al., 1996) e Espanha (Caminal Homar et al., 2001; Caminal Homar et al., 2003b; Bermudez-Tamayo et al., 2004), ou quando a necessidade de treinamento médico facilita o acesso da população de baixa renda a prestações específicas, como programas de residência em cirurgia (Billings et al., 1993).

Silva (Silva, 2003), ao avaliar o impacto do PSF através da tendência de internações por algumas causas evitáveis no município de Sobral (CE), observa uma queda de 9% em 1995 e 1996 para 1% em 2001 e 2002, com forte correlação e grande significância estatística ($r=-0,98$; $p<0,001$) para as internações por desnutrição, embora a proporção de internações por infecções intestinais tenha apresentado menor correlação ($r=0,46$) e significância estatística ($p=0,13$), com 27% e 31% das internações hospitalares em 2001 e 2002. As doenças respiratórias mantiveram-se estáveis no período ($r=-0,04$; $p=0,5$), representando 43% das internações em 2001 e 26% das internações em 2002. Essas duas últimas causas, somadas, representam 64% das internações realizadas pelo SUS no período (calculado a partir dos dados apresentados – tab. 12, p. 83).

3 Justificativa

Os indicadores de saúde têm um importante papel a cumprir no planejamento, programação e avaliação das políticas e ações de saúde, informando os atores e orientando suas decisões. O PSF, lançado há uma década e com adesão crescente por parte dos municípios, ainda não foi adequadamente avaliado em todos seus aspectos. Não apenas uma avaliação de seu impacto é necessária, como um indicador de impacto que permitisse o monitoramento e comparação de diferentes áreas contribuiria para vencer o desafio manifesto (Goulart, 2002) de avaliação e acompanhamento continuado do programa.

Entre as ações voltadas à avaliação da atenção primária está o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, que foi “concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica” [(Brasil, 2003), p. 221], nos diferentes municípios do país. O Ministério da Saúde enfatiza que o objetivo do Pacto é a avaliação global desse nível de atenção e não a avaliação de ações específicas, e nesse sentido é pactuada uma lista de indicadores de desempenho (cobertura vacinal e pré-natal, entre outros) e resultado (mortalidade infantil e materna, mortalidade e internação hospitalar por causas específicas, entre outros). Entretanto não há, no Pacto, um indicador agregado, que avalie de modo integrado o impacto da Atenção Básica (AB) sobre a saúde da população. Além disso, o uso de taxas de mortalidade ou morbidade por diferentes causas isoladas permite a melhora desses indicadores através de ações específicas, sem que necessariamente se alcance o objetivo do Pacto, que é a melhora da Atenção Básica como um todo. O leque de diferentes diagnósticos de internações por CSAP é mais abrangente que aquele utilizado no Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (Brasil, 2005b), restrito às taxas de internação registradas no SIH/SUS por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade, por acidente vascular cerebral (AVC) e por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e às proporções de internação por diabetes e por cetoacidose e coma diabético. O desenvolvimento teórico-metodológico do indicador pode contribuir ainda para a comparação do impacto da APS entre diferentes países, uma demanda de organismos internacionais (Atun, 2004).

Outro importante esforço de avaliação do SUS também acontece no âmbito da APS: um dos três componentes do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (Brasil, 2006c) refere-se à avaliação da atenção básica (não só a Saúde da Família). Neste momento estão sendo apresentados os primeiros resultados dos estudos de linha de base (Facchini LA, 2005), iniciando um processo

de monitoramento e avaliação com um amplo perfil da atenção primária nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes. Diferentes grupos de pesquisa do país concluíram o primeiro momento dessa avaliação, com diferentes métodos de investigação, nos municípios sob sua responsabilidade. Mas se, por um lado, essa diversidade é rica nas abordagens da pesquisa avaliativa sobre a atenção primária, o uso de diferentes métodos tem a limitação de impedir um retrato integrado dos grandes municípios em todo o país.

As CSAP são um indicador bastante intuitivo e útil para pequenas áreas (Billings et al., 1993; Billings et al., 1996; Caminal et al., 2002; Mendes, 2002; Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais, 2003), o que permite comparações diretas de pequenos e grandes aglomerados populacionais, podendo servir de importante subsídio aos gestores e conselheiros de saúde, em qualquer nível do sistema. A redução de internações por essas causas não só representaria uma melhora nas condições de saúde da população como economizaria dinheiro ao SUS. Mendes (Mendes, 2002) é enfático ao defender o uso do indicador como instrumento de avaliação da atenção primária, apontando as CSAP como responsáveis por 34% das internações pagas pelo SUS em 2001, a um custo de R\$6,00 per capita/ano.

No Brasil, as CSAP podem ser obtidas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o que facilita seu o monitoramento ao longo do tempo e a comparabilidade entre municípios e outros agregados. O SIH/SUS recolhe informações da ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), usada para pagamento de todas as internações hospitalares pelo SUS no país, em hospitais públicos ou conveniados ao Sistema. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD/1998), 63,1% das internações foram pagas pelo SUS e 24,6% por planos de saúde (Castro et al., 2002).

O uso de informações hospitalares permite ainda a captação de casos não identificados pelos serviços de APS, uma limitação da definição de resolubilidade como a proporção de pessoas não encaminhadas a outros serviços, entre as atendidas pelo médico.

4 Marco teórico

4.1 Determinação da efetividade da Atenção Primária à Saúde

Se, diante das possíveis explicações para a ocorrência do processo saúde-doença, mesmo em uma concepção multicausal a epidemiologia tende a debruçar-se

especialmente sobre os aspectos biológicos, na análise de políticas de saúde deve-se necessariamente aumentar o protagonismo do “social” na elaboração do marco teórico. Lembremos primeiro que, especialmente neste caso, talvez seja mais adequado referir-se à tríade saúde-doença-atenção, pois o reconhecimento da doença ou moléstia demanda considerar a atenção ao problema (Menéndez, 1998). É conveniente lembrar ainda que a APS pode ser considerada o “primeiro nível” dos sistemas nacionais de saúde, mas não da própria atenção, já que a primeira ação nesse sentido se dá em nível domiciliar, pelo doente e sua rede de apoio (Comelles, 1993; Uribe-Oyarbide, 1995; Canals et al., 1996).

A revisão da literatura mostrou a importância da noção de dominação (de poder, portanto) no entendimento do modelo de atenção, seja na relação entre o modelo biomédico e os princípios da APS, seja na relação entre médico e paciente (ambos formados no modelo médico hegemônico) – enquanto o modelo médico hegemônico baseia-se na dominação, a APS propõe o ‘empoderamento’. Vimos ainda que não basta a norma ou prescrição para que determinado modelo se efetue ou determinada conduta se cumpra, pois o que é prescrito passa necessariamente pelo filtro da cultura, manifestada no cotidiano. Assim, pode nos auxiliar a filosofia de Michel de Certeau (Certeau, 1994), quem observa as relações de dominação na sociedade e entende as ações estratégicas como aquelas referidas aos grupos de maior poder e projetadas para uma maior duração no tempo, enquanto as ações táticas são as ações breves, fruto da adaptação astuta e subversiva da norma, e utilizadas no cotidiano pelos grupos de menor poder. No âmago do modelo médico hegemônico, os princípios do SUS, da APS ou PSF – que não diferem, como visto – são os elementos contra-hegemônicos, subversivos (claramente, na história brasileira, os grupos que lutam pela sua reforma sanitária têm muito menor poder que o complexo médico-industrial (Teixeira, 1995)). Mas essa relação é dialética, pois, na forte normatização do PSF, são os elementos representantes do modelo médico hegemônico quem subverte a Estratégia de Saúde da Família (Goulart, 2002).

Em consequência, podemos pensar que no cotidiano das equipes de atenção primária – sejam Equipes de Saúde da Família ou trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde no modelo “tradicional” (nome dado pelo Ministério da Saúde à Atenção Básica ‘não-PSF’) – os elementos instituídos (pelo Estado ou pelo discurso técnico-científico) e de longa permanência são os que se referem às ações estratégicas. As características de estrutura física e organizacional (as normas e fluxogramas de trabalho) das unidades representam o modelo de atenção adotado pelo município e a

estratégia para alcançar esse objetivo. Os elementos de organização local do trabalho e de relação da equipe com os usuários – resultados de ações individuais ou organizadas em grupos locais – são os que se referem às ações táticas.

Essas ações podem ser reconhecidas pelo cumprimento da carga horária segundo a categoria profissional (e especialidades, entre os médicos), pela presença do médico nas reuniões de equipe, de comunidade, do Conselho Local de Saúde, sua participação em grupos de atenção e nas Visitas Domiciliares, entre outras variáveis relacionadas à organização e gestão local do trabalho pelas Equipes de Saúde. Na relação dialética entre princípios do SUS e da APS, modelo biomédico, instituição e trabalhadores – em que subverter os princípios do SUS e da APS freqüentemente é apoiar o modelo biomédico –, as ações táticas dos trabalhadores de saúde e comunidade podem visar tanto o fortalecimento como a subversão das normas instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Essa relação e conseqüentes ações executadas dão-se num contexto de negociação entre o técnico e o político (Testa, 1989; Campos, 1996) e conferem movimento ao “furacão de base invertida” com que Campos (Campos, 1996) representa o modelo de atenção, para fugir à idéia de rigidez oferecida pela “pirâmide” organizada em níveis hierárquicos de atenção.

O estudo tem por princípio a idéia de que políticas de Estado são resultantes de disputas de poder na sociedade, e que sob essa ótica devem ser encaradas. Essa idéia, obviamente, não é nova, e teve seu mais famoso manifesto (Marx e Engels, 2001) no mesmo ano de 1848, em que Virchow e Leubuscher editam o semanário *A Reforma Médica*, sintetizando o movimento da Medicina Social (Rosen, 1980). Ela nos faz lembrar que, no recorte do objeto deste estudo, categorias como o “papel do Estado”, os “propósitos de governo” e a “organização do sistema” devem ter destaque, já que são elas que conformam o contexto das políticas de saúde.

Essas categorias são propostas por Testa (Testa, 1989), quem aborda a saúde como “campo de força” em que a categoria central é poder, e afirma uma “relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam disso” (Testa, 1989), p. 109). Em seu “postulado da coerência” (Figura 1), a organização das instituições – onde se concretiza a atenção – é determinada, em nível macro, pela história (e a condiciona) e, em nível micro, pelos propósitos de governo e pelo método (e os condiciona), enquanto estes são determinados pelo papel do Estado e pela teoria e condicionados um pelo outro. A história determina o papel do Estado e a teoria, e é a única categoria que não aparece

determinada por outra – mas pode-se entender a história como o resultado de todas as categorias (incluindo a si própria) construindo-se ao longo do tempo.

É claro que o “papel do Estado” e os “propósitos de governo” não se referem somente ao setor saúde, mas a todos os âmbitos da sociedade. Assim, por exemplo, o Estado neoliberal não entende como seu papel a reabilitação da saúde, não propõe uma epidemiologia ‘crítica’ – e em vez disso uma multicausalidade de “caixa-preta” vazia (Skrabanek, 1994) –, nem pretende mudar o modelo de atenção que, como está, rende grandes dividendos ao complexo médico-industrial, já o dissemos. O postulado da coerência contribui para entender essa relação e encontrar, entre os diferentes setores da sociedade, as categorias de análise da determinação dos resultados de políticas de APS, particularmente o PSF, que é o foco deste estudo. Buscaremos, então, variáveis indicadoras do papel do Estado e dos propósitos do governo em outros âmbitos, além do setor saúde, como a economia e a educação. Assim, indicadores de iniquidade social como a concentração de renda e propriedade, proporção de pobres, desemprego, más condições de moradia, evasão escolar e existência de políticas para a melhoria desses indicadores, nos municípios, se correspondem com essas categorias.

O pensamento de Certeau (Certeau, 1994) sobre os modos de dominação e resistência quotidiana – ações estratégicas, de longa duração, e táticas, de curta duração – vem ao encontro do “pensamento estratégico” de Mario Testa (Testa, 1989), e ambos contribuem para a busca e entendimento de variáveis de estudo relacionadas aos modos de agir e se organizar dos trabalhadores e instituições de saúde, na sua relação com a população e usuários desses serviços.

No mesmo sentido, Starfield, “referência obrigatória [em estudos sobre APS]” (Goulart, 2002), p. 49) tem mostrado a importância da iniquidade sobre a situação de saúde, tanto de indivíduos como de populações, e propõe (Starfield e Paganini, 2000; Starfield, 2002c; Starfield, 2002b) marcos conceituais partindo do contexto político, entendendo (como Testa) que esse é o principal determinante das políticas aplicadas sobre a população e das exposições a que os indivíduos estão sujeitos.

A ‘história’ é dada pela organização social e por experiências de gestão pública da região, município ou bairro. Por exemplo, enquanto municípios gaúchos mais antigos, de fundação açoriano-portuguesa, construíram ‘hospitais de beneficência’ e ‘santas casas de misericórdia’, entre os municípios resultados de áreas de colonização – alemã, italiana, polonesa, entre outras origens – foi comum a construção de ‘hospitais comunitários’. O mercado de trabalho, que distribui a força de trabalho

médico, no modelo médico hegemônico ou do médico especialista é dado pela oferta privada – o preço da consulta, o valor pago pelos planos de saúde, o espaço nos hospitais e a aceitação e encaminhamento de pacientes pelos outros membros da corporação – e, também, pública – possibilidade de cargos ou contratos públicos. No mercado de trabalho da APS a oferta é predominantemente pública, determinada por políticas públicas – especialmente, mas não exclusivamente as de saúde – vividas na história de saúde da região, município ou mesmo o bairro.

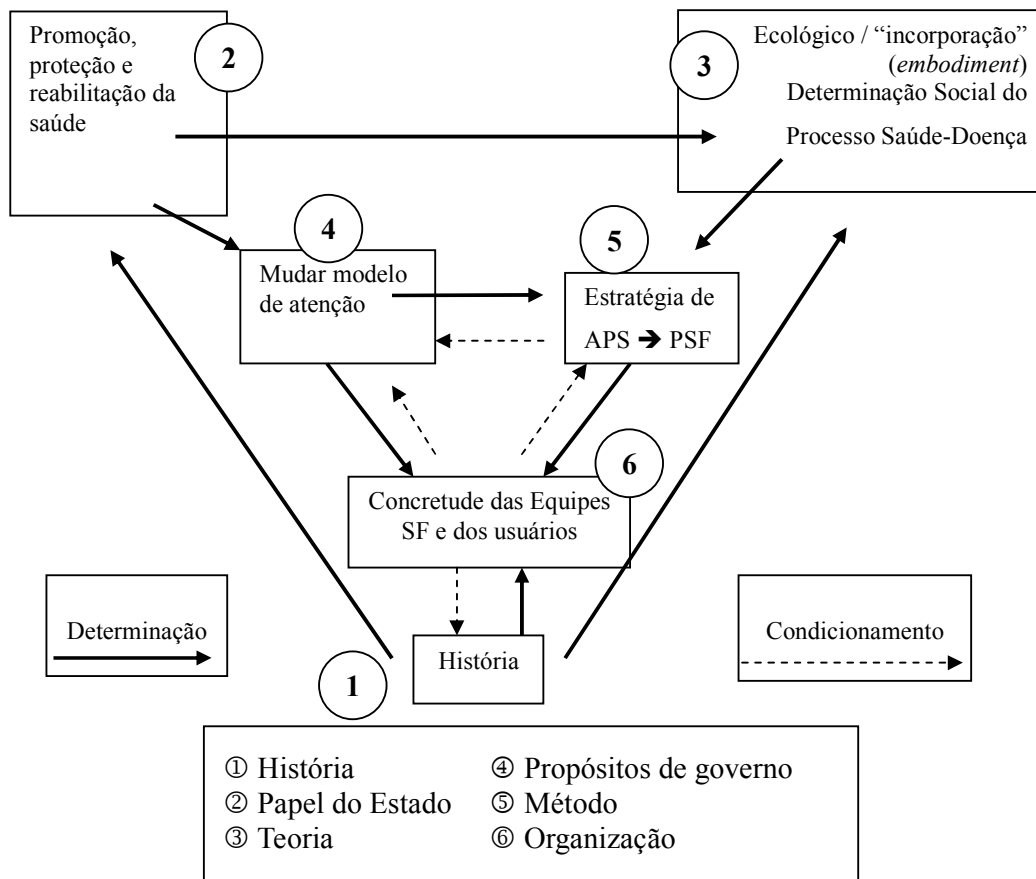


Figura 1 - Uso do postulado da coerência para análise do Programa Saúde da Família. Adaptado de (Testa, 1989).

Independente de que a epidemiologia consiga definir ou um estudo particular medir adequadamente as variáveis que conformam o pensamento em saúde em determinado lugar e tempo, ela deve estar atenta à questão, inclusive para construir essa medida e inseri-la nas análises epidemiológicas. O tamanho e densidade

populacional de um município, mais fáceis de ser medidos, são também resultados de sua história. E o tamanho do município é um forte determinante da adoção do PSF pelo município, diante dos atuais valores de repasse financeiro do MS ao município. Essa questão justifica uma análise por estrato de tamanho do município e talvez o ajuste das taxas de internação por CSAP por faixas de tamanho do município ou o teste de um termo de interação entre as variáveis relacionadas à organização dos serviços e o tamanho do município.

Por outro lado, a hospitalização carrega aspectos de uma relação de consumo, onde têm peso (desigual) as expectativas do usuário e as prescrições do médico sobre a conduta terapêutica frente a um paciente e um problema de saúde específico. A opinião de ambos – médico e paciente – sobre a adequação da internação hospitalar dependerá fundamentalmente de seu modo de inserção no modelo médico e da situação clínica do paciente, além de outras condições, como a possibilidade de adquirir e administrar a terapêutica indicada num fim-de-semana, por exemplo. Mas tanto o agravamento da situação clínica do paciente como a impossibilidade de administrar a terapêutica podem – devem – ser atribuídos ao sistema, já que são internações evitáveis e, a fim e cabo, a saúde é direito fundamental e o Estado responsável pela saúde de seus cidadãos, mesmo quando essa responsabilidade não é assumida. Assim, no destaque do objeto de estudo, os aspectos relativos à condição clínica do paciente e suas possibilidades de efetivação da terapêutica, são referidos ao sistema de saúde, que deve fazer frente a esses problemas. Não obstante, essas variáveis entram no modelo de análise como possíveis confundidores ou modificadores do efeito do sistema de saúde sobre as hospitalizações por CSAP. Proxies da condição clínica e de necessidades de saúde, as chances de internação foram maiores, nos dados da PNAD/1998, entre as pessoas com 80 ou mais anos de idade, quanto pior o estado de saúde auto-referido, quanto pior o estado funcional e quanto maior o número de doenças crônicas referidas pelo indivíduo (Castro et al., 2002).

Finalmente, a Figura 2 apresenta o diagrama do modelo teórico proposto para estudos de efetividade da atenção primária / atenção básica, que resume a discussão apresentada até aqui. Neste estudo, o indicador de efetividade (o desfecho em estudo) é dado pelas as hospitalizações por CSAP registradas no SIH/SUS.

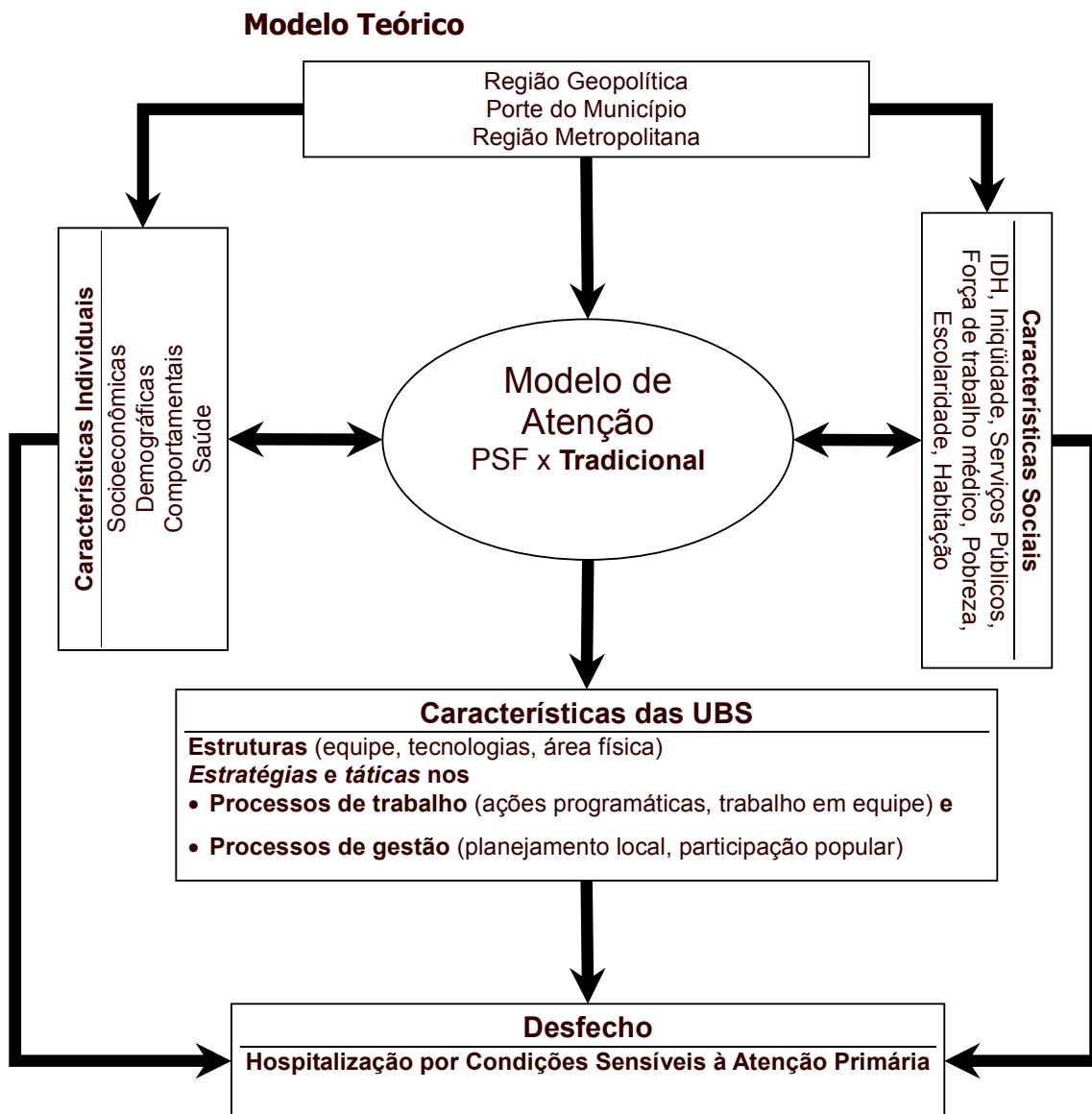


Figura 2 – Diagrama do modelo teórico da efetividade da APS.

4.2 A medida do desfecho: quais interações devem ser creditadas ao indicador?

O conceito de Ambulatory Care Sensitive Conditions ainda é novo, o que se reflete na diversidade de listas de códigos diagnósticos. O desafio atual é desenvolver seu entendimento para conseguir maior homogeneidade nas listas de causas, dando maior comparabilidade aos estudos. Diferentes estudos construíram suas listas através de métodos de formação de consenso. Caminal e colaboradores, na Espanha (Caminal Homar et al., 2001; Caminal et al., 2001; Caminal et al., 2002; Caminal

Homar et al., 2003a; Caminal Homar et al., 2003b; Caminal et al., 2004), têm dado importante contribuição ao entendimento do indicador, com ênfase na separação dos dois diferentes atributos do indicador, o que se refere à evitabilidade da internação e o que se refere à responsabilidade da APS sobre o problema que gerou a internação.

Deve-se decidir ainda sobre a inclusão ou não, no indicador das internações desnecessárias. O grupo citado (Caminal et al., 2001; Caminal et al., 2002; Caminal Homar et al., 2003a; Caminal et al., 2004) considera que a necessidade da internação, quando falta a intervenção oportuna e de qualidade, é o que garante a validade do indicador como medida de resolubilidade da APS. As internações desnecessárias, segundo os autores, seriam mais atribuíveis às políticas de admissão hospitalar e à prática médica nos diferentes hospitais. É proposta (Caminal et al., 2004) a separação dos códigos em uma lista nuclear, sem as internações desnecessárias, e outra lista ampliada, que as incluiria. A lista nuclear é sugerida para a avaliação da qualidade da APS em pequenas áreas, enquanto a lista ampliada seria usada para uma avaliação global do desempenho da APS.

Para a seleção das CSAP, a maioria dos estudos constrói uma lista de códigos a partir de revisão bibliográfica e a apresenta a um grupo de expertos, para formação de consenso em torno desses códigos (Caminal et al., 2002). Esse procedimento, ainda que tenha muitas vantagens (Caminal et al., 2001; Caminal et al., 2002; Caminal et al., 2004), pode gerar um viés na definição do indicador, na medida em que é mais difícil incluir algum código na lista que excluir os que aparecem. Isso pode ser inadequado nesse momento de desenvolvimento conceitual do indicador. Em Valência, na Espanha, o estudo de validação de uma lista de CSAP para a população infantil a partir de uma lista-base de códigos mais ampla, sem limitação em função da ocorrência da causa, permitiu uma lista final também mais ampla de CSAP (Caminal et al., 2002).

5 Objetivos

5.1 Geral

Avaliar o impacto do PSF sobre as hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no Rio Grande do Sul (RS).

5.2 Específicos

- Descrever as taxas de internação por CSAP realizadas pelo SUS no Estado em 2005, por município de residência, Coordenadoria Regional de Saúde, macrorregião do Estado, sexo e faixa etária;

- Comparar as taxas de internação por CSAP entre os municípios do Estado em 2005, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde do município;
- Descrever a série histórica das taxas de internação por CSAP no RS a partir de 1998, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde nos municípios;
- Comparar a série histórica das taxas de internação por CSAP com a dos indicadores que tiverem mostrado correlação média ou forte, assim como com indicadores selecionados do Pacto da Atenção Básica, no Estado.
- Comparar as taxas de internação por CSAP entre os municípios do Estado com PSF instalado, segundo variáveis de estrutura e desempenho das Equipes de Saúde da Família;
- Comparar as taxas de internação por CSAP em 2005, entre os municípios do Estado com mais de 100 mil habitantes estudados pelo PROESF, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de estrutura e desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Estimar o efeito de residir em área de abrangência do PSF (Área de Saúde da Família) sobre a probabilidade de um diagnóstico CSAP entre os residentes de Bagé, RS, internados pelo SUS nos hospitais do município, ajustado para variáveis socioeconômicas, demográficas, relacionadas à saúde;
- Estimar o efeito de ser usuário do PSF sobre a probabilidade de um diagnóstico CSAP entre os residentes de Bagé, RS, internados pelo SUS nos hospitais do município, ajustado para variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas à saúde.

6 Hipóteses

- A internação por CSAP está negativamente associada a:
 - residir em área de abrangência do PSF com bons indicadores de desempenho;
 - ser usuário de Equipe de Saúde da Família com bons indicadores de desempenho.
- Maiores taxas de internação por CSAP estão positivamente associadas a:
 - sexo feminino;
 - idades extremas (crianças e idosos);
 - municípios com piores indicadores socioeconômicos;

- municípios de menor população;
- municípios predominantemente rurais;
- municípios de menor densidade demográfica
- municípios com pior desempenho entre os indicadores do Pacto da Atenção Básica;
- municípios com estrutura de saúde voltada à média/alta complexidade;
- municípios com menor cobertura do PSF;
- municípios com maior número médio de pessoas atendidas por Equipe de Saúde da Família;
- municípios com piores indicadores de desempenho do PSF;
- municípios com menor tempo de implantação do PSF.

7 Método

7.1 Delineamento

Delineamento composto por dois estudos: ecológico e individual transversal de base hospitalar (Figura 3). O primeiro busca estimar o efeito da instalação do PSF sobre as taxas de hospitalização por CSAP e investigar sua associação com indicadores selecionados, nos municípios gaúchos. O estudo individuado transversal de base hospitalar, realizado Bagé, RS, compara a ocorrência de internação por CSAP segundo a residência em Área de Saúde da Família (ou não) e uso do PSF, entre os residentes que internaram nos hospitais do município, ao fim de 2006.

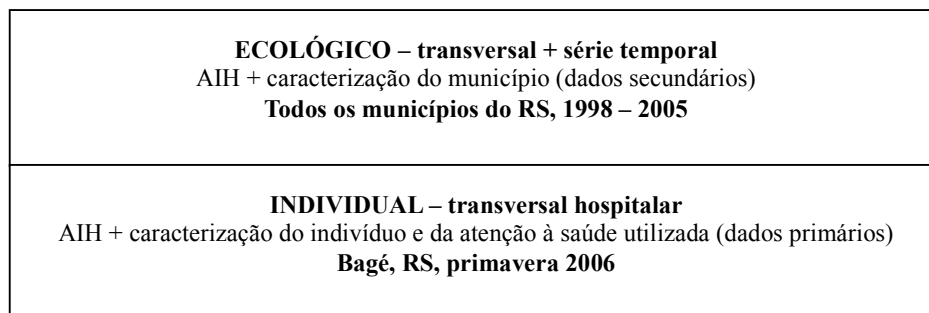


Figura 3 – Esquema de delineamento do estudo.

O estudo proposto pode ser classificado como pesquisa de avaliação do impacto de uma política de saúde (Novaes Hde, 1987). O nível de inferência que se pode esperar é o de plausibilidade (Habicht et al., 1999), posto que há um grupo controle (o modelo “tradicional”, não-PSF) e a exposição não é designada

aleatoriamente.

7.2 Justificativa da escolha do delineamento

A avaliação do impacto de políticas de saúde pode ser feita através de medidas de saúde dos indivíduos atingidos diretamente pelas ações decorrentes dessas políticas, em estudos individuados, ou pelo acompanhamento de indicadores populacionais, em estudos ecológicos. Estes, quando existem registros adequados, têm as vantagens de responder a perguntas de pesquisa referentes à coletividade, com baixo custo e rapidez (Sorensen et al., 1996), enquanto os primeiros respondem a perguntas referentes aos indivíduos dessas coletividades, frequentemente necessitando a coleta de dados primários.

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são um indicador indireto do acesso oportuno e efetivo a serviços de atenção primária. Permitem avaliar o acesso e qualidade da atenção prestada nesse nível do sistema com o uso de dados secundários, como são os registros hospitalares. No Brasil, 63,1% das internações hospitalares em 1998 foram pagas pelo SUS (Castro et al., 2002), proporção que deve ser bem maior entre a população atendida pelo PSF. Informações referentes ao motivo da internação, procedimento realizado, sexo, idade e município de residência do paciente são registradas nas bases de dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). A partir dessas informações, podem-se calcular taxas de internação por CSAP e compará-las entre municípios segundo a implantação do Programa Saúde da Família, ajustando por indicadores de desempenho, cobertura e tempo de implantação do PSF no município, entre outras variáveis ecológicas relacionadas à saúde, como urbanização, alfabetização e renda média dos habitantes, economia do município e acesso a serviços.

Assim, enquanto o estudo ecológico é útil para responder à pergunta “os municípios com o PSF implantado têm menor taxa de internação por CSAP que os demais?”, a análise individualizada permite saber se residir em Área de Saúde da Família ou ser usuário do PSF se associa a um diagnóstico de CSAP, entre os residentes no município hospitalizados pelo SUS. O delineamento ecológico se justifica pela disponibilidade dos dados, baixo custo da pesquisa e facilidade de avaliar vários agregados populacionais em diferentes períodos de tempo, ajustando por outras variáveis ecológicas relacionadas à determinação da saúde-doença e acesso a serviços. Além disso, traz à discussão o uso das internações evitáveis por CSAP como indicador útil ao acompanhamento e avaliação do impacto da estratégia de atenção

primária adotada no município.

O estudo individuado é proposto para um entendimento da relação entre o modelo de atenção utilizado pelo paciente previamente à internação e a probabilidade de que a causa de internação seja uma CSAP, sem o risco da falácia ecológica. A prevenção da falácia ecológica e a possibilidade de controle de variáveis individuais determinantes do evento em estudo conferem aos estudos individuais maior validade interna que os ecológicos para inferências sobre os indivíduos. Entretanto, deve-se ressaltar que o delineamento individuado proposto, ao analisar apenas pacientes hospitalizados, não permite inferências sobre o risco de hospitalização. Por outro lado, a consistência nos resultados entre diferentes estudos é um dos critérios de causalidade de Bradford-Hill. Assim, se tanto a nível ecológico como individual as hipóteses forem corroboradas, com associações no mesmo sentido, aumenta a plausibilidade de que o efeito sobre as hospitalizações por CSAP deva-se mesmo ao PSF e não a outros fatores. Entre os diferentes delineamentos de estudos individuados, a justificativa para um estudo transversal de base hospitalar é sua eficiência e facilidade logística. Dada a natureza da pergunta de pesquisa – avaliar políticas de atenção primária –, um inquérito populacional que estimasse diretamente a ocorrência das CSAP poderia ser mais adequado. Entretanto, o tamanho de amostra mínimo para encontrar, por exemplo, um efeito protetor de 25% do PSF sobre as internações por CSAP na população residente na zona urbana de Pelotas, dada uma cobertura de PSF em torno de 21% (Brasil, 2006a), e considerando uma ocorrência de internações entre a população não usuária do PSF em torno de 2%, com confiança de 95% e poder de 80%, é de cerca de 35.000 sujeitos de estudo.

7.3 Desfecho

Internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Como CSAP serão considerados os códigos da Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica. Essa lista foi elaborada a partir de uma oficina de discussão de um grupo expertos, ocorrida em Belo Horizonte em 9 de dezembro de 2005, da qual participei. Prévia à discussão, cada membro do grupo respondia a uma série de questões sobre os códigos apresentados, seguindo o método e referencial teórico de Caminal (Caminal et al., 2001). Os grupos de causa considerados são apresentados no Quadro 1; a lista completa é apresentada no ANEXO 1.

Quadro 1 – Grupos de causa da Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica

- 1- D preveníveis por imunização e condições evitáveis
- 2- Gastroenterites Infecciosas e complicações
- 3- Anemia por deficiência de ferro
- 4- Deficiências Nutricionais
- 5- Infecções de ouvido, nariz e garganta
- 6- Pneumonias bacterianas
- 7- Asma
- 8- D Pulmonar obstrutiva crônica
- 9- Hipertensão
- 10- Angina pectoris
- 11- Insuficiência Cardíaca
- 12- Doenças Cerebrovasculares
- 13- Diabetes melitus
- 14- Epilepsias
- 15- Infecção no Rim e Trato Urinário
- 16- Infecção da pele e tecido subcutâneo
- 17- Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
- 18- Úlcera gastrintestinal com hemorragia e/ou perfuração
- 19- Neoplasia maligna do útero
- 20- Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

7.4 Estudo ecológico

Estudo ecológico sobre as taxas de internação por CSAP no Estado.

População-alvo

Residentes no RS usuários do SUS;

População elegível

Residentes no estado, sob risco de internar por CSAP pelo SUS em 2005.

Fontes de dados

Bases de dados detalhadas do movimento mensal do SIH/SUS. As bases do SIH/SUS serão condensadas em uma base única com as variáveis de interesse. A

tabulação dos dados será feita com o programa Tabwin, do Ministério da Saúde, através da criação de uma “tabela de conversão” com os códigos resultantes da lista final (ANEXO 2). As “tabelas de conversão” são arquivos de extensão ‘cnv’ que o programa usa para decodificar os dados e executar as tabulações solicitadas. A alteração dos “arquivos de definição” e das “tabelas de conversão” – arquivos ‘def’ e ‘cnv’, respectivamente – permite a criação de diferentes opções de tabulação das bases disponíveis no site do DATASUS e de outros bancos em ‘dbf’.

Como denominador das taxas populacionais será utilizada a população residente por ano disponibilizada no DATASUS (Brasil, 2005a).

Variáveis independentes

As variáveis independentes e suas fontes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1- Variáveis independentes, sua fonte de dados, forma original de registro da informação e forma planejada para análise.

Variável	Fonte de dados	Forma de Registro	Categorias de Análise
Idade	Sexo SIH SIH	Dicotômica Discreta	Masculino/Feminino < 1 ano 1-14 anos 15-64 60 e +
Município de residência	SIH	Nominal	Nominal
Região de residência	SIH	Nominal	Nominal
Nº de habitantes do município	DATASUS	Discreta	Ordinal < 15 mil 15 50 mil 50 100 mil 100 mil ou +
Ano de implantação do município	PNUD	Discreta	Dicotômica Antes de 1991 A partir de 1991
% da população vivendo em área urbana	DATASUS	Contínua	Ordinal (quartis)
Rendimento mensal das pessoas com 10 ou mais anos de idade	PNAD/IBGE	Contínua	Ordinal
Concentração de renda: razão entre o nº de pessoas com 10 anos ou mais com rendimento mensal maior que 10 salários mínimos e o nº de pessoas com até 3 salários mínimos	PNAD/IBGE	Contínua	Categorização por quartis Ordinal Categorização por quartis
% de crianças de 10 a 14 anos com menos de 4 anos de estudo em 2000	PNUD	Contínua	Ordinal
Índice de Desenvolvimento Humano do município (IDHM)	PNUD	Contínua	Categorização por quartis Contínua; Ordinal (quartis)
Indicadores do Pacto de Atenção Básica do SUS	SISPACTO	Contínua	Contínua
Implantação do PSF no município	SIAB	Dicotômica	Sim/Não
Taxa de cobertura populacional do PSF nos municípios com o Programa implantado	SIAB	Contínua	Contínua
Número médio de moradores atendidos em cada equipe por município com PSF	SIAB	Contínua	Categorizada por faixas de financiamento do PSF Ordinal Mais de 4.500 hab. 3.500 – 4.500 hab. Menos de 3.500 hab.
Ano de implantação do PSF	SIAB	Discreta	Ordinal

Plano de análise

Descrição das principais causas, por sexo, faixa etária e porte do município (número de habitantes). Construção de um modelo de predição de menores taxas de internação por CSAP, com base no marco teórico, mediante análise por regressão binomial negativa (em função da repetibilidade do evento em estudo (Castro et al., 2002), o que faz que nem todas as observações sejam independentes). Comparação dos resultados dessa análise com os de uma análise por regressão de Poisson. Será testada a hipótese de modificação do efeito do PSF sobre as internações por CSAP com tamanho, urbanização, escolaridade média e concentração de renda do município. Em função da diversidade etiológica do indicador, serão realizadas análises separadas por estratos de causa, idade e sexo. Os dados serão analisados no programa Stata 9.0.

7.5 Estudo transversal de base hospitalar

Estudo transversal sobre os residentes do município de Bagé, RS, internados pelo SUS nos hospitais do município, para testar as hipóteses nulas de que a proporção de CSAP é similar entre os residentes em Áreas de Saúde da Família (ASF) e os não residentes em ASF, assim como entre os usuários e não usuários do PSF. Um esquema do estudo é apresentado na Figura 4

População-alvo

Residentes no município de Bagé usuários do SUS.

Critérios de inclusão

Internar pelo SUS nos hospitais do município e estar em condição de responder ao questionário. Aceitação formal da participação na pesquisa, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO 3).

Critérios de exclusão

Mulheres internadas para realização de procedimentos obstétricos, incapacidade para responder ao questionário, julgada pela entrevistadora, transferência da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a outro hospital, óbito.

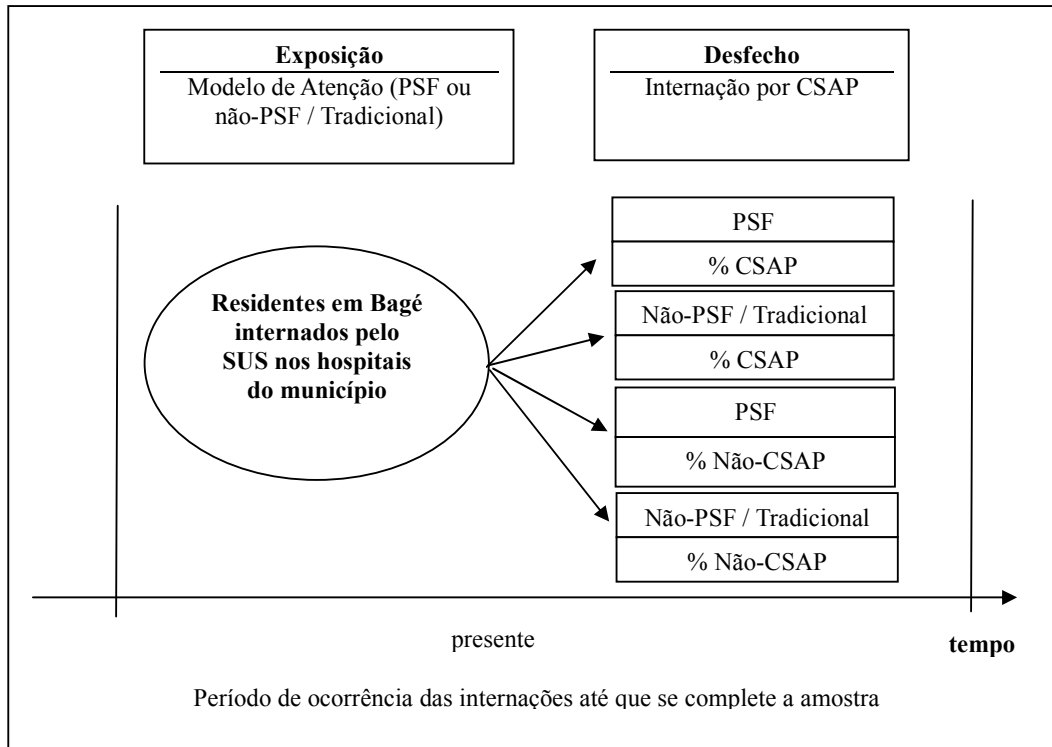


Figura 4 – Diagrama de delineamento do estudo transversal de base hospitalar.

Tamanho da amostra

O número mínimo de sujeitos deverá ser suficiente para encontrar, com 80% de poder e confiança de 95%, um efeito protetor do PSF sobre a probabilidade de que o diagnóstico de internação seja uma CSAP de pelo menos 20%, entre os habitantes de Bagé que internam pelo SUS. A proporção de pessoas cadastradas no PSF no município Bagé é de 42,6% (Brasil, 2006a), o que pode ser considerado a proporção de expostos. Diante da escassez de estimativas de ocorrência do desfecho em nosso meio, foi realizada uma tabulação das taxas de internação por CSAP segundo a Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ANEXO 4). A tabulação foi realizada no programa TabWin (Brasil, 2006b) com a criação de uma “tabela de conversão” e alteração do “arquivo de definição” – no processo apresentado anteriormente. Foram tabulados os registros de internações de residentes em Bagé ocorridas no município no ano de 2005. Segundo essa tabulação, a média mensal foi de 659 internações e a proporção de CSAP entre as internações foi de 34% – 542 internações por mês e 42% de CSAP, se excluirmos os partos.

O tamanho mínimo calculado pelo Epi-Info para uma amostra encontrar, com

95% de confiança e 80% de poder, um efeito protetor do PSF sobre as internações por CSAP de pelo menos 20% (Risco Relativo = 0,8), considerando uma proporção de 48% de CSAP entre os não expostos e uma exposição (cobertura do PSF) de 43% é de 893 pessoas. Acrescentando-se 10% para perdas e recusas e mais 30% para permitir análises por estratos e conferir maior estabilidade estatística ao ajuste para fatores de confusão, o tamanho final é de 1.277 sujeitos.

Instrumentos

Para as variáveis relativas às pessoas: questionário aplicado durante a internação hospitalar, por entrevistadores treinados para esse fim. Para as variáveis relativas à Unidade Básica de Saúde (UBS): variáveis selecionadas e adaptadas do estudo de linha de base do PROESF, Lote Sul (Facchini LA, 2005).

Os instrumentos de coleta de dados são adaptados daqueles usados na pesquisa de linha de base do PROESF no Lote Sul (Facchini LA, 2005) e encontram-se anexo (ANEXOS 5 a 9). Foram selecionadas questões de interesse, algumas sem modificação da pergunta, e criadas outras especificamente para este estudo, especialmente sobre a internação hospitalar e uso de serviços de saúde.

Variáveis independentes

❖ Para todos os sujeitos de estudo:

- Exposições principais: residir em área de cobertura do PSF; ser usuário do PSF (pelo menos uma das três últimas consultas médicas foi no PSF);
- Demográficas e socioeconômicas: sexo, idade, renda média familiar, classificação ABEP; características do domicílio (água encanada, nº de banheiros, destino do lixo, tipo de casa);
- Características da atenção e da Equipe na UBS de referência (estrutura e processo de trabalho):
 - Estrutura
 - realização de pós-graduação e área da pós-graduação pelo médico ou enfermeira;
 - tempo, em meses, do médico e enfermeira na UBS;
 - realização de curso de capacitação do PSF (trabalhadores da UBS);
 - nota do trabalhador sobre sua satisfação com a estrutura da UBS, o atendimento à demanda na UBS e no domicílio, o trabalho em equipe, o preenchimento de formulários e relatórios,

a reunião de equipe, reuniões com a comunidade e com a coordenação local da Unidade;

- acesso a publicações do Ministério da Saúde na Unidade;
 - tempo de funcionamento da UBS;
 - turnos de atendimento da UBS;
 - população coberta pela UBS;
 - área geográfica definida (área de abrangência);
 - número de Equipes de Saúde da Família na Unidade;
 - situação do cadastramento no SIAB (não iniciado; fase inicial; mais da metade da pop. Cadastrada; concluído);
 - presença de profissional “não-PSF” na Unidade;
 - se não for PSF, tem PACS, e há quanto tempo?
 - quantos Agentes Comunitários estão vinculados à Unidade?
 - a UBS é campo de atividades de ensino?
- Processo de gestão e de trabalho
 - diferença entre a carga horária contratada e a carga horária cumprida pelo médico e enfermeira;
 - o médico tem outro emprego?
 - tempo, em meses, desde a última supervisão pela Equipe Central;
 - quais categorias participam de atividades de planejamento, acolhimento e recepção; das ações programáticas e educativas; dos cuidados domiciliares; da gestão da informação;
 - tempo dedicado pela equipe a essas atividades;
 - participação do médico no relatório mensal do SIAB;
 - uso de protocolos de atendimento (médico ou enfermeiro);
 - ter mapa da área de abrangência;
 - equipes com suporte técnico/supervisão;
 - participação no Conselho Local de Saúde;
 - nº médio de pessoas atendidas por médico em um turno de 4 horas;
 - nº médio de pessoas atendidas pela enfermeira em um turno de 4 horas.

❖ Para pessoas com 18 anos de idade ou mais:

- Demográficas: escolaridade, situação conjugal, situação laboral;
 - Socioeconômicas: características do trabalho realizado no último mês; estar procurando emprego; estar desempregado; tempo de desemprego;
 - Hábitos: atividade física, tabagismo, uso de álcool (CAGE);
 - Situação de saúde: autopercepção, sintomas depressivos (SRQ-20); comorbidades (hipertensão, diabete, *problema de nervos*);
 - Relativas à atenção das comorbidades: número de consultas na UBS de referência, nº de consultas na UBS com o mesmo médico, agendamento da consulta, tempo decorrido desde a última consulta; internações prévias pelo problema; participação em grupos de atenção na UBS de referência; opinião sobre a consulta (em escala de 0 a 10);
 - Relativas à atenção por outros problemas: nº de consultas médicas na UBS de referência por qualquer problema de saúde; consulta médica no último mês em outro local que não a UBS de referência; especialidade do médico da última consulta.
- ❖ Para mulheres com 18 anos de idade ou mais:
- Nº de consultas para exame ginecológico na UBS de referência, no último ano; tempo decorrido entre a solicitação e a realização da consulta (em dias); exame de mamas durante o exame ginecológico;
 - Realização de exame de Papanicolau; tempo decorrido desde o último exame de Papanicolau;
- ❖ Para crianças com menos de 5 anos completos de idade:
- Maternas: idade, escolaridade e paridade da mãe; realização de pré-natal;
 - Demográficas: idade e sexo da criança; nº de irmãos;
 - Freqüência a creche; quem cuida da criança na ausência da mãe;
 - Relativas à saúde: local de nascimento (hospital, casa, outro); tipo de parto; peso ao nascer; vacinas realizadas; realização das vacinas na UBS de abrangência; acompanhamento antropométrico; aleitamento; ocorrência de diarreia ou pneumonia; internação por diarreia ou pneumonia.

Seleção e treinamento dos entrevistadores

O estudo terá uma coordenadora de campo em Bagé, mestre em epidemiologia por este departamento, quem fará a pré-seleção das entrevistadoras. Estas serão treinadas pelo investigador principal para a aplicação das entrevistas, através da leitura dos questionários e simulação de entrevistas entre os colegas do grupo,

ressaltando os aspectos éticos na abordagem do entrevistado e a não-interferência no trabalho do hospital. Serão realizados exercícios de codificação das entrevistas simuladas, com troca dos questionários entre as entrevistadoras. Ao final do processo, cinco entrevistadoras serão selecionadas para o trabalho. O treinamento acontecerá nas dependências da Universidade da Campanha.

Logística

Duas entrevistadoras ficarão a cargo de identificar e entrevistar os sujeitos de estudo internados no Hospital Universitário, as outras três trabalharão na Santa Casa de Caridade de Bagé. A Secretaria Municipal de Saúde cedeu uma sala para o trabalho e a Coordenadoria Regional de Saúde de Bagé cedeu móveis (estante, mesa e cadeiras), para uso durante a pesquisa. Essa sala será o ponto de encontro para distribuição e coleta dos questionários e para reunião do investigador principal com o grupo de trabalho. Os questionários serão impressos em Bagé. A digitação dos dados será realizada no domicílio da digitadora.

Estudo piloto

Os primeiros dez dias de coleta de dados após o treinamento serão considerados como estudo piloto, para ajuste da logística e fluxo de trabalho, bem como de questões da entrevista e processo de digitação.

Coleta de dados

O trabalho terá o seguinte fluxo: 1) a coordenadora de campo manda imprimir, numera e distribui os questionários às entrevistadoras 2) os residentes no município de Bagé internados são identificados no setor de internação em cada hospital, através da lista de internações do último dia (um dos hospitais não registra a informação sobre a residência na lista de internações, nesse caso são selecionados todos os pacientes internados e excluídos posteriormente os residentes em outros municípios); 3) a entrevistadora vai ao contato do paciente, para realizar a entrevista ou agendar outro momento para sua realização, no leito ou em ambiente reservado, se o paciente assim o desejar; 4) a entrevistadora codifica as entrevistas realizadas no dia (a codificação é feita na sala de reuniões da pesquisa ou em outro ambiente, como o domicílio da entrevistadora); 5) a coordenadora do trabalho de campo recolhe os questionários, confere a numeração e depois os repassa para digitação; 6) após a digitação, uma cópia da base de dados é encaminhada para o investigador principal, quem realiza a análise de inconsistências e devolve a situação dos questionários com erro, com instruções de ação; 7) esses questionários são recolhidos e voltam à coordenadora,

quem entra em contato com a entrevistadora para esclarecer a questão e tomar a conduta adequada em cada caso.

Controle de qualidade

O controle de qualidade das informações acontecerá de diferentes formas:

- Reentrevista de 10% dos sujeitos de estudo; serão repetidas questões selecionadas, pela coordenadora do trabalho de campo, em entrevista por telefone; quando o entrevistado não tiver referido telefone, este será buscado no domicílio para realização da reentrevista;
- A coordenadora do trabalho de campo confere a codificação ao receber os questionários; aqueles com problemas são retornados à entrevistadora para esclarecimento da dúvida;
- Durante a entrada dos dados, através de um arquivo 'check' do EpiData, limitando a entrada de valores, impedindo inconsistências e dando instruções para a entrada de valores corretos;
- Teste de inconsistências posterior à entrada dos dados, identificação dos registros com problemas; contato com a digitadora e com as entrevistadoras para resolução do problema; realizado no programa EpiData, através de '*consistency blocks*' em arquivos .chk, e no programa Stata (arquivos .do) (ANEXO 11);
- Dupla digitação das bases de dados, comparação dos arquivos, identificação e resolução de inconsistências; processo realizado no programa EpiData.

Processamento de dados

Serão criados dois bancos de dados relacionados, um com informações do paciente e outro com informações da Unidade Básica e Equipe de Saúde de referência.

Os códigos da CID informados serão recodificados como CSAP ou não-CSAP através de um arquivo 'pgm', no programa EpiData (ANEXO 10). O processo de digitação e parte da análise de inconsistências será realizado no programa EpiData (Lauritsen e Bruus, 2004). Posteriormente, os arquivos serão exportados para leitura no programa Stata 9.0. Neste, serão realizadas as codificações de dados ausentes (missings), a construção de variáveis agregadas (escala SRQ-20 de sintomas de depressão e escala CAGE sobre uso de álcool, escala ANEP de acesso a bens de consumo), bem como a recodificação e criação de novas variáveis segundo o plano de

análise dos dados.

Análise dos dados

As variáveis numéricas serão descritas por medidas de tendência central e dispersão; as variáveis categóricas em números absolutos e proporções. Será feita uma análise bivariada das variáveis em cada nível de determinação, para observação de sua associação bruta com o desfecho. A análise multivariada seguirá o modelo teórico de determinação. Serão comparadas a adequação de diferentes modelos de análise, como regressão logística não condicional ou regressão de Poisson. Em cada nível de análise serão incluídas todas as variáveis segundo o modelo teórico, para então eliminar em processo de seleção “para trás” (backward elimination) aquelas com valor-p > 0,20. Essas variáveis serão mantidas no modelo para ajuste de variáveis em níveis inferiores. Permanecerão no modelo final aquelas variáveis que, após o ajuste por outras de mesmo nível ou superior, de acordo com o marco de análise, apresentarem significância estatística ao nível de 5% (probabilidade de erro tipo I menor que 0,05). Será testada a hipótese de modificação do efeito do PSF sobre as internações por CSAP com sexo, faixa etária, escolaridade e classificação ABEP (condição socioeconômica). Essa análise será repetida em análises separadas segundo dois diferentes grupos de causa, o Grupo I – Causas Transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais e Grupo II – Causas não-transmissíveis, dos estudos de Carga de Doença (Murray e Lopez, 1996). Os dados serão analisados no programa Stata 9.0.

