

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

DÓRIS CLARITA BÜTTENBENDER

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA
DO SISTEMA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL: INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL**

São Leopoldo

2008

DÓRIS CLARITA BÜTTENBENDER

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA
DO SISTEMA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL: INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL.**

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

Orientador: Prof. Dr. JUVENAL SOARES DIAS DA COSTA

São Leopoldo

2008

Ficha catalográfica

B988a Büttenbender, Dóris Clarita
Avaliação da efetividade dos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul: internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial./ por Dóris Clarita Büttenbender. -- 2009.
59 f. ; 30cm.

Com: artigo "Hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul".

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2009.
"Orientação: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, Ciências da Saúde".

1. Sistema de Saúde - Rio Grande do Sul - Atenção ambulatorial. 2. Hospitalização - Qualidade - Cuidado - Saúde. 3. Serviço de Saúde. 4.

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

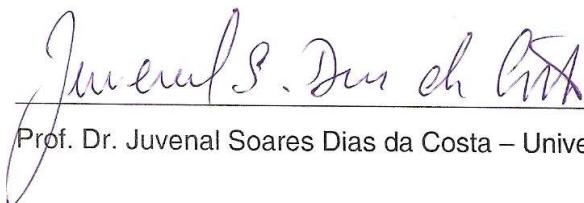
Dóris Clarita Buttenbender

Interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul


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

Aprovado em 26 de agosto de 2008.

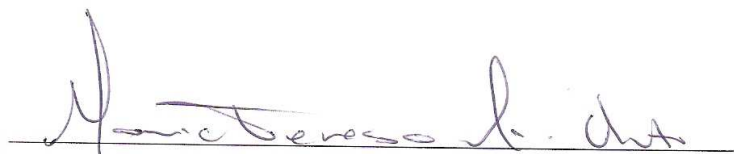
BANCA EXAMINADORA



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



Prof. Dr. Ailton Tetelbom Stein – Universidade Luterana do Brasil



Profa. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dedicatórias

Dedico este trabalho ao esposo Pedro, que me incentivou e apoiou nesta atividade e aos nossos filhos queridos Bruno e Matheus, que com o seu carinho e paciência me apoiaram nesta etapa.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, pelo profissionalismo, dedicação e apoio na realização deste trabalho.

Aos Professores do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos, pelos ensinamentos.

À Ana Lucia Hoefel, pelo auxílio na organização dos dados.

Aos colegas da 14ª CRS, pelo apoio.

SUMÁRIO GERAL

I	PROJETO DA PESQUISA	8
II	RELATÓRIO DA PESQUISA	32
III	ARTIGO A SER SUBMETIDO À <i>REVISTA PAN-AMERICANA DE SALUD PUBLICA</i>	34
IV	ANEXOS - TABELAS.....	53

PROJETO DE PESQUISA

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

DÓRIS CLARITA BÜTTENBENDER

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA
DO SISTEMA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL: INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO AMBULATORIAL.**

São Leopoldo

2008

LISTA DE QUADROS

QUADRO I –	Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, em gestão plena, respectivas populações segundo o Censo Demográfico de 2000, e data de habilitação na condição de gestão plena do sistema de saúde.	17
-------------------	--	-----------

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Mapa do Estado do Rio Grande do Sul com os municípios em gestão Plena do Sistema de Saúde.	18
-------------------	--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas e Siglas	Detalhamento
CID	Código Internacional de Doenças
CSAA	Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
DATA-SUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PRO-ADESS	Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PSCA	Problemas de Saúde Sensíveis a Cuidados Ambulatoriais
SIA / SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH /SUS	Sistema de informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Qualidade de sistemas de saúde populacionais.....	13
2.1.1	Acesso.....	13
2.1.2	Efetividade dos cuidados.....	14
2.2	Municipalização da saúde.....	15
2.3	Avaliação em saúde.....	18
3	JUSTIFICATIVA.....	20
4	OBJETIVO GERAL.....	21
4.1	Objetivos Específicos	21
5	MATERIAIS E MÉTODOS	22
5.1	Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial	22
5.2	Fontes de dados	22
5.3	Indicadores utilizados	23
6	CRONOGRAMA	24
7	ORÇAMENTO	25
8	REFERÊNCIAS	26

Resumo

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde nos municípios em Gestão Plena do Sistema de Saúde no Rio Grande do Sul, utilizando o conceito de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial, com referência aos processos em que a atenção ambulatorial efetiva pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização, seja prevenindo o início de uma enfermidade aguda ou controlando uma enfermidade crônica. A necessidade de gerir o sistema de saúde com eficiência e efetividade em função do alto custo da atenção à saúde e da escassez de recursos, exigem que as decisões sejam tomadas com base na avaliação dos impactos das ações desenvolvidas. Os dados utilizados neste estudo estão disponíveis no site do DATA-SUS (Morbidade e informações epidemiológicas). São avaliadas as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no período de 1995 a 2005, na população da faixa etária de 20 a 59 anos. O acompanhamento e avaliação destas taxas pode ser facilmente efetuado pelos gestores e técnicos de saúde dos municípios, uma vez que são utilizados dados secundários disponíveis no portal público Data-SUS..

Palavras-chave: atenção básica, avaliação, internações por condições sensíveis.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, em 1996 foi editada a Norma Operacional do SUS, NOB nº 01/96 (BRASIL, NOB, 1996). Assim, o Ministério da Saúde através dessa Norma definiu as formas de repasses financeiros, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada. Além disso, essa norma previu incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde e avaliação dos resultados (BRASIL, 1996). Para os municípios a NOB/96 estabeleceu duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal.

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

Portanto, com a implantação do processo de municipalização plena do sistema de saúde cada vez mais aumentam as responsabilidades das prefeituras municipais com a efetividade dos cuidados em saúde, que são oferecidos de forma cada vez mais complexa, exigindo mecanismos de gestão qualificados que permitam monitorar a situação de saúde da população.

O presente projeto pretende utilizar indicadores que expressem a qualidade da atenção básica dos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul.

Será utilizado o conceito de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA), com referência aos processos em que a atenção ambulatorial efetiva pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização, seja prevenindo o início de uma enfermidade, tratando uma enfermidade aguda ou controlando uma enfermidade crônica (CALDERON, 2003).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste Capítulo são apresentados fundamentos conceituais de referência para a realização da pesquisa.

2.1 Qualidade de sistemas de saúde populacionais

A definição atualizada de qualidade dos cuidados para populações estabelece a necessidade de que o acesso aos cuidados seja efetivo e equânime; e que os custos sejam suportáveis para aperfeiçoar benefícios em saúde e de bem-estar para todos (CAMPBELL et al., 2000)

2.1.1 Acesso

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi estabelecida e consagrada a estratégia de atenção primária à saúde como forma de facilitar o acesso da população a cuidados de assistência com efetividade.

Assim, segundo Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) os principais fatores do perfil de consumo de saúde estão agrupados em três dimensões:

- **Capacitação** : capacidade do indivíduo em procurar e receber serviços de saúde. Eles estão diretamente ligados, por um lado, às condições econômicas individuais e familiares e, por outro, à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside. Esses fatores incluem renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados.
- **Necessidade**: os fatores de necessidades referem-se tanto às percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, quanto ao estado objetivo dos indivíduos.

- **Predisposição:** são aquelas características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde. Referem-se ao conjunto de variáveis sócio-demográficas e familiares como idade, sexo, escolaridade e raça.

O acesso também pode ser referido como a presença ou ausência de barreiras físicas ou econômicas que podem ser enfrentadas pelas pessoas para usar os serviços de saúde (KNOWLES, LEIGHTON E STENSON, 1997).

A Constituição Brasileira assegura para todos os cidadãos o acesso universal e igualitário a todas às ações e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde adota o conceito de acesso assumido pelo Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PRO-ADESS, que o define “como a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e no momento certos” (VIACAVA et al, 2004).

