



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LEONARDO DI COLLI

**A GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL: UMA
AVALIAÇÃO EM APUCARANA-PR**

LEONARDO DI COLLI

**A GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL: UMA
AVALIAÇÃO EM APUCARANA-PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Londrina
2006

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D554g Di Colli, Leonardo.

A gestão plena do sistema municipal : uma avaliação em Apucarana-PR. / Leonardo Di Colli. – Londrina, 2006.

126f. : il.

Orientador : Luiz Cordoni Júnior.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2006.

Bibliografia : f.100-103.

1. Serviços de saúde pública – Teses. 2. Hospitais – Custo operacional – Teses 3. Hospitais – Custos – Teses. 4. Hospitais – Avaliação – Teses. I. Cordoni Júnior, Luiz. II. Universidade Estadual de Londrina. III. Título.

LEONARDO DI COLLI

**A GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL: UMA
AVALIAÇÃO EM APUCARANA-PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Prof. Dr. Darly Antônio Soares

Prof^a. Dr^a. Thais Aida de Freitas Mathias

Londrina, 03 de maio de 2006.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, que proporcionaram em minha vida a
construção de um ideal profissional e de conquistar
este sonho.*

*A minha esposa Marilice, meus filhos Giovanni e Luigi, pela
compreensão e em todo momento terem incentivado a
realização deste curso.*

AGRADECIMENTOS

Manifesto meus agradecimentos ao Professor Doutor Luiz Cordoni Júnior, pela proficiente, objetiva e fundamental orientação na realização desta pesquisa; aos coordenadores e professores do curso de mestrado, pelo empenho, propiciando-nos a apropriação de novos conhecimentos; aos meus colegas de turma, pela parceria, amizade, entusiasmo e a troca gratuita e enriquecedora de informações; ao Professor Darli Antonio Soares, por seu apoio e pelas importantes sugestões na sistematização e seleção dos indicadores; ao amigo Roberto Mendes Fernandes, pelo fornecimento dos CD-ROM relativos aos anos estudados e pela realização do curso sobre o programa TABWIN; à professora Tiemi Matsuo, por sua prontidão e competência na análise estatística dos dados encontrados; aos profissionais da Autarquia Municipal de Saúde e da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, por seu importante apoio e valiosa contribuição no fornecimento das informações necessárias; enfim, a todos os que, de alguma forma, prestaram inestimável ajuda na realização desta pesquisa.

DI COLLI, Leonardo. **A gestão plena do sistema municipal:** uma avaliação em Apucarana-PR. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

RESUMO

A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 proporcionou aos municípios a habilitação na modalidade de gestão plena do sistema municipal ou da gestão da atenção básica. Foi considerada como a mais descentralizadora de todas as anteriores e possibilitou aos municípios gerir seus próprios recursos e implantar estratégias que contemplassem a saúde da população. O objetivo deste estudo foi analisar e comparar indicadores hospitalares e ambulatoriais nos períodos antes e após a implantação da gestão plena no Município de Apucarana. Baseou-se na análise de dados obtidos do sistema de informações hospitalares (S.I.H) e ambulatoriais (S.I.A.) do SUS, disponíveis em CD-ROM, tabulados pelo programa TABWIN do Ministério da Saúde. A construção dos indicadores foi baseada na seleção daqueles que poderiam demonstrar alterações em decorrência da intervenção. Foram examinados os indicadores que seguem. Desempenho: taxa de internação hospitalar, proporção de evasão e invasão das internações, proporção de internação por clínica, tempo de permanência e número de procedimentos ambulatoriais. Econômicos: gasto per capita, custo médio das autorizações de internação hospitalar, gastos com internações hospitalares da população residente no próprio município e de residentes em outras localidades, gastos com atendimento ambulatorial, relação entre gastos ambulatorial e hospitalar e proporção de gastos com atenção básica em relação aos gastos totais com saúde. A análise da evolução, considerando o período de 10 anos, realizou-se através da análise de variância para avaliar o modelo de regressão linear estimado em função do tempo, através do programa The SAS System. A comparação entre os períodos foi realizada utilizando-se a distribuição de Poisson. Os valores em reais foram atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC – do IBGE. Ficaram demonstradas as alterações ocorridas nos indicadores nos períodos de 1996-1997 e 2000- 2001, antes e após a implantação da gestão plena, e na série histórica, de 1995 a 2004. O aumento da resolutividade dos serviços, o melhor acesso da população aos serviços de saúde de nível primário e secundário, a garantia às pactuações intermunicipais, o melhor desempenho do sistema municipal de controle, avaliação e auditoria, a melhor confiabilidade da alimentação dos bancos de dados e a melhora da tecnologia médica foram os aspectos que demonstraram relação com a implantação da Gestão Plena do Sistema no Município de Apucarana.

Palavras Chaves: Avaliação; Gastos com Hospitalização; Gastos em Saúde; Sistema de Saúde; Serviços de Saúde.

DI COLLI, Leonardo. **Municipal Health System Integral Management: an Evaluation in Apucarana-PR, Brazil.** 2005. 126 pp. Dissertation (Mastership in the area of Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brazil, 2006.

ABSTRACT

Brazilian Unified Health System's (SUS's) Operational Basic Norm # 01/96 has provided Brazilian municipalities the habilitation in municipal health system's integral management modality, or health system's basic management. This was considered the most decentralizing among all other previous norms, that made possible the municipalities to manage their own financial resources, as well as to implant strategies that would contemplate population's health policies. The objective of this survey was to analyze and compare hospital and outpatients care indicators in the time periods before and after the implantation of Integral Health Management in the city of Apucarana-PR, Brazil. It was based on data analyses obtained from SUS's both hospital (S.I.H.) and outpatients information system (S.I.A.), available in CD-ROM, and scheduled by Brazilian Health Ministry's TABWIN software. The elaboration of indicators was based on the selection of those indicators that could demonstrate changes following intervention. There have been examined the following indicators. Performance: hospitalization rates, evasion/invasion ratio, inter-clinical specialized medical assistance ratio, average permanence rates, outpatients care rates. Economics: *per capita* expense, Hospitalizing Licenses' average cost, hospitalizations expenses, outpatients care expenses, outpatients/hospital expenses ratio, and basic health care/total health expenses ratio. The analysis of the evolution considering the ten-year period was performed through variance analysis, in order to evaluate the linear regression model estimated against time, by means of The SAS System software. The comparison between time periods was carried out using Poisson's distribution. The monetary values in "Reais" (Brazilian currency) have been updated following Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística's (IBGE's) Consumer's National Price Index (INPC). The changes have demonstrated to occur between indicators within the time periods between 1996-1997, and 2000-2001, before and after the integral management implantation, as well as within the historical series, from 1995 to 2004. The increase of health services' response, the better access from the population to both primary and secondary health services, the guarantee of enforcement of intermunicipal agreements, the better performance of municipal control-evaluation-inspectorial system, the better database dependability, as well as the improvement of medical technology have been the aspects that have demonstrated their link with the implantation of Apucarana's Health System Integral Management.

Keywords: Evaluation; Expeditures Hospital; Health Expeditures; Health System; Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Dispersão das taxas anuais de internações da população residente em Apucarana no período de 1995 a 2004.....	45
Figura 2 -	Dispersão das proporções anuais das internações no próprio município da população residente do Município de Apucarana no período de 1995 a 2004.....	48
Figura 3 -	Dispersão das proporções anuais das internações da população de outros municípios ocorridas em Apucarana (invasão) no período de 1995 a 2004.....	51
Figura 4 -	Dispersão das proporções anuais das internações por clínica cirúrgica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004.....	54
Figura 5 -	Dispersão das proporções anuais das internações por clínica obstétrica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004.....	55
Figura 6 -	Dispersão das proporções anuais das internações por clínica médica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004.....	56
Figura 7-	Dispersão das proporções anuais das internações por clínica pediátrica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004.....	57
Figura 8 -	Dispersão das Médias anuais de Permanência por AIH das internações ocorridas no Município de Apucarana no período de 1995- 2004.....	60
Figura 9 -	Dispersão das produções anuais de procedimentos ambulatoriais básico realizados no Município de Apucarana no período de no período de 1995-2004.....	63

Figura 10 -	Dispersão das produções anuais de procedimentos ambulatoriais básicos realizados no Município de Apucarana no período de 1995-2004.....	64
Figura 11 -	Evolução dos gastos realizados com internações hospitalares ocorridas em Apucarana, por local de residência, no período de 1995-2004 (Em Reais corrigidos pelo INPC).....	66
Figura 12 -	Dispersão dos gastos per capita anuais das internações da população residente do Município de Apucarana no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).....	68
Figura 13 -	Dispersão dos custos médios anuais das internações da população residente ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).....	71
Figura 14 -	Dispersão dos custos médios anuais das internações da população de residentes de Apucarana ocorridas em outros municípios (Evasão) no período de 1995 a 2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).....	72
Figura 15 -	Dispersão dos custos médios anuais da população de outros municípios que se internaram em Apucarana (Invasão) no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).....	75
Figura 16 -	Dispersão dos custos médios anuais de todas as internações ocorridas no Município de Apucarana no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).....	76
Figura 17 -	Dispersão das relações anuais entre gasto ambulatorial sobre o total de gastos (ambulatorial + hospitalar) realizados em Apucarana no período de 1995-2004.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Taxa de internação (por 100 habitantes) da população residente em Apucarana, no período de 1995- 2004.....	44
Tabela 2 -	Taxa média de internação da população residente de Apucarana nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.....	46
Tabela 3 -	Distribuição anual das internações hospitalares da população residente de Apucarana segundo local de ocorrência, 1995-2004.....	47
Tabela 4 -	Taxa média de internação de residentes de Apucarana que se internaram no próprio município nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.....	49
Tabela 5 -	Taxa média de internação de residentes de Apucarana que se internaram em outros municípios no período de 1996-1997 e 2000-2001.....	49
Tabela 6 -	Distribuição anual das internações hospitalares ocorridas no Município de Apucarana segundo local de ocorrência, 1995-2004.....	50
Tabela 7 -	Proporção de internação da população de não residentes que internaram em Apucarana nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.....	52
Tabela 8 -	Distribuição anual das internações por clínica ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004.....	53
Tabela 9 -	Proporção de internação por clínica específicas ocorridas em Apucarana nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001.....	58
Tabela 10 -	Distribuição anual do tempo de permanência das internações ocorridas em Apucarana no período de 1995-2004.....	59
Tabela 11 -	Tempo de Permanência das internações ocorridas em Apucarana nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.....	61
Tabela 12 -	Distribuição anual da produção ambulatorial de procedimentos básicos e não básicos dos serviços de saúde de Apucarana no período de 1995 a 2004.....	62

Tabela 13 -	Procedimentos básicos produzidos pelos serviços de saúde de Apucarana nos biênios 1998-1999 e 2000-2001.....	65
Tabela 14 -	Distribuição anual do gasto per capita das internações da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, no período de 1995-2004 (Reais corrigidos pelo INPC).....	67
Tabela 15 -	Gasto per capita da população residente e internada em Apucarana nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001 (Reais corrigidos pelo INPC).....	69
Tabela 16 -	Distribuição anual do custo médio das internações da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, no período de 1995-2004 (Reais corrigidos pelo INPC).....	70
Tabela 17 -	Custo médio das internações da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, no período de 1995-2004 (Reais corrigidos pelo INPC).....	73
Tabela 18 -	Distribuição anual do custo médio das internações hospitalares ocorridas no Município de Apucarana, segundo local de residência, no período de 1995-2004 (Reais corrigidos pelo INPC).....	74
Tabela 19 -	Custo médio das internações hospitalares ocorridas no Município de Apucarana, segundo local de residência, no período de 1995-2004 (Reais corrigidos pelo INPC).....	77
Tabela 20 -	Custo Médio das internações de não residentes que se internaram em Apucarana nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001. (Reais corrigidos pelo INPC).....	78

Tabela 21 -	Valores repassados ao município de Apucarana referentes à atenção básica, procedimentos ambulatoriais, hospitalares (média, alta complexidade e estratégicos) e a relação recursos Ambulatorial/Hospitalar de 1995-2002. (Reais corrigidos pelo INPC).....	79
Tabela 22 -	Gastos com atenção básica nos biênios 1996-1997 e 2000-2001 no Município de Apucarana.(em Reais).....	81
Tabela 24 -	Gastos com procedimentos não básicos nos biênios 1997-1998 e 2000-2001 no Município de Apucarana.(em Reais).....	81
Tabela 23 -	Gastos com procedimentos hospitalares nos períodos de 1997-1998 e 2000-2001 no Município de Apucarana.(em Reais).....	82

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BCB	Banco Central do Brasil
CAPS	Centro de Atendimento Psico Social
CD-ROM	Compact Disc – Read Only Memory
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GED	Grupo Especial de Descentralização
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LACRSS	Iniciativa Regional para la Reforma Del Sector Salud em América Latina y el Caribe
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano de Descentralização e Regionalização
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRO-ADESS	Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O Processo de Descentralização e as Normas Operacionais Básicas	17
1.2 Responsabilidade dos Gestores	23
1.3 A Avaliação nos Serviços de Saúde	24
1.4 Fontes de Informação e produção bibliográfica	28
2 JUSTIFICATIVA	30
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4 MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1 Local de Estudo	33
4.2 Tipologia	34
4.3 Fonte e Processamento de Dados	35
4.4 Análise Estatística	36
4.5 Seleção dos Indicadores	37
4.5.1 Indicadores de Desempenho do Sistema	39
4.5.1.1 Taxa de Internação Hospitalar	39
4.5.1.2 Proporção de Invasão e Evasão de Internações Hospitalares	39
4.5.1.3 Proporção de Internação por Clínica..	40
4.5.1.4 Tempo de Permanência	40
4.5.1.5 Número de Procedimentos Ambulatoriais	40
4.5.2 Indicadores Econômicos.....	40
4.5.2.1 Gasto per capita	41
4.5.2.2 Custo Médio das Autorizações de Internação Hospitalar.....	41
4.5.2.3 Gastos com Internação Hospitalar pelo SUS	41
4.5.2.4 Gastos com Atendimento Ambulatorial	41
4.5.2.5 Relação entre Gastos Ambulatoriais e Gastos Hospitalares (SUS)	42

4.5.2.6	Proporção de Gastos com Atenção Básica em Relação aos Gastos	
	Totais com Saúde	42
4.6	Análise das Informações.....	43
4.7	Aspectos Éticos	43
5	RESULTADOS	44
5.1	INDICADORES DE DESEMPENHO DO SISTEMA	44
5.1.1	Taxa de Internação da População Residente em Apucarana	44
5.1.2	Internações Hospitalares da População Residente, Segundo Local de Ocorrência .	47
5.1.3	Internações Hospitalares Segundo Local de Residência	50
5.1.4	Distribuição das Proporções de Internações por Clínicas por Local de Ocorrência	53
5.1.5	Tempo de Permanência	59
5.1.6	Evolução dos Procedimentos Ambulatoriais Básicos e não Básicos	62
5.2	INDICADORES ECONÔMICOS.....	66
5.2.1	Gastos com Internações Hospitalares por Local de Residência	66
5.2.2	Gasto per Capita das Internações da População Residente em Apucarana	67
5.2.3	Custo Médio das Internações Hospitalares da População Residente por Local de Ocorrência	70
5.2.4	Custo Médio das Internações Hospitalares por Local de Residência.....	74
5.2.5	Evolução dos Pagamentos Ambulatoriais e Hospitalares	79
6	DISCUSSÃO	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
8	REFERÊNCIAS	100
9	APÊNDICES	104
	APÊNDICE A - Taxa de Internação Hospitalar	105
	APÊNDICE B - Proporção de Evasão e Invasão das Internações.....	107
	APÊNDICE C - Proporção de Internações por Clínica	108
	APÊNDICE D – Tempo de Permanência	109
	APÊNDICE E – Número de Procedimentos Ambulatoriais (Produção Ambulatorial)	110
	APÊNDICE F - Gasto per Capita.....	111

APÊNDICE G - Custo Médio das Internações	112
APÊNDICE H - Gastos com Internação Hospitalar	113
APÊNDICE I - Gastos com Atendimento Ambulatorial	114
APÊNDICE J - Relação Gasto Ambulatorial/Gasto Hospitalar	115
APÊNDICE L – Percentual de Gastos com Atenção Primária em Relação aos Gastos Totais com Saúde	116
APÊNDICE M – Custo Médio das Internações por Clínica	118
APÊNDICE N – Custo Médio das Internações por Clínica	119
APÊNDICE O – Número de Nascidos Vivos e Taxa de Nascimento	120
APÊNDICE P – Número de Nascidos Vivos da População Residente do Município de Apucarana no Período de 1995-2002	121
APÊNDICE Q – Número de Nascidos Vivos, Total de Partos Cesáreos e Proporção NV/Partos	122
APÊNDICE R – Número de Nascidos Vivos, Taxas de Nascimentos e Partos pelo SUS	123
APÊNDICE S – Frequência de Procedimentos Obstétricos por Local de Ocorrência	124
10 ANEXOS	125
ANEXO A – Parecer 203/04 do Comitê de Ética da UEL	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Processo de Descentralização e as Normas Operacionais Básicas

O processo de descentralização das ações de saúde teve início na década de 80, a partir do Movimento Sanitário, reunindo vários atores entre eles secretários municipais de saúde, políticos e técnicos, que manifestaram a preocupação em garantir a descentralização e em ampliar a autonomia de gestão municipal. Tal processo foi reforçado a partir do “repasso automático de recursos entre as esferas de governo” (GOULART, 1996).

Municipalizar a saúde é aplicar o princípio da descentralização. É fazer com que o governo municipal defina, junto com a comunidade, o funcionamento local da atenção à saúde. Esse processo também pode ser entendido como uma importante estratégia para garantir que os recursos alcancem todo o território nacional com critérios mais equitativos e mais justos em relação aos que vinham sendo adotados. Portanto, a municipalização abrange a transferência legal, material e política dos serviços de saúde executados pela União e Estados para a esfera local, pressupondo o deslocamento do fluxo de poder político, técnico e administrativo aos municípios.

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, houve a legitimação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: integralidade, universalidade e equidade e também dos princípios organizativos: a regionalização e hierarquização, a descentralização, comando único e participação da comunidade, os quais foram incorporados ao texto constitucional de 1988, criando-se o Sistema Único de Saúde, (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) (BRASIL, 2002e).

Em 1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, reúne as Portarias de 15 a 20 e a Resolução 258, do Instituto Nacional da Assistência

Médica e Previdência Social – INAMPS - na forma da NOB 01/91, norma administrativa editada com vistas a regulamentar as transferências de recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social e dar cumprimento à disciplina constitucional e legal sobre a ação sanitária do Estado na forma de Sistema Único de Saúde (SIMÕES, 2004).

Essa importante norma administrativa será a primeira de uma série de NOBs que traçarão o desenvolvimento e a implementação de uma política descentralizadora na área de saúde no Brasil. A NOB 01/91 destaca-se pela criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) que serão os mecanismos, doravante, de organização e operacionalização dos pagamentos dos serviços hospitalares e ambulatoriais.

A NOB 01/91 irá adotar critérios para a distribuição das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), tendo como base a produção cujo parâmetro de internações seria de 10% da população/ano. Essa Norma demonstra claramente a intenção de estruturar os serviços de saúde e de acentuar a capacidade de gestão em cada esfera federativa. Estabelece algumas bases para que os municípios se tornem os principais responsáveis pela prestação de serviços da saúde.

Embora a NOB 01/91 se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal, foram, na época, tecidas várias críticas com relação ao seu formato centralizador, relacionadas aos mecanismos de transferência convencional (o que foi, inclusive objeto de ação judicial), ao repasse condicionado à produção e à própria legitimidade da regulação do sistema através de normas e portarias que colidiam com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB 01/92, sucedendo a NOB 01/91, acena com um mecanismo bastante peculiar de incentivo e estímulo à descentralização que são os FEM e FEGE (Fator de

Estímulo à Municipalização e Fator de Estímulo à Gestão Estadual respectivamente) bem como o Pró-Saúde que buscava a realização da gestão de referência regionalizada citadas nas Leis Orgânicas da Saúde - LOS. Essa Norma contribuiu para ampliar o número de municípios credenciados para gestão municipalizada da Saúde.

A formulação da NOB 01/93 foi editada em contexto caracterizado principalmente pelos seguintes aspectos e eventos associados à política de saúde no início da década de 1990: o avanço da municipalização propiciada pela NOB 01/91 e expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde; as críticas e dificuldades do processo de descentralização da política de saúde; e, finalmente, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, a qual teve como tema central **“Sistema Único de Saúde: a Municipalização é o Caminho”**. Esta conferência veio reforçar a proposta de descentralização e tomar posição em relação ao cumprimento da Constituição e das Leis Orgânicas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Com a perspectiva de fazer a **municipalização possível** face às limitações conjunturais, constitui-se um Grupo Especial de Descentralização (GED), formado por distintas áreas e órgãos do Ministério da Saúde e por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Este Grupo, pautado nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional, elabora um documento que sistematizaria os princípios da descentralização.

O Documento elaborado pelo GED, **Descentralização do SUS: Prioridade do Ministério da Saúde**, em cujo conteúdo está presente o texto intitulado **Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**, reafirma a necessidade de descentralizar os recursos e a gestão de saúde para os estados e municípios e expõe uma série de motivos que irão compor a Norma Operacional Básica 01/93 (NOB

SUS/93), determinando, assim, significativas alterações nos mecanismos de transferência de recursos federais aos municípios. Nesta norma foram estabelecidas três formas de gestão: a incipiente, a parcial e a semiplena, porém, só em 1994, com o decreto 1.232 de 30 de agosto, foi regulamentada e viabilizada operacionalmente a transferência automática e direta dos recursos para os municípios em gestão semiplena (SIMÕES, 2004).