7.6 Aspectos éticos

Todas informações utilizadas no estudo ecológico são de fontes públicas. A coleta de dados do estudo de linha de base do PROESF foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da UFPel e pela CONEP. O estudo transversal de base hospitalar é de risco ético mínimo e será solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos de estudo para a sua participação. O projeto será encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa da UFPel. Será solicitada a autorização dos diretores dos hospitais envolvidos e do secretário municipal de saúde de Bagé.

8 Limitações do estudo

A primeira consideração a ser feita em estudos baseados em dados secundários refere-se à confiabilidade dos registros utilizados. No banco de dados do

SIH/SUS parece não haver dúvidas quanto ao registro das variáveis sexo e idade do paciente.

Pode-se suspeitar que nem sempre o município de residência do paciente seja o mesmo, o que ocasionaria uma “transferência” de pacientes, especialmente de municípios menores para centros regionais. Mas essa possibilidade é minimizada pela prática de solicitar ao paciente um comprovante de residência. Durante a realização do estudo em hospitalar, teremos uma idéia da ocorrência desse problema em Bagé.

Uma preocupação, nesse projeto, refere-se à confiabilidade diagnóstica nos registros da AIH, já que o SIH/SUS tem como objetivo principal o repasse financeiro para ressarcimento dos custos da internação. Há uma tabela de pagamento do SUS de acordo com o procedimento realizado em que, por exemplo, o valor repassado por uma internação por meningite é maior que por uma pneumonia.

Assim, pode-se suspeitar de uma tendência a registrar com mais facilidade procedimentos mais caros que mais baratos. Essa limitação, se existente em número expressivo, afetaria este estudo em todos seus âmbitos, desde o delineamento ecológico espacial ou temporal – particularmente se ela não ocorrer na mesma magnitude em todos os lugares ou ao longo do tempo (Sorensen et al., 1996), até o delineamento de caso-controle, com base nesses registros. Contudo, o viés que esse problema pode gerar deve ser não-direcional na medida em que, ocorrendo, não há razão para se esperar que ocorresse de modo diferente para usuários e não usuários do PSF. Do mesmo modo, o erro ocorreria sempre no sentido de ocultar uma CSAP, registrando-a como não-CSAP. Isto é, a limitação sugerida pode diminuir o poder do estudo, mas não aumenta a probabilidade de erro tipo I.

Além disso, gestores e trabalhadores das secretarias municipais de saúde têm reconhecido os avanços da auditoria no SUS. A prática regular de auditoria, com especial atenção sobre alguns diagnósticos (como pneumonia), minimizou bastante esse problema na última década. No mesmo sentido, a variável considerada para o repasse financeiro é o “procedimento realizado”, não o “diagnóstico principal”, variável que constrói o desfecho neste estudo. Embora logicamente seja esperada certa coerência entre esses campos. Finalmente, nos poucos estudos encontrados sobre a confiabilidade diagnóstica da AIH, a conclusão é que ela é maior que a esperada (Mathias e Soboll, 1998).

9 Cronograma

Atividades	Meses a partir do início do estudo																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Versão final do projeto	x																							
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Elaboração final e teste dos instrumentos	x	x																						
Encaminhamento à Comissão de Ética em Pesquisa da UFPel	x																							
Seleção e capacitação dos auxiliares de pesquisa	x	x																						
Trabalho de campo			x	x	x	x																		
Processamento dos dados					x	x	x	x	x															
Análise dos dados					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Redação do relatório final do projeto, artigos e volume da tese						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Divulgação dos produtos do projeto																		x	x	x	x	x	x	x

10 Divulgação dos resultados

- Relatórios de pesquisa;
- Divulgação de sumário dos principais resultados do estudo na imprensa local (*press-release* do estudo);
- Encaminhamento de sumário e proposta de apresentação dos principais resultados do estudo ao Conselho Municipal de Saúde de Bagé e Conselho Estadual de Saúde do RS;
- Encaminhamento de publicações, relatórios e outros produtos de divulgação a gestores e profissionais de saúde das três esferas de gestão do SUS: municipal (Bagé e municípios do PROESF UFPel), estadual (RS e estados do PROESF – UFPel), federal (Ministério da Saúde)
- Apresentações em eventos científicos (congressos nacionais e internacionais em saúde coletiva, epidemiologia), associativos (congressos e seminários do PSF e Medicina de Família, CONASEMS, etc.) e de controle social

(Conferências de Saúde e reuniões do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde).

11 Orçamento/Financiamento

Esse projeto recebeu financiamento para custeio de R\$ 40.000,00 do Ministério da Saúde, através do Edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – Nº 49/2005. Seu orçamento é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Orçamento do projeto.

Item de custeio	custo orçado
fotocópias e impressão	R\$ 10.000,00
Transporte	R\$ 5.000,00
Hospedagem	R\$ 3.000,00
pessoal (entrevistadoras, digitadores, coordenadora local)	R\$ 17.000,00
Material de consumo (pastas, pranchetas, lápis, etc.)	R\$ 5.000,00
Total	R\$ 40.000,00

12 Bibliografia

Andrade LOM, Barreto ICHC, Goya N, Martins-JR T. Organização da atenção básica e Estratégia Saúde da Família no município de Sobral - Ceará - Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Seclen JFAS. Brasília: OMS/OPAS - MS, 2004: 143-79.

Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives *Soz Praventivmed* 2003; 48(1): 33-43.

Ansari Z, Carson N, Serraglio A, Barbetti T, Cicuttini F. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: reducing demand on hospital services in Victoria *Aust Health Rev* 2002; 25(2): 71-7.

Atun R. *What are the advantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's. Health Evidence Network (HEN). 2004.

Backus L, Moron M, Bacchetti P, Baker LC, Bindman AB. Effect of managed care on preventable hospitalization rates in California *Med Care* 2002; 40(4): 315-24.

Barrán JP. *La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental, 1999.

Basu J, Friedman B, Burstin H. Primary care, HMO enrollment, and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a new approach *Med Care* 2002; 40(12): 1260-9.

Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2004; 33(6): 305-11.

Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16(1): 96-110.

Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations *Health Aff (Millwood)* 1996; 15(3): 239-49.

Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic

- status on hospital use in New York City *Health Aff (Millwood)* 1993; 12(1): 162-73.
- Bindman AB, Chattopadhyay A, Osmond DH, Huen W, Bacchetti P. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions *Health Serv Res* 2005; 40(1): 19-38.
- Bodstein RC. Atenção básica na agenda da saúde *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 401-12.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(2): 221-4.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. http://portalsaude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149 [sítio na internet], Acessado em 21nov2004
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br> [sítio na internet], Acessado em 10/10/2005
- Brasil. Ministério da Saúde. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica2005b. PORTARIA No. 21/GM.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica: cadastramento familiar - Rio Grande do Sul. <http://tabnet.datasus.gov.br> [sítio na internet], Acessado em 31mar2006
- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Tab para Win32 e Wine (v.3.4), www.datasus.gov.br/tabwin/tabwin.htm [sítio na internet], 2006b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/> [sítio na internet], Acessado em 31mar2006
- Braunstein JB, Anderson GF, Gerstenblith G, Weller W, Niefeld M, Herbert R, et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure *J Am Coll Cardiol* 2003; 42(7): 1226-33.
- Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics *Can J Public Health* 2001; 92(2): 155-9.
- Burr J, Sherman G, Prentice D, Hill C, Fraser V, Kollef MH. Ambulatory care-sensitive conditions: clinical outcomes and impact on intensive care unit resource use *South Med J* 2003; 96(2): 172-8.
- Busca bibliográfica em todas as bases, atualizada em 06mai2004. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) www.bireme.br.
- Cable G. Income, race, and preventable hospitalizations: a small area analysis in New Jersey *J Health Care Poor Underserved* 2002; 13(1): 66-80.
- Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluacion de la atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003a; 31(1): 61-5.
- Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sanchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atencion primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria* 2003b; 31(1): 6-14; discussion 16-7.
- Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermosilla Pérez E, Martín Mateo M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña *Rev Clin Esp* 2001; 201501-07.
- Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: seleccion del listado de codigos de diagnostico validos para Espana. *Gac Sanit* 2001; 15(2): 128-41.

- Caminal J, Sanchez E, Morales M, Peiro R, Marquez S. Avances en Espana en la investigacion con el indicador "Hospitalizacion por Enfermedades Sensibles a Cuidados de atencion primaria". *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76(3): 189-96.
- Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions *Eur J Public Health* 2004; 14(3): 246-51.
- Campos GWdS. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. *Política de saúde: o público e o privado*. Eibenschutz C. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996: 293-312.
- Canals J, Romaní O. Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al *marketing Archipiélago* 1996; 2551-60.
- Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain) *Int J Qual Health Care* 1996; 8(1): 51-9.
- Castiel LD. *A medida do possível. saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa / Fiocruz, 1999.
- Castro MSMd, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 795-811.
- Certeau Md. *A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. AC L. São Paulo: Cortez, 1997: 225-44.
- Comelles J. La utopía de la atención integral de salud: autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública*. Alvarez-Dardet C. and Porta M. Barcelona: Masson, 1993. 3: 169-92.
- Conill EM. Políticas de atencao primaria e reformas sanitarias: discutindo a avaliacao a partir da analise do Programa Saude da Familia em Florianopolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002; 18 Suppl191-202.
- Dab W, McCarthy M, Portella E, Eds. *Salud pública y países industrializados*. Serie Monografías. Barcelona: SESPAS (Gaceta Sanitaria), MASSON, SG Editores, 1991.
- Davis SK, Liu Y, Gibbons GH. Disparities in trends of hospitalization for potentially preventable chronic conditions among African Americans during the 1990s: implications and benchmarks *Am J Public Health* 2003; 93(3): 447-55.
- Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1964.
- DeLia D. Distributional issues in the analysis of preventable hospitalizations *Health Serv Res* 2003; 38(6 Pt 2): 1761-79.
- Djojonegoro BM, Aday LA, Williams AF, Ford CE. Area income as a predictor of preventable hospitalizations in the Harris County Hospital District, Houston *Tex Med* 2000; 96(1): 58-62.
- Epstein AJ. The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations *Health Serv Res* 2001; 36(2): 405-20.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Heck R, Faleiros JJ, et al. *Monitoramento e avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): oficina de capacitação 1 Sul*. <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/index.htm> [Sítio na internet], Acessado em 10out2005
- Falik M, Needleman J, Wells BL, Korb J. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers *Med Care* 2001; 39(6): 551-61.
- Ferro M. *As sociedades doentes do progresso*. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

- Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza, 1986.
- Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910 *Bull World Health Organ* 2002; 80(7): 594-602.
- Fundação João Pinheiro. *Centro de Estudos Econômicos e Sociais: atenção básica à saúde em Minas Gerais - desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso da Atenção Básica(PAB)*. http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/Atencao_Basica_em_Minhas_Gerais.pdf Acessado em nov2004
- Gervás J. *Cuidados Primários de Saúde na Europa: tendências atuais. Seminário Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde: 25 Anos de Declaração de Alma-Ata*, Brasília2003.
- Goulart FA. *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso? ENSP/FIOCRUZ*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2002.
- Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact *Int J Epidemiol* 1999; 28(1): 10-8.
- Hefford M, Crampton P, Foley J. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment *Health Policy* 2005; 72(1): 9-23.
- Hobsbawm E. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- Intrator O, Zinn J, Mor V. Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalizations of long-stay residents *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(10): 1730-6.
- Laditka JN. Hazards of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions among older women: evidence of greater risks for African Americans and Hispanics *Med Care Res Rev* 2003; 60(4): 468-95; discussion 96-508.
- Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcome disparities associated with race and ethnicity *Soc Sci Med* 2003; 57(8): 1429-41.
- Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Rachet B. Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1--performance indicators closely linked to clinical care *BMJ* 2005; 330(7505): 1426-31.
- Latour B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Textos - Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. Nunes E. São Paulo: Global, 1983: 131-58.
- Lauritsen JM, Bruus M. EpiData Entry (v.3.1): a comprehensive tool for validated entry and documentation of data. Odense, Denmark2004.
- Machado ENM FF, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 99-111.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 *Health Serv Res* 2003; 38(3): 831-65.
- Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermudez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalizacion por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit* 2003; 17(5): 360-7.
- Marx K, Engels F. *Manifesto do partido comunista [1848]*. Porto Alegre: L&PM, 2001.

- Mathias TA, Soboll ML. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev Saude Publica* 1998; 32(6): 526-32.
- Mendes EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- Menéndez E. Antropologia médica e epidemiologia. *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Almeida-Filho N. d., Barreto M. L., Veras R. and Barada R. B. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1998: 81-103.
- Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Navarro A, Utzet F, Puig P, Caminal J, Martín Mateo M. La distribución binomial negativa frente a la de Poisson en el análisis de fenómenos recurrentes *Gac Sanit* 2001; 15(5): 447-52.
- Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(1): 17-22.
- Novaes Hde M. [Developing human resources for the administration of local health systems] *Educ Med Salud* 1987; 21(4): 355-66.
- OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 1978.
- OPS. Diez años después de Alma-Ata *Bol Of Sanit Panam* 1988; 105(2): 176-82.
- OPS/OMS. Atención primária de saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. Washington, D.C, Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial da Saúde - 44º Conselho Diretor - 55ª Sessão do Comitê Regional, 2003.
- Oster A, Bindman AB. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions: insights into preventable hospitalizations *Med Care* 2003; 41(2): 198-207.
- Parker JD, Schoendorf KC. Variation in hospital discharges for ambulatory care-sensitive conditions among children *Pediatrics* 2000; 106(4 Suppl): 942-8.
- Population Health Division, *The Health of the people of New South Wales - Report of the Chief Health Officer*. NSW Department of Health, Sydney. http://www.health.nsw.gov.au/public-health/chorep/toc/app_icd_acs.htm Acessado em 13/05/2005
- Population Health Division, *The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: preliminary analyses*. Victorian Government Department of Human Services, Melbourne. <http://www.health.vic.gov.au/healthstatus/acsc/analyses.htm> Acessado em 13/05/2005
- Porell FW. A comparison of ambulatory care-sensitive hospital discharge rates for Medicaid HMO enrollees and nonenrollees *Med Care Res Rev* 2001; 58(4): 404-24; discussion 25-9.
- Pustai O. O sistema de saúde no Brasil. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Duncan BB S. M., Giugliani ERJ. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996: 17-21.
- Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care *Health Place* 2001; 7(1): 27-38.
- Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting *Health Serv Res* 2005; 40(4): 1167-85.
- Rosen G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- Sanderson C, Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care *J Health Serv Res Policy* 2000; 5(4): 222-

30.

Senna Mde C. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2002; 18 Suppl203-11.

Shi L, Lu N. Individual sociodemographic characteristics associated with hospitalization for pediatric ambulatory care sensitive conditions *J Health Care Poor Underserved* 2000; 11(4): 373-84.

Silva AAMd, Gomes UA, Tonial SR, Silva RAd. Fatores de risco para a hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4): 749-57.

Silva AC. O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução de saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. *Faculdade de Medicina*. São Paulo, USP, 2003.

Skrabaneck P. The emptiness of the black box *Epidemiology* 1994; 5(5): 553-5.

Skrabaneck P. *La muerte de la medicina con rostro humano*. Madrid: Díaz de Santos, 1999.

Sorensen HT, Sabroe S, Olsen J. A framework for evaluation of secondary data sources for epidemiological research *Int J Epidemiol* 1996; 25(2): 435-42.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.

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

Starfield B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population *Rev Panam Salud Publica* 2002b; 12(6): 384-7.

Starfield B. Equity in health *J Epidemiol Community Health* 2002c; 56(7): 483-4.

Starfield B, Paganini JM. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(5): 324-5.

Steiner JF, Braun PA, Melinkovich P, Glazner JE, Chandramouli V, LeBaron CW, et al. Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care system *Ambul Pediatr* 2003; 3(6): 324-8.

Teixeira SF. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; ABRASCO, 1995.

Tejada de Rivero D. Alma-Ata: 25 años después *Revista Perspectivas en Salud* 2003; 8(1): 2-7.

Testa M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar, 1989.

Uribe-Oyarbide JM. *Educar y curar: el diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura, 1995.

Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. *A organização da saúde no nível local*. Mendes E. V. São Paulo: Hucitec, 1998: 155-72.

Williams KA, Buechner JS. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions *Med Health R I* 2005; 88(3): 97-9.

Yuen EJ. Severity of illness and ambulatory care-sensitive conditions *Med Care Res Rev* 2004; 61(3): 376-91.

Zhan C, Miller MR, Wong H, Meyer GS. The effects of HMO penetration on preventable hospitalizations *Health Serv Res* 2004; 39(2): 345-61.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

CONSTRUÇÃO DA LISTA DE *CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)*

Uma questão fundamental no estudo do indicador, com conseqüências lógicas sobre a freqüência observada de casos é a seleção de códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) a serem considerados hospitalizações por CSAP. Aspectos teóricos e metodológicos desse problema são discutidos no artigo 4.

O projeto original previa a construção de uma lista de causas para o RS, através de discussão em grupo de expertos. No entanto, em dezembro de 2005 ocorreu em Belo Horizonte, Minas Gerais, uma oficina de trabalho promovida pelo MS para a construção de uma lista nacional de causas para o indicador, como parte de um projeto do Departamento de Atenção Básica (DAB) para o estudo das CSAP no Brasil, da qual participei.

Como o processo de construção da lista sul-rio-grandense já havia iniciado, ele foi concluído, mas foi retirado desta tese.

ESTUDO DE BASE HOSPITALAR EM BAGÉ, RS.

Este estudo foi proposto para examinar a associação entre internação por CSAP e Programa Saúde da Família ao nível do indivíduo, uma vez que as bases de dados secundários disponíveis não identificam os moradores de áreas de abrangência do PSF – Áreas de Saúde da Família (ASF) – ou o uso dos serviços do Programa. Ele atende também à exigência do PPGE de coleta de dados primários nas teses de doutorado.

O projeto sofreu uma importante alteração na qualificação do projeto de tese.

Atendemos à consideração da banca de que um estudo de base hospitalar, estudando apenas pacientes internados, seria mais viável que o de caso-controle proposto originalmente, e adequado à tese se estudasse toda a população internada pelo SUS no município, no período de estudo (ou uma amostra representativa dela).

Procuramos então por um município que agrupasse as seguintes condições: população e cobertura do PSF suficiente para conferir poder estatístico à análise da associação entre diagnóstico de CSAP na internação e residir em ASF ou usar o PSF; e concentração dos pacientes internados em poucos hospitais, facilitando a logística do trabalho de campo.

Foi escolhido o município de Bagé porque:

- tem mais de cem mil habitantes;
- 91% dos bageenses que internam pelo SUS o fazem em Bagé, 87% no grupo etário em que essa frequência é menor (Tabela 1);
- cobertura populacional do PSF em torno de 50%, o que diminuiria o tamanho da amostra, se essa proporção se repetisse entre os pacientes internados;
- a proporção de CSAP em residentes de Bagé internados pelo SUS em 2005 foi de 31% (tabulação *ad hoc* com a lista de códigos utilizada no estudo);
- tem três hospitais no município e apenas dois atendendo ao SUS, o outro é um hospital militar;
- a Secretaria Municipal de Saúde de Bagé já tinha facilitado o trabalho de campo do PROESF no município;

- uma das pesquisadoras do PROESF (Elaine Thumé) tinha a sugestão de uma coordenadora de campo (Lúcia Vieira, professora de Enfermagem na URCAMP e trabalhadora da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde) em Bagé;
- recebemos forte apoio ao contatar com o Secretário Municipal de Saúde, Manif Curi Jorge.

Tabela 3 – Município de internação de residentes em Bagé internados pelos SUS, ano de competência 2005.

Município	Faixa etária (anos)										Total (%)	
	<1 (%)		1-4 (%)		5-14 (%)		15-49 (%)		50e+ (%)			
Aceguá	0	0,0	1	0,1	1	0,2	54	2,8	35	1,1	91	1,3
Bagé	655	98,8	741	97,5	562	92,0	1.708	87,4	2785	89,7	6.451	91,0
Caçapava do Sul	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Lajeado	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Pelotas	1	0,2	2	0,3	7	1,2	89	4,6	150	4,8	249	3,5
Porto Alegre	6	0,9	14	1,8	37	6,1	85	4,4	97	3,1	239	3,4
Rio Grande	0	0,0	0	0,0	1	0,2	11	0,6	21	0,7	33	0,5
Santa Maria	0	0,0	1	0,1	3	0,5	5	0,3	16	0,5	25	0,4

Fonte: www.datasus.gov.br

Primeiros contatos e organização do estudo

L. A. Facchini fez os primeiros contatos telefônicos com o Secretário Municipal de Saúde e E. Thumé com a professora Lúcia Azambuja Saraiva Vieira, convidando-a a coordenar o trabalho de campo. Fomos então a Bagé, onde explicamos os objetivos e método previsto do estudo e combinamos detalhes para seu início.

O estudo começou em 29 de agosto de 2006, com uma reunião na Santa Casa de Caridade de Bagé, com os diretores dos dois hospitais, Santa Casa e Hospital Universitário da Universidade da Região da Campanha (HU-URCAMP), o Secretário Municipal de Saúde e a coordenadora da Atenção Básica de Bagé.

Nessa reunião foram apresentados os objetivos da pesquisa e método proposto para a coleta de dados e aspectos do treinamento das entrevistadoras, enfatizando a questão ética e a não intromissão no trabalho do hospital ou qualquer revisão do prontuário de internação. Informei que eu treinaria os entrevistadores para coleta dos dados e apresentei a Luca (Lúcia Vieira) como coordenadora do trabalho de campo, responsável imediata pelos entrevistadores.

Após a reunião, o investigador principal e a coordenadora do trabalho de campo visitamos os hospitais para conhecer o roteiro de ingresso do paciente, setor de internação e enfermarias. Nesse momento foi feita uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa aos funcionários do setor de contas e de internação de cada hospital e a coordenadora do trabalho de campo marcou uma reunião para definição dos detalhes de identificação do paciente na internação e coleta dos diagnósticos de alta e de internação do paciente.

Os diretores dos hospitais avisaram o corpo técnico e a coordenadora do trabalho de campo esteve presente para apresentação das entrevistadoras a cada primeiro encontro de entrevistadora e enfermeira responsável pela enfermaria, no momento da entrevista. A Coordenação de Imprensa do município preparou uma matéria de divulgação da pesquisa nos jornais do município, de modo que alguns pacientes já sabiam da pesquisa ao serem convidados à entrevista.

As cartas de apresentação encontram-se no ANEXO 12.

Seleção e treinamento das entrevistadoras e digitadores, estudo piloto, materiais e instrumentos

A seleção e treinamento das entrevistadoras e digitadores se deu de acordo com

o projeto de pesquisa. O questionário sofreu pequenos ajustes após o estudo piloto. Os questionários apresentados nos anexos são os efetivamente aplicados. Houve troca de uma das entrevistadoras, por motivos não relacionados à pesquisa. Cada entrevistadora levava consigo um manual de instruções sobre o questionário (ANEXO 9).

Logística, coleta, controle de qualidade e processamento dos dados

Da mesma forma, a logística, coleta e controle de qualidade dos dados aconteceram conforme o projeto de pesquisa.

Dúvidas surgidas durante a entrevista eram anotadas em um caderno a propósito e na maioria das vezes foram solucionadas por contato telefônico com a coordenadora do trabalho de campo imediatamente após a entrevista, permitindo voltar ao paciente e perguntar novamente a questão em dúvida. A **Figura 5** apresenta o fluxograma da coleta de dados. A codificação dos dados foi feita pela própria entrevistadora, ao final do turno de trabalho ou em reunião com outras colegas e a coordenadora do trabalho de campo.

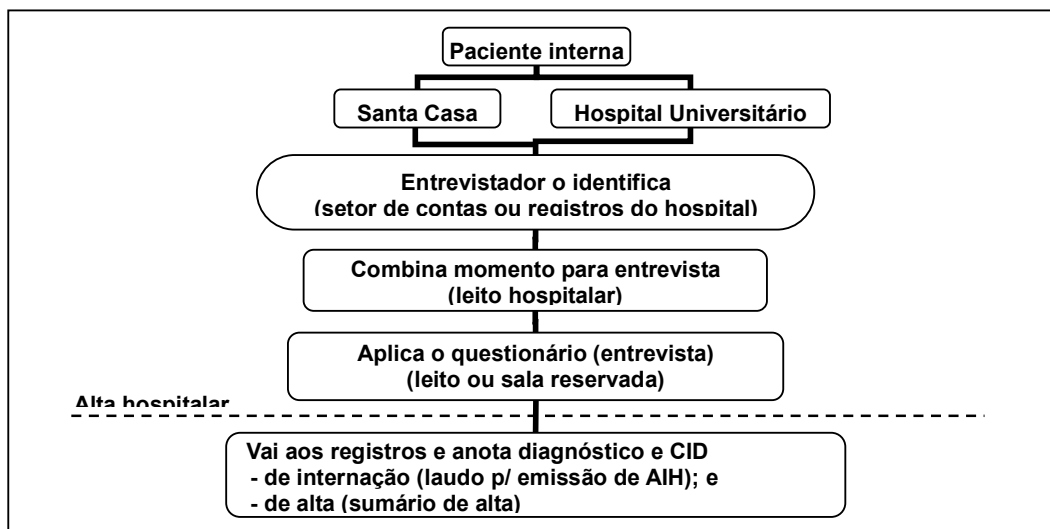


Figura 5 – Fluxograma da coleta de dados. Estudo do impacto do PSF sobre as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em Bagé, RS.

A cada dois dias, aproximadamente, a digitadora encaminhava por e-mail as bases ao investigador principal, quem buscava inconsistências e encaminhava por e-mail os problemas eventualmente encontrados para a digitadora e coordenadora de trabalho de campo. Dúvidas que não pudessem ser solucionadas com o retorno ao questionário, eram repassadas à entrevistadora responsável para reentrevista do paciente. Como os processos de entrevista, digitação e controle de qualidade corriam simultaneamente, a maioria das dúvidas pode ser resolvida antes do paciente sair do hospital. Nos demais casos, a coordenadora do trabalho de campo telefonava ao paciente para esclarecer a questão.

Não foram identificados problemas na reentrevista dos pacientes, que teve concordância próxima de 1 para as questões selecionadas. A proporção de informações discordantes entre a primeira segunda digitação foi menor de 1% para todas as variáveis.

Questionário sobre os profissionais de saúde

Esse questionário (Anexo 8) foi aplicado nas duas primeiras semanas de dezembro, após apresentação da proposta aos trabalhadores, da Atenção Básica de Bagé, pela coordenadora do trabalho de campo, com a presença da Coordenadora da Atenção Básica do município (Maria Valéria Rodrigues). Profissionais não encontrados nesse período foram buscados para entrevista em janeiro e fevereiro.

Trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou em 16/09/2006 e foi concluído em 15/4/2007. O investigador principal viajava semanalmente a Bagé para reunião com o grupo. Os

resultados apresentados no primeiro artigo referem-se às entrevistas realizadas até 15/01/2007, quando já tínhamos a amostra planejada. Entretanto, diante da disponibilidade de recursos, seguimos coletando dados até 15 de abril, o que nos trará maior estabilidade estatística para futuras subanálises (por grupos de causa e idade e exclusivamente dos residentes em Áreas de Saúde da Família, para os quais poderemos calcular taxas, pois há registro da população residente).

Apresentação dos resultados à comunidade

Os resultados do estudo foram apresentados no Salão de Atos da Urcamp em 18/4/2007. No dia anterior foi publicada uma matéria na imprensa local convidando a população e apresentando os principais resultados do estudo (ANEXO 13). Em dezembro de 2006 havia apresentado na Semana Acadêmica dos curso da área da saúde da URCAMP, a convite dos alunos, uma descrição da tendência das taxas de internação por CSAP em Bagé a partir de 1998.

ESTUDO ECOLÓGICO NO RS.

Este estudo foi realizado para testar a associação entre internação por CSAP e Programa Saúde da Família ao nível do município, com o objetivo de conhecer fatores do sistema de saúde municipal, especialmente da APS, associados à variabilidade das taxas observadas nos municípios gaúchos. A pergunta principal dessa pesquisa é: pode-se atribuir um efeito do PSF sobre as internações por CSAP no RS?

Uma vez que as políticas de atenção primária se concretizam nos centros de saúde e suas áreas de referência sobre a população residente, estes parecem constituir a unidade de análise mais adequada ao estudo de sua efetividade. Entretanto, os dados

disponíveis do SIH/SUS não permitem a identificação da unidade de saúde responsável pela área de residência do paciente, razão pela qual tomamos o município como unidade de análise. As variáveis de exposição principais são a cobertura e o tempo de implantação do PSF no município.

Como se descreve no artigo, usaram-se dados secundários de diversas fontes, a maioria do próprio SUS. O SIH/SUS disponibiliza as bases de dados com as informações registradas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – excluídos os dados que permitem a identificação do paciente –, o que possibilitou a tabulação utilizada. A Lista Brasileira de CSAP não pode ser tabulada *on-line* pelo TabNet (www.datasus.gov.br), pois nem todos os códigos estão disponíveis para tabulação. Para sua construção há, portanto, duas soluções: tabular individualmente cada código da lista (de 19 grupos de causas, vários grupos com causas detalhadas, quase todas as causas exigindo mais de um código de 3 ou 4 dígitos da CID) ou construir um roteiro de comandos usando qualquer *software* apropriado, entre eles o TabWin, do DATASUS.

O TabWin é excelente para a tabulação de dados, capaz de manipular um grande volume de registros com rapidez, além de trabalhar diretamente com o formato de base de dados comprimido (.dbc) do DATASUS. Uma grande vantagem, considerando o tamanho dessas bases (por exemplo, o arquivo “rdrs0701.dbc”, com os dados de internação dos residentes no RS em janeiro de 2007, tem 4,14 MB, enquanto esse arquivo expandido em DBF tem 24,6 MB). Além disso, sua integração com o R (www.r-project.org) facilita análises mais refinadas e gráficos mais elaborados dos dados tabulados. O TabWin permite ainda a união das bases de dados da AIH, distribuídas em arquivos com as internações agrupadas por *mês de competência*, (i.e, de faturamento da AIH) segundo a data de internação do paciente.

Como precisávamos excluir as internações obstétricas não relacionadas a doenças na gestação – excluir parto e curetagem por abortamento, mas manter as internações por infecção urinária na gestação, por exemplo – foi criada uma “*tabela de conversão de definições*” no TabWin (arquivo .cnv, ANEXO 14) e adicionadas as linhas necessárias ao “arquivo de definições” (.def).

As sintaxes de preparação dos dados no **R** encontram-se no ANEXO 15. A tabulação de causas CSAP resultante dessas sintaxes confere com a resultante da “tabela de conversão” do TabWin, citada no parágrafo anterior. Ambas sintaxes, bem como a do EpiData (arquivo .pgm), devem logo ser publicadas na página web dos *Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines (GRAAL)* – <http://graal.uab.es>.

O artigo 2 começou a ser escrito com dados de internação de 2006 e com a lista de causas da oficina de Belo Horizonte, utilizada no estudo em Bagé. Uma análise descritiva dessas taxas foi apresentada em pôster no Congresso Mundial de Epidemiologia, em setembro de 2008. Em agosto de 2008, já de volta ao Brasil, soube (graças à Marici e à Luciana Gigante) que o MS tinha publicado em abril uma portaria com a “lista oficial”. Nesse momento – com a análise dos dados de 2006 utilizando a “versão beta” da lista quase concluídos – já estavam disponíveis os dados de internação de 2007, atualizados em novembro, junto com os da população residente. Também foram atualizados os registros da população cadastrada no PSF, com um aumento importante (e estatisticamente significativo) da cobertura do programa, se comparamos aos dados do mesmo período disponíveis em fevereiro de 2008. O que, logicamente, traz reservas sobre a confiabilidade desses registros.

Em função disso, pensando que um artigo sobre as hospitalizações em 2006, quando já estavam disponíveis dados de 2007, e sobre a “versão beta” da lista de causas,

quando já tínhamos uma lista nacional “oficial”, propus a atualização da análise. Sem ouvir a Mercúrio, quem me dizia que tinha vindo buscar uma tese e que portanto eu não perdesse tempo com um artigo. Obviamente a nova análise aproveitava toda a leitura e experiência anterior, além das sintaxes de manejo dos dados, que sofreram poucas alterações, mas exigia uma nova exploração dos dados. Assim, a análise apresentada nesta tese (artigo 2) teve seus dados sobre o desfecho e variável principal coletados em novembro de 2008, e foi toda realizada a partir de então.

Como soe acontecer com os deuses, Mercúrio estava certo.

ARTIGO 1

Family Health Program and ambulatory-care sensitive conditions in Southern Brazil *

Publicado na *Revista de Saúde Pública*, 2008;42(6):1041-1052.

doi: 10.1590/S0034-89102008000600010

ARTIGO 2

Hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria en Rio Grande do Sul, Brasil *

* Elaborado conforme as normas da *Revista Panamericana de Salud Pública*

Hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria en Rio Grande do Sul, Brasil

Fúlvio Borges Nedel ^{1,2}

Albert Navarro-Giné ²

Luiz Augusto Facchini ¹

Miguel Martín-Mateo ²

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (PPGE-UFPel). Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso. Bairro Centro. Pelotas, RS, Brazil. CEP: 96020-220. Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53) 3284-1300

² Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines (GRAAL). Unitat de Bioestadística. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Campus de la UAB. 08193 Cerdanyola del Vallès, Barcelona, Spain. Tel: (34) 93 581-3120; Fax: (34) 93 581-2344

Dirigir correspondencia a:

Fúlvio B. Nedel. GRAAL. Unitat de Bioestadística. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Cerdanyola del Vallès, Barcelona, Spain. E-mail:

fulvionedel@yahoo.com.br

Subvenciones

Este artículo se ha beneficiado de una beca de estancia de un año en la Unidad de Bioestadística de la Universidad Autónoma de Barcelona, concedida al primer autor por la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, como parte del doctorado en epidemiología de la *Universidade Federal de Pelotas*, Brasil. [Proceso CAPES BEX 0024/07-4].

Resumen

Objetivos: Describir las tasas de hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP) en un estado del sur de Brasil, y analizar su variabilidad según la cobertura del Programa Salud de la Familia (PSF), variables socioeconómicas y del sistema de salud.

Métodos: registros de hospitalización de residentes de los 496 municipios de Rio Grande do Sul en el año 2007, de las bases de datos del *Sistema de Informações Hospitalares do SUS*; población residente, datos socioeconómicos, de estructura y desempeño del sistema de salud, de diversas fuentes públicas, mayormente del propio SUS. Las tasas fueron estandarizadas por el método indirecto, y la Razón de Morbilidad Esperada (RME) categorizada en terciles. El análisis multivariado incluyó apenas municipios con menos de 50 mil habitantes. Previo análisis de correspondencias múltiple, se utilizó de un modelo politómico, comparando paralelamente municipios en terciles inferior y superior de la RME con los del mediano. Se realizaron dos análisis, uno con todos municipios y otro con los con PSF instalado y variables propias del PSF.

Resultados: 30,5% de las 638.359 hospitalizaciones fueron por CSAP, tasa de 17,6/mil hab. En municipios con peores tasas, estas se asociaron directamente con la cobertura y tiempo de funcionamiento del PSF.

Conclusiones:

Un alta cobertura del PSF no fue suficiente para evitar las hospitalizaciones por CSAP, sino que se asoció a mayores tasas. Si bien hay limitaciones de los datos, el estudio refleja la importancia y utilidad de evaluaciones de impacto en APS con datos secundarios de registro rutinario.

Número de Palabras: 248

Introducción

Entre los instrumentos para evaluación de la Atención Primaria de Salud (APS), están las hospitalizaciones que se suponen evitables por un efectivo funcionamiento de este nivel del sistema. Es decir aquellas típicamente atendidas en el primer nivel del sistema de salud y que, si falta una atención efectiva y oportuna, conducirán a la hospitalización del paciente. La hospitalización por dichas causas, que se pueden llamar Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP), son por tanto un indicador de la efectividad del sistema de salud en su primer nivel de atención.(1-7)

Desde 1994 el *Programa Saúde da Família* (PSF) es la principal política de APS en Brasil, una estrategia para lograr los principios plasmados en la legislación de salud del país, en síntesis reorganizar el modelo asistencial según las directrices de Alma-Ata. Cada municipio, a través de sus órganos gestores de la salud, la Secretaría y el Consejo Municipal de Salud, puede elegir si quiere implantar el programa, que exige unos mínimos estructurales y en el proceso de atención coherentes con el marco conceptual de la APS, o si quiere seguir ofertando la atención básica en el modelo “tradicional”, marcado por la lógica de atención ambulatoria a la demanda espontánea exclusivamente en el centro de salud. En caso de adherir al programa, también es el municipio el que decide el número de equipos, que luego se pueden ir aumentando. Así en muchos municipios, sobretudo los más poblados, se observan ambos modelos – PSF y Atención Básica “tradicional” simultáneamente.

En el estado de Rio Grande do Sul (RS), el PSF tuvo su arranque en el año 1998 (aunque Porto Alegre, la capital, implantó sus primeros Equipos de Salud de la Familia (EqSF) en 1996). A finales de 2006, el 37% de la población estaba registrada en el programa, instalado en 89% de los municipios del Estado (www.datasus.gov.br).

En medio a un movimiento por la evaluación de la APS en el sistema nacional de salud brasileño, el *Sistema Único de Saúde (SUS)*, aparecen estudios sobre el tema en Brasil.(8-13) El Ministerio de la Salud (MS) ha publicado la *Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*,(14) pero según nuestro conocimiento no se han publicado todavía resultados sobre el indicador oficial.

Así, el objetivo de este estudio es describir las tasas de hospitalización por CSAP a cargo del SUS en los municipios del RS, Brasil, en el año 2007, y estudiar su variabilidad de acuerdo con variables seleccionadas de estructura y desempeño del sistema de salud, para construir un modelo estimador de la ocurrencia de tasas altas y bajas en los municipios del estado.

Materiales y métodos

El local de estudio

Rio Grande do Sul es el estado más sureño de Brasil, haciendo frontera con Argentina y Uruguay. Se calcula una población para el año 2007 de cerca de 11 millones de habitantes, con un índice de envejecimiento (ratio entre la población con 65 años y más y la con menos de 15 años de edad) del 27,3%. En el año 2000, el 82% vivía en área urbana. La esperanza de vida ha aumentado de 71,1 años en 1991 para 74,8 en 2006^a, mientras el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ha pasado de un 0,753 en 1991 para 0,814 en 2000.(15)

El 75% de los 496 municipios de RS tiene menos de 15 mil habitantes, mientras el mayor, Porto Alegre, la Capital, se acerca al millón y medio. La mayoría de los municipios ha iniciado las actividades del PSF entre los años 2000 y 2004, con la

^a <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a11t.htm>

mediana en 2000, pero la cobertura poblacional no alcanzó al 20% hasta diciembre del 2004.

Variables y fuentes de datos

Se han estudiado los ingresos hospitalarios para procedimientos no-obstétricos, de los residentes en Rio Grande do Sul ocurridos el año 2007 y registrados en las bases de datos del *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)* de los meses de enero de 2007 a julio de 2008. Dichas bases están disponibles en el sitio de Internet del *Departamento de Informática do SUS – DATASUS*^b. Se han utilizado de los ficheros de datos hasta el mes de julio de 2008 porque hay retraso de la información para algunos casos ingresados al final del año. Las CSAP se han definido según la susodicha lista brasileña, considerando el código de la CIE registrado en el diagnóstico principal de ingreso (Tabla 1).

Las covariables analizadas y sus respectivas fuentes de datos fueron: población residente en el municipio, por sexo y grupos de edad (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE*, información facilitada por el DATASUS^c); Índice de Desarrollo Humano del municipio – IDH-m (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – www.pnud.org.br/atlas); cobertura del Programa Salud de la Familia en diciembre de 2006 (porcentaje de la población del municipio registrada en el PSF, *Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB*^d); promedio de habitantes registrados por EqSF en enero de 2006 (*Secretaria de Estado da Saúde do RS, Coordenadoria de Saúde da*

^b ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos_Publicos/Estado_RS/00_index.htm, ficheros ‘rdrs0701.dbc’ a ‘rdrs0807.dbc’; acceso 13nov2008

^c <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/poptdescr.htm>

^d <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabfdescr.htm>

Familia – www.saudefamilia.rs.gov.br); año de inicio del PSF (SIAB^d); número de consultorios públicos de ‘clínica básica’ (total de consultorios de medicina general, clínica de adultos, pediatría y ginecología, de prestadores públicos, filantrópicos o sindicatos), número de centros de atención primaria, número de médicos y número de camas hospitalarias por habitante, y proporción de camas a cargo del SUS, en el total de camas hospitalarias del municipio (*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* – CNES^e). Además, del *Pacto dos Indicadores da Atenção Básica* ^f el promedio anual de visitas médicas por habitante en las especialidades básicas, promedio mensual de visitas domiciliarias (VD) por familia (fuente: *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS*), proporción de nacidos vivos de madres que cumplieron con 7 o más visitas de control prenatal (fuente: *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*), ratio entre el número de raspados cérvico-uterinos (exámenes de Papanicolaou) en mujeres de 25 a 59 años de edad y la población femenina en esa edad (*Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO*), y proporción de diabéticos e hipertensos registrados en el SUS (*HIPERDIA*).

Análisis estadístico

Las tasas de hospitalización por CSAP por municipio de residencia fueron estandarizadas por edad y sexo por el método indirecto, tomando las tasas observadas en Porto Alegre por referencia. Hemos comparado así a los municipios de RS contra la capital del Estado, a través de la Razón de Morbilidad Esperada de hospitalización por CSAP (RME = casos observados / casos esperados si las tasas específicas de CSAP del municipio estudiado fuesen iguales a las de Porto Alegre). Posteriormente, se categorizó

^e http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm

la RME en terciles (en el primer tercil están los municipios en mejor situación y en el último tercil aquellos en peor situación del indicador). Para la descripción de los datos, las tasas se han estandarizado además por cada variable que se presenta, siendo la RME la razón entre el total de casos observados y de esperados para los municipios en cada categoría de la variable.

Con el objetivo de obtener una primera visión, descriptiva, de las variables asociadas con la RME, y de disminuir la dimensionalidad de la tabla para el modelo de ajuste, se utilizó de un Análisis de Correspondencias Múltiple (ACM).(16-18) Con el ACM hemos seleccionado, entre las variables de estudio, aquellas con mayor poder explicativo de la variabilidad de la RME en terciles y a la vez la menor colinealidad entre sí. El ACM ha permitido además la reagrupación de categorías de variables que se encontraban más o menos sobrepuestas en el espacio, indicando así que se podrían juntar sin pérdida de información. Partiendo de las variables resultantes, se han estimado los factores asociados a los municipios ubicados en los terciles superior e inferior de las tasas estandarizadas, a través de un modelo logístico politómico. Para mayor consistencia estadística en este análisis se han considerado apenas los municipios con menos de 50 mil habitantes (n=453, 91% de los municipios del Estado, 36% de su población, 50% de los casos y 62% de la población registrada en el PSF).

El análisis multivariado se ha llevado a cabo a través de un modelo multinomial politómico,(19) con la RME categorizada en terciles como variable respuesta, y la categoría mediana (segundo tercil) como referencia. Se han analizado así los factores asociados a la ubicación del municipio en el tercil superior, y en el tercil inferior de las tasas estandarizadas, respecto de la categoría central, los municipios en el segundo

^f <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/pacmap.htm>

tercil de tasas. Para el análisis principal, ya sea el ACM o el modelo politómico, hemos tomado los municipios de RS con menos de 50 mil habitantes, incluyendo a todas variables, salvo las específicas del PSF (tiempo de implantación del programa y población adscrita al EqSF). La construcción del modelo multivariado empezó con todas las variables que, en el análisis bivariado de la tabla de contingencias o en el ACM, sugiriesen relación con la RME. Fuéronse eliminando, paso a paso, según su participación y ajuste del modelo. Finalmente, se llevó a cabo un subanálisis exclusivamente con los municipios con el PSF en actividad, y las variables de interés al PSF, cobertura y tiempo de implantación del PSF, población adscrita al EqSF, y promedio de visitas domiciliarias.

Softwares

La selección de registros en las bases de datos del SIH/SUS se hizo con el programa TabWin (Brasil, Ministério da Saúde, Datasus). Para los datos secundarios que se encontraban en ficheros .xls estos ficheros se han convertido en .csv a través de la hoja de cálculo de la suite OpenOffice (www.openoffice.org). Los demás procedimientos de manejo y análisis de datos se han llevado a cabo en el programa R(20), y en menor grado en SPSS.

Aspectos éticos

Todas las bases de datos utilizadas son de acceso público y libre por Internet, sin riesgo ético a las personas hospitalizadas en el período de estudio. El estudio es parte de un proyecto más amplio que ha sido aprobado en su totalidad por el Comité de Ética en Investigación de la *Universidade Federal de Pelotas*, Brasil.

Resultados

De los 638 359 ingresos hospitalarios no-obstétricos de residentes en Rio Grande do Sul a cargo del SUS en el año 2007, 30,5% fueron por CSAP (29,2% en los hombres y 31,9% en mujeres), correspondiendo a una tasa de 17,6 ingresos por mil habitantes (17,3 en varones y 17,9 en mujeres). Los grupos de edad más afectados son los menores de cinco años (37,2 por mil hab.) y mayores de 54 años, alcanzando 132 ingresos por mil habitantes entre los hombres mayores de 79 años (Figura 1).

Porto Alegre, capital del Estado y municipio de referencia para la estandarización, presentó una tasa de 12,8 por mil habitantes-año, ocupando la posición 92 en el ordenamiento de tasas estandarizadas entre los 496 municipios de RS. El 18% de los municipios se encuentra en mejor situación, $RME < 1$, mientras el 81% está en peor situación, $RME > 1$. El mapa (Figura 2) presenta la distribución de los municipios del Estado por terciles de las tasas estandarizadas. Se puede observar como los pequeños municipios alejados de la Capital son los que, de modo general, presentan tasas más altas; especialmente, se observan dos agrupamientos de pequeños municipios con altas tasas, en la región central y en la frontera noroeste.

La Tabla 2 describe la frecuencia de municipios, casos y población, la tasa cruda y la RME por variable de análisis. Se puede observar como la casi totalidad de los municipios de Rio Grande do Sul tiene menos de 50 mil habitantes, suman poco más de un tercio de la población y mitad de los ingresos por CSAP observados, mientras los 43 municipios con más de 50 mil habitantes suman el 64% de la población y el 50% de los casos. Los municipios pequeños tienen tasas más altas de hospitalización por CSAP y se distribuyen de modo más homogéneo entre los terciles de la RME, mientras los

municipios con más de 50 mil habitantes se concentran en los terciles inferior y mediano, es decir con menores tasas. A la vez, la cobertura poblacional del PSF es alta en los pequeños municipios y baja en los grandes (datos no mostrados en la tabla).

Los municipios con menos del 25% de cobertura del PSF tienen las menores tasas de hospitalización por CSAP, mientras los que presentan cobertura entre 50 y 75%, son los con tasas más altas, un 72% más que lo esperado si dichos municipios presentaran el comportamiento de Porto Alegre. Se observa también como uno de los principales determinantes de las tasas, el tamaño del municipio: los pequeños son los que muestran mayores tasas y los más grandes los con menores tasas de hospitalización por CSAP.

Entre los municipios con PSF instalado, las mayores tasas se observan en los que adhirieron al Programa en el periodo 2001-2003. Los municipios con más tiempo de implantación del programa se encuentran con mayor frecuencia en los terciles inferiores de las tasas estandarizadas, 36,2%, mientras aquellos con implantación más reciente se encuentran mayormente en el tercil superior de las tasas. Sin embargo, tal distribución puede ser debida al azar ($p=0,1$).

Municipios con mejor IDH tienen menores tasas, asociación que encuentra fuerte significancia estadística en el análisis bivariado. Cuanto menor el número de médicos por habitante, mayores las tasas de ingreso por CSAP. Sin embargo, la asociación no está respaldada por la significancia estadística ($p=0,3$). De modo semejante, las tasas son más altas en municipios con mayor número de habitantes adscriptos a cada EqSF. Pero a la vez, la mayoría de municipios con menor promedio de habitantes por equipo de salud se encuentra en el tercil superior de las tasas.

Municipios con mayor número de camas hospitalarias por habitante se

encuentran mayormente en el tercil superior de las tasas de hospitalización por CSAP en el Estado. También el promedio de visitas domiciliarias por habitante y el de exámenes de Papanicolaou por mujeres adultas, se asocian, en el análisis bivariado, al tercil de tasas estandarizadas de hospitalización por CSAP en que se ubica el municipio. Entre los 281 municipios con hospital, los con mayor proporción de camas a cargo del SUS también son los con mayores tasas, pero al contrario del número de camas por habitante, esa asociación se aleja mucho de la significación estadística.

Otras variables analizadas y que no se enseñan en la tabla por su parco valor descriptivo en el análisis bivariado, son: número de consultorios por mil habitantes, en terciles (valor-p para la asociación con la RME en terciles = 0,9); número de establecimientos, en terciles (p=0,5); proporción de diabéticos registrados, en terciles (p=0,9); proporción de hipertensos registrados, en terciles (p=0,6). Estas últimas variables tienen un 24% de datos ausentes (*missings*), 23% entre los municipios con PSF.

Los modelos de regresión policotómica, previa selección de variables y agrupación de categorías mediante la aplicación de ACM, se muestran en la tabla 3. Para la totalidad de los municipios con menos de 50 mil habitantes, las variables que se incluyen en el modelo tienen el 72,3% de su variabilidad (o *inerencia*) explicada por los dos ejes vertical y horizontal. En el modelo que toma exclusivamente los municipios con PSF, las variables tienen el 55,8% de su inercia explicada por estos dos ejes.

Con el modelo se hacen dos comparaciones, tomando al tercil mediano de la RME como referencia: de una parte los factores asociados en los municipios en mejor situación, y de otra parte en los municipios con peores tasas.

Considerados todos los municipios, con y sin PSF (y en este caso la cobertura

del programa es cero, lógicamente), las variables asociadas a las tasas en los municipios en mejor situación, fueron el IDH y las camas hospitalarias. Entre ellos, las tasas son 88% más altas en los de los terciles superiores del IDH que en los del primer tercil, con peor IDH, y contra más camas hospitalarias por habitante, menores las tasas. Esa misma variable tiene el efecto contrario en los municipios del tercil superior de tasas, donde las tasas aumentan con la disponibilidad de camas hospitalarias. En estos municipios con peores tasas, también se asociaron la visita domiciliaria (VD) – la probabilidad de ingreso por CSAP es 57% menor en aquellos donde se hacen más VD por familia que en los del primer tercil de VD – y la cobertura poblacional del PSF. De modo inverso a lo esperado, el efecto de pertenecer al tercil superior de cobertura del Programa es de un aumento en las tasas, respecto del primer tercil, de 2,4 veces, aunque sin mucha significación estadística. También el modelo ajusta casi al límite de significación aceptada, 5% (se recuerda que en este caso se desea corroborar la hipótesis nula).

El modelo para los municipios con PSF incluye variables propias del PSF, como el tiempo de funcionamiento del programa y el número de habitantes adscriptos al equipo de salud. Se ve en la tabla 3 que al comparar el grupo con menores tasas de ingreso por CSAP al del tercil mediano de tasas, la única variable asociada significativamente, y al borde del 5%, es el tamaño de la población adscripta al equipo. Contrariamente a lo esperado, la probabilidad de hospitalización por CSAP es menor en los municipios con más habitantes por equipo de salud. Para los municipios con tasas más altas, alcanzan significación estadística la cobertura del PSF y el tiempo de funcionamiento del programa. Una vez más de modo inverso a lo esperado, dichas variables se asocian directamente con las tasas de ingreso por CSAP. La cobertura muestra con mayor significación estadística un efecto todavía más fuerte que en el

modelo anterior, con todos municipios. Se nota también que en este subanálisis, la cobertura del PSF en los municipios en mejor situación (menores tasas) invierte el sentido que se había observado con todos los municipios, con y sin PSF, y aunque sin significación estadística las tasas tienden al crecimiento con el tercil de cobertura. El tercil de visitas domiciliarias, que no alcanza significación, es necesario para que la población adscrita alcance significación, y confiere mejor ajuste al modelo.

Se han probado interacciones entre cobertura del PSF y las variables visitas de prenatal, VD, raspados de cuello uterino, IDH-m y número de camas del SUS, y del IDH-m y camas del SUS, que no acrecentaron información al modelo.

Discusión

Comparándose a otros estudios con sujetos de todas edades y listas amplias de causas, la proporción de ingresos por CSAP en RS es menor que la encontrada en uno de sus grandes municipios(13) y en el estado de Minas Gerais,(9) pero mucho mayor que los 12% encontrados en los EUA en 1998,(21) los 8% en Australia,(22) o los 10% y 13% en España(6,23). Las tasas, de otra parte, son algo más altas que en el citado estudio norteamericano (13,4 /mil hab.) y los españoles (11,5 y 14,3 /mil hab), pero menores que en el australiano (24,4 /mil hab.).

El 81% de los municipios del Estado se encuentra en peor situación que Porto Alegre, municipio con apenas 16% de cobertura del PSF. Las tasas son además marcadamente menores en los grandes municipios, que suelen ser los con baja o muy baja cobertura del PSF, cuando lo tienen implantado. Es decir que en dichos municipios no será el PSF el responsable por las menores tasas de ingreso por CSAP, sino que la población encuentra otras formas, mas allá de la atención primaria del SUS, de evitar

dichos ingresos. La localización en el mapa de los municipios ordenados por terciles de la RME permite la identificación de áreas prioritarias para investigación más detallada y acciones para la reducción de esas tasas.

La razón de excluir a los municipios con más de 50 mil habitantes en el análisis multivariado fue la combinación de: una baja cobertura del PSF en los grandes municipios (los 20 municipios con más de cien mil habitantes están en el primer tercil de cobertura del programa; de los 23 municipios con población entre 50 y 100 mil habitantes, 21 se encuentran en el primer tercil de cobertura); la poca variabilidad de tasas entre los grandes municipios (de los 43 municipios con más de 50 mil habitantes, apenas tres se encuentran en el tercil superior de tasas); la dificultad conceptual y poca utilidad de agregar en la misma categoría de tamaño municipios grandes y pequeños.