A discussão sobre o acesso aos serviços de saúde foi tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2000, realizada em Brasília, quando foi defendida a equidade, a integralidade e universalidade no acesso (BRASIL, 2003). Também na 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi abordada a questão da universalidade do acesso através da ampliação da oferta de serviços de atenção a saúde, garantindo o princípio da equidade (BRASIL, 2004).

2.1.2 Efetividade dos cuidados

A efetividade de uma intervenção pode ser definida pelo grau em que objetivos predeterminados foram alcançados, e, caso todos sejam obtidos, a efetividade torna-se igual à eficácia. Em geral, pode calcular-se a efetividade pela fórmula:

Efetividade = M x eficácia, onde M, que varia de 0 a 1, reflete o grau de sucesso da implantação (WINTER, 1996).

Conforme Castiel (1990) “a efetividade do cuidado médico depende de algumas características, tais como: condições estruturais que facilitem o processo, aderência dos médicos e adesão dos pacientes”.

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

Entende-se por efetividade o efeito ou o impacto real das ações e serviços de saúde sobre a saúde da população.

2.2 Municipalização da saúde

O Sistema Único de Saúde SUS está organizado em diretrizes e princípios doutrinários que incorporados a constituição e regulamentados por leis complementares dão direcionalidade e servem como linha de base às propostas de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade, Integralidade e Equidade e as diretrizes que organizam o sistema são a Descentralização com direção única em cada esfera de governo, o Atendimento Integral e a Participação da Comunidade.

A descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde atribui ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços. A Constituição Federal (art. 30) estabelece que a prestação de serviços de atenção à saúde da população é competência dos municípios cabendo a estes a gerência e a execução de todos os serviços públicos de saúde.

As evidências dos resultados positivos da municipalização são fortes, especialmente naqueles municípios onde se instalou a devolução completa por meio da gestão plena do sistema municipal. A implantação da gestão plena consolidou o mando único municipal, reforçou a capacidade de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, viabilizou a negociação com os prestadores e a contratação de serviços e permitiu uma reorientação dos investimentos. Além disso, municipalizou o controle e a avaliação e a operação dos bancos de dados SIH / SUS e SIA / SUS, agilizando o processo de informações, e propiciou a criação de sistemas informatizados de marcação de consultas médicas e de internação (MENDES 2001 pag 29 – 30)

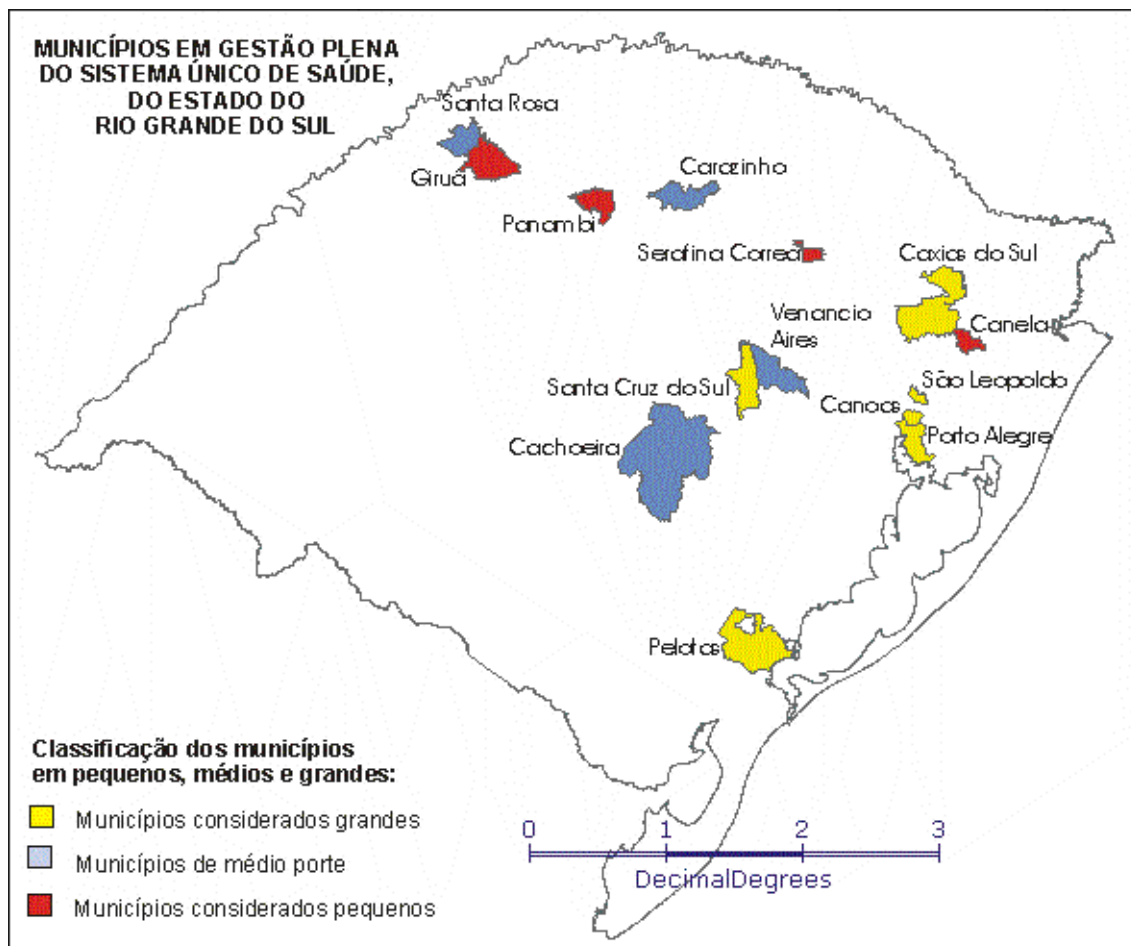
Com o processo de descentralização, os municípios se tornam os principais gestores e prestadores de serviços públicos de saúde e fica mais evidente a heterogeneidade dos municípios, alguns sendo muito pequenos e com dificuldades para fazer a gestão de um sistema de saúde completo em seu território e outros muito grandes, que ao mesmo tempo fazem a gestão de um sistema local e são pólos regionais.

Para enfrentar estes problemas é proposta em 2001 através da Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), que propõe a regionalização e organização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a revisão dos critérios de habilitação dos estados e municípios (BRASIL, 2002).

No Estado do Rio Grande do Sul são atualmente 14 municípios que estão habilitados na forma de gestão plena do sistema de saúde: Cachoeira, Canela, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Giruá, Panambi, Pelotas, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Santa

Rosa, São Leopoldo, Serafina Corrêa e Venâncio Aires. A localização geográfica dos municípios está ilustrada na Figura 1.

Figura 1 - Mapa do Estado do Rio Grande do Sul com os municípios em gestão Plena do Sistema de Saúde.



Fonte: Área de Georeferenciamento 14^oCRS /RS e IBGE, 2008

Segundo informações demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE no ano de 2000 no Estado do Rio Grande do Sul um total de 3.021.334 pessoas viviam em municípios habilitados na forma de gestão plena do sistema de saúde, o que corresponde a cerca de 30% da população do estado naquele ano.

No quadro 1 são apresentados os municípios em gestão plena do sistema da saúde com a respectiva população no ano de 2000 e a data de habilitação à forma de gestão plena.

Quadro 1. Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, sob gestão plena, respectivas populações segundo o Censo Demográfico de 2000, e data de habilitação na condição de gestão plena do sistema de saúde.

Município	População em 2000	Data de Habilitação
Cachoeira	87.873	13/02/1998
Canela	33.625	29/07/1998
Canoas	306.093	01/10/2004
Carazinho	59.894	10/05/2001
Caxias do Sul	360.419	03/06/1998
Giruá	18.749	20/11/2000
Panambi	32.610	13/02/1998
Pelotas	323.158	21/08/2000
Porto Alegre	1.360.590	13/02/1998
Santa Cruz do Sul	107.632	29/07/1998
Santa Rosa	65.016	13/02/1998
São Leopoldo	193.547	01/07/2003
Serafina Corrêa	10.894	14/04/2000
Venâncio Aires	61.234	13/02/1998*
Total	3.021.334	---

2.3 Avaliação em saúde

A avaliação não deve ser vista como um sistema e sim como um conjunto de instrumentos destinados a apoiar a gestão. Portanto, “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al 1997).