Uma outra medida que contribuiu para o cumprimento dos preceitos legais da descentralização e do comando único em cada esfera de governo foi a extinção do INAMPS, através da Lei n.º 8689 em julho de 1993. Dessa forma, as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, que muitas vezes se confundiam com as do Ministério da Saúde, passam a ser absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal, gestoras do SUS (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

A partir de 1994, diversos municípios brasileiros habilitaram-se à condição de gestão semiplena.

Em novembro de 1996, instituiu-se a NOB 01/96, por intermédio da Portaria n.º 2.203, que propõe dois modelos de gestão: plena da atenção básica e plena do sistema municipal (BRASIL, 2001a).

Assim, os municípios que se habilitaram na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal tinham como responsabilidades:

a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários e, da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual;

b) Gerência das unidades ambulatoriais próprias;

c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a Comissão Intergestores Bipartite ou a Comissão Intergestores Tripartite definir outra divisão de responsabilidades;

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso da Atenção Básica e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme Programação Pactuada Integrada, mediado pela relação gestor-gestor com a Secretaria de Estado da Saúde e as demais Secretarias Municipais da Saúde;

f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal;

g) Contratação, controle, auditoria e pagamentos aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo Teto Financeiro da Gestão Municipal;

h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI) e segundo normas federais e estaduais;

i) Operação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatorial SIA/SUS, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto às Secretarias de Estado da Saúde (SES), dos bancos de dados de interesse nacional;

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

k) Avaliação permanente do impacto das Ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do Plano Diretor de Ações da Vigilância Sanitária;

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no Teto Financeiro de Endemias e Combate a Doenças (TFECD).

Para se habilitar à gestão plena do sistema municipal, alguns requisitos foram exigidos, como a comprovação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e da operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS); assumir o compromisso de participar da PPI; comprovar capacidade técnica e administrativa para desenvolver ações de sua responsabilidade. As prerrogativas eram obter transferências de recursos federais e ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território, até mesmo as privadas contratadas pelo SUS, subordinadas à gestão municipal (SILVA, 2001).

Em 1998, inicia-se a habilitação dos municípios à gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal, entrando em vigor, de fato, a NOB SUS/96. O processo expande-se rapidamente e 5.516 dos 5.560 municípios brasileiros já se encontravam habilitados no dia 31 de dezembro de 2001. Destes, 4.952 municípios estavam na gestão plena da atenção básica e 564 na gestão plena do sistema municipal (BRASIL 2002d).

Os principais avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde no período de implantação da NOB 01/96 foram (BRASIL 2002d):

1 – No âmbito do financiamento:

- A implementação do Piso Básico de Atenção Básica (PAB) fixo, destinado ao financiamento das ações de atenção básica, representando, pela primeira vez, a introdução de uma lógica per capita no SUS, o que foi um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento;
- A adoção dos incentivos específicos para áreas estratégicas e o aumento expressivo de transferência fundo a fundo do nível federal para Estados e Municípios;

2 - No âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços:

- Fortalecimento da Atenção Básica, com a expansão da estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde;

- A implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local, além dos avanços na organização da atenção básica e na organização de redes de referências em vários Municípios e Estados;
 - Criação de redes assistenciais, na perspectiva de regionalização como forma de garantia da integralidade da assistência.
- 3 - No âmbito da gestão:
- A introdução de novos atores na arena setorial, representado pelos milhares de gestores dos municípios habilitados de acordo com as condições da NOB-SUS 01/96, que passaram a constituir-se em efetivos gestores do SUS;
 - Uma intensa transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados.

No Paraná, o processo de habilitação aconteceu a partir de maio de 1998, quando 13, dos 399 municípios, assumiram a condição de gestão plena do sistema municipal, incluindo Apucarana. (BRASIL, 1998).

1.2 Responsabilidades dos Gestores

A gestão plena do sistema trouxe avanços à maioria dos municípios que a implantaram, devido às exigências requeridas e contidas na NOB 01/96 para sua habilitação (BRASIL, 2002d). Assim, proporcionou aos gestores adquirirem conhecimentos administrativos anteriormente somente dominados por setores específicos da administração pública. Os gestores passaram a participar da elaboração de leis específicas municipais a exemplo da lei que cria o sistema municipal de controle, avaliação e auditoria, as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), dos orçamentos propriamente ditos, dos Planos Plurianuais (PPA) e outros relacionados à área da saúde como os pactos de Atenção, as PPI, os Planos de Descentralização e Regionalização (PDR)) e ainda os levou a participar da elaboração de projetos específicos para a saúde. Além disso, tiveram que incluir em suas agendas as reuniões das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) regionais e estaduais e da Comissão Intergestores Tripartites (CIT).

Com isso, os fundos municipais de saúde passaram a ser gerenciados pelos secretários municipais de saúde, os quais assumiram o compromisso dos pagamentos aos prestadores tanto privados como filantrópicos e pelos serviços prestados quer hospitalares ou ambulatoriais. Tiveram que adquirir domínio sobre os recursos repassados e exercer maior controle sobre eles. Esse domínio foi importante para ampliar os setores municipais de controle, avaliação e auditoria, e efetivamente controlar os gastos, uma vez que os recursos poderiam ser insuficientes para pagamento de suas faturas.

Tiveram que prestar contas dos gastos aos Conselhos Municipais de Saúde e em audiências públicas, em câmaras municipais. Exigiu-se desses gestores a apresentação dos relatórios de gestão, obrigatoriedade de alimentação dos bancos de dados do DATASUS e do Ministério da Saúde e o cumprimento das metas pactuadas nas agendas municipais de saúde.

Muitos gestores municipais assumiram a gestão plena sem possuírem um conhecimento de seu teto financeiro, baseado na média de procedimentos do ano anterior à habilitação. Esses passaram a observar que a gestão plena não lhes trouxera ganhos em relação aos recursos e tiveram que comprovar às CIBs que eram insuficientes para pagamento de seus prestadores. Apucarana assumiu a gestão plena em 1998 e seu teto foi baseado na média do ano de 1997.

1.3 A Avaliação nos Serviços de Saúde

As avaliações em saúde constituem-se ainda em uma área em desenvolvimento, tanto metodológico como conceitual, e fazem parte hoje, das preocupações de gestores do setor público e privado.

A Organização Mundial da Saúde, em 1989, citado por César e Tanaka (1996), define a avaliação como um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar

as lições aprendidas para a melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura.

Segundo a definição consagrada de Scriven e utilizada por vários autores, Contandriopoulos et al (1997) e Whorten et al (1997) reafirmam que o processo de avaliação consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Neste sentido, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, pois levanta condições existentes, o processo de trabalho e os resultados, fazendo a comparação tanto com as condições e tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados para emissão de um juízo de valor e posterior tomada de decisões de maneira mais racional possível, em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde (CÉSAR; TANAKA,1996).

Entendida dessa forma, a avaliação torna-se um processo dinâmico, integrado ao processo decisório, devendo estar presente nas diferentes esferas de gestão. Deve ser um processo permanente e sistemático, articulado às ações implementadas, com vistas a subsidiar a definição de problemas, reorientar estratégias desenvolvidas, fornecer elementos para a transformação das práticas sanitárias, mensurar impactos das ações sobre a condição de vida de saúde das populações e sobre a organização dos serviços. Portanto, a avaliação torna-se etapa fundamental para gestão de serviços de saúde (SOLLA; SANTOS, 2002).

Existem diversas metodologias de avaliação. Uma das mais clássicas é a preconizada por Donabedian (1992), que teve como referência a teoria dos sistemas, concebendo a tríade: estrutura, processo e resultados.

O componente estrutura corresponde à avaliação de recursos existentes para a execução dos serviços. Esses recursos são: físicos, compreendendo planta física,

equipamentos, materiais de consumo; recursos humanos, compreendendo número e qualificação dos mesmos; fontes e recursos financeiros para manutenção da infra-estrutura e da tecnologia disponível. Este último compreende o conhecimento disponível e organizado como processo de trabalho, que viabilize a otimização da utilização dos outros recursos disponíveis na estrutura.

O componente processo corresponde à avaliação da execução das atividades e da dinâmica apresentada na inter-relação entre elas. A análise das relações entre as atividades deverá possibilitar a avaliação da utilização da tecnologia prevista na estrutura, para ser aplicada na execução. Na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica, necessariamente, a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, fica claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução. Para a avaliação do uso da tecnologia no processo, será necessária a pré-definição de critérios ou de parâmetros, que poderão ser implícitos ou explícitos aos provedores dos serviços. Desta forma, pode-se analisar quão adequadas e apropriadas ao cliente foram as ações executadas.

O componente resultado refere-se aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade. Levando-se em conta que situações de saúde se modificam devido a fatores sociais, é necessário o conhecimento prévio da situação para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção, objeto da avaliação.

Embora a tipologia de Donabedian seja largamente utilizada, existem outras metodologias para avaliar serviços de saúde. A metodologia a ser adotada depende do que se quer avaliar e da perspectiva do avaliador. Não há instrumentos que visem focar a rede de serviços como um todo, existindo, portanto, um enorme espaço para a criatividade na construção de novas formas de avaliar o sistema de saúde (SILVER, 1992).

No Brasil, esforços têm sido realizados na elaboração de uma metodologia mais apropriada para avaliar sistemas de saúde. Desde 1988, o Ministério desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, que tem por objetivo avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços de pronto socorro, internação e ambulatório hospitalar. Recentemente, em 2004, este programa foi renomeado para Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.

Outras iniciativas importantes sendo realizadas são: o Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PRO-ADESS e a avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF.

O PRO-ADESS tem como objetivo a elaboração e implementação de uma metodologia para avaliar o desempenho dos serviços de saúde no âmbito nacional, bem como, de uma proposta de implementar indicadores para monitorar o acesso e utilização desses serviços e de alocação de recursos financeiros para os mesmos (PROJETO...2003).

O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial, voltado para a organização e fortalecimento da atenção básica em saúde no país, cujo período de implementação compreende os anos de 2002 a 2009. A proposta de monitoramento e avaliação dos municípios participantes está incluída no plano institucional de avaliação da atenção básica, sem perder de vista as necessidades e metas específicas e acordadas no projeto. Vários métodos estão sendo propostos por diversos grupos de pesquisa, inclusive com manuais já elaborados, porém nenhum se encontra ainda devidamente implantado (PROJETO...2006).

1.4 Fontes de informação e produção bibliográfica

As atividades de monitoria e de avaliação dependem inexoravelmente da disponibilidade de informações precisas sobre os detalhes de estrutura, processo e resultados. Para tanto, é importante contar com dados sobre as fontes mais usuais de informação e de conhecer seus usos e limitações (DONABEDIAN, 1992).

No Brasil, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) constitui um sistema nacional que reúne informações de toda a rede do SUS, sendo os dados coletados a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Mesmo com os limites da análise da AIH, por ser um instrumento de pagamento e, portanto sujeito a distorções, como fraude, superfaturamento, falta de treinamento e padronização para classificação de doenças, além das variações do perfil tecnológico da rede assistencial, considera-se que o SIH/SUS constitui uma fonte importante de informações sobre morbidade hospitalar, gastos, programação, planejamento e avaliação. Sua utilização sistemática pode servir de estímulo à melhoria qualitativa e quantitativa de seus dados. O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) reúne as informações ambulatoriais e permite a análise da evolução do número de procedimentos e gastos (SOLLA; SANTOS, 2002).

Conforme análise de Almeida (2004), as informações em saúde resultantes desses bancos de dados/sistemas de informação, teoricamente, têm sido cada vez mais valorizadas, pois se constituem em instrumentos para obtenção de indicadores que balizam repasses financeiros entre as diferentes esferas do SUS e freqüentemente são apontadas como elementos importantes no processo de decisão dos serviços de saúde. Afirma ainda, que há poucos estudos sobre a validade dos sistemas de informação nacionais e que os serviços de saúde constituem-se na ponta da produção da maioria dos sistemas de informação por meio de preenchimento de documentos e planilhas, e que praticamente inexistem a devolução destas

informações trabalhadas aos serviços de saúde. Contudo é frequentemente mencionada esta devolução como importante para garantir a qualidade da informação, restando aos serviços apenas o papel de preenchimento de planilhas eletronicamente ou manuais cujos profissionais responsáveis por essa tarefa não são treinados e desconhecem a utilidade dos dados coletados.

Mesmo com as restrições assinaladas, o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, conforme discutido por Solla e Santos (2002), é utilizada como fonte de pesquisa, porém pouco utilizada pelos gestores e técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde para obtenção de dados para o planejamento da gestão bem como da sua avaliação.

Para realização deste trabalho, procurou-se mensurar dados relativos aos serviços e requereu-se uma busca intensa de bibliografia com temas relacionados à avaliação de serviços. Ressalta-se que, diante de toda pesquisa realizada, encontrou-se uma escassez de trabalhos publicados que pudessem ser adotados como parâmetros nesta seleção.

Em publicação dos Cadernos de Saúde Pública, Novaes (2004) aponta que a produção bibliográfica de artigos relativos à pesquisa em serviços de saúde nas revistas brasileiras é pequena, tanto em números absolutos quanto proporcionalmente. Acrescenta ainda que podem estar sendo publicados artigos de pesquisadores brasileiros sobre avaliação de serviços de saúde em revistas internacionais, mas acredita ser pouco provável em face de se tratar da produção de um conhecimento aplicado.

Neste sentido, trabalhos avaliativos que tenham como objeto serviços de saúde, vêm contribuir para que se amplie o rol de bibliografia a nível nacional e sirvam de embasamento teórico para aqueles que pretendam realizar estudos nesta área. Embora a responsabilidade do gestor tenha sido ampliada a partir da NOB 01/96, as avaliações continuam escassas (BRASIL, 1997).

2 JUSTIFICATIVA

Implantar estratégias de avaliação nas diferentes esferas de governo depende não só do caráter técnico-científico, mas também da vontade política de cada dirigente. A cada dia se torna mais evidente a importância da avaliação como fundamentação do planejamento das políticas públicas de saúde.

A construção do Sistema Único de Saúde, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização, definidos pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, apontam a necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais e de aperfeiçoamento das práticas gerenciais tradicionais da área de saúde. O papel do gestor municipal no novo contexto é determinante para o êxito desse processo e, em especial, da municipalização da saúde (BRASIL, 2001b, p. 283).

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma sala de situações para o planejamento (MATUS, 1987).

Os municípios habilitados em GPSM, apesar de formalmente iguais perante a NOB 96, do ponto de vista de suas responsabilidades e atribuições, são muito desiguais quanto às suas condições sócio-econômicas e demográficas, às suas capacidades fiscais, à sua trajetória no SUS e às suas disponibilidades de recursos de saúde, incluindo recursos

financeiros, capacidade instalada e capacidade de produção de ações e serviços (BRASIL, 2002a).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/01/2002), em seu item 35, estabelece que a avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente na dimensão da organização do modelo de gestão e nos resultados de impactos sobre a saúde da população. No item 36, reforça que todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação de recursos, e como instrumento básico o Relatório de Gestão para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde (BRASIL, 2002b).

Discussões sobre a gestão do sistema municipal têm sido realizadas em reuniões de conselhos municipais de saúde e nas conferências municipais de saúde por todos os segmentos da sociedade com objetivo de avaliar empiricamente se a implantação desta forma de gestão trouxe avanços para o Município. A inexistência de um estudo completo impede maiores discussões sobre esta intervenção.

Ainda, na busca por trabalhos que avaliam a gestão de serviços de saúde, poucos foram encontrados e verificou-se que a realização de avaliação de serviços de saúde não é prática cotidiana dos gestores municipais. Portanto, estudos dessa natureza podem reforçar a importância da avaliação como um instrumento gerencial para gestores e o cumprimento das atribuições assumidas nas formas de gestões de Saúde.

Considerando este tema, avaliação de uma modalidade de gestão, esta pesquisa deve-se também ao fato de este profissional ter acompanhado e participado do processo de descentralização e implantação da NOB 01/96.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a possível influência da adoção da Gestão Plena do Sistema Municipal do Município de Apucarana no desenvolvimento dos serviços de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a evolução de indicadores de desempenho dos serviços de saúde.
- Analisar a evolução de indicadores econômicos dos serviços de saúde.
- Avaliar a evolução dos custos com a atenção básica e não básica e os custos das internações hospitalares.
- Comparar as tendências dos indicadores estudados com as mudanças ocorridas após a habilitação da gestão plena.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Local de Estudo

O Município de Apucarana localiza-se na região norte do Paraná, distanciando-se 370 Km da capital Curitiba, 60 de Londrina e 80 de Maringá. Apresenta uma área geográfica de 54.438 hectares, com uma população de 107.827 habitantes (IBGE, 2005h). É Município-pólo do Vale do Ivaí, região que compreende 28 municípios (APUCARANA, 2005).

Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal através da portaria nº 2.564 de 04/05/98 publicada em Diário Oficial da União em 05/05/98 (BRASIL, 1998). Habilitou-se em Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS 01/2002 através da portaria 2.420/GM de 30/12/02 (BRASIL, 2002c). Com a implantação da GPSM, houve a necessidade de estruturação dos serviços em virtude do processo de repasse dos recursos os quais devem ser transferidos Fundo a Fundo. O orçamento municipal se adequou à nova gestão, estabelecendo dotações anteriormente não previstas e que devem ser programadas nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e conseqüentemente nos orçamentos anuais.

As receitas são provenientes do Fundo Nacional de Saúde e da contrapartida municipal e as despesas consistem naquelas necessárias para o financiamento de programas e ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo programas estratégicos pactuados com o Ministério da Saúde, pagamento da prestação de serviços executados pelos prestadores tanto hospitalares como profissionais e outros que complementam a rede do Sistema Municipal de Saúde, aquisição de medicamentos para atender as necessidades do Pronto Atendimento Municipal, Unidades Básicas de Saúde e Unidade Central.

Os serviços de saúde oferecidos à população são distribuídos por 25 unidades básicas de saúde e uma unidade central, contando com 28 equipes de PSF e 12 equipes de Saúde Bucal. O Município possui laboratório de análises clínicas onde são realizados exames laboratoriais de menor complexidade e os de maior complexidade são encaminhados aos laboratórios credenciados. Além disso, existe um Pronto Atendimento Municipal para dar retaguarda às urgências e emergências. As consultas e exames especializados estão pactuados com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (CISVIR) e o agendamento acontece através de uma central localizada na sede da Autarquia Municipal de Saúde. Os atendimentos hospitalares são prestados pelos dois hospitais da cidade, dos quais um é privado e outro filantrópico, oferecendo juntos um total de 317 leitos, dos quais 193 são destinados ao SUS. Os hospitais do Município possuem um total 26 leitos de UTI, sendo que dois são pediátricos, seis neonatais e 18 para adultos, todos ofertados ao SUS. O número de leitos cadastrados pelo SUS é de 1,84 para cada 1.000 habitantes e somando-se ao privado um total de 3,02 leitos para cada 1.000 habitantes.

4.2 Tipologia

Este estudo foi desenvolvido como uma pesquisa avaliativa, do tipo antes e depois e de tendência, pretendendo-se analisar uma intervenção, neste caso a gestão plena do sistema municipal (GPSM) - NOB 01/96, no processo de descentralização administrativa e de gestão dos serviços de saúde.

Trata-se também de um estudo de caso por se caracterizar como um sistema de saúde e permitir aprofundar o conhecimento através da análise documental (CORDONI JUNIOR, 2005).

4.3 Fonte e Processamento de Dados

A avaliação teve como base dados quantitativos, oriundos dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde obtidos em CD-ROM. Foram utilizados o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (BRASIL, 1995-2004a) e o Sistema de Informações Hospitalar (SIH/SUS) (BRASIL, 1995-2004b).

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC foi utilizado para avaliar resultados de alguns indicadores que requeriam interpretações relacionadas aos nascimentos, disponíveis também em CD-ROM (BRASIL, 2003a).

Foram estudados os anos de 1996-1997, período em que o Município se encontrava na gestão parcial conforme NOB 01/93 e 2000 - 2001, após a entrada na Gestão Plena do Sistema Municipal e série histórica, de 1995-2004, considerando-se o período de 10 anos. Somente para análise da produção ambulatorial foram comparados os anos de 1998-1999 aos de 2000-2001, devido à mudança na forma de pagamento do SIA, com a implantação do per capita municipal do Piso da Atenção Básica. O SIA/SUS foi implantado para pagamento por produção, ou seja, quanto maior a produção de serviços maior seria o repasse. Neste sentido, nos anos anteriores a implantação da NOB 01/96, muitos municípios apresentavam sempre fatura completa e, portanto, havendo sobre-registro dos procedimentos ambulatoriais.

Para os cálculos dos gastos efetivados com os procedimentos ambulatoriais e tabulação dos dados programados pelo Sistema de Informação Ambulatorial do período correspondente, foi consultado o Setor de Controle e Avaliação da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Para os gastos hospitalares, os cálculos foram obtidos dos dados constantes no Site do Ministério da Saúde, referentes à fatura de pagamentos a terceiros - Serviços Hospitalares (BRASIL, 2005).

Em relação aos recursos financeiros, foram utilizados os dados constantes no site do Ministério da Saúde, especificamente dos repasses do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e tiveram seus valores atualizados pelo Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC/IBGE através do site do Banco Central do Brasil (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2005).

Os dados referentes à população foram obtidos pelo site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005a a 2005h) e a população estudada compreende aquela referente aos anos de 1995-2004.