El ACM se puede usar como instrumento intermedio entre el análisis bivariado y la construcción de modelos multivariados que asumen una variable dependiente. Fue útil en este estudio por su carácter necesariamente exploratorio, dada la ausencia de estudios locales para comparación, para reducir la dimensionalidad de la tabla de datos y llegar a modelos sencillos, útiles para acciones de salud pública, sin prescindir *a priori* de variables posiblemente de interés. El modelo politómico permite la comparación por separado de cada situación de interés – en el caso los municipios en los terciles extremos de la RME contra los medianos – ajustada por la distribución observada en los municipios del tercil que no se analiza.

Con las variables estudiadas se ha podido saber que, considerando todos los municipios: (a) Las variables que distinguen a los en mejor situación, de los en el tercil mediano de tasas, son el IDH-m (peores tasas en municipios con mejor IDH-m) y el número de camas hospitalarias a cargo del SUS por habitante (menores tasas contra

mayor la disponibilidad de camas). (b) Las que distinguen los municipios en peor situación y los medianos son el número de camas hospitalarias, pero en este caso las tasas aumentan con el número de camas a cargo del SUS; la cobertura del PSF, con tasas más altas de ingreso por CSAP, donde contrariamente a lo esperado, la cobertura es mayor; y las visitas domiciliarias, más frecuentes donde las tasas son menores.

Cuando se analizan exclusivamente los municipios con PSF implantado, todas las variables que alcanzan significación estadística van en sentido contrario a lo esperado: en los municipios con menores tasas, estas son tanto menores contra mayor la población adscrita al EqSF. En los de tasas más elevadas, estas aumentan con la cobertura y el tiempo de funcionamiento del PSF. La visita domiciliaria, que entre los municipios en el tercil superior de la RME pierde significación cuando se excluyen a los no-PSF y se analizan variables propias del programa, indica que tal acción es más importante en los municipios sin PSF que en los demás.

Tomamos Porto Alegre como referencia para estandarizar las tasas por su grande población, mientras el 75% de los municipios no alcanza 15 mil habitantes. Así, las tasas globales de RS pueden estar influenciadas por las que se observan en Porto Alegre. Por otro lado, debido al tamaño de su población, estas tasas son muy estables, lo cual es imprescindible en las tasas utilizadas como referencia.

Posiblemente las tasas observadas en un municipio se relacionen con las observadas en municipios vecinos, a través de estilos de práctica médica y comportamientos en salud que se pueden difundir más allá de las fronteras administrativas.(24) Es decir que las unidades de análisis no serían independientes, suposición necesaria a los modelos clásicamente utilizados en el análisis de tasas. Sin embargo, esa presumible limitación se debe superar, al menos parcialmente, al

categorizar la RME en terciles y analizar la tabla multinomial resultante, pues el efecto de tal 'contaminación' tiene que ser mucho más fuerte para contribuir de modo considerable al cambio de posición del municipio en los terciles de RME.

Factores no relacionados a la APS, como la menor distancia del domicilio al hospital o la mayor oferta de camas hospitalarias, se han asociado a mayores tasas de hospitalización por CSAP.(6,7) Nuestro análisis muestra el efecto del número de camas hospitalarias diverso según se de en los municipios con tasas más bajas, donde la relación es inversa, o más altas, donde es directa. En los primeros, posiblemente la variable refleje un modelo asistencial mejor organizado, mientras en los últimos parte del efecto observado puede ser debido, mas allá de fallas en la APS, a la política de ingreso del hospital, buscando la ocupación de camas ociosas con pacientes que consumen pocos recursos(25). Sea como fuere, es también función de la APS evitar la exposición innecesaria de personas a los riesgos inherentes al ambiente hospitalario, y si los habitantes de una región prefieren o aceptan la hospitalización frente a la atención ambulatoria para esas causas, es plausible presumir de una insuficiencia de la APS.

Las características organizacionales del SUS, especialmente las financieras, nos llevan a esperar una proporción más grande de CSAP entre las hospitalizaciones en municipios pequeños que en los de mayor población,(25) a la vez que los pequeños tienen más fácil la gestión del PSF, y sobretodo mayor facilidad financiera de que, con los recursos disponibles para el PSF, alcancen mayor cobertura que los municipios más poblados, al menos hasta la entrada en vigor del *Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)*.(26) El PROESF es una iniciativa del MS para el incremento de la cobertura del PSF en los municipios brasileños con más de cien mil habitantes. Los resultados de este estudio muestran que en el RS las políticas de APS no

se deben descuidar de los pequeños municipios, especialmente aquellos con alta cobertura del PSF, y que probablemente los factores relacionados al impacto de la APS sobre las hospitalizaciones por CSAP no serán los mismos en municipios grandes y pequeños. Además, este estudio muestra que aumentar la cobertura del PSF, sin otros cambios en la estructura y proceso de atención, que aquí no se han podido determinar claramente, puede resultar en una disminución de la capacidad resolutive de la APS, medida por las hospitalizaciones por CSAP.

Este estudio tiene una serie de limitaciones, típicas de las investigaciones basadas en datos secundarios de recolección rutinaria, que se refieren a la calidad de la información disponible e imponen cautela a la interpretación de las asociaciones encontradas. Estudios de validación del sexo, edad y diagnóstico principal en los registros del SIH/SUS han encontrado dichas informaciones aceptables,(27-29) el sistema se somete a auditorías regulares, y es largamente utilizado en la investigación en salud pública en Brasil. Por tanto las tasas y RME aquí descritas son bastante fiables, aunque no se pueda descartar la posibilidad de registro de diagnósticos más graves (y que cobran más) para casos que verdaderamente serían CSAP. De otra parte, al contrario del SIH, la calidad de datos en los sistemas de información utilizados en la APS es mucho menos controlada. La gran proporción de municipios con cobertura del PSF cercana o superior al 100% genera incertidumbre sobre la fiabilidad de tal información, que debe ser considerada, aunque la categorización de la variable en terciles atenúe ese posible sesgo, si existe.

Otra limitación es la imposibilidad de relacionar la hospitalización con el centro de salud de origen del paciente. En el momento de la hospitalización se registra la dirección del enfermo. Un algoritmo en el SIH que permitiera identificar el centro de

salud con responsabilidad sobre el área de residencia del paciente sería un gran aporte a la investigación en APS en Brasil.

Es necesario comprender que el indicador remite al sistema de salud, no al individuo. Es probable que municipios con más pobres tengan mayores necesidades en salud y mayor ocurrencia de CSAP, pero eso no justifica que ahí se esperen más hospitalizaciones por esas causas, sino que se ofrezcan más servicios de APS, para evitarlas. Así, que las diferencias entre tasas indican la diferente capacidad de los municipios de evitar que sus ciudadanos ingresen a hospital por el SUS, por esas causas.

El estudio ha identificado a grupos de municipios más o menos concentrados en regiones del Estado, que deberían ser foco de investigación y de acciones con el objetivo de incrementar la efectividad de la APS y reducir la hospitalización por CSAP. Mitad de los casos han ocurrido en municipios con menos de 50.000 hab., que suman el 36% de la población del Estado. Para los municipios en peor situación, las tasas han sido más altas precisamente en aquellos con mayor cobertura y tiempo de funcionamiento del PSF. Un alta cobertura del PSF, en esta evaluación de los pequeños municipios de RS, no ha sido suficiente para evitar las hospitalizaciones por CSAP.

Tal conclusión no debiera ser del todo sorpresiva, ya que consolidar un modelo basado en los principios de la APS es mucho más que extender su cobertura. Hay que profundizar en la investigación de indicadores locales de estructura y sobretodo de proceso y desempeño locales. Se podría así con datos de los municipios y de los centros de salud, seguir un análisis de modelos mixtos, o multinivel, permitiendo captar además esa complejidad del problema.

Si bien a esas asociaciones hay que mirarlas con cuidado, el estudio refleja la importancia y utilidad de evaluaciones de impacto en APS con datos secundarios de

registro rutinario. Refleja además la necesidad de un mayor control de los datos informados por el municipio, para mejorar la calidad de la información. Una acción inmediata posiblemente útil sería iniciar rondas de debates con representantes de las secretarías de salud del estado y de los municipios con tasas más altas, para la propuesta de acciones con vistas a la reducción de las tasas.

Referencias

- (1) Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs (Millwood)* 1990;9(4):158-165.
- (2) Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992;268(17):2388-2394.
- (3) Bindman AB, Chattopadhyay A, Osmond DH, Huen W, Bacchetti P. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005;40(1):19-38.
- (4) Ansari Z. The concept and usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health* 2007;13(3):91-110.
- (5) Casanova Matutano C, Peiro Perez R, Barba Albos G, Salvador Vilalta X, Colomer Revuelta J, Torregrosa Bertet MJ. Avoidable pediatric hospitalization in the Community of Valencia and Catalonia. *Gac.Sanit.* 1998;12(4):160-168.
- (6) Caminal Homar J, Starfield B, Sanchez Ruiz E, Hermsilla Perez E, Martin Mateo M. La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. *Rev Clin Esp* 2001;201(9):501-7.
- (7) Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla

Lopez E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2004 15;33(6):305-11.

(8) Silva AAMd, Gomes UA, Tonial SR, Silva RAd. Fatores de risco para a hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999;15(4):749-57.

(9) Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais: atenção básica à saúde em Minas Gerais: desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso da Atenção Básica(PAB). ; 2003.

(10) A. C. de Oliveira, R. F. Simões and M. V. Andrade. A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial nos Municípios Mineiros. In: Oliveira ACd, Simões RF, Andrade MV, editors. XXXV Encontro Nacional de Economia da ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia <http://econpapers.repec.org/paper/anpen2007/048.htm>; 2007.

(11) Henrique F, Calvo MC. Assessment of the Family Health Program in municipalities in Santa Catarina State, Brazil. *Cad.Saude Publica* 2008;24(4):809-819.

(12) Dias-da-Costa JS, de Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Quality of primary care as measured by preventable hospitalizations in the South of Brazil. *Cad.Saude Publica* 2008;24(7):1699-1707.

(13) Nedel FB, Facchini LA, Martin Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1041-1052.

- (14) Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília, DF 2008 18 abr 2008;221(I):70-1.
- (15) Rio Grande do Sul. Secretaria do Planejamento e Gestão - SEPLAG. Departamento de Planejamento Governamental - DEPLAN. Atlas socioeconômico Rio Grande do Sul. Available at: <http://www.scp.rs.gov.br/atlas/default.asp>. Accessed 02/05, 2008.
- (16) Navarro Giné A, Sánchez Pérez I, Martín Mateo M. Análisis estadístico de encuestas de salud: cursos GRAAL 3. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2004.
- (17) Nenadic O, Greenacre M. Correspondence analysis in R, with two- and three-dimensional graphics: the ca package. *Journal of Statistical Software* 2007;20(3):1-13.
- (18) Greenacre M. La práctica del análisis de correspondencias. Barcelona: Fundación BBVA; 2008.
- (19) Venables WN, Ripley BD. *Modern applied statistics with S*. 4th ed. New York: Springer; 2002.
- (20) R Development Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Viena: R Foundation for Statistical Computing; 2007.
- (21) Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. *Health.Aff.(Millwood)* 2001;20(2):225-232.
- (22) Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Präventivmed* 2003;48(1):33-43.
- (23) Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermudez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a

cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit* 2003;17(5):360-7.

(24) Mobley LR, Root E, Anselin L, Lozano-Gracia N, Koschinsky J. Spatial analysis of elderly access to primary care services. *Int.J.Health.Geogr.* 2006;5:19.

(25) Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

(26) Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2006;11(3):669-681.

(27) Mathias TA, Soboll ML. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev Saude Publica* 1998;32(6):526-32.

(28) Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RdA, Vasconcellos MTLd. O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):491-9.

(29) Bittencourt SA, Camacho LA, Leal Mdo C. Hospital Information Systems and their application in public health. *Cad.Saude Publica* 2006;22(1):19-30.

Tabla 1 – Lista Brasileña de hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria

Grupos de causa	Códigos de la CIE-10*
Enfermedades evitables por vacuna y condiciones sensibles	A15-A19, A33-A37, A51-A53, A95, B05-B06, B16, B26, B50-B54, B77, G00.0, I00-I02
Gastroenteritis Infecciosas y complicaciones	A00-A09, E86
Anemia por deficiencia de hierro	D50
Deficiencias nutricionales	E40-E46, E50-E64
Infecciones de oído, nariz y garganta	H66, J00-J03, J06, J31
Pneumonías bacterianas	J13, J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
Asma	J45, J46
Enfermedades pulmonares	J20, J21, J40-J44, J47
Hipertensión	I10, I11
Angina pectoris	I20
Insuficiencia Cardíaca	I50, J81
Enfermedades Cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
Diabetes mellitus	E10-E14
Epilepsias	G40, G41
Infección del riñón y tracto urinario	N10-N12, N30, N34, N39.0
Infección de la piel y tejido subcutáneo	A46, L01-L04, L08
Enfermedad inflamatoria de los órganos pélvicos femeninos	N70-N73, N75, N76
Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
Enfermedades relacionadas al prenatal y parto	O23, A50, P35.0

Fuente: Fallo ministerial (*Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008*).

* CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Tabla 2 – Frecuencia de municipios, casos y población, tasa bruta y Razón de Morbilidad Esperada (RME) de hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria, y frecuencia observada de municipios por terciles de la RME, según características del municipio. Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

Variable	Municipios (%)	Casos (%)	Población (%)	Tasa	RME	Terciles de la RME			valor-p			
						Inferior (%)	Medio (%)	Superior (%)				
Tamaño del municipio (mil hab.) (<i>missings</i> = 0)												
< 15	376	75,8	51 822	26,6	1 952 956	17,6	26,54	1,51	119 31,6	118 31,4	139 37,0	0,001
15 -50	77	15,5	45 597	23,4	2 086 724	18,8	21,85	1,24	21 27,3	33 42,9	23 29,9	
50 -100	23	4,6	30 808	15,8	1 613 976	14,6	19,09	1,08	11 47,8	9 39,1	3 13,0	
100 +	20	4,0	66 636	34,2	5 426 661	49,0	12,28	0,70	15 75,0	5 25,0	0 0,0	
Cobertura del PSF, dic/2006 (<i>missings</i> = 0)												
0 - 25%	77	15,5	70 827	36,3	5 312 205	47,9	13,33	0,76	52 67,5	13 16,9	12 15,6	< 0,001
25 - 50%	52	10,5	48 292	24,8	2 839 453	25,6	17,01	0,97	17 32,7	25 48,1	10 19,2	
50 - 75%	65	13,1	30 461	15,6	1 266 261	11,4	24,06	1,37	10 15,4	28 43,1	27 41,5	
75 +	302	60,9	45 283	23,2	1 662 398	15,0	27,24	1,55	87 28,8	99 32,8	116 38,4	
Período de implantación del programa (<i>missings</i> = 10%)												
1996-2000	105	26,2	66 358	40,8	3 885 418	41,5	17,08	0,98	38 36,2	38 36,2	29 27,6	0,10
2001-2003	201	50,1	49 429	30,4	2 423 520	25,9	20,40	1,17	60 29,9	74 36,8	67 33,3	
2004-2006	95	23,7	46 989	28,9	3 044 596	32,6	15,43	0,89	24 25,3	28 29,5	43 45,3	
IDH-m (<i>missings</i> = 6%)												
[0,666-0,769]	160	34,3	37 858	19,6	1 452 950	13,2	26,06	1,48	36 22,5	55 34,4	69 43,1	< 0,001
[0,769-0,804]	152	32,5	57 203	29,6	2 584 312	23,5	22,13	1,26	44 28,9	49 32,2	59 38,8	
[0,804-0,870]	155	33,2	98 292	50,8	6 973 084	63,3	14,10	0,80	72 46,5	51 32,9	32 20,6	
Médicos por mil hab. (<i>missings</i> = 0)												
[0,000-0,476]	166	33,5	20 842	10,7	853 570	7,7	24,42	1,34	52 31,3	56 33,7	58 34,9	0,3
[0,476-0,843]	165	33,3	66 799	34,3	3 221 707	29,1	20,73	1,19	49 29,7	56 33,9	60 36,4	
[0,843-3,438]	165	33,3	107 222	55,0	7 005 040	63,2	15,31	0,87	65 39,4	53 32,1	47 28,5	
Nº habitantes por Equipo de Salud de la Familia (<i>missings</i> = 11%)												
[1075-2678]	132	33,3	36 468	22,6	2 205 568	23,6	16,53	0,95	41 31,1	42 31,8	49 37,1	0,3
[2678-3622]	132	33,3	43 307	26,8	2 550 809	27,3	16,98	0,98	47 35,6	45 34,1	40 30,3	
[3622-18788]	132	33,3	81 869	50,6	4 572 354	49,0	17,91	1,03	32 24,2	52 39,4	48 36,4	
Camas hospitalarias por mil hab. (<i>missings</i> = 0)												
0	215	43,3	15 975	8,2	889 457	8,0	17,96	1,02	105 48,8	70 32,6	40 18,6	< 0,001
[0,322-2,542]	116	23,4	110 487	56,7	6 959 860	62,8	15,87	0,90	44 37,9	46 39,7	26 22,4	
[2,542-11,201]	165	33,3	68 401	35,1	3 231 000	29,2	21,17	1,20	17 10,3	49 29,7	99 60	
Proporción de camas del SUS (<i>missings</i> = 0)												
[36,2-70,8]	95	33,8	62 144	34,7	3 608 419	35,4	17,22	0,98	21 22,1	28 29,5	46 48,4	0,4
[70,8-82,9]	93	33,1	74 019	41,4	4 433 548	43,5	16,70	0,95	16 17,2	33 33,5	44 47,3	
[82,9-100,0]	93	33,1	42 725	23,9	2 148 893	21,1	19,88	1,13	24 25,8	34 36,6	35 37,6	
Visitas domiciliarias (<i>missings</i> = 7%)												
[0,00-0,18]	154	33,4	112 679	61,5	7 616 588	72,3	14,79	0,85	69 44,8	42 27,3	43 27,9	< 0,001
[0,18-0,60]	154	33,4	50 142	27,4	2 133 815	20,3	23,50	1,35	33 21,4	59 38,3	62 40,3	
[0,60-1,44]	153	33,2	20 368	11,1	786 440	7,5	25,90	1,49	48 31,4	56 36,6	49 32,0	
Consultas (<i>missings</i> = 1,4%)												
[0,08-1,35]	163	33,3	91 399	48,0	4 867 341	44,9	18,78	1,07	43 26,4	57 35,0	63 38,7	0,12
[1,35-2,03]	165	33,7	77 424	40,7	5 055 977	46,6	15,31	0,87	59 35,8	52 31,5	54 32,7	
[2,03-4,62]	161	32,9	21 425	11,3	921 473	8,5	23,25	1,32	63 39,1	53 32,9	45 28,0	
% Prenatal con 7 o más consultas (<i>missings</i> = 0)												
[15,0-68,3]	166	33,5	81 083	41,6	4 647 668	41,9	17,45	0,99	61 36,7	59 35,5	46 27,7	0,3
[68,3-82,8]	165	33,3	79 235	40,7	4 948 208	44,7	16,01	0,91	58 35,2	52 31,5	55 33,3	
[82,8-100,0]	165	33,3	34 545	17,7	1 484 441	13,4	23,27	1,32	47 28,5	54 32,7	64 38,8	
Ex. Papanicolau (<i>missings</i> = 0)												
[0,01-0,17]	172	34,7	124 315	63,8	8 060 767	72,7	15,42	0,88	73 42,4	56 32,6	43 25,0	0,007
[0,17-0,26]	171	34,5	51 861	26,6	2 311 031	20,9	22,44	1,28	53 31,0	51 29,8	67 39,2	
[0,26-0,70]	153	30,8	18 687	9,6	708 519	6,4	26,37	1,50	40 26,1	58 37,9	55 35,9	

Tabla 3 – Modelo^a de ajuste de la variabilidad de las tasas estandarizadas de hospitalización por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria. Rio Grande do Sul^b, Brasil, 2007.

	Tercil Inferior de la RME (municipios en mejor situación)		Tercil Superior de la RME (municipios en peor situación)	
	Coef. / ET	OR (IC95%)	Coef. / ET	OR (IC95%)
Todos municipios (n=453)				
Ajuste del modelo: p=0,07				
Intercepto	0,55 / 0,393	–	-0,43 / 0,418	–
Cobertura del PSF, 2° tercil	-0,20 / 0,413	0,82 (0,37 - 1,84)	0,33 / 0,369	1,39 (0,67 - 2,86)
Cobertura del PSF, 3° tercil	-0,42 / 0,46	0,66 (0,27 - 1,62)	0,88 / 0,409*	2,40 (1,08 - 5,35)
Índice de Desarrollo Humano, 2° y 3° terciles	0,63 / 0,294*	1,88 (1,06 - 3,36)	-0,41 / 0,264	0,66 (0,40 - 1,11)
Camas hospitalarias, 2° tercil	-1,20 / 0,398**	0,30 (0,14 - 0,66)	0,49 / 0,399	1,63 (0,75 - 3,57)
Camas hospitalarias, 3° tercil	-1,72 / 0,372***	0,18 (0,09 - 0,37)	1,36 / 0,296***	3,89 (2,18 - 6,96)
Visitas domiciliarias, 2° tercil	-0,59 / 0,372	0,55 (0,27 - 1,15)	-0,36 / 0,334	0,70 (0,36 - 1,35)
Visitas domiciliarias, 3° tercil	-0,33 / 0,412	0,72 (0,32 - 1,61)	-0,84 / 0,38*	0,43 (0,21 - 0,91)
Municipios con PSF				
(n=404, Ajuste del modelo: p=0,15)				
Intercepto	0,34 / 0,566	–	-0,31 / 0,553	–
Cobertura del PSF, 2° tercil	0,08 / 0,457	1,09 (0,44 - 2,66)	0,65 / 0,435	1,91 (0,82 - 4,49)
Cobertura del PSF, 3° tercil	0,24 / 0,478	1,28 (0,50 - 3,26)	1,18 / 0,451**	3,26 (1,35 - 7,90)
Tiempo de funcionamiento del PSF, 2° tercil	-0,17 / 0,329	0,84 (0,44 - 1,61)	0,03 / 0,326	1,03 (0,54 - 1,95)
Tiempo de funcionamiento del PSF, 3° tercil	-0,02 / 0,442	0,98 (0,41 - 2,32)	0,83 / 0,395*	2,30 (1,06 - 4,98)
Población por Equipo de Salud de la Familia, 2° tercil	-0,10 / 0,322	0,90 (0,48 - 1,70)	-0,30 / 0,319	0,74 (0,40 - 1,39)
Población por Equipo de Salud de la Familia, 3° tercil	-0,77 / 0,381*	0,46 (0,22 - 0,98)	-0,22 / 0,335	0,80 (0,41 - 1,54)
Visitas domiciliarias, 2° tercil	-0,57 / 0,42	0,57 (0,25 - 1,29)	-0,41 / 0,382	0,67 (0,32 - 1,41)
Visitas domiciliarias, 3° tercil	-0,36 / 0,433	0,70 (0,30 - 1,63)	-0,76 / 0,406	0,47 (0,21 - 1,04)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

^a Modelo politómico, el tercil medio de la RME es el grupo de referencia.

^b Municipios con menos de 50 mil habitantes (91% de los municipios del Estado)

RME: Razón de Morbilidad Esperada, expresión de las tasas estandarizadas

Coef.: coeficiente; ET: Error Típico

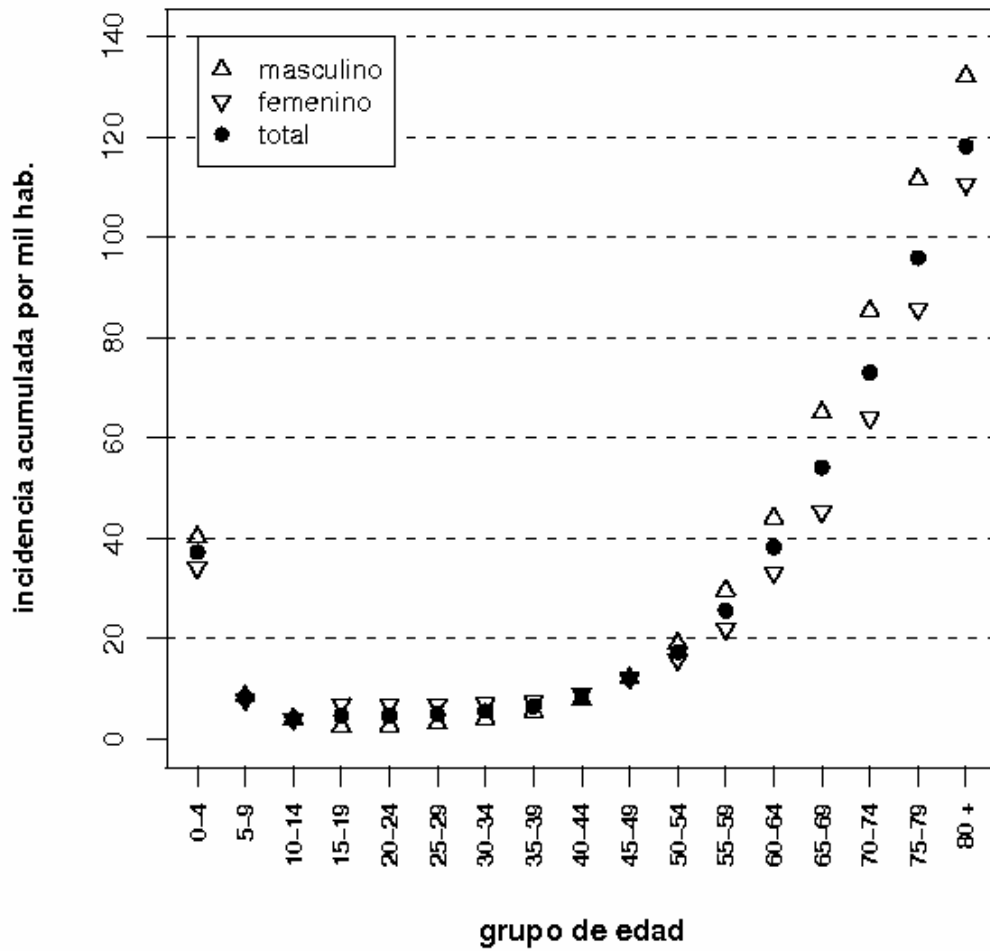


Figura 1 – Taxas de hospitalização por Condições Sensíveis a la Atención Primaria, por grupos de edad y sexo. Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

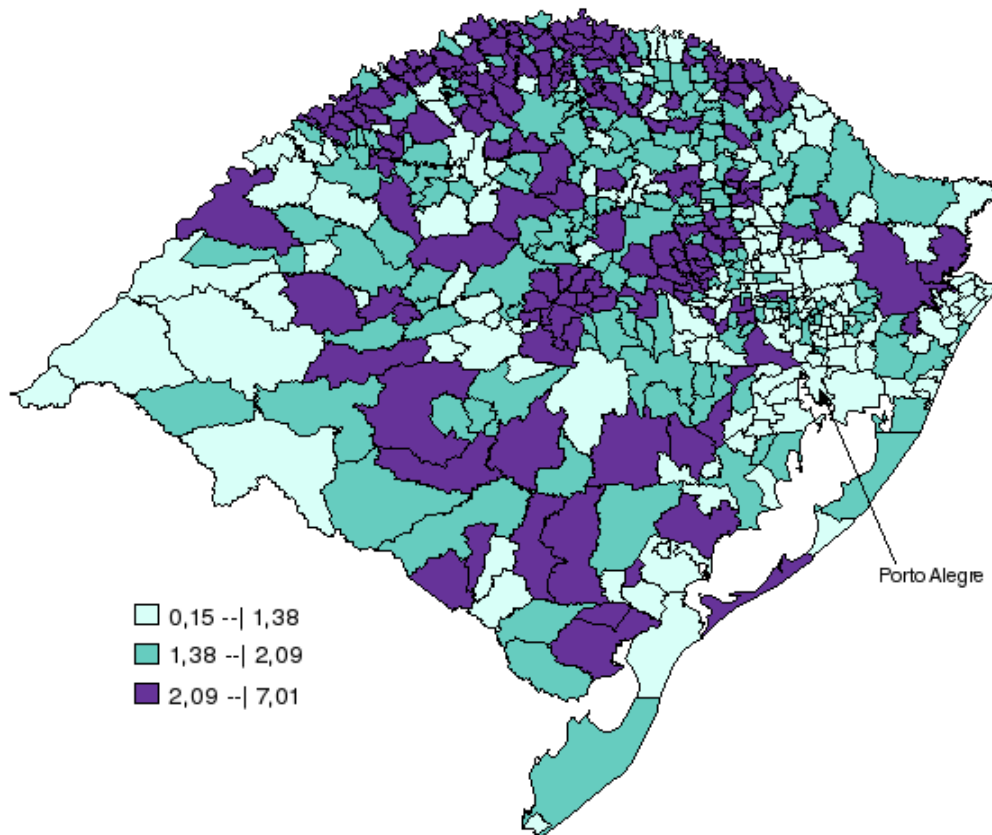


Figura 2 – Taxas de hospitalização por Condições Sensíveis a la Atención Primaria, ajustadas por edad y sexo. Distribución geográfica por terciles de la Razón de Morbilidad Esperada entre los municipios de Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

ARTIGO 3

Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão bibliográfica *

* Elaborado conforme as normas da revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*

Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão bibliográfica

Primary Health Care risk factors for hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: bibliographic review

Título curto: Atenção primária e hospitalizações evitáveis

Fúlvio Borges Nedel ^{1,2}

Luiz Augusto Facchini ¹

Miguel Martín-Mateo ²

Albert Navarro-Giné ²

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (PPGE-UFPel). www.epidemiologia-ufpel.org.br

² Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines, Universitat Autònoma de Barcelona (GRAAL-UAB). <http://graal.uab.es>

Endereço para correspondência

Fúlvio B. Nedel. GRAAL. Unitat de Bioestadística. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Cerdanyola del Vallès, Barcelona, Espanha.

Tel: (34) 93 581-3120; Fax: (34) 93 581-2344; e-mail: fulvionedel@yahoo.com.br

Auxílios

A preparação deste artigo foi facilitada por uma bolsa de estágio de doutorado no exterior concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ao primeiro autor, na *Unitat de Bioestadística* da UAB. [BEX 0024/07-4].

Apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como parte de tese doutoral.

Resumo

As hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – pneumonias bacterianas, complicações da diabetes e da hipertensão, entre outras – são um indicador indireto da efetividade do primeiro nível de atenção à saúde. Frente à utilidade do indicador para a avaliação da Atenção Básica no SUS, realizou-se uma revisão bibliográfica de estudos sobre características da atenção primária associadas ao risco de internação por CSAP, através de busca na MEDLINE e LILACS. A maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos e Espanha, utilizando análise transversal de dados secundários. Na Espanha, as taxas CSAP não se associaram ao tamanho da população adscrita ao médico ou enfermeiro. A continuidade da atenção se associou a menores taxas, nos Estados Unidos e Canadá. A continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e em menor destaque a população adscrita ao médico mostraram-se associadas em diferentes estudos a menor probabilidade de hospitalização por CSAP.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Saúde; Política de Saúde; Indicadores Básicos de Saúde

Contagem de Palavras: 148

Summary

Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) – bacterial pneumonias, diabetes an hypertension complications, among others – are an indirect indicator of effectiveness of the first level of health care. Giving its utility for evaluation of primary care in

the Brazilian National Health System (the SUS), this article presents a bibliographic review of primary care characteristics related to the risk of hospital admission for ACSC, throughout a search in MEDLINE and LILACS. Most of studies were from USA and Spain, and used cross-sectional analyses of secondary data. In Spain, ACSC rates were not associated with the number of patients related to the General Practitioner or the Nurse. Continuity of care were associated with smaller rates in USA and Canada. Continuity of care, multidisciplinary team, and at a least degree number of inhabitants by general practitioner, have been associated with a decreasing risk of hospitalization for ACSC.

Keywords: *Primary Health Care; Health Systems; Health Policy; Status Indicators*

Word count: 145

Introdução

Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são os problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização, como pneumonias bacterianas, complicações da diabetes e da hipertensão, e asma, entre outras. Essas hospitalizações servem de instrumento para a avaliação e monitoramento da efetividade desse nível do sistema de saúde. O indicador surgiu nos Estados Unidos ao final dos anos 80 para identificar camadas da população sem acesso à atenção ambulatorial e estudar o impacto financeiro dessa população sobre o sistema de saúde.¹⁻⁶ Após sua aplicação na Espanha, país com sistema nacional de saúde universal, territorializado e hierarquizado com base na Atenção Primária à Saúde (APS), passou a ser utilizado como indicador da efetividade nesse nível do sistema.⁷⁻¹⁰

Atualmente é um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade propostos para os Estados Unidos¹¹ e para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE),¹² e há estudos sobre o tema em diferentes continentes.¹³⁻²⁰ O Ministério da Saúde brasileiro lançou em abril de 2008 uma portaria definindo a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária.²¹ A lista compreende dezenove grupos de causas e é a versão final de um trabalho de validação baseado na proposta de Caminal²² e que incluiu sua discussão por grupos de expertos de diversos serviços, órgãos de gestão e núcleos acadêmicos do país²³.

A literatura científica, sobretudo a estado-unidense, que pelas características do sistema de saúde daquele país dedica-se especialmente a estudar o acesso de diferentes camadas da população ao sistema de saúde, tem mostrado com crescente consistência uma associação inversa entre o acesso a serviços ambulatoriais e hospitalizações por essas causas.²⁴⁻²⁷ Após a extensão de cobertura do *Medicare* para crianças na Califórnia, houve redução nas taxas de

hospitalização por CSAP, enquanto causas não relacionadas ao primeiro nível de atenção não sofreram variação.^{28,29} No mesmo sentido, pessoas com maior continuidade de afiliação a um plano de saúde têm menor risco de internar por essas causas.³⁰ Estudos comparativos mostram melhores resultados das CSAP em países com sistema de saúde universal, que nos Estados Unidos.^{5,7,18} Diversos estudos têm ainda mostrado pior situação do indicador em populações pobres ou marginalizadas,^{6,19,31-34} mesmo controlando para a gravidade clínica do caso³⁵ ou para a prevalência da doença³⁶.

Com as mudanças operadas no sistema de saúde norte-americano a partir da década de 90 e a prolífica produção daquele país sobre o indicador, vêm-se acumulando evidências de que pacientes que consultam em serviços organizados segundo princípios mais próximos da Atenção Primária à Saúde (APS) – as *Health Maintenance Organizations* e outros – ou que residem em áreas com maior proporção desses serviços internam menos por CSAP que aqueles que consultam em serviços de atenção ambulatorial 'tradicional'.^{6,24,37,38}

Menos estudos focaram características da APS relacionadas às internações por CSAP.^{13,39} Sabe-se pouco sobre quais aspectos da estrutura, organização e processo de trabalho na APS associam-se à variabilidade dessas taxas. Em recente revisão bibliográfica de artigos publicados em língua inglesa, Ansari⁶ afirma que as relações observadas em nível individual entre melhor qualidade da atenção ambulatorial e menores taxas de CSAP não são tão claras quando se estudam as taxas observadas nas áreas geográficas em que se realizaram melhorias.

Não obstante, especialmente em estudos voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma questão fundamental é conhecer as características da atenção primária associadas à variabilidade das taxas de internação por CSAP, trazendo informação útil à gestão da Atenção Básica (AB). O crescente uso do indicador no cenário internacional e no Brasil,^{15,23,40-42} sua utilidade para o SUS como sistema universal de saúde e as necessidades de avaliação da

Atenção Básica justificam uma síntese da literatura científica sobre o tema, facilitando o desenvolvimento de estudos locais e melhor compreensão da situação brasileira.

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica efetuada para sintetizar as características da APS associadas ao risco de hospitalização por CSAP, em estudos publicados em revistas científicas da área da saúde sobre o indicador.

Método

Estratégia de busca

Foi realizada uma busca nas bases bibliográficas MEDLINE e LILACS, respectivamente pela PUBMED (www.pubmed.gov) e BVS (www.bireme.br), com os seguintes termos: *(avoidable[TIAB] OR preventable[TIAB] OR amenable[TIAB]) AND (((hospitalisation[TIAB] OR hospitalisations[TIAB] OR hospitalization[TIAB] OR hospitalizations[TIAB]) OR (hospital[TIAB] AND (admission[TIAB] OR admissions[TIAB] OR discharge[TIAB] OR discharges))) OR "ambulatory care sensitive"[TIAB]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh]) AND ("Health Services Research"[Mesh] OR "Health Services Administration"[Mesh]).*

Artigos mais recentes, que estão em processo de indexação, não têm ainda definidos seus descritores, pelo que não podem ser encontrados numa busca que os inclua com a opção 'AND'. Assim, para artigos publicados em 2008 a busca na MEDLINE não inclui descritores. Não foram usadas outras restrições à busca. Na LILACS a busca foi ampliada para *((avoidable OR preventable OR amenable) AND hospital\$)) OR (ambulatory care sensitive)* em inglês, *((interna\$ OR hospitaliza\$) AND evita\$)) OR (condições sensíveis)* em português e em espanhol. Foi ainda realizada outra busca com os termos *hospital\$ AND "atenção primária" OR "atención primaria"* e revisados os artigos resultados desta busca cujo assunto era Atenção

Primária à Saúde.

A Biblioteca Virtual de Saúde apresenta a possibilidade de busca na LILACS através de três plataformas distintas, com alguma incoerência nos seus resultados. As buscas foram repetidas nas três plataformas.

Complementarmente, utilizou-se o mecanismo de busca do Google (www.google.com.br) na Internet com os termos [“condições sensíveis” “hospitalizações evitáveis” “atenção primária”] e seus correspondentes em espanhol, para a busca de artigos publicados em revistas latino-americanas não indexadas nas bases anteriores. Finalmente, a bibliografia de cada estudo selecionado foi avaliada de acordo com os critérios de inclusão e seleção.

Crítérios de inclusão

Artigos originais com resultados de pesquisas sobre características da APS associadas a internações por CSAP, publicados em revistas científicas. Os estudos deveriam ter, portanto, a internação por CSAP como desfecho e como exposição pelo menos uma característica da APS, seja de estrutura (número de habitantes por equipe de saúde ou por médico, por exemplo), processo (modos de organização da atenção), ou desempenho (grau de cumprimento de metas de atenção, como pré-natal, puericultura, etc.). Foram incluídos os estudos que consideravam pelo menos uma causa aguda e uma crônica entre as CSAP.

Crítérios de exclusão

Foram excluídos os artigos que: (a) tratavam de grupo de causas específico (doenças cardiovasculares evitáveis pela atenção primária, por exemplo), sem conformar um agregado de diferentes tipos de causas; (b) tratavam de pacientes institucionalizados (casas geriátricas,

etc.); (c) tratavam apenas das internações em unidades hospitalares específicas (Unidade de Tratamento Intensivo, etc.); (d) tratavam apenas de avaliação econômica; (e) incluíam medidas de potencial interesse a esta revisão, como o número de médicos por habitante, mas sem referência direta ao número de usuários por médico ou equipe de saúde; (f) tratavam apenas do efeito da melhoria do acesso à APS sobre as hospitalizações por CSAP; (g) não estudavam risco de internação.

Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada segundo critérios selecionados do índice de Downs & Black.⁴³ Embora esse instrumento tenha sido inicialmente proposto para estudos de coorte e caso-controle, a justificativa dos autores para estabelecimento dos mesmos critérios de análise em estudos experimentais e observacionais de indivíduos – o fato de que todos medem exposição, fatores de confusão e desfecho – também pode se aplicar a estudos de agregados de indivíduos, ditos ecológicos, predominantes na análise de indicadores de saúde, assim como a análises transversais da ocorrência de fenômenos, independente do nível de agregação da unidade de análise.

Assim, utilizamos critérios de Downs e Black aplicáveis ao conjunto desses estudos – transversais e longitudinais, independente do nível de agregação da unidade de análise – para avaliar a qualidade dos estudos revisados. Sobre o **relato do estudo**, pontuamos a clareza de descrição de: (1) objetivo ou hipóteses, (2) principais resultados a serem medidos, na seção de Introdução ou Métodos, (3) características dos pacientes incluídos no estudo [nesse critério consideramos, em vez dos “pacientes”, as unidades de análise (paciente, setor censitário, município, etc.), de modo a permitir a aplicação da pergunta a estudos de agregados de pacientes], (4) principais fatores de confusão em cada grupo de comparação, (5) principais

achados do estudo (6) real valor-p [ou, segundo nosso critério, o intervalo de confiança] encontrado e não expressões como “não significativo” ou “< 0,05”, exceto quando menor de 0,001. Sobre a **validade externa**, (7) se as unidades observacionais eram representativas de toda a população de origem. Sobre a **validade interna**, (8) se os testes estatísticos utilizados eram apropriados, (9) se a medida dos principais desfechos tinha boa acurácia (validade e precisão), (10) se houve adequado ajuste para confundimento. A pontuação mínima é zero e a máxima onze.

Características dos estudos

Os estudos foram caracterizados quanto ao período de publicação, país de origem, tipo de estudo, restrição quanto a faixa etária, número de causas ou grupos de causas considerados CSAP, tipo de dados analisados (primários ou secundários), nível de agregação dos dados e principais resultados descritos. Os resultados descritos foram classificados em dois grandes grupos: (a) análises do papel de variáveis de estrutura, processo e desempenho dos serviços sobre as taxas de internação por CSAP e (b) análises do papel do modelo de atenção.

Resultados

A busca inicial nas bases bibliográficas resultou em 1814 (776 PUBMED + (781 + 288) LILACS) referências, reduzidas ao final da seleção para 18 artigos, conforme representado na figura 1. Obviamente, muitas das 288 referências da segunda busca na LILACS aparecem na primeira, e muitas das referências encontradas na LILACS repetem as da PUBMED, pois várias revistas latino-americanas são indexadas em ambas bases. A busca na LILACS acrescentou um artigo à fase de leitura, que não cumpria os critérios de seleção. A busca no GOOGLE acrescentou um artigo à revisão, de revista indexada à LILACS, mas que não foi

encontrado na busca pela BVS.

Como se aprecia na tabela 1, a maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos (8), seguido da Espanha (5), e a análise foi transversal (8). Todos utilizaram dados secundários, inclusive nos quatro estudos com dados primários. Os estudos englobam um período de 14 anos, mas a maioria é recente. Dos 18 estudos reunidos, 13 foram publicados a partir de 2001 e metade a partir de 2003. O ano com maior produção de artigos de interesse foi 2006, com quatro artigos. Aproximadamente metade dos estudos teve como unidade de análise o indivíduo ou a internação, enquanto a outra metade utilizou diferentes modos de agregação geográfica dos dados. Há uma grande variedade de faixas etárias enfocadas, bem como do número de causas consideradas evitáveis em cada estudo, que têm um coeficiente de variabilidade de 56,4%. Predominam os estudos com uma lista ampla de causas, embora seis estudos não usem mais de seis causas para construir o indicador.

Variáveis de estrutura, processo e desempenho dos serviços

A figura 2 e a tabela 2 representam a relação entre características de estrutura, processo e desempenho da APS e as hospitalizações por CSAP, nos artigos revisados, para as variáveis de nosso interesse. Vemos que a maioria das variáveis estudadas associou-se significativamente a um menor risco de internação por CSAP.

Em Valência, na Espanha, um estudo de caso-controle com 1.508 crianças não encontrou diferenças no risco de hospitalização por CSAP segundo o tipo de médico (pediatra vs. generalista ou médico de família e comunidade) e tipo de unidade de saúde (centro de saúde vs. consultório médico).⁷ Em Maryland, Estados Unidos, o maior número de consultas por problemas clínicos em serviços de atenção primária associou-se a um maior risco de internação por CSAP em menores de 19 anos de idade, enquanto um maior número de consultas

preventivas associou-se à redução no risco de internação por essas causas.⁴⁴ Esse resultado contrasta em parte com o encontrado na zona rural do estado australiano de Victoria, onde o número de consultas do médico de APS associou-se a um pequeno efeito redutor das taxas de internação por CSAP em pessoas de todas as faixas etárias.⁴⁵ Apesar da grande significância estatística, dada pelo número de observações em estudo, o efeito é de magnitude muito pequena. Em outro estudo no mesmo estado,²⁶ o maior número de consultas de APS por habitante apresentou um efeito redutor estatisticamente significativo mas praticamente desprezível sobre as taxas de internação evitável pela atenção primária (tabela 2).

Mobley e cols.,⁴⁶ estudando idosos de 65 e mais anos de idade, encontraram menores taxas em áreas com maior razão entre o número de profissionais não médicos na APS e o de médicos. O aumento dessa razão em um desvio-padrão associou-se a uma redução de duas internações por CSAP para cada mil usuários. Também o número de consultas médicas por usuário teve um efeito benéfico estatisticamente significativo, embora muito pequeno. Na província de Granada, na Espanha, as taxas de internação por CSAP não se associaram ao tamanho da população adscrita ao médico ou enfermeiro.⁴⁷ (Tabela 2)

A continuidade da atenção também associou-se a menores taxas de internação por CSAP, nos Estados Unidos e Canadá.⁴⁸⁻⁵⁰ Nos pequenos municípios da Catalunha, aqueles em que uma *Área Básica de Salud* (ABS) cobre todo o município, Caminal¹³ encontrou menores taxas em pacientes oriundos de ABS cujo centro de saúde funcionava em horário normal que nas daqueles com funcionamento continuado as 24 horas do dia. Outras variáveis estudadas foram a disponibilidade de consultas de medicina de família pela manhã e tarde, a possibilidade de marcar consulta com antecipação e a realização de visitas domiciliares para idosos. Nenhuma delas entrou no modelo final de ajuste, e suas medidas de efeito não são apresentadas no artigo.

Em crianças pequenas beneficiárias do *Medicaid*, a puericultura e em menor grau uma consulta preventiva esporádica também estiveram consistentemente associados, em três estados norte-americanos, a um menor risco de internação por CSAP.⁵¹ Estar com as vacinas em dia associou-se a maior risco de internar por CSAP na Califórnia e, sem significância estatística apesar de mais de trinta mil observações, na Geórgia. Em Michigan, as crianças com vacinação em dia apresentaram menor risco de internar por CSAP, efeito semelhante em magnitude e significância estatística ao da consulta preventiva esporádica para essas mesmas crianças. O efeito da puericultura, com os mesmos critérios para estar 'em dia', foi estudado também em Denver, nos EUA, onde as crianças com puericultura em dia ou, de modo semelhante, cada consulta de puericultura a mais, também se associaram a menor risco de internação, embora sem significância estatística.⁵²

Um estudo de intervenção ampliando as possibilidades de manejo clínico da APS realizado em Nottinghamshire, na Inglaterra, sobre 19 de 59 idosos considerados em risco de internação por CSAP foi inconclusivo.⁵³ Finalmente, vemos ainda no gráfico que em 34 municípios granadinos, na Espanha, as internações por CSAP também ocorreram com menor frequência em áreas em que a atenção se dá em centros de saúde e não nos consultórios médicos do antigo modelo sanitário espanhol.³⁹

Modelos de atenção

A tabela 3 sintetiza os resultados relacionados ao modelo de atenção, comparando o risco de internar por CSAP entre pessoas atendidas segundo um modelo mais próximo ou mais distante dos princípios da APS. Na Espanha, três estudos diferentes não encontraram associação entre as taxas e o fato do centro de saúde de origem do paciente ser do chamado 'novo modelo' de atenção primária.^{9,13,39} Em Granada³⁹ as taxas de hospitalização por angina,

para as mulheres, e por parada cardíaca, para os homens, foram discretamente menores nas áreas com o 'novo modelo' implantado, mas a variável não entra no modelo de ajuste final para o indicador global.

Nos Estados Unidos, uma análise da população atendida pelos *Federally Qualified Health Centers* no país mostrou que usuários regulares desses centros de APS tiveram menor risco de internar por CSAP.²⁴ Outro plano de saúde para os pobres daquele país, o *Maryland Access to Care (MAC)*, não associou-se à internação hospitalar por essas causas.⁴⁴ Ainda nos EUA, idosos usuários de outro plano do qual também se esperam ações interdisciplinares de promoção e reabilitação da saúde e prevenção de doenças, mas que se baseia na procura liberal do médico generalista pelo paciente, o *Wisconsin Partnership Program (WPP)*, tiveram taxas mais baixas apenas que seus controles da vizinhança que recebiam atenção pelo *Medicare* ou *Medicaid* sem atenção domiciliar ou comunitária.⁵⁴

Elias e Magajewski,⁵⁵ em Santa Catarina, também estudaram as CSAP, embora analisando causas separadas e sem tratar o indicador de modo integrado. Utilizando critérios de estrutura e processo, classificaram a atenção à saúde dos municípios do extremo sul catarinense com o PSF implantado em “adequada” ou “inadequada” e compararam a tendência das taxas de hospitalização pelo SUS, por diabetes, pneumonia em menores de cinco anos, pneumonia em maiores de 60 anos, diarreia em menores de cinco anos, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), no período 1999 a 2004. As tendências foram semelhantes para os dois grupos de municípios para todas as causas, salvo o AVC, que teve taxas constantes nos municípios com atenção inadequada enquanto aumentou naqueles com atenção considerada adequada. As taxas de internação por diabetes e pneumonia em maiores de 60 anos foram um pouco menores nos municípios com atenção adequada, enquanto as taxas de internação por pneumonia em menores de cinco anos e de IAM foram maiores nestes

municípios que naqueles com atenção considerada inadequada.

Qualidade metodológica dos estudos revisados

Segundo os critérios utilizados, os estudos foram classificados, de modo geral, como de boa qualidade metodológica. Treze dos 18 artigos somaram nove ou mais pontos, de um máximo possível de onze. A classificação mínima atingida foi de cinco pontos. Os objetivos ou hipóteses foram geralmente bem descritos e a análise bem conduzida. Segundo os autores, os resultados foram limitados mais pela abrangência dos dados disponíveis que pela sua qualidade, apesar do uso de dados secundários de registro rotineiro.

Discussão

Creemos que a busca realizada foi bastante exaustiva e deve ter encontrado a grande maioria, senão a totalidade, dos artigos publicados em revistas científicas da área da saúde, pois as referências bibliográficas dos artigos revisados não acrescentaram novos artigos à revisão. Não obstante, a busca na MEDLINE, em virtude do grande número de referências sobre os temas buscados no título ou resumo do artigo (*[tiab]*), foi restrita pela combinação de descritores utilizada, o que poderia fazer com que não se encontrasse algum artigo. Entretanto, a busca sem os descritores resultou em 1741 referências (dados não apresentados), o que a tornaria muito ineficiente.

A busca bibliográfica sobre hospitalizações evitáveis por ações do primeiro nível de atenção à saúde é dificultada pelo grande número de artigos que se referem ao tema usando diferentes denominações, objetivos e enfoques de análise, o que por sua vez resulta em certa variabilidade dos descritores (*MeSH Terms*) usados. Por outro lado, vários artigos que usam termos como “hospitalização” e “evitável” não tratam de CSAP. Além disso, não foi

encontrado um descritor que aproximasse à idéia de hospitalização evitável, tornando a busca mais eficiente.

Vale citar que há cerca de um ano temos duas buscas de notificação periódica na PUBMED: (a) uma mais restrita, usando descritores, (*hospitalization[mh] AND ambulatory care[mh]*) AND (*ambulatory care sensitive [tiab] OR discharge [tiab] OR sensitive conditions [tiab]*), que parece ter uma sensibilidade bastante baixa, sem alta especificidade; e (b) outra mais ampla, (*avoidable OR preventable OR amenable*) AND (*hospitalization OR (hospital AND discharge)*) OR (*ambulatory AND care AND sensitive*)), que tampouco é muito útil a uma revisão sistemática, pela grande quantidade de artigos encontrados que não tratam do tema.

A concentração dos artigos nos últimos seis anos mostra o interesse crescente na utilização do indicador em todo o mundo. Além disso, seu desenvolvimento e aplicação aos sistemas de saúde se apóiam em estudos de elevada qualidade metodológica, sugerindo um rápido amadurecimento metodológico e teórico na abordagem do tema.

Avaliações do efeito do número de médicos ou centros de saúde sobre as taxas de internação por CSAP foram excluídas do estudo quando essa medida não refletia o número de potenciais usuários por médico ou centro. Essa condição depende do sistema de saúde de cada país. Na Espanha, com um Sistema Nacional de Saúde de base territorial e efetivamente universal, o número de médicos de APS por habitante em uma “*Área Básica de Salud*” ou município é uma média do número de usuários destinados a cada profissional em cada região. Nos Estados Unidos, de onde provêm a grande maioria dos estudos revisados, as fronteiras dos condados têm pouco a ver com a busca por atenção à saúde e embora as “*Health Services Areas (HSA)*” – um ou mais condados agrupados segundo a provisão de recursos – sejam mais apropriadas para essa medida,⁵⁶ o número de médicos por habitante de uma *HSA* não representa a oferta de profissionais em cada plano de saúde, que é como se organiza o acesso.

Tais estudos foram excluídos porque consideramos que à organização da Atenção Básica do SUS, especialmente o PSF, o que importa é conhecer a adequação do número de usuários destinados por médico ou equipe de saúde.

A relação entre o número de pacientes por médico e a probabilidade de que o diagnóstico de internação fosse uma CSAP (e não outra causa) foi estudada em pacientes internados em um hospital Italiano, em 2007.⁵⁷ A probabilidade de uma CSAP entre as internações era maior para os pacientes cujo médico do centro de saúde de origem tinha mais pacientes sob sua responsabilidade. Fatores associados à probabilidade de que a internação hospitalar se dê por uma CSAP também foram estudados em Bagé, RS.²³ Entre os pacientes internados usuários de centros de saúde de Atenção Básica 'tradicional', a proporção de CSAP foi menor entre aqueles cujos centros foram melhor avaliados no critério organização da atenção. Para o PSF foi encontrada uma associação não-significativa com o trabalho em equipe. Casanova e cols.⁸ também estudaram a proporção de diagnósticos de CSAP num hospital distrital de Valência (o mesmo do artigo incluído na revisão). Na análise bivariada encontraram maior probabilidade de CSAP entre as crianças atendidas por pediatras que por generalista ou médico de família e comunidade, mas a associação desaparecia ao controlar para a idade.

No entanto, é preciso tomar esses resultados com cautela, já que as análises referem-se apenas a pacientes hospitalizados. A probabilidade de que, entre os pacientes internados, a causa de internação seja uma CSAP não representa o risco de internar por CSAP, razão pela qual esses estudos não foram incluídos entre os artigos desta revisão.