Nos últimos anos, cada vez mais tem sido utilizada a epidemiologia na organização, acompanhamento de serviços e na avaliação de programas e ações de saúde (TRAVASSOS e NOVAES, 2004; SANTOS e VICTORA, 2004).

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

(BLACK, 1996). Uma forma utilizada de se avaliar acesso da população e qualidade dos cuidados da rede básica tem sido a elaboração de estudos que descrevem as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (WEISSMAN, GATSONIS e EPSTEIN, 1992; BILLINGS, ANDERSON e NEWMAN, 1996; BINDMAN et al, 1995).

Essa avaliação parte de uma lista elaborada por uma comissão de especialistas sobre causas de hospitalizações sensíveis à atenção básica (WEISSMAN, GATSONIS e EPSTEIN, 1992). E presume que elevados números de hospitalizações sensíveis podem ser indicativos de problemas no acesso à rede de atenção básica ou deficiências no manejo e acompanhamento ambulatorial. Sempre, levando-se em conta que essas hospitalizações também podem ser pela não adesão dos pacientes à atenção básica (FOLAND, 2000).

O conceito de problemas de saúde sensíveis a cuidados ambulatoriais (PSCA) se originou nos Estados Unidos no início da década de noventa e faz referência aos processos em que a atenção ambulatorial efetiva e ágil pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização, prevenindo o início de uma enfermidade, tratando uma enfermidade aguda, ou controlando uma enfermidade crônica (CALDERON, 2003).

Os serviços de atenção básica podem evitar o agravamento de problemas de saúde e reduzir a demanda a serviços de maior complexidade, ou por outro lado, gerar demanda para os serviços hospitalares devido a demanda reprimida por serviços de saúde (OLIVEIRA, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

Com este estudo pretende-se, avaliar a efetividade da rede de atenção básica através da análise das taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

A necessidade de gerir o sistema de saúde com eficiência e efetividade em função do alto custo da atenção à saúde e da escassez de recursos, exigem que as decisões sejam tomadas com base na avaliação dos impactos das ações desenvolvidas. A institucionalização da avaliação como rotina nos serviços de saúde é reconhecida por autores com Hartz (2002) e Felisberto (2004).

Do ponto de vista financeiro a diminuição das taxas de internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial pode representar importante economia num sistema de saúde que permanentemente sofre de escassos recursos. O acompanhamento e avaliação destas taxas pode ser facilmente efetuado pelos gestores e técnicos de saúde dos municípios, já que são utilizados dados secundários disponíveis no portal público Data-SUS.

4 OBJETIVO GERAL

Avaliar, através da taxa de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde nos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1995 a 2005 conforme a data de ingresso de cada município nesta forma de gestão.

4.1 Objetivos específicos

1. Determinar as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema de saúde no RS durante os anos de 1995 a 2005, conforme a data de ingresso de cada município nesta forma de gestão.
2. Comparar as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema de saúde com as taxas apresentadas pelo Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1995 a 2005.
3. Estimar as possíveis economias através das taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul, no período de 1995 a 2005.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo são apresentados e detalhados os materiais e métodos utilizados e referenciados para a realização da pesquisa. É delimitada a definição das ‘internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial’, bem como, as fontes de dados e os indicadores utilizados.

5.1 Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial

Serão consideradas como internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis (constituídas por poliomielite, difteria, tétano, coqueluche e sarampo), quando acometerem indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos.

5.2 Fontes de dados

Os dados de internações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul estão disponíveis na página da Internet do Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS <http://www.datasus.gov.br>)- morbidade e informações epidemiológicas/Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Neste endereço estão disponíveis informações sobre o número de internações segundo o local de residência, a faixa etária, o capítulo da CID-9 e CID-10 e o valor total pago pelas hospitalizações, desde o ano de 1995.

Os dados populacionais também estão disponíveis no site do DATA-SUS, segundo faixa etária e sexo, desde 1979.

5.3 Indicadores utilizados

- Taxa bruta de internações sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena de 1995 a 2005.
- Taxa padronizada de internações sensíveis à atenção ambulatorial por idade e sexo (população do Rio Grande do Sul em 2000) nos municípios em gestão plena de 1995 a 2005.
- Taxa padronizada por idade e sexo de internações sensíveis à atenção ambulatorial no Rio Grande do Sul de 1995 a 2005.
- Valor total das internações sensíveis à atenção básica nos municípios em gestão plena de 1995 a 2005.

6 CRONOGRAMA

Meses	Preparação da pesquisa	Coleta	Análise	Redação do relatório	Divulgação
Mês 1	X				
Mês 2	X				
Mês 3		X			
Mês 4		X			
Mês 5		X			
Mês 6		X			
Mês 7			X		
Mês 8			X		
Mês 9				X	
Mês 10				X	
Mês 11					X

7 ORÇAMENTO

Material de consumo

	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Papel A4	6000 folhas	3,50/pacote	210,00
Tonner	2 unidades	1230,00	1230,00
Disquetes	2 caixas	12,00	24,00
Lápis	8 unidades	0,40	3,20
Prancheta	4 unidades	2,30	9,20
Apontador	4 unidades	0,85	3,40
Borracha	8 unidades	0,60	4,80
Envelopes A4	700 unidades	0,25	175,00
Sacos de plástico	700 unidades	0,25	175,00
Impressos	500 unidades	247,50	247,50
Etiquetas	1 caixa	18,00	18,00
Pastas suspensas	50 unidades	1,50	75,00
Total	-	-	2175,10

Equipamento e material permanente

	Quantidade	Custo unitário R\$	Custo total R\$
Computador*	2	1913,00	3826,00
Mesas**	1	453,00	453,00
Cadeiras estofadas***	2	250,00	500,00
Software****	1	1937,67	1937,67
Total			6466,67

* Computador Pentium IV 2.4 Ghz, 256MB, HD 40GB

** Mesa 1,50 com 4 gavetas

*** Cadeira estofada fixa sem braço

**** Stata SE 9 com conjunto de documentação completa– 1 usuário– US\$ 895

Cotação do dólar em 31.03.06 – 2,1650

8. REFERÊNCIAS

ALTMAN DG, MACHIN D, BRYANT TN, GARDNER MJ. **Statistics with confidence**. Bristol: BMJ Books; 2000.

ANDRADE SM, SOARES DA, JUNIOR LC. (orgs). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL; 2001.

BILLINGS J, ANDERSON G, NEWMANN L. **Recent findings on preventable hospitalizations**. Health Affairs 1996; 15:239-249.

BINDMAN AB, GRUMBACH K, OSMOND D, KOMARONY M, VRANIZAN K, LURIE N, BILLINGS J, STEWART A. **Preventable Hospitalizations and Access to Health Care**. JAMA 1995; 274(4): 305-311.

BLACK N. **Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care**. Br. Med J 1996; 312:1215-1218.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 545 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília, DF: 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**: relatório final. 1ªed. 1ªreimp. Brasília- DF, 2003, 198p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca (2003)**: relatório preliminar. Editora Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2004.

BROOK RH, CAREN J, KAMBERG MSPH, MCGLYNN EA. **Health System Reform and Quality**. JAMA 1996; 276(6):476-480.

CALDERON SM, AGUILA MMR, MILLA EP, ORTIZ J, TAMAYO CB. **Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios**. Gac Sanit 2003; 17(5):360-7.

CAMPBELL SM, ROLAND MO, BUETOW SA. **Defining quality of care**. Soc Sci Med 2000b; 51:1611-1625.