A coleta de dados foi realizada a partir de CD-ROM fornecidos pelo DATASUS, processados e tabulados pelo programa TABWIN, versão 3.3 do Ministério da Saúde. Utilizou-se também da planilha Excel para elaboração de tabelas e gráficos. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC foi utilizado para avaliar resultados de alguns indicadores que requeriam interpretações relacionadas aos nascimentos, disponíveis também em CD-ROM (BRASIL, 2003a).

4.4 Análise Estatística

Em relação à evolução dos indicadores, utilizou-se análise de regressão considerando-se o período de 10 anos (1995-2004). Estimou-se o modelo de regressão linear e a sua significância foi avaliada com o teste F de análise de variância. Esta análise foi realizada no programa The SAS System (1989).

A comparação dos indicadores nos períodos, dois anos antes da implantação da gestão plena e dois anos posteriores, foi realizada utilizando a distribuição de Poisson (KIRKWOOD, 1988). Os cálculos foram efetuados na planilha eletrônica Excel.

Todos os testes estatísticos foram realizados ao nível de probabilidade de significância de 5%.

4.5 Seleção dos Indicadores

A metodologia para seleção dos indicadores foi construída a partir de um grupo de estudo formado por orientadores e alunos do mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, cujas dissertações tinham como foco principal a avaliação de serviços de saúde.

Para desenvolver essa proposta, foram necessárias revisões teóricas e metodológicas da bibliografia existente e de programas nacionais e internacionais de avaliação de serviços e dos instrumentos por eles adotados.

Buscou-se por trabalhos publicados em bancos de dados disponibilizados no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME, tendo como principais marcadores os seguintes descritores: avaliação, avaliação de desempenho, avaliação dos serviços, avaliação em saúde, avaliação de processos, gestão plena, impacto, municipalização, normas operacionais básicas, serviços de saúde, indicadores e indicadores hospitalares.

A escolha de indicadores foi realizada por etapas. A primeira envolveu a busca de marcos teóricos, importantes para fundamentar a seleção, ou seja, definir conceitos como avaliação de desempenho dos serviços de saúde, indicadores, atenção básica, planejamento e gestão.

Segundo Gil et al. (2001), a construção de instrumentos de avaliação constitui um grande desafio, pois avaliar é bastante diferente de acompanhar cronogramas, fazer inventário de ações realizadas e agir de improviso. No Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro-PRO-ADESS (PROJETO ..., 2003), a escolha de métodos e indicadores de avaliação requerem a medição de distintas dimensões do desempenho geral e dos diferentes componentes do sistema de saúde.

Segundo o guia de indicadores, publicado pela Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (KNOWLES; LEIGHTON; STINSON, 1997) os indicadores a serem selecionados para avaliação de um determinado sistema de saúde devem possuir os seguintes critérios:

Validade: Mede o que se quer medir?

Precisão: O indicador é definido de maneira clara e sem ambigüidades?

Confiabilidade: Produz o mesmo resultado das medidas dos indicadores para o mesmo sistema de saúde?

Oportunidade: Existe disponibilidade anualmente (sic) sendo de rápido acesso?

Possibilidade de comparação: Pode ser utilizado para comparar validamente os sistemas de saúde em vários países?

Possibilidade de agregação: É possível aplicar o indicador sem dificuldades e com validade a regiões e subgrupos da população?

Interpretabilidade: Um valor maior ou menor do indicador implica constantemente que um sistema de saúde possui melhor desempenho? Alguns indicadores são difíceis de interpretar, porque valores, sejam relativamente baixos ou altos, podem significar indistintamente um desempenho deficiente.

Custo: É economicamente viável?

Todos os critérios anteriormente citados foram adotados para seleção dos indicadores deste trabalho.

A segunda etapa contemplou a seleção do conjunto de indicadores, suas descrições, cálculos, requisitos, parâmetros, e o desenvolvimento de uma ficha de qualificação, a fim de registrar todas as referências consultadas e os critérios de escolha destes indicadores.

Após estudo e realizada a análise dos dados, buscou-se definir indicadores, em princípio, susceptíveis de alterações como resultado de intervenções nas práticas administrativas. Assim, foram selecionados os seguintes indicadores divididos de acordo com suas características em indicadores de desempenho do sistema e indicadores econômicos, todos referentes ao Sistema Único de Saúde:

4.5.1 Indicadores de Desempenho do Sistema

Os indicadores de desempenho do sistema estudados são: taxa de internação hospitalar, proporção de evasão e invasão de internações hospitalares, proporção de internação por clínica, tempo de permanência e número de procedimentos ambulatoriais.

4.5.1.1 Taxa de Internação Hospitalar

Para seu cálculo, são utilizados os valores constantes do SIH/SUS e do IBGE, dividindo-se o número total de internações hospitalares pelo número da população residente e multiplicado por 100, em determinado local e ano considerado. (Apêndice A)

4.5.1.2 Proporção de Evasão e Invasão de Internações Hospitalares

Calculado a partir do SIH/SUS e do IBGE, onde a evasão se obtém dividindo-se o número total de internações hospitalares de residentes internados em outro municípios (evasão), pelo total de AIHs pagas e multiplicado por 100, em determinado local e ano considerado. A invasão é calculada dividindo-se o número total de internações de pacientes de outros municípios pelo número total de AIHs e multiplicado por 100, em determinado local e ano considerado. (Apêndice B)

4.5.1.3 Proporção de Internação por Clínica

Cálculo obtido a partir dos dados do SIH/SUS, dividindo-se o número de internações hospitalares de residentes nas especialidades pelo número total de internações, multiplicando-o por 100, em determinado local e ano considerado. (Apêndice C)

4.5.1.4 Tempo de Permanência

Calculado a partir do SIH/SUS, dividindo-se o total de diárias ocorridas do total de AIHs pagas em determinado período pelo número total de AIHs pagas no período. Refere-se ao número médio de dias que os pacientes ficaram internados no hospital. (Apêndice D)

4.5.1.5 Número de Procedimentos Ambulatoriais

Calculado a partir do SIA/SUS, sendo que, o total de procedimentos ambulatoriais gerados pelos serviços municipais e contratados ocorridos em determinado período são subdivididos em procedimentos básicos e não básicos, e dispostos em série histórica. (Apêndice E)

4.5.2 Indicadores Econômicos

Os indicadores econômicos selecionados para este trabalho são: gasto per capita com internação, custo médio das autorizações de internação hospitalar, gastos com internação hospitalar, gastos com atendimento ambulatorial, relação entre gasto ambulatorial e gasto hospitalar e a proporção de gastos com atenção básica em relação aos gastos totais com saúde.

4.5.2.1 Gasto per Capita com internação

Obtido do SIH a partir dos gastos com AIH, dividindo-se o valor total das despesas com internações hospitalares no ano, pela população residente em estudo. (Apêndice F)

4.5.2.2 Custo Médio das Autorizações de Internação Hospitalar

Obtido do SIH e calculado a partir de dados gerados pelas AIH, dividindo-se o valor total das despesas com internações hospitalares pelo número total de internações, em determinado local e ano considerado. (Apêndice G)

4.5.2.3 Gastos com Internação Hospitalar

Obtido do SIH/SUS. São os gastos anuais com internações da população residente e não residente ocorridas em determinado local e período estudado e dispostos em série histórica. (Apêndice H)

4.5.2.4 Gastos com Atendimento Ambulatorial

Obtido do SIA/SUS. Os gastos anuais com atendimento ambulatorial da população residente, divididos em gastos com procedimentos básicos e não básicos ocorridos em determinado local e período estudado, e dispostos em série histórica (Apêndice I)

4.5.2.5 Relação entre Gastos Ambulatoriais e Gastos Hospitalares

Calculado a partir da relação dos gastos ambulatoriais e gastos hospitalares em atendimento a uma população e ano considerado. Divide-se os gastos ambulatoriais pelo total dos gastos. Busca-se medir a relação entre o gastos realizados com assistência hospitalar e ambulatorial. (Apêndice J)

4.5.2.6 Proporção de Gastos com Atenção Básica em Relação aos Gastos Totais com Saúde

Calculado dividindo-se os gastos com atenção básica pelos gastos totais com saúde e multiplicado por 100. Expressa o percentual dos gastos com atenção básica em relação ao gastos totais com o setor saúde, em determinado local e ano considerado. (Apêndice L)

4.6 Análise das Informações

Os indicadores foram comparados antes e depois da intervenção e confrontados com a análise de tendência de cada indicador.

4.7- Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (Parecer 203/04). (Anexo 1)

5 RESULTADOS

5.1 INDICADORES DE DESEMPENHO

5.1.1 Taxa de Internação da População Residente em Apucarana

A evolução da taxa de internação da população residente em Apucarana encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Taxa de internação (por 100 habitantes) da população residente em Apucarana, no período de 1995 a 2004.

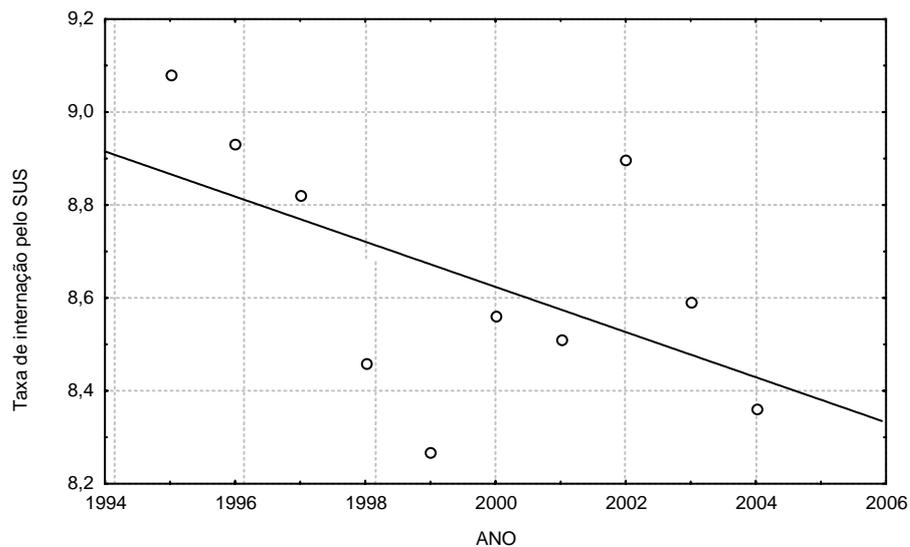
Ano	População	Nº Internações	Taxa
1995	100.198	9.094	9,08
1996	101.083	9.024	8,93
1997	102.583	9.047	8,82
1998	103.848	8.788	8,46
1999	105.114	8.694	8,27
2000	107.827	9.227	8,56
2001	109.386	9.311	8,51
2002	110.511	9.839	8,90
2003	111.703	9.592	8,59
2004	113.000	9.445	8,36

Fontes: BRASIL (1995-2004b)
IBGE (2005a-2005h)

A população residente de Apucarana passou de 100.198 habitantes em 1995 para 113.000 habitantes em 2004. As internações tiveram uma redução de 9.094 nesse período, para 8.694 em 1999, conforme observado na Tabela 1. A partir do ano 2000, estes números aumentam até o ano de 2002, quando atingem a quantidade máxima de AIHs dentro do período estudado, ou seja, de 9.839 internações. Após 2002, houve uma diminuição atingindo 9.445 internações em 2004. Verifica-se também que a distribuição do percentual de internações em relação à população não foi uniforme, sendo que, no ano de 1995, a taxa foi de

9,08%, reduzindo progressivamente para 8,27% no ano de 1999. Esta a menor taxa observada no período. A taxa volta a crescer a partir de 2000, atingindo o valor de 8,36 % em 2004.

A Figura 1 apresenta o diagrama de dispersão das taxas de internação anuais no período de 1995 a 2004.



$$Y = 105,83582 - 0,04864 * \text{ANO} \quad (p = 0,1015)$$

Figura 1 – Dispersão das taxas anuais de internação da população residente em Apucarana, no período de 1995 a 2004.

A análise de regressão das taxas de internação da população residente indica que o modelo de regressão estimado não é estatisticamente significativo ($p = 0,1015$), ou seja, não existe uma tendência linear das taxas em função do tempo.

As taxas médias de internação ocorridas entre o período de 1996-1997 e 2000-2001 estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2- Taxa média de internação da população residente de Apucarana nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001.

Biênio	Média População	Média de Internações	%
1996-1997	101.833	9.036	8,87
2000-2001	108.607	9.269	8,53

$Z = 2,627$, valor de $p = 0,009$

As taxas médias de internação nos períodos pré e pós implantação da gestão plena correspondem a 8,87% no primeiro biênio e 8,53% no segundo. A diferença entre essas duas taxas foi estatisticamente significativa ($p = 0,009$).

5.1.2 Internações Hospitalares da População Residente por Local de Ocorrência

Em relação ao local de ocorrência a Tabela 3 evidencia que no ano de 1995 houve 8.161 internações ou 89,74% no próprio Município e 933, ou 10,26%, ocorreram em outros municípios. Naquele ano, observou-se um total de 9.094 internações da população residente. Nos anos seguintes, houve diminuição de internações no próprio local, quando em 1999 este número chega a 7.558, o que corresponde a 86,93% do total de internações. Em 2002, ocorre o maior número de internações locais, ou seja, 8.807 (89,51%), porém o maior percentual foi em 2004 quando estas atingem o total de 8.534 (90,02%). Em 1996, existiu a maior evasão no período estudado. Do total de 9024 internações, 1.210 ou 13,41% foram encaminhadas a outros municípios. A menor taxa de evasão ocorreu no ano de 2004, o que correspondeu a 911 (9,65%) de um total de 9.445 internações.

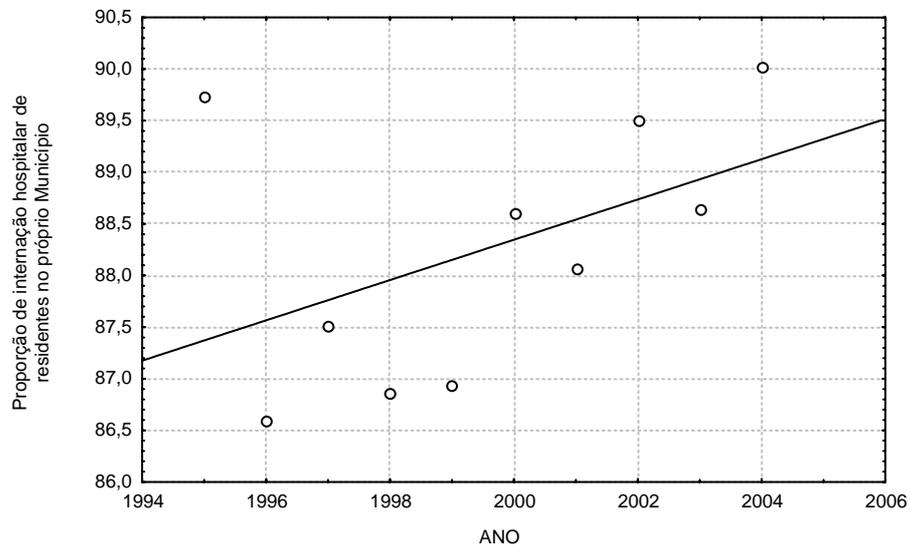
Tabela 3 - Distribuição anual das internações hospitalares da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, 1995-2004.

Ano	Próprio Município		Ocorridas fora do Município (Evasão)		Total
	Freq	%	Freq	%	
1995	8.161	89,74	933	10,26	9.094
1996	7.814	86,59	1.210	13,41	9.024
1997	7.917	87,51	1.130	12,49	9.047
1998	7.633	86,86	1.155	13,14	8.788
1999	7.558	86,93	1.136	13,07	8.694
2000	8.176	88,61	1.051	11,39	9.227
2001	8.200	88,07	1.111	11,93	9.311
2002	8.807	89,51	1.032	10,49	9.839
2003	8.502	88,64	1.090	11,36	9.592
2004	8.534	90,35	911	9,65	9.445

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

Ainda, na Tabela 3 observa-se que em 1.999 houve o menor número de internações de residentes no próprio Município, com 8.694 internações e o maior número, 9.839 internações no ano de 2002.

A análise de regressão das proporções anuais das internações da população residente indica que o modelo de regressão estimado não é estatisticamente significativo ($p = 0,1709$), ou seja, não existe tendência linear destas proporções em função do tempo (Figura 2).



$$Y = -301,71509 + 0,19503 * \text{ANO} \quad (p = 0,1709)$$

Figura 2 – Dispersão das proporções anuais das internações no próprio município da população residente de Apucarana no período de 1995 a 2004

Os percentuais de internações em relação à população foi de 7,72% no primeiro biênio e de 7,54% no segundo. A diferença entre as duas proporções não foi considerada estatisticamente significativa ($p= 0,126$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxa média de internação de residentes em Apucarana que se internaram no próprio Município nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.

Biênio	Média da População	Média de Internações	%
1996-1997	101.833	7.866	7,72
2000-2001	108.607	8.188	7,54

Z = 1,530, valor de p = 0,126

Observa-se uma proporção de 11,49% de internações em relação à população no biênio 1996-1997 e de 9,95% no biênio 2000-2001. A diferença entre as duas proporções foi considerada estatisticamente significativa ($p= 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Taxa média de internação de residentes em Apucarana que se internaram em outros municípios nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.

Biênio	Média da População	Média de Internações	%
1996-1997	101.833	1.170	11,49
2000-2001	108.607	1.081	9,95

Z = 3,384, valor de p = 0,001

5.1.3 Internações Hospitalares Ocorridas no Município de Apucarana, por Local de Residência

Verifica-se na Tabela 6 que as internações ocorridas no próprio local, somadas as de residentes e não residentes, tiveram um total de 10.965 internações no ano de 1995. Deste total, 8.161 (74,43%) corresponderam à população residente em Apucarana e 2.804 (25,57%) a de pacientes de outros municípios que ali se internaram. Nos anos seguintes, as internações tiveram aumento gradativo até o ano de 2002, resultando em 12.041 internações. Este foi o maior índice alcançado no período estudado.

Tabela 6 - Distribuição anual das internações hospitalares ocorridas no Município de Apucarana segundo local de residência, 1995-2004.

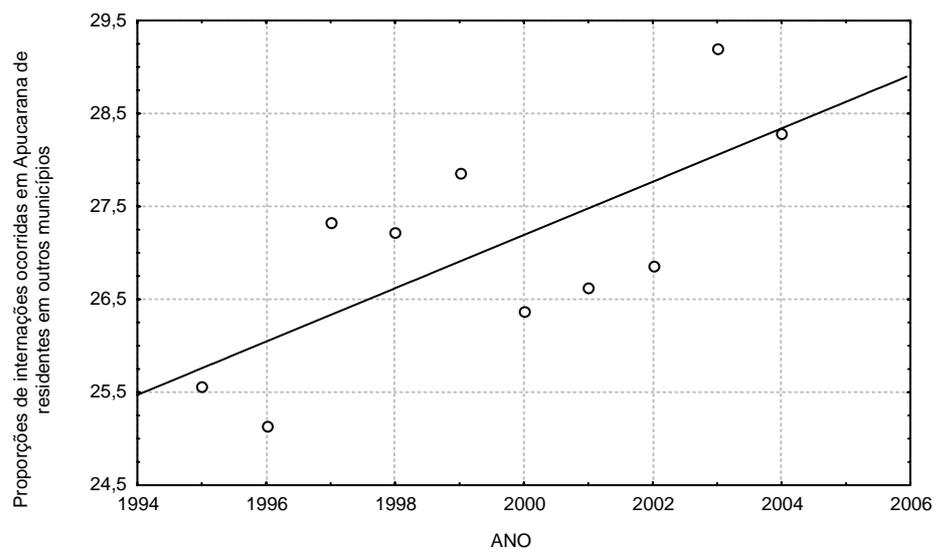
Ano	Residentes		Não residentes (Invasão)		Total
	Freq	%	Freq	%	
1995	8.161	74,43	2.804	25,57	10.965
1996	7.814	74,86	2.624	25,14	10.438
1997	7.917	72,67	2.978	27,33	10.895
1998	7.633	72,78	2.855	27,22	10.488
1999	7.558	72,13	2.921	27,87	10.479
2000	8.176	73,63	2.928	26,37	11.104
2001	8.200	73,38	2.975	26,62	11.175
2002	8.807	73,14	3.234	26,86	12.041
2003	8.502	70,79	3.509	29,21	12.011
2004	8.534	71,71	3.367	28,29	11.901

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

Em relação ao total das internações ocorridas, as de residentes tiveram redução até o ano de 1999 quando atingiram 7.558 (72,13%) internações de um total de 10.479. Porém, quando se analisa o menor percentual das internações em relação ao total, verifica-se que no ano de 2003 este valor corresponde a 8.502 internações, ou seja, 70,79% de 12.011, sendo o menor percentual ocorrido dentro do período estudado. Observa-se que houve

um aumento crescente de internações no Município de Apucarana de 1995 a 2002 com uma pequena redução nos anos de 2003 e 2004. Porém observa-se que a invasão aumentou gradativamente até 2003, quando comparada a 1995, com tendência estatisticamente significativa (Figura 3).

A análise de regressão das proporções anuais das internações hospitalares da população de outros municípios ocorridas no Município de Apucarana (invasão) indica que o modelo de regressão foi considerado estatisticamente significativo ($p= 0,0217$) e a evolução destes percentuais, apresenta-se crescente em função do tempo (Figura 3).



$$Y = -546,38436 + 0,28679 * \text{ANO} \quad (p=0,0217)$$

Figura 3 – Dispersão das proporções anuais das internações hospitalares da população de outros municípios ocorridas no município de Apucarana (invasão), no período de 1995-2004.