A utilidade do indicador tem sido posta em dúvida porque: as listas de códigos de causas consideradas CSAP são construídas por consenso entre expertos e não por estudos de base empírica; as taxas de hospitalização por CSAP são condicionadas por aspectos não

controlados pela APS, como a distância entre a residência do paciente e o hospital; as taxas de hospitalização por CSAP frequentemente se associam de modo mais forte às condições socioeconômicas da população que aos recursos de atenção primária disponíveis; há certa inconsistência entre o número de médicos e as taxas observadas.^{56,58,59}

As listas de causas têm evoluído para um padrão de lista ampla, com várias causas, agudas e crônicas,^{11,12,14,21,22} e a validade de construto do indicador tem sido reiterada. No entanto há ainda grande variabilidade entre as listas. Aliada à variabilidade de faixas etárias estudadas nas diferentes pesquisas, percebe-se um longo caminho a percorrer para a melhor comparabilidade dos estudos. De outra parte, mesmo que a distância do domicílio ao hospital não seja uma característica da APS, se há pessoas sendo hospitalizadas por problemas que deveriam ter-se resolvido na atenção primária antes de que fosse necessária a hospitalização, este é um problema da APS. O indicador traz à tona o problema e permite a identificação de descritores que o enfoquem, facilitando a elaboração de pesquisas específicas mais acuradas.

Finalmente, é bastante conhecido que as condições de saúde da população – e sobretudo seus diferenciais – são fortemente dependentes do modo com que se organiza a distribuição social da riqueza. Esse fato relaciona-se intimamente com a chamada “lei dos cuidados inversos” nome dado à observação – bastante óbvia, se olharmos nossa organização social – de que comumente há maior oferta de serviços onde as populações são menos carentes deles. Vimos,⁷ porém, que a mal chamada “lei” pode ser “revogada”, pelo menos em certos aspectos (ou “parágrafos”, para seguir a metáfora), por sistemas nacionais de saúde universais.

Não obstante esses problemas, diferentes aspectos da validade do indicador têm sido reiterados,^{17,60,61} e não parece mais haver dúvida de sua utilidade para a identificação de populações com necessidades insatisfeitas, no que se refere à APS,⁶ embora permaneçam dúvidas sobre que características específicas da estrutura e organização dos serviços podem

impactar melhor essas taxas.

Esta revisão mostrou que a continuidade da atenção, um dos princípios fundamentais da APS, associou-se em diferentes estudos^{48,49} a menor probabilidade de hospitalização por CSAP. Relacionada a esse princípio, a consulta de puericultura também associou-se consistentemente a menores taxas, numa análise longitudinal em três estados norte-americanos.⁵¹ Embora um efeito semelhante encontrado em outro estudo, tipo caso-control e com muito menos sujeitos, não tenha alcançado significância estatística, essa parece ser uma importante variável descritora do desempenho dos serviços de APS em crianças, que deveria ser considerada para modelos de análise da variabilidade das taxas de CSAP. Se a utilização de protocolos para outros usuários, ou se um maior número de visitas domiciliares também se associa e menor risco de internação é um tema em aberto para a pesquisa no SUS.

No Brasil, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, www.datasus.gov.br, www.saude.gov.br) registra os atendimentos em puericultura realizados pela equipe de saúde e o número de crianças pesadas – que poderia ser um *proxy* do número de crianças com puericultura em dia – por microárea de saúde. Assim, essa pode ser uma variável útil na análise da variabilidade das taxas de hospitalização por CSAP em municípios com o PSF implantado. Obviamente, sua utilidade dependerá da confiabilidade e validade da informação registrada.

Outra característica importante da atenção primária, o trabalho em equipe multiprofissional, apresentou um forte efeito redutor das taxas de internação por CSAP em idosos nos Estados Unidos.⁴⁶ Como dito anteriormente, o trabalho em equipe também associou-se a menor probabilidade de diagnóstico CSAP nos pacientes internados em Bagé.²³

É interessante notar que uma questão candente em muitos municípios, o horário de funcionamento das unidades de saúde foi estudado nos pequenos municípios da Catalunha, onde não funcionar por 24 horas associou-se a menores taxas. Possivelmente o horário

continuado de atenção reflita um modelo mais interventor, levando a maiores taxas.¹³ Os *Federally Qualified Health Centers (FQHC)* dos Estados Unidos parecem, numa olhada superficial, ter melhor efeito que a reforma da APS na Espanha, mas deve-se lembrar que os usuários regulares dos *FQHC* foram comparados a uma população muito pouco assistida pela APS, os beneficiários do *Medicaid*, enquanto na Espanha as taxas foram comparadas às de outra população que também tinha uma boa atenção primária.

Entre as questões analisadas nos artigos revisados, permanece em aberto uma questão de especial interesse ao PSF: a relação entre o número de habitantes por equipe de saúde e as taxas de hospitalização por CSAP. Vale lembrar que na Espanha e Itália, onde essa característica foi estudada,^{39,57} o número de habitantes por profissional da APS é muito menor que no PSF.

Os artigos eram, de modo geral, de boa qualidade metodológica, segundo os critérios utilizados. Por outro lado, a pouca variabilidade sugere certa inadequação dos critérios, que foram criados para estudos biomédicos com pacientes, com foco na etiologia,⁴³ sendo adaptados, nesta revisão, à análise de estudos de agregados populacionais, com foco em saúde pública.

Alguns estudos³⁶ realizam suas análises controlando pela ocorrência da doença, enquanto outros²⁸ manifestam essa incapacidade como uma das limitações do estudo. Entretanto, a adequação desse procedimento para a análise dos fatores associados ao risco de internar por CSAP não deve ser aceita *per se*, ela depende do estudo. Se o foco é a validade do indicador, isto é, saber se a variabilidade observada se deve de fato ao sistema de saúde e não à ocorrência ou gravidade da doença, o ajuste será adequado. Também quando se comparam modelos de atenção, pode ser adequado o ajuste pela ocorrência da doença.

Por outro lado, quando o foco do estudo é usar o indicador para avaliar a efetividade da

APS, isto é, sua capacidade de resolver os problemas de saúde da sua população de referência, o ajuste pode ser inadequado. Como não se pode aceitar que áreas com maior ocorrência da doença recebam atenção à saúde insuficiente – e portanto que tenham maiores taxas de hospitalização por CSAP –, na análise de sistemas universais de saúde o mais adequado parece ser não incluir estimativas de ocorrência da doença no modelo de ajuste. Nesse sentido, controlar pela ocorrência populacional da doença equivaleria, quando se analisam fatores determinantes das taxas, a aceitar a insuficiência do sistema em áreas de maior necessidade.

Outra revisão sistemática⁶² mostrou o avanço da pesquisa em APS no Brasil a partir de 1998, quando se incrementa o PSF no país. O modo de implantação do PSF cria uma situação de *quasi*-experiência, propícia à avaliação de seu impacto, e as CSAP são um indicador específico para a APS que pode ser tabulado para todos os municípios brasileiros com informações disponíveis na internet (Bases de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, em www.datasus.gov.br). O nível mínimo de agregação dessas bases é o município, o que impede o relacionamento do paciente internado com a unidade de saúde de sua área de residência.

O SUS tem vários sistemas de informação com dados úteis à avaliação da atenção básica, especialmente o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Três limitações ao uso do SIAB são: uso quase exclusivo pelas Equipes de Saúde da Família, a pouca confiabilidade em várias de suas informações e a estrutura pulverizada das bases de dados, dificultando o manejo dos dados além das tabulações operadas pelo sistema. Outra dificuldade, de aspecto mais geral e bastante limitante para a pesquisa, é a não ligação dos dados entre os diferentes sistemas de informação.

Um algoritmo no SIH/SUS que relacionasse o endereço do paciente (informado na internação) à unidade de saúde de referência de sua área de residência e a possibilidade de

vinculação dessas informações com bases de dados do SIAB melhor estruturadas seria um grande apoio à pesquisa e avaliação da atenção primária no Brasil, fornecendo informação de melhor qualidade para a gestão do SUS.

As hospitalizações por CSAP são um indicador útil ao SUS. A definição da lista brasileira de causas²¹, a disponibilização das bases do SIH/SUS e de softwares como o TabWin (www.datasus.gov.br) permitem seu uso pelas Secretarias Municipais de Saúde e o desenvolvimento da pesquisa sobre o tema no Brasil. A solução dos problemas citados anteriormente facilitaria o aprimoramento metodológico das pesquisas, gerando informação mais acurada e de maior utilidade para a gestão da saúde.

Bibliografia

1. Bigby J, Dunn J, Goldman L, Adams JB, Jen P, Landefeld CS, et al. Assessing the preventability of emergency hospital admissions. A method for evaluating the quality of medical care in a primary care facility. *Am.J.Med.* 1987 Dec;83(6):1031-1036.
2. Carr W, Szapiro N, Heisler T, Krasner MI. Sentinel health events as indicators of unmet needs. *Soc.Sci.Med.* 1989;29(6):705-714.
3. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs (Millwood)* 1990;9(4):158-165.
4. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993 Spring;12(1):162-73.
5. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)* 1996 Fall;15(3):239-49.
6. Ansari Z. The concept and usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health* 2007;13(3):91-110.
7. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int.J.Health Serv.* 1995;25(2):283-294.
8. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996 Feb;8(1):51-9.
9. Casanova Matutano C, Peiro Perez R, Barba Albos G, Salvador Vilalta X, Colomer Revuelta J, Torregrosa Bertet MJ. Avoidable pediatric hospitalization in the Community of Valencia and Catalonia. *Gac.Sanit.* 1998 Jul-Aug;12(4):160-168.
10. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003 Jan;31(1):61-5.
11. U.S. Department of Health & Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Quality Indicators, prevention quality indicators: technical specifications. 2008; Available at:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.

12. Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Gil Lapetra ML, the HCQI Expert Group Members. Health care quality indicators project initial indicators report. 2006 09-Mar-2006;OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 22.
13. Caminal Homar J, Starfield B, Sanchez Ruiz E, Hermosilla Perez E, Martin Mateo M. La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluna. *Rev Clin Esp* 2001 Sep;201(9):501-7.
14. Population Health Division, *The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: preliminary analyses*. Victorian Government Department of Human Services, Melbourne. ; 2001.
15. Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais: atenção básica à saúde em Minas Gerais: desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso da Atenção Básica(PAB). ; 2003.
16. Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003 Jan;57(1):17-22.
17. Laditka JN, Laditka SB, Probst JC. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005 Aug;40(4):1148-66.
18. Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. A new way to compare health systems: Avoidable Hospital Conditions in Manhattan and Paris. *Health Affairs (Millwood)* 2006;25(2):510-520.
19. Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian setting. *Health Serv Res* 2005 Aug;40(4):1167-85.
20. Dharmalingam A, Pool I, Baxendine S, J S. Trends and patterns of avoidable hospitalisations in New Zealand: 1980-1997. *N Z Med J* 2004;117(1198):U976.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União, Brasília, DF* 2008 18 abr 2008;221(I):70-1.
22. Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: seleccion del listado de codigos de diagnostico validos para Espana. *Gac Sanit* 2001 Mar-Apr;15(2):128-41.
23. Nedel FB, Facchini LA, Martin Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1041-1052.
24. Falik M, Needleman J, Wells BL, Korb J. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. *Med Care* 2001 Jun;39(6):551-61.
25. Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. *J Health Care Poor Underserved* 2005 Feb;16(1):96-110.
26. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med. Care Res.Rev.* 2006 Dec;63(6):719-741.
27. Kronman AC, Ash AS, Freund KM, Hanchate A, Emanuel EJ. Can primary care visits reduce hospital utilization among Medicare beneficiaries at the end of life? *J.Gen.Intern.Med.* 2008 Sep;23(9):1330-1335.
28. Bindman AB, Chattopadhyay A, Auerback GM. Medicaid re-enrollment policies and children's risk of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Med.Care* 2008 Oct;46(10):1049-1054.
29. Cousineau MR, Stevens GD, Pickering TA. Preventable hospitalizations among children in California counties after child health insurance expansion initiatives. *Med.Care* 2008 Feb;46(2):142-147.

30. Goldman LE, Chattopadhyay A, Bindman AB. Comparisons of health plan quality: does the sampling strategy affect the results? *Med.Care* 2008 Jul;46(7):752-757.
31. Korenbrot CC, Ehlers S, Crouch JA. Disparities in hospitalizations of rural American Indians. *Med.Care* 2003 May;41(5):626-636.
32. Shah BR, Gunraj N, Hux JE. Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *Am.J.Public Health* 2003 May;93(5):798-802.
33. Laditka JN, Laditka SB. Race, ethnicity and hospitalization for six chronic ambulatory care sensitive conditions in the USA. *Ethn.Health* 2006 Aug;11(3):247-263.
34. Agha MM, Glazier RH, Guttman A. Relationship between social inequalities and ambulatory care-sensitive hospitalizations persists for up to 9 years among children born in a major Canadian urban center. *Ambul.Pediatr.* 2007 May-Jun;7(3):258-262.
35. Laditka JN. Hazards of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions among older women: evidence of greater risks for African Americans and Hispanics. *Med Care Res Rev* 2003 Dec;60(4):468-95; discussion 496-508.
36. Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcome disparities associated with race and ethnicity. *Soc Sci Med* 2003 Oct;57(8):1429-41.
37. Zhan C, Miller MR, Wong H, Meyer GS. The effects of HMO penetration on preventable hospitalizations. *Health Serv Res* 2004 Apr;39(2):345-61.
38. Epstein AJ. The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations. *Health Serv Res* 2001 Jun;36(2):405-20.
39. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2004 Apr 15;33(6):305-11.
40. Silva AAMd, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para a hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999;15(4):749-57.
41. Henrique F, Calvo MC. Assessment of the Family Health Program in municipalities in Santa Catarina State, Brazil. *Cad.Saude Publica* 2008 Apr;24(4):809-819.
42. Dias-da-Costa JS, de Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Quality of primary care as measured by preventable hospitalizations in the South of Brazil. *Cad.Saude Publica* 2008 Jul;24(7):1699-1707.
43. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J.Epidemiol.Community Health* 1998 Jun;52(6):377-384.
44. Gadowski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid primary care provider and preventive care on pediatric hospitalization. *Pediatrics* 1998 Mar;101(3):E1.
45. Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Praventivmed* 2003;48(1):33-43.
46. Mobley LR, Root E, Anselin L, Lozano-Gracia N, Koschinsky J. Spatial analysis of elderly access to primary care services. *Int.J.Health.Geogr.* 2006 May 15;5:19.
47. Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermudez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit* 2003 Sep-Oct;17(5):360-7.
48. Gill JM, Mainous AG, 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch.Fam.Med.* 1998 Jul-Aug;7(4):352-357.
49. Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J.Health Serv.Res.Policy* 2006 Oct;11(4):196-201.

-
50. Gill JM. Can hospitalizations be avoided by having a regular source of care? *Fam.Med.* 1997 Mar;29(3):166-171.
51. Hakim RB, Bye BV. Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. *Pediatrics* 2001 Jul;108(1):90-97.
52. Steiner JF, Braun PA, Melinkovich P, Glazner JE, Chandramouli V, LeBaron CW, et al. Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care system. *Ambul Pediatr* 2003 Nov-Dec;3(6):324-8.
53. Jiwa M, Gerrish K, Gibson A, Scott H. Preventing avoidable hospital admission of older people. *Br.J.Community Nurs.* 2002 Aug;7(8):426-431.
54. Kane RL, Homyak P, Bershinsky B, Flood S. The effects of a variant of the program for all-inclusive care of the elderly on hospital utilization and outcomes. *J.Am.Geriatr.Soc.* 2006 Feb;54(2):276-283.
55. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(4):633-647.
56. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J.Fam.Pract.* 1994 Aug;39(2):123-128.
57. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res* 2007;7(1):134.
58. Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health Place* 2001 Mar;7(1):27-38.
59. Steiner JF. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions: where do we go from here? *Ambul.Pediatr.* 2007 May-Jun;7(3):263-264.
60. Laditka JN. Physician supply, physician diversity, and outcomes of primary health care for older persons in the United States. *Health Place* 2004 Sep;10(3):231-44.
61. Pappas G, Hadden WC, Kozak LJ, Fisher GF. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. *Am.J.Public Health* 1997 May;87(5):811-816.
62. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C, Ruiz Cantero MT, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista da AMRIGS* 2005;49(4):248-252.

Tabela 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão.

Ref.	Autor	D/B	Ano	País	Tipo de estudo	Faixa etária	Lista de códigos	Tipo de dados	Nível de agregação	Principais resultados
7	Casanova & Starfield	11	1995	Espanha	caso-controle	0-15	21	secundários	indivíduo	Probabilidade semelhante de internação independente do tipo de médico (pediatra vs. generalista ou de família) e do tipo de unidade (centro de saúde vs. consultório médico)
50	Gill	8	1997	EUA	transversal	0-64	17	secundários	indivíduo	Mais de 50% das consultas com a mesma equipe de saúde não se associa às taxas.
9	Casanova et. Al	8	1998	Espanha	transversal	0-14	21	secundários	distrito sanitário	'Novo modelo' de APS não diferiu do anterior
44	Gadomski et al.	11	1998	EUA	Antes-e-depois	<19	18	secundários	indivíduo	Modelo testado não faz diferença; Mais consultas, maiores taxas; Mais consultas preventivas, menores taxas
48	Gill & Mainous	8	1998	EUA	longitudinal	1-64	17	secundários	indivíduo	Continuidade diminui as taxas
13	Caminal et al.	11	2001	Espanha	transversal	Todas	22	secundários	ABS	Funcionamento 24h do CS, maiores taxas Proximidade ao hospital, maiores taxas
24	Falik et al.	11	2001	EUA	longitudinal	0-64	20	secundários	hospitalização	Menores taxas com APS regular
51	Hakim & Bye	9	2001	EUA	longitudinal	<2	4	secundários	indivíduo	Estar em dia com a puericultura reduz o risco de internar por CSAP
53	Jiwa et al.	5	2002	Inglaterra	intervenção	75e+	14	primários e secundários	indivíduo	Sem poder estatístico, inconclusivo
45	Ansari et al.	11	2003	Austrália	transversal	todas	19	secundários	multinível	Mais médicos generalistas e consultas, menores taxas
47	Márquez-Calderón et al.	9	2003	Espanha	transversal	todas	29	secundários	Município/ABS	'Novo modelo' de APS, taxas menores
52	Steiner et al.	10	2003	EUA	caso-controle	<3	6	secundários	indivíduo	Consultas prévias não se associam
39	Bermúdez-Tamayo et al.	9	2004	Espanha	transversal	todas	6	secundários	município	Menores taxas em áreas com centro de saúde (vs. Consultório)
26	Ansari et al.	11	2006	Austrália	transversal	18e+	30	primários e secundários	ABS	Maior nº de consultas, menores taxas; Nº de médicos não faz diferença
54	Kane et al.	9	2006	EUA	longitudinal	65e+	4	secundários	indivíduo	Programa novo melhor apenas para controles da mesma área sem atenção domiciliar ou comunitária
49	Menec et al.	10	2006	Canadá	transversal	67e+	28	primários e secundários	indivíduo	Menores taxas com acesso regular (+ de 75% das consultas com o mesmo médico)
46	Mobley et al.	11	2006	EUA	espacial	65e+	11	secundários	ABS	Áreas com maior razão de profissionais não-médicos / médicos têm menores taxas
55	Elias & Magajewski	6	2008	Brasil	longitudinal	várias	5	primários e secundários	município	Resultados para causas separadas; municípios com PSF adequado têm taxas mais baixas

Ref.: Referência bibliográfica neste artigo

D/B: Índice de Downs & Black⁴³ modificado: máximo 11 pontos

APS: Atenção Primária à Saúde; ABS: Área Básica de Saúde; CS: Centro(s) de Saúde; CSAP: Condições Sensíveis à Atenção Primária; PSF: Programa Saúde da Família

Tabela 2 – Variáveis de estrutura e desempenho dos serviços de atenção primária e risco de internar por Condições Sensíveis à Atenção Primária, nos estudos revisados.

Ref.	Autor, ano / local	Variável	N	Coef.	IC95%	Erro Padrão	P
46	Mobley et al., 2006 EUA	consultas médicas / usuário razão profissionais não-médicos / médicos	6.455 áreas de saúde	-0,63		0,174	<0,01
				-38,23		7,78	<0,01
47	Márquez-Calderón et al., 2003 Granada, Es	pop. adscrita por médico pop. adscrita por enfermeiro	34 municípios	0,76			0,22
				0,68			0,14
26	Ansari, 2006 Victoria, Au	médicos APS /mil hab. consultas APS /10 mil hab.	32 áreas de saúde	-2,03	-6,52 – 2,46		0,38
				-0,134			<0,001

Tabela 3 – Comparação de modelos de atenção sobre o risco de internar por Condições Sensíveis à Atenção Primária, nos estudos revisados.

Ref.	Autor, ano	Local	Variável	N	Efeito*	
					r ²	p
9	Casanova et al., 1998		reforma da APS			
		Com. Valenciana, Es, 1993		23	Áreas de Saúde	0,12 0,61
		Com. Valenciana, Es, 1994				-0,19 0,44
		Catalunha, Es, 1993		55	Setores	-0,12 0,43
		Catalunha, Es, 1994			Sanitários	-0,32 0,03
						RR IC95%
13	Caminal et al., 2001	Catalunha, Es	reforma da APS**	151	Áreas Básicas de Saúde	0,92 0,9 – 0,94
24	Falik et al., 2001	EUA	FQHC x Medicaid	48.738	hospitalizações	0,8 0,67 – 0,95
44	Gadomski et al., 1998	Maryland, EUA	MAC x Medicaid	16.116	indivíduos	0,98 0,94 – 1,03
54	Kane et al., 2006	Wisconsin, EUA				
		Pacientes de outros prestadores, sem atenção domiciliar e comunitária	WPP x controles da vizinhança WPP x controles fora da área	5.722	pessoas-mês	3,72 1,97 – 7,06 1,08 0,54 – 2,19
		Pacientes de outros prestadores, com atenção domiciliar e comunitária	WPP x controles da vizinhança WPP x controles fora da área	2.132	pessoas-mês	0,39 0,12 – 1,21 1,28 0,54 – 3,08

* Exceto quando indicado(**), os valores apresentados são os descritos no modelo final de ajuste do estudo revisado.

r² – Coeficiente de correlação linear

RR – Risco Relativo

** Dados da análise bivariada; a variável perdeu significância e não foi incluída no modelo final de ajuste.

FQHC – *Federally Qualified Health Centers*

MAC – *Maryland Access to Care*

WPP – *Wisconsin Partnership Program*

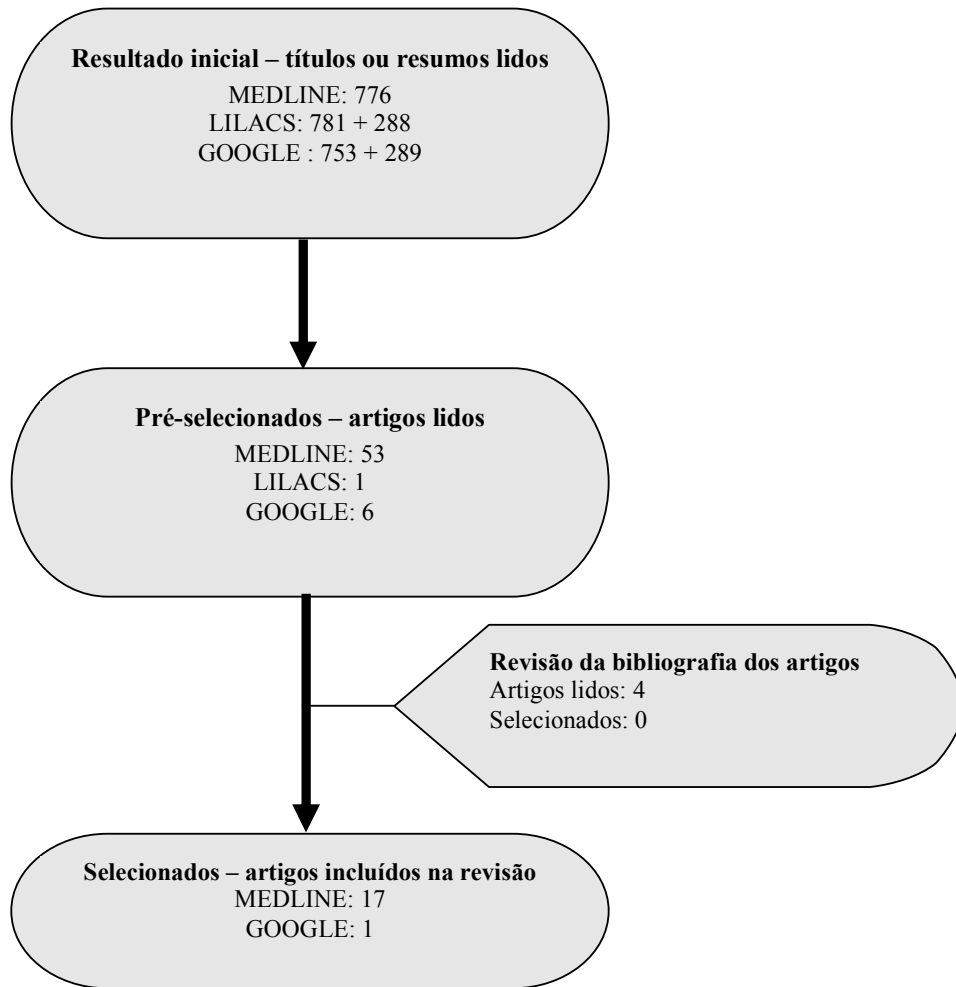


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos

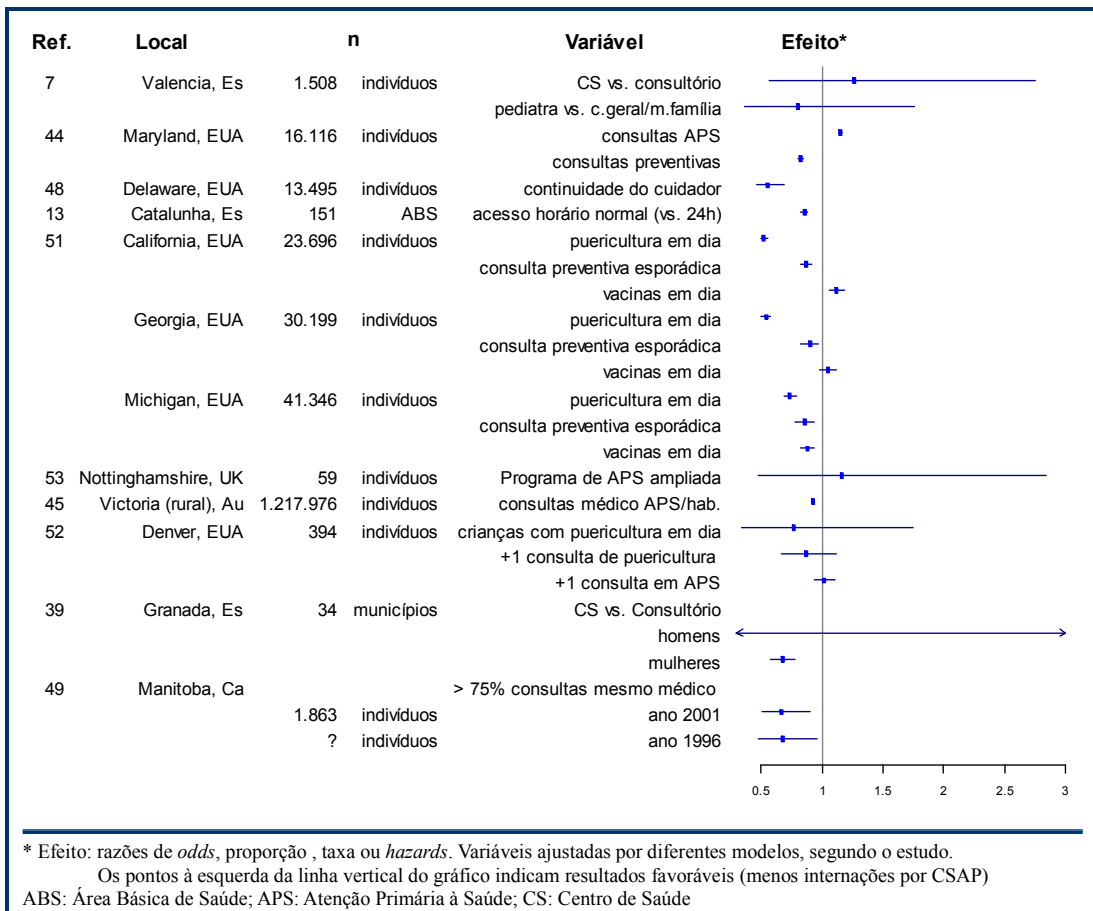


Figura 2 – Variáveis de estrutura e desempenho de serviços de atenção primária e sua associação com hospitalização por CSAP nos estudos publicados: referência bibliográfica (Ref.), local, tamanho da amostra (n), unidade de análise e variável de estudo, e ‘forest plot’ dos resultados.

Artigo 4

**Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations
for Ambulatory Care Sensitive Conditions ***

* Encaminhado à revista *Ciência & Saúde Coletiva*

**Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for
*Ambulatory Care Sensitive Conditions***

Brief title: Methodological issues on ACSC

*Título em português: Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das
hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*

Fúlvio Borges Nedel, fulvionedel@yahoo.com.br^{1,2}

Luiz Augusto Facchini, lfachini@terra.com.br¹

João Luiz Bastos, joao@pilotis.com.br^{1,2}

Miguel Martín-Mateo, miquel.martin@uab.es²

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (PPGE-UFPel). Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso. Bairro Centro. Pelotas, RS, Brazil. CEP: 96020-220. Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53) 3284-1300

² Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines (GRAAL). Unitat de Bioestadística. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Campus de la UAB. 08193 Cerdanyola del Vallès, Barcelona, Spain. Tel: (34) 93 581-3120; Fax: (34) 93 581-2344

Correspondence to:

Fúlvio B. Nedel. GRAAL. Unitat de Bioestadística. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Cerdanyola del Vallès, Barcelona, Spain. E-mail:

fulvionedel@yahoo.com.br

Acknowledgements

Preparation of this article was facilitated by a scholarship provided by the Brazilian Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for the first author (Nedel), which made it possible for him to study for one year at the Biostatistics Unit, in the Faculty of Medicine of the Universitat Autònoma de Barcelona, Spain [BEX 0024/07-4].

To be presented to the Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas [Program of Graduate Studies in Epidemiology of the Federal University of Pelotas] for obtaining PhD degree.

Abstract

Hospitalization rates for Ambulatory Care Sensitive Conditions have been used to assess effectiveness of the first level of health care. From a critical analysis of related concepts, we discuss principles for selecting a list of codes and, taking the example of the Brazilian Family Health Program, propose a methodological pathway for identifying variables in order to inform statistical models of analysis. We argue that for the indicator to be comparable between regions, disease codes should be selected based on sensitivity and specificity principles, not on observed disease frequency. Rates of hospitalization will be determined, at a distal level, by the socio-economic environment and their effect on the social and demographic structure. Timely and effective care depends on the organization of health services, their availability and access barriers, which depend on the ways health and related technology are conceptualised and on their adherence to the biomedical model or to the Primary Health Care (PHC) principles; performance indicators of the health system will be the proximal determinants. This indicator is potentially useful for primary care evaluation. The historical reconstruction of PHC improves the analysis of the indicator variability.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Program; Outcome Assessment (Health Care); Hospital Information Systems; Health Systems

Resumo

As taxas de hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária são um indicador da efetividade do primeiro nível de atenção à saúde. Partindo de breve revisão crítica, este artigo discute princípios para a seleção de códigos de internação

por essas causas e, com o exemplo do Programa Saúde da Família, propõe um modelo teórico para a seleção de variáveis para análise estatística. A comparabilidade inter-regional do indicador depende da seleção de códigos de doenças baseada em princípios de sensibilidade e especificidade, não na frequência da doença. As taxas de hospitalização serão distalmente determinadas pela situação socioeconômica e seu efeito sobre a estrutura social e demográfica; em nível intermediário, pela organização dos serviços de saúde, sua disponibilidade e barreiras de acesso, que por sua vez dependem dos conceitos de saúde e tecnologia relacionada adotados e de sua aproximação ao modelo biomédico ou aos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS); indicadores de desempenho do sistema de saúde serão os determinantes proximais. O indicador é potencialmente útil para a avaliação da atenção primária. A reconstrução histórica da APS contribui para a análise da variabilidade do indicador.

Descritores: *Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Sistemas de Informação Hospitalar; Sistemas de Saúde*

Introduction

Since the historic Declaration of Alma-Ata¹ in 1978, Primary Health Care (PHC) achieved consensus as a proposal for an efficient health care organization, whose aim is to attain the principles of equity, health promotion and protection, continued care, integrality and universality.^{2,3} This contrasts with the model of the specialist and hospital-centred system which focuses on the biologic aspects of disease and patient, and is a great consumer of ‘hard’ biomedical technology. Therefore, PHC appears as a fundamental element of health reform in different countries.⁴ In Brazil, PHC is the basis for the Brazilian National Health System, the *Sistema Único de Saúde (SUS)*, serving as the first instance of care and, in theory at least, a structuring and orienting element of care.⁵ In 1994, five years after the SUS was started and in the face of difficulties with its implementation, the Brazilian Ministry of Health launched the Family Health Program (FHP) – *Programa Saúde da Família (PSF)* as an strategy for promoting PHC in municipalities.⁶

But we lack evaluation and monitoring of health care. Brazil is on its beginning of such a practice, and still there are few research studies on the impact of health system over population health. Among the possibilities of PHC assessment, hospital admissions for *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)* are used as an indirect indicator of effectiveness at this level of the system.⁷⁻¹⁴ This indicator groups together different causes of hospital admission for conditions typically managed in the first level of health care, i.e. those for which the need for hospitalization could have been avoided with ambulatory and non-specialized care.

Despite the relevance of the ACSC in the assessment of basic health care, with increasing recognition on the international scene,¹⁵⁻²⁰ its use in Brazil still remains

limited.^{21,22} Also, there are yet few Brazilian studies published on scientific journals,²³ but a bill from the Health Ministry publishing the Brazilian list of codes for Ambulatory Care Sensitive Conditions [*Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, portaria MS n° 221, de 17/4/2008*] and works presented in the last Brazilian Family Medicine Society (*Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*) and World Epidemiology congresses, show this as an emerging theme.

Nonetheless, there is diversity on the construction and use of the indicator around the world, expressed by the variety of lists of codes and variables considered in statistical explanatory models.²⁴ These findings deserve synthesis and discussion in order to conform a comparable set of disease codes. Furthermore, this synthesis should focus on the statistical analysis and further discussion on variables related to the health system. So, the theoretical and methodological development of this indicator in the Brazilian context may contribute not only towards an improvement in the assessment of the PHC in Brazil, but also towards a comparison between countries, a demand set forth by international organizations.²⁵

This paper has two principal aims: 1) to discuss the principles for selecting a list of ACSC disease codes in order to allow inter-regional comparisons of PHC effectiveness, and 2) to propose a conceptual framework for selecting categories of analysis in studies with this indicator, taking the case of FHP in Brazil.

These objectives were approached by a brief critical review of central concepts, such as PHC, model of care, and ACSC. The common axis in those texts, which conceptually discuss PHC and model of care,^{4,5,26,27} is their affiliation to the principles of Alma-Ata, a critical perspective on the biomedical model and a distinction between ambulatory care and primary health care.

Primary Health Care and Model of Care

The organizational strategy of a health system based on primary care figures, for the first time, in the report presented by Lord Dawson to the British Minister of Health in 1920.²⁸ In an attempt to meet demands for greater efficiency in the health system, Dawson proposed an organization based on the geographical distribution of the population, around health centres, in which the complexity is not related to the technology but to the patient environment. These centres would be responsible for the provision of primary care, be it home-based (effectively the first level of care) or offered at the health centre. More severe, urgent or clinically complex cases would be referred to other centres, with more specialized biomedical technology. The primary care centres would be located in small territorial centres with patient registration exclusively available to residents in the area and connected, in a radial way, to the specialist centres.

In Alma-Ata, the World Health Organization (WHO) maintains the principles of the Social Medicine movement²⁹ and adds them to Dawson's proposal. However, 25 years after that Conference and despite its political and technical acceptance, it was clear that its conceptual framework was scarcely used: in practice, among sparse and isolated successful experiences, the intended PHC was often no more than the primary level of care for specific procedures resembling the *selective primary care*, a far cry from the principles agreed upon in the Soviet Union.³⁰ Shaped by the reality of each country, its concept was interpreted according to different visions of health and society and it was applied according to health budget resources and political possibilities.^{25,30,31} Nevertheless, we can see over 30 years from Alma-Ata that, in spite of budget restrictions carried out on the neoliberalism wage, PHC have been expanded in both rich

and poor countries, at a time that there is increasing evidence of its benefits on people health and health expenditure.^{3,32}

The Family Health Program is a health policy and, as such, its accomplishment is (re)achieved day after day, representing the result of a complex power dispute.^{27,33} It is the result of the PHC policies that will enable them to legitimize their theory and health practice. Independently of the concept and organization of the first level of care – ambulatory care or PHC –, it is expected to find solutions to approximately 85% of health problems.

Its impact can be assessed, among other ways, by one of the most objective and valued criteria for primary care: the resolvability at local level of the most common reasons for seeking medical attention.^{3,5,28,31,34} An indicator like the hospitalizations for ACSC can be useful for this purpose.

Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)

ACSC are diseases typically managed at the first instance of care. The underlying premise for the use of hospitalizations for ACSC as an indicator of effectiveness of the first level of care is that these represent its bad performance. Insufficiencies at this level of the system make hospitalization necessary for health problems which would not occur or would not be aggravated to the point of requiring hospitalization, with timely and effective care.^{8,9,16,21,22,24}

The concept arose at the end of the 1980s in the United States, a country to which the majority of studies are restricted, followed by Canada, particularly until the turn of this century.^{35,36} Studies with the indicator have been gaining momentum in Spain,^{10,13,16,24,37,38} Australia,^{14,39} New Zealand¹⁷ and the United Kingdom⁴⁰ and are

beginning to appear in Brazil.^{21-23,41} Despite the criticism that determinants of the onset of disease, of health service and therapeutics access fall outside the responsibilities or possibilities of primary care services, and that the variability observed in the rates of hospital admission is strongly determined by clinical uncertainty, patient conditions, hospital medical practice and hospital admission policies,^{9,16,42} it is reasonable to think that PHC can avoid or decrease the number of hospital admissions for a group of specific causes.

The list of causes varies among studies. Some larger ones^{16,17,21,24,41} as well as the Brazilian list mentioned include diseases preventable by vaccination, congenital syphilis, tuberculosis, nutritional deficiencies, iron deficiency anaemia, convulsions, ear infections and respiratory problems, ulcers and perforated appendicitis, urinary infections, pelvic inflammatory disease, cellulite, growth problems, hypertension, heart failure and diabetes, etc. Others, briefer in content,^{9,15,23,35} focus on the most common causes of admission among the ACSC.

Generally, the results found have displayed higher rates of admission for ACSC among the lower income population, poorer communities and those with low schooling levels,^{7,9,13,35,41,43,44} varying according to specificities of the health services available. Differences are less marked where provision of health care is free or where access is guaranteed, such as in Canada,^{35,44} Spain^{10,13,16} and France,¹⁹ or when the need for medical training facilitates access for populations of low income who normally have no access to specific health care benefits, such as surgical residency programs in the United States.⁹

Towards a comparable list of causes

It can be said that, to be considered ACSC, an illness depends fundamentally on two principles:

- (1) Any hospital admission considered avoidable or whose rates can be decreased through actions typically treated at the first level of care should be included in the indicator (sensitivity principle); and
- (2) Admissions for conditions less sensitive (or unrelated) to actions of the primary level of care should not be included in the indicator (specificity principle).

When considering an avoidable episode, the indicator deals with an object in constant change, since the preventability is contextualized and characteristic of each historical period. Different contexts at the same moment of time can consider preventability in different ways, which can compromise the usefulness of the indicator. Therefore, the definition of lists of potentially avoidable hospitalizations for ACSC is a point of concern in the theoretical-methodological development of the indicator.

For the definition of lists of causes to be considered ACSC, Caminal et al.¹² suggest local validation studies of the indicator to adjust this to particularities of the organization of care, which condition access and patient course within the health system. It is possible that local protocols lead to hospitalization or specialized care for a determined ACSC. In this case, obviously, these admissions cannot be attributed to the PHC and the indicator loses validity for service assessment. However, it does not lose validity for assessment of policies, as these protocols represent a form of organization of care for problems which (in other places, at least) are considered typical of the first level of care. To be externally comparable, the indicator should consider the same disease codes, whatever their occurrence in any specific region. If so, the indicator will allow comparison between regions with different protocols, measuring the impact of health

policies on primary care.

In this sense, the main purpose of local validation studies would be the generation of a basic consensual list of ACSC to be used in regional comparisons, to which specific causes of local interest could, perhaps, be added. For the analysis of impact of PHC policies, on the other hand, it is highly desirable that the indicator allows comparability between countries and regions around the world. Such an international list would be based on the sensitivity and specificity principles outlined above, and could take into account the lists of codes used in different countries. The fact that the most prevalent ACSC are not the same in different countries and continents would not be a limiting factor provided that those principles are preserved.

This logic is similar to that adopted in the studies of Burden of Disease, in which the description of the most important conditions in each location is stimulated, but all the causes are taken into account.⁴⁵ In this situation, the appropriate decision seems to be that of including among the ACSC those causes which – according to current medical opinion – are in line with the principles of indicator sensitivity and specificity, independently of their occurrence or local organization of care. This both for pragmatic reasons – the indicator comparability – as well as for a principle of equity – if the hospitalization for a specific cause can be avoided for people somewhere in the world, it is fair that it is avoided for all people everywhere in the world.

Therefore, two questions are presented for selection of causes to be considered ACSC: 1) if, given the technological conditions and current knowledge, the hospitalization for a specific cause can be avoided; 2) if – for these causes in which hospitalization is avoidable – the necessary actions to avoid admission are the responsibility of the first level of care.

As a result, the indicator does not assess the quality of the medical act that leads to hospitalization. It is important to highlight that adapting a therapeutic approach to the patient's condition and surroundings – an example of good medical practice – can increase rates of hospitalization for ACSC, when the surroundings do not permit treatment at home (we should appoint that, nevertheless therapeutics prescription in PHC typically occurs in the PHC centre, treatment is actually carried out at home). This in no way invalidates the indicator, nor will it mean, *per se*, that in certain health centres the quality of care offered is worse, as some Family Doctors fear.⁴² On the contrary, it will emphasize the need for an informed debate in order to adapt the organization of PHC and its interaction with other instances of the health system or sectors of the State – for example, social assistance, day care, guest/visitor accommodation, day-hospitals, transport assistance services etc. Among this information should be different aspects of services quality evaluation, given by local research.

Building the framework of analysis

It should be clear that the indicator intends to assess the impact of health policies and programs, not the actions carried out to adapt the clinic to the patient's condition (i.e. medical practice). Consequently, the recommended smallest unit of analysis will be the census tract or the health care centre in the individual's residential area. In Brazil, with the variables available in the SUS's System of Hospital Information – *Sistema de Informação Hospitalar do SUS* (SIH/SUS), this will be the municipality.

Clusters of municipalities (or other units of analysis) showing high and low rates of ACSC are compared according to the characteristics associated with these *clusters*. Among these characteristics are the effective availability of services and their adequacy

to the ways in which the population is organized and to the situations individuals are faced with. In this sense, the seminal work by Billings and Teicholz⁷ excludes “*the lifestyles under the patient’s control (smoking, alcohol, drug abuse, nutrition, obesity, etc.) and the ‘adequacy’ of [hospital] admission*” from the analysis.

This means that, in characterizing the study object, those aspects relative to the clinical condition of the patient and its possibilities for therapeutic accomplishment, in the concrete situation in which doctor and patient find themselves on a day-to-day basis, are referred to the health system. The theoretical framework will focus on the political and social context responsible for the social structures which lead to the organization of the health system and allow (or not) access of different population groups to quality health care.

Categories such as “the role of the State”, “government proposals” and “system organization” should be highlighted as they shape the context of the health policies. Their relationship is discussed through the “coherence postulate” (Figure 1), by Mario Testa.²⁷ He claims that there is a necessary relationship between the government proposals and methods, as well as between proposals, methods, and the organization of health facilities. The *organization* of the system and related institutions – where care is provided – is determined, at micro level, by the government *proposals* and the *method* to achieve them. At macro level, the *organization* is determined by *history*, and *history* also determines the *role of the State* and the *theory* to justify it. The only category that does not appear to be determined by another is *history*, but history can be seen as the result of all the categories (including its own) being constructed over time. Also, at the micro level and on its relation to *history*, each determination force suffers a reaction of less intensity, which Testa calls 'conditioning'.

Within such complexity, it is difficult to build a statistical model of analysis. But, through this approach and with the aid of the 'postulate' diagram, we can organize appropriate categories of analysis of the indicator in an acceptable manner to select study variables and to better interpret findings.

Taking the example of Family Health Program, the 'postulate' helps to understand how Family Health is shaped in Brazil, according to its historical circumstances, in a clash between health models and public/private relations. The impact of PHC on admissions for ACSC depends fundamentally on aspects related to organization of care, determined by the municipality's history and by the local management of health, which, in turn, depends on the organization of the SUS at the higher levels of management.

So, broad analytical categories of these studies in Brazil, could be:

- administrative departments of the country or state, both for their cultural characteristics and historic antecedents as for the underlying organization of the SUS;
- size of town and urban growth;
- age (time of town's existence and of the creation of the Municipal Secretary of Health);
- inclusion or proximity to a metropolitan region;
- equity (socio-economic indicators);
- care model (structure and primary care performance indicators; undergraduate courses in the health sciences; admission in teaching hospitals);
- time and coverage of PSF.

Following this, in Box 1 we detail the above mentioned categories, and the level of analysis for a mixed model. Starfield⁴⁶ suggests carrying out multilevel analyses in a

broad context, comparing characteristics of groups (or regions, in our case) to which the individuals belong. It is important to highlight that the groups who will form the level of analysis in a mixed model context are constituted by the health services and by the organizational-administrative division of the health system under assessment, and never by other groupings related to the user. That is to say that, when taking into account that the structures and their influence depend on the place in which the cases are produced, an analysis of mixed models should be carried out with the place or unit of measurement as a random factor.

Hence, the variables analysed in studies on hospitalizations for ACSC should describe aspects of the history and organization of the local health system, enabling an understanding of the inclination towards or away from the biomedical model. Data on structure and organization of work in health, as well as political texts from the local medical associations and epidemiological reports may provide this picture. Organization of services can also be determined by local socio-cultural characteristics associated with the foundation and development of the municipality, its size and growth, as well as the possibility of investments on the part of public power and the average and median income of the population (because equity is associated with the best levels of population health⁴⁶ and, presumably, with best performance of the health system). Such variables can be organized in accordance with the diagram in Figure 2.

As most of this information is neither registered on secondary databases nor available from classical epidemiological studies, qualitative studies – sociological, organizational and ethnographic – would be extremely useful in order to construct a more detailed and complete picture of the underlying variability of admissions in the different centres under investigation.

Conclusion

Rates of hospitalization for ACSC are potentially useful as an indicator of the impact of PHC. They easily facilitate analysis of the whole country as well as of states and regions, comparing clusters of municipalities with high or low rates and their characteristics.

It is desirable to move toward an international list of codes in order to provide international comparability to the indicator. This list should be comprehensive, as is PHC, but should not disregard on the specificity principle.

The historical recovery of the concept of PHC and its application in different countries, particularly through the PSF in Brazil, allows the elaboration of categories of analysis for the explanation of variability of ACSC hospital discharges, offering useful information for the development of actions to improve the population's health status.

Integrating different fields of public health research can provide better information and understanding of health policies impact on population health.

Bibliography

1. OMS. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata*. 1978.
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde; 2002.
3. World Health Organization (WHO). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. WHO; 2008.
4. Uribe-Oyarbide JM. *Educar y curar: el diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura; 1995.
5. Mendes EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do*

Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.

6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(3):669-681.
7. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs (Millwood)* 1990;9(4):158-165.
8. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992;268(17):2388-2394.
9. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993;12(1):162-73.
10. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51-9.
11. Sanderson C, Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *J Health Serv Res Policy* 2000;5(4):222-30.
12. Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Health* 2001;92(2):155-9.
13. Caminal Homar J, Starfield B, Sanchez Ruiz E, Herosilla Perez E, Martin Mateo M. La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluna. *Rev Clin Esp* 2001;201(9):501-7.
14. Ansari Z, Carson N, Serraglio A, Barbetti T, Cicuttini F. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: reducing demand on hospital services in Victoria. *Aust Health Rev* 2002;25(2):71-7.
15. Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003 Jan;57(1):17-22.
16. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2004 15;33(6):305-11.
17. Dharmalingam A, Pool I, Baxendine S, J S. Trends and patterns of avoidable hospitalisations in New Zealand: 1980-1997. *N Z Med J* 2004;117(1198):U976.

-
18. Bindman AB, Chattopadhyay A, Osmond DH, Huen W, Bacchetti P. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005;40(1):19-38.
 19. Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. A new way to compare health systems: Avoidable Hospital Conditions in Manhattan and Paris. *Health Affairs (Millwood)* 2006;25(2):510-520.
 20. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res* 2007;7(1):134.
 21. Fundação João Ribeiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais: atenção básica à saúde em Minas Gerais: desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso da Atenção Básica(PAB). ; 2003.
 22. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
 23. Dias-da-Costa JS, de Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Quality of primary care as measured by preventable hospitalizations in the South of Brazil. *Cad.Saude Publica* 2008;24(7):1699-1707.
 24. Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: seleccion del listado de codigos de diagnostico validos para Espana. *Gac Sanit* 2001;15(2):128-41.
 25. Atun R. *What are the advantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*. 2004.
 26. Comelles J. La utopía de la atención integral de salud: autoatención, práctica médica y asistencia primaria. In: Alvarez-Dardet C, Porta M, editors. *Revisiones en Salud Pública* Barcelona: Masson; 1993. p. 169-92.
 27. Testa M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar; 1989.
 28. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. 1964;Publicación Científica nº 93.
 29. Rosen G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
 30. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am.J.Public Health* 2004;94(11):1864-1874.

-
31. OPS/OMS. Atenção primária de saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. 2003;Tema 4.6 da agenda provisória CD44/9 (Port.).
 32. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008 13;372(9642):917-927.
 33. Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: AC L, editor. Estado e políticas sociais no neoliberalismo São Paulo: Cortez; 1997. p. 225-44.
 34. OMS. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata*. 1978.
 35. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)* 1996;15(3):239-49.
 36. Clancy CM. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. *Health Serv Res* 2005;40(4):953-956.
 37. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluacion de la atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003;31(1):61-5.
 38. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246-51.
 39. Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Praventivmed* 2003;48(1):33-43.
 40. Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Sanderson C. Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: part 2--more challenging aspects of monitoring. *BMJ* 2005;330(7506):1486-92.
 41. Nedel FB, Facchini LA, Martin Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1041-1052.
 42. Gérvas J, Caminal-Homar J. Las hospitalizaciones por *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)* desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81(1):7-13.
 43. Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. *J Health Care Poor Underserved* 2005;16(1):96-110.

44. Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian setting. *Health Serv Res* 2005 Aug;40(4):1167-85.
45. Murray CJL, López AD. Estimating causes of death: new methods and global and regional applications for 1990. In: Murray CJL, López AD, editors. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University press; 1996. p. 117-200.
46. Starfield B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. *Rev Panam Salud Publica* 2002 Dec;12(6):384-7.

Authorship

Fúlvio Nedel was responsible for the article conception, bibliographic review and first draft of article. All the authors participated on the subsequent versions and agree with the final version.

Box 1 – Categories for analysis and levels of groupings in a mixed model for assessment of hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions in Brazil.

Grouping Level	Categories for analysis*
7 Region in the country	Macro-economic and macro-structural, demographic and social variables, distribution and characteristics of services and health work forces, financial and structural incentives for health organization, period of deployment and PSF coverage
6 State	Macro-economic and macro-structural, demographic and social variables, distribution and characteristics of services and health work forces, financial and structural incentives for health organization, period of deployment and PSF coverage, budgetary resources spent on health, state health policies, training and promotion of scientific debate in health, State Council of Health performance
5 Macro-region of the state	Macro-economic and macro-structural, demographic and social variables, distribution and characteristics of services and health work forces, financial and structural incentives for health organization, period of deployment and PSF coverage, political liaisons among towns, existence and performance of Macro-Regional Health Councils
4 Regional Health Coordination / Delegation (CRS/DRS)	Macro-economic and macro-structural, demographic and social variables, distribution and characteristics of services and health work forces, financial and structural incentives for health organization, period of deployment and PSF coverage, training and promotion of scientific debate in health, participation in training, interaction of CRS/DRS with municipalities, discussion of data generated by the SIAB with municipalities^(a), existence and performance of Regional Health Councils
3 Town	Macro-economic and macro-structural, demographic and social variables, distribution and characteristics of services and health work forces, financial and structural incentives for health organization, period of deployment and PSF coverage, characteristics of municipal health management, especially Family Health , training and promotion of scientific discussion in health, participation in training, performance of Municipal Health Council
2 Health Centre (HC)	Economic, demographic, social and structural variables of the population, district facilities (schools, transport, sanitation and urbanization, leisure, etc.), team participation in training, structural and organizational characteristics of the Health Centres (HC) and Health Team, of local management of the HC and of work in health, variables of performance, community participation, existence and performance of Local Council of Health and Residents' Associations
1 Health micro-area	Economic, demographic, social variables, environmental characteristics, urbanization, type of residence

* The typical categories of each analysis level are in bold

^(a) SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – System of Information of Basic Care

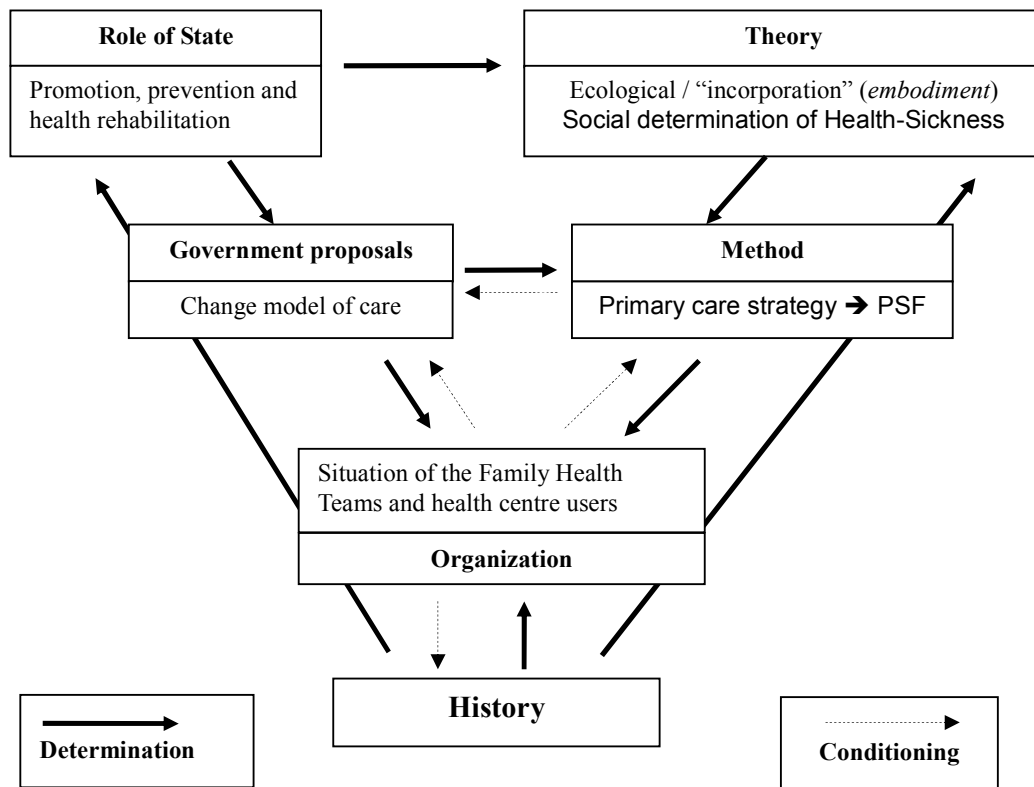


Figure 1. Use of the *postulate of coherence*³⁹, for analysis of the Family Health Program (Programa Saúde da Família – PSF)

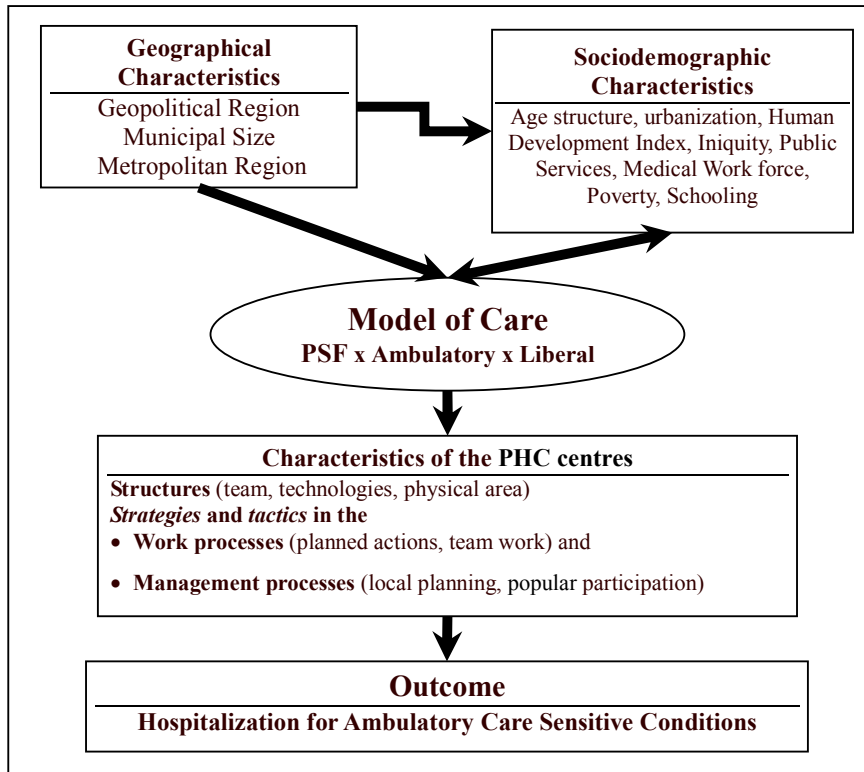


Figure 2. Theoretical framework

NOTA À IMPRENSA

Pesquisa examina resultados da implantação do PSF no Rio Grande do Sul.

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas divulgou os resultados de uma pesquisa sobre o funcionamento da Atenção Básica no RS. A pesquisa é resultado de uma tese de doutorado e teve a participação dos Grupos de Pesquisa da América e África Latinas – GRAAL da Universidade Autônoma de Barcelona, na Espanha. Os pesquisadores procuraram saber se onde o PSF foi implantado as pessoas internam menos no hospital por causas como desidratação, pneumonia, infecção urinária, asma, insuficiência cardíaca e outras. Essas causas são chamadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Quando alguém com um problema desse tipo recebe tratamento adequado no momento certo não há necessidade de internação. Por essa razão espera-se que onde a Atenção Básica funciona melhor as pessoas internem menos por essas causas.

Foram realizados dois estudos. Um deles entrevistou os pacientes hospitalizados pelo SUS em Bagé para saber se o tipo de Unidade de Saúde de referência do paciente, ou o local de consulta antes da internação (se foi no PSF, outro tipo de Posto de Saúde, ou com médico particular, plano ou outro) se relacionava com um diagnóstico de CSAP. Essa comparação mostrou que entre as pessoas que têm como referência uma Unidade de Saúde do SUS em Bagé, e principalmente se ela for do PSF, a proporção de diagnósticos de CSAP entre os pacientes internados é a mesma, independente da condição socioeconômica do paciente. Significa que a Atenção Básica do SUS, e o PSF mais ainda, corrigem os efeitos da desigualdade socioeconômica sobre essas causas.

De outra parte, foram estudados os municípios gaúchos para saber se as taxas de internação por CSAP eram menores onde o PSF tinha maior cobertura e estava

implantado há mais tempo. Foram identificados os municípios em melhor e pior situação no RS e comparados com os de situação mediana, para saber se o PSF ou outras características do sistema de saúde se associavam ao fato de o município estar entre as taxas mais altas ou as mais baixas do Estado. O PSF não se associou a menores taxas. Pelo contrário, nos municípios com menos de 50 mil habitantes (91% dos municípios do Estado) as internações foram mais frequentes onde a cobertura e o tempo de implantação do PSF são maiores. No entanto, não se conhece a real confiabilidade dos dados de cobertura do PSF no Estado, e é possível que esses resultados sejam devidos a um registro exagerado de cobertura por parte de alguns municípios.

A conclusão do estudo é que a cobertura do PSF não é suficiente para garantir os resultados do programa. Foi identificado o terço de municípios gaúchos com piores taxas de internação por CSAP. É importante que se controlem os modos de organização e registro das informações do PSF em todos município, mas especialmente nesses em pior situação.

ANEXOS

ANEXO 1 – Lista Brasileira de Interações Sensíveis à Atenção Básica

Lista de causas e códigos da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10). (1ª versão, resultante de oficina de trabalho promovida pelo MS em Belo Horizonte, dez/2005)

Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Básica, 1ª versão.

Grupos de causa	Códigos
1. D preveníveis por imunização e condições evitáveis	A33 – A35, B05, G00.0, A37, A36, A50, A51 A53, A15.0-A15.3, A16.0-A16.2, A17.0, A15.4 - A15.9, A16.3 - A16.9, A17.1-A17.9, A18, A19, A95, B50-B54, B16
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	A00-A09, E86
3. Anemia por deficiência de ferro	D50
4. Deficiências Nutricionais	E40-E46, E50-E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31, I00-I02
6. Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.2-J15.4, J15.8, J15.9, J17, J18
7. Asma	J45, J46
8. D Pulmonar obstrutiva crônica	J20, J21, J40-J44, J47
9. Hipertensão	I10, I11
10. Angina pectoris	I20, I24
11. Insuficiência Cardíaca	I50, J81
12. Doenças Cerebrovasculares	I60-I69
13. Diabetes melitus	E10-E14
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no Rim e Trato Urinário	N00, N10-N12, N15.9, N39.0, N30, N34
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75, N76
18. Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	K25.0-K25.2, K25.4-K25.6, K26.0-K26.2, K26.4-K26.6, K27.0-K27.2, K27.4-K27.6, K28.0-K28.2, K28.4-K28.6
19. Neoplasia maligna do útero	C53, C55
20. Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	O23, P00, P35.0, P70.0, P70.1, B20-B24

Fonte: Oficina de trabalho promovida pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

ANEXO 2 - “Tabela cnv” para tabulação pela Lista Brasileira de Interações Evitáveis pela Atenção Básica, 1ª versão.

;Lista detalhada das Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial - MS
;Oficina em BH em 9/12/2005 e alguns e-mails antes e depois

;

; Diagnósticos: CID-10

;

94 4

94	Demais causas	A000-Z999
93	Todas CSAP	A000-A099, A150-A199, A330-
	A379, A46 , A460, A500-A539, A950-A959, B050-B059, B160-B169, B200-B249, B500-B538, B54 , B540, C530-	
	C539, C55 , C550, D500-D509, E100-E149, E400-E469, E500-E649, E86 , E860, G000, G400-G419, H660-	
	H669, I000-I029, I10 , I100, I110, I119, I200-I209, I240-I249, I500-I509, I600-I698, J00 , J000-	
	J039, J060-J069, J130-J149, J152-J154, J158, J159, J170-J189, J200-J219, J310-J312, J400-J460, J47	
	, J470, J81 , J810, K250-K252, K254-K256, K260-K262, K264-K266, K270-K272, K274-K276, K280-K282, K284-	
	K286, L010-L049, L080-L089, N000-N009, N100-N120, N159, N390, N300-N309, N340-N343, N700-N739, N750-	
	N769, O230-O239, P000, P350, P700, P701	
93	1 1 D. preveníveis por imunização e condições evit.	A150-A159, A160-A199, A330-
	A379, A500-A539, A950-A959, B050-B059, B160-B169, B500-B540, G000	
1	2 1.1 Tétano	A33 , A330, A34 , A340, A35 , A350
1	3 1.2 Sarampo	B050-B059
1	4 1.3 Meningite por Haemophilus	G000
1	5 1.4 Coqueluche	A370-A379
1	6 1.5 Difteria	A360-A369
1	7 1.6 Sífilis congênita	A500-A509
1	8 1.7 Outras Sífilis	A510-A539
1	9 1.8 Tuberculose Pulmonar	A150-A153, A160-A162
1	10 1.9 Meningite Tuberculosa	A170
1	11 1.10 Outras Tuberculoses	A154-A159, A163-A169, A171-A199
1	12 1.11 Febre Amarela	A950-A959
1	13 1.12 Malária	B500-B538, B54 , B540
1	14 1.13 Hepatite B	B160-B169
93	15 2 Gastroenterites infecciosas e complicações	A000-A099, E86 , E860
15	16 2.1 Gastroenterites	A000-A099
15	17 2.2 Desidratação	E86 , E860
93	18 3 Anemia por deficiência de ferro	D500-D509
93	19 4 Deficiências Nutricionais	E400-E469, E500-E649
19	20 4.1 Kwashiorkor e outras desnutr. prot.-calór.	E400-E469
19	21 4.2 Outras deficiências nutricionais	E500-E649
93	22 5 Infecções de ouvido, nariz e garganta	H660-H669, J00 , J000-J039, J060-
	J069, J310-J312, I000-I029	
22	23 5.1 Otite média supurativa	H660-H669
22	24 5.2 Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00 , J000
22	25 5.3 Sinusite aguda	J010-J019
22	26 5.4 Faringite aguda	J020-J029
22	27 5.5 Amigdalite aguda	J030-J039
22	28 5.6 Infecção Aguda VAS localizações múlt. e NE	J060-J069
22	29 5.7 Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J310-J312
22	30 5.8 Febre reumática c/ ou s/ compr. cardíaco	I000-I029
93	31 6 Pneumonias bacterianas	J130-J149, J152-
	J154, J158, J159, J170-J189	

31	32	6.1 Pneumonia Pneumocócica	J13 ,J130
31	33	6.2 Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14 ,J140
31	34	6.3 Pneumonia por Streptococcus	J153,J154
31	35	6.4 Pneumonia por Staphylococcus	J152
31	36	6.5 Pneumonia bacteriana NE	J158,J159
31	37	6.6 Pneumonia, broncopn. p/ outros microorg. esp	J170-J178
31	38	6.7 Pneumonia, broncopneumonia por microorg. NE	J180-J189
93	39	7 Asma	J450-J460
93	40	8 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	J200-J219, J400-J449, J47 ,J470
40	41	8.1 Bronquite aguda	J200-J219
40	42	8.2 Bronquite não especificada aguda ou crônica	J40 ,J400
40	43	8.3 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J410-J418
40	44	8.4 Bronquite crônica não especificada	J42 ,J420
40	45	8.5 Enfisema	J430-J439
40	46	8.6 Bronquectasia	J47 ,J470
40	47	8.7 Outras DPOC	J440-J449
93	48	9 Hipertensão	I10 ,I100, I110, I119
48	49	9.1 Hipertensão essencial	I10 ,I100
48	50	9.2 Doença cardíaca hipertensiva	I110, I119
93	51	10 Angina pectoris	I200-I209, I240-I249
93	52	11 Insuficiência Cardíaca	I500-I509, J81 ,J810
52	53	11.1 Insuficiência Cardíaca	I500-I509
52	54	11.2 Edema agudo de pulmão	J81 ,J810
93	55	12 Doenças Cerebrovasculares	I600-I698
93	56	13 Diabetes mellitus	E100-E149
56	57	13.1 Com coma ou cetoacidose	
E100, E101, E110, E111, E120, E121, E130, E131, E140, E141			
56	58	13.2 Com complicações	E102-E108, E112-E118, E122-
E128, E132-E138, E142-E148			
56	59	13.3 Sem complicações especificadas	E109, E119, E129, E139, E149
93	60	14 Epilepsias	G400-G419
93	61	15 Infecção no Rim e Trato Urinário	N000-N009, N100-
N120, N159, N390, N300-N309, N340-N343			
61	62	15.1 Síndrome nefrítica aguda	N000-N009
61	63	15.2 Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10 ,N100
61	64	15.3 Nefrite túbulo-intersticial crônica	N110-N119
61	65	15.4 Nefrite túbulo-interst. NE c/ aguda crôn.	N12 ,N120
61	66	15.5 Doença renal túbulo-intersticial NE	N159
61	67	15.6 Infecção do trato urinário de localiz. NE	N390
61	68	15.7 Cistite	N300-N309
61	69	15.8 Uretrite	N340-N343
93	70	16 Infecção na Pele e tecido Subcutâneo	A46 ,A460, L010-L049, L080-L089
70	71	16.1 Erisipela	A46 ,A460
70	72	16.2 Impetigo	L010-L019
70	73	16.3 Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L020-L029
70	74	16.4 Celulite	L030-L039
70	75	16.5 Linfadenite aguda	L040-L049
70	76	16.6 Outras infec. localiz. pele e tec. subcut.	L080-L089
93	77	17 Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N700-N739, N750-N769

77	78	17.1 Salpingite e ooforite	N700-N709
77	79	17.2 Doença inflamatória do útero exceto o colo	N710-N719
77	80	17.3 Doença inflamatória do colo do útero	N72 ,N720
77	81	17.4 Outras doenças inflamatórias pélvicas fem.	N730-N739
77	82	17.5 Doenças da glândula de Bartholin	N750-N759
77	83	17.6 Outras afec. infl. da vagina e vulva	N760-N769
93	84	18 Úlcera gastrointestinal com hemorragia ou perf.	K250-K252,K254-K256,K260-K262,K264-K266,K270-K272,K274-K276,K280-K282,K284-K286
93	85	19 Neoplasia maligna do útero	C530-C539,C55 ,C550
93	86	20 Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	O230-O239,P000,P350,P700,P701,B200-B249
86	87	20.1 Infecção no Trato Urinário na gravidez	O230-O239
86	88	20.2 Feto e RN afetados transt matern hipertens	P000
86	89	20.3 Síndrome da rubéola congênita	P350
86	90	20.4 Síndrome do filho da mãe c/ diabetes gest.	P700
86	91	20.5 Síndrome do filho de mãe diabética	P701
86	92	20.6 HIV positivo (no recém-nascido)	B200-B249

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Informação para a pesquisa

A pesquisa “INTERNAÇÕES HOSPITALARES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DO IMPACTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL”, tem o objetivo de avaliar o impacto do PSF sobre as internações evitáveis por uma atenção primária à saúde de qualidade. Parte do estudo visa analisar as características das pessoas que internam por essas causas e dos serviços de saúde que essas pessoas usam, em Bagé, RS. Este estudo é necessário para levantar informações sobre a ocorrência dessas internações e propor medidas voltadas à melhoria da Atenção Básica à Saúde no RS.

Para participar da pesquisa, basta que o(a) Sr(a) responda a algumas perguntas que serão feitas pelo(a) entrevistador(a) e preencha este formulário com a data de hoje, seu RG (número da carteira de identidade) e assinatura. Este formulário de informação para pesquisa é um requisito do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, que autorizou a realização do estudo e do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) que financiou o estudo.

Garantimos que as suas respostas serão confidenciais, que em nenhum momento seu nome será citado e que as informações só serão usadas para o estudo.

Se, em qualquer momento, você tiver alguma dúvida em relação ao estudo pergunte ao(à) entrevistador(a) ou entre em contato com o pesquisador Fúlvio Borges Nedel (doutorando do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas) pelos telefones (51) 3061-8201 ou 9999-8201.

Fúlvio Borges Nedel
Pesquisador

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
Orientador

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui suficientemente esclarecido sobre a pesquisa “INTERNAÇÕES HOSPITALARES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DO IMPACTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL” e concordo que os dados por mim fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Bagé, ____ de _____ de 2006.

Assinatura: _____ RG: _____



*ANEXO 4 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por sexo e causa.
Bagé RS, 2005.*

Tabela - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por sexo e causa. Bagé RS, 2005.

Diagnóstico CSAP-MS	nº internações		
	Masculino	Feminino	Total
1 D. preveníveis por imunização e condições evit.	27	15	42
1.1 Tétano	0	0	0
1.2 Sarampo	0	0	0
1.3 Meningite por Haemophilus	0	0	0
1.4 Coqueluche	0	0	0
1.5 Difteria	0	0	0
1.6 Sífilis congênita	11	5	16
1.7 Outras Sífilis	0	0	0
1.8 Tuberculose Pulmonar	4	0	4
1.9 Meningite Tuberculosa	0	0	0
1.10 Outras Tuberculoses	7	10	17
1.11 Febre Amarela	0	0	0
1.12 Malária	0	0	0
1.13 Hepatite B	5	0	5
2 Gastroenterites infecciosas e complicações	255	257	512
2.1 Gastroenterites	220	216	436
2.2 Desidratação	35	41	76
3 Anemia por deficiência de ferro	17	37	54
4 Deficiências Nutricionais	11	20	31
4.1 Kwashiorkor e outras desnutr. prot.-calór.	11	19	30
4.2 Outras deficiências nutricionais	0	1	1
5 Infecções de ouvido, nariz e garganta	18	18	36
5.1 Otite média supurativa	1	0	1
5.2 Nasofaringite aguda [resfriado comum]	0	0	0
5.3 Sinusite aguda	2	0	2
5.4 Faringite aguda	0	0	0
5.5 Amigdalite aguda	0	0	0
5.6 Infecção Aguda VAS localizações múlt. E NE	11	16	27
5.7 Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	0	0	0
5.8 Febre reumática c/ ou s/ compr. Cardíaco	4	2	6
6 Pneumonias bacterianas	36	34	70
6.1 Pneumonia Pneumocócica	0	0	0
6.2 Pneumonia por Haemophilus influenzae	0	0	0
6.3 Pneumonia por Streptococcus	0	1	1
6.4 Pneumonia por Staphylococcus	1	2	3
6.5 Pneumonia bacteriana NE	3	3	6
6.6 Pneumonia, broncopn. p/ outros microorg. esp	6	1	7
6.7 Pneumonia, broncopneumonia por microorg. NE	26	27	53
7 Asma	79	62	141
8 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	117	92	209
8.1 Bronquite aguda	38	36	74
8.2 Bronquite não especificada aguda ou crônica	0	0	0
8.3 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	0	0	0
8.4 Bronquite crônica não especificada	0	0	0
8.5 Enfisema	0	1	1
8.6 Bronquectasia	0	0	0
8.7 Outras DPOC	79	55	134
9 Hipertensão	80	184	264

9.1 Hipertensão essencial	77	178	255
9.2 Doença cardíaca hipertensiva	3	6	9
10 Angina pectoris	98	113	211
11 Insuficiência Cardíaca	153	159	312
11.1 Insuficiência Cardíaca	146	152	298
11.2 Edema agudo de pulmão	7	7	14
12 Doenças Cerebrovasculares	152	127	279
13 Diabetes mellitus	48	129	177
13.1 Com coma ou cetoacidose	11	18	29
13.2 Com complicações	37	111	148
13.3 Sem complicações especificadas	0	0	0
14 Epilepsias	35	23	58
15 Infecção no Rim e Trato Urinário	49	114	163
15.1 Síndrome nefrítica aguda	1	1	2
15.2 Nefrite túbulo-intersticial aguda	10	33	43
15.3 Nefrite túbulo-intersticial crônica	35	65	100
15.4 Nefrite túbulo-interst. NE c/ aguda crôn.	1	10	11
15.5 Doença renal túbulo-intersticial NE	0	0	0
15.6 Infecção do trato urinário de localiz. NE	1	4	5
15.7 Cistite	1	1	2
15.8 Uretrite	0	0	0
16 Infecção na Pele e tecido Subcutâneo	13	8	21
16.1 Erisipela	8	5	13
16.2 Impetigo	0	0	0
16.3 Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	2	0	2
16.4 Celulite	3	3	6
16.5 Linfadenite aguda	0	0	0
16.6 Outras infec. localiz. pele e tec. subcut.	0	0	0
17 Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	13	13
17.1 Salpingite e ooforite	0	9	9
17.2 Doença inflamatória do útero exceto o colo	0	0	0
17.3 Doença inflamatória do colo do útero	0	0	0
17.4 Outras doenças inflamatórias pélvicas fem.	0	1	1
17.5 Doenças da glândula de Bartholin	0	3	3
17.6 Outras afec. infl. da vagina e vulva	0	0	0
18 Úlcera gastrointestinal com hemorragia ou perf.	35	31	66
19 Neoplasia maligna do útero	0	59	59
20 Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	1	3	4
20.1 Infecção no Trato Urinário na gravidez	0	0	0
20.2 Feto e RN afetados transt matern hipertens	0	0	0
20.3 Síndrome da rubéola congênita	1	3	4
20.4 Síndrome do filho da mãe c/ diabetes gest.	0	0	0
20.5 Síndrome do filho de mãe diabética	0	0	0
20.6 HIV positivo (no recém-nascido)	0	0	0
Todas CSAP	1224	1498	2722
Demais causas	1844	3338	5182
Total	3068	4836	7904
Partos		1532	19,4%

ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO A – PESSOAS COM 16 ANOS DE IDADE OU MAIS

 <p style="text-align: center;"> Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia </p> <p style="text-align: center;"> Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária </p> <p style="text-align: center;"> QUESTIONÁRIO A – PESSOAS COM 16 ANOS DE IDADE OU MAIS </p>	 <p>NÃO ESCREVER</p> <p>NESTA COLUNA</p>
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
<p>A1. Número do questionário: _____</p> <p>A2. Nome do (a) entrevistador(a): _____</p> <p>A3. Hospital (1) Santa Casa de Bagé (2) Hospital Universitário</p> <p>A4. Dia da semana da internação (1) Domingo (2) Segunda (3) Terça (4) Quarta (5) Quinta (6) Sexta (7) Sábado</p> <p>A5. Horário de início da entrevista: ____ : ____ hs</p>	<p><i>GENTN</i> ____</p> <p><i>GNQUEST</i> _____</p> <p><i>GHOSPIT</i> ____</p> <p><i>GDAHOS</i> ____</p> <p><i>GHOI</i> ____ : ____</p>
<p>A6. Qual o seu nome completo?</p>	
<p>A7. Qual é a sua idade? _____ (anos completos)</p>	<p><i>GIDADE</i> _____</p>
<p>A8. Sexo (<i>observar</i>): (1) Masculino (2) Feminino</p>	<p><i>GSEXO</i> ____</p>
<p>A9. Qual o seu endereço?: _____</p> <p>_____ (1) Bagé (2) Outro município</p>	<p><i>GMUNRES</i> ____</p>
<p><i>SE O ENTREVISTADO NÃO FOR RESIDENTE DO MUNICÍPIO DE BAGÉ, ENCERRE O QUESTIONÁRIO</i></p>	
<p>Desde 16 de outubro deste ano, o(a) Sr(a). esteve internado em algum hospital?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, na Sana Casa de Caridade de Bagé</p> <p>(2) Sim, no Hospital Universitário de Bagé</p> <p>(3) Sim, em outro hospital</p> <p>Em que data foi sua internação? ____ / ____ (dia/mês)</p>	<p><i>GREINT</i> ____</p> <p><i>GDTANT</i> ____ / ____</p>
<p>A10. Fica na zona urbana ou rural?: (0) Urbana (1) Rural</p>	<p><i>GZONA</i> ____</p>
<p>A11. Há quanto tempo o(a) Sr(a). mora nesse endereço?</p> <p>(0) Menos de 6 meses (1) 6 meses ou mais</p>	<p><i>GTEMPRES</i> ____</p>
<p>A12. Telefone para contato (____) _____</p>	

A13. O(A) Sr(a). conhece o Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a). mora? (0) Não => salte para A15 (1) Sim	GCONHUBS __
A14. Qual o nome do Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a). mora? _____ (99) IGN	GNOMEUBS __ __
A15. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome <u>SE NÃO OU SÓ ASSINA O NOME PULE PARA QUESTÃO A17</u>	ALER __
A16. Até que série ou ano o(a) Sr(a) completou <com aprovação> na escola? _____ série/ano do _____ __ __ anos de estudo (88) NSA	ASERIE __ AGRAU __ AESC __ __
A17. Qual sua situação conjugal atual? (1) Casado ou vive com companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Solteiro(a) (9) IGN	ACIVIL __
SE O ENTREVISTADO TIVER MENOS DE 60 ANOS DE IDADE, ENCERRE O BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO E VÁ PARA A QUESTÃO A20	
A18. O(A) Sr(a). é aposentado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	AAPOS __
A19. Com qual idade o(a) Sr(a). se aposentou? _____ anos (88) NSA (99) IGN	AIDAPO __ __
BLOCO B – HÁBITOS DE VIDA	
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS	
A20. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. _____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta A22 (9) IGN	ACAMDIA __
A21. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia? + + + + + = _____ minutos/sem (8888)NSA (9999) IGN	AMINCA __ __ __ __
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA	

<p>A22. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</p> <p>_____ dias (0) nenhum → vá para a pergunta A24 (9) IGN</p>	<p>AFORDIA __</p>
<p>A23. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia?</p> <p>____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ minutos/sem (8888) NSA (9999) IGN</p>	<p>AMINFOR _____</p>
<p>A24. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.</p> <p>_____ dias (0) nenhum → encerre o bloco de atividade física</p>	<p>AMEDIA __</p>
<p>A25. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?</p> <p>____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ minutos/sem (8888)NSA (9999) IGN</p>	<p>AMIND _____</p>
<p>AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTROS HÁBITOS</p>	
<p>A26. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?</p> <p>(0) Não, nunca fumou. <i>Pule para a pergunta A29</i></p> <p>(1) Já fumou, mas parou de fumar há _____ anos e _____ meses. (8888) NSA (9999) IGN</p> <p>(2) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês).</p>	<p>AFUMO __</p> <p>ATPAFU _____</p>
<p>A27. Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?</p> <p>_____ anos _____ meses (8888) NSA (9999) IGN</p>	<p>ATFUM _____</p>
<p>A28. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?</p> <p>_____ cigarros (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ACIGDIA __ __</p>
<p>A29. O(A) Sr(a) costuma tomar bebida alcoólica? (Ex: cerveja, chopp, vinho, aperitivo, licor, cachaça, pinga, caipirinha, sidra, champagne, whisky, vodka)</p> <p>(0) Não (<i>Pule para A34</i>) (1) Sim</p>	<p>ABEB __</p>
<p>A30. Alguma vez, o(a) Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ADIMBEB __</p>
<p>A31. As pessoas o(a) aborrecem por que criticam o seu modo de beber?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ACRITBEB __</p>
<p>A32. O Sr (a) sente-se culpado/chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ACULPBEB __</p>
<p>A33. O Sr (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>AMANBEB __</p>

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE

BLOCO C – SAÚDE GERAL

A34. Como o(a) Sr(a) considera sua saúde?

(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN

ASAUD ___

SE O ENTREVISTADO TIVER MENOS DE 30 ANOS DE IDADE, VÁ PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A72

A35. O(A) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO A46

AHAS ___

A36. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que tem pressão alta?

___ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA (99) IGN

AHASANO ___

A37. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico, por pressão alta, em algum dos seguintes locais?

Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes	(88) NSA	ACOHAPSA ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(88) NSA	ACOHAOPS ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(88) NSA	ACOHAPS ___
SAMU	___ vezes	(88) NSA	ACOHASM ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(88) NSA	ACOHAHOS ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(88) NSA	ACOHAPLA ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(88) NSA	ACOHAPAR ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(88) NSA	ACOHACAP ___
Outro – Qual? _____	___ vezes	(88) NSA	ACOHAOUT ___

A38. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico, devido à pressão alta, em cada um desses locais?

Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes	(88) NSA	AMMHAPSA ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(88) NSA	AMMHAOPS ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(88) NSA	AMMHAPS ___
SAMU	___ vezes	(88) NSA	AMMHASM ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(88) NSA	AMMHAHOS ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(88) NSA	AMMHAPLA ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(88) NSA	AMMHAPAR ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(88) NSA	AMMHACAP ___
Outro – Qual? _____	___ vezes	(88) NSA	AMMHAOUT ___

A39. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, há quantos dias foi sua última consulta médica, devido à pressão alta, em cada um dos seguintes locais?

Posto de Saúde de Abrangência ___ dias (888) NSA ATCHAPSA ___

Outro Posto de Saúde	___ dias (888) NSA	ATCHAOPS ___
Pronto-Socorro	___ dias (888) NSA	ATCHAPS ___
SAMU	___ dias (888) NSA	ATCHASM ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ dias (888) NSA	ATCHAHOS ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ dias (888) NSA	ATCHAPLA ___
Consultório Médico Particular	___ dias (888) NSA	ATCHAPAR ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ dias (888) NSA	ATCHACAP ___
Outro – Qual? _____	___ dias (888) NSA	ATCHAOUT ___
<u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO A42</u>		
A40. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr(a). solicitou a consulta no <POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA> até o dia em que consultou?	___ dias (888) NSA	AHASTPC ___
A41. Essa consulta foi agendada? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN		AHASAGD ___
A42. O(A) Sr(a). precisa usar remédio(s) para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		AHASRE ___
A43. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar a pressão alta além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira, ...)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		AHASOUME ___
A44. Desde <12 MESES ATRÁS> o(a) Sr.(a) participou de algum grupo de hipertensos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		AHASGRU ___
A45. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a pressão alta ou por algum outro problema relacionado à pressão alta? ___ vezes (88) NSA (99) IGN		AHASHOS ___
A46. O(A) Sr.(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN <u>SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO A57</u>		ADM ___
A47. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que tem diabetes ou açúcar alto no sangue? ___ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA (99) IGN		ADMANO ___
A48. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico, <u>por diabetes ou açúcar alto no sangue</u>, em algum dos seguintes locais?		
Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes (88) NSA	ACODMPSA ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes (88) NSA	ACODMOPS ___

Pronto-Socorro	___ vezes	(88) NSA	<i>ACODMPS</i> ___
SAMU	___ vezes	(88) NSA	<i>ACHODMSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(88) NSA	<i>ACODMHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>ACODMPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(88) NSA	<i>ACODMPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(88) NSA	<i>ACODMCAP</i> ___
Outro – Qual?	___ vezes	(88) NSA	<i>ACODMOUT</i> ___
A49. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico, devido a diabete ou açúcar alto no sangue, em cada um desses locais?			
Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMOPS</i> ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMPS</i> ___
SAMU	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMCAP</i> ___
Outro – Qual?	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMDMOUT</i> ___
A50. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, há quantos dias tempo foi sua última consulta médica, devido a diabete ou açúcar alto no sangue, em cada um dos seguintes locais?			
Posto de Saúde de Abrangência	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMOPS</i> ___
Pronto-Socorro	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMPS</i> ___
SAMU	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMCAP</i> ___
Outro – Qual?	___ dias	(888) NSA	<i>ATCDMOUT</i> ___
<i>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO A53</i>			
A51. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr.(a) solicitou a consulta no <POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA> até o dia em que consultou?			<i>ADMTPC</i> ___
A52. Essa consulta foi agendada?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN
			<i>ADMAGD</i> ___

A53. O(A) Sr(a). <u>precisa</u> usar remédio(s) para diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMRE __																											
A54. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar a diabetes além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira,...)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMOUME __																											
A55. Desde <12 MESES ATRÁS> o (a) Sr (a) participou de algum grupo de diabéticos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMGRU __																											
A56. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido à diabetes ou por algum outro problema relacionado à diabetes? ____ vezes (88) NSA (99) IGN	ADMHOS __ __																											
A57. O(a) Sr.(a) tem ou sofre de problema de nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN <u>SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO A68.</u>	ANERVOS __																											
A58. Há quanto tempo sabe que tem problema dos nervos? ____ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA (99) IGN	ANERANO __ __																											
A59. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico, <u>devido a problema dos nervos</u>, nos seguintes locais? <table border="0" data-bbox="203 1102 1214 1507"> <tr> <td>Posto de Saúde de Abrangência</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVPSA</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Outro Posto de Saúde</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVOPS</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Pronto-Socorro</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVPS</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>SAMU</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVSM</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVHOS</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVPLA</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Consultório Médico Particular</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVPAR</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVCAP</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Outro – Qual?</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>ACONVOUT</i> __ __</td> </tr> </table>	Posto de Saúde de Abrangência	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPSA</i> __ __	Outro Posto de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVOPS</i> __ __	Pronto-Socorro	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPS</i> __ __	SAMU	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVSM</i> __ __	Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVHOS</i> __ __	Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPLA</i> __ __	Consultório Médico Particular	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPAR</i> __ __	CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVCAP</i> __ __	Outro – Qual?	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVOUT</i> __ __	
Posto de Saúde de Abrangência	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPSA</i> __ __																										
Outro Posto de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVOPS</i> __ __																										
Pronto-Socorro	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPS</i> __ __																										
SAMU	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVSM</i> __ __																										
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVHOS</i> __ __																										
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPLA</i> __ __																										
Consultório Médico Particular	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVPAR</i> __ __																										
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVCAP</i> __ __																										
Outro – Qual?	__ __ vezes (88) NSA	<i>ACONVOUT</i> __ __																										
A60. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com <u>o mesmo médico</u>, devido a problema nos nervos, em cada um desses locais? <table border="0" data-bbox="203 1596 1214 1862"> <tr> <td>Posto de Saúde de Abrangência</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>AMMNVPSA</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Outro Posto de Saúde</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>AMMNVOPS</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Pronto-Socorro</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>AMMNVPS</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>SAMU</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>AMMNVSM</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>AMMNVHOS</i> __ __</td> </tr> <tr> <td>Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde</td> <td>__ __ vezes (88) NSA</td> <td><i>AMMNVPLA</i> __ __</td> </tr> </table>	Posto de Saúde de Abrangência	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVPSA</i> __ __	Outro Posto de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVOPS</i> __ __	Pronto-Socorro	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVPS</i> __ __	SAMU	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVSM</i> __ __	Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVHOS</i> __ __	Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVPLA</i> __ __										
Posto de Saúde de Abrangência	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVPSA</i> __ __																										
Outro Posto de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVOPS</i> __ __																										
Pronto-Socorro	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVPS</i> __ __																										
SAMU	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVSM</i> __ __																										
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVHOS</i> __ __																										
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	__ __ vezes (88) NSA	<i>AMMNVPLA</i> __ __																										

Consultório Médico Particular	___ vezes (88) NSA	AMMNVPAR ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes (88) NSA	AMMNVCAP ___
Outro – Qual? _____	___ vezes (88) NSA	AMMNVOUT ___
A61. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, há quantos dias foi sua última consulta médica, devido a problema nos nervos, em cada um dos seguintes locais?		
Posto de Saúde de Abrangência	___ dias (888) NSA	ATCNVPSA ___
Outro Posto de Saúde _____ dias	(888) NSA	ATCNVOPS ___
Pronto-Socorro _____ dias	(888) NSA	ATCNVPS ___
SAMU _____ dias	(888) NSA	ATMNVSM ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa _____ dias	(888) NSA	ATCNVHOS ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde _____ dias	(888) NSA	ATCNVPLA ___
Consultório Médico Particular _____ dias	(888) NSA	ATCNVPAR ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) _____ dias	(888) NSA	ATCNVCAP ___
Outro – Qual? _____ dias	(888) NSA	ATCNVOUT ___
<u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO A64</u>		
A62. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr.(a) solicitou a consulta no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA> até o dia que consultou?		
___ dias (888) NSA (999) IGN		ANERTP ___
A63. Essa consulta foi agendada? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		ANERAGD __
A64. O(A) Sr.(a) precisa usar remédio (s) para problema dos nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		ANERRE __
A65. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar o problema dos nervos além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira,...)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		ANEROUME __
A66. Desde <12 MESES ATRÁS> o (a) Sr (a) participou de algum grupo de pessoas com problema de nervos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		AGRUPNER __
A67. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a problema dos nervos? ___ vezes (88) NSA (99) IGN		ANERHOS __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE OUTROS PROBLEMAS, EXCETO PRESSÃO ALTA, DIABETE OU NERVOS		
A68. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico, devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabete ou nervos, nos seguintes locais?		

Posto de Saúde de Abrangênciab	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQOPS</i> ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQPS</i> ___
SAMU	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQCAP</i> ___
Outro – Qual?	___ vezes	(88) NSA	<i>ACOQQOUT</i> ___
A69. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico, devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabete ou nervos, nesses locais?			
Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQOPS</i> ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQPS</i> ___
SAMU	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQCAP</i> ___
Outro – Qual?	___ vezes	(88) NSA	<i>AMMQQOUT</i> ___
A70. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, há quantos dias foi sua última consulta médica, devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabete ou problema dos nervos, nos seguintes locais?			
Posto de Saúde de Abrangência	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQOPS</i> ___
Pronto-Socorro	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQPS</i> ___
SAMU	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQCAP</i> ___
Outro – Qual?	___ dias	(888) NSA	<i>ATCQQOUT</i> ___
A71. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabete ou problema dos nervos?			<i>AQQHOS</i> ___
___ vezes	(88) NSA	(99) IGN	

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ESTA INTERNAÇÃO				
A72. Pense no problema que o(a) levou a internar. Desde <30 DIAS ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico por esse problema, em algum dos seguintes locais?				
Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINOPS</i> ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINPS</i> ___
SAMU	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINPLA</i> ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINCAP</i> ___
Outro – Qual? _____	___ vezes	(00) Não		<i>GCOINOUT</i> ___
A73. Dos locais que o(a) Sr(a) consultou com o médico, em quais desses locais o médico recomendou a internação?				
Posto de Saúde de Abrangência		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINPSA</i> __
Outro Posto de Saúde	(1) Sim	(0) Não (8) NSA		<i>GREINOPS</i> __
Pronto-Socorro	(1) Sim	(0) Não (8) NSA		<i>GREINPS</i> __
SAMU		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINSM</i> __
Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINHOS</i> __
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINPLA</i> __
Consultório Médico Particular		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINPAR</i> __
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINCAP</i> __
Outro – Qual? _____		(1) Sim (0) Não (8) NSA		<i>GREINOUT</i> __
A74. Qual a especialidade do médico que realizou a internação?				
(1) Clínico geral (2) Psiquiatra (3) Ginecologista (4) Cirurgião geral (6) Outro especialista _____ (9) IGN				GCONESP __
A75. O(A) Sr(a). realizou alguma outra consulta médica, além da consulta que o(a) levou a esta internação, nos últimos 30 dias? (0) Não (1) Sim (9) IGN				GOUTC30D __
<i>SE NÃO CONSULTOU, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A78</i>				
A76. Há quanto tempo foi essa consulta?				<i>GTUC</i> ___
___ dias (88) NSA (99) IGN (00) Menos de 1 dia				
A77. Essa consulta foi no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?				<i>GUBSUC</i> __
(1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN				
<i>SE CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA (QUESTÕES A37 A48 A59 A68, A72 E A77) → PERGUNTE A QUESTÃO A78. SE NÃO, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A79</i>				

A78. Avalie na escala abaixo a sua satisfação sobre os atendimentos recebidos no <Posto de Saúde de Abrangência> 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 atendimento ruim excelente atendimento (88,8) NSA (99,9) IGN		GSATPS ____, __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DOMICILIAR PRESTADO PELO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA		
A79. O(A) Sr(a). necessitou receber atendimento, <u>na sua casa</u>, de algum profissional do <Posto de Saúde da Abrangência> nos últimos três meses? (0) Não → <i>salte para A81</i> (1) Sim		GVD __
A80. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido, <u>na sua casa</u>, pelo <Posto de Saúde da abrangência> nos últimos três meses 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 atendimento ruim excelente atendimento (88,8) NSA (99,9) IGN		GSATVD ____, __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SAÚDE E SENTIMENTOS		
A81. Por favor, responda as questões seguintes, conforme tem se sentido no último mês:		
<i>O(a) Sr(a) tem dores de cabeça freqüentemente ?</i>		(0) Não (1) Sim ADORCA __
O(a) Sr(a) tem falta de apetite?	(0) Não (1) Sim	AFALTAP __
O (a) Sr(a) dorme mal?	(0) Não (1) Sim	ADORMAL __
O(a) Sr(a) se assusta com facilidade?	(0) Não (1) Sim	ASUSTO __
O(a) Sr(a) tem tremores nas mãos?	(0) Não (1) Sim	ATREMO __
O(a) Sr(a) sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)?	(0) Não (1) Sim	ANER __
O(a) Sr(a) tem má digestão?	(0) Não (1) Sim	AMADIG __
O(a) Sr(a) sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não (1) Sim	AIDEIA __
O(a) Sr(a) tem se sentido triste ultimamente ?	(0) Não (1) Sim	ATRIST __
O(a) Sr(a) tem chorado mais do que de costume?	(0) Não (1) Sim	ACHORO __
O(a) Sr(a) consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) Não (1) Sim	APRAZER __
<i>O(a) Sr(a) tem dificuldades de tomar decisões?</i>	(0) Não (1) Sim	ADECIDE __
O(a) Sr(a) acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa algum sofrimento?	(0) Não (1) Sim	ATRAPE __
O(a) Sr(a) acha que tem um papel útil na sua vida?	(0) Não (1) Sim	APAVI __
O(a) Sr(a) tem perdido o interesse pelas coisas?	(0) Não (1) Sim	AINTER __
O(a) Sr(a) sente-se uma pessoa sem valor?	(0) Não (1) Sim	AVALOR __
O(a) Sr(a) alguma vez pensou em acabar com a vida?	(0) Não (1) Sim	ASUI __

O(a) Sr(a) sente-se cansado(a) o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim	ACANSA __
O(a) Sr(a) sente alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim	ABUCHO __
O(a) Sr(a) se cansa com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	ACAFACIL __
<u>SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM VÁ PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A90</u>			
<i>As perguntas do próximo bloco só deverão ser respondidas por mulheres</i>			
BLOCO D – SAÚDE DA MULHER			
A82. Desde <12 MESES ATRÁS>, quantas vezes a Sra. consultou <u>para fazer exame ginecológico</u>, nos seguintes locais?			
Posto de Saúde de Abrangência	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGPSA __ __
Outro Posto de Saúde	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGOPS __ __
Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGHOS __ __
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGPLA __ __
Consultório Médico Particular	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGPAR __ __
Centro de Saúde Camilo Gomes	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGCG __ __
Outro – Qual?	__ __ vezes	(88) NSA	ACOEGOUT __ __
A83. Em qual desses locais foi sua última consulta ginecológica?			
(1) Posto de Saúde de Abrangência			ALOCEG __
(2) Outro Posto de Saúde			
(3) Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa			
(4) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde			
(5) Consultório Médico Particular			
(6) Centro de Saúde Camilo Gomes			
(7) Outro – Qual? _____			
(8) NSA (9) IGN			
A84. Quantos dias se passaram desde que a Sra. solicitou a consulta até o dia que consultou? __ __ __ dias (888) NSA (999) IGN			
			AGTPDIA __ __ __
A85. Na última consulta ginecológica que a Sra. fez, suas mamas foram examinadas?			
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN			AEXMAM __
A86. A Sra. conhece o exame para evitar o câncer do colo do útero ou o exame de pré-câncer ou papanicolau, ou o preventivo?			
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN			AGIML __
<i>SE NÃO CONHECE PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A90</i>			
A87. A Sra. Já fez este exame alguma vez na vida?			
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN			AFEZCP __
<i>SE NÃO PULE PARA INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A90</i>			



<p>A88. Há quanto tempo a Sra. fez esse exame pela última vez? ___ ano(s) ___ meses ___ dias (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATPA ___ ATPAM ___ ATPAD ___</p>
<p>A89. Na última vez que a Sra. fez o exame, ele foi realizado em qual dos seguintes locais?</p> <p>(1) Posto de Saúde de Abrangência (2) Outro Posto de Saúde (3) Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa (4) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (5) Consultório Médico Particular (6) Centro de Saúde Camilo Gomes (7) Outro – Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p>ALOCP __</p>
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO QUE O(A) SR(A). REALIZOU NO ÚLTIMO MÊS</p>	
<p>A90. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (<i>Pule para A94</i>) (1) Sim (2) Estava em licença (<i>Pule para A93</i>) (3) Nunca trabalhou (<i>Pule para A95</i>) (9) IGN</p>	<p>ATRABM __</p>
<p>A91. No último mês, quantas horas o(a) Sr(a) trabalhou por dia? ___ horas por dia (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AWDIA ___</p>
<p>A92. Em que tipo de firma ou empresa o(a) Sr(a) trabalhou no último mês? (<i>ramo produtivo</i>) _____</p>	<p>ATPEMP ___</p>
<p>A93. Qual o tipo de trabalho (<i>função/ocupação</i>) que o(a) Sr(a) realizou no último mês? (<i>descreva detalhadamente o tipo de trabalho realizado no último mês, conforme relatado pelo(a) entrevistado(a)</i>). <i>No caso do entrevistado(a) ter realizado mais de um tipo de trabalho no último mês, coletar a informação sobre a atividade que ele julgue a mais importante).</i></p> <p>_____</p>	<p>ATIPOW _____</p>
<p>A94. O Sr(a) é empregado(a), patrão(oa), trabalha por conta própria ou está desempregado? (1) Empregado(a) (2) Empregador(ra) (3) Conta própria ou autônomo (4) Estágio remunerado/ bolsa auxílio (5) Desempregado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>APATEMP __</p>
<p>A95. O(a) Sr(a). está procurando emprego? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>APROCEM __</p>

A96. SE ESTÁ DESEMPREGADO: Há quanto tempo o (a) Sr(a) está desempregado? (1) menos de 1 mês (2) mais de 1 mês até 3 meses (3) mais de 3 meses a 6 meses (4) mais de 6 meses a 1 ano (5) mais de 1 ano (8) NSA (9) IGN	ATPDESM__																																																															
BLOCO E – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS																																																																
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM COM O(A) SR(A).																																																																
A97. O domicílio apresenta água encanada? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio	GAGUA__																																																															
A98. Quantos banheiros têm o domicílio? (0) nenhum __ banheiros (Banheiro: vaso sanitário com descarga)	GBAN__																																																															
A99. Qual é o destino do lixo? (1) É recolhido pelo caminhão (2) É enterrado (3) É queimado (4) É jogado fora do pátio (5) Outro: _____ (9) IGN	GLIXO__																																																															
A100. Qual é o tipo de construção de sua casa? (01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo) (05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro (09) palha (10) lona (11) outro: _____	GTIPCAS__																																																															
AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELETRODOMÉSTICOS QUE O(A) SR(A) TEM EM CASA, OS ELETRODOMÉSTICOS CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO. O(A) SR(A) DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS PERGUNTADOS																																																																
A101. O(A) Sr(Sra.) tem em casa: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Televisão colorida?</td> <td style="width: 10%;">(0)</td> <td style="width: 10%;">(1)</td> <td style="width: 10%;">(2)</td> <td style="width: 10%;">(3)</td> <td style="width: 10%;">(4)</td> <td style="width: 10%;">(5)</td> <td style="width: 10%;">(6) ou mais</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Rádio?</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> <td>(6) ou mais</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Automóvel (carro)?</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> <td>(6) ou mais</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Empregada mensalista?</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> <td>(6) ou mais</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aspirador de pó?</td> <td>(0)</td> <td colspan="7">(1) ou mais</td> </tr> <tr> <td>Geladeira?</td> <td>(0)</td> <td colspan="7">(1) ou mais</td> </tr> <tr> <td>Videocassete ou DVD ?</td> <td>(0)</td> <td colspan="7">(1) ou mais</td> </tr> </table>	Televisão colorida?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais		Rádio?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais		Automóvel (carro)?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais		Empregada mensalista?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais		Aspirador de pó?	(0)	(1) ou mais							Geladeira?	(0)	(1) ou mais							Videocassete ou DVD ?	(0)	(1) ou mais							GABTV__ GABRAD__ GABCAR__ GABEMP__ GABASP__ GABGELA__ GABVID__
Televisão colorida?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais																																																									
Rádio?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais																																																									
Automóvel (carro)?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais																																																									
Empregada mensalista?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) ou mais																																																									
Aspirador de pó?	(0)	(1) ou mais																																																														
Geladeira?	(0)	(1) ou mais																																																														
Videocassete ou DVD ?	(0)	(1) ou mais																																																														

Lavadora de roupa (não (0) (1) ou mais considerar tanquinho)?	GABLAVA __
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)? (0) (1) ou mais	GABFRZ __
A102. Quantas são as pessoas que moram na casa? __ __ pessoas	GMORA __ __
AGORA GOSTARÍAMOS DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR	
A103. No mês passado , quanto ganharam as pessoas que moram na casa? (trabalho ou aposentadoria)	G1 _____
Pessoa 1 R\$ _____ por mês __ __, __ salários mínimos (SM)	G2 _____
Pessoa 2 R\$ _____ por mês __ __, __ salários mínimos (SM)	G3 _____
Pessoa 3 R\$ _____ por mês __ __, __ salários mínimos (SM)	G4 _____
Pessoa 4 R\$ _____ por mês __ __, __ salários mínimos (SM)	
(99999) IGN – não respondeu / não sabe	
A104. No mês passado , a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc..) que não foi citada acima?	GRE _____
(0) Não (1) Sim. Quanto? R\$ _____ por mês __ __, __ SM	
A105. Qual o último ano de estudo do chefe da família <a pessoa de maior renda>?	GSERIECH __
__ série do _____	GGRAUCH __
__ __ (ANOS COMPLETOS DE ESTUDO)	GSCHE __ __
A106. Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs	GHO2 __ __ : __ __
A107. Data da entrevista: __ / __ / __	GD __ / __ / __
A108. Diagnóstico (principal) de internação _____	GCIDINT _____
A109. CID de internação _____	
A110. Diagnóstico de alta _____	GCIDALTA _____
A111. CID de alta _____	
A112. Procedimento realizado _____	GPROCRE

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO B – PESSOAS DE 5 a 15 ANOS

 <p style="text-align: center;"> Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia </p> <p style="text-align: center;"> Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária </p> <p>QUESTIONÁRIO B – PESSOAS DE 5 a 15 ANOS</p>		<p style="text-align: center;">NÃO ESCREVER</p> <p style="text-align: center;">NESTA COLUNA</p>
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO		
B1. Número do questionário: _____	GENTN __	
B2. Nome do (a) entrevistador(a): _____	GNQUEST _____	
B3. Hospital (1) Santa Casa de Bagé (2) Hospital Universitário	GHOSPIT __	
B4. Dia da semana da internação (1) Domingo (2) Segunda (3) Terça (4) Quarta (5) Quinta (6) Sexta (7) Sábado	GDIAHOS __	
B5. Horário de início da entrevista: ___ : ___ hs	GHOI ___ : ___	
B6. Nome da criança:		
B7. Qual a idade do(a) <nome da criança / adolescente>? ___	GIDADE __	
B8. Sexo (<i>observar</i>): (1) Masculino (2) Feminino	GSEXO __	
B9. Qual o endereço do(a) <nome da criança/ adolescente>?: _____ _____ (1) Bagé (2) Outro município	GMUNRES __	
<u>SE A CRIANÇA NÃO FOR RESIDENTE DO MUNICÍPIO DE BAGÉ, ENCERRE O QUESTIONÁRIO</u>		
<p>Desde 16 de outubro deste ano, o <nome da criança adolescente> esteve internado em algum hospital?</p> <p>(4) Não</p> <p>(5) Sim, na Sana Casa de Caridade de Bagé</p> <p>(6) Sim, no Hospital Universitário de Bagé</p> <p>(7) Sim, em outro hospital</p> <p>Em que data foi sua internação? ___ / ___ (dia/mês)</p>	<p>GREINT __</p> <p>GDTANT ___ / ___</p>	
B10. Fica na zona urbana ou rural?: (0) Urbana (1) Rural	GZONA __	
B11. Há quanto tempo o(a) <nome da criança> mora nesse endereço? (0) Menos de 6 meses (1) 6 meses ou mais	GTEMPRES __	
B12. Telefone para contato: (____) _____		
BLOCO B – INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE DA CRIANÇA / ADOLESCENTE		

PRIMEIRO VAMOS FALAR SOBRE A SENHORA	
Informante: (1) Mãe da criança / adolescente (2) Outro, quem? _____	<i>CINFORM</i> __
B13. Qual é o seu nome? _____	
B14. Qual a sua idade? ___ anos	<i>CIDMAE</i> ___
B15. A Sra. sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome <u>SE NÃO OU SÓ ASSINA O NOME PULE PARA A QUESTÃO A17</u>	<i>CMLER</i> __
B16. Até que série ou ano o(a) Sr(a) completou na escola? _____ série/ano do _____ anos de estudo (88) NSA	<i>CMSERIE</i> __ <i>CMGRAU</i> __ <i>CMESC</i> __
B17. Qual sua situação conjugal atual? (1) Casado ou vive com companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Solteiro(a) (9) IGN	<i>CMCIVIL</i> __
B18. O(A) Sr(a). conhece o Posto de Saúde da área onde a Sra. mora? (0) Não => <i>salte para a questão B20</i> (1) Sim	<i>GCONHUBS</i> __
B19. Qual o nome do Posto de Saúde da área onde a Sra. mora? _____ (88) NSA (99) IGN	<i>GNAMEUBS</i> ___
B20. Desde <doze meses atrás> quantas vezes o(a) <nome da criança / adolescente> baixou no hospital por qualquer motivo, sem contar esta internação? (00) Nenhuma ___ vezes (9) IGN	<i>GOUMHOS</i> __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ESTA INTERNAÇÃO	
B21. Pense no problema que levou o(a) <nome da criança / adolescente> a internar. Desde <30 dias atrás>, quantas vezes o(a) <nome da criança> consultou com o médico por esse problema, em algum dos seguintes locais?	
Posto de Saúde de Abrangência _____ vezes (0) Não	<i>GCOINPSA</i> ___
Outro Posto de Saúde _____ vezes (0) Não	<i>GCOINOPS</i> ___
Pronto-Socorro _____ vezes (0) Não	<i>GCOINPS</i> ___
SAMU _____ vezes (0) Não	<i>GCOINSM</i> ___
Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa _____ vezes (0) Não	<i>GCOINHOS</i> ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde _____ vezes (0) Não	<i>GCOINPLA</i> ___
Consultório Médico Particular _____ vezes (0) Não	<i>GCOINPAR</i> ___
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) _____ vezes (0) Não	<i>GCOINCAP</i> ___
Outro – Qual? _____ vezes (0) Não	<i>GCOINOUT</i> ___



<p>B22. Dos serviços que o(a) <nome da criança / adolescente> consultou com o médico, quais desses serviços recomendaram a internação?</p> <p>Posto de Saúde de Abrangência (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINPSA __</p> <p>Outro Posto de Saúde (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINOPS __</p> <p>Pronto-Socorro (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINPS __</p> <p>SAMU (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINSM __</p> <p>Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINHOS __</p> <p>Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINPLA __</p> <p>Consultório Médico Particular (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINPAR __</p> <p>CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINCAP __</p> <p>Outro – Qual? _____ (1) Sim (0) Não (8) NSA GREINOUT __</p>	
<p>B23. Qual a especialidade do médico que realizou a internação?</p> <p>(1) Clínico geral (2) Psiquiatra (3) Ginecologista (4) Cirurgião geral (5) Pediatra GCONESP __</p> <p>(6) Outro especialista _____ (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>B24. O(A) <nome da criança> realizou alguma outra consulta médica, além da consulta que o(a) levou a esta internação, nos últimos 30 dias?</p> <p>0) Não (1) Sim (9) IGN GOUTC30D __</p>	
<p>B25. Há quanto tempo foi essa consulta? (pense na última consulta médica realizada nos últimos 30 dias) _____ dias (88) NSA (99) IGN (00) Menos de 1 dia GTUC __ __</p>	
<p>B26. Essa consulta foi no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN GUBSUC __</p>	
<p><u>SE CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA, PERGUNTE A QUESTÃO B28 . SE NÃO, VÁ PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO B29</u></p>	
<p>B27. Avalie na escala abaixo a sua opinião sobre os atendimentos recebidos no <Posto de Saúde de Abrangência></p> <p>0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p>atendimento ruim excelente atendimento</p> <p>(77,7) não morava nesta área (88,8) NSA (99,9) IGN</p>	GSATPS __ __, __
<p>BLOCO E – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS</p>	
<p>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM COM A SRA.</p>	
<p>B28. O domicílio apresenta água encanada?</p> <p>(0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio GAGUA __</p>	
<p>B29. Quantos banheiros têm o domicílio?</p> <p>(0) nenhum __ banheiros (Banheiro: vaso sanitário com descarga) GBAN</p>	
<p>B30. Qual é o destino do lixo?</p> <p>(1) É recolhido pelo caminhão</p> <p>(2) É enterrado</p> <p>(3) É queimado</p> <p>(4) É jogado fora do pátio () Outro: _____ (9) IGN</p>	GLIXO __

B31. Qual o tipo de construção da sua casa? (01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo) (05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro (09) palha (10) lona () outro: _____	GTIPCAS ___
<u>AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELETRODOMÉSTICOS QUE A SRA TEM EM CASA. OS ELETRODOMÉSTICOS CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO. O(A) SR(SRA) DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS PERGUNTADOS</u>	
B32. A Sra. tem em casa:	
Televisão colorida? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais	GABTV ___
Rádio? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais	GABRAD ___
Automóvel (carro)? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais	GABCAR ___
Empregada mensalista? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais	GABEMP ___
Aspirador de pó? (0) (1) ou mais	GABASP ___
Geladeira? (0) (1) ou mais	GABGELA ___
Videocassete ou DVD ? (0) (1) ou mais	GABVID ___
Lavadora de roupa (não considerar tanquinho)? (0) (1) ou mais	GABLAVA ___
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)? (0) (1) ou mais	GABFRZ ___
B33. Quantas são as pessoas que moram na casa? ___ pessoas	GMORA ___
<u>AGORA GOSTARÍAMOS DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR</u>	
B34. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) Pessoa 1 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) Pessoa 2 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) Pessoa 3 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) Pessoa 4 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) (99999) IGN - não respondeu / não sabe	G1 _____ G2 _____ G3 _____ G4 _____
B35. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc..) que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim. Quanto? R\$ _____ por mês _____, ___ SM	GRE _____

B36. Qual o último ano de estudo do chefe da família? ___ série do _____ ___ (ANOS COMPLETOS DE ESTUDO)	<i>GSERIECH</i> ___ <i>GGRAUCH</i> ___ <i>GESCHE</i> ___
<i>B37. Horário do término da entrevista:</i> ___ : ___ hs	<i>GHO2</i> ___ : ___
B38. Data da entrevista: ___ / ___ / ___	<i>GD</i> ___ / ___ / ___
B39. Diagnóstico (principal) de internação _____ B40. CID de internação _____ B41. Diagnóstico de alta _____ B42. CID de alta _____	<i>GCIDINT</i> _____ <i>GCIDALTA</i> _____
B43. Procedimento realizado _____	<i>GPROCRE</i> _____

ANEXO 7

QUESTIONÁRIO C – CRIANÇAS DE 0 A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS

 <p style="text-align: center;">Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia</p> <p style="text-align: center;">Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária</p> <p style="text-align: center;">QUESTIONÁRIO C – CRIANÇAS DE 0 A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS</p>		<p>NÃO ESCREVER</p> <p>NESTA COLUNA</p>
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO		
C1. Número do questionário: _____	GENTN __	
C2. Nome do (a) entrevistador(a): _____	GNQUEST _____	
C3. Hospital (1) Santa Casa de Bagé (2) Hospital Universitário	GHOSPIT __	
C4. Dia da semana da internação (1) Domingo (2) Segunda (3) Terça (4) Quarta (5) Quinta (6) Sexta (7) Sábado	GDIAHOS __	
C5. Horário de início da entrevista: ____ : ____ hs	GHOI ____ : ____	
C6. Nome da criança:		
C7. Qual a idade do(a) <nome da criança>? ____ anos	C GIDADE ____	
____ meses (88)NSA	IDADMES ____	
<i>Se a criança tiver menos de dois anos de idade, registre a idade em meses, além dos anos</i>		
C8. Sexo (observar): (1) Masculino (2) Feminino	GSEXO __	
C9. Qual o endereço do(a) <nome da criança>?: _____	GMUNRES __	
_____ (1) Bagé (2) Outro município		
<u>SE A CRIANÇA NÃO FOR RESIDENTE DO MUNICÍPIO DE BAGÉ, ENCERRE O QUESTIONÁRIO</u>		
Desde 16 de outubro deste ano, o(a) Sr(a). esteve internado em algum hospital?	GREINT __	
(0) Não		
(1) Sim, na Sana Casa de Caridade de Bagé		
(2) Sim, no Hospital Universitário de Bagé		
(3) Sim, em outro hospital	GDTANT ____ / ____	
Em que data foi sua internação? ____ / ____ (dia/mês)		
C10. Fica na zona urbana ou rural?: (0) Urbana (1) Rural	GZONA __	
C11. Há quanto tempo o(a) <nome da criança> mora nesse endereço?	GTEMPRES __	
(0) Menos de 6 meses (1) 6 meses ou mais		

C12. Telefone para contato: (____) _____		
BLOCO B – INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE DA CRIANÇA		
PRIMEIRO VAMOS FALAR SOBRE A SENHORA		
C13. Informante: (1) Mãe da criança _____ (2) Outro, quem? _____		CIFORM __
C14. Qual é o seu nome? _____		
C15. Qual a sua idade? __ __ anos		CIDMAE __ __
C16. A Sra. sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome <u>SE NÃO OU SÓ ASSINA O NOME PULE PARA A QUESTÃO 17</u>		CMLER __
C17. Até que série ou ano o(a) Sr(a) completou na escola? _____ série/ano do _____ __ __ anos de estudo (88) NSA		CMSERIE __ CMGRAU __ CMESC
C18. Qual sua situação conjugal atual? (1) Casado ou vive com companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Solteiro(a) (9) IGN		CMCIVIL __
C19. O(A) Sr(a). conhece o Posto de Saúde da área onde a Sra. mora? (0) Não => <i>salte para a instrução anterior à questão C21</i> (1) Sim		GCONHUBS __
C20. Qual o nome do Posto de Saúde da área onde a Sra. mora? _____ (99) IGN		GNAMEUBS __ __
“VAMOS COMEÇAR CONVERSANDO SOBRE SUA(S) GRAVIDEZ(ES)”		
C21. Quantas vezes na sua vida a Sra. ficou grávida? __ __ vezes		CMGEST __ __
C22. Quantos filhos nasceram? __ __ fillos		CMNASC __ __
C23. Quantos filhos, além do <nome da criança>, moram com a Sra.? __ __ fillos		CMIRMAOS __ __

C24. Com relação à gravidez do(a) <nome da criança>, a Sra. fez alguma consulta de pré-natal? (0) Não (1) Sim <u>SE NÃO FEZ PRÉ-NATAL PULE PARA A QUESTÃO C41</u>	CMPREN __
<p><i>“Agora vamos falar sobre o pré-natal do(a) <nome da criança>”. Primeiramente pergunte: “A Sra. está com o cartão ou carteira do pré-natal, ou carteira da gestante? Posso olhar?” Se a entrevistada tem o cartão do pré-natal anotar as informações pedidas no local correspondente (Cartão). Posteriormente, pergunte a entrevistada as mesmas informações e registre na local correspondente (Mulher).</i></p>	
C25. A Sra está com o cartão do pré-natal? (0) Não (1) Sim (8) NSA	CCARPN __
C26. Em que mês da gravidez a Sra. fez a primeira consulta de pré-natal? __ mês __ semanas (Cartão) __ mês __ semanas (Mulher) (88) NSA (99) IGN	MESPNC ____ MESPNCM ____
C27. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> quantas vezes a Sra. consultou, nos seguintes locais? Posto de Saúde de Abrangência _____ vezes (88) NSA Outro Posto de Saúde _____ vezes (88) NSA Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa _____ vezes (88) NSA Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde _____ vezes (88) NSA Consultório Médico Particular _____ vezes (88) NSA Centro de Saúde Camilo Gomes _____ vezes (88) NSA Outro – Qual? _____ vezes (88) NSA	CCOPNPSA ____ CCOPNOPS ____ CCOPNHOS ____ CCOPNPLA ____ CCOPNPAR ____ CCOPNCG ____ CCOPNOUT ____
C28. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> quantas vezes a Sra. consultou com o mesmo médico nesses locais?	
Posto de Saúde de Abrangência _____ vezes (88) NSA Outro Posto de Saúde _____ vezes (88) NSA Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa _____ vezes (88) NSA Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde _____ vezes (88) NSA Consultório Médico Particular _____ vezes (88) NSA Centro de Saúde Camilo Gomes _____ vezes (88) NSA Outro _____ vezes (88) NSA	CPNMMPSA ____ CPNMMOPS ____ CPNMMHOS ____ CPNMMPLA ____ CPNMMPAR ____ CPNMMCG ____ CPNMMOUT ____
<u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA, SALTE PARA A QUESTÃO C41</u>	

<p>C29. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento pré-natal do <Posto de Saúde de abrangência>?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ruim Ótimo</p> <p>(88,8) NSA (99,9) IGN</p>	<p>MESCPN __ __ , __</p>
<p>C30. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi informada sobre a importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida do(a) <nome da criança>?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALHOR __</p>
<p>C31. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi ouvida quanto às suas preocupações ou problemas com a amamentação ao peito?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALPRO __</p>
<p>C32. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi orientada sobre como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALREPR __</p>
<p>C33. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu orientações sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALPOSI __</p>
<p>C34. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu orientações sobre como extrair o leite do peito ?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALEXT __</p>
<p>C35. Durante o pré-natal do(a) < nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu informações sobre as vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MAL6M __</p>
<p>C36. Durante o pré-natal do(a) < nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu informações para continuar amamentando até os 2anos de idade ou mais?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MAL2A __</p>
<p>C37. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALIVR __</p>
<p>C38. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi informada sobre a importância da criança sugar o peito para a produção do leite?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MALSUC __</p>
<p>C39. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi avisada dos prejuízos do uso de mamadeiras para as crianças durante a amamentação ao peito?</p>	<p>MALMAMD __</p>

(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
C40. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi avisada dos prejuízos do uso de chupetas ou bico para as crianças durante a amamentação ao peito?				MALBICO __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
C41. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> a Sra. recebeu algum suporte ou apoio para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes no <Posto de Saúde da abrangência> ou de visitas domiciliares?				MALAPPN __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
C42. Imediatamente após o parto do(a) <nome da criança> a Sra. recebeu algum suporte ou apoio para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes no <Posto de Saúde da abrangência> ou de visitas domiciliares?				MALAPPP __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
BLOCO C – INFORMAÇÕES DA CRIANÇA				
AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O(A) < NOME DA CRIANÇA >				
C43. Onde nasceu o(a) <nome da criança>?				CLOCNAS __
(1) Hospital (2) Em casa (3) Outro local:				
C44. Qual foi o tipo de parto? (1) Normal (2) Cesariana				CTIPAR __
C45. O(A) <nome da criança> frequenta creche?				CCRECHE __
(0) Não → pule para a questão C48 (1) Sim				
C46. Quantos dias por semana o(a) <nome da criança> vai para a creche?				CDCRECHE __
__ dias (8) NSA				
C47. Quantas horas por dia o(a) <nome da criança> fica na creche?				CHCRECHE __ __
__ __ horas por dia (88) NSA				
C48. Numa semana normal, quem fica com a criança, na ausência da mãe?				
(1) Creche (2) Pai (3) Avós (4) Irmãos(as) (5) Tios				
(6) Outro, quem? _____				CCUIDA __
<i>SE A ENTREVISTADA TIVER DÚVIDA ENTRE MAIS DE UMA RESPOSTA, PEDIR QUE INFORME A SITUAÇÃO MAIS COMUM</i>				
C49. Numa semana normal, quem fica com a criança, na maior parte do tempo?				
(1) Mãe (2) Pai (3) Avós (4) Irmãos(as) (5) Tios (6) Creche				
(7) Outro, quem? _____				CTCUIDA __
<i>SE A ENTREVISTADA TIVER DÚVIDA ENTRE MAIS DE UMA RESPOSTA, PEDIR QUE INFORME A SITUAÇÃO MAIS COMUM</i>				
<i>“Agora vamos falar sobre as vacinas do(a) <nome da criança>.” A seguir pergunte: “A senhora está com o cartão de peso do(a) <nome da criança> ? Posso olhar?” Se a mãe tem o cartão da</i>				

<i>criança anotar as informações pedidas no local correspondente (Cartão). Posteriormente, pergunte à entrevistada as mesmas informações e registre no local correspondente (Mãe).</i>		
C50. Tem o cartão de peso:	(0) Não (1) Sim	CCARCRI __
C51. Qual foi o peso do(a) <nome da criança> ao nascer?		CPESC _____ CPESM _____
_____ g (Cartão) _____ g (Mãe)	(8888) NSA	
C52. Quantas doses de vacina, referentes ao primeiro ano de vida, o(a) <nome da criança> fez?		
Vacina	(1) Cartão (2) Mãe (3) Cicatriz	
Sabin (gotinha)	_____ _____	CSABINC __ CSABINM __
Tríplice bacteriana / DPT (injeção na perna)	_____ _____	CTRIPC __ CTRIPM __
Hib (injeção na perna)	_____ _____	CHIBC __ CHIBM __
Tetravalente / DPT+ HiB (injeção na perna)	_____ _____	CTETRAC __ CTETRAM __
Sarampo / MMR / Tríplice Viral (injeção no braço)	_____ _____	CSARC __ CSARM __
BCG (cicatriz no braço direito)	_____ _____ _____	CBCGC __ CBCGM __ CBCGCT __
Hepatite B (injeção na perna)	_____ _____	CHBC __ CHBM __
	8) NSA (9) IGN	
C53. O(A) <nome da criança> fez a maior parte destas vacinas em qual dos seguintes locais?		
(1) Posto de Saúde de Abrangência		
(2) Outro Posto de Saúde		
(3) Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa		
(4) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde		
(5) Consultório Médico Particular		
(6) Centro de Saúde Camilo Gomes		
(7) Outro – Qual? _____		
(8) NSA (9) IGN		CLOCVAC __

<p>C54. Desde que nasceu até 1 ano de idade , quantas vezes o(a) <nome da criança> foi pesado e medido:</p> <p>Em casa por Agente Comunitário de Saúde ou alguém do posto de saúde de abrangência > _____ vezes (0) Não</p> <p>Posto de Saúde de Abrangência _____ vezes (0) Não</p> <p>Outro Posto de Saúde _____ vezes (0) Não</p> <p>Ambulatório do hospital / Faculdade/ Sindicato ou empresa _____ vezes (0) Não</p> <p>Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde _____ vezes (0) Não</p> <p>Consultório Médico Particular _____ vezes (0) Não</p> <p>Centro de Saúde Camilo Gomes _____ vezes (0) Não</p> <p>Outro – Qual? _____ vezes (0) Não</p>	<p>CPUERACS __ __</p> <p>CPUERPSA __ __</p> <p>CPUEROPS __ __</p> <p>CPUERHOS __ __</p> <p>CPUERPLA __ __</p> <p>CPUERPAR __ __</p> <p>CPUERCAP __ __</p> <p>CPUEROUT __ __</p>
<p>“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) < nome da criança >”</p>	
<p>C55. O(A) <nome da criança> mama no peito?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>CPEITO __</p>
<p>C56. Até que idade o(a) <nome da criança> mamou <u>exclusivamente</u> no peito, <u>sem tomar água, chá ou outra alimentação?</u></p> <p>__ __ meses (00) Amamentada por menos de 30 dias (88) Ainda mama</p>	<p>CMAMOU __ __</p>
<p>“AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE A SAÚDE GERAL DO(A) < NOME DA CRIANÇA >”.</p>	
<p>C57. Desde <30 dias atrás> quantas vezes o(a) <nome da criança> teve diarreia, desarranjo, ou chorrio? _____ vezes</p>	<p>CDIARVEZ __ __</p>
<p>C58. Alguma vez desde <doze meses atrás> o(a) <nome da criança> baixou hospital por diarreia, desarranjo, chorrio ou desidratação, <u>sem contar esta internação?</u></p> <p>(00) Não () Sim, _____ vezes (99) IGN</p>	<p>CDIARHOS __ __</p>
<p>C59. Desde < seis meses atrás > quantas vezes o(a) <nome da criança> teve pontada ou pneumonia? __ __ vezes</p>	<p>CPNM __ __</p>
<p>C60. Alguma vez desde <doze meses atrás> o(a) <nome da criança> baixou no hospital por pontada ou pneumonia, <u>sem contar esta internação?</u></p> <p>(00) Não () Sim, _____ vezes (99) IGN</p>	<p>CPNMHOS __ __</p>
<p>C61. Alguma vez desde <doze meses atrás> o(a) <nome da criança> baixou no hospital por qualquer outro motivo <exceto diarreia ou pneumonia> , <u>sem contar esta internação?</u></p> <p>(0) Não () Sim, _____ (9) IGN</p>	<p>COUMHOS__</p> <p>—</p>



AGORA VAMOS FALAR SOBRE ESTA INTERNAÇÃO			
C62. Pense no problema que levou o(a) <nome da criança> a internar. Desde <30 dias atrás>, quantas vezes o(a) <nome da criança> consultou com o médico por esse problema, em algum dos seguintes locais?			
Posto de Saúde de Abrangência	___ vezes	(0) Não	GCOINPSA ___
Outro Posto de Saúde	___ vezes	(0) Não	GCOINOPS ___
Pronto-Socorro	___ vezes	(0) Não	GCOINPS ___
SAMU	___ vezes	(0) Não	GCOINSM ___
Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa	___ vezes	(0) Não	GCOINHOS ___
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	___ vezes	(0) Não	GCOINPLA ___
Consultório Médico Particular	___ vezes	(0) Não	GCOINPAR ___
Centro de Saúde Camilo Gomes	___ vezes	(0) Não	GCOINCAP ___
Outro – Qual? _____	___ vezes	(0) Não	GCOINOUT ___
C63. Dos serviços que o(a) <nome da criança> consultou com o médico, quais desses serviços recomendaram a internação?			
Posto de Saúde de Abrangência	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINPSA __
Outro Posto de Saúde	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINOPS __
Pronto-Socorro	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINPS __
SAMU	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINSM __
Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINHOS __
Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINPLA __
Consultório Médico Particular	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINPAR __
Centro de Saúde Camilo Gomes	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINCAP __
Outro – Qual? _____	(1) Sim (0) Não (8) NSA		GREINOUT __
C64. Qual a especialidade do médico que realizou a internação?			
(1) Clínico geral (4) Cirurgião geral (5) Pediatra			GCONESP __
(6) Outro especialista _____ (8) NSA (9) IGN			
C65. O(A) <nome da criança> realizou alguma outra consulta médica, além da consulta que o(a) levou a esta internação, nos últimos 30 dias?			GOUTC30D __
0) Não (1) Sim (9) IGN			
C66. Há quanto tempo foi essa consulta? (pense na última consulta médica realizada nos últimos 30 dias) ___ dias			GTUC ___
(88) NSA (99) IGN (00) Menos de 1 dia			
C67. Essa consulta foi no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?			GUBSUC __
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN			
<u>SE CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA, PERGUNTE A QUESTÃO C68 . SE NÃO, VÁ PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO C69</u>			

<p>C68. Avalie na escala abaixo a sua opinião sobre os atendimentos recebidos no <Posto de Saúde de Abrangência></p> <p>0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>atendimento ruim excelente atendimento</p> <p>(77,7) não morava nesta área (88,8) NSA (99,9) IGN</p>	<p>GSATPS ___ __, ___</p>
BLOCO E – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS	
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM COM A SRA.	
<p>C69. O domicílio apresenta água encanada? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio</p>	<p>GAGUA ___</p>
<p>C70. Quantos banheiros têm o domicílio? (0) nenhum ___ banheiros (Banheiro: vaso sanitário com descarga)</p>	<p>GBAN ___</p>
<p>C71. Qual é o destino do lixo? (4) É recolhido pelo caminhão (5) É enterrado (6) É queimado (4) É jogado fora do pátio () Outro: _____ (9) IGN</p>	<p>GLIXO ___</p>
<p>C72. Qual o tipo de construção da sua casa?</p> <p>(01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo) (05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro (09) palha (10) lona () outro: _____</p>	<p>GTIPCAS ___ __</p>
<u>AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELETRODOMÉSTICOS QUE A SRA TEM EM CASA. OS ELETRODOMÉSTICOS CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO. O(A) SR(SRA) DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS PERGUNTADOS</u>	
<p>C73. A Sra. tem em casa:</p>	
<p>Televisão colorida? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais</p>	<p>GABTV ___</p>
<p>Rádio? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais</p>	<p>GABRAD ___</p>
<p>Automóvel (carro)? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais</p>	<p>GABCAR ___</p>
<p>Empregada mensalista? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais</p>	<p>GABEMP ___</p>
<p>Aspirador de pó? (0) (1) ou mais</p>	<p>GABASP ___</p>
<p>Geladeira? (0) (1) ou mais</p>	<p>GABGELA ___</p>

Videocassete ou DVD ? (0) (1) ou mais	GABVID __
Lavadora de roupa (não considerar tanquinho)? (0) (1) ou mais	GABLAVA __
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)? (0) (1) ou mais	GABFRZ __
C74. Quantas são as pessoas que moram na casa? ___ pessoas	GMORA ___
AGORA GOSTARÍAMOS DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR	
C75. No <u>mês passado</u> , quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) Pessoa 1 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) Pessoa 2 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) Pessoa 3 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) Pessoa 4 R\$ _____ por mês _____, ___ salários mínimos (SM) (99999) IGN - não respondeu / não sabe	G1 _____ G2 _____ G3 _____ G4 _____
C76. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc.) que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim. Quanto? R\$ _____ por mês _____, ___ SM	GRE _____
C77. Qual o último ano de estudo do chefe da família? ___ série do _____ (ANOS COMPLETOS DE ESTUDO)	GSERIECH __ GGRAUCH __ GESCHE __
C78. Horário do término da entrevista: ___ : ___ hs	GHO2 ___ : ___
C79. Data da entrevista: ___/___/___	GD ___/___/___
C80. Diagnóstico (principal) de internação _____ C81. CID de internação _____ C82. Diagnóstico de alta _____ C83. CID de alta _____	GCIDINT _____ GCIDALTA _____
C84. Procedimento realizado _____	GPROCRE _____

ANEXO 8

QUESTIONÁRIO E - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

 <p style="text-align: center;"> Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia </p> <p style="text-align: center;"> Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária </p> <p style="text-align: center;"> QUESTIONÁRIO E - PROFISSIONAIS DE SAÚDE </p>		NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL		
Unidade de saúde: _____ Fone/Fax: _____ Nome do Entrevistado: _____ _____ _____ E-mail do entrevistado: _____ Nome do (a) entrevistador(a): _____ N° do questionário: _____ Horário de início da entrevista: _____ : _____ hs	<i>ENOMEUBS</i> __ __ ENQUEST _____ <i>EHOI</i> __ __ : __ __	
BLOCO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		
E1. Qual a sua idade? __ __	EIDADE __ __	
E2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	<i>ESEXO</i> __	
E3. Você estudou até: (0) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto (1) Ensino Fundamental (1º grau) completo (2) Ensino Médio (2º grau) incompleto (3) Ensino Médio (2º grau) completo (4) Superior incompleto (5) Superior completo (6) Pós-graduação incompleta (7) Pós-graduação completa	EESCOL __	
SE O ENTREVISTADO NÃO TEM PÓS-GRADUAÇÃO COMPLETA, SALTE PARA A QUESTÃO E5		

E4. Você tem pós-graduação completa:		
Residência médica em Medicina de Família e Comunidade / Saúde da Família / Medicina Preventiva	(0) Não (1) Sim (8) NSA	ERMSF __
Outra residência médica / prova de título	(0) Não (1) Sim (8) NSA	ERMOUT __
Residência “não-médica” em Saúde da Família	(0) Não (1) Sim (8) NSA	ERNMSF __
Especialização (acadêmica) em Saúde da Família	(0) Não (1) Sim (8) NSA	EESPSF __
Outra especialização acadêmica	(0) Não (1) Sim (8) NSA	EPOSGRAD __
Mestrado	(0) Não (1) Sim (8) NSA	EMEST __
Doutorado	(0) Não (1) Sim (8) NSA	EDOUT __
E5. Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau?		EQTTP __ __
____ anos (00) menos de 1 ano		
E6. Qual sua atividade profissional nesta Unidade de Saúde?		
(1) Auxiliar administrativo/ burocrata/ recepcionista		EATIV __
(2) Auxiliar de enfermagem		
(3) Técnico de enfermagem		
(4) Auxiliar de Consultório Dentário / Técnico em Higiene Dentária		
(5) Enfermeiro		
(6) Médico		
(7) Dentista		
(8) Agente Comunitário de Saúde		
(9) Outro profissional de nível superior. Qual? _____		
E7. Seu regime de trabalho neste emprego é:		
(1) estatutário		EREGIW __
(2) CLT		
(3) Contrato temporário		
(4) Cargo Comissionado		
(5) Bolsa / Estágio CIEE		
(6) Prestação de Serviços / Contrato por Entidades (Universidade, Associação de Moradores, etc.)		
(7) Cooperado		
(8) Estágio voluntário não-remunerado		
(9) Outros		
E8. Carga horária Contratada nesta UBS: ____ horas semanais		EHCONUBS __ __
E9. Você trabalha em outra(s) unidade(s) de saúde da Prefeitura, além desta?		
(0) Não (1) Sim		EOUTUBS __
SE SIM, Qual(is)? _____		
E10. Você tem outros empregos? (0) Não (1) Sim		EOUTTRAB __
E11. Pense em todos os empregos que você tem. Numa semana normal de trabalho, quantas horas por semana você trabalha? ____ horas semanais		EHTRSEM __ __
E12. Numa semana normal de trabalho, qual a carga horária cumprida nesta UBS?		
____ horas semanais		EHTRUBS __ __

E13. Há quanto tempo você trabalha na Prefeitura de Bagé? ___ ___ (meses)	ETPWP ___ ___
E14. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde? ___ ___ (meses)	ETPTUBS ___ ___
E15. Houve alguma mudança na sua equipe de trabalho no último ano? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM: Para o trabalho nesta Unidade de Saúde estas mudanças foram:</i> (0) Positivas (1) Negativas (2) Não tiveram nenhuma influência	EMUDEW ___ ERESMUD ___
E16. Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS), fez algum dos cursos de capacitação abaixo relacionados? Treinamento introdutório (<i>da Estratégia Saúde da Família</i>) (0) Não (1) Sim Treinamento para preenchimento do SIAB (0) Não (1) Sim Saúde da criança (0) Não (1) Sim Saúde da mulher (0) Não (1) Sim Saúde do adulto (0) Não (1) Sim Saúde mental (0) Não (1) Sim AIDPI (0) Não (1) Sim Diabetes (0) Não (1) Sim Hipertensão (0) Não (1) Sim DST/AIDS (0) Não (1) Sim Hanseníase (0) Não (1) Sim Imunização (0) Não (1) Sim Tuberculose (0) Não (1) Sim Outro(s) curso(s) _____ (0) Não (1) Sim	EINTRO ___ ESLAB ___ ESACRIA ___ ESAMUL ___ ESAADU ___ ESAMEN ___ EAIDPI ___ EDIAB ___ EHIPER ___ EDST ___ EHANSE ___ EIMUNI ___ ETBC ___ EOUTRO ___
E17. A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional? (0) Não (1) Sim	EIFPROF ___
E18. O seu trabalho na Unidade de Saúde é supervisionado (acompanhado) por membro da equipe de Coordenação/ Central da Atenção Básica ou PSF? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> Há quanto tempo ocorreu a última supervisão? ___ ___ mês(es) (00) menos de 1 mês	ESUPRV ___ EULTSUP ___ ___
E19. Em média, aqui na Unidade, quantas pessoas você atende em um dia normal de trabalho? ___ ___ pessoas	ENATEND ___ ___
E20. Você trabalha com grupos nesta Unidade? (0) Não (1) Sim	ETRGRUP ___
E21. <i>SE SIM:</i> Há quantos meses foi o último encontro do qual você participou? ___ ___ (meses)	ETRGRUPM ___ ___
E22. Na sua opinião, como está a qualidade da maioria dos serviços prestados à população nesta unidade de saúde? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	EQUALI ___

NOS ITENS ABAIXO, ASSINALE NA ESCALA O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:			
E23. Estrutura física da Unidade de Saúde:			EESTRU __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E24. Atendimento individual à demanda na Unidade:			EDEMUS __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E25. Atendimento individual à demanda no domicílio:			EDEMDO __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E26. Trabalho em equipe:			ETRAEQ __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E27. Preenchimento de formulários e relatórios:			EFORML __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E28. Reuniões de equipe:			EREEQUI __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E29. Reuniões com a comunidade:			ERECOMU __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E30. Reuniões com a coordenação local da Unidade:			ERECOR __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
E31. Sua forma de vínculo empregatício:			ESTSREGW __ __
<p style="text-align: center;">0 __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p>			
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE VOCÊ ACHA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO			
Iluminação:	(0) Adequada	(1) Pouca / excessiva	EAFLUMI __ __
Temperatura:	(0) Adequada	(1) Muito frio / muito calor	EAFTEMP __ __
Ventilação / aeração:	(0) Adequada	(1) Má ventilação	EAFVENT __ __
Espaço próprio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente	EAFESPA __ __
Barulho excessivo	(0) Não	(1) Sim	EAFBARU __ __
Condições de higiene:	(0) Boas	(1) Não boas	EAFHIGIE __ __
Móveis:	(0) Confortáveis	(1) Não confortáveis	EAFMOVE __ __
Manutenção do prédio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente	EAFMANU __ __
Cheiros desagradáveis:	(0) Não	(1) Sim	EAFCHEIR __ __

Sente que exigem demais de você:	(0) Não	(1) Sim	ETAEXIG __
Tem muita concorrência entre colegas:	(0) Não	(1) Sim	ETACON __
Sente insegurança pela instabilidade:	(0) Não	(1) Sim	ETAINST __
Sente falta de solidariedade entre colegas:	(0) Não	(1) Sim	ETASOLID __
Sente que tem responsabilidade demais:	(0) Não	(1) Sim	ETARESP __
Realiza tarefas muito variadas:	(0) Não	(1) Sim	ETAVARIA __
Faz muito trabalho burocrático:	(0) Não	(1) Sim	ETABURO
Sente falta de recursos para o trabalho:	(0) Não	(1) Sim	ETARECU __
Sente falta de capacitação para as tarefas:	(0) Não	(1) Sim	ETACAPA __
Tem facilidade de dialogar com chefias:	(0) Não	(1) Sim	EAIIDIAG __
O relacionamento com chefias é tenso:	(0) Não	(1) Sim	EAIRELCH __
O relacionamento com colegas é tenso:	(0) Não	(1) Sim	EAIRELCO __
Tem medo de ficar sem trabalho:	(0) Não	(1) Sim	EAISEMTR __
Sente-se reconhecido pelo trabalho:	(0) Não	(1) Sim	EAIRECON __
Está de acordo com o andamento do trabalho:	(0) Não	(1) Sim	EAIANDAM __
Tem liberdade para sugerir melhorias:	(0) Não	(1) Sim	EAIUGER __
Se sente comprometido com o que faz:	(0) Não	(1) Sim	EAPCOMP __
Pode aplicar seus conhecimentos:	(0) Não	(1) Sim	EAPAPLIC
Sente-se útil no trabalho:	(0) Não	(1) Sim	EAPUTIL __
Vê condições de progredir:	(0) Não	(1) Sim	EAPPROG __
Sente orgulho pelo que faz:	(0) Não	(1) Sim	EAPORGU __
Perde tempo com outras tarefas:	(0) Não	(1) Sim	EAPTEMP __
Acha que seus erros podem afetar outras pessoas:	(0) Não	(1) Sim	EAPERROS __
Está descontente com seus colegas:	(0) Não	(1) Sim	EAPDESC
E32. Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS?			
Revista Brasileira Saúde da Família	(0) Não	(1) Sim	ERBSF __
Informes da Atenção Básica	(0) Não	(1) Sim	EIAB __
Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica	(0) Não	(1) Sim	EMSIAB __
Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	(0) Não	(1) Sim	EMTACS __
Avaliação Normativa do PSF no Brasil	(0) Não	(1) Sim	EANPSF __
E33. Para suas atividades profissionais, faz uso de computador?			
(0) Não	(1) Sim, na UBS	(2) Sim, em casa	(3) Sim, na UBS e em casa
			ECOMP __
E34. Dos documentos abaixo relacionados, cite quais você é responsável ou participa no preenchimento:			
Cadastramento das famílias	(0) Não	(1) Sim	ECADFAM __
Pedido de medicamentos	(0) Não	(1) Sim	EPEDMED __
Pedido de material de consumo/ limpeza	(0) Não	(1) Sim	EPEDMAT __
Pedido de vacinas e insumos para sala de vacinas	(0) Não	(1) Sim	EPEDVAC __
Condensado mensal do PACS	(0) Não	(1) Sim	ECONDMS __
Relatório mensal do SIAB	(0) Não	(1) Sim	ERELSIAB __
Relatório de avaliação de atividades programáticas	(0) Não	(1) Sim	ERELAVP __
Mapa	(0) Não	(1) Sim	EMAPA __

E35. Nos últimos 12 meses você participou de alguma atividade realizada na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (escola, associação de bairro, igreja, etc.)? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM: Há quantos meses?</i> _____	EATVCOM __ EATVTMP __ __
E36. Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs	EHO2 __ __ : __ __
E37. Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	ED __ __ / __ __ / __ __

ANEXO 9

Manual do entrevistador



**Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**



**Estudo do impacto do Programa Saúde da Família
sobre as internações por
*Condições Sensíveis à Atenção Primária***

Manual de Instruções

Bagé, 2006

ÍNDICE

QUESTIONÁRIO A – PESSOAS COM 16 ANOS OU MAIS _____ 211

QUESTIONÁRIO C – CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE (0 A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS) _____ 229

QUESTIONÁRIO B – PESSOAS DE 5 A 15 ANOS DE IDADE _____ 237

QUESTIONÁRIO A – PESSOAS COM 16 ANOS OU MAIS**BLOCO A -IDENTIFICAÇÃO****A1. Número do questionário:**

Todo questionário virá preenchido com um número seqüencial, de 4 dígitos.

O número de identificação do questionário terá 5 dígitos e será composto pelo número de identificação da entrevistadora seguido do número seqüencial do questionário, da seguinte forma: 1º dígito – código do entrevistador; 2º a 4º dígitos – número do questionário.

A2. Nome do(a) entrevistador(a):

Preencha com seu nome. Na codificação, coloque na coluna à direita seu código correspondente.

A3. Hospital:

Marcar o código do hospital em que está internado o entrevistado.

A4. Dia da semana da internação:

Marcar o dia da semana em que o entrevistado internou.

A5. Horário de início da entrevista

Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Hora do início da entrevista deve ser escrita no modo 24 horas, exemplo: 02:20 horas da tarde, deve ser codificada como 14:20 horas.

Não deixe de anotar este dado!

A6. Qual o seu nome completo?

Preencha o nome completo da pessoa que está sendo entrevistada, por extenso e com letra de forma legível.

A7. Qual é a sua idade?

A idade deverá ser anotada em anos completos. Caso a pessoa informe a data de nascimento, anote-a e converta em anos após a entrevista. Não realize o cálculo de idade durante a entrevista para evitar cometer erros.

Se o entrevistado mostrar um documento e houver discordância entre a idade calculada pelo documento e a referida pelo entrevistado, utilizar a idade informada pelo entrevistado.

A8. Sexo:

Deverá ser observado e anotado o código. Marque a opção 1 se o indivíduo for do sexo masculino, a opção 2, caso seja do sexo feminino.

A9. Qual o seu endereço?

Preencha com o endereço completo de residência do entrevistado(a) e marque a opção **(1)** se o indivíduo for residente em Bagé ou a opção **(2)** se for residente em outro município.

Certifique-se de que seja o **endereço de residência** do entrevistado, independente do endereço informado ao hospital para encaminhamento da internação.

Capriche na **caligrafia**, esse registro é importante para um momento posterior do estudo, em que se repetem perguntas a uma amostra dos entrevistados.

Se o entrevistado não for residente do município de Bagé, encerre o questionário.

Desde 16 de setembro deste ano, o(a) Sr(a). esteve internado em algum hospital?

Se o entrevistado responder que sim, pergunte apenas as questões referentes a esta internação (questões A72 a A78). Se o entrevistado responder que não esteve internado nesse

período, anule a questão seguinte ("Em que data foi sua internação") e siga normalmente o questionário.

Em que data foi sua internação? ___ / ___ (dia/mês)

Essa informação é apenas para encontrar com mais facilidade o questionário anterior, já que não temos número.

A10. Fica na zona urbana ou rural?

Marcar a opção correspondente segundo a resposta do indivíduo. Se o(a) entrevistado(a) estiver em dúvida (pode ser que diferentes documentos informem diferente situação do domicílio), pergunte qual a resposta que ele(a) considera mais apropriada.

A11. Há quanto tempo o(a) Sr(a). mora nesse endereço?

Leia as alternativas de resposta. Marque a opção **(0)** se o indivíduo refere morar há menos de seis meses no endereço informado, ou a opção **(1)** se mora há seis meses ou mais nesse endereço.

A12. Telefone para contato:

Colocar o número do telefone indicado pelo entrevistado.

Capriche na **caligrafia**, esse número é importante para a validação do questionário, quando serão repetidas algumas perguntas a uma amostra dos indivíduos.

A13. O(A) Sr(a). conhece o Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a). mora?

Marque a alternativa correspondente. Se o entrevistado não conhecer o Posto de Saúde (alternativa **(0)**), marque **(99) IGN** na questão A14 e vá para a questão A15.

A14. Qual o nome do Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a). mora?

Escreva o nome da Unidade básica de Saúde com letra legível e por extenso, de acordo com a resposta do entrevistado.

Cada Unidade Básica receberá um código, segundo a lista abaixo:

- 01 "PS Prado Velho"
- 02 "UB Arvorezinha"
- 03 "PS Castro Alves"
- 04 "PS Passo das Pedras"
- 05 "UB Damé"
- 06 "PS Floresta"
- 07 "UBS - Santa Cecília"
- 08 "PS Vila Gaúcha"
- 09 "UB Bairro Popular"
- 10 "UBS - PSF Rural"
- 11 "CS Camilo Gomes"
- 12 "PS Ivo Ferronato"
- 13 "PS Eduardo Sá Monmanny"
- 14 "PS CAIC"
- 15 "PS São Martin"
- 16 "PAM I"
- 17 "PS Centro Social Urbano"
- 18 "PS Instituto de Menores"
- 19 "PS Stand"
- 20 "Unidade Móvel I"
- 21 "Unidade Móvel II"

A15. O (A) Sr (a) sabe ler e escrever?

Leia as alternativas e marque a resposta correspondente. Se o respondente não sabe ler e escrever, marque a alternativa **0** "Não". Se o respondente só sabe assinar o nome, marque a alternativa **2** "Só assina o nome". Se o respondente souber ler e escrever marque a alternativa **1** "Sim". **SE "NÃO" OU "SÓ ASSINA O NOME" PULE PARA A QUESTÃO A17 e CODIFIQUE A QUESTÃO A16 COM "88" (NSA).**

A16. Até que série o (a) Sr (a) completou na escola?

Registre a última série ou ano de estudo do grau mais avançado que o entrevistado tenha conseguido **aprovação**.

Depois da entrevista, calcule os **anos de estudo** (AESC ___) de acordo com o seguinte esquema:

1º grau: AESC = série/ano
 1º grau completo: AESC = 08 anos
 Primário: AESC = série/ano
 Primário completo = 5 anos de estudo
 Ginásio: AESC = série/ano + 5
 Ginásial completo = 8 anos de estudo
 2º grau: AESC = série/ano + 8 anos
 2º grau completo: AESC = 11 anos
 Científico completo = 11 anos de estudo
 3º grau: AESC = série/ano + 11 anos (até 15)
 3º grau completo: AESC = 15 anos
 Especialização, mestrado ou doutorado: AESC = 17 anos
 Se o entrevistado cursou um regime escolar diferente, anote apenas o número de anos de estudo (com aprovação), de acordo com o seguinte esquema:
 Primeiro livro = 1 ano de estudo
 Segundo livro = 2 anos de estudo
 Terceiro livro = 3 anos de estudo

* Pré-escola, jardim e maternal não devem ser levados em consideração.

A17. Qual sua situação conjugal atual?

Leia as alternativas e assinale a resposta do entrevistado(a).

Se o entrevistado tiver menos de 60 anos de idade, salte as questões A18 e A19 e inicie o bloco sobre hábitos de vida.

A18. O(A) Sr(a) é aposentado?

Assinale a alternativa correspondente, de acordo com a resposta. Se o entrevistado tiver menos de 60 anos de idade, marque **(8) NSA**.

A19. Com qual idade o(a) Sr(a) se aposentou?

Registre a idade em anos completos no momento da aposentadoria. Se o entrevistado tiver menos de 60 anos de idade, marque **(88) NSA**.

BLOCO B- HÁBITOS DE VIDA

AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS

A20. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.

Substituir <DIA DA SEMANA PASSADA>, pelo dia correspondente à realização da entrevista. Ex: a entrevista está sendo realizada numa quarta-feira, você deverá perguntar: "Desde quarta-feira da semana passada quantos dias...".

Pelo fato de que a introdução à pergunta é grande, a pessoa pode se desligar da pergunta. Se você perceber necessidade, repita a pergunta.

As caminhadas que duram menos de 10 minutos não devem ser consideradas. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o entrevistado disser "Talvez três ou quatro dias", nesse caso, considere como resposta três dias.

A codificação zero (0) deve ser preenchida quando a resposta for "nenhum". Caso o entrevistado não saiba responder codifique a pergunta com 9 (IGN). A codificação deve ser feita de acordo

com o número de dias que o entrevistado caminha por mais de 10 minutos seguidos. Se a resposta for nenhum pule para pergunta A22 e codifique a pergunta A21 com 8888(NSA).

A21. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as caminhadas.

Se o entrevistado responder "em média faço 30 minutos" considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com "030" minutos p/dia. Se o entrevistado responder: "Caminho uns 30 ou 40 minutos". Neste caso, considere o menor tempo referido.

Se o entrevistado informar detalhando os dias, por exemplo, relatar que caminhou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, anote o tempo gasto com caminhada em cada dia. Nesse caso, deixe para somar após a entrevista.

A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado caminhou na semana. Caso o entrevistado não consiga responder essa questão codifique com 9999.

AGORA VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA

A22. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...

A codificação 0 deverá ser preenchida quando a resposta for nenhum. Caso o entrevistado não saiba responder, codifique a pergunta com 9. Se o entrevistado perguntar: "O que são atividades fortes?", leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado realizou atividades fortes por mais de 10 minutos seguidos. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades fortes, considere o menor número referido. Se a resposta for nenhum, pule para A24 e codifique a questão A23 com 8888(NSA).

A23. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as atividades fortes.

Se o entrevistado responder "em média faço 30 minutos" considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com "030" minutos p/dia. Se o entrevistado responder: "Faço uns 30 ou 40 minutos de atividades fortes". Neste caso, considere o menor tempo referido.

Se o entrevistado informar detalhando os dias, por exemplo, relatar que realizou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, anote o tempo gasto com atividades fortes em cada dia. Nesse caso, deixe para somar após a entrevista.

A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado realizou a atividade na semana. Caso o entrevistado não consiga responder essa questão codifique com 9999.

A24. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.

A codificação 0 deverá ser preenchida quando a resposta for nenhum. Caso o entrevistado não saiba responder, codifique a pergunta com 9. Se o entrevistado perguntar: "O que são atividades médias, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado realizou

atividades médias por mais de 10 minutos seguidos. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades médias, considere o menor número referido. Se a resposta for nenhum encerre o bloco de atividade física e codifique a questão A25 com 8888(NSA).

A25. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as atividades médias.

Se o entrevistado responder "em média faço 30 minutos" considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com "030" minutos p/dia. Se o entrevistado responder: "Faço uns 30 ou 40 minutos de atividades médias". Neste caso, considere o menor tempo referido.

Se o entrevistado informar detalhando os dias, por exemplo, relatar que realizou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, anote o tempo gasto com atividades médias em cada dia. Nesse caso, deixe para somar após a entrevista.

A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado realizou a atividade na semana. Caso o entrevistado não consiga responder essa questão codifique com 9999.

AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTROS HÁBITOS

A26. O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês.

Se nunca fumou pule para a pergunta A29.

Se o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Caso tenha parado de fumar há menos de 1 mês, considere como fumante (2).

Caso fume menos de 1 cigarro por dia e/ou há menos de 1 mês considere como (0) Não. Se a resposta for NÃO pule para a pergunta A29, codificando as questões A27 e A28 com NSA.

A27. Há quanto tempo o (a) Sr (a) fuma (ou fumou durante quantos anos)?

Preencher com o número de anos que fuma ou fumou. Usar "00" se fuma há menos de um ano, ou fumou por menos de um ano. Preencher com (8888) NSA em caso de ter pulado essa questão.

A28. Quantos cigarros o (a) Sr (a) fuma (ou fumava) por dia?

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA, caso tenha pulado essa questão.

A29. O Sr (a) costuma tomar bebida alcoólica? (Ex: cerveja, chope, vinho, aperitivo, licor, cachaça, pinga, caipirinha, sidra, champagne, whisky, vodka)

Considere "Sim" caso o indivíduo tenha tomado alguma vez qualquer uma das bebidas citadas acima. Considere como "Não" caso o indivíduo nunca tenha tomado bebida alcoólica.

A30. Alguma vez, o (a) Sr (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

A31. As pessoas o (a) aborrecem por que criticam o seu modo de beber?

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

A32. O Sr(a). sente-se culpado/chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

A33. O Sr(a). costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE**BLOCO C- SAÚDE GERAL****A34. Como o (a) Sr(a). considera sua saúde?**

Leia as opções de resposta para o entrevistado. Caso o entrevistado pergunte "comparado com quem?" Peça para ele se comparar com alguém da mesma idade. Se o entrevistado responder DEPENDE diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo.

SE O ENTREVISTADO TIVER MENOS DE 30 ANOS DE IDADE, VÁ PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A72. NESSE CASO, RISQUE COM UM "X" AS PÁGINAS COM AS QUESTÕES NÃO PERGUNTADAS. RISQUE COM UM TRAÇO LONGITUDINAL A COLUNA DA DIREITA, COM OS NOMES DE CAMPO DAS QUESTÕES NÃO PERGUNTADAS.

A35. O (A) Sr(a). tem pressão alta?

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que não tem pressão alta marque a opção (0) "Não", se referir que tem pressão alta marque a opção (1) "Sim" e caso a pessoa não saiba informar marque a opção (9) "IGN". Se a pessoa referir que tinha pressão alta, está fazendo tratamento e a pressão vem se mantendo normal, marque a opção (1) "Sim". Se for uma gestante que teve pressão alta na gravidez mas não tem mais e não precisa mais fazer tratamento, marque (0) "Não". **SE NÃO OU IGN PULE PARA QUESTÃO A46, CODIFICANDO AS QUETÕES PULADAS COM 8, 88, 888 "NSA"(Não se aplica).**

A36. Há quanto tempo o (a) Sr(a). sabe que tem pressão alta?

Se a pessoa referir que ficou sabendo que tem pressão alta há alguns dias ou meses, codifique com 00 "a menos que um ano", se ele referir em anos codifique conforme o número de anos que ele(a) referir. EX: "Faz 7 anos que tenho pressão alta". Codifique como 07. Se o entrevistado não possuir pressão alta, codifique com 88(NSA).

A37. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr(a). consultou com o médico, por pressão alta, em algum dos seguintes locais?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Substitua <SEIS MESES ATRÁS> pelo mês correspondente a 6 meses anteriores à data da realização da entrevista. Ex: se a entrevista está sendo realizada no mês de setembro, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma "Desde abril, quantas vezes o(a) Sr (a) consultou ... "?

Pergunte o número de vezes em que consultou com o médico em cada um dos serviços apontados e, ao final, pergunte se consultou em algum outro local (e qual).

O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em "Qual o nome do Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a) mora?" (questão A14). Se o entrevistado conhece o Posto mas não lembra o nome (marcou (0)Não na questão A13), deixe claro que é sobre esse Posto que se refere a questão.

Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado por médico devido à pressão alta. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver pressão alta, codifique com 88(NSA).

Posto de Saúde de Abrangência: especificado no início do questionário (questões A13/A14);

Outro Posto de Saúde: outra Unidade de Saúde do município, que não o Posto de Saúde da abrangência; se o entrevistado informar unidade de saúde de outro município, anote em "Outros";

Pronto-Socorro: refere-se ao Pronto-Socorro Municipal ou ao setor de emergência do hospital;

SAMU: refere-se às consultas prestadas pelo SAMU;

Ambulatório do hospital: refere-se ao atendimento de ambulatório (consultas), em qualquer hospital da cidade; Faculdade: refere-se ao atendimento público prestado por uma Faculdade de Medicina de uma universidade da cidade; Sindicato ou empresa: consulta em serviço disponibilizado por empresa ou sindicato da categoria profissional;

Consultório Médico por Convênio ou Plano de saúde: refere-se a consulta com médico através de algum plano ou convênio de saúde (Unimed, Pias, Saúde Maior, etc.). Este item inclui os Pronto-Atendimentos dos convênios;

Consultório Médico particular: refere-se à consulta paga ao médico sem convênio ou plano de saúde algum, independente do valor pago;

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): qualquer um dos CAPS;

Outro: local não contemplado nas alternativas acima; nesse caso, informe o local.

AS DEFINIÇÕES ACIMA APLICAM-SE ÀS DEMAIS QUESTÕES RELACIONADAS

A38. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr(a). consultou com o mesmo médico devido à pressão alta em cada um desses locais?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Somente devem ser perguntados aqueles locais onde o entrevistado referiu, na questão anterior, ter consultado. Serviços em que o entrevistado não consultou nos últimos seis meses devem ser codificados como 88 (NSA). O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído de acordo com a instrução para a questão anterior. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não possuir pressão alta, codifique com 88(NSA).

A39. Desde <SEIS MESES ATRÁS> há quantos dias foi sua última consulta médica devido à pressão alta em cada um dos seguintes locais?

Peça para o entrevistado se lembrar da última consulta em cada serviço. Como na questão anterior, somente devem ser perguntados aqueles locais em que o entrevistado consultou pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Se o entrevistado não tiver pressão alta, codifique com 888(NSA).

A40. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr(a). solicitou a consulta no <Posto de Saúde da Abrangência> até o dia que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação de consulta médica e a sua realização, no Posto de Saúde da Abrangência (de acordo com as questões A13/A14). Se o entrevistado informar a data da consulta, anote a data e posteriormente calcule os dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde codifique com 000.

A41. Essa consulta foi agendada?

Marque a opção 1 se a última consulta dentro dos últimos seis meses foi agendada e marque a opção 0 se não o foi. Se o entrevistado não tem pressão alta ou não consultou por pressão alta nos últimos 6 meses, marque 888 (NSA).

A42. O (A) Sr (a) precisa usar remédio (s) para a pressão alta?

O objetivo desta questão é saber se o entrevistado necessita usar remédio por indicação médica para pressão alta, mesmo que ele não use ou tenha parado de usar.

A43. O (A) Sr(a). usa outras formas de tratar a pressão alta, além do tratamento indicado pelo Médico? (chá, benzedeira,...)

Mesmo que o entrevistado não precise tomar remédio pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento alternativo para a pressão alta, tais como: chás, benzedeiros, exercícios, ioga, etc. Se o indivíduo referir que sim marque a alternativa 1 "Sim"; se não é utilizado nenhum método alternativo para tratamento da pressão alta marque a opção 0 "Não".

A44. Desde <12 MESES ATRÁS> o (a) Sr(a). participou de algum grupo de hipertensos <No Posto de Saúde DE ABRANGÊNCIA>?

Visa saber se o indivíduo participou, no último ano, de algum grupo de hipertensos realizado pelo Posto de Abrangência. Substitua <12 MESES ATRÁS> pelo mês correspondente. Não esqueça de substituir Posto de Saúde de Abrangência pelo nome da Unidade Básica de Saúde correspondente (QUESTÃO A13).

A45. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr(a). baixou no hospital devido a pressão alta ou por algum outro problema relacionado à pressão alta?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, em outra internação anterior, por hipertensão ou algum problema relacionado à mesma. Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos doze meses por esse motivo, codifique com 00. Se o indivíduo não apresenta pressão alta a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

A46. O(A) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que não tem diabetes marque a opção 0 "Não", se referir que tem diabetes marque a opção 1 "Sim" e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 "IGN". Se a pessoa referir que tinha diabetes, está fazendo tratamento e o açúcar vem se mantendo normal, marque a opção 1 "Sim". **SE NÃO OU IGN PULE PARA QUESTÃO A57. CODIFICANDO AS QUETÕES PULADAS COM 8, 88, 888 "NSA"(Não se aplica).**

A47. Há quanto tempo o Sr (a) sabe que tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

Visa saber o período de tempo que a pessoa sabe que é portadora de diabetes. Se esse período for inferior a um ano, codifique com 00, se for inferior a dez anos codifique com zero na frente. Se o entrevistado não apresenta diabetes codifique com 88(NSA). Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 99 (IGN).

A48. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a). consultou com o médico, por diabetes ou açúcar alto no sangue, em algum dos seguintes locais?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Substitua <SEIS MESES ATRÁS> pelo mês correspondente a 6 meses anteriores à data da realização da entrevista. Ex: se a entrevista está sendo realizada no mês de setembro, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma "Desde abril, quantas vezes o(a) Sr (a) consultou ... "?

Pergunte o número de vezes em que consultou com o médico em cada um dos serviços apontados e, ao final, pergunte se consultou em algum outro local (e qual).

O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em "Qual o nome do Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a) mora?" (questão A14). Se o entrevistado conhece o Posto mas não lembra o nome, deixe claro que é sobre esse Posto que se refere a questão.

Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado por médico devido à pressão alta. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver diabetes, codifique com 88(NSA).

A49. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a). consultou com o mesmo médico, devido à diabetes ou açúcar alto no sangue, em cada um desses locais?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Somente devem ser perguntados aqueles locais onde o entrevistado referiu, na questão anterior, ter consultado.

Serviços em que o entrevistado não consultou nos últimos seis meses devem ser codificados como 88 (NSA). O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído de acordo com a instrução para a questão anterior. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver diabetes, codifique com 88(NSA).

A50. Desde <SEIS MESES ATRÁS> há quantos dias foi sua última consulta médica devido a diabetes ou açúcar alto no sangue em cada um dos seguintes locais?

Peça para o entrevistado se lembrar da última consulta em cada serviço. Como na questão anterior, somente devem ser perguntados aqueles locais em que o entrevistado consultou pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Se o entrevistado não tiver diabetes, codifique com 888(NSA).

A51. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr(a). solicitou a consulta no <Posto de Saúde da Abrangência> até o dia que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação de consulta médica e a sua realização, no Posto de Saúde da Abrangência (de acordo com as questões A13/A14. Se o entrevistado informar a data da consulta, anote a data e posteriormente calcule os dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde codifique com **000**.

A52. Essa consulta foi agendada?

Marque a opção 1 se a última consulta dentro dos últimos seis meses foi agendada e marque a opção 0 se não o foi. Se o entrevistado não tem diabetes ou não consultou por diabetes nos últimos 6 meses, marque 888 (NSA).

A53. O (A) Sr(a). precisa usar remédio (s) para a diabetes?

O objetivo desta questão é saber se o entrevistado necessita usar remédio por indicação médica para diabetes, mesmo que ele não use ou tenha parado de usar.

A54. O (A) Sr(a). usa outras formas de tratar a diabetes além do tratamento indicado pelo médico? (chá, benzedeira,...)?

Mesmo que o entrevistado não precise tomar remédio pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento alternativo para a diabetes, tais como: chás, benzedeiros, exercícios, yoga, etc...Se o indivíduo referir que sim marque a alternativa 1 "Sim", se não é utilizado nenhum método alternativo para tratamento da diabetes marque a opção 0 "Não".

A55. Desde <12 MESES ATRÁS> o (a) Sr(a). participou de algum grupo de diabéticos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Visa saber se o indivíduo participou no último ano de algum grupo de diabéticos específico do Posto de Abrangência. Substitua <12 MESES ATRÁS> pelo mês correspondente. Não esqueça de substituir Posto de Saúde de Abrangência pelo nome da Unidade Básica de Saúde correspondente(A14).

A56. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr(a). baixou no hospital devido à diabetes ou por algum outro problema relacionado à diabetes?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, em outra internação anterior, por diabetes ou algum problema relacionado à mesma. Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos doze meses por esse motivo, codifique com 00. Se o indivíduo não apresenta diabetes a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

A57. O (a) Sr(a). tem ou sofre de problema de nervos?

Visa saber se atualmente o entrevistado apresenta algum problema de origem nervosa, tais como: irritabilidade, agressividade, ansiedade, depressão....Marque a opção correspondente ao referido pelo entrevistado. **SE O ENTREVISTADO RESPONDEU NÃO OU NÃO RESPONDEU, SALTE PARA A QUESTÃO A68.**

A58. Há quanto tempo sabe que tem problema dos nervos?

Visa saber o período de tempo que a pessoa sabe que tem problema de nervos. Se esse período for inferior a um ano, codifique com 00, se for inferior a dez anos codifique com zero na frente. Se o entrevistado não apresenta problema de nervos codifique com 88(NSA). Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 99 (IGN).

A59. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a). consultou com o médico, devido a problema dos nervos, nos seguintes locais?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Substitua <SEIS MESES ATRÁS> pelo mês correspondente a 6 meses anteriores à data da realização da entrevista. Ex: se a entrevista está sendo realizada no mês de setembro, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma "Desde abril, quantas vezes o(a) Sr (a) consultou ... "?

Pergunte o número de vezes em que consultou com o médico em cada um dos serviços apontados e, ao final, pergunte se consultou em algum outro local (e qual).

O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em "Qual o nome do Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a) mora?" (questão A14). Se o entrevistado conhece o Posto mas não lembra o nome, deixe claro que é sobre esse Posto que se refere a questão.

Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado por médico devido à pressão alta. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver problema de nervos, codifique com 88(NSA).

A60. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a). consultou com o mesmo médico, devido a problema dos nervos, em cada um desses locais?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Somente devem ser perguntados aqueles locais onde o entrevistado referiu, na questão anterior, ter consultado. Serviços em que o entrevistado não consultou nos últimos seis meses devem ser codificados como 88 (NSA). O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído de acordo com a instrução para a questão anterior. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver problema de nervos, codifique com 88(NSA).

A61. Desde <SEIS MESES ATRÁS> há quantos dias foi sua última consulta médica devido a problema dos nervos, em cada um dos seguintes locais?

Peça para o entrevistado se lembrar da última consulta em cada serviço. Como na questão anterior, somente devem ser perguntados aqueles locais em que o entrevistado consultou pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Se o entrevistado não tiver problema de nervos, codifique com 888 (NSA).

A62. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr(a). solicitou a consulta no <Posto de Saúde de Abrangência> até o dia que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação de consulta médica e a sua realização, no Posto de Saúde da Abrangência (de acordo com as questões A13/A14. Se o entrevistado informar a data da consulta, anote a data e posteriormente calcule os dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde, codifique com 000.

A63. Essa consulta foi agendada?

Marque a opção 1 se a última consulta dentro dos últimos seis meses foi agendada e marque a opção 0 se não o foi. Se o entrevistado não tem problema de nervos ou não consultou por problema de nervos nos últimos 6 meses, marque 888 (NSA)

A64. O(A) Sr(a). precisa usar remédio (s) para problema dos nervos?

O objetivo desta questão é saber se o entrevistado necessita usar remédio por indicação médica para problema dos nervos, mesmo que ele não use ou tenha parado de usar.

A65. O (a) Sr(a). usa outras formas de tratar o problema de nervos, além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira..)?

Mesmo que o entrevistado não precise tomar remédio pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento alternativo para o problema de nervos, tais como: chás, benzedoras, exercícios, ioga, etc...Se o indivíduo referir que sim marque a alternativa 1 "Sim", se não é utilizado nenhum método alternativo para tratamento do problema de nervos marque a opção 0 "Não".

A66. Desde <12 MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). participou de algum grupo de pessoas com problema de nervos <NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Visa saber se o indivíduo participou no último ano de algum grupo de pessoas com problemas de nervos realizado pelo Posto de Abrangência. Substitua <12 MESES ATRÁS> pelo mês correspondente. Não esqueça de substituir Posto de Saúde de Abrangência pelo nome da Unidade Básica de Saúde correspondente(A14).

A67. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr(a). baixou no hospital devido a problema dos nervos?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, em outra internação anterior, por problema de nervos ou algum problema relacionado ao mesmo. Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos doze meses por esse motivo, codifique com 00. Se o indivíduo não apresenta problemas de nervos a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

A68. Desde <SEIS MESES ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico, devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabetes ou nervos, nos seguintes locais?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Substitua <SEIS MESES ATRÁS> pelo mês correspondente a 6 meses anteriores à data da realização da entrevista. Ex: se a entrevista está sendo realizada no mês de setembro, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma "Desde abril, quantas vezes o(a) Sr (a) consultou ... "?

Pergunte o número de vezes em que consultou com o médico em cada um dos serviços apontados e, ao final, pergunte se consultou em algum outro local (e qual).

O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em "Qual o nome do Posto de Saúde da área onde o(a) Sr(a) mora?" (questão A14). Se o entrevistado conhece o Posto mas não lembra o nome, deixe claro que é sobre esse Posto que se refere a questão.

Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado por médico devido à pressão alta. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver problema de nervos, codifique com 88(NSA).

A69. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a). consultou com o mesmo médico, devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabetes ou nervos, nesses locais?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Somente devem ser perguntados aqueles locais onde o entrevistado referiu, na questão anterior, ter consultado. Serviços em que o entrevistado não consultou nos últimos seis meses devem ser codificados como 88 (NSA). O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído de acordo com a instrução para a questão anterior. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não tiver problema de nervos, codifique com 88(NSA).

A70. Desde <SEIS MESES ATRÁS> há quantos dias foi sua última consulta médica devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabete ou nervos, em cada um dos seguintes locais?

Peça para o entrevistado se lembrar da última consulta em cada serviço. Como na questão anterior, somente devem ser perguntados aqueles locais em que o entrevistado consultou pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Se o entrevistado não tiver consultado nos últimos seis meses, codifique com 888 (NSA).

A71. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr(a). baixou no hospital devido a qualquer problema, exceto pressão alta, diabete ou problema dos nervos?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, em outra internação anterior, por qualquer motivo, exceto pressão alta, diabete ou nervos (já registrados anteriormente). Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos doze meses, codifique com 00. Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ESTA INTERNAÇÃO

A72. Pense no problema que o(a) levou a internar. Desde <30 DIAS ATRÁS>, quantas vezes o(a) Sr(a). consultou com o médico por esse problema, em algum dos seguintes locais?

Substitua <30 DIAS ATRÁS> pelo dia correspondente. Anote o número de vezes em que o entrevistado consultou, nos últimos 30 dias, pelo mesmo motivo que o levou a internar, em cada um dos locais perguntados. Ao final pergunte se consultou em algum outro local, e anote qual o local informado. Consultas por outro motivo, no mesmo período, não contam. Por exemplo, se a única consulta for a que gerou a internação, for que a única consulta, marque 01 no espaço correspondente ao local em que consultou e marque 00 para os demais locais.

A73. Dos locais que o(a) Sr(a). consultou com o médico, em quais desses locais o médico recomendou a internação?

Pergunte apenas sobre os locais em que consultou nos últimos 30 dias, e marque (1)Sim ou (0)Não conforme a resposta indicada. Codifique (8)NSA para os locais em que não consultou pelo problema que levou o entrevistado à internação. Se o entrevistado ficar em dúvida sobre a recomendação de internação, marque (0)Não.

A74. Qual a especialidade do médico que realizou a internação?

Leia as alternativas e registre a especialidade do médico que realizou a internação, conforme a informação do entrevistado.

A75. O(A) Sr(a). realizou alguma outra consulta médica, além da consulta que o(a) levou a esta internação, nos últimos 30 dias?

Essa pergunta visa identificar aquelas pessoas com maior utilização dos serviços de saúde. Enfatize o período. Registre (0)Não se o entrevistado não tiver realizado nenhuma outra consulta médica nos últimos 30 dias, além da consulta que gerou a internação. Registre (1)Sim se o entrevistado houver realizado qualquer consulta médica nos últimos 30 dias, além daquela que gerou a internação.

Se não realizou nenhuma outra consulta além da que gerou a internação, registre 88 e 8 (NSA) nas questões A76 e A77, e:

- **Se consultou no Posto de Saúde da Abrangência (questões A37, A48, A59, A68 e A77), pergunte a questão A78.**
- **Se não consultou no Posto de Saúde da Abrangência, codifique a questão A78 como 88,8 NSA e pule para a instrução antes da questão A79.**

A76. Há quanto tempo foi essa consulta?

Registre o número informado de dias. Se a última consulta foi há menos de um dia, anote 00.

A77. Essa consulta foi no <Posto de Saúde de Abrangência>?

Lembre que o Posto de Saúde da Abrangência é o informado nas questões A13/A14.

SE CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA (QUESTÕES A37, A48, A59, A68, A72 E A77), PERGUNTE A QUESTÃO A78. SE NÃO, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A79.

A78. Avalie na escala abaixo a sua opinião sobre os atendimentos recebidos no <Posto de Saúde de Abrangência>

Peça para o(a) entrevistado(a) avaliar os atendimentos recebidos no <Posto de Saúde de Abrangência> dando uma nota de **0** (atendimento ruim) a **10** (excelente atendimento). Se o entrevistado não quiser ou não conseguir avaliar, registre 99,9 (IGN).

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DOMICILAR PRESTADO PELO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA

A79. O(A) Sr(a). necessitou receber atendimento, na sua casa, de algum profissional do <Posto de Saúde da Abrangência>?

O objetivo dessa questão é saber se o entrevistado foi visitado em seu domicílio por algum membro da equipe de saúde. Se a resposta for **0 Não**, codifique a questão A80 como **88,8 NSA** e salte para a instrução antes da questão A81. Se a resposta for **1 Sim**, pergunte a questão A80.

A80. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido, na sua casa, pelo <Posto de Saúde da Abrangência> nos últimos três meses.

Peça para o(a) entrevistado(a) avaliar os atendimentos recebidos em casa por algum trabalhador do <Posto de Saúde de Abrangência>, dando uma nota de **0** (atendimento ruim) a **10** (excelente atendimento). Se o entrevistado não quiser ou não conseguir avaliar, registre **99,9 IGN**.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SAÚDE E SENTIMENTOS

A81. Por favor, responda as questões seguintes, conforme o(a) Sr(a) tem se sentido no último mês

As questões abaixo deverão ser respondidas com SIM ou NÃO. Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que último mês significa 30 dias antes do dia em que está sendo realizada a entrevista e que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na maioria dos dias.

- O(a) Sr(a) tem dores de cabeça frequentemente ?
- O(a) Sr(a) tem falta de apetite?
- O(a) Sr(a) dorme mal?
- O(a) Sr(a) se assusta com facilidade?
- O(a) Sr(a) tem tremores nas mãos?
- O(a) Sr(a) sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)?
- O(a) Sr(a) tem má digestão?
- O(a) Sr(a) sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?
- O(a) Sr(a) tem se sentido triste ultimamente ?
- O(a) Sr(a) tem chorado mais do que de costume?
- O(a) Sr(a) consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?
- O(a) Sr(a) tem dificuldades de tomar decisões?
- O(a) Sr(a) acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa algum sofrimento?
- O(a) Sr(a) acha que tem um papel útil na sua vida?
- O(a) Sr(a) tem perdido o interesse pelas coisas?
- O(a) Sr(a) sente-se uma pessoa sem valor?
- O(a) Sr(a) alguma vez pensou em acabar com a vida?
- O(a) Sr(a) sente-se cansado(a) o tempo todo?
- O(a) Sr(a) sente alguma coisa desagradável no estômago?

O(a) Sr(a) se cansa com facilidade?

**SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA
QUESTÃO A90**

As perguntas do próximo bloco só deverão ser respondidas por mulheres

BLOCO D – SAÚDE DA MULHER

A82. Desde <12 MESES ATRÁS> quantas vezes a Sra. consultou para fazer exame ginecológico, nos seguintes locais?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Substitua <12 MESES ATRÁS>. O <Posto de Saúde de Abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário (A13/A14). Ex: a entrevista está sendo realizada no mês de março, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma "Desde março do ano passado quantas vezes a Sra consultou para fazer exame ginecológico no ..." . Anote o número de vezes que a entrevistada consultou, codificando ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se a entrevistada não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN.

Posto de Saúde de Abrangência: especificado no início do questionário (questões A13/A14);

Outro Posto de Saúde: outra Unidade de Saúde do município, que não o Posto de Saúde da abrangência; se o entrevistado informar unidade de saúde de outro município, anote em "Outros";

Ambulatório do hospital: refere-se ao atendimento de ambulatório (consultas), em qualquer hospital da cidade; Faculdade: refere-se ao atendimento público prestado por uma Faculdade de Medicina de uma universidade da cidade; Sindicato ou empresa: consulta em serviço disponibilizado por empresa ou sindicato da categoria profissional;

Consultório Médico por Convênio ou Plano de saúde: refere-se a consulta com médico através de algum plano ou convênio de saúde (Unimed, Pias, Saúde Maior, etc.). Este item inclui os Pronto-Atendimentos dos convênios;

Consultório Médico particular: refere-se à consulta paga ao médico sem convênio ou plano de saúde algum, independente do valor pago;

Centro de Saúde Camilo Gomes: consulta realizada por médico ou enfermeiro do Centro de Saúde Camilo Gomes para fazer o exame ginecológico

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): qualquer um dos CAPS;

Outro: local não contemplado nas alternativas acima; nesse caso, informe o local.

A83. Em qual desses locais foi sua última consulta ginecológica?

Leia as alternativas de resposta e marque segundo a informação dada.

A84. Quantos dias se passaram desde que a Sra. solicitou a consulta até o dia que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação de consulta médica e a sua realização. Você deverá anotar o tempo e posteriormente codificar em dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde codifique com 000.

A85. Na última consulta ginecológica que a Sra. fez suas mamas foram examinadas?

Marque a opção referida pela entrevistada. O objetivo é saber se na última consulta ginecológica o exame clínico incluiu a palpação das mamas.

A86. A Sra. conhece o exame para evitar o câncer do colo do útero ou o exame de pré-câncer ou papanicolau, ou o preventivo?

Visa saber se a entrevistada conhece o exame, mesmo que não o tenha realizado. O exame que nos interessa também é mais comumente conhecido como exame de pré-câncer ou "exame para prevenir câncer no colo do útero". Outros nomes mais técnicos que podem aparecer são os seguintes: exame citológico ou citopatológico de colo uterino. Este tipo de exame é coletado na mulher através do exame ginecológico, em que se coloca um aparelho na vagina da mulher. Este aparelho é conhecido como espéculo ou "bico de pato". Com o auxílio deste aparelho se enxerga o colo do útero. Do colo do útero são coletadas algumas células que irão para exame em algum laboratório. O resultado deste exame fica pronto em alguns dias.

SE NÃO CONHECE O EXAME, CODIFIQUE AS QUESTÕES A87 A A89 COMO NSA E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A90**A87. A Sra. já fez este exame alguma vez na vida?**

O objetivo é saber se a entrevistada já realizou o exame de pré-câncer alguma vez na vida.

SE NÃO FEZ O EXAME, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO A90 e codifique as questões A88 e A89 com NSA (88 e 8, respectivamente).**A88. Há quanto tempo a Sra fez esse exame pela última vez?**

Visa saber o período de tempo decorrido desde o último exame realizado. Anote em anos, meses ou dias, conforme referido pela entrevistada. Se a entrevistada tiver realizado o exame há menos de um mês codifique em dias e marque 00 para ano e mês.

A89. Na última vez que a Sra. fez o exame, ele foi realizado em qual dos seguintes locais?

Leia as alternativas de resposta e marque a opção referida pela entrevistada.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO QUE O SR(A). REALIZOU NO ÚLTIMO MÊS

A90. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês?

Leia as alternativas e assinale a resposta ao(à) entrevistado(a). Caso ele/a relate que recebe outra coisa, diferente de dinheiro, pelo trabalho, escreva ao lado. Se o(a) entrevistado(a) responder que NUNCA TRABALHOU, PULE PARA A QUESTÃO A95. Se responder que NÃO, PULE PARA A QUESTÃO A94. Se responder que ESTAVA EM LICENÇA, PULE PARA A QUESTÃO A93.

A91. No último mês, quantas horas o(a) Sr(a) trabalhou por dia?

Registrar o número de horas trabalhadas por dia, em função remunerada, segundo informação do entrevistado(a). Anotar sobre um dia normal de trabalho. Caso exista uma variação muito grande, faça uma média. 20 minutos na segunda + 40 minutos na quarta, são trinta minutos por dia. Note que a pergunta refere-se ao último mês. Registrar somente as horas de trabalho, não considerar horário gasto em afazeres domésticos, por exemplo. Se for o caso, lembrar ao entrevistado que respostas como "24 horas por dia" ou "todo dia" serão consideradas como informação ignorada.

A92. Que tipo de firma ou empresa o(a) Sr(a) trabalhou no último mês? (ramo produtivo)

Procure obter o maior número de detalhes possíveis nesta resposta para posteriormente ser codificada.

A93. Qual o tipo de trabalho (função/ocupação) que o(a) Sr(a) realizou no último mês? (descreva detalhadamente o(s) tipo(s) de trabalho realizado no último mês, conforme relatado pelo(a) entrevistado(a). No caso do(a) entrevistado(a) ter realizado mais de um

tipo de trabalho no último mês, coletar a informação sobre a atividade que ele julgue a mais importante).

Posteriormente codificar esta questão segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho.

A94. O Sr(a). é empregado(a), patrão(oa), trabalha por conta própria ou está desempregado?

Leia as alternativas e preencha de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

A95. O(a) Sr(a). está procurando emprego?

Preencha de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

A96. Há quanto tempo o (a) Sr(a) está desempregado?

Essa questão se aplica apenas aos que estão desempregados. Leia a questão e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a) para marcar a alternativa correta. Se o(a) entrevistado(a) não lembrar, leia as alternativas e peça para ele/a escolher a que compreende o tempo em que está desempregado(a).

BLOCO E – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM
COM O(A) SR(A).**

A97. O domicílio apresenta água encanada?

Marque a opção de acordo com o referido pelo entrevistado(a). Se tem água encanada, mas não tem acesso a ela dentro de casa, marque a opção (2) "sim, no quintal". Se apresenta água encanada com acesso dentro de casa, marque a opção (1) "sim, dentro de casa". Se a água é de fonte vertente ou poço marque a opção não.

A98. Quantos banheiros tem o domicílio?

O que define banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e o(s) da (s) suítes. Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) NÃO devem ser considerados.

A99. Qual é o destino do lixo?

Se a pessoa não entender pergunte "O que é feito com o lixo?" e anote a opção correspondente. Quando for recolhido pelo caminhão do lixo assinale "1", quando for enterrado: assinale "2", queimado: assinale "3" e jogado para fora ou dentro do pátio, em valeta rua: assinale a opção 4.

A100. Qual é o tipo de construção de sua casa?

Leia as alternativas e marque conforme a resposta. Caso o tipo de material não esteja entre as opções, assinale a opção "outra" e anote o tipo de material utilizado.

**AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE
ELETRODOMÉSTICOS QUE A SRA TEM EM CASA, OS ELETRODOMÉSTICOS
CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO. O(A) SR(A).
DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS
PERGUNTADOS**

Mais uma vez esclareça que os dados deste estudo servirão para uma pesquisa, portanto o entrevistado pode ficar tranquilo para informar o que for perguntado.

Aparelhos domésticos em geral devem ser considerados os seguintes casos:

- alugado em caráter permanente;

- bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses;
- bem quebrado há menos de 6 meses;
- bem usado pela empregada doméstica, mas comprado pela dona da casa.

Não devem ser considerados os seguintes casos:

- bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses,
- bem quebrado há mais de 6 meses,
- bem alugado em caráter eventual,
- bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

A101.O(A) Sr(Sra.) tem em casa:

Além de saber se tem o objeto solicitado, queremos saber quantos aparelhos. Marcar 0 (zero) se não tem nenhum, 1 se tem 1, etc. e 6+ se tiver 6 aparelhos ou um número maior que 6 aparelhos.

Se forem mais de 6 objetos, marque a opção "6 ou mais".

Televisão colorida? Quantos?

Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenham sido adquiridos pela família empregadora.

Rádio? Quantos?

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

Automóvel (somente de uso particular)

Só contam veículos de passeio, de uso da família. Não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) **não** devem ser considerados.

Na sua casa trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos?,

Serão considerados apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Não incluir faxineira diarista.

Para os eletrodomésticos citados abaixo não há necessidade de saber a quantidade.

Aspirador de pó?

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor – Vaporetto.

Geladeira?

Não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas.

Videocassete ou DVD?

Verificar a presença de qualquer tipo de videocassete, mesmo em conjunto com a televisão e/ou aparelho de DVD.

Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Perguntar a marca ou tipo de máquina, pois se for tanquinho não deverá ser considerada.

A102. Quantas são as pessoas que moram na casa?

Serão considerados "moradores" todos aqueles que dormem sob o mesmo teto e/ou fazem refeições regularmente juntos na casa no último mês, incluindo a criança.

AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR

A103. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)

Pergunte quais as pessoas da casa que receberam salário, aposentadoria, pensões ou aluguéis no mês passado. Enumere cada pessoa. Anote a renda recebida por cada pessoa da casa que trabalha. A resposta deverá ser anotada em reais. Sempre referida ao ganho do mês civil anterior (não dos últimos 30 dias). Deve ser incluídos o rendimento principal e também outras fontes (exemplo: pensões, aluguéis, aposentadoria), sem anotar os centavos. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários no final dessa pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana, ou salário/quinzenal, registre assim e calcule a renda mensal em reais no momento da codificação. Se mais de quatro pessoas contribuírem com salário para a renda familiar, anote os valores ao lado. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente não inclua o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento, mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada há mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quando ganha por biscate e quantos dias trabalhou no mês anterior para obter a renda total. Para os autônomos, considerar a renda líquida e não a bruta. Já para os empregados deve se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como 13º salário, indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no mês anterior como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

Se a pessoa não tiver renda, anote 00000. Se a pessoa tiver renda e não souber informar, ou não souber informar se tem renda, anote 99999.

A104. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc.) que não foi citada acima?

Anotar algum outro rendimento que a entrevistada possa ter esquecido de mencionar da primeira vez. Em especial, bolsa-escola ou outros auxílios, também referentes ao mês anterior.

A105. Qual o último ano de estudo do chefe da família?

Anote a escolaridade em anos completos e codifique conforme os códigos da questão A16.

A106. Horário do término da entrevista

Anotar o horário em que a entrevista foi encerrada, no formato 24:00 horas.

A107. Data da entrevista

Anotar a data em que foi realizada a entrevista no formato dia/mês/ano.

A108. Diagnóstico (principal) de internação

Anote de acordo com o registrado no laudo para emissão da AIH.

Capriche na caligrafia.

A109. CID de internação

Anote o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) de acordo com o registrado no laudo para emissão da AIH. Não codifique você mesmo, apenas copie o que está registrado.

A110. Diagnóstico de alta

Anote de acordo com o registrado na AIH. Capriche na caligrafia.

A111. CID de alta

Anote o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) de acordo com o registrado na AIH. Não codifique você mesmo, apenas copie o que está registrado.

A112. Procedimento realizado

Anote o código do procedimento realizado, segundo o registro correspondente na AIH.

QUESTIONÁRIO C – CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE (0 A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

C1. Número do questionário:

Veja as instruções para a questão A1, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C2. Nome do (a) entrevistador(a):

Veja as instruções para a questão A2, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C3. Hospital

Veja as instruções para a questão A3, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C4. Dia da semana da internação

Veja as instruções para a questão A4, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C5. Horário de início da entrevista: ___ : ___ hs

Veja as instruções para a questão A5, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C6. Nome da criança:

Pergunte e anote o nome completo da criança.

Veja as instruções para a questão A6, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C7. Qual a idade do(a) <nome da criança>?

Anote a idade da criança, em anos completos. Se a criança tiver menos de dois anos de idade, anote também sua idade em meses (completos).

Caso a mãe informe a data de nascimento da criança, anote-a e converta em anos após a entrevista. Não realize o cálculo de idade durante a entrevista para evitar cometer erros. Se a mãe mostrar um documento da criança e houver discordância entre a idade calculada pelo documento e a referida pelo entrevistado, utilizar a idade informada pela mãe.

Na coluna da direita, registre a idade em anos no campo *GIDADE*. Se a criança for menor de dois anos de idade, registre a idade em meses no campo *CIDADMES*; se a criança tiver dois ou mais anos de idade codifique o campo *CIDADMES* como '88' (NSA).

C8. Sexo (observar):

Registre o sexo da criança.

Veja as instruções para a questão A8, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C9. Qual o endereço do(a) <nome da criança>?:

Anote o endereço da criança.

Veja as instruções para a questão A9, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

Desde 16 de outubro deste ano, o <nome da criança> esteve internado em algum hospital?

Se o entrevistado responder que sim, pergunte apenas as questões referentes a esta internação (questões C62 a C68). Se o entrevistado responder que não esteve internado nesse período, anule a questão seguinte ("Em que data foi sua internação") e siga normalmente o questionário.

Em que data foi sua internação? ___ / ___ (dia/mês)

Essa informação é apenas para encontrar com mais facilidade o questionário anterior, já que não temos número da AIH.

C10. Fica na zona urbana ou rural?:

Veja as instruções para a questão A10, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C11. Há quanto tempo o(a) <nome da criança> mora nesse endereço?

Veja as instruções para a questão A11, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C12. Telefone para contato:

Anote um telefone de contato com a mãe da criança (ou outro entrevistado)

Veja as instruções para a questão A12, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C13. Informante

Registre se é a mãe da criança ou outra pessoa (e quem nesse caso) que está respondendo o questionário. O informante deve morar com quem a criança mora. Se a criança morar com a mãe, esta deve ser a informante.

C14. Qual é o seu nome?

Preencha o nome completo da pessoa que está sendo entrevistada, por extenso e com letra de forma legível.

C14 a C20

C15. Qual a sua idade?

A idade deverá ser anotada em anos completos. Caso a pessoa informe a data de nascimento, anote-a e converta em anos após a entrevista. Não realize o cálculo de idade durante a entrevista para evitar cometer erros.

C16. A Sra. sabe ler e escrever?

Veja as instruções para a questão A15, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C17. Até que série ou ano o(a) Sr(a) completou na escola?

Veja as instruções para a questão A16, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C18. Qual sua situação conjugal atual?

Veja as instruções para a questão A17, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C19. O(A) Sr(a). conhece o Posto de Saúde da área onde a Sra. mora?

Veja as instruções para a questão A13, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

C20. Qual o nome do Posto de Saúde da área onde a Sra. mora?

Veja as instruções para a questão A14, no Questionário A – pessoas de 16 anos de idade ou mais.

“Vamos começar conversando sobre sua(s) gravidez(es)”

C21. Quantas vezes na sua vida a Sra. ficou grávida?

Anotar número de gestações da mãe da criança durante a vida, incluindo gestações terminadas em aborto.

C22. Quantos filhos nasceram?

Considerar todos os filhos que nasceram, inclusive os nascidos mortos.

C23. Quantos filhos, além do <nome da criança> moram com a Sra.?

Anote o número de filhos do casal (irmãos paternos ou maternos da criança internada) que

C24. Com relação à gravidez do(a) <nome da criança>, a Sra fez alguma consulta de pré-Natal?

Lembre que o pré-natal em questão é referente ao acompanhamento da gestação do filho que está internado. Considere consulta de pré-natal somente o contato da gestante com o serviço de saúde onde ela foi examinada. Não considerar consulta de pré-natal quando a gestante referir que solicitou atendimento na UBS apenas para um procedimento isolado como medir pressão, mostrar resultado de exames, fazer vacina, etc. Se não fez pré-natal codificar as variáveis de C25 a C40 com os códigos correspondentes para NSA, 8 ou 88, de acordo com o número de dígitos de cada variável.

SE NÃO FEZ PRÉ-NATAL PULE PARA A QUESTÃO C41

“Agora vamos falar sobre o pré-natal do(a) <nome da criança>”. Primeiramente pergunte: “A Sra. está com o cartão ou carteira do pré-natal? Posso olhar?”. Se a entrevistada tem o cartão do pré-natal anotar as informações pedidas no local correspondente (Cartão). Posteriormente, pergunte a entrevistada as mesmas informações e registre na local correspondente (Mulher).

De acordo com a instrução acima as repostas à questão C26 devem ser anotadas tanto para o registro da informação do cartão da gestante (Cartão) quanto para a informação referida pela entrevistada (Mulher), no local correspondente. Primeiramente registra-se nos campos correspondentes as informações do cartão. Na coluna de codificação das variáveis para estas questões, a primeira se relaciona a informação para o cartão e a seguinte se relaciona à informação da mulher.

C25. A Sra tem o cartão do pré-natal?

Solicitar o cartão do pré-natal à mãe da criança e anotar se ela o tiver(1) ou não(0).

C26. Em que mês da gravidez a Sra. fez a primeira consulta de pré-natal?

O objetivo é saber em que mês da gestação a mãe iniciou o pré-natal da criança incluída no estudo. No cartão da gestante esta informação está descrita no campo idade gestacional ou Ig. Anote a informação segundo estiver registrada no cartão ou relatada pela mãe, em meses ou semanas. A questão será codificada em semanas, sendo que cada mês deve ser multiplicado por 4: ex. iniciou pré-natal no 1º mês = 04 semanas; com 1 mês e meio = 6 semanas.

C27. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança>, quantas vezes a Sra. consultou, nos seguintes locais?

Pergunte o número de vezes para cada um dos locais. Se a mulher não fez pré-natal, codifique-os como (88)NSA.

Posto de Saúde de Abrangência: especificado nas questões C19 e C20;

Outro Posto de Saúde: outra Unidade de Saúde do município, que não o Posto de Saúde da abrangência; se o entrevistado informar unidade de saúde de outro município, anote em “Outros”;

Ambulatório do hospital: refere-se ao atendimento de ambulatório (consultas), em qualquer hospital da cidade; **Faculdade:** refere-se ao atendimento público prestado por uma Faculdade de Medicina de uma universidade da cidade; **Sindicato ou empresa:** consulta em serviço disponibilizado por empresa ou sindicato da categoria profissional;

Consultório Médico por Convênio ou Plano de saúde: refere-se a consulta com médico através de algum plano ou convênio de saúde (Unimed, Pias, Saúde Maior, etc.). Este item inclui os Pronto-Atendimentos dos convênios;

Consultório Médico particular: refere-se à consulta paga ao médico sem convênio ou plano de saúde algum, independente do valor pago;

Centro de Saúde Camilo Gomes: consulta realizada por médico ou enfermeiro do Centro de Saúde Camilo Gomes para fazer o exame ginecológico;

Outro: local não contemplado nas alternativas acima; nesse caso, informe o

local.

C28. Durante o pré-natal do <nome da criança>, quantas vezes a Sra. consultou com o mesmo médico nesses locais?

Pergunte apenas sobre aqueles serviços em que a mulher fez pelo menos uma consulta durante o pré-natal. Codifique os demais como (88) NSA.

As questões C29 a C40 devem ser preenchidas apenas por aquelas mulheres que fizeram consultas de pré-natal no Posto de Saúde da Abrangência (conforme especificado em C19 e C20).

C29. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento pré-natal do <Posto de Saúde de Abrangência>

Peça para a entrevistada avaliar o atendimento pré-natal no <Posto de Saúde de Abrangência> dando uma nota de **0** (atendimento ruim) a **10** (excelente atendimento). Se a entrevistada não quiser ou não conseguir avaliar, registre 99,9 (IGN).

C30. Durante o pré-natal no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi informada sobre a importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida do(a) <nome da criança>?

O objetivo é saber se a mãe da criança foi orientada no Posto de Saúde de abrangência a iniciar a amamentação logo após o nascimento da criança. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALHOR com 9.

C31. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi ouvida quanto as suas preocupações ou problemas com a amamentação ao peito?

O objetivo é saber se no Posto de Saúde de abrangência a mãe da criança encontrou oportunidade para revelar suas dúvidas e temores em relação ao aleitamento materno. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALPRO com 9.

C32. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi orientada sobre como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito?

O objetivo é saber se no Posto de Saúde de abrangência foi conversado com a mãe da criança sobre dificuldades ou problemas que podem surgir durante o período da amamentação ao peito. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALREPR com 9.

C33. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu orientações sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno?

O objetivo é saber se algum profissional de saúde, no Posto de Saúde de abrangência, orientou a mãe da criança, ensinando as posições mais adequadas para a amamentação. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALPOSI com 9.

C34. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu orientações sobre como extrair o leite do peito ?

O objetivo é saber se algum profissional de saúde, no Posto de Saúde de abrangência orientou a mãe da criança, ensinando técnicas para facilitar a extração do leite materno. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALEXT com 9.

C35. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu informações sobre as vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida?

O objetivo é saber se a mãe da criança recebeu informações, por profissional de saúde, no Posto de Saúde de abrangência, sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MAL6M com 9.

C36. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. recebeu informações para continuar amamentando até os 2anos de idade ou mais?

O objetivo é saber se a mãe da criança recebeu informações, por profissional de saúde, no Posto de Saúde de abrangência, sobre continuar com o aleitamento até os 2 anos de idade ou mais. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MAL2A com 9.

C37. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado?

O objetivo é saber se a mãe recebeu explicações no Posto de Saúde de abrangência sobre a importância de amamentar conforme às necessidades da criança, não obedecendo a horários preestabelecidos ou rígidos. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALIVR com 9.

C38. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi informada sobre a importância da criança sugar no peito para a produção do leite?

O objetivo é saber se a mãe recebeu explicações no Posto de Saúde de abrangência sobre o estímulo da produção de leite causado pela sucção que a criança faz na mama. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALSUC com 9.

C39. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi avisada dos prejuízos do uso de mamadeiras para as crianças durante a amamentação ao peito?

O objetivo é saber se a mãe recebeu informações, por profissional de saúde, no Posto de Saúde de abrangência sobre as desvantagens do uso de mamadeiras durante o aleitamento materno. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALMAMD com 9.

C40. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> no <Posto de Saúde da abrangência> a Sra. foi avisada dos prejuízos do uso de chupetas ou bico para as crianças durante a amamentação ao peito?

O objetivo é saber se a mãe recebeu informações, por profissional de saúde, no Posto de Saúde de abrangência sobre as desvantagens do uso de chupetas ou bico durante a amamentação ao peito. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALBICO com 9.

C41. Durante o pré-natal do(a) <nome da criança> a Sra. recebeu algum suporte ou apoio para amamentar através de reuniões ou de grupos de gestantes no <Posto de Saúde da abrangência> ou de visitas domiciliares?

O objetivo é saber se a mãe foi motivada para a amamentação durante o pré-natal no Posto de Saúde de abrangência através de reuniões de grupos realizadas na UBS. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALAPPN com 9.

C42. Imediatamente após o parto do(a) <nome da criança> a Sra. recebeu algum suporte ou apoio para amamentar através de reuniões ou de grupos de gestantes no <Posto de Saúde da abrangência> ou de visitas domiciliares?

O objetivo é saber se a mãe foi motivada para a amamentação no pós-parto imediato através de visitas domiciliares por algum profissional da equipe do Posto de Saúde da abrangência. Se a entrevistada não sabe informar marcar (9) IGN e codificar MALAPPP com 9.

BLOCO C – INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

“Agora nós vamos falar sobre o(a) <nome da criança>”

C43. Onde nasceu o(a) <nome da criança>?

O objetivo é saber se a criança nasceu em casa ou no hospital ou em outro lugar, escrevendo na opção outro local o local em que nasceu se não foi em casa ou no hospital, e codificar posteriormente.

C44. Qual foi o tipo de parto?

Anotar se o parto foi vaginal (normal ou via baixa) ou cesariana (cesárea). Considerar que o parto normal também inclui o parto com auxílio de fórceps e que o parto cesárea é através de uma cirurgia. Codificar CTIPAR com 1 ou 2

C45. O(A) <nome da criança> freqüenta creche?

Anotar (1)Sim se a criança freqüentar regularmente a creche, por pelo menos 1 turno por semana. SE NÃO FREQUENTA A CRECHE, CODIFIQUE AS QUESTÕES C46 E C47 COMO “NSA” E SALTE PARA A QUESTÃO C48.

C46. Quantos dias por semana o(a) <nome da criança> vai para a creche?

Anote o número de dias em que a criança fica pelo menos um turno na creche.

C47. Quantas horas por dia o(a) <nome da criança> fica na creche?

Registre o tempo médio, em que a criança fica na creche, nos dias em que vai à creche. Ano em horas completas. Se a criança fica mais de uma hora por dia, mas menos de duas horas, registre 01.

C48. Numa semana normal, quem fica com a criança, na ausência da mãe?

Leia as alternativas e assinale a resposta. Se a entrevistada estiver em dúvida entre mais de uma resposta, pedir que informe a situação mais comum. Se ainda assim ficar em dúvida, pedir que escolha uma como resposta.

C49. Numa semana normal, quem fica com a criança, na maior parte do tempo?

Leia as alternativas e assinale a resposta. Se a entrevistada estiver em dúvida entre mais de uma resposta, pedir que informe a situação mais comum. Se ainda assim ficar em dúvida, pedir que escolha uma como resposta.

*“Agora vamos falar sobre as vacinas do(a) <nome da criança>.” **Primeiramente, pergunte a mãe sobre as doses de vacina que a criança recebeu e registre na coluna correspondente. A seguir pergunte: “A senhora está com o cartão de peso do(a) <nome da criança> ? Posso olhar?”.** Se a mãe tem o cartão da criança anotar as informações pedidas no local correspondente (Cartão). Posteriormente, pergunte a entrevistada as mesmas informações e registre na local correspondente (Mulher).*

De acordo com a instrução acima, as repostas das perguntas de C50 e C51 devem ser anotadas tanto para o registro da informação do cartão da criança (Cartão) quanto para a informação referida mãe da criança (mãe), no local correspondente. Na coluna de codificação das variáveis para estas questões, a primeira se relaciona à informação para o cartão e a seguinte se relaciona à informação da mãe.

C50. Tem o cartão de peso.

Se a mãe apresentou o cartão da criança ou do peso, registrar a opção 1. Se não apresentou registrar a opção 0.

C51. Qual foi o peso do(a) <nome da criança> ao nascer?

Anotar o peso de nascimento da criança que está no registro do cartão e pela informação da mãe. Registrar em gramas. Se a mãe não tem o cartão anotar somente o peso de nascimento referido pela mãe e registrar (8888) NSA no local destinado à informação do cartão, codificando a variável CPESC e CPESM com 8888.

A próxima pergunta avalia as doses de vacinas referentes ao primeiro ano de vida da criança e deve ser respondida tanto com base nas informações do cartão como nas informações da mãe. Assim, para cada questionamento sobre uma vacina obtém-se duas respostas. Primeiramente registra-se nos campos correspondentes as informações do cartão.

Objetivo é ter conhecimento do número de doses de vacina tanto pelo cartão assim como pela informação da mãe. Se a informação para a vacina for ignorada em qualquer uma das situações, como por exemplo no caso de não se ter o cartão para conferência ou por porque a mãe não lembra ou não sabe, considerar o número de doses = 9

C52. Quantas doses de vacina, referentes ao primeiro ano de vida, o(a) <nome da criança> fez?

Objetivo é ter conhecimento do número de doses de vacina referentes ao primeiro ano de vida. Observa-se o número de doses registradas no cartão e pergunta-se também para a mãe.

- A vacina **Sabin** (pergunte pela vacina da gotinha);
- A **vacina tríplice bacteriana** é a DPT. É aplicada através de injeção na perna Atualmente é realizada junto com a Hib sendo também conhecida como vacina Tetravalente. Se a mãe não tiver o cartão da criança e apenas informar "injeção na perna", considere como vacina Tetravalente e codifique a DPT e a Hib como 8(NSA);
- Caso a criança tenha feito 3 doses de DPT codificar as variáveis *CTETRAC* e *CTETRAM* com 8=NSA
- Caso a criança tenha feito 1 ou 2 doses de DPT e não haja registro de doses da Tetravalente como complemento das 3 doses previstas, considerar a Tetravalente como 0 doses e codificar *CTETRAC* com 0. A codificação da variável *CTRIPM* e de *CTETRAM* vai depender da informação da mãe.
- Caso a criança tenha feito 2 doses de DPT e 1 dose de Tetravalente codificar *CTRIPC* com 2 e *CTETRAC* com 1. A codificação da *CTRIPM* e *CTETRAM* vai depender da informação da mãe.
- Caso a criança tenha feito 3 doses de Hib, codificar as variáveis *CHIBC* e *CTETRAC* com 8=NSA.
- Caso a criança tenha feito 1 ou 2 doses de Hib e não haja registro de doses da Tetravalente como complemento das 3 doses previstas, considerar a Tetravalente como 0 doses e codificar *CTETRAC* com 0. A codificação da variável *CHIBM* e de *CTETRAM* vai depender da informação da mãe.
- Caso a criança tenha feito 2 doses de Hib e 1 dose de Tetravalente codificar *CHIBC* com 2 e *CTETRAC* com 1. A codificação da *CHIBM* e *CTETRAM* vai depender da informação da mãe.
- A vacina Tetravalente é a combinação da DPT+Hib, sendo aplicada através de injeção na perna. Codificar com o número correspondente de doses aplicadas. Se a criança recebeu 3 doses de Tetravalente as vacinas DPT e Hib serão codificadas como NSA = 8.
- Para os demais casos segue-se a mesma lógica descrita para a DPT e Hib. Em caso de dúvidas copiar as doses vacinas feitas para DPT, Hib e Tetravalente e discutir com o orientador.
- A vacina do **Sarampo** tanto no calendário anterior ao atual como no atual é aplicada na perna em uma dose, sendo que o calendário antigo previa a aplicação desta aos nove meses de idade e o atual prevê que esta dose seja feita aos 12 meses no segundo, junto com a da Rubéola e da Caxumba, sendo esta vacina combinada chamada de Triviral. Caso a criança tenha recebido a vacina do Sarampo codificar a Triviral como NSA = 8 e caso tenha feito a Triviral codificar Sarampo como NSA = 8.

- A vacina da **BCG** deve ser aplicada ao nascer (1 dose) no braço direito, sendo a única vacina que deixa uma cicatriz no local da aplicação. Esta vacina deve ser coletada pela verificação da cicatriz, pelo registro do cartão e pela informação da mãe.
- A vacina da **hepatite B** deve ser realizada ao nascer, com 1 mês e aos 6 meses (3 doses) e é aplicada através de injeção na perna. Copiar o número de doses aplicadas e registrar também a informação da mãe.

C53. O(A) <nome da criança> fez a maior parte destas vacinas em qual dos seguintes locais?

Leia as alternativas e selecione conforme a resposta. Se a mãe não lembra considerar (9) IGN.

C54. Desde que nasceu até completar 1 ano de idade o(a) <nome da criança> foi pesado e medido:

O objetivo da pergunta é verificar em locais do sistema de saúde a criança foi pesada e medida no primeiro ano de vida. Caso não tenha utilizado qualquer um dos locais descritos nas opções, registrar e codificar com 0 cada uma delas.

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) <nome da criança>”

C55. O(A) <nome da criança> mama no peito?

O objetivo é saber se a criança atualmente está sendo amamentada.

C56. Até que idade o(a) <nome da criança> mamou exclusivamente no peito, sem tomar água, chá ou outra alimentação?

Anotar o número de meses que a criança foi amamentada. Se a criança foi amamentada por menos de 30 dias codificar 00 e se ela ainda estiver sendo amamentada codificar 88.

“Agora nós vamos falar sobre a saúde geral do(a) <nome da criança>”

C57. Desde <30 dias atrás> quantas vezes o(a) <nome da criança> teve diarreia, desarranjo ou chorro?

Substituir <30 dias atrás> pelo dia correspondente. Por exemplo, se a entrevista for em 1º março de 2005, perguntar “Desde 1º de fevereiro até hoje...?”. O objetivo é saber o número de vezes que a criança teve diarreia no último mês. Se a mãe não entender o que é diarreia, utilizar os termos “desarranjo” e “chorrio”. Se a criança não teve diarreia codificar CDIARVEZ com 00.

C58. Alguma vez desde <doze meses atrás> até o dia de hoje o(a) <nome da criança> baixou hospital por diarreia, desarranjo, chorro ou desidratação?

Substituir <doze meses atrás> pelo mês em que está sendo realizada a entrevista, porém há um ano atrás. Por exemplo, se a entrevista for em setembro de 2006, perguntar “desde setembro de 2005...?”. Anotar o número total de vezes que internou no período de investigação. Caso não tenha internado, preencher com 00. Se a mãe não lembra ou não sabe, registrar com 99 = IGN.

C59. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) <nome da criança> teve pontada ou pneumonia?

Substituir <seis meses atrás> pelo mês em que está sendo realizada a entrevista, porém há seis meses atrás. Por exemplo, se a entrevista for em março de 2005, perguntar “desde setembro de 2004...?”. Se a mãe não entender o que é pneumonia, utilizar o termo “pontada”. Se a criança não teve pneumonia codificar com 00.

C60. Alguma vez desde <doze meses atrás> até o dia de hoje o(a) <nome da criança> baixou no hospital por pontada ou pneumonia, sem contar esta internação?

Substituir <doze meses atrás> pelo mês correspondente. Anotar o número total de vezes que internou no período de investigação. Caso não tenha internado, registrar 00. Se a mãe não lembra ou não sabe, registrar 99 = IGN.

C61. Alguma vez desde <doze meses atrás> o(a) <nome da criança> baixou no hospital por qualquer outro motivo <exceto diarreia ou pneumonia>, sem contar esta internação?

Deixe claro que essa resposta não deve incluir as internações por diarreia ou pneumonia, já perguntadas anteriormente.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ESTA INTERNAÇÃO

Para as questões C62 a C68, veja as instruções das questões A72 a A78, na mesma ordem de aparecimento.

BLOCO E – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Agora vamos conversar sobre a sua casa e as pessoas que moram com o(a) SR(A).

Para as questões C69 até o fim do questionário (questão C83), veja as instruções das questões A97 a A111, na mesma ordem de aparecimento.

QUESTIONÁRIO B – PESSOAS DE 5 A 15 ANOS DE IDADE

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

Todas as perguntas do Questionário B já apareceram no questionário das crianças menores de 5 anos (Questionário C). Assim guie-se pelas instruções anteriores.

Da questão B1 a B20, guie-se pelas instruções das questões C1 a C20

Questão sobre a reinternação (após a questão B9):

Desde 16 de outubro deste ano, o(a) Sr(a). esteve internado em algum hospital?

Se o entrevistado responder que sim, pergunte apenas as questões referentes a esta internação (questões B21 a B27). Se o entrevistado responder que não esteve internado nesse período, anule a questão seguinte ("Em que data foi sua internação?") e siga normalmente o questionário.

Em que data foi sua internação? ___ / ___ (dia/mês)

Essa informação é apenas para encontrar com mais facilidade o questionário anterior, já que não temos número.

Questão B21. Desde <doze meses atrás> quantas vezes o(a) <nome da criança / adolescente> baixou no hospital por qualquer motivo, sem contar esta internação?

Registre o número de vezes em que a criança / adolescente internou, por qualquer motivo, no último ano. Substitua <doze meses atrás> pelo mês correspondente.

Da questão B22 a B28, guie-se pelas instruções das questões C61 a C67.

Da questão B29 ao fim do questionário (questão B43), guie-se pelas instruções das questões A97 a A111 (Questionário A – Pessoas com 16 anos ou mais).

ANEXO 10

Comandos (arquivo 'pgm') para definição das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), segundo CID de internação e de alta.

```
* CSAP SEGUNDO O CID DE INTERNAÇÃO
*
define gcsapi #
gcsapi=0 if gcidint<>""
tab gcsapi /m if gmunres=1
sort gcidint
*GRUPO 01
if (GCIDINT>="A15") and (GCIDINT<="A199") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="A33") and (GCIDINT<="A379") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="A50") and (GCIDINT<="A539") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="A95") and (GCIDINT<="A959") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="B05") and (GCIDINT<="B059") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="B16") and (GCIDINT<="B169") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="B50") and (GCIDINT<="B540") then GCSAPI=1
if (GCIDINT="G000") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 02 - Gastreenterites
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,2)="A0"
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="E86"
*
*GRUPO 03 - Anemia
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="D50"
*
*GRUPO 04 - Deficiências nutricionais
if (GCIDINT>="E40") and (GCIDINT<"E47") then GCSAPI=1
if (GCIDINT="E46X") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="E500") and (GCIDINT<"E65") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 05 - Infec. ouvido, nariz e garganta
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3) = "H66"
if (GCIDINT>="I0") and (GCIDINT<"I03") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="J0") and (GCIDINT<"J04") then GCSAPI=1
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="J06"
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="J31"
*
*GRUPO 06 - Pneumonias bacterianas
if (GCIDINT>="J13") and (GCIDINT<"J15") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="J152") and (GCIDINT<="J154") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="J158") and (GCIDINT<="J159") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="J17") and (GCIDINT<"J19") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 07 - Asma
if (GCIDINT>="J45") and (GCIDINT<"J47") then GCSAPI=1
*
```

```
*GRUPO 08 - DPOC
if (GCIDINT>="J20") and (GCIDINT<"J22") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="J40") and (GCIDINT<"J45") then GCSAPI=1
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="J47"
*
*GRUPO 09 - Hipertensão
if (GCIDINT>="I10") and (GCIDINT<"I12") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 10 - Angina pectoris
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="I20"
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="I24"
*
*GRUPO 11 - Insuficiência cardíaca
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="I50"
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="J81"
*
*GRUPO 12 - D. cerebrovasculares
if (GCIDINT>="I60") and (GCIDINT<"I70") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 13 - Diabete mellitus
if (GCIDINT>="E10") and (GCIDINT<"E15") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 14 - Epilepsias
if (GCIDINT>="G40") and (GCIDINT<"G42") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 15 - Inf. rim e trato urinário
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="N00"
if (GCIDINT>="N10") and (GCIDINT<"N13") then GCSAPI=1
if (GCIDINT="N159") then GCSAPI=1
if (GCIDINT="N390") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="N340") and (GCIDINT<"N343") then GCSAPI=1
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="N30"
*
*GRUPO 16 - Inf. pele e tec. cel. subcutâneo
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="A46"
if (GCIDINT>="L01") and (GCIDINT<"L05") then GCSAPI=1
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3)="L08"
*
*GRUPO 17 - D. infl. pélvica
if (GCIDINT>="N70") and (GCIDINT<"N74") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="N75") and (GCIDINT<"N77") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 18 - Úlcera gastroint. com hemorr. ou perf.
if (GCIDINT>="K250") and (GCIDINT<"K252") then GCSAPI=1
```

```
if (GCIDINT>="K254") and (GCIDINT<="K256") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="K260") and (GCIDINT<="K262") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="K264") and (GCIDINT<="K266") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="K270") and (GCIDINT<="K272") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="K274") and (GCIDINT<="K276") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="K280") and (GCIDINT<="K282") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="K284") and (GCIDINT<="K286") then GCSAPI=1
*
*GRUPO 19 - Neo. maligna do útero
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3) = "C53"
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3) = "C55"
*
*GRUPO 20 - D. relacionadas ao pré-natal e parto
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3) = "O23"
gcsapi=1 if substr(gcidint, 1,3) = "P00"
gcsapi=1 if gcidint = "P350"
if (GCIDINT>="P700") and (GCIDINT<="P701") then GCSAPI=1
if (GCIDINT>="B20") and (GCIDINT<"B25") then GCSAPI=1
*
tab gcsapi /m if gmunres=1
*
close
```

ANEXO 11

Arquivos 'chk' (EpiData) e 'do' (Stata) para teste de inconsistência nos registros


```
*****
*          GERAL
*****
CONSISTENCYBLOCK
REPORT GNQUEST
CHECK "nº questionário identifica entrevistador" (GNQUEST>10000)
CHECK "MustEnter" CHECKMUSTENTER
CHECK "Range and legal" CHECKRANGELEGAL
CHECK "Horário de entrevista" GH01<20.30
CHECK "Se não conhece o Posto não sabe o nome" (((GCONHUBS=0) AND (GNOMEUBS=99)) OR ((GCONHUBS<>0)
AND (GNOMEUBS<>99)))
* ----- teste para Esta Internação -----
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINPSA=00) AND (GREINPSA=8)) OR ((GCOINPSA<>00) AND
(GREINPSA<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINOPS=00) AND (GREINOPS=8)) OR ((GCOINOPS<>00) AND
(GREINOPS<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINPS=00) AND (GREINPS=8)) OR ((GCOINPS<>00) AND
(GREINPS<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINSM=00) AND (GREINSM=8)) OR ((GCOINSM<>00) AND
(GREINSM<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINHOS=00) AND (GREINHOS=8)) OR ((GCOINHOS<>00) AND
(GREINHOS<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINPLA=00) AND (GREINPLA=8)) OR ((GCOINPLA<>00) AND
(GREINPLA<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINPAR=00) AND (GREINPAR=8)) OR ((GCOINPAR<>00) AND
(GREINPAR<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINCAP=00) AND (GREINCAP=8)) OR ((GCOINCAP<>00) AND
(GREINCAP<>8)))
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINOUT=00) AND (GREINOUT=8)) OR ((GCOINOUT<>00) AND
(GREINOUT<>8)))
CHECK "Outra consulta=00, tempo=NSA" (((GOUTC30D=0) AND (GTUC=88)) OR ((GOUTC30D=9) AND (GTUC=88))
OR ((GOUTC30D<>0) AND (GTUC<>88)))
CHECK "Outra consulta=00, local=NSA" (((GOUTC30D=0) AND (GUBSUC=8)) OR ((GOUTC30D=9) AND (GUBSUC=8))
OR ((GOUTC30D<>0) AND (GUBSUC<>88)))
* ----- avalia PSA -----
CHECK "Não consultou no PSA, não avalia" (((GCOINPSA=00) AND (GSATPS=88.8)) OR ((GCOINPSA=88) AND
(GSATPS=88.8)))
CHECK "Avaliar V.D." (((GVD=0) AND (GSATVD=88.8)) OR ((GVD=1) AND (GSATVD<>88.8)))
END
*****

*****
*          ADULTOS (extrato)
*****
CONSISTENCYBLOCK
REPORT GNQUEST
CHECK "nº do questionário" (GNQUEST>10000)
CHECK "MustEnter" CHECKMUSTENTER
```

CHECK "Range and legal" CHECKRANGELEGAL
CHECK "Horário de entrevista" GH01<20.30
CHECK "Se não conhece o Posto não sabe o nome" (GMUNRES=2) OR (((GCONHUBS=0) AND (GNOMEUBS=99)) OR ((GCONHUBS=1) AND (GNOMEUBS<>.)))
CHECK "Se não sabe ler não estudou" (((ALER<>1) AND (AESC=88)) OR ((ALER=1) AND (AESC<>88))) OR (GIDADE<16)
CHECK "Aposentadoria, se 60e+ anos de idade" ((gidade>59) AND (((AAPOS=0) AND (AIDAPO=88)) OR ((AAPOS<>0) AND (AIDAPO<>88)))) or (gidade<60)
CHECK "Não caminhou e tem dias" (((ACAMDIA=0) AND (AMINCA=8888)) OR ((ACAMDIA<>0) AND (AMINCA<>8888)))
CHECK "Não fez atividades fortes e tem dias" (((AFORDIA=0) AND (AMINFOR=8888)) OR ((AFORDIA<>0) AND (AMINFOR<>8888)))
CHECK "Não fez atividades médias e tem dias" (((AMEDIA=0) AND (AMIND=8888)) OR ((AMEDIA<>0) AND (AMIND<>8888)))
CHECK "Se nunca fumou não parou" (((AFUMO=0) OR (AFUMO=2)) AND (ATPAFU=8888)) OR (((AFUMO<>0) AND (AFUMO<>2) AND (ATPAFU<>8888)))
CHECK "Se nunca fumou não tem tempo fumo" (((AFUMO=0) AND (ATFUM=8888)) OR ((AFUMO<>0) AND (ATFUM<>8888)))
CHECK "Se nunca fumou não tem cigarros" (((AFUMO=0) AND (ACIGDIA=88)) OR ((AFUMO<>0) AND (ACIGDIA<>88)))
CHECK "Não costuma beber e respondeu o cage" (((ABEB=0) AND (ADIMBEB=8)) OR ((ABEB<>0) AND (ADIMBEB<>8)))
CHECK "Não costuma beber e respondeu o cage" (((ABEB=0) AND (ACRITBEB=8)) OR ((ABEB<>0) AND (ACRITBEB<>8)))
CHECK "Não costuma beber e respondeu o cage" (((ABEB=0) AND (ACULPBEB=8)) OR ((ABEB<>0) AND (ACULPBEB<>8)))
CHECK "Menor de 30 não responde doenças" ((AHAS=.) OR (((GIDADE<30) AND (AHAS=8)) OR ((GIDADE>29) AND (AHAS<>8))))
CHECK "Menor de 30 não responde doenças" ((ADM=.) OR (((GIDADE<30) AND (ADM=8)) OR ((GIDADE>29) AND (ADM<>8))))
CHECK "Menor de 30 não responde doenças" ((ANERVOS=.) OR (((GIDADE<30) AND (ANERVOS=8)) OR ((GIDADE>29) AND (ANERVOS<>8))))
* ----- teste para Hipertensão Arterial -----
CHECK "Se não tem HAS, tempo=NSA" ((AHAS<>1) AND (AHASANO=88)) OR (AHAS=1) OR (GIDADE<30)
[...]
* ----- teste para Diabete Mellitus -----
CHECK "Se não tem DM, tempo=NSA" ((ADM<>1) AND (ADMANO=88)) OR (ADM=1) OR (GIDADE<30)
[...]
* ----- teste para Problema de Nervos -----
CHECK "Se não tem problema de nervos, tempo=NSA" ((ANERVOS<>1) AND (ANERANO=88)) OR (ANERVOS=1) OR (GIDADE<30)
[...]
* ----- teste para Qualquer Problema -----
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((ACOQQPSA=00) AND (AMMQQPSA=88)) OR ((ACOQQPSA<>0) AND (AMMQQPSA<>88)) OR ((ACOQQPSA=88) AND (AMMQQPSA=88))) OR (GIDADE<30)
[...]
* ----- resultados para Esta Internação -----
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINPSA=00) AND (GREINPSA=8)) OR ((GCOINPSA<>00) AND (GREINPSA<>8)))
[...]
*-----

```

*****
*          CRIANÇAS
*****

CONSISTENCYBLOCK
*----- MENORES DE 5 ANOS DE IDADE -----

REPORT GNQUEST
CHECK "nº do questionário" (GNQUEST>10000)
CHECK "MustEnter" CHECKMUSTENTER
CHECK "Range and legal" CHECKRANGELEGAL
CHECK "Horário de entrevista" GH01<20.30
CHECK "Se não conhece o Posto não sabe o nome" (GMUNRES=2) OR (((GCONHUBS=0) AND (GNOMEUBS=99)) OR
((GCONHUBS=1) AND (GNOMEUBS<>.)))
*----- resultados para Esta Internação -----
CHECK "Se consulta=00 'mesmo médico'=NSA" (((GCOINPSA=00) AND (GREINPSA=8)) OR ((GCOINPSA<>00) AND
(GREINPSA<>8)))
[...]
*-----
check "Informante" ((CINFORM<>.) or (gidade>=5))
if gidade<5 then check "Pré-natal" (((CMPREN=0) AND ((CCARPEN=8) AND (MESPNC=88) AND (MESPNM=88))) OR
((CMPREN<>0) AND (CCARPEN<>8))) OR (GIDADE>=5)
IF GIDADE<5 THEN CHECK "Cartão Pré-natal" (((ccarpn=0) OR (CCARPEN=8)) AND (mespnc=88)) OR (GIDADE>=5)
if gidade<16 then check "Escolaridade da mãe" (((CMLER=0) OR (CMLER=2)) AND (CMESC=88)) OR ((CMLER<>0) AND
(CMESC<>88))) OR (GIDADE>=5)
END

```

```
*****
```

No Stata (arquivo .do):

```

sort gnquest
quietly by gnquest: g dup=cond(_N==1,0,_n)
ta dup
list gnquest dup if dup>0
keep if gmunres=="1"
keep if greint==0
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if g1==99999
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if g2==99999 & g1!=99999
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if g3==99999 & g1!=99999 & g2!=99999
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if g4==99999 & g1!=99999 & g2!=99999 & g3!=99999
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if gre==99999 & (g1!=99999 | g2!=99999 | g3!=99999 | g4==99999)
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if gre==99999
list gnquest g1 g2 g3 g4 gre if g4==99999
list gnquest gsatps gdtentr if gsatps>10 & (gsatps<.)
count if gsatps>10 & (gsatps<.)
count if g1==.
count if (g1==. | g2==.) & gmora>1
list gnquest gmora g1 g2 g3 g4 gre gdtentr if (g1==. | g2==.) & gmora>1
count if gzona==.
list gnquest gzona gdtentr if gzona==.
count if gmora==.
list gnquest gmora gdtentr if gmora==.
count if g2==. & gmora>1
list gnquest greint gmora g1 g2 g3 g4 gre gdtentr if g2==. & gmora>1
count if g3==. & gmora>2
list gnquest greint gmora g1 g2 g3 g4 gre gdtentr if g3==. & gmora>2
count if g3==. & gmora>2 & g2!=.
list gnquest greint gmora g1 g2 g3 g4 gre gdtentr if g3==. & gmora>2 & g2!=.
count if g4==. & gmora>3 & g2!=. & g3!=.

```

```
list gnquest greint gmora g1 g2 g3 g4 gre gdtentr if g4==. & gmora>3 & g2!=. & g3!=.
count if gre==. & g2!=. & g3!=. & g4!=.
list gnquest greint gmora g1 g2 g3 g4 gre gdtentr if gre==. & g2!=. & g3!=. & g4!=.
count if ggrauch==8 & gmunres=="1" & greint==0
list gnquest gdtentr gidade gseriech ggrauch gesche if ggrauch==8 & gmunres=="1" & greint==0
list gnquest gidade cidadmes gdtentr if gidade <2 & cidadmes>23
list gnquest cmgest cmnasc gdtentr if cmnasc>cmgest
list gnquest cmnasc cmirmaos gdtentr if cmirmaos>= cmnasc & cmirmaos<88
list gnquest cmpren ccarpn gdtentr if cmpren==0 & ccarpn!=8
list gnquest ccopnpsa mescpn gdtentr if (ccopnpsa==88 | ccopnpsa==0) & mescpn<88
list gnquest ccopnpsa malhor malpro malrepr malposi gdtentr if (ccopnpsa ==88 | ccopnpsa ==0) & malhor != 8 & gidade<5
```

ANEXO 12 – Cartas de apresentação



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Pelotas, 28 de agosto de 2006.

Senhor Secretário Municipal de Saúde de Bagé

Nos dirigimos a Vossa Senhoria para solicitar autorização e apoio para a realização do **Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Bagé, RS**. Essa pesquisa faz parte de um projeto de tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, realizado por mim, Fúlvio Borges Nedel e orientado pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini. Está apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde, com recursos do edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – Nº 49/2005.

O objetivo do estudo é analisar o efeito de residir em Área de Saúde da Família, bem como usar os serviços do Programa Saúde da Família, sobre a internação hospitalar por causas que se consideram evitáveis por uma atenção oportuna e efetiva no primeiro nível do sistema de saúde. Para tanto, pretendemos entrevistar uma amostra de 1.277 residentes em Bagé internados nos hospitais do município (Santa Casa de Caridade e Hospital Universitário da URCAMP), num tempo estimado entre 2 e 3 meses.

Esse projeto é associado ao estudo de avaliação do PROESF e usa questionários adaptados desse estudo. Os pacientes serão entrevistados durante sua internação no hospital, por entrevistadores treinados para esse fim. Os entrevistadores visitarão diariamente cada hospital para identificar os pacientes internados no dia e entrevistá-los. A equipe de trabalho será especialmente treinada para responder aos preceitos éticos e comportamentais que se exigem para esse tipo de trabalho, enfatizando o respeito ao paciente e aos médicos e demais trabalhadores dos hospitais, procurando ao máximo não alterar a rotina do trabalho. O entrevistador estará devidamente identificado com o crachá da pesquisa e sua única função no hospital será entrevistar o paciente, sem emitir opinião sobre sua situação de saúde e conduta terapêutica. Antes de iniciar o questionário será solicitado o consentimento do paciente. É garantida toda a confidencialidade sobre as informações coletadas. Será solicitada a aprovação dos diretores dos hospitais para a realização do estudo. Também serão realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde e entrevistas com seus trabalhadores, replicando em todas as UBS os questionários do PROESF.

Solicitamos, assim, sua autorização e apoio à pesquisa. Especificamente,

solicitamos a gentileza de disponibilizar uma sala com micro-computador, estantes, mesa e cadeiras. O objetivo da sala é servir para a reunião da equipe de pesquisa, repartição e recebimento dos questionários e digitação das informações.

Tomamos a liberdade de sugerir o envolvimento do Grupo Local de Avaliação em Saúde, pois pensamos que o acompanhamento de mais esse processo de pesquisa deve contribuir para a capacitação do GLAS. Nesse sentido, nos propomos a realizar oficinas de capacitação sobre inquéritos epidemiológicos, desde o planejamento do estudo à digitação e análise dos dados. Essas oficinas seriam organizadas de acordo com os interesses da Secretaria Municipal de Saúde.

Agradecendo antecipadamente Vossa colaboração e permanecendo à Vossa disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas, nos despedimos atentamente.

Fúlvio Borges Nedel

R. Felipe de Oliveira nº 495 ap. 202

90.630-000 Porto Alegre - RS

(51) 3061-8201 (51) 9999-8201

fulvionedel@yahoo.com.br

Luiz Augusto Facchini

Departamento de Medicina Social da UFPel

Av. Duque de Caxias 250 – 3º piso

96.030-002 Pelotas – RS



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Pelotas, 28 de agosto de 2006.

Senhor Diretor da Santa Casa de Caridade de Bagé

Nos dirigimos a Vossa Senhoria para solicitar autorização deste Hospital para a coleta de dados do **Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Bagé, RS**. Essa pesquisa faz parte de um projeto de tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, realizado por mim, Fúlvio Borges Nedel e orientado pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini. Está apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde, com recursos do edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – N° 49/2005.

O objetivo do estudo é analisar o efeito de residir em Área de Saúde da Família, bem como usar os serviços do Programa Saúde da Família, sobre a internação hospitalar por causas que se consideram evitáveis por uma atenção oportuna e efetiva no primeiro nível do sistema de saúde. Para tanto, pretendemos entrevistar uma amostra de residentes em Bagé internados nos hospitais do município (Santa Casa de Caridade e Hospital Universitário da URCAMP), num tempo estimado entre 2 e 3 meses.

Os pacientes serão entrevistados durante sua internação no hospital, por entrevistadores treinados para esse fim. Os entrevistadores visitarão diariamente cada hospital para identificar os pacientes internados no dia e entrevistá-los. A equipe de trabalho será especialmente treinada para responder aos preceitos éticos e comportamentais que se exigem nesse tipo de trabalho, enfatizando o respeito ao paciente e aos médicos e demais trabalhadores do hospital, procurando ao máximo não alterar a rotina do trabalho. O entrevistador estará devidamente identificado com o crachá da pesquisa e sua única função no hospital será entrevistar o paciente, sem emitir opinião sobre sua situação de saúde e conduta terapêutica. Antes de iniciar o questionário será solicitado o consentimento do paciente. É garantida toda a confidencialidade sobre as informações coletadas sobre o paciente, e os hospitais não serão identificados. Será solicitada a aprovação dos diretores dos hospitais para a realização do estudo.

Agradecendo antecipadamente Vossa colaboração e permanecendo à Vossa disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas, nos despedimos atenciosamente.

Fúlvio Borges Nedel

R. Felipe de Oliveira nº 495 ap. 202

90.630-000 Porto Alegre - RS

(51) 3061-8201 (51) 9999-8201

fulvionedel@yahoo.com.br

Luiz Augusto Facchini

Departamento de Medicina Social da UFPel

Av. Duque de Caxias 250 – 3º piso

96.030-002 Pelotas – RS



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Pelotas, 28 de agosto de 2006.

Senhor Diretor do Hospital Universitário da Universidade Regional da Campanha – URCAMP

Nos dirigimos a Vossa Senhoria para solicitar autorização para a realização do **Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Bagé, RS**. Essa pesquisa faz parte de um projeto de tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, realizado por mim, Fúlvio Borges Nedel e orientado pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini. Está apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde, com recursos do edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – N° 49/2005.

O objetivo do estudo é analisar o efeito de residir em Área de Saúde da Família, bem como usar os serviços do Programa Saúde da Família, sobre a internação hospitalar por causas que se consideram evitáveis por uma atenção oportuna e efetiva no primeiro nível do sistema de saúde. Para tanto, pretendemos entrevistar uma amostra de residentes em Bagé internados nos hospitais do município (Santa Casa de Caridade e Hospital Universitário da URCAMP), num tempo estimado entre 2 e 3 meses.

Os pacientes serão entrevistados durante sua internação no hospital, por entrevistadores treinados para esse fim. Os entrevistadores visitarão diariamente cada hospital para identificar os pacientes internados no dia e entrevistá-los. A equipe de trabalho será especialmente treinada para responder aos preceitos éticos e comportamentais que se exigem nesse tipo de trabalho, enfatizando o respeito ao paciente e aos médicos e demais trabalhadores do hospital, procurando ao máximo não alterar a rotina do trabalho. O entrevistador estará devidamente identificado com o crachá da pesquisa e sua única função no hospital será entrevistar o paciente, sem emitir opinião sobre sua situação de saúde e conduta terapêutica. Antes de iniciar o questionário será solicitado o consentimento do paciente. É garantida toda a confidencialidade sobre as informações coletadas sobre o paciente, e os hospitais não serão identificados. Será solicitada a aprovação dos diretores dos hospitais para a realização do estudo.

Agradecendo antecipadamente Vossa colaboração e permanecendo à Vossa disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas, nos despedimos atenciosamente.

Fúlvio Borges Nedel

R. Felipe de Oliveira nº 495 ap. 202

90.630-000 Porto Alegre - RS

(51) 3061-8201 (51) 9999-8201

fulvionedel@yahoo.com.br

Luiz Augusto Facchini

Departamento de Medicina Social da UFPel

Av. Duque de Caxias 250 – 3º piso

96.030-002 Pelotas – RS



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Caro Profissional das Unidades de Saúde de Bagé

A Secretaria Municipal de Saúde de Bagé está apoiando outro estudo epidemiológico de avaliação da Atenção Básica no município. É o “**Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**”, onde são analisadas as internações evitáveis através do acesso oportuno e efetivo aos serviços de Atenção Básica.

Nesta fase do estudo, as entrevistadoras visitarão as Unidades de Saúde Prado Velho, Arvorezinha, PS Castro Alves, Passo das Pedras, Damé, Floresta, Santa Cecília, Vila Gaúcha, Bairro Popular, Camilo Gomes, Ivo Ferronato, Eduardo Sá Monmanny, CAIC, São Martin, Centro Social Urbano, Instituto de Menores e Stand, e entrevistarão também as equipes das Unidades Móveis I e II.

Será aplicado um questionário com perguntas objetivas, previsto para ser respondido em um tempo médio de 10 a 15 minutos. Todas as informações são confidenciais. O estudo é parte de uma tese de doutorado na Universidade Federal de Pelotas e sua participação é voluntária. Lembramos, mais uma vez, que a confidencialidade das respostas está garantida e sua identidade não será conhecida, podendo expressar livremente sua opinião.

É possível que alguns trabalhadores já tenham respondido o questionário, em outro estudo, realizado há pouco mais de ano. Se você é uma dessas pessoas, responda-o novamente, por favor.

Se você deseja mais informações, fale com o investigador principal, Fúlvio Borges Nedel pelo telefone 051 3061-8201 ou pelo e-mail fulvionedel@yahoo.com.br.

Atenciosamente,

Fúlvio Borges Nedel
Investigador principal

De acordo,

Maria Valéria Rodrigues
Secretaria Municipal de Saúde de Bagé

ANEXO 13 – Reportagem sobre o estudo em Bagé

The screenshot shows the website **MINUANO ONLINE** with the URL <http://www.jornalminuano.com.br/noticia.php?id=14980&data=&volta=1>. The page features a navigation menu with options like 'edição do dia', 'fale conosco', 'publicidade', and 'assinaturas'. The main content area displays a news article from the 'CIDADE' section, dated 17/04/2007, titled 'Pesquisa aponta impacto positivo do ESF nas internações hospitalares'. The article text discusses a study conducted by the Center of Sciences at Urcamp, highlighting the positive impact of the Family Health Strategy (ESF) on hospital admissions. The sidebar on the right includes a 'capa do dia' section with a thumbnail of the newspaper, an 'EXTRAS' section with links to previous editions, and an 'ENQUETE' (poll) section asking about expectations for the new year's government.

Figura 6 – Reportagem sobre a pesquisa e apresentação dos resultados à comunidade em Bagé.

*ANEXO 14 – Arquivo .cnv para a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis
à Atenção Primária (Portaria MS nº 221, de 17 de abril de 2008)*

;Lista detalhada das Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial - MS

;Portaria MS no. 221, de 17 de abril de 2008

;

; Diagnósticos: CID-10

;

89 4

89	Demais causas	A000-Z999
88	Todas CSAP	A370-A379,A360-A369,A33 ,A330,A34 ,A340,A35 ,A350,B260-B269
88		B060-B069,B050-B059,A950-A959,B160-B169,G000,A170,A190-A199
88		A150-A169,A171-A179,A180-A188,I00 ,I000,I010-I029,A510-A539
88		B500-B538,B54 ,B540,B770-B779
88		A000-A085,E86 ,E860,A09 ,A090,D500-D509,E400-E469,E500-E649
88		H660-H669,J00 ,J000-J039,J060-J069,J310-J312
88		J13 ,J130,J14 ,J140,J153,J154,J158,J159,J181
88		J46 ,J450-J460,J200-J219,J40 ,J42 ,J400-J449,J47 ,J470
88		I10 ,I100,I110,I119,I200-I209,I500-I509,J81 ,J810
88		I630-I679,I690-I698,G450-G469,E100-E149,G400-G419
88		N10 ,N12 ,N100-N120,N300-N309,N340-N343,N390
88		A46 ,A460,L010-L049,L080-L089,N72 ,N700-N739,N750-N768
88		K250-K289,K920-K922,O230-O239,A500-A509,P350
88	1 D. preveníveis por imunização e condições evit.	A370-A379,A360-A369,A33 ,A330,A34 ,A340,A35 ,A350,B260-B269
88	1	B060-B069,B050-B059,A950-A959,B160-B169,G000,A170,A190-A199
88	1	A150-A169,A171-A179,A180-A188,I00 ,I000,I010-I029,A510-A539
88	1	B500-B538,B54 ,B540,B770-B779
1	2 1.1 Coqueluche	A370-A379
1	3 1.2 Difteria	A360-A369
1	4 1.3 Tétano	A33 ,A330,A34 ,A340,A35 ,A350
1	5 1.4 Parotidite	B260-B269
1	6 1.5 Rubéola	B060-B069
1	7 1.6 Sarampo	B050-B059
1	8 1.7 Febre Amarela	A950-A959
1	9 1.8 Hepatite B	B160-B169

1	10	1.9 Meningite por Haemophilus	G000
1	11	1.10 Meningite Tuberculosa	A170
1	12	1.11 Tuberculose miliar	A190-A199
1	13	1.12 Tuberculose Pulmonar	A150-A169,A171-A179
1	14	1.13 Outras Tuberculoses	A180-A188
1	15	1.14 Febre reumática c/ ou s/ compr. cardíaco	I00 ,I000,I010-I029
1	16	1.15 Sífilis	A510-A539
1	17	1.16 Malária	B500-B538,B54 ,B540
1	18	1.17 Ascariíase	B770-B779
88	19	2 Gastroenterites infecciosas e complicações	A000-A085,E86 ,E860,A09 ,A090
19	20	2.1 Desidratação	E86 ,E860
19	21	2.2 Gastroenterites	A000-A085,A09 ,A090
88	22	3 Anemia por deficiência de ferro	D500-D509
88	23	4 Deficiências Nutricionais	E400-E469,E500-E649
23	24	4.1 Kwashiorkor e outras desnutr. prot.-calór.	E400-E469
23	25	4.2 Outras deficiências nutricionais	E500-E649
88	26	5 Infecções de ouvido, nariz e garganta	H660-H669,J00 ,J000-J039,J060-J069,J310-J312
26	27	5.1 Otite média supurativa	H660-H669
26	28	5.2 Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00 ,J000
26	29	5.3 Sinusite aguda	J010-J019
26	30	5.4 Faringite aguda	J020-J029
26	31	5.5 Amigdalite aguda	J030-J039
26	32	5.6 Infecção Aguda VAS localizações múlt. e NE	J060-J069
26	33	5.7 Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J310-J312
88	34	6 Pneumonias bacterianas	J13 ,J130,J14 ,J140,J153,J154,J158,J159,J181
34	35	6.1 Pneumonia Pneumocócica	J13 ,J130
34	36	6.2 Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14 ,J140
34	37	6.3 Pneumonia por Streptococcus	J153,J154
34	38	6.5 Pneumonia bacteriana NE	J158,J159
34	39	6.6 Pneumonia lobar NE	J181
88	40	7 Asma	J46 ,J450-J460
88	41	8 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	J200-J219,J40 ,J42 ,J400-J449,J47 ,J470

41	42	8.1 Bronquite aguda	J200-J219
41	43	8.2 Bronquite não especificada aguda ou crônica	J40 ,J400
41	44	8.3 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J410-J418
41	45	8.4 Bronquite crônica não especificada	J42 ,J420
41	46	8.5 Enfisema	J430-J439
41	47	8.6 Bronquectasia	J47 ,J470
41	48	8.7 Outras DPOC	J440-J449
88	49	9 Hipertensão	I10 ,I100,I110,I119
49	50	9.1 Hipertensão essencial	I10 ,I100
49	51	9.2 Doença cardíaca hipertensiva	I110,I119
88	52	10 Angina pectoris	I200-I209
88	53	11 Insuficiência Cardíaca	I500-I509,J81 ,J810
53	54	11.1 Insuficiência Cardíaca	I500-I509
53	55	11.2 Edema agudo de pulmão	J81 ,J810
88	56	12 Doenças Cerebrovasculares	I630-I679,I690-I698,G450-G469
88	57	13 Diabetes mellitus	E100-E149
57	58	13.1 Com coma ou cetoacidose	E100,E101,E110,E111,E120,E121,E130,E131,E140,E141
57	59	13.2 Com complicações	E102-E108,E112-E118,E122-E128,E132-E138,E142-E148
57	60	13.3 Sem complicações especificadas	E109,E119,E129,E139,E149
88	61	14 Epilepsias	G400-G419
88	62	15 Infecção no Rim e Trato Urinário	N10 ,N12 ,N100-N120,N300-N309,N340-N343,N390
62	63	15.1 Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10 ,N100
62	64	15.2 Nefrite túbulo-intersticial crônica	N110-N119
62	65	15.3 Nefrite túbulo-interst. NE c/ aguda crôn.	N12 ,N120
62	66	15.4 Cistite	N300-N309
62	67	15.5 Uretrite	N340-N343
62	68	15.6 Infecção do trato urinário de localiz. NE	N390
88	69	16 Infecção na Pele e tecido Subcutâneo	A46 ,A460,L010-I049,L080-L089
69	70	16.1 Erisipela	A46 ,A460
69	71	16.2 Impetigo	L010,L011
69	72	16.3 Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L020-L029
69	73	16.4 Celulite	L030-L039

69	74	16.5 Linfadenite aguda	L040-L049
69	75	16.6 Outras infec. localiz. pele e tec. subcut.	L080-L089
88	76	17 Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N72 ,N700-N739,N750-N768
76	77	17.1 Salpingite e ooforite	N700-N709
76	78	17.2 Doença inflamatória do útero exceto o colo	N710-N719
76	79	17.3 Doença inflamatória do colo do útero	N72 ,N720
76	80	17.4 Outras doenças inflamatórias pélvicas fem.	N730-N739
76	81	17.5 Doenças da glândula de Bartholin	N750-N759
76	82	17.6 Outras afec. infl. da vagina e vulva	N760-N768
88	83	18 Úlcera gastrointestinal com hemorragia ou perf.	K250-K289,K920-K922
88	84	19 Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	O230-O239,A500-A509,P350
84	85	19.1 Infecção no Trato Urinário na gravidez	O230-O239
84	86	19.2 Sífilis congênita	A500-A509
84	87	19.3 Síndrome da rubéola congênita	P350

ANEXO 15 – Sintaxes de manejo dos dados no R

```

#=====
#                               1o. Arquivo .r pras CSAP RS 2007
#                               -----
# SINTAXE PARA LEITURA DA BD DE POPULAÇÃO DO BRASIL, 2007
# Crio um ".Rdata" com RS e Brasil ('popbr07.Rdata') e outro só com a do RS
# ("PSF_RS07.Rdata")
#=====

library(foreign)
popbr07 <- read.dbf("POPBR07.DBF", as.is=T)
library(Hmisc)
popbr07 <- upData(popbr07, lowernames=T,
                 rename = c(munic_res="munres"),
                 munres = factor(munres),
                 ano = as.numeric(ano),
                 sexo = factor(sexo, labels=c("masc", "fem")),
                 fxetaria = factor(fxetaria, labels=c("<1ano", " 1ano", " 2anos",
                 " 3anos", " 4anos", " 5anos", " 6anos", " 7anos",
                 " 8anos", " 9anos", "10anos", "11anos", "12anos",
                 "13anos", "14anos", "15anos", "16anos", "17anos",
                 "18anos", "19anos", "20-24", "25-29", "30-34",
                 "35-39", "40-44", "45-49", "50-54", "55-59",
                 "60-64", "65-69", "70-74", "75-79", "80 +")),
                 drop = 'situacao')
fxetaria5 <- cut(as.numeric(popbr07$fxetaria),
               breaks = c(0,5,10,15,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33))
popbr07$fxetar5 <- factor(fxetaria5, labels=c(" 0- 4", " 5- 9", "10-14", "15-19",
               "20-24", "25-29", "30-34", "35-39", "40-44", "45-49", "50-54",
               "55-59", "60-64", "65-69", "70-74", "75-79", "80 +"))
#-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-
#                               Rio Grande do Sul
#-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-
poprs07 <- subset(popbr07, substr(popbr07$munres, 1, 2) == "43", drop=T)
poprs07$munres <- factor(poprs07$munres)
row.names(poprs07) <- NULL
rm(fxetaria5, grupidade) ; ls()
save.image(file="pop07.Rdata")
ls() ; rm(popbr07) ; ls()
write.table(poprs07, "poprs07.txt", row.names=F)
save(poprs07, file="PSF_RS07.Rdata")

# ir para '02_lista_csap.r'

```

```

=====
#
#           2o. Arquivo .r pras CSAP RS 2007
#
# -----
# SINTAXE PARA LEITURA DA BD DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, RS 2007,
# Recodifico os CID pra CSAP(var. 'csapms', valores 1-não, 2-sim), arrumo a base
# (defino fatores, calculo idade, etc.) e guardo em "PSF_RS07.Rdata".
#=====
# A criação de uma base única em DBF, a partir da:
# - união das bases mensais do SIH/SUS (RDRS<0701-0807>.DBC);
# - seleção dos campos de interesse;
# - seleção dos residentes no RS e ano de internação 2007; e
# - exclusão dos procedimentos obstétricos (grupo 35 do SIH/SUS),
# foi feita no TabWin.
library(foreign)
aihrs07 <- read.dbf('aihrs07.dbf', as.is=T)
attach(aihrs07)
#
#-----
# LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA
#           Portaria MS nº 221, de 17 de abril de 2008
#-----
#
# GRUPO 01 - Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
g01 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "A33" & DIAG_PRINC < "A38", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "B26" & DIAG_PRINC < "B27", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "B05" & DIAG_PRINC < "B07", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "A95" & DIAG_PRINC < "A96", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "B16" & DIAG_PRINC < "B17", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC == "G000" , 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "A15" & DIAG_PRINC < "A20", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "I00" & DIAG_PRINC < "I03", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "A51" & DIAG_PRINC < "A54", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "B50" & DIAG_PRINC < "B55", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "B77" & DIAG_PRINC < "B78", 1, 2))))))))))
#GRUPO 02 - Gastreenterites
g02 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,2)=="A0" , 1,
             ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="E86", 1, 2))
#GRUPO 03 - Anemia
g03 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="D50", 1, 2)
#GRUPO 04 - Deficiências nutricionais
g04 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "E40" & DIAG_PRINC < "E47", 1,
             ifelse(DIAG_PRINC >= "E50" & DIAG_PRINC < "E65", 1, 2))
#GRUPO 05 - Infec. ouvido, nariz e garganta
g05 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="H66", 1,

```

```
        ifelse(DIAG_PRINC >= "J0" & DIAG_PRINC < "J04", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="J06", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="J31", 1, 2))))
#GRUPO 06 - Pneumonias bacterianas
g06 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "J13" & DIAG_PRINC < "J15" , 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "J153" & DIAG_PRINC <= "J154", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "J158" & DIAG_PRINC <= "J159", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC == "J181", 1, 2))))
#GRUPO 07 - Asma
g07 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "J45" & DIAG_PRINC < "J47", 1, 2)
#GRUPO 08 - DPOC
g08 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "J20" & DIAG_PRINC < "J22", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "J40" & DIAG_PRINC < "J45", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3) == "J47", 1, 2)))
#GRUPO 09 - Hipertensão
g09 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "I10" & DIAG_PRINC < "I12", 1, 2)
#GRUPO 10 - Angina pectoris
g10 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="I20", 1, 2)
#GRUPO 11 - Insuficiência cardíaca
g11 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="I50", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="J81", 1, 2))
#GRUPO 12 - D. cerebrovasculares
g12 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "I63" & DIAG_PRINC < "I68", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="I69" , 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "G45" & DIAG_PRINC < "G47", 1, 2)))
#GRUPO 13 - Diabete mellitus
g13 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "E10" & DIAG_PRINC < "E15", 1, 2)
#GRUPO 14 - Epilepsias
g14 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "G40" & DIAG_PRINC < "G42", 1, 2)
#GRUPO 15 - Inf. rim e trato urinário
g15 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "N10" & DIAG_PRINC < "N13", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC == "N390", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3) == "N34", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3) == "N30", 1, 2))))
#GRUPO 16 - Inf. pele e tec. cel. subcutâneo
g16 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3) == "A46", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "L01" & DIAG_PRINC < "L05", 1,
        ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3) == "L08", 1, 2)))
#GRUPO 17 - D. infl. órgãos pélvicos femininos
g17 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "N70" & DIAG_PRINC < "N74", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "N75" & DIAG_PRINC < "N77", 1, 2))
#GRUPO 18 - Úlcera gastroint. com hemorr. ou perf.
g18 <- ifelse(DIAG_PRINC >= "K25" & DIAG_PRINC < "K29", 1,
        ifelse(DIAG_PRINC >= "K920" & DIAG_PRINC <= "K922", 1, 2))
```

```

#GRUPO 19 - D. relacionadas ao pré-natal e parto
g19 <- ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="O23" , 1,
             ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,3)=="A50" , 1,
             ifelse(substr(DIAG_PRINC, 1,4)=="P350", 1, 2)))

detach(aihrs07)
# Guardo os objetos com os grupos num arquivo
save(list=ls(patt='^g') , file='csapRS07grupos.Rdata')

# Todas CSAP
aihrs07$csapms <- ifelse(g01==1 | g02==1 | g03==1 | g04==1 | g05==1 | g06==1 |
g07==1 | g08==1 | g09==1 | g10==1 | g11==1 | g12==1 | g13==1 | g14==1 | g15==1 |
g16==1 | g17==1 | g18==1 | g19==1, 1, 2)
rm(list=ls(patt='^g'))
aihrs07$NASC <- as.Date(format(aihrs07$NASC), format="%Y%m%d")
aihrs07$DT_INTER <- as.Date(format(aihrs07$DT_INTER), format="%Y%m%d")
aihrs07$DT_SAIDA <- as.Date(format(aihrs07$DT_SAIDA), format="%Y%m%d")

library(Hmisc)
aihrs07 <- upData(aihrs07, lowernames=T,
                 rename = c(munic_res="munres", proc_rea='procrea',
                             diag_princ='diagprin', dt_inter='dtinter',
                             dt_saida='dtsaida', munic_mov='munint'),
                 munres = factor(munres),
                 sexo = factor(sexo, labels=c("masc", "fem")),
                 csapms = factor(csapms, labels=c('sim', 'não')),
                 drop = c('n_aih', 'ident'))
aihrs07$idade <- ifelse(aihrs07$cod_idade == 4, aihrs07$idade,
                       ifelse(aihrs07$cod_idade < 4, 0,
                               ifelse(aihrs07$cod_idade == 5, aihrs07$idade+100,
                                       NA)))
comment(aihrs07$idade) <- "em anos completos"
aihrs07$cod_idade <- NULL
aihrs07$fxetar <- cut(aihrs07$idade,
                     breaks=c(0:19,20,25,30,35,40,45,50,55,60,65,70,75,80,
                               max(aihrs07$idade)), right=F, include.lowest=T,
                     labels=c("<1ano", " 1ano", " 2anos", " 3anos", " 4anos",
                               " 5anos", " 6anos", " 7anos", " 8anos", " 9anos",
                               "10anos", "11anos", "12anos", "13anos", "14anos",
                               "15anos", "16anos", "17anos", "18anos", "19anos",
                               "20-24", "25-29", "30-34", "35-39", "40-44",
                               "45-49", "50-54", "55-59", "60-64", "65-69",
                               "70-74", "75-79", "80 +"))
)

```

```
aihrrs07$fxetar5 <- cut(aihrs07$idade,
                        breaks=c(0,5,10,15,20,25,30,35,40,45,50,55,60,65,70,75,80,
                                  max(aihrs07$idade)), right=F, include.lowest=T,
                        labels=c("0-4", "5-9", "10-14", "15-19", "20-24", "25-29",
                                  "30-34", "35-39", "40-44", "45-49", "50-54", "55-59",
                                  "60-64", "65-69", "70-74", "75-79", "80 +"))
                        )
save(aihrs07, file="aihrs07.Rdata") # Salvo num arquivo só pras internações

## Crio outro objeto mais leve, selecionando variáveis, só com os casos (CSAP,
excluindo não-CSAP), acrescento a pop. e calculo taxas observadas e casos
esperados (pop.ref = Porto Alegre) por sexo e faixa etária
csaprs07 <- aihrs07[,c(1,3,11:12,10)]
csaprs07 <- csaprs07[do.call(order, csaprs07),]
csaprs07 <- with(csaprs07, as.data.frame(xtabs(csapms=="sim" ~ munres + sexo +
fxetar)))
csaprs07 <- csaprs07[do.call(order, csaprs07),]
row.names(csaprs07) <- NULL
csaprs07$casos <- csaprs07$Freq
csaprs07$Freq <- NULL
load('pop07.Rdata')
csaprs07$pop <- poprs07$populacao
csaprs07$taxa <- with(csaprs07, casos / pop)
csaprs07$casos.esp <- with(csaprs07, taxa[csaprs07$munres=='431490'] * pop)
comment(csaprs07) <- 'Uma linha por faixa etária e sexo (496 munres * 33 idades *
2 sexos = 32.736obs); taxa por 1; taxa ref. p/casos.esp=P.Alegre'

save(csaprs07, file='PSF_RS07.Rdata')

#-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-
# Ir para '03_csaprs07.r'
#-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

=====
#
#                               3o. Arquivo .r pras CSAP RS 2007
#                               -----
# Agregação e união das informações de outras fontes (tabulações CNES etc.);
# Padronizo as taxas, Porto Alegre é a referência; Crio tabelas com casos, pop,
# taxa e casos esperados e guardo em "PSF_RS07.Rdata".
=====

load("PSF_RS07.Rdata") # contém o objeto 'csaprs07'
## Dados agregados por município
# a.Agregação dos casos e cálculo da RME por sexo e 33 fxs. etárias
```

```

# b.Leitura de outras fontes de informação
# c.Unir em uma base

# a.Agregação dos casos e cálculo da RME
pormun <- aggregate(csaprs07[,c(4:5,7)], list(munres=csaprs07$munres), sum)
pormun <- pormun[do.call(order, pormun),]
pormun$taxa <- with(pormun, casos/pop)
comment(pormun) <- 'taxa bruta por 1'
pormun$rme <- with(pormun, casos / casos.esp)

# b.Leitura de informações de outras fontes
#-----
#           Cobertura do PSF, no. de equipes e tempo de implantação
#-----
#----- cobertura PSF -----
poppsf <- read.csv2(file="poppsf_rs06.csv")
poppsf <- poppsf[do.call(order, poppsf),]
  row.names(poppsf) <- NULL
  poppsf$munres <- factor(poppsf$munres)
  comment(poppsf) <- "pop. cadastrada no PSF em dez/2006"

#----- equipes PSF -----
esf <- read.csv2(file="equipes_psf_dez06.csv")
esf <- esf[do.call(order, esf),]
  row.names(esf) <- NULL
  esf$munres <- factor(esf$munres)
  all.equal(esf$munres, poppsf$munres)
  esf[which(poppsf$poppsf==0 & esf$esf>=0), ]
  esf[poppsf$poppsf==0, 3] <- NA # 0 estrutural: se não tem PSF, NSA equipes
  esf$esf[esf$esf==0] <- NA      # 0 estrutural: se não tem equipes não tem PSF
  cbind(esf[is.na(esf$esf)],, 'poppsf'=poppsf$poppsf[is.na(esf$esf)])
  esf$nomemun <- NULL
  comment(esf) <- "no. de equipes do PSF em dezembro de 2006"

#----- tempo de implantação PSF -----
psftempo <- read.csv2(file="psftempomes.csv")
psftempo <- psftempo[do.call(order, psftempo),]
  row.names(psftempo) <- NULL
  str(psftempo) ; summary(psftempo)
  psftempo$munres <- factor(psftempo$munres)
  all.equal(psftempo$nomemun, poppsf$nomemun)
  psftempo$nomemun <- NULL
  psftempo[poppsf$poppsf==0, 2] <- NA
  psftempo$inicio <- as.Date(psftempo$inicio, format="%d/%m/%Y")

```



```
psftempo$anoimpl <- as.numeric(substr(psftempo$inicio, 1, 4))
psftempo$tempimpl <- difftime(as.Date("2006-12-1"), psftempo$inicio)
psftempo$mesesimpl <- as.numeric(round(psftempo$tempimpl/30))
comment(psftempo) <- "mês, ano e tempo de implantação do PSF no município"

# Agora calculo a cobertura
poppsf$scobpsf <- poppsf$poppsf / pormun$pop
comment(poppsf$scobpsf) <- "proporção (por 1) pop.cadastrada no PSF, no
município"
# e a pop. adscrita às equipes
esf$popads <- poppsf$poppsf / esf$esf
comment(esf$popads) <- "no. médio de habitantes adscritos às equipes"

#----- leitos pelo SUS -----
leitos <- read.csv2(file="leitossus_rs06.csv")
leitos <- leitos[do.call(order, leitos),]
colnames(leitos)[3] <- c("nleitos")
leitos$prop1SUS <- leitos$nleitos / leitos$total
leitos[2] <- NULL ; leitos$naoSUS <- NULL ; leitos$total <- NULL
comment(leitos) <- "Fonte: DATASUS tabnet CNES"
comment(leitos$nleitos) <- "n° de leitos do SUS no município"
comment(leitos$prop1SUS) <- "leitos do SUS / total de leitos no município"

#----- consultórios de clínica básica -----
consclinbas <- read.csv2(file="clinbas_rs06.csv")
consclinbas <- consclinbas[do.call(order, consclinbas),]
row.names(consclinbas) <- NULL
consclinbas$munres <- factor(consclinbas$munres)
all.equal(consclinbas$munres, poppsf$munres)
consclinbas$nomemun <- NULL
consclinbas$cons.clinbas[is.na(consclinbas$cons.clinbas)=="TRUE"] <- 0
consclinbas$conshab <- consclinbas$cons.clinbas / pormun$pop

#----- estabelecimentos de clínica básica -----
estab <- read.csv2(file="estabelecimentos.csv")
estab <- estab[do.call(order, estab),]
row.names(estab) <- NULL
estab$munres <- factor(estab$munres)
all.equal(estab$munres, pormun$munres)
estab$nomemun <- NULL
estab$publicos[is.na(estab$publicos)=="TRUE"] <- 0
estab$est.publ <- estab$publicos
estab$publicos <- NULL
estab$est.publhab <- estab$est.publ / pormun$pop
```

```
#----- médicos por especialidade selecionada e total -----
med <- read.csv2(file="medicos.csv")
med <- med[do.call(order, med),]
  row.names(med) <- NULL
  med$munres <- factor(med$munres)
  all.equal(med$munres, pormun$munres)
  # a diferença no comprimento indica que devo usar merge pra unir as bases

#----- IDH-M -----
idhm <- read.csv2(file="pnud_idhm.csv")
idhm <- idhm[do.call(order, idhm),]
  idhm$munres <- factor(idhm$munres)
  idhm$nomemun <- NULL
  idhm$idhm91 <- NULL
  idhm$idhmrenda91 <- NULL
  idhm$idhmrenda00 <- NULL
  idhm$idhmlongev91 <- NULL
  idhm$idhmlongev00 <- NULL
  idhm$idhmedu91 <- NULL
  idhm$idhmedu00 <- NULL
  row.names(idhm) <- NULL

#-----
#           Indicadores do Pacto da Atenção Básica
#-----
#----- % diabéticos cadastrados (ano 2006) -----
dmcad <- read.csv2("pab_%diacad.csv") ; str(dmcad) ; head(dmcad)
dmcad <- dmcad[do.call(order, dmcad),]
dmcad$nomemun <- NULL
  row.names(dmcad) <- NULL

#----- % hipertensos cadastrados (ano 2006) -----
hipcad <- read.csv2("pab_%hipcad.csv") ; str(hipcad) ; head(hipcad)
hipcad <- hipcad[do.call(order, hipcad),]
hipcad$nomemun <- NULL
  row.names(hipcad) <- NULL

#----- média mensal de Visitas Domiciliares por família (ano 2006) -----
mediavd <- read.csv2("pab_medvd.csv") ; str(mediavd) ; head(mediavd)
mediavd <- mediavd[do.call(order, mediavd),]
mediavd$municipio <- NULL
mediavd$munres <- mediavd$nomemun
mediavd$nomemun <- NULL
```

```
row.names(mediavd) <- NULL

#- média anual de consultas médicas por hab., nas especialidades básicas (2006)-
mediacons <- read.csv2("pab_medCons.csv") ; str(mediacons) ; head(mediacons)
mediacons <- mediacons[do.call(order, mediacons),]
mediacons$nomemun <- NULL
row.names(mediacons) <- NULL

#- porcentagem de nascidos vivos de mães com mais de 6 consultas de Pré-Natal --
pc7consPN <- read.csv2("pab_pcconsPN.csv") ; str(pc7consPN) ; head(pc7consPN)
pc7consPN <- pc7consPN[do.call(order, pc7consPN),]
pc7consPN$nomemun <- NULL
row.names(pc7consPN) <- NULL

# razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59
# anos e a população feminina nesta faixa etária, de 2002 a 2006
# (Fonte: SISCAM/SISCOLO)
cobcp <- read.csv2("pab_cobCP.csv") ; str(cobcp) ; head(cobcp)
cobcp <- cobcp[do.call(order, cobcp),]
cobcp$nomemun <- NULL
row.names(cobcp) <- NULL

# c.Unir em uma base
pormun <- merge(pormun, poppsf, by="munres")
# colocar o nome do município depois do código # names(pormun)
pormun <- pormun[ , c(1,7,2:3,5,4,6,8:9)]
pormun <- merge(pormun, esf, by="munres")
pormun <- merge(pormun, psftempo, by="munres")
pormun <- merge(pormun, leitost, by="munres", all.x=T)
pormun$tleitost[is.na(pormun$tleitost)==TRUE] <- 0
pormun$tleitostporhab <- pormun$tleitost / pormun$pop
pormun <- cbind(pormun, estab[4:5])
pormun <- cbind(pormun, consclinbas[2:3])
pormun <- merge(pormun, med, by="munres", all.x=T)
pormun <- pormun[do.call(order, pormun),]
pormun$mgc[is.na(pormun$mgc)==TRUE] <- 0
pormun$gineco[is.na(pormun$gineco)==TRUE] <- 0
pormun$pediatria[is.na(pormun$pediatria)==TRUE] <- 0
pormun$clingeral[is.na(pormun$clingeral)==TRUE] <- 0
pormun$total.medico[is.na(pormun$total.medico)==TRUE] <- 0
pormun$mgc.hab <- pormun$mgc / pormun$pop
pormun$totmed.hab <- pormun$total.medico / pormun$pop
pormun <- merge(pormun, idhm, by="munres", all.x=T)
pormun <- pormun[do.call(order, pormun),]
```

```
pormun <- merge(pormun, dmcad, by="munres", all.x=T, sort=T)
pormun <- merge(pormun, hipcad, by="munres", all.x=T, sort=T)
pormun <- merge(pormun, mediavd, by="munres", all.x=T, sort=T)
pormun <- merge(pormun, mediacons, by="munres", all.x=T, sort=T)
pormun <- merge(pormun, pc7consPN, by="munres", all.x=T, sort=T)
pormun <- merge(pormun, cobcp, by="munres", all.x=T, sort=T)
comment(pormun$cobpsf) <- "proporção pop.cadastrada no PSF, dez/2006"
comment(pormun$anoimpl) <- "ano de implantação do PSF no município"
comment(pormun$tempimpl) <- "tempo(anos) de implantação do PSF no município"
comment(pormun$nleitos) <- "n° de leitos do SUS no município"
comment(pormun$proplSUS) <- "leitos do SUS / total de leitos no município"
comment(pormun$esf) <- "no. de equipes do PSF em atividade, dez/2006"
comment(pormun$mgc.hab) <- "MGC por hab."
comment(pormun$totmed.hab) <- "Total de médicos por hab."
comment(pormun$pcdiacad) <- "% diabéticos cadastrados no município"
comment(pormun$pchipercad) <- "% hipertensos cadastrados no município"
comment(pormun$media.vd) <- "média de Visitas Domiciliares no município"
comment(pormun$mediacons) <- "consultas por ano"
comment(pormun$pc7consPN) <- "% NV mais de 6 cons. PN"
comment(pormun$cobCP) <- "n° papanicolau / mulheres, 25-59 anos"
comment(pormun) <- "um registro por município; nleitos: no. leitos hospitalares
do SUS no município; proplSUS: leitos do SUS / total leitos no município"

save(csaprs07, pormun, file='PSF_RS07.Rdata')
# vai para 04_psf_rs07_categoriza.r
```