CASTIEL LD. **Inefetividade e Ineficiência: Reflexões sobre a Epidemiologia e os Serviços de Saúde de um Estado de Mal Estar Social**. Caderno Saúde Pública 1990; 61(1):27-39.

CONTANDRIOPOULOS A P, CHAMPAGNE F, DENIS JF, PINEAULT R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In Hartz ZMA organizador. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz;1997.p 29-48.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: Novos horizontes**. Rev.Brasileira Materno Infantil. 2004; 4(3): 317 a 321.

FOLAND J. **Avoidable Hospitalizations. An Indicador of Inadequate Primary Care**. Connecticut Department of Public Health. Disponível em: www.dph.state.ct.us/oppe/brief2011.html

HARTZ, Z.M.A. **Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. V.7, N 3. p. 419 a 421.

KNOWLES, JC; LEIGHTON, C; STENSON, W. **Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud**. Sept. 1997. (medidas de desempenho.pdf). <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index2v.htm> . Acessado em 09/07/06.

MENDES EV, **Os Grandes Dilemas do SUS**: tomo II ; Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001 pg 29- 30.

OLIVEIRA EXG, TRAVASSOS C, CARVALHO MS. **Acesso a internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública 2004; 20 (Supl.2):S298-309.

PESTANA M, MENDES EV. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.

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

SANTOS IS, VICTORA CG. **Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação.** Cad Saúde Públ 2004; 20(Supl. 2):S337-S341.

SAWYER DO, LEITE IC, ALEXANDRINO R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva 2002; 71(4):757-776.

TRAVASSOS C, NOVAES HMD. **Investigação e avaliação em serviços de saúde.** Cad Saúde Públ 2004; 20(Supl. 2): S144-S145.

VASCONCELOS CM, PASCHE DF. **O Sistema Único de Saúde** in Campos GWS et all (Orgs) Tratado de Saúde Coletiva São Paulo ed. Hucitec: Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2007

VIACAVA Francisco et All. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva 2004, 9(3):711-724.

WEISSMAN JS, GATSONIS C, EPSTEIN AM. **Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland.** JAMA 1992; 268(17):2388-2394.

WINTER ER. **Material resources are not enough: good management is the key to effectiveness.** World Health Forum 1996; 17:49-51.

II - RELATÓRIO DA PESQUISA

Avaliação da efetividade dos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul: internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a efetividade da atenção básica nos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul, através da análise das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Através do estudo foram também identificados os valores pagos pelas internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial e o respectivo percentual sobre o custo total de internações nos municípios em gestão plena do estado do Rio Grande do Sul. Este estudo abrange o período de 1995 a 2005, envolvendo as internações de pessoas de ambos os sexos e a faixa etária de 20 a 59 anos.

Foram consideradas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, aqueles processos em que a atenção ambulatorial efetiva pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização, prevenindo o início de uma enfermidade aguda ou controlando uma enfermidade crônica. Foram avaliadas as hospitalizações pelas seguintes patologias:

diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis em indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos.

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal que avaliou estas taxas nos 14 municípios do Estado do Rio Grande do Sul habilitados na forma de gestão plena do sistema de saúde no período de 1995 a 2005. Os dados foram extraídos da plataforma de dados do Departamento de Informática do SUS, sistema DATA-SUS (morbidade e informações epidemiológicas), disponíveis na internet. Os dados foram sistematizados e as taxas foram padronizadas para controlar o efeito de idade. Para facilitar a análise dos resultados, os municípios foram agrupados conforme o número de habitantes, classificados em municípios de grande, médio e pequeno porte.

Para construir o referencial teórico foram consultadas literaturas e as bases de dados SciELO, (Scientific Electronic Library), do Ministério da Saúde, do Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileira (PRO-ADESS), e da Secretaria Estadual de Saúde do RS. Alguns dos descritores utilizados para busca nos meios eletrônicos foram: atenção básica, efetividade da atenção básica, hospitalização, qualidade dos cuidados de saúde, serviços de saúde, estudos de avaliação.

O estudo foi desenvolvido de acordo com as etapas planejadas: elaboração do projeto de pesquisa, qualificação do projeto, coleta e análise dos dados e elaboração do artigo científico. A pesquisa bibliográfica foi realizada concomitantemente as demais etapas da pesquisa.

III - ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA

PAN-AMERICANA DE SALUD PUBLICA

Hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul

Hospitalization by ambulatory care sensitive conditions in the municipalities in local health management system of Rio Grande do Sul

Autores:

Dóris Clarita Büttgenbender¹

Juvenal Soares Dias da Costa²

Ana Lucia Hoefel³

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos
2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos; Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas
3. Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Correspondência:

Juvenal Soares Dias da Costa

Av. UNISINOS 950

93022 000

São Leopoldo Rio Grande do Sul

Fax 051 35 90 84 79

Tel 051 35 90 87 52

episoares@terra.com.br

Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, através do Edital MS/ CNPq/ FAPERGS – PPSUS II – Nº 06/2006.

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde nos municípios em gestão plena no Rio Grande do Sul através da taxa de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1995 a 2005.

Foram consideradas internações hospitalares por condições sensíveis: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis em indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos. As taxas foram padronizadas para eliminar o efeito de idade.

Os resultados revelaram que a partir de 2001 houve diminuição das taxas em quase todos os municípios do Estado. Entre os municípios em gestão plena as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial se elevavam a medida que diminuía o tamanho populacional.

As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram-se indicadores de fácil operação e de baixo custo, já que são originados de uma base de dados secundária e que podem produzir conhecimentos sobre os sistemas de saúde possibilitando orientar o desenho de políticas e a melhoria de sua qualidade.

Palavras-chave: atenção básica, hospitalização, qualidade dos cuidados de saúde, serviços de saúde, estudos de avaliação.

Abstract

This study aims to evaluate through the hospitalization rate by ambulatory care sensitive conditions the quality of the care offered by the municipalities in local health management system of Rio Grande do Sul (1995- 2004).

It was considered the hospitalization by sensible condition: diabetes mellitus, congestive heart failure, sistemic hypertension, chronic obstructive pulmonary disease and immunization preventable diseases among people from 20 to 59 years old. The rates were standadized to eliminate the aging effect.

The results showed that after 2001 there was a decrease on the rates in almost every municipalities of the state. Among the municipalities in local health management the hospitalization rate by ambulatory care sensitive conditions would improve according to the size of the municipalities (the smaller the city is the higher the rate).

The hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions are showed as easy operation indicators with a low cost, since they come from a secondary data base and they may diagnosis about the health system, making it possible to guide the policies ways and its better quality.

Key words: primary health care, hospitalization, quality of health care, health services, evaluation studies.

Introdução

Através da Norma Operacional nº1/96 (NOB/96) o Ministério da Saúde definiu as formas de repasses financeiros, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada. Além disso, previu incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde e avaliação dos resultados¹. Para os municípios a NOB/96 estabeleceu duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal.

Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde os municípios puderam assumir a responsabilidade pela gestão de todas as ações e serviços de saúde no município². Com a implantação do processo de municipalização plena do sistema de saúde aumentaram as responsabilidades das prefeituras municipais com a efetividade dos cuidados em saúde, que têm sido oferecidos de forma cada vez mais complexa, exigindo mecanismos de gestão qualificados e que permitam monitorar a situação de saúde da população.

O uso da epidemiologia para o acompanhamento e avaliação de programas e ações de saúde tem sido apontado como forma essencial de qualificar e aperfeiçoar os sistemas locais^{3,4,5}.

A definição atualizada de qualidade dos cuidados para populações estabeleceu a necessidade de que o acesso aos cuidados fosse efetivo e equânime; e com custos suportáveis para aperfeiçoar benefícios em saúde e de bem-estar para todos⁶.