As proporções apresentadas nos períodos pré e pós implantação correspondem respectivamente a 26,26% e 26,50%. A diferença existente entre os dois períodos não foi considerada estatisticamente significativa ($p = 0,740$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Proporção de internação da população de não residentes que se internaram em Apucarana nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001.

Biênio	Total de AIHs	Média de Internações	%
1996-1997	10.666	2.801	26,26
2000-2001	11.139	2.952	26,50

Z = 0,332, valor de p = 0,740

5.1.4 Internações Hospitalares por Clínicas por Local de Ocorrência

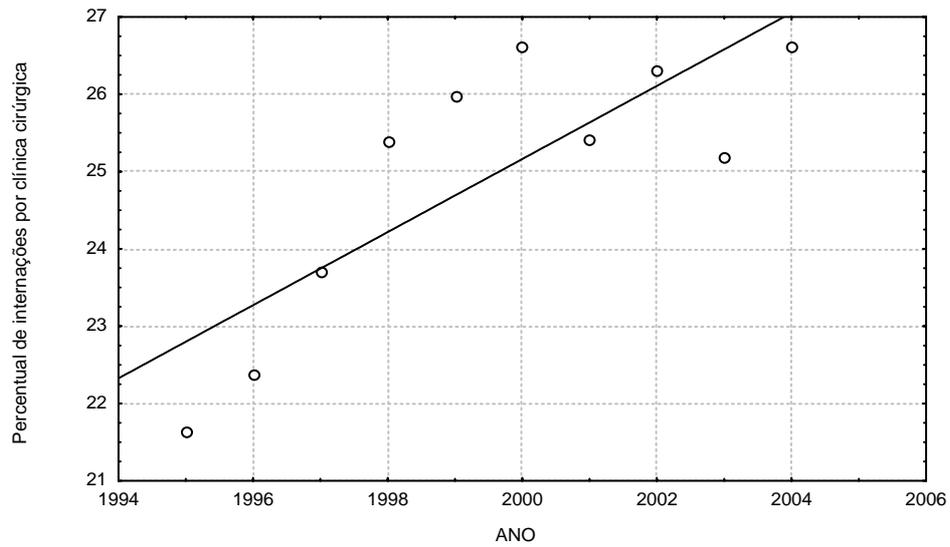
Conforme observado na Tabela 8, houve aumento das internações por clínica cirúrgica e pediátrica e diminuição das internações por clínicas obstétricas. As internações por clínica médica apresentaram variações durante o período, aumentado progressivamente até o ano de 2002 e reduzindo a partir do ano seguinte. A redução observada na clínica obstétrica ocorreu principalmente no período de 1997 a 2000 (de 2.373 internamentos para 1.671). A clínica cirúrgica demonstrou uma tendência crescente neste período, ou seja, de 2.374 internamentos em 1995 para 3.167 em 2004. A clínica pediátrica passou de 2.117 em 1995 para 2.403 internamentos em 2004 e, a clínica médica, com grande variação no período estudado passou de 4.049 internamentos em 1995, para 4.720 em 2002, e um redução para 4.238 internamentos em 2004.

Tabela 8- Distribuição anual das internações por clínica ocorridas em Apucarana, no período de 1995 a 2004

Ano	Cirúrgica		Obstétrica		Médica		Pediátrica		Total
	Freq	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
1995	2.374	21,64	2.425	22,12	4.049	36,93	2.117	19,31	10.965
1996	2.336	22,38	2.223	21,30	3.973	38,06	1.906	18,26	10.438
1997	2.581	23,71	2.373	21,81	4.067	37,36	1.874	17,22	10.895
1998	2.664	25,40	1.973	18,81	4.148	39,55	1.703	16,24	10.488
1999	2.724	25,99	1.720	16,41	4.375	41,76	1.660	15,84	10.479
2000	2.955	26,61	1.671	15,05	4.485	40,39	1.993	17,95	11.104
2001	2.840	25,41	1.846	16,52	4.557	40,78	1.932	17,29	11.175
2002	3.167	26,30	1.902	15,80	4.720	39,20	2.252	18,70	12.041
2003	3.027	25,21	2.088	17,38	4.652	38,73	2.244	18,68	12.011
2004	3.167	26,61	2.093	17,59	4.238	35,61	2.403	20,19	11.901

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

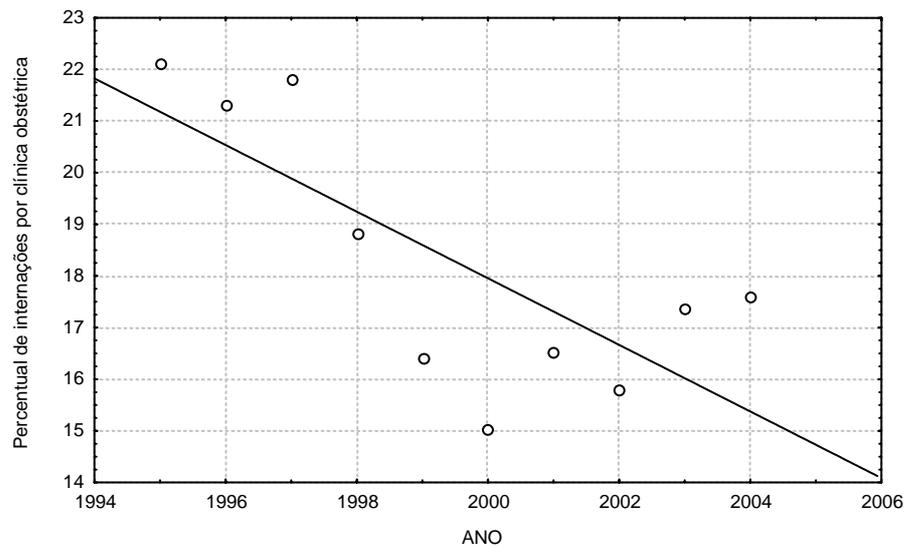
Observa-se na Figura 4, que a evolução das proporções anuais das internações por clínica cirúrgica é crescente em função do tempo devida a análise de regressão demonstrar que o modelo de regressão estimado foi estatisticamente significativo ($p= 0,0043$).



$$Y = -920,04982 + 0,47261 * ANO \quad (p= 0,0043)$$

Figura 4 – Dispersão das proporções anuais das internações por clínica cirúrgica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana, no período de 1995 a 2004.

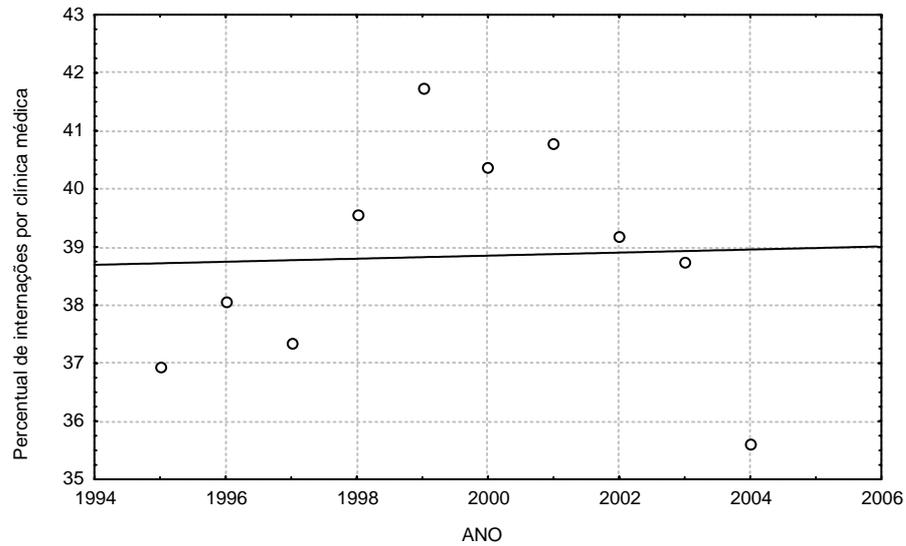
A análise de regressão das proporções anuais das internações por clínica obstétrica demonstra que o modelo de regressão estimado foi estatisticamente significativo ($p= 0,0124$), demonstrando que a evolução destas proporções apresenta uma tendência decrescente em função do tempo (Figura 5).



$$Y = 1308,13727 + -0,64509 * \text{ANO} \quad (p= 0,0124)$$

Figura 5 – Distribuição das proporções anuais das internações por clínica obstétrica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana, no período de 1995 a 2004

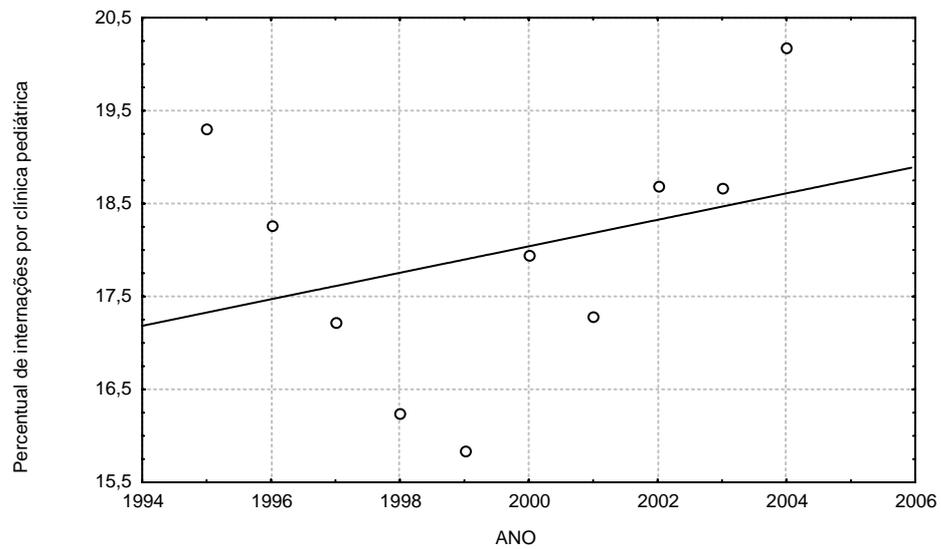
A análise de regressão das proporções anuais das internações por clínica médica demonstra que o modelo de regressão estimado não foi estatisticamente significativo ($p= 0,9080$) em função do tempo (Figura 6).



$$Y = -13,75691 + 0,02630 * ANO \quad (p = 0,9080)$$

Figura 6 – Dispersão das proporções anuais das internações por clínica médica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana, no período de 1995 a 2004.

A análise de regressão das proporções anuais das internações por clínica pediátrica, conforme Figura 7, demonstra que o modelo de regressão estimado não foi estatisticamente significativo ($p= 0,3678$) em função do tempo.



$$Y = -267,05164 + 0,14255 * \text{ANO} \quad (p= 0,3678)$$

Figura 7 – Dispersão das proporções anuais das internações por clínica pediátrica em relação ao total de internações ocorridas em Apucarana, no período de 1995 a 2004.

Em relação às internações por clínica cirúrgica, conforme Tabela 9, verificou-se nos anos de 1996-1997 a proporção de 23,06% de internações, elevando-se para 26,02%. Essa diferença é considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 9 – Proporção de internações por clínicas específicas ocorridas em Apucarana, nos biênios 1996-1997 e 2000-2001

Biênio	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica	Clínica Médica	Clínica Pediátrica
1996-1997	23,06	21,55	37,69	17,72
2000-2001	26,02	15,79	40,59	17,62
P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,887

A clínica obstétrica teve uma redução de 21,55% para 15,79%. Diferença considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A proporção de internações por clínica médica passa de 37,69% para 40,59%. Diferença também considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A clínica pediátrica, por sua vez, apresentou um aumento de 17,72% para 17,62%. A diferença entre as duas proporções não é considerada estatisticamente significativa ($p = 0,887$).

5.1.5 Tempo de Permanência

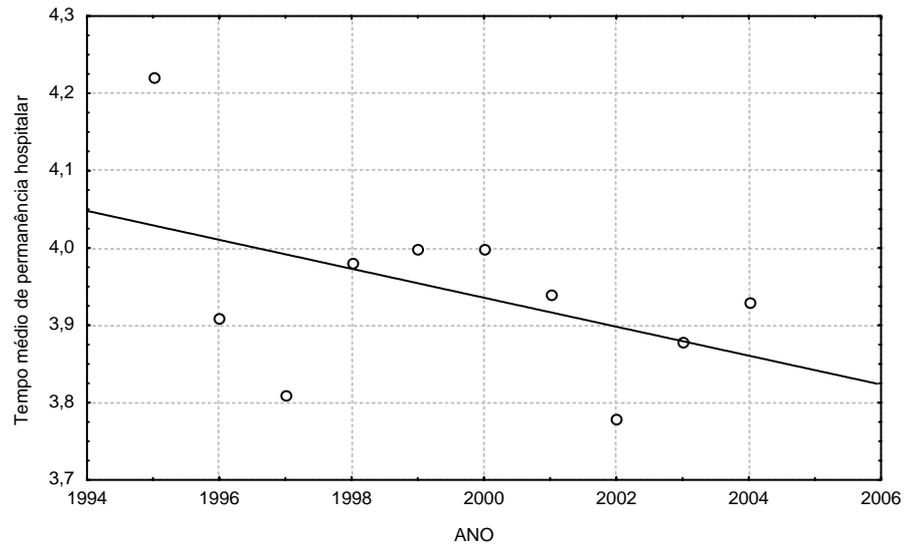
Na Tabela 10 verificou-se que o tempo de permanência das internações variou de 4,22 a 3,93 dias entre os anos de 1995 a 2004 e a Figura 8 mostra que não houve tendência em função do tempo.

Tabela 10- Distribuição anual do Tempo de Permanência das internações ocorridas em Apucarana, no período de 1995 a 2004.

Ano	Total de Internações	Total de Diárias	Tempo de Permanência
1995	10.965	46.257	4,22
1996	10.438	41.657	3,99
1997	10.895	41.502	3,81
1998	10.488	41.615	3,98
1999	10.479	41.882	4,00
2000	11.104	44.437	4,00
2001	11.175	43.983	3,94
2002	12.041	45.525	3,78
2003	12.011	46.618	3,88
2004	11.901	46.748	3,93

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

A análise de regressão do tempo de permanência por internações anuais demonstra que o modelo de regressão estimado não foi estatisticamente significativo ($p=0,1761$) em função do tempo (Figura 8).



$$\hat{Y} = 41,39018 + -0,01873 \cdot \text{ANO} \quad (p = 0,1761)$$

Figura 8 – Dispersão do Tempo de Permanência das internações ocorridas no Município de Apucarana no período de 1995-2004.

No período de 1996-1997, houve uma média de 10.666 internações e um total de 41.579 diárias, resultando em 3,90 dias a média do tempo de permanência hospitalar nesse período. Nos anos de 2000-2001, a média de internações atingiu o valor de 11.139 AIHs e de 44.210 diárias, correspondendo a 3,97 dias a média do tempo de permanência hospitalar. A diferença entre as duas proporções apresenta resultado estatisticamente significativo ($p=0,009$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Tempo de Permanência das internações ocorridas em Apucarana nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.

Biênio	Nº de AIHs	Nº de diárias	Média de Permanência
1996-1997	10.666	41.579	3,90
2000-2001	11.139	44.210	3,97

Z = 2,626, valor de p = 0,009

5.1.6 Evolução dos Procedimentos Ambulatoriais Básicos e não Básicos.

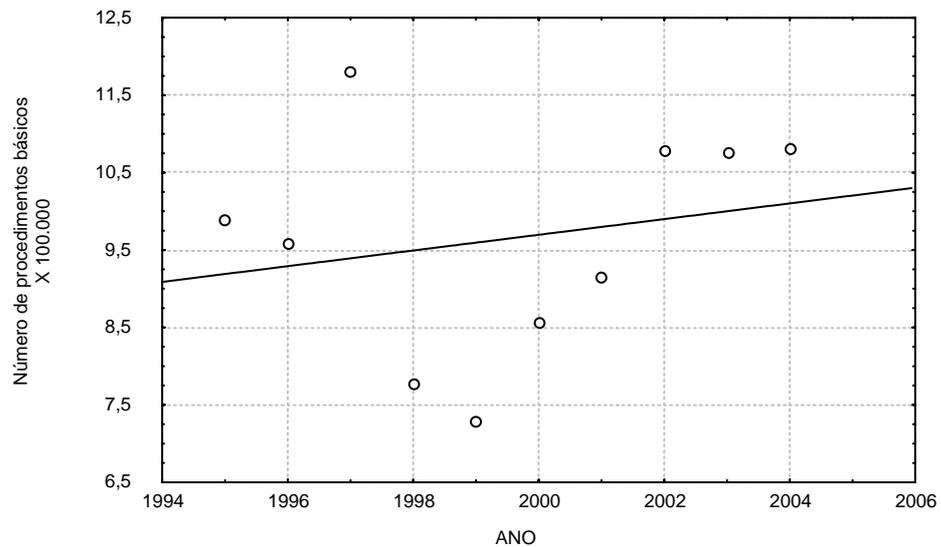
Observa-se na Tabela 12 o aumento no número de procedimentos a partir do ano de 1998, ano que se implantou a gestão plena do sistema municipal e que houve mudança do repasse do recurso anteriormente pago por produção. Com a nova modalidade de gestão passa a ser pelo per capita municipal. O crescimento da produção, a partir daquele ano, ocorre gradativamente. Houve aumento no total de procedimentos, principalmente dos não básicos, apesar dos procedimentos básicos apresentarem aumento se considerar os anos iniciais e finais.

Tabela 12 - Distribuição anual da produção ambulatorial de procedimentos básicos e não básicos, dos serviços de saúde de Apucarana no período de 1995 a 2004.

Ano	Procedimentos básicos	Procedimentos não básicos	Total
1995	990.732	119.098	1.109.470
1996	957.941	91.223	1.049.164
1997	1.181.759	121.657	1.303.416
1998	778.293	198.683	976.976
1999	728.469	249.782	978.251
2000	856.737	287.163	1.143.900
2001	914.653	335.005	1.249.658
2002	1.078.315	335.656	1.413.971
2003	1.075.680	443.101	1.518.781
2004	1.082.725	468.272	1.550.997

Fonte: BRASIL (1995-2004a)

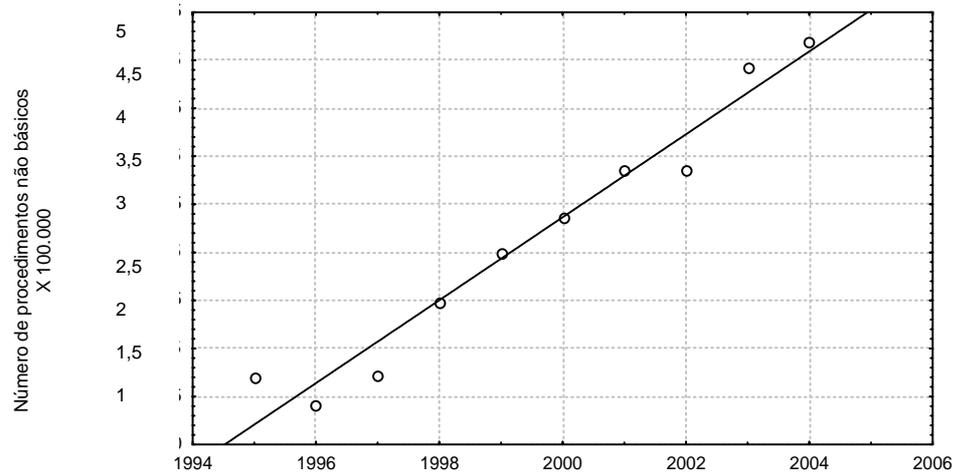
A análise de regressão das produções anuais de procedimentos ambulatoriais básicos demonstra que o modelo de regressão estimando não foi estatisticamente significativo ($p= 0,05599$) em função do tempo (Figura 9).



$$Y = -19299954 + 10135 * \text{ANO} \quad (p=0,5599)$$

Figura 9 – Dispersão das produções anuais de procedimentos ambulatoriais básicos realizados no Município de Apucarana no período de 1995-2004.

A análise de regressão das produções anuais de procedimentos ambulatoriais não básicos demonstra que o modelo de regressão estimado foi estatisticamente significativo ($p = < 0,0001$), onde demonstra que a evolução do número de procedimentos apresenta tendência crescente em função do tempo (Figura 10).



$$Y = -86041381 + 43164 * \text{ANO} \quad (p = < 0,0001)$$

Figura 10 – Dispersão das produções anuais de procedimentos ambulatoriais não básicos realizados no Município de Apucarana no período de 1995-2004.

A Tabela 13 refere-se à produção dos procedimentos básicos realizados no período após a implantação da gestão plena do sistema municipal.

Tabela 13 - Procedimentos básicos produzidos pelos serviços de saúde de Apucarana nos biênios 1998-1999 e 2000-2001.

Biênio	Total de procedimentos	Procedimentos básicos	%
1998-1999	1.955.227	1.506.762	77,06
2000-2001	2.393.558	1.771.390	74,01

Z = 36,522, valor de $p < 0,001$

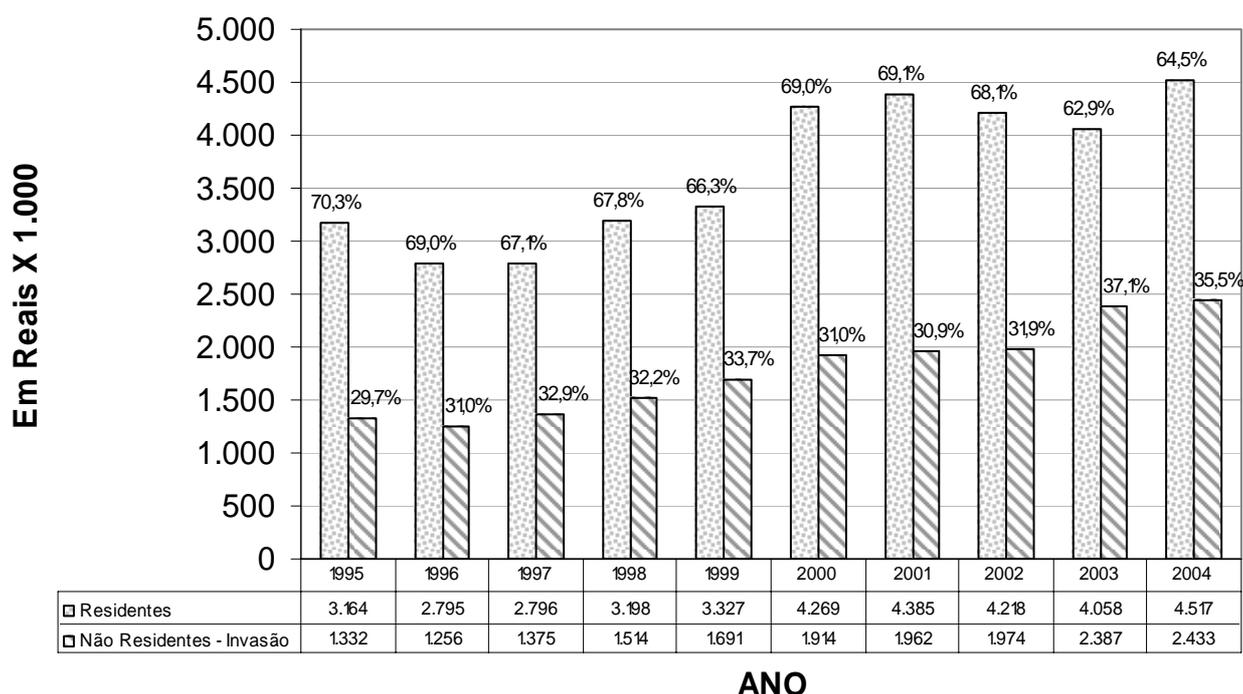
Os períodos foram selecionados baseados na mudança da lógica dos pagamentos pelos serviços, considerando que, com a NOB 01/96, iniciou-se o pagamento per capita, ou seja, foi implantado o Piso da Atenção Básica e que os dados do SIA foram considerados mais fidedignos. Na Tabela 13, Verifica-se um valor de 1.506.762 procedimentos nos anos de 1998-1999, com uma proporção de 77,06% do total de procedimentos. Nos anos de 2000-2001, esta proporção se torna menor, ou seja, 1.771.390 produzidos no período e que correspondem a um percentual de 74,01%. Esta diminuição foi considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

O mesmo acontece com a produção dos procedimentos não básicos, cujo aumento de 22,94% para 25,99% entre os dois períodos, foi considerado estatisticamente significativo ($p < 0,001$).

5.2 INDICADORES ECONÔMICOS

5.2.1 Gastos com Internações Hospitalares ocorridas em Apucarana por local de Residência

A evolução dos gastos realizados com internações hospitalares em Apucarana, por local de residência, está demonstrada na Figura 11.



Fonte: BRASIL (1995-2004b)

Figura 11 – Evolução dos gastos realizados com internações hospitalares ocorridas em Apucarana, por local de residência, no período de 1995 a 2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).

Em relação aos gastos com assistência hospitalar observa-se que o ano de 2004 foi o ano em que houve maior gasto com as internações, tanto de residentes quanto de pacientes de outros municípios, que correspondem respectivamente a 64,5% e 35,5% do total dos gastos hospitalares. O ano de 1997 foi utilizado como base para compor o teto financeiro da assistência hospitalar no Município cujo valor é a soma de todas as internações ocorridas no

local (residentes e não residentes). Conforme observado, este ano possui um dos menores valores gastos durante o período estudado e, não obteve grandes aumentos nos anos seguintes, porém os gastos hospitalares aumentaram consideravelmente.

5.2.2 Gasto per Capita das Internações da População Residente de Apucarana

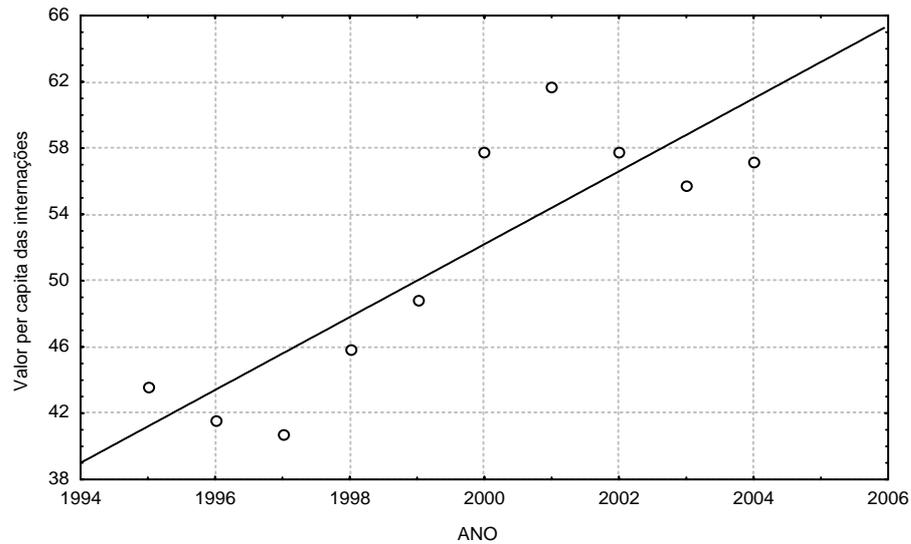
Os gastos per capita da população de Apucarana com o custeio da assistência hospitalar ocorrida no próprio Município evoluíram de R\$ 31,58 em 1995 para R\$ 40,09 em 2001 (Tabela 14). A partir desse ano, eles foram reduzidos atingindo R\$ 36,33 em 2003. Com os gastos ocorridos em outros municípios, esses tiveram um gasto per capita de R\$ 12,00 em 1995, evoluindo para R\$ 21,66 em 2001 e atingindo R\$ 17,16 em 2004. Em relação ao gasto geral com assistência hospitalar de toda a população residente, os gastos máximos per capita foram atingidos nos anos de 2001 com R\$ 61,76 e 2000, com R\$ 57,83.

Tabela 14- Distribuição Anual do gasto per capita das internações da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, no período de 1995-2004. (Reais corrigidos pelo INPC.)

Ano	Próprio Município		Ocorridas em outros Municípios (Evasão)		Total Per capita em R\$
	R\$	Per capita R\$	R\$	Per capita R\$	
1995	3.164.583,99	31,58	1.202.696,46	12,00	43,59
1996	2.795.627,27	27,66	1.404.541,15	13,89	41,55
1997	2.796.924,51	27,26	1.388.187,24	13,53	40,80
1998	3.198.277,22	30,80	1.570.555,49	15,12	45,92
1999	3.327.521,78	31,66	1.809.412,57	17,21	48,87
2000	4.269.880,96	39,60	1.966.083,79	18,23	57,83
2001	4.385.624,84	40,09	2.369.747,47	21,66	61,76
2002	4.218.432,84	38,17	2.164.205,26	19,58	57,76
2003	4.058.150,87	36,33	2.172.497,77	19,45	55,78
2004	4.517.677,53	39,98	1.938.781,10	17,16	57,14

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

A análise de regressão dos gastos per capita da população residente indica que o modelo de regressão estimado foi estatisticamente significativo ($p= 0,0017$), demonstrando que a evolução dos custos per capita apresenta uma tendência crescente em função do tempo (Figura 12).



$$Y = -4345,86109 + 2,19903 * \text{ANO} \quad (p=0,0017)$$

Figura 12 – Dispersão dos gastos per capita anuais das internações da população residente do Município de Apucarana no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC).

Observa-se na Tabela 15 que os gastos per capita com assistência hospitalar da população residente e internada em Apucarana é diferente nos períodos pré e pós implantação da gestão plena. A diferença entre as duas proporções foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 15 – Gasto per capita da população residente e internada em Apucarana nos biênios 1996-1997 e 2000-2001.(Reais corrigidos pelo INPC).

Biênio	Média População	Média dos gastos	Per capita R\$
1996-1997	101833	2796275,89	27,46
2000-2001	108607	4327752,90	39,85

Z = 488,118, valor de $p < 0,001$

5.2.3 Custo Médio das Internações Hospitalares da População Residente por Local de Ocorrência

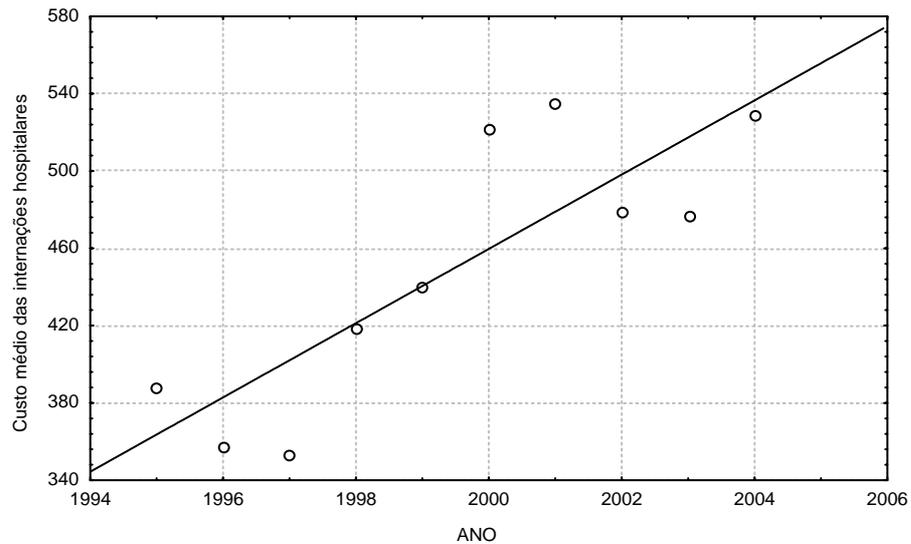
Os custos médios das internações hospitalares da população residente de Apucarana foram divididos quanto aos custos das internações ocorridas no próprio Município e das ocorridas fora (evasão). Verifica-se na Tabela 16 que o custo médio das internações locais é menor que o e das internações da população residente ocorridas em outros municípios. No ano de 2001, o custo médio foi de R\$ 534,83 e neste mesmo ano as internações evadidas tiveram um custo médio de R\$ 2.132,99. Estes custos médios foram os maiores observados entre os anos de 1995 a 2004.

Tabela 16 – Distribuição anual do custo médio das internações hospitalares da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, no período de 1995 a 2004 (Reais corrigidos pelo INPC).

Ano	Próprio Município		Ocorridas fora (Evasão)		Total Gasto	Custo Médio Geral
	R\$	Custo Médio	R\$	Custo Médio		
1995	3.164.583,99	387,77	1.202.696,46	1289,06	4.367.280,45	480,24
1996	2.795.627,27	357,77	1.404.541,15	1157,91	4.200.168,42	465,29
1997	2.796.924,51	353,28	1.388.187,24	1228,48	4.185.111,75	462,60
1998	3.198.277,22	419,01	1.570.555,49	1359,79	4.768.832,71	542,65
1999	3.327.521,78	440,26	1.809.412,57	1592,79	5.136.934,35	590,86
2000	4.269.880,96	522,25	1.966.083,79	1870,68	6.235.964,75	675,84
2001	4.385.624,84	534,83	2.369.747,47	2132,99	6.755.372,31	725,53
2002	4.218.432,84	478,99	2.164.205,26	2097,10	6.382.638,10	648,71
2003	4.058.150,87	477,32	2.172.497,77	1993,12	6.230.648,64	649,57
2004	4.517.677,53	529,37	1.938.781,10	2055,97	6.456.458,63	683,58

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

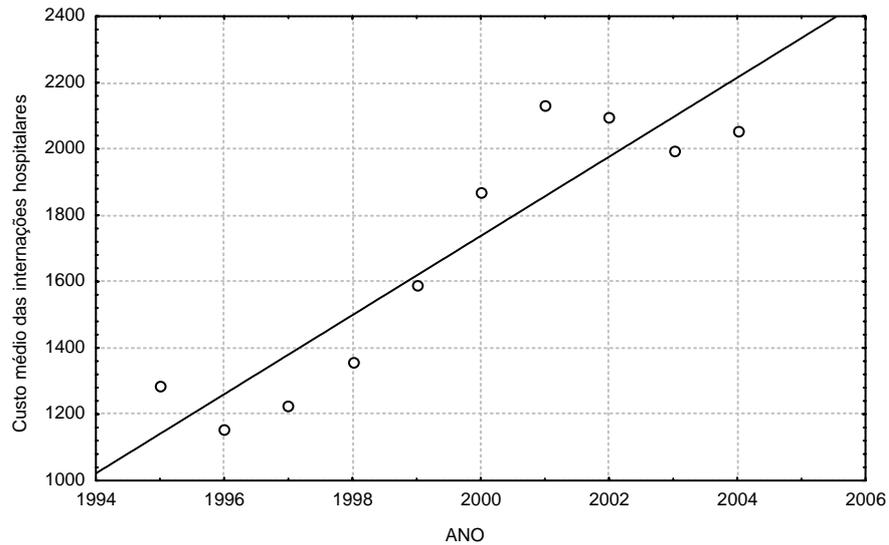
A análise de regressão dos custos médios anuais das internações da população de residentes indica que o modelo estimado é estatisticamente significativo ($p=0,0023$), indicando que a evolução dos custos médios apresenta tendência crescente em função do tempo (Figura 13).



$$Y = -37955 + 19,20758 * \text{ANO} \quad (p = 0,0023)$$

Figura 13 – Dispersão dos custos médios anuais das internações da população de residentes ocorridas em Apucarana, no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC)

A análise da regressão dos custos médios anuais das internações ocorridas fora do município indica que o modelo estimado é estatisticamente significativo ($p = 0,0002$), ou seja, a reta mostra tendência crescente dos custos médios em função do tempo (Figura 14).



$$Y = -236920 + 119,32879 * \text{ANO} \quad (p=0,0002)$$

Figura 14 – Dispersão dos custos médios anuais das internações da população de Apucarana que se internou em outros municípios (evasão), no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC)

A comparação entre os custos médios dos dois períodos, conforme Tabela 17, permite visualizar que houve aumento no custo médio das internações locais e nas internações ocorridas em outros municípios. Em ambos os casos as diferenças foram consideradas estatisticamente significante ($p < 0,001$).

Tabela 17- Custo médio das internações da população residente de Apucarana, segundo local de ocorrência, no período de 1996-1997e 2000-2001.(Reais Corrigidos pelo INPC).

Período	Custo Médio Próprio Município	Custo Médio Evasão
1996-1997	355,53	1.191,25
2000-2001	528,55	2.005,47
Z	520,184	483,698
p	< 0,001	< 0,001

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

5.2.4 Custo Médio das Internações Hospitalares por Local de Residência.

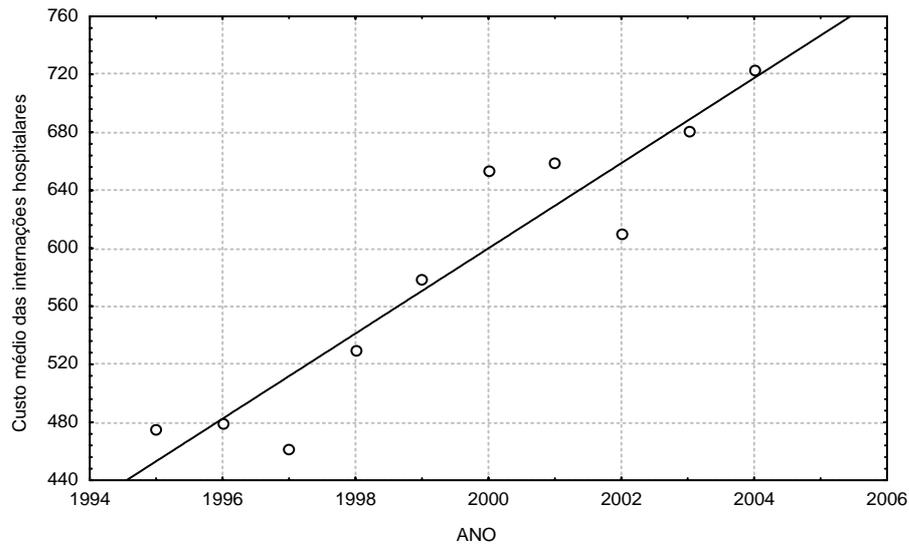
Verifica-se na Tabela 18 que há uma oscilação dos custos médios da população residente no período estudado, no entanto o custo médio do ano de 2004 é 36,61% maior que no ano de 1995. Os custos médios da invasão são sempre crescentes e o aumento observado entre 1995 e 2004, foi de 52,09%. Observa-se uma influência importante dos custos da invasão no custo total das internações.

Tabela 18 - Distribuição anual do custo médio das internações hospitalares ocorridas no Município de Apucarana, segundo local de residência, no período de 1995-2004. (Valores em Reais corrigidos pelo INPC).

Ano	Residentes		Não Residentes (Invasão)		Total Gasto	Custo Médio Geral
	R\$	Custo Médio	R\$	Custo Médio		
1995	3.164.583,99	387,77	1.332.621,76	475,26	4.497.205,75	410,14
1996	2.795.627,27	357,77	1.256.907,59	479,00	4.052.534,86	388,25
1997	2.796.924,51	353,28	1.375.042,39	461,73	4.171.966,90	382,92
1998	3.198.277,22	419,01	1.514.597,53	530,51	4.712.874,75	449,36
1999	3.327.521,78	440,26	1.691.075,73	578,94	5.018.597,51	478,92
2000	4.269.880,96	522,25	1.914.043,05	653,70	6.183.924,01	556,91
2001	4.385.624,84	534,83	1.962.922,44	659,81	6.348.547,28	568,10
2002	4.218.432,84	478,99	1.974.865,16	610,66	6.193.298,00	514,35
2003	4.058.150,87	477,32	2.387.575,88	680,41	6.445.726,75	536,65
2004	4.517.677,53	529,37	2.433.668,46	722,80	6.951.345,99	584,10

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

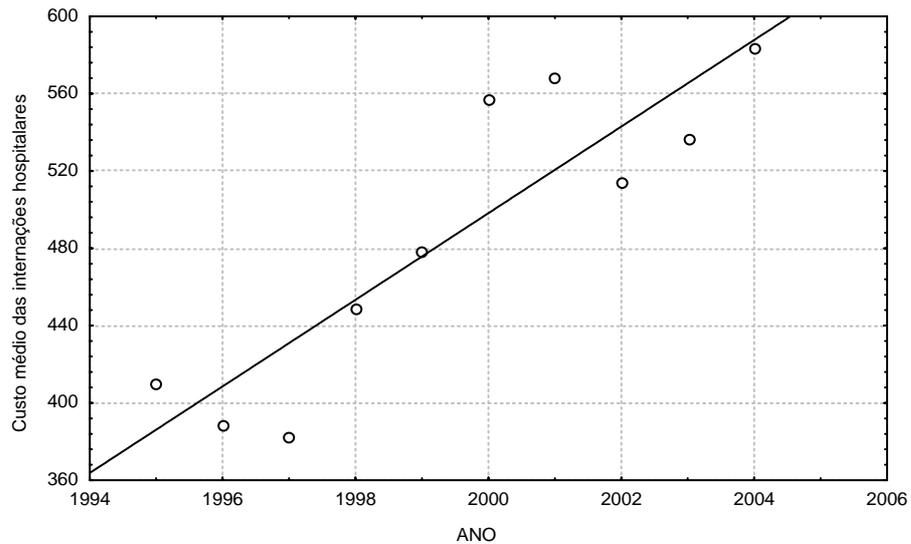
A análise de regressão dos custos médios anuais indica que o modelo de regressão estimado é estatisticamente significativo ($p < 0,001$), demonstrando que a evolução dos custos médios da população de outros municípios que se internou em Apucarana é crescente em função do tempo (Figura 15).



$$Y = -58128 + 29,36388 * \text{ANO} \quad (p = <0,001)$$

Figura 15 – Dispersão dos custos médios anuais da população de outros municípios que se internaram em Apucarana (invasão), no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC)

Observa-se que o modelo de regressão estimado foi considerado estatisticamente significativo ($p= 0,0005$), considerando-se, portanto, que a evolução dos custos médios de todas as internações apresentou tendência crescente em função do tempo (Figura 16).



$$Y = -44299 + 22,39879 * \text{ANO} \quad (p= 0,0005)$$

Figura 16 – Dispersão dos custos médios anuais de todas as internações ocorridas no Município de Apucarana no período de 1995-2004. (Em Reais corrigidos pelo INPC)

A análise dos gastos hospitalares verificados na Tabela 19 demonstra que houve um aumento de 54,77% dos gastos com pacientes do próprio Município, quando comparados os anos de 1996-1997 aos de 2000-2001. O custo médio destes internamentos, por sua vez, aumentou de R\$ 355,53 para R\$ 528,54, o que corresponde a um aumento de 48,66%.

Tabela 19 – Custo Médio e gastos hospitalares com internações ocorridas em Apucarana no período de 1996-1997 e 2000-2001, segundo local de ocorrência. (Reais Corrigidos pelo INPC).