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi estabelecida e consagrada a estratégia de atenção primária à saúde como forma de facilitar o acesso da população a cuidados de assistência com efetividade. A Constituição Brasileira assegurou para todos os cidadãos o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde adotou o conceito de acesso assumido pelo Projeto Desenvolvimento de

Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PRO-ADESS, que o definiu “como a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e no momento certos”⁷.

Uma forma utilizada de se avaliar acesso da população e qualidade dos cuidados da rede básica tem sido a elaboração de estudos que descrevem as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial^{8,9,10}. O conceito de problemas de saúde sensíveis a cuidados ambulatoriais (PSCA) se originou nos Estados Unidos no início da década de noventa e faz referência aos processos em que a atenção ambulatorial efetiva e ágil pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização, prevenindo o início de uma enfermidade, tratando uma enfermidade aguda, ou controlando uma enfermidade crônica¹¹.

O presente estudo teve por objetivo avaliar, através da taxa de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde nos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul, no período de 1995 a 2005 comparando com o restante do Estado.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo ecológico descrevendo a análise de tendência temporal das condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema municipal no estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 1995 e 2005.

Foram consideradas como internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis (constituídas por difteria, tétano, coqueluche e sarampo), quando acometiam indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos^{8,9,10}.

Os dados de internações hospitalares dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul estavam disponíveis no site do DATA-SUS (<http://www.datasus.gov.br>), morbidade e informações epidemiológicas. Sendo possível obter informações sobre o número de internações segundo o local de residência, a faixa etária, o capítulo da CID-9 e CID-10 e o valor total pago pelas hospitalizações, desde o ano de 1995.

Os dados populacionais também estavam disponíveis no site do DATA-SUS, segundo faixa etária e sexo, desde 1979.

Os códigos utilizados para doença pulmonar obstrutiva crônica entre 1995 e 1997 foram originados da CID-9: para bronquite crônica e bronquite não especificada, enfisema e asma (490-493). No período a partir de 1998, foram utilizados códigos da CID-10 para bronquite, enfisema, outras DPOC (J40-J43) e asma (J45). Os códigos para diabetes mellitus foram 181 na CID-9 e E10-E14 na CID-10; para hipertensão arterial sistêmica foram 401 (CID-9) e I10 e I11 (CID-10); para insuficiência cardíaca foram 428 (CID-9) e I50 (CID-10); para coqueluche foram 033 (CID-9) e A37 (CID-10); para difteria foram 032 (CID-9) e A36 (CID-10); para tétano foram 037 (CID-9) e A35 (CID-10); para sarampo foram 055 (CID-9) e B05 (CID-10); para poliomielite foram 045 (CID-9) e A80 (CID-10).

Foram analisadas as taxas padronizadas e os valores pagos pelas internações sensíveis à atenção básica, em cada município com gestão plena do sistema e para o Estado do Rio Grande do Sul (excetuando os municípios em plena) entre os indivíduos de 20 a 59 anos de ambos os sexos, de 1995 a 2005.

A padronização foi realizada tomando-se a população do censo do Rio Grande do Sul em 2000. Os resultados expressam o número de internações que seriam esperadas na população padrão se as taxas por idade específica tivessem prevalecido. Este procedimento ajustou a influência da distribuição etária nas comparações entre as populações¹². As

estimativas das taxas padronizadas foram estabelecidas com seus intervalos de confiança a 95%¹³.

Para apresentação dos resultados e comparações os municípios foram classificados e agrupados como: pequenos, médios e grandes de acordo com o tamanho populacional, seguindo critérios do IBGE. Segundo a classificação do IBGE, seis municípios foram classificados como de grande porte, com população acima de 100.001 habitantes (Canoas, Caxias do Sul, Pelotas, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, São Leopoldo), quatro municípios foram considerados como de médio porte (Cachoeira, Carazinho, Santa Rosa, Venâncio Aires) com população entre 50.001 e 100.000 habitantes e quatro municípios de pequeno porte (Canela, Giruá, Panambi e Serafina Correa) com até 50.000 habitantes.

Resultados

Taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por 100.000 mil habitantes para homens e mulheres de 20 a 59 anos nos municípios classificados como grandes em gestão plena do sistema de saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Verificou-se que o Estado do Rio Grande do Sul desde o ano de 1999 apresentou uma diminuição constante das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Mesmo assim, nos municípios em Gestão Plena classificados como grandes, notadamente Canoas, Caxias do Sul, Pelotas, Porto Alegre e São Leopoldo percebeu-se taxas inferiores a média do Estado do Rio Grande do Sul durante todo o período estudado (Tabela 1).

No município de Canoas desde o ano de 2002 verificou-se a tendência ao aumento das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (Tabela 1).

Caxias do Sul apresentou as menores taxas no período estudado e no ano de 2005 obteve a menor taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, 129,7 por 100.000 habitantes, sendo esta também a menor taxa identificada entre os municípios

de grande porte. Entretanto, ao se comparar as médias das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Caxias do Sul entre 1995 e 1997 (149,4/100.000 habitantes) e 2003 e 2005 (175,3/100.000) constatou-se um aumento de 14,8% (Tabela 1).

Pelotas apresentou a maior redução nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial com taxas máximas de 565,8/100.000 habitantes em 1997 e mínimas de 191,8/100.000 em 2005, o que representa uma redução de 66% (Tabela 1).

Porto Alegre apresentou oscilações durante todo o período estudado. Ao comparar a média das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no período de 1995 a 1997 (351,3/100.000 habitantes) com a média das taxas no período de 2003 a 2005 (323,1/100.000 habitantes), verificou-se uma redução de 8%. As maiores taxas foram verificadas no ano de 2000, (427,7/100.000 habitantes) e as menores taxas foram observadas no ano de 1998 (265,2/100.000 habitantes) (Tabela 1).

O município de Santa Cruz do Sul apresentou taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial semelhantes às verificadas no Estado do Rio Grande do Sul, mas em quatro anos foram superiores. Constatou-se que as taxas no município foram as mais elevadas entre os demais municípios classificados como grandes. Percebeu-se neste município uma redução importante nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial a partir do ano de 2001. As taxas mais elevadas foram percebidas no ano de 1999 (772,7/100.000 habitantes) e as taxas mais baixas no ano de 2005 (416,5/100.000) (Tabela 1).

O município de São Leopoldo também apresentou redução nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial durante o período estudado. Comparando-se a média das taxas no período de 1995 a 1997 (327/100.000 habitantes) com a média no

período de 2005 a 2007 (232,8/100.000 habitantes) foi observada uma redução de 29% (Tabela 1).

Taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por 100.000 habitantes para homens e mulheres de 20 a 59 anos nos municípios classificados como médios em gestão plena do sistema no estado do Rio Grande do Sul.

Percebeu-se que nos municípios em Gestão Plena do Sistema de Saúde considerados como médios as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial apresentaram tendência geral de diminuição durante o período acompanhado, principalmente nos últimos cinco anos (Tabela 2). Entretanto, em comparação os valores das taxas foram superiores aos municípios classificados como grandes.

Os municípios de Santa Rosa e Cachoeira do Sul mostraram taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mais baixas do que as encontradas no Estado do Rio Grande do Sul desde 1996. Venâncio Aires atingiu taxas menores nos últimos dois anos, mas Carazinho desde 2003 alcançou taxas maiores do que as do Estado do Rio Grande do Sul (Tabela 2).

O município de Venâncio Aires apresentou as maiores variações nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial de 1.437,1/100.000 habitantes em 1998 diminuindo para 417,3/100.000 em 2004, o que correspondeu a uma redução de 70,9%. Já no ano de 2005 foi percebida tendência ao aumento, atingindo uma taxa padronizada de 479,0/100.000 habitantes (Tabela 2)

No município de Cachoeira do Sul percebeu-se uma redução importante nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial durante o período acompanhado. As taxas mais elevadas foram verificadas de 1995 a 1997 com valores médios de 632 internações/100.000 habitantes. No período de 2003 a 2005 foram

constatadas as taxas mais reduzidas com médias de 414 /100.000 habitantes, o que representa uma redução de 34,5% (Tabela 2).

Considerando uma média nas taxas de internação no período de 1995 a 1997, o município de Carazinho apresentou taxas médias de internações de 761,5 /100.000 habitantes e de 2003 a 2005, a média de internações ficou em 552,3/100.000, o que representou uma redução de 27,5% (Tabela 2).

Taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por 100.000 habitantes para homens e mulheres de 20 a 59 anos nos municípios classificados como pequenos em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul.

Até 2001, a maioria dos municípios pequenos apresentou taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial maiores do que as observadas no Estado do Rio Grande do Sul. Exceto o município de Canela que desde 1997, mostrou taxas menores do que as do Estado do Rio Grande do Sul. Por outro lado, Giruá mostrou taxas menores do que as do Estado apenas em 1995. Panambi e Serafina Correa desde 2002 vêm apresentando taxas menores do que as do Estado (Tabela 3).

Durante o período estudado, as maiores variações das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial foram verificadas no município de Serafina Correa com valores máximos de 1.610,2/100.000 habitantes em 1997 e mínimos de 88,7/100.000 em 2004. Neste município as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial apresentaram tendência decrescente a partir de 1999 (Tabela 3).

As taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no município de Panambi apresentaram-se ascendentes até o ano de 1999 entrando em declínio a partir desta data, até o final do período estudado (Tabela 3).

Valores pagos pelas internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nas pessoas de ambos os sexos de 20 a 59 anos e o respectivo percentual sobre o custo total de internações na faixa etária, nos municípios classificados como grandes em gestão plena do sistema. Rio Grande do Sul, 1995-2005.

Nos municípios grandes, de forma geral, percebeu-se redução nos valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e respectivo percentual sobre o custo total das internações na faixa etária de 20 a 59 anos durante o período de 1995 até 2004. As quedas observadas nos percentuais dos valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial foram constatadas a partir do ano 2000. Em Porto Alegre as quedas percentuais não foram tão evidentes (Tabela 4).

Nessa faixa etária, os maiores percentuais de valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, sobre o custo total das internações foram observados no município de Santa Cruz do Sul, com 10,1% do custo total das internações na faixa etária nos anos de 1997 e de 1998, reduzindo para 5,2% em 2004 (Tabela 4).

Valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nas pessoas de ambos os sexos de 20 a 59 anos e o respectivo percentual sobre o custo total de internações na faixa etária, nos municípios classificados como médios em gestão plena do sistema. Rio Grande do Sul, 1995-2005.

Os percentuais alcançados pelos municípios médios foram superiores aos dos municípios classificados como grandes. E a tendência à diminuição foi observada a partir de 1999 em Venâncio Aires; 2001 em Carazinho e em 2003 em Cachoeira. Em Santa Rosa os percentuais dos valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial de 2005 foram os mais elevados no período dentre os municípios classificados como médios (Tabela 5).

No município de Venâncio Aires, os percentuais dos valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial que em 1998 e 1999 eram de 15,9%, do valor total pago pelas internações correspondendo a R\$ 159.000,00, diminuíram para 5,0% em 2005 (Tabela 5).

Valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nas pessoas de ambos os sexos de 20 a 59 anos e o respectivo percentual sobre o custo total de internações na faixa etária, nos municípios classificados como pequenos em gestão plena do sistema. Rio Grande do Sul, 1995-2005.

Nos últimos três anos os percentuais dos valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios pequenos foram semelhantes aos observados nos municípios classificados como grandes. Em Canela, Panambi e Serafina Correa foram constatadas diminuições nos percentuais a partir do período 1999-2000. Sendo que em Serafina Correa observou-se a menor redução percentual em valores pagos, de 19,7% em 1995 para 1,8% em 2004, correspondendo a uma diminuição de 90,8% (Tabela 6).

Os maiores valores pagos pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial foram observados no município de Giruá em 1995. Estes corresponderam a 6,5% do custo total das internações na faixa etária de 20 a 59 anos. O percentual máximo foi atingido em 2000 equivalendo a 20,8% do custo total, que foi de R\$ 42.350,41. Em 2005, o percentual foi de 11,2% (Tabela 6).

Discussão

O acesso universal e a efetiva qualidade na atenção básica diminuem as diferenças em saúde e interferem nos níveis do sistema de saúde de maior complexidade^{14,15}. Assim, o acompanhamento das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial podem ser indicadores da qualidade da assistência e da efetividade dos cuidados. Estes

indicadores captam as internações desnecessárias ou que poderiam ser evitadas na presença de atenção básica efetiva^{8,16,17,18,19,20}, partindo-se do princípio que acesso facilitado, cuidados efetivos, em períodos de tempo corretos podem reduzir os riscos de hospitalizações pela possibilidade de prevenir o início dessas doenças ou de controlar um episódio de exacerbação aguda ou ainda de manejar corretamente essas condições crônicas^{21,22,23}. O próprio Ministério da Saúde do Brasil definiu através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária propondo sua utilização como instrumento de avaliação desse nível do sistema e, ou, da utilização da atenção hospitalar. Todas as doenças incluídas na análise do presente estudo constam na lista brasileira.

O presente estudo revelou a partir de 2001 uma diminuição das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em quase todos os municípios. Essa queda poderia ser explicada pela complexidade da gestão plena do sistema que exigia uma série de responsabilidades dos municípios, assim como, partia do princípio que a atenção básica, nível essencial para efetividade de sistemas de saúde^{14,15}, estava bem instalada. Contudo, deve-se ressaltar que essa queda foi constatada também no Estado do Rio Grande do Sul e não parece acompanhar as datas de habilitação à gestão plena do sistema de saúde. Cachoeira, Canela, Caxias do Sul, Panambi, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa e Venâncio Aires tornaram-se municípios em gestão plena em 1998; Giruá, Pelotas e Serafina Correa em 2000; Carazinho em 2001; São Leopoldo em 2003 e Canoas em 2004. Portanto, a maioria dos municípios ampliou a modalidade de gestão pelo menos três anos antes ou mesmo depois da observada queda nas taxas de internações.

Mostrou-se também que as taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial se elevavam a medida que diminuía o tamanho dos municípios. Pestana e Mendes mostraram que “o percentual de gastos com as internações por condições sensíveis

à atenção ambulatorial chega a 55,3% nos hospitais de menos de 30 leitos, a 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, caindo para valores de iguais ou menores de 15,5% nos hospitais de mais de 200 leitos”²⁴. Este achado pode estar relacionado nos municípios pequenos com a baixa complexidade do sistema de saúde e do pagamento por internações realizadas evidenciando a necessidade de hospitais utilizarem sua máxima capacidade instalada.

Além disso, a estratégia de saúde da família foi iniciada em 1994, mas foi sensivelmente ampliada a partir de 2000 no Estado do Rio Grande do Sul tem mostrado resultados positivos e certamente pode ter contribuído na qualificação da atenção básica percebida através da diminuição das taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Contudo, entre as limitações deve-se apontar que estudos de tendência são análises ecológicas, onde se torna impossível verificar a distribuição dos fatores de risco de forma individualizada²⁷, assim aspectos importantes na determinação das internações hospitalares tais como condições socioeconômicas, cor da pele, residência urbana ou rural, existência de fonte regular para consulta ambulatorial, presença de companheiro e estado de saúde não puderam ser levados em consideração^{28, 29, 30}.

Do ponto de vista financeiro a diminuição de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial significa importante economia num sistema de saúde que permanentemente sofre de escassos recursos. Os valores percentuais e absolutos no início do período representavam cerca do dobro do atingido em 2005.

Portanto, o acompanhamento das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostrou-se um indicador de fácil operação e de baixo custo, uma vez que são originados de uma base de dados secundária e que pode produzir conhecimentos sobre os

sistemas de saúde possibilitando orientar o desenho de políticas e a melhoria de sua qualidade¹⁹.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Andrade SM, Soares DA, Junior LC. (orgs). Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL; 2001.
3. Travassos C, Novaes HMD. Investigação e avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Públ 2004; 20(Supl. 2): S144-S145.
4. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cad Saúde Públ 2004; 20(Supl. 2):S337-S341.
5. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad Saúde Públ 2008; 24(supl.1): S159-172.
6. **Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000; 51: 1611-1625.**
7. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Cien Saude Colet 2004; 9(3):711-724.página 721.
8. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992; 268(17):2388-2394.
9. Billings J, Anderson G, Newman L. Recent findings on preventable hospitalizations. Health Aff 1996; 15: 239-249.

10. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komarony M, Vranizan K, Lurie N, Billings J, Stewart A. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *JAMA* 1995; 274(4): 305-311.
11. Calderon SM, Aguila MMR, Milla EP, Ortiz J, Tamayo CB. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit* 2003; 17(5): 360-7.
12. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. *Foundations of Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1980.
13. Altman DG, Machin D, Bryant TN, Gardner MJ. *Statistics with confidence*. Bristol: BMJ Books; 2000.
14. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006; 368: 2081-2094.
15. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3): 457-502,
16. Silva AMS, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luiz, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Públ* 1999; 15(4):749-757.
17. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Revista Mineira de Saúde Pública* 2004; 4: 4-26.
18. Caetano JRM, Bordin IAS, Pucini RF, Peres CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(3):285-91.
19. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador “hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria”. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76; 3; 189-196.

20. Dias-da-Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Públ* 2008; 24(7):1699-1707.
21. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004; 12(3): 246-251.
22. Ansari Z, Laditka J, Laditka S. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev* 2006; 63(6):719-741.
23. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 42.
24. Pestana M, Mendes EV. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004. página 28.
25. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impacto of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.
26. Lens MLM, Pires NV, Stein AT, Flores R. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de atenção primária. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2008; 18:7-12.
27. Bhopal R. *Concepts of Epidemiology*. New York: Oxford Press University; 2002. p.241.
28. Shi LY, Samuels M, Pease M, Bailey W, Corley EH. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *J S C Med Assoc* 1999; 92(10): 989-998.

29. Pappas G, Hadden WC, Kosak LJ, Fisher GF. Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequalities in Rates between US Socioeconomic Groups. *Am J Public Health* 1997; 87(5):811-6.
30. Yuen EJ. Severity of Illness and Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Med Care Research and Review* 2004; 61(3): 376-91..

ANEXOS

TABELAS

Tabela 1. Taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial padronizadas por 100000 habitantes de 20 a 59 anos de ambos os sexos com intervalos de confiança a 95% (IC) nos municípios classificados como grandes em gestão plena do sistema, Rio Grande do Sul, 1995-2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Canoas	335,1 (334,4- 335,7)	528,9 (528,1- 529,6)	539,4 (538,6- 540,1)	388,1 (387,5- 388,8)	380,7 (380,0- 384,3)	470,6 (469,9- 474,2)	354,4 (353,8- 355,0)	320,7 (320,2- 321,3)	373,5 (372,9- 374,1)	397,1 (396,5- 397,7)	410,7 (410,2- 411,3)
Caxias	207,8 (207,3- 208,3)	119,1 (118,8- 119,4)	121,3 (120,9- 121,6)	154,6 (154,2- 155,0)	190,6 (190,1- 191,0)	209,4 (209,0- 209,8)	168,8 (168,4- 169,1)	175,4 (175,0- 175,7)	213,2 (212,8- 213,6)	183,0 (182,6- 183,4)	129,7 (129,4- 130,0)
Pelotas	347,8 (347,2- 348,4)	486,2 (485,6- 486,9)	565,8 (565,0- 566,5)	460,1 (459,4- 460,8)	453,6 (453,0- 454,2)	499,0 (498,4- 499,7)	432,0 (431,4- 432,6)	380,7 (380,2- 381,3)	226,5 (226,0- 226,9)	214,6 (214,2- 215,0)	191,8 (191,4- 192,2)
P. Alegre	355,3 (355,0- 355,6)	358,2 (357,9- 358,5)	340,4 (340,1- 340,6)	265,2 (265,0- 265,5)	394,0 (393,8- 394,3)	427,7 (427,4- 428,0)	413,3 (413,0- 413,6)	404,5 (404,2- 404,7)	350,5 (350,2- 350,8)	326,0 (325,8- 326,3)	293,0 (292,7- 293,2)
Sta Cruz	701,5 (699,9- 703,2)	536,8 (535,6- 538,0)	666,1 (664,6- 667,5)	719,8 (718,3- 721,2)	772,7 (771,2- 774,2)	714,0 (712,6- 715,3)	762,3 (760,9- 763,7)	665,2 (664,0- 666,4)	514,1 (513,0- 515,2)	529,1 (528,0- 530,2)	416,5 (415,5- 417,5)
S Leop	335,4 (334,5- 336,2)	322,5 (321,7- 323,3)	323,2 (322,4- 324,0)	479,0 (478,1- 480,0)	433,4 (432,5- 434,3)	363,6 (362,8- 364,3)	266,5 (265,8- 267,2)	268,4 (267,8- 269,1)	217,9 (217,3- 218,4)	232,9 (232,4- 233,5)	247,6 (247,0- 248,2)
RGS	585,9 (585,7- 586,1)	663,9 (663,7- 664,1)	725,9 (725,7- 726,1)	797,6 (797,4- 797,8)	817,4 (817,2- 817,6)	730,2 (730,0- 730,4)	680,2 (680,1- 680,4)	634,1 (633,9- 634,2)	571,7 (571,6- 571,9)	527,1 (526,9- 527,2)	487,4 (487,3- 487,6)

Tabela 2. Taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial padronizadas por 100000 habitantes de 20 a 59 anos de ambos os sexos com Intervalos de confiança a 95% (IC) nos municípios classificados como médios em gestão plena do sistema, Rio Grande do Sul, 1995-2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cachoei	601,4 (599,8- 603,0)	607,2 (605,8- 608,7)	689,2 (687,7- 690,7)	571,9 (570,6- 573,2)	478,5 (477,2- 479,7)	424,4 (423,3- 425,5)	506,0 (504,8- 507,3)	540,8 (539,5- 542,1)	390,1 (389,0- 391,1)	452,1 (399,2- 401,4)	400,3 (399,2- 401,4)
Carazin	811,9 (809,6- 814,1)	664,7 (662,8- 666,6)	808,1 (805,9- 810,2)	759,4 (757,4- 761,4)	874,4 (872,3- 876,6)	575,8 (574,0- 577,7)	560,6 (558,9- 562,3)	600,5 (598,8- 602,2)	585,5 (583,8- 587,1)	564,6 (563,0- 566,1)	506,9 (505,6- 508,2)
S Rosa	597,8 (596,0- 599,6)	629,3 (627,7- 630,9)	604,7 (603,1- 606,4)	636,4 (634,8- 638,1)	505,8 (504,2- 507,5)	533,2 (531,6- 534,8)	552,9 (551,3- 554,4)	545,9 (544,5- 547,4)	467,8 (466,4- 469,2)	462,7 (461,2- 464,1)	434,8 (433,4- 436,2)
V Aires	493,6 (491,9- 495,4)	1233,9 (1231,4- 1236,5)	1276,2 (1273,5- 1278,9)	1437,1 (1434,2- 1439,9)	1368,4 (1365,7- 1374,0)	958,6 (956,5- 960,6)	799,5 (797,6- 801,5)	743,7 (742,0- 745,5)	615,5 (613,8- 617,2)	417,3 (415,9- 418,7)	479,0 (477,6- 480,4)
RGS	585,9 (585,7- 586,1)	663,9 (663,7- 664,1)	725,9 (725,7- 726,1)	797,6 (797,4- 797,8)	817,4 (817,2- 817,6)	730,2 (730,0- 730,4)	680,2 (680,1- 680,4)	634,1 (633,9- 634,2)	571,7 (571,6- 571,9)	527,1 (526,9- 527,2)	487,4 (487,3- 487,6)

Tabela 3. Taxas de internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial padronizadas por 100000 habitantes de 20 a 59 anos de ambos os sexos com intervalos de confiança a 95% (IC) nos municípios classificados como pequenos em gestão plena do sistema, Rio Grande do Sul, 1995-2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Canela	631,1 (627,7- 634,4)	735,7 (733,0- 738,5)	646,1 (643,3- 648,9)	729,1 (726,3- 732,0)	671,9 (669,3- 674,5)	708,8 (706,1- 711,4)	688,6 (686,2- 691,1)	553,8 (551,3- 556,2)	336,5 (334,6- 338,4)	366,5 (364,7- 368,3)	446,5 (444,6- 448,4)
Giruá	513,6 (511,0- 516,3)	915,2 (911,6- 918,8)	1330,5 (1325,9- 1335,2)	1244,8 (1240,0- 1249,6)	1149,1 (1144,9- 1153,2)	1103,2 (1099,5- 1106,8)	762,6 (759,0- 766,2)	700,4 (697,4- 703,4)	658,8 (655,8- 661,9)	782,5 (779,3- 785,7)	949,0 (945,6- 952,5)
Panambi	476,9 (474,7- 479,2)	845,5 (842,6- 848,4)	718,2 (715,6- 720,9)	1078,6 (1075,5- 1081,8)	1193,0 (1189,6- 1196,4)	871,5 (868,5- 874,4)	807,7 (805,3- 810,2)	458,9 (457,0- 460,8)	362,8 (360,9- 364,7)	332,6 (331,0- 334,2)	291,2 (289,7- 292,6)
S.Corrêa	859,8 (854,1- 865,5)	1338,4 (1332,1- 1344,8)	1610,2 (1604,2- 1616,3)	933,6 (929,5- 937,8)	1015,4 (1011,1- 1019,6)	904,2 (898,6- 909,7)	832,7 (827,8- 837,7)	323,5 (320,5- 326,6)	182,0 (179,8- 184,2)	88,7 (87,0- 90,4)	322,8 (320,6- 325,0)
RGS	585,9 (585,7- 586,1)	663,9 (663,7- 664,1)	725,9 (725,7- 726,1)	797,6 (797,4- 797,8)	817,4 (817,2- 817,6)	730,2 (730,0- 730,4)	680,2 (680,1- 680,4)	634,1 (633,9- 634,2)	571,7 (571,6- 571,9)	527,1 (526,9- 527,2)	487,4 (487,3- 487,6)

Tabela 4. Valores pagos pelas internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nas pessoas de ambos os sexos de 20 a 59 anos e o respectivo percentual sobre o custo total de internações na faixa etária, nos municípios classificados como grandes em gestão plena do sistema. Rio Grande do Sul, 1995-2005.

	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
Canoas	147390,1 (4,5)	260860,9 (6,6)	248574,2 (6,2)	274215,0 (6,4)	281297,0 (4,4)	354597,4 (5,6)	247222,9 (3,6)	229077,6 (3,2)	326753,4 (4,6)	320925,7 (3,9)	388004,3 (4,2)
Caxias	84064,9 (4,2)	63911,3 (3,3)	68965,6 (4,1)	81443,2 (3,1)	136933,2 (3,1)	151922,4 (3,2)	131305,5 (2,3)	180203,1 (2,8)	215812,0 (2,8)	176282,7 (2,0)	261491,2 (3,0)
Pelotas	22561,10 (6,4)	343562,3 (6,4)	448621,6 (7,4)	478574,4 (6,1)	534770,7 (5,1)	343368,9 (4,7)	282636,6 (3,9)	250124,4 (3,3)	184353,1 (2,8)	204615,8 (2,6)	261752,9 (3,3)
P.Alegre	1101003,5 (4,8)	988714,4 (4,2)	984435,6 (4,3)	956009,8 (3,8)	1547982,9 (4,6)	1357239,7 (4,5)	1405863,8 (4,5)	1262775,2 (3,9)	1653565,7 (4,7)	1624220,3 (4,2)	1484167,6 (3,7)
Sta Cruz	75755,3 (7,3)	59605,1 (5,7)	93608,9 (10,1)	127598,7 (10,1)	144597,4 (8,4)	144458,3 (8,3)	169283,3 (9,3)	170005,4 (7,9)	114707,0 (5,9)	167092,7 (6,1)	143899,4 (5,2)
S Leop	63452,5 (3,5)	81561,8 (3,9)	85744,6 (4,2)	125320,8 (4,7)	144820,8 (4,5)	149562,5 (4,3)	130870,6 (3,5)	125504,7 (3,0)	83394,9 (1,8)	120873,0 (2,2)	132426,8 (2,3)

Tabela 5. Valores pagos pelas internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nas pessoas de ambos os sexos de 20 a 59 anos e o respectivo percentual sobre o custo total de internações na faixa etária, nos municípios classificados como médios em gestão plena do sistema. Rio Grande do Sul, 1995-2005.

	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
Cachoeira	72075,9 (8,0)	72085,9 (8,3)	77921,9 (10,2)	85558,2 (9,6)	72725,8 (8,2)	81743,7 (7,6)	110002,5 (9,4)	133481,0 (9,1)	106760,8 (10,9)	126152,1 (8,7)	91643,4 (6,1)
Carazinho	58410,6 (8,9)	48277,3 (7,8)	63957,2 (9,9)	72814,1 (9,4)	83993,9 (8,2)	74671,8 (7,3)	86346,4 (8,3)	84701,3 (8,0)	77345,4 (5,9)	84283,4 (5,4)	67160,7 (4,1)
Sta Rosa	37885,6 (5,5)	54833,4 (9,2)	50222,9 (8,4)	78371,5 (11,1)	56409,0 (5,5)	81978,7 (8,1)	94085,9 (8,5)	83450,1 (7,3)	70910,3 (5,6)	75837,8 (5,5)	184571,6 (12,8)
V Aires	37391,7 (5,7)	101068,6 (15,3)	102056,6 (15,0)	144309,7 (15,9)	159550,6 (15,9)	121435,2 (12,0)	99287,9 (10,0)	87448,2 (8,2)	76650,2 (7,7)	54881,4 (4,3)	66565,8 (5,0)

Tabela 6. Valores pagos pelas internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nas pessoas de ambos os sexos de 20 a 59 anos e o respectivo percentual sobre o custo total de internações na faixa etária, nos municípios classificados como pequenos em gestão plena do sistema. Rio Grande do Sul, 1995-2005.

	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
Canela	15728,3 (5,2)	18944,2 (5,4)	17969,3 (5,5)	29301,9 (7,8)	32337,1 (6,0)	37570,1 (6,7)	34862,7 (6,2)	27650,9 (4,5)	19115,3 (2,7)	28324,4 (3,3)	27871,9 (3,8)
Giruá	15278,8 (6,5)	31132,2 (16,0)	33082,8 (15,0)	36962,8 (19,4)	36533,9 (18,4)	42350,4 (20,8)	27107,3 (10,5)	29027,3 (11,7)	22882,7 (7,0)	32290,4 (10,6)	39761,3 (11,2)
Panambi	14989,6 (5,8)	33115,4 (12,0)	23455,6 (8,6)	43328,8 (11,6)	52375,1 (11,8)	52568,7 (10,7)	41521,8 (7,1)	27774,2 (4,5)	19678,1 (2,7)	21536,1 (3,0)	19268,8 (2,4)
S.Corrêa	11409,5 (19,7)	18973,6 (15,4)	23082,8 (17,3)	17660,1 (17,8)	22748,1 (13,8)	18140,1 (10,2)	17309,6 (9,8)	5622,8 (3,4)	3557,6 (1,9)	4483,3 (1,8)	7940,4 (2,1)