Período	Próprio Município		Invasão		Geral	
	Totais	Custo Médio	Totais	Custo Médio	Totais	Custo Médio
1996-1997	2.796.275,89	355,53	1.315.974,99	470,37	4.112.250,88	385,59
2000-2001	4.327.752,90	528,54	1.938.482,75	656,76	6.266.235,65	562,51
Aumento	1.531.477,01	173,02	622.507,76	186,39	2.135.984,77	176,92
%	54,77	48,66	47,30	39,36	52,38	45,88

Fonte: SIH/SUS - DATASUS

Quando comparados os gastos com pacientes provenientes de outros municípios observa-se que o aumento foi de 47,30%. O custo médio dessas internações passa de R\$ 470,37 em 1996-1997 para R\$ 656,76 em 2000-2001, com um aumento 39,63%.

Em relação aos gastos com todos os internamentos, estes passaram de R\$ 4.112.250,88 em 1996-1997 para R\$ 6.266.235,65 em 2000-2001, resultando num aumento correspondente a 52,38%. Os custos médios variaram de R\$ 385,59 para R\$ 562,51, um aumento de 45,88%.

Quanto aos custos médios por clínica, conforme Apêndice M deste trabalho, verificou-se que o período de 2000-2001 a clínica cirúrgica apresentou aumento de 40,42% em relação aos anos de 1996-1997, já na clínica obstétrica o aumento foi de 22,88%, a médica de 46,03% e a pediátrica de 48,62%. As AIHs com custos médios maiores para a clínica

cirúrgica e médica foram apresentadas no ano de 2001, cujos valores foram, respectivamente de R\$ 903,18 e R\$ 515,03. Para as clínicas obstétrica e médica os custos médios mais altos foram observados no ano de 2004, ou seja, de R\$ 359,08 e R\$ 571,72, respectivamente.(Apêndice N)

Verifica-se que houve aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) entre os dois períodos em relação aos custos médios das internações de não residentes no Município de Apucarana (Tabela 20).

Tabela 20 – Custo Médio das internações de não residentes que se internaram em Apucarana nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001. (Reais corrigidos pelo INPC)

Biênio	Número de AIH	Gastos	Custo Médio em R\$
1996-1997	2.801	1.315.974,99	469,82
2000-2001	2.951	1.938.482,75	656,89

Z = 298,125, valor de $p < 0,001$

5.2.5 Evolução dos Pagamentos Ambulatoriais e Hospitalares

Os valores constantes na Tabela 21 referem-se ao repasse do pagamento por produção informada ao Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e à produção Hospitalar informada ao Sistema de Informações Hospitalares-SIH do DATASUS. Conforme foi observado, há aumento dos valores repassados ao Município para investimentos na atenção básica e dos procedimentos não básicos.

Tabela 21 - Valores repassados ao Município referentes à atenção básica, procedimentos ambulatoriais e hospitalares (média, alta complexidade e estratégicos), a relação recursos Ambulatorial/Hospitalar do Município de Apucarana no período de 1995-2002 .(Reais Corrigidos pelo INPC.)

Ano	Atendimentos Básicos	Procedimentos Não Básicos	Total Ambulatorial	Valores Hospitalares	Total dos gastos	% Relação Ambulatorial/hospitalar
1995	1.899.640,01*	1.915.889,88	3.815.529,89	3.164.583,99	6.980.113,88	54,66
1996	1.704.337,09*	1.686.117,09	3.390.454,18	2.795.627,27	6.186.081,45	54,81
1997	1.861.656,06*	2.248.877,85	4.110.533,91	2.796.924,51	6.907.458,42	59,51
1998	2.076.375,42*	2.946.887,61	5.023.263,03	3.198.277,22	8.221.540,25	61,10
1999	2.240.333,47	3.825.339,50	6.065.672,97	3.327.521,78	9.393.194,75	64,58
2000	4.870.979,84	3.957.083,53	8.828.063,37	4.269.880,96	13.097.944,33	67,40
2001	4.626.842,71	3.846.152,01	8.472.994,72	4.385.624,84	12.858.619,56	65,89
2002	4.319.192,25	4.088.164,71	8.407.356,96	4.218.432,84	12.625.789,80	66,59

Fontes: BRASIL (1995-2004a); BRASIL (1995-2004b); BRASIL (2005)

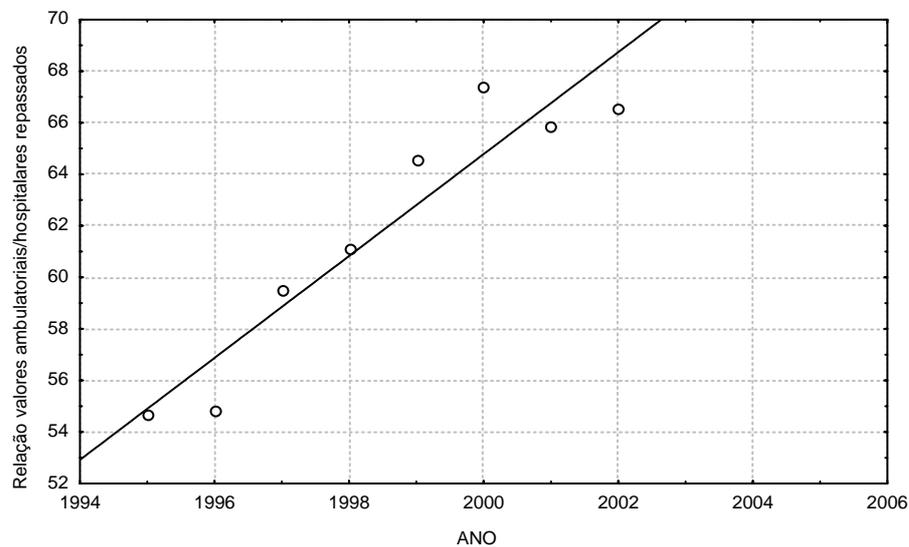
*Produção ambulatorial paga até junho de 1998.

Dados de 2003 e 2004 ainda não disponíveis no TABSIA.

No ano de 1995, os valores de custeio na atenção básica correspondiam a um total de R\$ 1.899.640,01 e no ano de 2002 a R\$ 4.319.192,25, com aumento de 127,37%. Para os procedimentos não básicos, os valores em 1995 correspondiam a R\$ 1.915.889,88, passando

para R\$ 4.088.164,71 em 2002, com aumento de 113,38%. Os valores hospitalares neste período apresentaram um aumento de 33%, passando de 3.164.583,99 em 1995 para 4.218.432,84 em 2002. A relação gastos ambulatoriais sobre o total de gastos aumentou gradativamente passando de 54,66% em 1995 para 66,59% em 2002.

A análise de regressão demonstra que o modelo de regressão estimando foi estatisticamente significativo ($p < 0,0004$), demonstrando que a evolução dos gastos ambulatoriais apresenta uma tendência crescente em função do tempo (Figura 17).



$$Y = -3889,02667 + 1,97690 * \text{ANO} (p = < 0,0004)$$

Figura 17 – Dispersão das relações entre gastos ambulatoriais sobre o total de gastos (ambulatorial + hospitalar) anuais, realizados em Apucarana no período de 1995-2004.

Verifica-se na Tabela 22, um aumento de R\$ 1.782.996,58 para R\$ 4.748.911,28. A proporção em relação aos gastos totais nos dois períodos aumenta de 27,23% para 36,59. O resultado da diferença entre as duas proporções foi considerado estatisticamente significativo ($p < 0,001$).

Tabela 22 - Gastos com atenção básica nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001 no Município de Apucarana.(Reais corrigidos pelo INPC)

Biênio	Gasto Total (ambulatorial + hospitalar)	Atenção Básica	%
1996-1997	6.546.769,94	1.782.996,58	27,23
2000-2001	12.978.281,95	4.748.911,28	36,59

Z = 337,453, valor de $p < 0,001$

Em relação aos procedimentos não básicos, conforme Tabela 23, estes aumentaram de R\$ 1.967.497,47 para R\$ 3.901.617,77, cujas proporções em relação ao total de gastos correspondem respectivamente a 30,05% e 30,06%. O resultado entre as duas proporções foi considerado estatisticamente não significativo ($p = 0,712$).

Tabela 23 - Gastos com procedimentos não básicos nos biênios 1996-1997 e 2000-2001 no Município de Apucarana.(Reais corrigidos pelo INPC)

Biênio	Gasto Total (ambulatorial + hospitalar)	Não Básicos	%
1996-1997	6.546.769,94	1.967.497,47	30,05
2000-2001	12.978.281,95	3.901.617,77	30,06

Z = 0,369, valor de $p = 0,712$

Os gastos hospitalares tiveram um aumento de R\$ 2.796.275,89 para 4.327.752,90. Conforme Tabela 24, o percentual destes valores em relação ao total de gastos com assistência hospitalar e ambulatorial foi de 42,71% no período de 1996-1997 e de 33,35% no período de 2000 e 2001. Esta redução das proporções foi considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 24- Gastos com procedimentos hospitalares nos biênios de 1996-1997 e 2000-2001 no Município de Apucarana.(Reais corrigidos pelo INPC)

Período	Gasto Total (ambulatorial + hospitalar)	Hospitalares	%
1996-1997	6.546.769,94	2.796.275,89	42,71
2000-2001	12.978.281,95	4.327.752,90	33,35

Z = 323,461, valor de $p < 0,001$

6 DISCUSSÃO

A implantação da gestão plena dá instrumentos ao gestor que podem alterar os processos administrativos e assim melhorar o desempenho dos serviços o que foi demonstrado pelos indicadores.

As taxas de internações pelo SUS da população residente em Apucarana, apresentadas no período de 1995 a 2004, foram de 9,08% em 1995 e de 8,51% em 2001, com uma redução nesse período de 6,28%. Em todo o período estudado, as taxas foram superiores aos valores estabelecidos no Paraná, 8% da população/ano, conforme resolução 074 de 31 de agosto de 2001 da CIB-PR (PARANÁ, 2001). No Paraná, esses valores tiveram um comportamento semelhante aos de Apucarana, tendo, no ano de 1995, atingido internações de 9,52% da população do Estado, reduzindo para 8,42% em 2001, com uma redução de 11,6% (BRASIL 2003b).

A relação entre número de AIHs e a população, no Brasil, também teve redução nesse período, passando de 8,52% das AIHs em 1995 para 7,09% em 2.001. Uma redução de 16,7% (BRASIL, 2003b).

Quando esses percentuais são comparados a outros municípios, em gestão plena do Sistema Municipal, a exemplo de Maringá, onde foram observadas taxas de internação de 6,90% em 1999 e de 6,26% em 2001 (SAPATA, 2003), estes percentuais estão aquém dos apresentados em Apucarana. Essa diferença pode demonstrar o melhor acesso da população de Apucarana às internações hospitalares e à boa oferta de leitos pelo SUS. A existência de déficit de leitos na cidade de Maringá, observada por Sapata (2003) justificou a utilização do sistema suplementar para suprir a demanda existente naquele município.

Conforme comparação das médias de internações ocorridas nos períodos pré e pós implantação da gestão plena, observa-se que houve uma redução das internações em

relação à população de 8,87% para 8,53%, considerada estatisticamente significativa. Essa diminuição pode estar relacionada ao melhor controle e avaliação executada pelo Município e também ao aumento da resolutividade da atenção básica com a implantação de equipes do Programa Saúde da Família e conseqüente aumento da cobertura populacional. O Programa Saúde da Família foi implantado em Apucarana no ano de 1999, após habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Cerca de 90% das internações da população residente ocorreram no próprio Município, com uma discreta diminuição entre os dois períodos estudados, porém considerada estatisticamente não significativa. Por sua vez, houve diminuição da evasão de pacientes residentes para outros municípios. Essa diminuição merece atenção por ser considerada estatisticamente significativa, tendo em vista que os encaminhamentos para outros municípios se deviam principalmente a serviços que não são disponíveis no local, ou seja, aqueles de maior complexidade.

Em estudo realizado por Oliveira, Travassos e Carvalho (2004), municípios que internam a maior parte de sua população no próprio local (80%) têm facilidade no acesso e uso de serviços hospitalares. Apucarana apresentou índices superiores ao citado.

A gestão plena possibilitou ao Município implantar serviços de alta complexidade em neurologia, em ortopedia e de urgência e emergência, anteriormente referenciados a outros municípios que possuíam esses tipos de atendimento. Há de se ressaltar que não houve incremento financeiro para implantação desses serviços.

Os percentuais de internações de não residentes de Apucarana (invasão), quando comparados aos de Londrina e Maringá, se apresentam menores. Londrina, para o ano de 1998, apresentava um índice de 29,9% (CARVALHO, 2000) e Apucarana de 27,04% para o mesmo ano. Maringá, para o ano de 2002, apresentou o índice de 34,89% (SAPATA, 2003), enquanto que Apucarana este indicador apresentou 26,86%. O que pode justificar a

grande invasão nos municípios citados seria: o porte, ou seja, são cidades bem maiores que Apucarana e a oferta de serviços de maior complexidade, que também contribuem para maior aporte de pacientes de outros municípios. Todos os municípios em questão são sede de regionais de saúde.

O Município de Apucarana por ser uma referência para outros da região e por estar em gestão plena do sistema municipal possui o compromisso de atender à clientela referenciada. Apesar do pequeno aumento da quota de AIHs, observa-se que houve maior liberação para a própria população (4,10%). Em relação ao pequeno aumento da invasão de internações por outros municípios, este pode ter ocorrido devido à implementação de PSF locais, encaminhando à Apucarana os casos de maior gravidade. Entretanto, este índice pode ter contribuído para que o teto financeiro para pagamento dos serviços hospitalares se tornasse cada vez mais insuficiente, haja vista que não houve aumento de recursos financeiros nesse período para pagar qualquer aumento das internações.

No Brasil, há uma predominância de internações por clínica médica em todas as regiões. Em 1.999 a proporção de internação nesse tipo de clínica foi de 34,9% e no ano de 2.000 de 34,3%. A clínica cirúrgica apresentou uma proporção de 21,7% em 1999 e de 23,0% em 2.000. Para os mesmos anos, a clínica obstétrica apresentou um percentual de 25,1% e 24,1% e a pediátrica de 14,4% e 14,8% (REDE ..., 2002).

Em Apucarana, como no Brasil, a clínica médica é a que predomina nas internações por clínicas. Em 2000, apresentou uma proporção de 40,39% do total das internações, seguida da clínica cirúrgica com 26,61%, da pediátrica com 17,95% e da obstétrica com 15,05%. Observa-se que em Apucarana há uma inversão entre as clínicas pediátrica e a obstétrica em relação ao Brasil, e seus percentuais estão muito aquém do valor nacional.

A análise dos dados referentes à frequência de internações por clínicas demonstra que houve alterações significativas quando se compara os períodos pré e pós implantação da gestão plena do sistema. Verifica-se aumento importante das internações na clínica cirúrgica (17,86%) e médica (10,06%), menor na clínica pediátrica (3,83%) e acentuada redução das internações na clínica obstétrica (19,08%).

Quando comparados os períodos em estudo, verifica-se que a clínica cirúrgica passou de 23,06% de internações, elevando-se para 26,02%. Esse aumento foi considerado estatisticamente significativo. Da mesma forma, o aumento de internações por clínica médica, que passou de 37,69% para 40,59%, foi considerado estatisticamente significativo. A clínica pediátrica não apresentou aumento significativo entre os dois períodos.

A diminuição da clínica obstétrica foi considerada estatisticamente significativa quando comparadas o antes e o depois da intervenção, passando de 21,55% para 15,79% da proporção por clínicas.

Ao estudar a frequência dos números de partos realizados pelo SUS, verifica-se queda acentuada em Apucarana, uma redução de 38,34% no período de 1995 a 2000. A reta de regressão do número de nascidos vivos entre os períodos de 1995 a 2002 no Município foi considerada estatisticamente significativa, observando, portanto, redução significativa dos nascimentos.(Apêndices O e P)

No Brasil, essa queda também foi acentuada, na ordem de 18%, sendo que as maiores reduções se deram principalmente nos estados da região sul. O Estado do Paraná, nesse mesmo período, apresentou uma queda de 26,82%(BRASIL, 2001c).

Acredita-se que com a implantação da Portaria Ministerial, 2.816 de 29 de maio de 1998, que estabelecia um limite máximo e um cronograma de redução de taxas de cesarianas, tenha contribuído para esta diminuição significativa dos números de partos pagos pelo SUS (BRASIL, 2001d). Porém, dados do SINASC (BRASIL, 2003a) demonstram que

realmente houve uma queda do número de partos no Brasil, acontecendo o mesmo em Apucarana (Apêndice Q). A migração para a saúde suplementar pode ser comprovada, quando comparado os partos anteriormente realizados aos pagos pelo SUS (Apêndice R), e que grande parte daqueles que deveriam dar origem às AIHs se transformaram em atos médicos particulares.

A queda da fecundidade e o aumento da potência de controle e avaliação poderiam somar à justificativa anterior e contribuir para explicação desse fato.

O Brasil apresentou, em relação aos gastos de clínica obstétrica por AIH, valores superiores aos do Município, de R\$ 423,93 em 1995 e 482,63 em 1998. O Estado do Paraná apresentou valores maiores que os apresentados na média nacional, de R\$ 452,66 em 1995 e R\$ 508,66 em 1998 (BRASIL, 2000).

O tempo de permanência por internações, ao final do período em estudo, apresentou variação negativa quando comparada ao ano de 1995. O tempo de permanência de internação reflete fatores como complexidade (transplantes, cirurgias cardíacas, os quais podem ter tempo de permanência mais prolongados), crônicos (pacientes de longa permanência), psiquiátricos (onde tende a se elevar o tempo de internação, quando o Município não dispõe de alternativa antimanicomial).

Apucarana não possui serviços que exijam longos tempos de permanência, ou seja, não possui serviços de cirurgia cardíaca, transplantes e serviços psiquiátricos. Os procedimentos que podem prorrogar o tempo da internação nos serviços municipais se devem às UTI adulta, pediátrica e neonatal que o Município possui.

As médias municipais se apresentaram inferiores às do Estado do Paraná, onde em 1995 foram de 6,6 dias diminuindo para 6,1 em 2001, e às do Brasil com variação de 6,6 em 1995 e de 6,2 em 2001, respectivamente (BRASIL, 2003b).

Em estudo realizado por Martins, Blais e Leite (2004) em Ribeirão Preto, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1998, o tempo de permanência dos pacientes internados no Município foi de 5,63 dias, sendo de 6,7 para hospitais públicos e 5,34 dias nos hospitais privados. Seu estudo define o tempo de permanência como um indicador de desempenho clínico, tendo em vista que quanto melhor a estrutura hospitalar melhor o desempenho do serviço, menor o período de internação.

Outras avaliações do desempenho de serviço devem ser realizadas. Segundo Mendes (1999), a avaliação tecnológica torna-se indispensável como instrumento de racionalização econômica e da melhoria da qualidade da atenção. Para que funcione adequadamente, há de ter critérios avaliativos muito precisos e que, normalmente, são eficácia/ custo, efetividade/ custo.

Segundo o mesmo autor, medidas de racionalização do processo de incorporação e uso de tecnologias devem ser adotadas no Brasil.

Quando comparados os tempos de permanência antes e depois da implantação, houve diferença estatisticamente significativa. Os dados de Apucarana sugerem portanto que tenha havido progressos na estruturação dos serviços e conseqüentemente melhor desempenho nas suas atividades.

A avaliação dos atendimentos básicos é um importante parâmetro na avaliação da implantação e expansão da rede básica. Com a NOB 01/96 foram criados incentivos específicos para ampliação da atenção básica. Portanto, o aumento dos procedimentos básicos é esperado e foi incentivado enquanto política nacional. Entretanto, se observarmos no Município de Apucarana, houve acréscimo do número de procedimentos até o ano de 1997 e grande redução desses números a partir de 1998.

Este fato pode ser explicado devido o SIA-SUS ter sido implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, o que pode ter interferido nos dados, uma vez

que quanto maior a produção de serviços maior é o repasse financeiro, podendo-se supor que houve sobre registro de procedimentos até o ano de 1997. Em 1998, com a implantação do Piso da Atenção Básica, estabeleceu-se o valor per capita para o custeio da Atenção Básica e, presumivelmente, uma maior confiabilidade no registro da produção ambulatorial, tendo em vista que não interferiria mais no repasse dos recursos. Desta forma, com registros mais confiáveis, houve a partir de 1999, uma produção crescente dos procedimentos de atenção básica e da não básica. Estes se referem aos procedimentos de patologia clínica, diagnose de alto custo, cirurgia ambulatorial, Centro de Atendimento Psico Social- CAPS, odontologia especializada, consultas médicas especializadas, etc.

O aumento dos procedimentos de atenção básica no Município se deve também à implantação do Programa Saúde da Família no ano de 2000, com 25 equipes de PSF e uma cobertura de cerca de 66,5% da população. Esse número foi ampliado em 2001 com mais três equipes, totalizando 28 Equipes, cobrindo cerca de 80,6% da população. Com o cadastramento das famílias, o PSF atingiu a cobertura de 91,5% no ano de 2002. É interessante assinalar que no ano de 2002 houve a incorporação de 11 Equipes de Saúde Bucal, levando-se a um aumento dos procedimentos ambulatoriais odontológicos.

Ao analisar os períodos a partir de 1998, com os dados considerados mais fidedignos, verifica-se que em relação aos procedimentos básicos esses tiveram uma redução, entre os anos 1998 -1999 e 2000-2001 e estatisticamente significativa. Em relação aos procedimentos não básicos, o aumento também foi considerado estatisticamente significativo.

O cálculo dos tetos financeiros da assistência dos municípios que se habilitaram na gestão plena do sistema no ano de 1998 teve como base o ano de 1997. Foi composto pelos valores gastos com assistência ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalar daquele ano. Em relação à fração hospitalar, o teto foi composto pelo gasto com as internações da população de residentes e de não residentes, o mesmo acontecendo com a

fração ambulatorial, onde se pactuou e incorporou todos os procedimentos que não havia nos municípios menores.

No ano de 1997, conforme verificado, o gasto com internações hospitalares em Apucarana foi menor que os dos anos anteriores e posteriores, comprovando-se, portanto, que o município ficou prejudicado em relação a estes valores. O gestor, para cumprir com a pactuação e realizar os pagamentos aos prestadores, teve que dispender recursos de outros setores da saúde, uma vez que as internações já tinham sido realizadas e seus laudos auditados.

Ao analisar os percentuais gastos com internações hospitalares de invasão verifica-se que estes tiveram aumento crescente durante o período estudado, passando de 29,7% em 1995, do total dos gastos com assistência hospitalar, para 35,5% em 2004. Esta alta pode ter ocorrido pela implantação de serviços de alta complexidade e também pelo aumento crescente do número de AIHs.

A média dos gastos per capita, com assistência hospitalar, da população residente, nos períodos pré e pós implantação da gestão plena, tiveram aumento de 45,12%, passando de R\$ 27,46 para R\$ 39,85, diferença considerada estatisticamente significativa, tendo a população passado a fazer uso, mais intensamente, dos serviços locais. Os gastos per capita das internações de residentes em outros municípios, apresentaram aumento de 45,44%, de R\$ 13,71 para R\$ 19,94, e calculando-se sobre o gasto total, o percentual per capita de aumento foi de 45,02%, passando de R\$ 41,17 para R\$ 59,79.

Os valores gastos per capita com a população residente foram inferiores aos gastos do Estado do Paraná, o qual teve um valor de R\$ 62,35 em 1995, reduzido ano a ano, atingindo o valor de R\$ 58,19 em 2001 (BRASIL, 2003b). Até o ano 2000, o Município gastava per capita valores menores que o Estado, porém, a partir de 2000, passa a ter gastos próximos com per capita de R\$ 57,83 e de R\$ 61,76 em 2001.

Os gastos per capita do Município de Apucarana, passaram a ser superiores aos apresentados no Brasil a partir de 2000, quando o valor no país foi de R\$ 44,54 e no Município analisado de R\$ 57,83, superior em 29,83% (BRASIL, 2003b). Para o ano de 2001, a diferença se torna maior, quando no país o valor per capita é de R\$ 41,88, o do Município foi de R\$ 61,76, correspondendo a um percentual de 47,47%. Estes fatos podem estar relacionados à implantação de novos serviços no município e ao atendimento dos residentes no próprio local, elevando-se os gastos per capita com a população atendida.

Quando comparados os períodos estudados, observa-se que os gastos per capita tiveram um grande incremento em relação ao período em que o Município ainda estava em gestão parcial. Com a gestão plena, esses valores foram superiores aos verificados anteriormente, observando-se também melhora tecnológica dos serviços implantados no Município. Conforme comparado ao Estado do Paraná e ao Brasil, o incremento foi progressivo até superar os gastos per capita estadual e nacional.

Os custos médios das AIHs do Município foram menores que os apresentados no Estado do Paraná, onde, para o ano de 1995, estes foram de R\$ 654,80 e do Município o valor foi de R\$ 387,77. Para o ano de 2001, o Estado apresentou valor de R\$ 691,10 e o do Município R\$ 534,83. Para o Brasil, os mesmos anos tiveram valores de R\$ 559,51 e R\$ 590,53 respectivamente, portanto, superiores também aos custos apresentados em Apucarana. Esses valores demonstram que os custos no Município ainda são menores que o do Estado e da média Nacional. Porém, ao analisar o custo médio das AIHs por unidades da federação, o Estado do Paraná possui valores acima da maioria dos estados, ficando aquém somente do Estado de São Paulo que apresenta o valor de R\$ 739,44 (BRASIL, 2003b).

Quanto aos custos médios das AIHs da população residente, eles são menores que os da população de outros municípios, demonstrando que a invasão corresponde

ao maior percentual dos gastos com assistência hospitalar do teto financeiro do Município e que estes internamentos de pacientes não residentes ocorrem por procedimentos de maior complexidade, justificando portanto tais encaminhamentos. Por sua vez, o Município de Apucarana, devido a um custo médio baixo, demonstra resolver, no próprio local, a maioria dos procedimentos de média complexidade.

Os custos médios, quando comparados os dois tipos de gestão, mostram que após a implantação da gestão plena tiveram aumentos significativos em relação aos gastos com a população do próprio Município, com uma diferença de R\$ 1.531.477,01 e correspondendo a um aumento de 54,77%. Nesse caso, a gestão plena implementou recursos que foram direcionados à própria população. Os custos médios também aumentaram em consequência do aumento dos valores repassados para esses pagamentos. A variação em relação aos gastos com a invasão também foi significativa, com um incremento de 47,30%. O custo médio geral apresentou uma diferença de R\$ 176,92 o que corresponde a um percentual de 45,88% em relação aos valores do período pré implantação da gestão plena. Nesse caso específico, os aumentos já anteriormente colocados se devem principalmente à retenção dos pacientes no próprio local, havendo aumento da resolutividade na assistência hospitalar.

Todos os custos médios estudados, da internação de residentes no próprio local, da evasão e da invasão, quando comparados os dois tipos de gestão, demonstraram que após a implantação da gestão plena tiveram aumentos estatisticamente significativos.

Conforme Solla e Santos (2002), o indicador da relação gasto hospitalar x ambulatorial busca medir o investimento realizado no hospital e no ambulatório, pretendendo-se aumentar nessa relação o gasto ambulatorial. Essa avaliação reflete o esforço dos municípios em ampliar essas ações, invertendo o modelo hospitalocêntrico diversificando sua assistência e aumentando o acesso ao usuário. Apucarana apresentou um percentual crescente nos anos verificados, passando de 59,51% no ano de 1997 para 65,89% em 2001,

demonstrado pela reta de regressão que tem aplicado os incentivos repassados ao Município, principalmente em estratégias como o PSF e PACS, implantando 25 equipes no ano de 2000 e ampliando a cobertura passando para 28 equipes em 2001. A curva de regressão logística demonstrou que a evolução dos valores aplicados é crescente em função do tempo e que é significativo ao nível de probabilidade de 5%.

Vitória da Conquista, na Bahia, em 1997, apresentava 36,5% dos gastos aplicados na área ambulatorial e conseguiu inverter essa relação, passando para 53,5% nos últimos anos estudados (SOLLA; SANTOS, 2002). Apucarana especificamente nessa relação apresentou índices superiores aos produzidos naquela cidade.

Quando comparados os dois períodos, antes e depois, verifica-se que, após a implantação da gestão plena, os valores proporcionais aos gastos totais aplicados com a atenção básica passaram de 27,23% para 36,59%. Este aumento foi considerado estatisticamente significativo. Comprova-se que se procurou investir na atenção básica, principalmente com programas de prevenção como: Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi significativo: o número de equipes de saúde da família cresceu no Brasil, de 1.623, em 1996, para 3.174 em 1998. A implantação do incentivo, denominado de PAB variável e transferido fundo a fundo, foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família (MARQUES; MENDES, 2002).

Os gastos com Atenção Básica realizados no Brasil no ano de 1999 corresponderam a um percentual próximo de 37% de todo gasto ambulatorial e cerca de 50% dos gastos com assistência Hospitalar (UGÁ et al., 2003). No Município de Apucarana, o gasto com Atenção Básica no ano de 1999 correspondeu a 36,93%, semelhante aos valores encontrados no Brasil. Porém, em relação aos gastos hospitalares, os aplicados com a atenção

básica foram superiores correspondendo a 67,32%. Com estes dados, pode-se inferir que, no ano de 1999, o Município investiu mais na atenção básica e procurou inverter o modelo vigente e centrado na cura da doença, uma vez que a atenção básica, segundo a LARCSS (KNOWLES; LEIGHTON; STINSON, 1997) apresenta em relação aos custos aplicados maior eficiência e equidade.

Os gastos com procedimentos não básicos não tiveram aumento significativo. O percentual em relação aos gastos totais permaneceu nos mesmos índices, demonstrando que o Município não ampliou esses valores, mesmo aumentando significativamente os números de seus procedimentos.

Os gastos hospitalares tiveram aumento estatisticamente significativo no período estudado, porém a proporção em relação aos gastos totais diminuiu, passando de 42,71% para 33,35% nos períodos antes e depois da implantação da gestão plena. É possível inferir que o Município procurou aplicá-los na atenção básica, conforme citado anteriormente. Esse resultado também pode indicar que não houve grandes incentivos na assistência hospitalar.

A análise de regressão em conjunto com a análise comparativa dos indicadores antes e após a implantação da gestão plena pode propiciar uma avaliação complementar que permite reforçar a relação das mudanças com a intervenção. Os indicadores: taxa de internação hospitalar, internação da população residente em outros municípios (evasão), internação por clínica médica, permanência hospitalar e gasto ambulatorial, não apresentaram tendência, porém quando comparados os dois períodos, houve diferença estatisticamente significante, o que reforça a relação de tais mudanças com a implantação da gestão plena.

Quando há tendência significativa e não há diferença entre os dois períodos, pode-se considerar como uma evolução que aconteceria independente da intervenção, fato que

ocorreu com as internações hospitalares ocorridas em Apucarana por pacientes oriundos de outros municípios (invasão). Da mesma forma, se houver tendência e diferença estatisticamente significativa, deduz-se que a gestão possivelmente contribuiu para que esta mudança ocorresse, e dentre os indicadores que apresentaram tais resultados estão o gasto per capita, custos médios das AIHs da população residente internada no próprio local, custo médio das evasões e invasões, gastos com atendimento ambulatorial e gastos hospitalares. Quando não há tendência e nem diferença estatisticamente significativa nos períodos estudados, a exemplo das internações da população residente ocorridas no próprio local, o indicador não sofreu qualquer interferência da intervenção.

Os indicadores de desempenho dos serviços de saúde para os quais houve mudanças significativas nos períodos comparados pré e pós implantação da gestão podem fornecer uma informação importante ao gestor, ou seja, pode-se afirmar que a melhora da qualidade dos serviços realmente foi propiciada pela implantação da intervenção. Em relação aos indicadores econômicos, em que houve também mudanças nos períodos comparados, pode-se deduzir que mesmo não havendo incremento no teto financeiro do Município, este buscou investir nos serviços locais de saúde, a fim de implementar sua estrutura com melhora tecnológica e maior resolutividade, favorecendo a diminuição de exportação de pacientes para outro municípios e possivelmente maior satisfação dos usuários do SUS.

Aqueles indicadores em que as alterações não estão relacionadas à implantação da gestão também devem merecer um olhar cuidadoso por parte do gestor. Se a alteração seria esperada e não ocorreu, o gestor deve articular-se para que, em conjunto com sua equipe, analise estes resultados e planeje suas ações futuras. A avaliação, neste sentido, é uma ferramenta importante e deve ser cada vez mais valorizada por aqueles que possuem o comando sobre os serviços de saúde e possuem governabilidade sobre ações que podem

mudar o perfil destes serviços, prezando pela qualidade do que é ofertado aos cidadãos de seus municípios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou algumas alterações importantes e significativas nos indicadores selecionados que devem ter contribuído para mudar o perfil da assistência à saúde e da gestão do Município de Apucarana.

- **Alguns aspectos que possivelmente foram impactados com a mudança da modalidade de gestão**

Aumento da resolatividade dos serviços locais de saúde, demonstrado pela manutenção da taxa de internação da população residente no próprio local e também pela diminuição da evasão desta população.

Os pacientes encaminhados para outros municípios o foram a serviços que não são ofertados no local, demonstrado pelo alto custo das AIHs da população evadida. Da mesma forma, a população de pacientes de outros municípios (invasão) procurou pelos serviços locais por atendimento não ofertados em seus municípios de residência.

A garantia do acesso da população de outros municípios aos serviços de saúde locais pode ser interpretado como cumprimento da pactuação das referências intermunicipais quando da implantação da gestão plena, observado pelo aumento significativo das AIHs correspondente à população de outros municípios (invasão).

A redução de AIHs pagas pode significar maior racionalidade nos gastos com assistência hospitalar o qual pode ser atribuído ao melhor desempenho do sistema municipal de controle avaliação e auditoria, devido à adoção de critérios mais rigorosos na liberação das AIHs.

O aumento do tempo médio de permanência hospitalar, dos custos médios das AIHs e do per capita municipal, podem ser atribuídos à ampliação da oferta dos serviços

de alta complexidade como neurologia, ortopedia e urgência e emergência com conseqüente implementação da tecnologia médica.

O aumento dos procedimentos ambulatoriais deve refletir possível melhora da assistência ambulatorial, resultando na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde de primeiro nível de complexidade.

O aumento do financiamento da atenção básica com a implantação de programas que priorizaram a prevenção e promoção da saúde, incentivados pela NOB 01/96, implicou melhor ordenamento da utilização dos recursos disponíveis com os incentivos direcionados.

A drástica redução de procedimentos do SIA pode ser atribuída a um provável super registro no período anterior à implantação da gestão plena, quando se pagava por produção. Com a mudança da lógica do pagamento, pelo per capita municipal, os dados registrados devem ser mais fidedignos em relação ao realmente produzido.

- **Alguns aspectos que não sofreram variação após a implantação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**

A taxa de internação hospitalar ainda se encontra superior à do Estado e do Brasil.

Houve uma tendência de diminuição de partos assim como do número de AIHs obstétricas. Semelhante ao que vem acontecendo com o Estado do Paraná e outras regiões do Brasil. Porém, pode ter havido uma migração de partos cesáreos para atendimentos particulares e de convênios.

Diante do observado, podemos concluir que a habilitação em gestão plena pode impactar positivamente sobre os serviços e reverter tendências do modelo assistencial tradicional ou flexneriano.

Em termos metodológicos, acredita-se que os indicadores utilizados foram pertinentes embora exista a possibilidade de utilização de outras categorias e variáveis assim como de análise comparativa, que venham a contribuir para trabalhos avaliativos em gestão de saúde.

A municipalização plena teve grandes avanços com a NOB 01/96 que contribuiu para o processo de descentralização. Para que o SUS seja economicamente viável, estudos devem ser realizados em parceria, gestores e pesquisadores, a fim de que se definam melhor os recursos a ele destinados e que haja mais autonomia para sua administração, assim como competência e seriedade para que o sistema de saúde descrito na constituição se consolide.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S167-S168, 2004.

APUCARANA. Prefeitura Municipal de Apucarana. Disponível em <http://www.apucarana.pr.gov.br/cidade.cti?org=35>, Acesso em 15 nov.2005.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Serviços ao cidadão**. Correção de valores. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/correcao/indexCorrige.asp?u=corrige.asp&id=correcao>. Acesso em: 13 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da gestão plena do sistema municipal**. Brasília, DF, 2002a.

_____. **Gestão municipal: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001a.

_____. **Gestão municipal: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001b.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2002. Portaria nº 373GM, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial**, Brasília, n. 40, Seção 1, fev. 2002b.

_____. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB/01/96**: Portaria 1742 GM de 30 de agosto de 1996. Brasília, DF, 1997.

_____. **Portaria nº 2420/GM em 30 de dezembro de 2002**. Habilita os municípios do Paraná na Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos NOAS SUS 01/02. Brasília, DF, 2002c.

_____. Portaria nº 2.564 de 04 de maio de 1998: Habilitação dos Municípios na condição da Gestão Plena do Sistema Municipal. **Diário Oficial**, Brasília, n. 83, Seção 1, 5 maio. 1998.

_____. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília, DF, 2002d.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2002e.

_____. Conselho Nacional de Saúde . **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, out. 1996.

_____. DATASUS. **Banco de dados dos Sistemas de Informação sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) – 1996-2002**. Brasília, DF, 2003a. 1 CD-ROM.

_____. DATASUS. **SIA: Movimento de informação ambulatorial**. Brasília, DF, 1995 a 2004a. 10 CD-ROM.

_____. DATASUS. **SIH: Movimento de autorização de internação hospitalar**. Brasília, DF, 1995 a 2004b. 10 CD-ROM.

_____. Fundo Nacional de Saúde. **Transferência fundo a fundo**. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/consultafundoafundo.asp>. Acesso em: 10 nov. 2005.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Assistência à saúde no SUS**, média e alta complexidade - 1995/2000. Brasília, DF, 2001c.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Assistência à saúde no SUS média e alta complexidade** –1995/2001. 2. ed. ampl. Brasília, DF, 2003b.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Assistência hospitalar no SUS** – 1995/1999. Brasília, DF, 2000.

CARVALHO, B. G. **Internações hospitalares em Londrina** – 1990 a 1998. 2000. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L.A organização de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **As bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.27-59.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O.Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, Supl. 2, p. S59-S70, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org): Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p. 29-48, 1997.

CORDONI JUNIOR, L. **Elaboração e avaliação de Projetos em Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2005.

DONABEDIAN, A. **Garantía e Monitoría de la Calidad de la Atención Médica**: un texto introductorio. Cuernavacas: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

GIL, C. L .R. et al. Avaliação em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **As bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.125-131.

GOULART, F.A.A. **Municipalização**: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro:Abrasco/Conasems, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela da população residente da contagem populacional de 1996, maiores de 50.000, segundo a Unidade Federativa e os Municípios**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Contagem_da_Populacao_1996/Populacao_residente. Acesso em: 19 jun. 2005a

_____. **Tabela das estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 1992 a 1995, segundo os Municípios**. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_1992_95. Acesso em: 19 jun. 2005b.

_____. **Tabela das estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 1997 a 1999, segundo os Municípios.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Estimativas_1997_99. Acesso em: 19 jun. 2005c.

_____. **Tabela das estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2001, segundo os Municípios Tabelas das estimativas das populações residentes.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Estimativas_2001. Acesso em: 19 jun. 2005d.

_____. **Tabela das estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2002, segundo os Municípios Tabelas das estimativas das populações residentes.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Estimativas_2002. Acesso em: 19 jun. 2005e.

_____. **Tabela das estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2003, segundo os Municípios Tabelas das estimativas das populações residentes.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Estimativas_2003. Acesso em: 19 jun. 2005f.

_____. **Tabela das estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2004, segundo os Municípios Tabelas das estimativas das populações residentes.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Estimativas_2004. Acesso em: 19 jun. 2005g.

_____. **Tabela das populações residentes, por grupos de idade, segundo os Municípios - Paraná.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Censos_Demográfico_2000/Dados_do_Universo/Municipios. Acesso em: 19 jun. 2005h.

KIRKWOOD, B. R. **Essential of medical statistics.**The Poisson Distribution. Oxford: Blackwell, p.124, 1988.

KNOWLES, J. C.; LEIGHTON, C.; STINSON, W. **Indicadores de medicion del desempeño del sistema de salud:** guia de indicadores - iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud em América Latina y el Caribe- LARCRSS. Bethesda: Partnerships for Health Reform, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, Supl. 2, p. 269-291, 2001.

MARQUES, R .M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002. Supl.

MARTINS, M.; BLAIS, R.; LEITE, I. C. Mortalidade hospitalar e o tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 20, Supl. 2, p.S268-S282, 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MATUS, C. Política, Planejamento & Governo. 3.ed. Brasília:IPEA, 1993.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões par a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S147-S157, 2004.

OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S298-S309, 2004.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. **Deliberação 074/01**. Curitiba, 2001.

PROJETO: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS) - Relatório final. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA (PROESF) – Disponível em: cedoc.insp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/PROESF.doc. Acesso em 25 de abr 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

SAPATA, M. P. **Internações hospitalares pelo SUS**: perfil epidemiológico e gastos em Maringá-PR, 1998 a 2002. 2003. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003.

SAS Institute Inc. SAS/STAT User's Guide, Version 6, Fourth Edition, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1989.

SILVA. S.F. **Municipalização do poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo, Hucitec, 2001.

SILVER, L. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: GALLO, e. RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. **Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1992.

SIMÕES, S. A. S. A estrutura legal do Sistema Único de Saúde: breve esboço sobre o Direito Constitucional Sanitário. **JUS Navigandi**, ano 8, n.363, 2004. Disponível em: jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=5420. Acesso em: 31 ago. 2004.

SOLLA, J. J. S.; SANTOS, F. P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: relato de experiências/gestão dos serviços de saúde. Brasília, DF, 2002. p. 361-391.

UGÁ, M. A.et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 417-437, 2003.

WHORTEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. Evaluation's Basis Purpose, Uses and Conceptual Distinctions. In: **Program Evaluation**: alternative approaches and practical guidelines. 2.ed. New York: Longman, p.5, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Taxa de Internação Hospitalar

Conceito: Este indicador demonstra o número de internações hospitalares pagas pelo SUS por 100 habitantes/ano. Reflete a cobertura de atendimento hospitalar a uma determinada população com recursos financiados pelo SUS.

Utilização:

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.
- Subsidiar o processo de formulação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) na construção de um sistema regionalizado de saúde.
- Avaliar e controlar por município de ocorrência de internamento e de residência do paciente, em que o gestor tem a responsabilidade de cadastrar e programar as internações.

Mensurabilidade:

Para seu cálculo são utilizados os valores constantes do SIH/SUS e do IBGE, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares de determinada população pagas pelo SUS}}{\text{população total residente}} \times 100$$

Justificativas:

Segundo Berling et al. (1993), a taxa de internação hospitalar reflete a resolutividade da atenção primária à saúde, ou seja, o atendimento primário evitaria a evolução de doenças para estágios em que requerem hospitalização e, conseqüentemente, a taxa de internação hospitalar diminuiria (STARFIELD, 2002). O Canadá utiliza-se do indicador: taxa de internação por doenças onde o cuidado ambulatorial apropriado deveria prevenir ou reduzir a internação hospitalar, para avaliar a efetividade de seus serviços de saúde, demonstrando assim a resolutividade da atenção primária dos mesmos (PRO-ADESS, 2003).

Outras categorias deste indicador são utilizadas para aferir a efetividade de sistemas de saúde e de determinantes biológicos e comportamentais. No Canadá, avalia-se a taxa de internações hospitalares por infecção respiratória aguda - IRA em menores de 5 anos, a taxa de internações por pneumonia e influenza por 100 mil pessoas com 65 anos ou mais e também a taxa padronizada por idade de internações por causas externas por 100 mil habitantes. No Brasil, o PACTO, utiliza-se da taxa de internação por diabetes sobre internações por todas as causas, e na Austrália a taxa de internação por asma e por diabetes mellitus tipo 2 são utilizados como indicadores de desempenho referentes à dimensão efetividade (PRO-ADESS, 2003)..

Este indicador foi um dos utilizados para avaliar os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal pelo Ministério da Saúde e também por Solla e Santos (2002), na avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde no Município de Vitória da Conquista.

REFERÊNCIAS

PROJETO: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS) - **Relatório final**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

SOLLA, J. J. S.; SANTOS, F. P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: relato de experiências/gestão dos serviços de saúde. Brasília, DF, 2002. p. 361-391.

STARTFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

APÊNDICE B - Proporção de Evasão e Invasão das Internações Hospitalares

Conceito: Evasão compreende todas as internações SUS registradas nas AIHs pagas, relativas a pacientes que declaram ser domiciliados num município e são atendidos em outro. Invasão compreende todas as internações SUS registradas nas AIHs pagas, cujos pacientes eram originários de outro município. Portanto, este indicador demonstra o percentual de internações hospitalares pagas pelo SUS, da população residente que se internou em outro município (evasão) e de pacientes oriundos de outros municípios, que não o de atendimento (Invasão).

Utilização:

- Análise das variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsídio de processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.
- Avaliação e controle por município de ocorrência de internamento e de residência do paciente em que o gestor tem a responsabilidade de cadastrar e programar as internações.

Mensurabilidade:

Para seu cálculo são utilizados os valores constantes do SIH/SUS:

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares de residentes evadidos, pagas pelo SUS}}{\text{Total de AIHs pagas}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares de pacientes de outros municípios, pagas pelo SUS}}{\text{Total de AIHs pagas}} \times 100$$

Justificativas:

Importante para avaliar informações sobre gastos com número de internações da população residente que ocorreram em outros municípios, a fim de conhecer quais serviços são encaminhados para aqueles locais. Permite também avaliar o perfil das internações ocorridas por pacientes originários de outros municípios e contribuir para o processo de pactuação e regionalização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

APÊNDICE C - Proporção de Internações por Clínica

Conceito: Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo SUS segundo especialidades.

Utilização:

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Contribuir na realização de análises comparativas dos perfis de oferta de recursos médico-hospitalares.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

Mensurabilidade:

A fonte é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares na especialidade pagas pelo SUS}}{\text{Total de AIHs}} \times 100$$

Justificativas: Solla e Santos (2002), utilizaram este indicador para avaliar a implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde no Município de Vitória da Conquista.

REFERÊNCIAS

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

SOLLA, J. J. S.; SANTOS, F. P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS:** relato de experiências/gestão dos serviços de saúde. Brasília: DF, 2002. p. 361-391.

APÊNDICE D – Tempo de Permanência

Conceito: Razão entre o total de dias de internação referentes às AIHs pagas no período e número de AIHs pagas, computadas como internações, no período.

Refere-se ao número de dias que o paciente ficou internado no hospital.

Utilização:

Reflete fatores como complexidade hospitalar, ou seja, quanto maior a complexidade dos serviços hospitalares maior será a média de permanência.

Mensurabilidade:

Obtido do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH-SUS).

$$\frac{\text{Número de diárias ocorridas pelo total de AIHs pagas, em determinado período}}{\text{Número total de AIHs pagas em determinado período}}$$

Variáveis obtidas:

Por Especialidade ou procedimento hospitalar

Unidade geográfica: Brasil, Estado, regiões, municípios.

Justificativas:

O programa nacional de avaliação de serviços de saúde priorizou este indicador para se avaliar os serviços de saúde por ser tradicionalmente utilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - (PNASS)**. Brasília: DF, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002.

APÊNDICE E – Número de Procedimentos Ambulatoriais (Produção Ambulatorial)

Conceito: Número de procedimentos ambulatoriais realizados a uma determinada população com recursos financiados pelo SUS.

Utilização:

- Analisar variações geográficas temporais e por unidades prestadoras de serviços, relativas ao número de procedimentos realizados no SUS, para identificar situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência ambulatorial no âmbito do SUS.

Mensurabilidade:

Obtido a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Quantidade de procedimentos ambulatoriais no SUS/ano.

Justificativas:

A produção ambulatorial total demonstra o esforço dos gestores municipais de inverter a prática hospitalocêntrica e buscar novas formas de assistência à saúde.

Com a criação dos incentivos da Atenção Básica pela NOB 01/96, esperou-se por um aumento de procedimentos básicos.

Os procedimentos não básicos referem-se aos procedimentos de patologia clínica, diagnose, alto custo, cirurgia ambulatorial, Centro de Atendimento Psico Social - CAPS, odontologia especializada, consultas médicas especializadas etc. Estes procedimentos dependem também do prestador conveniado e contratado, portanto seu aumento está condicionado também à oferta dos serviços por terceiros.

O Sistema de Informação Ambulatorial – SIA deve ser adequadamente alimentado para produzir resultados fidedignos.

REFERÊNCIAS

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

SOLLA, J. J. S.; SANTOS, F. P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS:** relato de experiências/gestão dos serviços de saúde. Brasília: DF, 2002. p. 361-391.

APÊNDICE F – Gasto per Capita

Conceito: Gasto per capita com internação hospitalar ou produção ambulatorial no SUS em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Utilização:

- Analisar variações geográficas e temporais e por unidade prestadora de serviços, relativas aos gastos per capita, realizados com internações hospitalares e produção ambulatorial no SUS.
- Identificar tendências e situações de desigualdade que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

Mensurabilidade:

Obtido do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e SIA/SUS. Os custos são apresentados em reais correntes do ano, sendo necessários ajustes para comparação da série histórica.

Valor da despesa realizada por AIH /ano.
População em estudo

Valor da despesa realizada com procedimentos ambulatoriais/ano.
População em estudo

Justificativas:

O Ministério utiliza-se deste indicador para verificar os gastos totais com internações hospitalares pelo SUS em série histórica e também para comparar entre as diferentes regiões brasileiras. Alguns pesquisadores utilizam este indicador para comparar sistemas de saúde em diferentes países, com objetivo de verificar os gastos per capita de cada um (BRASIL, 2000). Ugá et al (2003) utilizaram estes indicadores a fim de analisar os gastos do Ministério da Saúde com assistência ambulatorial e hospitalar.

REFERÊNCIAS

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 8 n. 2, p. 417-437, 2003.

APÊNDICE G – Custo Médio das Internações

Conceito: Razão entre o valor referente às AIHs pagas e à quantidade de AIHs pagas no período. Expressa o valor médio de cada AIHs emitida pelo SUS

Utilização:

- Analisar variações geográficas e temporais e por unidade prestadora de serviços, relativas aos gastos médios realizados com internações hospitalares no SUS.
- Identificar tendências e situações de desigualdade que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

Mensurabilidade:

A fonte é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

- Os custos são apresentados em reais correntes do ano, sendo necessários ajustes para comparação da série histórica.

$$\frac{\text{Valor da despesa realizada por AIH na especialidade/ano.}}{\text{Total de AIHs pagas da mesma especialidades}}$$

Justificativas:

Pode demonstrar se houve distribuição equitativa dos recursos financeiros. Percentuais superiores correspondem principalmente às regiões com maior densidade demográfica e a diferença da rede hospitalar instalada, devido a serviços de maior complexidade e maiores custos (BRASIL, 2000).

REFERÊNCIAS

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

APÊNDICE H - Gastos Com Internação Hospitalar

Conceito: Gasto com atendimento hospitalar no SUS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a evolução em uma série histórica do total de gastos anuais com internação da população residente, demonstrando também a evasão e invasão dos gastos executados.

Utilização:

- Analisar variações geográficas e temporais e por unidade prestadora de serviços, relativas aos gastos realizados com internações hospitalares no SUS.
- Identificar tendências e situações de desigualdade que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

Mensurabilidade:

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Os custos são apresentados em reais correntes do ano, sendo necessários ajustes para comparação da série histórica.

Valor da despesa realizada por tipo de atendimento hospitalar no SUS/ano.

Justificativas:

O Ministério utiliza-se deste indicador para verificar os gastos totais com internações hospitalares pelo SUS em série histórica e também para comparar gastos com AIHs nas regiões do Brasil (BRASIL, 2000). Ugá et al (2003) analisaram os gastos realizados com custeio da assistência hospitalar no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Assistência hospitalar no SUS – 1995/1999**. Brasília:DF, 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 8 n. 2, p. 417-437, 2003.

APÊNDICE I - Gastos com Atendimento Ambulatorial

Conceito: Gasto com atendimento ambulatorial no SUS, por tipo de atendimento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa o valor de recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento ambulatorial básico e de média e alta complexidade.

Utilização:

- Analisar variações geográficas temporais e por unidades prestadoras de serviços, relativas ao gastos realizados com atendimento ambulatorial no SUS, para identificar situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência ambulatorial no âmbito do SUS.

Mensurabilidade:

Obtido através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), cujos custos são apresentados em reais correntes ano, sendo necessários ajustes para comparação de série histórica.

Valor da despesa realizada por tipo de atendimento ambulatorial no SUS/ano.

Justificativas

A análise de indicadores foi estabelecida como uma das dimensões avaliativas do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS. O programa tem como base de dados o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), entre outros. A produção ambulatorial relacionada à programação física e a relacionada à programação financeira são indicadores que fazem parte deste programa (BRASIL, 2004).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - (PNASS)**. Brasília:DF, 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

APÊNDICE J - Relação Gasto Ambulatorial/Gasto Hospitalar.

Conceito: Razão entre o gasto com atendimento ambulatorial e o gasto com assistência hospitalar. A relação gasto ambulatorial/gasto hospitalar tem como objetivo demonstrar o quanto se aplicou no ambulatório e no hospital.

Utilização:

- Analisar variações geográficas temporais e por unidades prestadoras de serviços, relativas aos gastos realizados com atendimento ambulatorial no SUS, para identificar situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência ambulatorial no âmbito do SUS.

Mensurabilidade:

Obtido através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), cujos custos são apresentados em reais correntes ano, sendo necessários ajustes para comparação de série histórica.

Valor dos gastos com procedimentos ambulatoriais Valor dos gastos com procedimentos hospitalares

Justificativas

A relação gasto ambulatorial/hospitalar foi utilizada tradicionalmente para indicar os percentuais relativos de produções e demonstrar o quanto se gastou nesta relação, buscando-se pela maior aplicação na fração ambulatorial. Esta relação foi estudada por Biscoe (1996), onde demonstrou que no Brasil os gastos hospitalares elevaram-se de menos de 40% do gasto público total nos anos 60, para aproximadamente 70%, no início dos anos 80. Outros estudos mais recentes demonstraram que houve inversão desta relação, ou seja, em 1993 este percentual foi de 62,2%, caindo para 53% em 1994. No Canadá, o gasto hospitalar correspondeu a 37,3% do gasto total em saúde (MENDES, 1999).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - (PNASS)**. Brasília, 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002.

APÊNDICE L - Percentual de Gastos com Atenção Básica em Relação aos Gastos Totais com Saúde

Conceito: Demonstra o investimento realizado no ambulatório e no hospital. Possibilita definir quais são os valores aplicados em relação à produção ambulatorial - atendimentos básicos e atendimentos não básicos.

Utilização:

- Demonstrar os gastos com atenção básica. Reflete os esforços dos municípios em ampliar ações na atenção básica, invertendo o modelo hospitalocêntrico.
- Contribuir na realização de análises comparativas dos perfis de oferta de recursos médicos-hospitalares e de procedimentos ambulatoriais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar e ambulatorial no SUS. Proporciona aos gestores avaliarem quais os investimentos ocorridos e a sustentabilidade de seus programas.

Mensurabilidade:

As fontes são: o Sistema de Informação Ambulatorial, o Sistema de Informação Hospitalar e os repasses do Fundo Nacional de Saúde

Os custos são apresentados em reais correntes do ano, sendo necessários ajustes para comparação da série histórica.

Gastos com Atenção Básica Gastos Totais com Saúde

Justificativas:

Este indicador é mais privilegiado por aqueles que defendem a saúde pública do que para os economistas. Os primeiros acreditam que os serviços de saúde primários são mais eficientes, em função dos custos, que os serviços secundários e terciários. Por sua vez, os economistas aprovam o uso deste indicador porque muitos serviços de saúde primária merecem receber subsídios tendo por motivo sua eficiência com equidade. É definido como um indicador de eficiência (LARCRSS). Define-se também como um indicador de sustentabilidade, tendo em vista se tratar de áreas em que os governos tendem a cortar em seus orçamentos quando vêm restringidas suas receitas, porém, muitos buscam por investirem nesta área, devido aos programas de prevenção, cujos financiamentos são obtidos externamente.

REFERÊNCIAS

KNOWLES, J. C.; LEIGHTON, C.; STINSON, W. **Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud:** guia de indicadores - Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud em América Latina y el Caribe- LARCRSS. Bethesda: Partnerships for Health Reform, 1997.

PROJETO: Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro (PRO-ADESS) - **Relatório final**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

SOLLA, J. J. S.; SANTOS, F. P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: relato de experiências/gestão dos serviços de saúde. Brasília, 2002. p. 361-391.

STARTFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

APÊNDICE M – Custo Médio das Internações por Clínica

Tabela 1A – Custo médio das internações por clínica específicas ocorridas em Apucarana, no período de 1996-1997 e 2000-2001 (Reais corrigidos pelo INPC)

Período	1996-1997	2000-2001	Diferença	%
Cirúrgica	615,18	863,84	248,67	40,42
Obstétrica	301,90	370,98	69,08	22,88
Médica	345,03	503,83	158,80	46,03
Pediátrica	275,91	410,07	134,16	48,62
Custo Médio Geral	385,77	559,72	173,95	45,09

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

APÊNDICE N – Custos Médios das Internações Hospitalares por Clínica

Tabela 2A - Custo Médio das internações hospitalares por clínica, ocorridas no Município de Apucarana segundo local de ocorrência, 1995-2004 (em Reais corrigidos).

ANO	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica	Clinica Médica	Clinica Pediátrica	Custo Médio Geral
1995	630,17	328,34	377,92	318,73	410,14
1996	632,68	306,09	343,90	276,94	388,25
1997	597,67	297,71	346,15	274,88	383,28
1998	656,30	356,83	406,22	337,91	449,36
1999	748,25	379,77	403,04	339,68	478,92
2000	824,50	383,07	492,62	419,52	551,33
2001	903,18	358,88	515,03	400,61	568,10
2002	800,90	350,64	474,93	332,28	514,35
2003	842,76	331,15	436,15	523,28	536,65
2004	846,62	359,08	506,07	571,72	584,10

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

Valores atualizados segundo INPC-IBGE para novembro de 2005.

APÊNDICE O – Número de Nascidos Vivos e Taxa de Nascimento

Tabela 3A – Número de nascidos vivos e taxa de nascimento do Município de Apucarana nos anos de 1995-2002.

Ano	População	Nº Nascidos Vivos	Taxa
1995	100.198	2067	2,06
1996	101.083	2087	2,06
1997	102.583	2019	1,97
1998	103.848	1872	1,80
1999	105.114	1932	1,84
2000	107.827	1886	1,75
2001	109.386	1735	1,59
2002	110.511	1644	1,49

Fonte: BRASIL (2003a)
IBGE (2005a-2005h)

APÊNDICE P - Número de Nascidos Vivos da População Residente do Município de Apucarana no Período de 1995-2002.

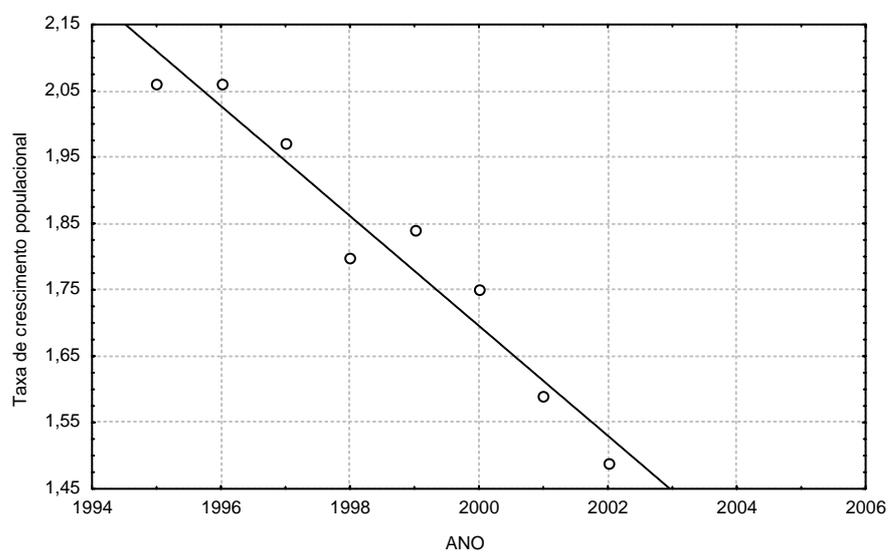


Figura 1A – Dispersão das taxas de nascidos vivos da população residente do Município de Apucarana no período de 1995-2002.

APÊNDICE Q – Número de Nascidos Vivos, Total de Partos Cesáreos e Proporção NV/partos

Tabela 4A– Número de nascidos vivos, total de partos cesáreos e proporção NV/partos, do Município de Apucarana nos anos de 1995-2002.

Ano	População	Nº Nascidos Vivos	N partos cesareos + normais	Proporção NV/Partos
1995	100.198	2067	1676	81,08
1996	101.083	2087	1651	79,11
1997	102.583	2019	1679	83,16
1998	103.848	1872	1421	75,91
1999	105.114	1932	1179	61,02
2000	107.827	1886	1098	58,22
2001	109.386	1735	1117	64,38
2002	110.511	1644	1141	69,40

Fonte: BRASIL (2003a)

APÊNDICE R – Número de Nascidos Vivos, e Taxas de Nascimento e Partos pelo SUS

Tabela 5A - Número de Nascidos vivos, taxa de nascimento, número de partos, taxa de partos e percentual de partos pelo SUS do total de Nascidos vivos da população de Apucarana nos anos de 1995-2002.

Ano	População	Nascidos vivos	Taxa	Partos SUS	Taxa	%
1995	100.198	2067	2,06	1676	1,67	81,08
1996	101.083	2087	2,06	1651	1,63	79,11
1997	102.583	2019	1,97	1679	1,64	83,16
1998	103.848	1872	1,80	1421	1,37	75,91
1999	105.114	1932	1,84	1179	1,12	61,02
2000	107.827	1886	1,75	1098	1,02	58,22
2001	109.386	1735	1,59	1117	1,02	64,38
2002	110.511	1644	1,49	1141	1,03	69,40

Fonte BRASIL (2003a)
IBGE (2005a-2005h)

APÊNDICE S – Frequência de Procedimentos Obstétricos por Local de Ocorrência

Tabela 6A – Frequência dos procedimentos obstétrico por local de ocorrência no período de 1995-2000 do Município de Apucarana

ANO	Partos Normais			Partos Cesáreos			Curetagem pós partos			Outros procedimentos obstétricos			TOTAL		
	Resid.	Invasão	Total	Resid.	Invasão	Total	Resid.	Invasão	Total	Resid.	Invasão	Total	Resid.	Invasão	Total
1995	623	183	806	1053	301	1354	110	26	136	11	02	13	1797	512	2309
1996	626	129	755	1025	236	1261	78	17	95	03	01	04	1732	383	2115
1997	581	138	719	1098	302	1400	104	29	133	05	00	05	1788	469	2257
1998	658	155	813	763	163	926	98	29	127	02	01	03	1521	348	1869
1999	757	152	909	422	72	494	129	16	145	05	01	06	1313	241	1554
2000	721	156	877	377	76	453	118	28	146	09	00	09	1225	263	1488
2001	645	170	815	472	88	560	137	18	155	08	00	08	1262	277	1539
2002	627	201	828	514	118	632	136	36	172	08	00	08	1285	359	1644
2003	611	212	823	597	129	726	119	34	153	05	00	05	1332	448	1780
2004	648	201	849	508	170	678	104	29	133	11	00	11	1271	402	1673

Fonte: BRASIL (1995-2004b)

ANEXOS

ANEXO A – Parecer 203/04 Comitê de Ética da UEL**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CEP203/04**

Londrina, 05 de novembro de 2004.

Ao Sr.
Leonardo Di Colli
Nesta

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **“AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE APUCARANA-PR, APÓS A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL (NOB 01/96) ”**, que está de acordo com a Resolução 196/96 – CNS.

Atenciosamente,



Prof.^ª Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora