

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CAROLINA LEMOS

**Internações em um hospital de ensino do interior do
Estado de São Paulo**

**Ribeirão Preto
2013**

CAROLINA LEMOS

Internações em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços e de Enfermagem

Orientador: Prof^a. Dr^a. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Ribeirão Preto
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Lemos, Carolina.

Internações em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo / Carolina lemos; orientador Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Ribeirão Preto, 2013
94 f. : Il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2013.

1. Hospitalização; 2. Sistema Único de Saúde; 3. Sistemas de informação hospitalar; 4. Enfermagem; 5. Hospitais

LEMOS, Carolina

Internações em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Homero e Sílvia**, pelo apoio aos estudos, amor e dedicação que têm com cada filho.*

*Aos meus irmãos, **Gusthavo e Henrique**, e a todos da minha família que acreditaram neste sonho.*

*A Prof^a **Lucieli Dias Pedreschi Chaves**, minha orientadora, pelos ensinamentos ao longo da minha formação, paciência, compreensão e apoio, sem ela este trabalho não seria possível.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela luz no meu caminho.

*Aos amigos tão importantes, em especial à **Bruna Paiva**, por estar sempre disposta a me ouvir nos momentos mais difíceis e festejar os momentos bons e, à **Carla Teresa**, amiga e companheira que não me deixou perder as forças.*

*A todas as **peessoas queridas** que, de alguma forma, acompanharam esta parte da minha caminhada.*

*À **Escola de Enfermagem** pelas muitas oportunidades oferecidas.*

*Ao **Departamento de Enfermagem Geral e Especializada (EGE/EERP)**.*

*Ao **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**.*

*À **banca examinadora**, pela disposição e pela valiosa contribuição.*

*A **todos vocês**, muito obrigada por terem feito parte da minha história!*

“Ninguém que saber o que fomos, o que possuímos, que cargo ocupávamos no mundo; o que conta é a luz que cada um já tenha conseguido fazer brilhar em si mesmo.”

(Chico Xavier)

RESUMO

LEMOS, C. **Internações em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo**. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Objetivo: caracterizar a dinâmica da produção física e financeira de internações hospitalares de um hospital de ensino, do interior do Estado de São Paulo, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, segundo especialidade e ano. **Metodologia:** pesquisa avaliativa, utilizando dados quantitativos e qualitativos. Para a coleta de dados quantitativos foi realizada pesquisa documental em banco de dados oficiais, do total de internações hospitalares nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria, no período de 1996 a 2011, utilizando a estatística descritiva. Para os dados qualitativos foram realizadas entrevistas com membros da Administração Superior do hospital. Os dados foram agrupados por similaridade de conteúdo e articulados aos dados quantitativos. **Resultados:** a população de estudo constituiu-se de 504.529 internações; apresentam-se os dados dos anos correspondentes ao menor e ao maior valor das internações hospitalares, no que diz respeito a aspectos físicos e financeiros no período. O percentual de internações seguiu certa linearidade, variando de 5,52 a 7,09%, no ano de menor e o de maior produção de internações, respectivamente. O montante financeiro teve expressivo aumento, sendo que, em 1996, correspondia a 2,83% dos recursos despendidos e, em 2011, esse valor representou 11,58% dos gastos com internações. Analisando as especialidades, a clínica cirúrgica, em 1997, correspondia a 4,92% das internações e, em 2009, houve aumento para 7,49%; quanto aos recursos financeiros, em 1996, o percentual de internações pagas era de 2,73%; em 2010, esse número era de 10,90%. Em clínica médica, as internações, em 2007, representavam 5,25%, em 2011, o percentual era de 8,11%; quanto aos valores pagos, houve aumento entre 1997 e 2011, de 2,75% para 14,03%, respectivamente. Em pediatria, em 1998, as internações representavam 8,69% e, em 2008, esse número caiu para 4,64%; quanto ao montante financeiro, em 1997, as internações pagas representavam 2,76% e, em 2010, aumentaram para 12,88%. Em obstetrícia, as internações, em 1996, correspondiam a 9,33% e, em 2010, eram de 4,58%; em relação à produção financeira, em 1997 houve um percentual de 4,11% e, em 2009, aumentou para 9,73%. Das entrevistas, emergiram aspectos relevantes que podem explicar as

variações físicas e financeiras das internações hospitalares, a saber: incorporação tecnológica (a inclusão de recursos tecnológicos implica em maiores investimentos financeiros, justificando os gastos com internações hospitalares); organização da rede de atenção à saúde (a ordenação dos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica pode justificar a diminuição das internações em pediatria e obstetrícia, cujos atendimentos podem ser realizados em serviços de menor densidade tecnológica, assim como o crescimento de internações que requerem maior densidade tecnológica) e perfil demográfico (o envelhecimento progressivo da população, seguido das comorbidades relacionadas, também têm influência sobre o perfil de internações em clínica cirúrgica e clínica médica). **Conclusões:** o acompanhamento das internações possibilita ao gestor estruturar a atenção à saúde e o financiamento do hospital, constituindo-se em importante ferramenta gerencial. A organização das redes de atenção, o perfil etário da população e a incorporação de tecnologias repercutem na atenção hospitalar, particularmente nas internações.

Descritores: hospitalização; Sistema Único de Saúde; sistemas de informação hospitalar; enfermagem; hospitais.

ABSTRACT

LEMOS, C. **Admissions in a school hospital in a city of São Paulo State**. 2013, 94 f. Dissertation (Master's Degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Objective: characterize the dynamics of financial and physical production of hospitalizations at a school hospital in a city of São Paulo State through the Hospital Information System of the Unique Health System, according to the speciality and year. **Methodology:** evaluative research using quantitative and qualitative data. To collect quantitative data, it was used the documental research in official database, the total of clinical, surgical, obstetrics and pediatrics hospitalizations, during 1996 to 2011, using descriptive statistics. To the qualitative data, members of the Upper Management of the hospital were interviewed. The data were grouped by its similarities and articulated to the quantitative data. **Results:** the population under study were 504.529 hospitalizations, presenting data from the relative years, as of the lowest and to the highest number of hospitalizations, about physics and financial during that period of time. The hospitalizations percentage followed such linearity, ranging between 5,52% to 7,09% during the years of lowest and highest number of hospitalizations, respectively. The financial total had an important raise, and in 1996 it corresponded to 2,83% of the spent means and, in 2011 this number corresponded to 11,58% of the hospitalizations spent. Analysing the specialities, the surgical clinic in 1997 corresponded to 4,92% of hospitalizations and, in 2009 there was a raise to 7,49%, regarding the financial means, in 1996 the hospitalizations percentual spent were 2,73%, in 2010 these number were 10,90%. In internal medicine, in 2007 the hospitalizations represented 5,25%, in 2011 the percentual was 8,11%, regarding the spent values, there was a percentual raise between 1997 and 2011, as of 2,75% to 14,03%, respectively. In 1998, pediatrics hospitalizations represented 8,69% and in 2008, this number dropped to 4,64%, regarding the financial amount, in 1997, paid admissions represented 2,76% and, in 2010, increased to 12,88%. In obstetrics, during 1996 the hospital admissions corresponded to 9,33% and, in 2010, they were 4,58%, regarding the financial production, in 1997 there was a 4,11% percentual and, in 2009, it increased to 9,73%. During the interviews, relevants aspects emerged that may explain the physical and financial hospitalization variations, namely: technological incorporation (adding the technologic means implies in biggest

financial investments, justifying the hospitalizations outlay); organization of the health care network (the health services assortment, with emphasis on basic attention may justify the pediatrics and obstetrics admission decrease, whose treatment may be performed in smaller technological services, as well as the increase on admissions that request superior technological density) and demographic profile (the progressive population aging followed by the related comorbidities, also influences on the surgical and clinical admissions profiles).

Conclusions: following the admissions enables the manager to organize the health attention and the hospital financial constituting an important management tool. The attention network organization, the population age profile and the technology incorporation affects the hospitalar attention, specially on admissions.

Descriptors: hospitalization, Health Unique System, hospital information systems, nursing, hospitals.

RESUMÉN

LEMOS, C. Ingresos en un hospital universitario del interior del Estado de São Paulo. 2013, 94 f. Disertación. (Maestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Objetivo: caracterizar la dinámica de la producción física y financiera de los ingresos hospitalares de un hospital universitario del interior del estado de São Paulo, por medio del sistema de informaciones hospitalares del Sistema Único de Salud, según especialidad y año. **Metodología:** pesquisa evaluativa utilizando datos cuantitativos y cualitativos. Para la colecta de datos cuantitativos fue realizada una pesquisa documental en banco de datos oficiales del total de ingresos hospitalares, en las especialidades de clínica médica, clínica quirúrgica, obstetricia y pediatría, en el período de 1996 a 2011, utilizando la estadística descriptiva. Para los datos cualitativos fueron realizadas entrevistas con miembros de la Administración Superior del hospital. Los datos fueron agrupados por semejanza de contenido y articulados a los datos cuantitativos. **Resultados:** la población del estudio fue constituida de 504.529 ingresos, se presentan los datos de los años correspondientes al menor y al mayor valor de los ingresos hospitalares en lo que respecta a aspectos físicos y financieros en el período. El porcentaje de ingresos siguió cierta linearidad, variando de 5,52 a 7,09% en el año de menor y de mayor producción de ingresos respectivamente. El montante financiero tuvo expresivo aumento siendo en 1996 correspondiente a 2,83% de los recursos utilizados, y en 2011, ese valor representó 11,58% de los gastos con ingresos. Analizando las especialidades, la clínica quirúrgica, en 1997, correspondía a 4,92% de los ingresos, y en 2009 hubo aumento para 7,49%. En cuanto a los recursos financieros en 1996, el porcentaje de ingresos pagados era de 2,73%. En 2010, ese número era de 10,90%. En clínica médica, los ingresos en 2007 representaban 5,28%, en 2011, el porcentaje era de 8,11%. En cuanto a los valores pagados, hubo un aumento entre 1997 y 2011, de 2,75% para 14,03%, respectivamente. En pediatría, en 1998, los ingresos representaban 8,69% y en 2008, ese número cayó para 4,64%. En relación al montante financiero en 1997, los ingresos pagados representaban 2,76% y en 2010, aumentaron para 12,88%. En obstetricia, los ingresos en 1996, correspondían a 9,33%, y en 2010 eran de 4,58%. En relación a la producción financiera en 1997 hubo un porcentaje de 4,11, y en 2009, aumentó para 9,73%. De las entrevistas emergieron aspectos relevantes que pueden explicar las variaciones físicas y

financieras de los ingresos hospitalares, a saber: incorporación tecnológica (la inclusión de recursos tecnológicos implica mayores inversiones financieras, justificando los gastos con ingresos hospitalares), organización de la red de atención a la salud, con énfasis en la atención básica puede justificar la disminución de los ingresos en pediatría y obstetricia, cuyos atendimientos pueden ser realizados en servicios de menor densidad tecnológica y perfil demográfico (el envejecimiento progresivo de la población, seguido de las comorbidades relacionadas, también tiene influencia sobre el perfil de ingresos en clínica quirúrgica y clínica médica.

Conclusiones: el seguimiento de los ingresos posibilita al gestor estructurar la atención a la salud y el financiamiento del hospital, lo que constituye una importante herramienta gerencial. La organización de las redes de atención, el perfil etario de la población y la incorporación de tecnologías, repercuten en la atención hospitalar, particularmente en los ingresos.

Descriptor: hospitalización, Sistema Único de Salud, sistemas de información hospitalar, equipo de enfermería, hospitales.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 Caracterização dos sujeitos entrevistados, segundo número da entrevista, formação acadêmica, função/cargo atual e tempo de exercício na função/cargo atual. Ribeirão Preto, SP, 2013..... 52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações em um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011.....	53
Tabela 2	Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na clínica cirúrgica de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011.....	59
Tabela 3	Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na clínica médica de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011.....	63
Tabela 4	Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na pediatria de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011.....	67
Tabela 5	Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na obstetrícia de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011.....	70

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DRS-XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
NOB	Normas Operacionais Básicas
PHP	Permanência Hospitalar Prolongada
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 O contexto das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde....	20
1.2 Sistema de Informação Hospitalar do SUS.....	27
2. JUSTIFICATIVA.....	32
3. OBJETIVOS.....	36
3.1 Geral.....	37
3.2 Específicos.....	37
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
5. MATERIAL E MÉTODO.....	43
5.1 Tipo de Pesquisa.....	44
5.2 Local de Estudo.....	44
5.3 Campo de Pesquisa.....	44
5.4 Participantes do Estudo.....	46
5.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	46
5.6 Procedimentos Éticos.....	49
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
7. CONCLUSÕES.....	74
REFERENCIAS.....	78
APÊNDICES.....	86
ANEXOS.....	92

APRESENTAÇÃO

Em 2006, ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, que tem como principal objetivo formar enfermeiro capacitado para atuar na promoção da saúde, na educação, bem como na prática assistencial e gerencial. Com o decorrer do curso, pude conhecer as várias possibilidades de inserção e atuação do enfermeiro, tanto em instituições de saúde, de ensino, quanto de pesquisa.

Questões relativas à gestão e gerência dos serviços de saúde me instigaram a dar início ao desenvolvimento de projetos de iniciação científica, entendendo-os como possibilidade de aproximação das atividades de pesquisa, um campo de trabalho do enfermeiro, que está fortemente articulado à atenção à saúde e ao ensino.

A percepção da possibilidade de o enfermeiro exercer atividades de gestão/gerência e a importância do uso de sistemas de informação como ferramenta gerencial na atenção hospitalar me fizeram investir no desenvolvimento dos seguintes projetos de iniciação científica: “A produção científica sobre sistemas de informação hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa de pesquisas” (2007-2008); “Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, SP” (DRS-XIII) (2008-2009) e “Procedimentos cirúrgicos nas internações em hospitais do SUS do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, SP” (2009-2010), todos contemplados com bolsa modalidade Iniciação Científica, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp, sob a orientação da mesma docente, a qual é também orientadora dessa dissertação de Mestrado.

Cabe destacar que tive a oportunidade de apresentar os resultados desses projetos em eventos científicos (nacionais e internacionais), além de publicar artigos em periódicos indexados.

Exerço, atualmente, atividades como enfermeira de unidade de internação em hospital privado do interior do Estado de São Paulo. Porém, minha primeira experiência como enfermeira assistencial foi em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital público do interior do Estado de São Paulo. Ambas as experiências têm proporcionado vasto conhecimento da prática do enfermeiro, articulando vivências diante de diferentes condições de saúde dos pacientes e de tipos de

hospitais, bem como suas respectivas inserções no sistema de saúde.

A inserção na Pós-Graduação, nível mestrado, constituiu-se em possibilidade de aprofundar o investimento que tenho feito, especialmente na área hospitalar, articulando sistemas de informação em saúde, avaliação e gerenciamento de serviços hospitalares. Trata-se de uma perspectiva ampliada, que posso articular essa vivência com as experiências como enfermeira. Pretendo continuar investindo em minha formação, com vistas a qualificar minha atuação, bem como vislumbrar outros horizontes, dentre eles o da pesquisa e da docência.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O contexto das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde

A saúde tem sido objeto de atenção e discussão de profissionais, comunidades e governos, tanto no que diz respeito à condição de vida das pessoas quanto no que se refere a um setor da economia no qual se produzem bens e serviços (PAIM, 2010).

Nesse sentido, cada sociedade organiza o seu sistema de saúde, segundo sua própria cultura, leis vigentes, panorama político, condição econômica, sob a influência de determinantes sociais (PAIM, 2010). O sistema de saúde pode ser entendido como um conjunto integrado de ações e serviços, no âmbito do poder público e da sociedade, voltado para dar respostas aos problemas de saúde de uma determinada população (LAVRAS, 2011).

As sociedades constituem suas práticas de atenção à saúde em sistemas que podem assumir diferentes formas e que podem ser conceituados sob diferentes abordagens. Desde a combinação de recursos, organização, financiamento e gestão, que culminam com a prestação de serviços para atender as necessidades de saúde da população, até conceitos que enfocam aspectos de regulação, financiamento e a prestação de serviço propriamente dito (CONILL, 2009).

Considerando a temática e a contemporaneidade desta pesquisa, optou-se por abordar o Sistema Único de Saúde (SUS), embora o sistema de saúde brasileiro seja formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que se completam e competem entre si.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM et al., 2011).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o SUS, tornando o acesso à saúde direito de todo cidadão. Esse sistema é definido como um sistema nacional de saúde que tem entre suas funções a prestação de um

conjunto de ações desenvolvidas em serviços de saúde e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta ou indireta, das fundações mantidas pelo poder público e, complementarmente, em serviços privados. As diretrizes políticas de reordenamento dos serviços e ações de saúde foram estabelecidas pela Constituição de 1988 e, após, regulamentadas pelas Leis Orgânicas da Saúde e Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 2000).

O SUS é um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, dessa forma, esse sistema não se resume somente à prestação de serviços assistenciais (VASCONCELOS, PASCHE, 2009).

Regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e pelas diretrizes de descentralização/regionalização, hierarquização, participação social e complementaridade do setor privado, o SUS estruturou, no território nacional, ampla e diversificada rede de serviços de saúde sob responsabilidade das três esferas de governo: municípios, estados e união (LAVRAS, 2011).

Assumida como uma das diretrizes básicas do SUS, a descentralização se constitui em um processo mediante o qual foram definidas competências entre as três esferas: federal, estadual e municipal. Nesse contexto, deve-se entender a descentralização como um processo de delegação de poderes políticos fiscais e administrativos a unidades subnacionais de governo. Deve-se considerar, também, a descentralização como um processo social em construção que exige tempo de maturação e apresenta alto grau de complexidade na sua implantação, pois envolve a ação conjunta de órgãos governamentais de diferentes níveis (IBAÑEZ, ELIAS, SEIXAS, 2011).

Com a implantação do SUS, houve a definição de competências e condições necessárias para que as três esferas de governo assumissem suas atribuições no processo de estruturação do sistema. Assim, medidas propostas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) 1991, 1993 e 1996, deram início a um processo de descentralização, transferindo responsabilidades e recursos para os municípios. Porém, a municipalização, estratégia para a descentralização da gestão do sistema, fez emergir problemas, como a complexa estrutura político-administrativa nos diferentes níveis de governo, as diferentes estruturas organizacionais e administrativas em estados e municípios e dificuldades de gestão local (FERREIRA, CHAVES, 2012).

A descentralização fortaleceu os municípios, mas gerou sistemas municipais isolados e fragmentados, com desigualdade na capacidade de gestão, que repercutiu na capacidade resolutiva, refletindo no acesso da população às ações e aos serviços de saúde. Essa realidade apontou para a necessidade de se estabelecer medidas que minimizassem a fragmentação da gestão e da atenção à saúde, aprofundando o processo de descentralização e fortalecendo a regionalização (FERREIRA, CHAVES, 2012).

Para Trevisan et al. (2012), a descentralização apresentou resultados positivos relacionados ao aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para os níveis estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos Estados e Municípios na gestão da saúde e à expansão da rede de serviços municipais de saúde. Por outro lado, o avanço da descentralização mostrou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão quanto no que se refere à atenção à saúde. Em relação à gestão, diversos Estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. O pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades na capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros. Quanto ao aumento da resolutividade e a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade, esses se colocam como desafios.

Nos instrumentos legais que embasam a constituição, implantação e organização do SUS, a importância e a responsabilidade atribuídas ao município buscam assegurar a consolidação dos princípios filosóficos e organizativos que constituem o sistema. Entretanto, nem sempre é possível o município atender todas as demandas e necessidades de saúde de seus cidadãos com a disposição dos recursos necessários. A organização regional pode ser uma estratégia viável para favorecer o cumprimento do princípio da integralidade.

No final da década de 90, a organização regional do sistema constituiu-se na grande preocupação dos gestores do SUS, entendida como estratégia capaz de contribuir para a redução da fragmentação do sistema público de saúde. Foi definida, então, a regionalização como meio fundamental de reorganização da

atenção à saúde na lógica do planejamento de módulos assistenciais e redes de serviços articulados (IBAÑEZ, ELIAS, SEIXAS, 2011).

Adotou-se a regionalização como uma estratégia da descentralização, na perspectiva de se atender integralmente e equitativamente as necessidades de saúde de uma população. O conceito de regionalização de saúde é algo muito além da proximidade territorial, pois considera também aspectos da dinâmica do espaço geográfico, base populacional, diferentes articulações de recursos, ações de saúde e instituições, definição de pontos de atenção (primário, secundário e terciário), racionalização e efetividade da gestão no atendimento das necessidades de saúde (FERREIRA, CHAVES, 2012).

Para Lavras (2011), a regionalização configura-se como um grande eixo norteador do desenvolvimento do SUS, resultante da ação coordenada dos três entes federados envolvidos.

No processo de regionalização, é importante que sejam consideradas as diversas realidades dos territórios que têm desenhos bastante diferenciados, do ponto de vista de necessidades e de disponibilidade de recursos, resultando, muitas vezes, em acessos difíceis e iníquos, com comprometimento da integralidade e da humanização do atendimento. O desafio posto reside em mapear as singularidades, avaliar as potencialidades e as fragilidades dessas realidades e, de modo cooperativo e integrador de fazer a gestão, propor soluções locais que contemplem as necessidades dos usuários, viabilizando e qualificando a regionalização (CHAVES, 2012).

A utilização adequada e racional dos serviços com diferentes densidades tecnológicas requer a organização de fluxos e protocolos para atender as necessidades dos usuários. Fluxos inadequados, a possibilidade de desvio desses fluxos, a duplicidade de serviços para o mesmo fim e o acesso facilitado a serviços de maior complexidade geram distorções que comprometem a integralidade, a universalidade e a equidade da assistência.

A necessidade de adequar os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações geradas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem contribuir para a melhoria da qualidade clínica, dos resultados sanitários, da satisfação dos usuários e pode reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Há ainda melhoria na

cooperação entre gestores e prestadores de serviços, maior atenção à gestão de caso, incentivo à utilização de tecnologia de informação e impacto sobre os custos da atenção à saúde (MENDES, 2010).

A organização do sistema de RAS tem sido concebida como estratégia voltada para responder contínua e integralmente as necessidades da população, seja diante das condições crônicas e/ou agudas, além de promover ações de vigilância e promoção da saúde que, conseqüentemente, geram impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

A partir da necessidade de superar o modelo fragmentado das ações e serviços de atenção à saúde, voltados para as condições agudas, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria nº 4.279/2010, que institui as RAS, caracterizadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAS é superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, além de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (MENDES, 2011).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade das necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma população singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital-dia,

entre outros (MENDES, 2011).

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, que se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas.

Na organização de sistemas de saúde, é indiscutível a importância dos hospitais. Instituições hospitalares, de maneira geral, são instituições complexas que prestam serviços de diagnóstico, prevenção, tratamento, hospedagem, educação, pesquisa, entre outros. Para que os hospitais funcionem de maneira adequada, há a exigência de grande investimento em ativos fixos e em tecnologias. Da mesma forma, os hospitais necessitam empregar elevado número de pessoas, das mais diversas áreas de conhecimento, ou seja, o nível de excelência de uma organização hospitalar, possivelmente, é um reflexo da qualidade de suas instalações, do nível de inovação tecnológica de seus equipamentos de diagnóstico e tratamento e do nível de conhecimento técnico de seus colaboradores, bem como da capacidade que esses têm de interagir com seus clientes (SILVA, 2006).

Considerando a densidade tecnológica empregada, bem como a necessidade de recursos humanos capacitados, os hospitais devem estar organizados para atender as principais causas de morbimortalidade, segundo as necessidades de saúde de uma população circunscrita, uma vez que consome expressiva parcela orçamentária do SUS (DUBEUX, CARVALHO, 2009).

Embora a construção de RAS esteja em curso, no Brasil, o modelo de organização de sistemas de saúde, ainda hoje, tem importante enfoque na atenção hospitalar, reforça a valorização dessa esfera de atenção, enquanto espaço de prática de ações de saúde e produção de conhecimentos. Além disso, o cuidado a usuários gravemente enfermos dá maior visibilidade a essas instituições, inclusive sob a perspectiva das pessoas atendidas. Na atualidade, vem sendo redefinido o papel dos hospitais nos sistemas de saúde, sem perder sua importância e magnitude, mas focando sua especificidade de atenção para os usuários que necessitam de intervenções com maior nível de complexidade, em relação à atenção básica.

Segundo Garbinato et al. (2007), o foco para a atenção hospitalar tem-se mostrado crescente devido ao papel fundamental nos serviços de saúde com custo muito elevado. Da mesma forma, o entendimento dos fatores associados à utilização de serviços hospitalares é essencial para a discussão do sistema de saúde como um

todo.

A cultura, ainda centrada na importância que os hospitais representam para o sistema de saúde, é retratada pela população, que não sabe, muitas vezes, onde buscar uma assistência adequada para sua necessidade, utilizando, então, os hospitais como centros de tratamento para problemas cabíveis de serem solucionados nos serviços de atenção primária à saúde. Porém, os hospitais ainda concentram grande parcela do atendimento em saúde, como centros de tratamento, reabilitação e diagnóstico. Há emprego significativo de recursos materiais e humanos nesse setor devido à grande dimensão do cuidado e complexidades de ações em saúde e educação desenvolvidas.

O estudo da utilização de serviços de saúde torna-se prioritário pelas seguintes razões: a intensa e pouco regulada incorporação tecnológica na área da saúde, resultando em custos crescentes para o setor; as grandes mudanças no perfil dos pacientes internados, sendo os pacientes menos graves tratados no nível ambulatorial, ficando a internação hospitalar para os casos mais graves e de custo mais elevado e a importante crise no setor hospitalar que presta serviços ao SUS – público ou privado (com ou sem fins lucrativos) – frente à escassez de recursos humanos especializados em gestão hospitalar e ao desequilíbrio entre receita e despesa (CASTRO, 2006).

A proporção de internações hospitalares considerada evitáveis, a partir da assistência oportuna e adequada na atenção primária, representa importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção. Embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade resolutiva dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde (FERNANDES et al., 2009).

Ainda relacionada à produção de internações hospitalares, existe a possibilidade de utilização de informações para a organização do trabalho interno no hospital, para a previsão e provisão de recursos materiais e humanos necessários para atender às demandas de atenção hospitalar. Nesse sentido, representa importante subsídio ao trabalho do enfermeiro que, em sua dimensão gerencial, tem como foco a organização do trabalho e dos recursos humanos, sendo a informação uma ferramenta de grande utilidade.

No processo de gestão, particularmente no que diz respeito à produção de

ações na área hospitalar, pressupõe-se objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda, ou seja, esperam-se processos de avaliação aprimorados, utilizando sistemas de informação que levem em conta o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, a capacidade e as condições técnico-operacionais dos serviços hospitalares, a qualificação de seus profissionais, dentre outros.

A constituição histórica de um modelo de organização de sistema de saúde hospitalocêntrico reforça a supervalorização da unidade hospitalar, enquanto espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de saúde. Entretanto, considerando a especificidade de recursos disponíveis na atenção hospitalar, o respectivo montante financeiro para tal, a possibilidade de resolver expressiva parcela das necessidades de saúde da população em outros pontos de atenção, torna-se prioritário (re)construir o papel do hospital no sistema de saúde.

1.2 Sistema de Informação Hospitalar do SUS

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação nos processos de tomada de decisão e controle das organizações de saúde. Os SIS congregam dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde, visando o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos profissionais da área da saúde. Ainda, os SIS devem contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde. Pode-se afirmar, então, que um SIS deve servir para gerenciar a informação que os profissionais de saúde precisam para desempenhar as atividades com efetividade e eficiência, facilitar a comunicação, integrar a informação e coordenar as ações entre os membros da equipe profissional de atendimento, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo (MARIN, 2010).

Os sistemas de informação em saúde são classificados em três grandes categorias por Carvalho e Eduardo (2002) em:

- sistemas de informações estatístico-epidemiológicas - estão relacionados

à mortalidade, morbidade, grau de acesso da população aos serviços de saúde, procedimentos realizados, aspectos demográficos, sociais, econômicos e grau de satisfação dos usuários;

- sistemas de informações clínicas - discorrem sobre a identificação dos problemas de saúde, diagnósticos, exames clínicos, laboratoriais e radiológicos, procedimento cirúrgicos e medicamentos;
- sistemas de informações administrativas - diz respeito à gestão financeira e orçamentária, gestão de recursos humanos, materiais de consumo, bens patrimoniais e equipamentos.

A informação é um recurso estratégico fundamental para definir metas, estabelecer atividades e prever os resultados esperados como respostas da atuação dos serviços e sistemas de saúde aos problemas enfrentados pela população. No entanto, para cumprir esses papéis, alguns requisitos básicos como cobertura e qualidade das informações, devem ser devidamente atendidos (BITTENCOURT et al., 2009).

Quanto maior a complexidade das ações decorrentes de um processo decisório mais complexo o sistema de informações. Ações em saúde, por mais simples que sejam, possuem alto grau de complexidade, somado a esse fato, as organizações de saúde criaram diferentes métodos para identificar pacientes. Muitas vezes, dentro de um mesmo hospital, o paciente é identificado e registrado diversas vezes e de diferentes formatos. Esse tipo de dificuldade é incompatível com a criação de redes eficientes de atenção em saúde (VECINA NETO, MALIK, 2011).

É importante que existam padrões para os sistemas de informação em saúde, para que seja possível armazenar e recuperar a informação relevante sobre o indivíduo e seu atendimento. Esse conceito é chamado de interoperabilidade, no qual organizações de saúde distintas utilizam sistemas de informação distinto, daí a necessidade de que tais sistemas possam operar de forma integrada, ou seja, possam interoperar em benefício de todo o sistema de saúde, que é um dos principais focos de atenção da comunidade internacional de padrões (VECINA NETO, MALIK, 2011).

O sistema de informação em saúde brasileiro constitui-se em uma rede complexa de informações e dados, com diversas finalidades, englobando aspectos epidemiológicos, clínicos e administrativos. Apesar da enorme utilidade desses

dados, existe ainda a subutilização dos mesmos, seja para fins de pesquisa, gestão e gerência, entre outros. Muitas vezes os dados são subutilizados pela falta de conhecimento por parte de quem os manipula. Para que possa existir pessoal capacitado para operar as informações em saúde, de modo eficiente, encontra-se a necessidade de treinamento e divulgação desses sistemas.

O registro rotineiro de dados de saúde, em bancos de dados com enfoque administrativo ou epidemiológico, permite a alimentação de sistemas que se constituem em importante fonte de informação sobre a ocorrência de eventos (por exemplo, a internação hospitalar e outros) de agravos à saúde (LEMOS, CHAVES, AZEVEDO, 2012).

O SUS dispõe de um conjunto de sistemas de informação de saúde que produz dados diversos, decorrentes das inúmeras ações (assistencial, gerencial, controle social, pesquisa, ensino), voltadas para o setor saúde.

Após a implementação do SUS e sua regulamentação, os gestores municipais passaram a ter maior responsabilidade de gerenciamento dos sistemas de informação em saúde. Os municípios que contam com serviços de auditoria, avaliação e controle das internações hospitalares, financiadas pelo SUS, devem se preocupar em analisar a cobertura e qualidade dos dados produzidos por esse sistema, de forma que esse possa ser útil às decisões do próprio setor e que possa proporcionar subsídios a outros setores ou organizações envolvidos com o enfrentamento dos problemas de saúde (TOMIMATSU et al., 2009).

Para Campos et al. (2009), os sistemas de informação são mecanismos de coleta, processamento, análise e divulgação de dados e informações. São muitos os sistemas de informação disponíveis no SUS, os quais fornecem dados para uma análise gerencial. Alguns são de base populacional, ou seja, contemplam eventos existentes na população, como os de mortalidade, nascidos vivos e agravos notificáveis. Ainda compõem grandes bases de dados nacionais que podem ser utilizadas na produção de informações de interesse epidemiológico, como os sistemas de registro das internações hospitalares no SUS.

O Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pode ser utilizado para a organização de informações, permitindo a análise dos procedimentos produzidos nas internações hospitalares em diferentes especialidades, o respectivo aporte financeiro consumido nesses procedimentos e o perfil da produção hospitalar nos diferentes municípios ao longo

do tempo. Esse sistema de informação é alimentado com dados oriundos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento oficial, no qual são registradas informações relativas à internação e que possibilita o faturamento dessas internações pelo SUS.

Desde a Portaria GM/MS nº 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização do Manual de Orientações Técnicas e Operacionais. Até abril de 2006, o processamento das AIHs era centralizado no MS/Departamento de Informática do SUS (Datusus/SE/MS). A Portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para Estados, Distrito Federal e municípios plenos (BRASIL, 2011).

O SIH-SUS disponibiliza dados administrativos de saúde com abrangência nacional, respondendo pelo registro de mais de 11 milhões de internações por ano, o que representa cerca de 80% do total de internações no país (LOBATO, REICHENHEIM, COELI, 2008).

O sistema das AIHs teve sua origem na década de 1960 para padronizar o pagamento dos serviços prestados, como tabela de honorários médicos. Atualmente, cobre a produção hospitalar de todos os serviços financiados pelo setor público e é amplamente disponibilizado pelo Departamento de Informação e Informática do SUS, o Datusus do Ministério da Saúde. Apesar de surgir dentro da lógica contábil do pagamento da atenção hospitalar, gera, também, informações sobre a morbidade hospitalar, o consumo de recursos, o uso de procedimentos diagnósticos e de alta complexidade, características demográficas e geográficas, natureza e complexidade dos hospitais. Portanto, o SIH-SUS pode constituir instrumento valioso para o planejamento, a avaliação da qualidade e estudos epidemiológicos (ESCOSTEGUY et al., 2005).

Acompanhar os aspectos quantitativos da produção de internações dos hospitais pode fornecer subsídios para o processo de planejamento do sistema local de saúde, uma vez que é possível identificar a influência da sazonalidade, bem como evidenciar possíveis distorções no sistema local de atenção ambulatorial, no fluxo de pacientes e na demanda de população externa ao município. Ainda, os resultados obtidos por meio do SIH-SUS podem evidenciar aspectos da gestão, um campo no qual o enfermeiro consolida sua atuação na formulação, pactuação, monitoramento e avaliação de políticas que incidem sobre os serviços de saúde e, portanto, sobre o cuidado (LEMOS, CHAVES, 2011).

Apesar das limitações de um sistema informatizado, existem muitas possibilidades para fins de utilização, uma vez que possui coleta rotineira em um grande número de unidades hospitalares, além de ser disponibilizado ao público interessado, em pouco tempo. Também conta com informações epidemiológicas importantes, as quais permitem análises da situação de morbidade hospitalar e de avaliação de serviços, contribuindo com subsídios para o planejamento de ações, no apoio à vigilância em saúde e na avaliação de intervenções (TOMIMATSU et al., 2009).

Os sistemas de informação em saúde e os dados produzidos, portanto, podem servir como ferramentas para a organização do trabalho, planejamento das ações, identificação do perfil de saúde de uma população, controle de gastos, manejo de recursos humanos, tendo grande utilidade para os gestores de serviços de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Ainda hoje, embora a organização do sistema de saúde privilegie as ações da atenção básica, enquanto estratégia para mudança de modelo de atenção, os hospitais têm papel central no sistema de saúde, pois as internações hospitalares representam relevante parcela do atendimento e importante fonte de recursos financeiros.

Sob o ponto de vista populacional, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada e o envelhecimento da população significa crescente incremento relativo das condições crônicas. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7%, em 1960, passou para 5,4%, em 2000, e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, considerando as condições de saúde, agudas e crônicas (MENDES, 2010).

Para uma organização dos sistemas de atenção à saúde, o mais conveniente é separar as condições agudas (curso curto) que podem ser atendidas por um sistema reativo, das condições crônicas (curso mais ou menos longo) que exigem um sistema proativo, contínuo e integrado. As condições crônicas envolvem todas as doenças crônicas mais as doenças transmissíveis de curso longo, as condições materno-infantis, as deficiências físicas e os distúrbios mentais. Destacando que cerca de 75% da carga de doenças no país são determinadas por condições crônicas. A situação epidemiológica brasileira tem sido definida como tripla carga de doenças, ou seja, envolve ao mesmo tempo infecções, desnutrição e problemas reprodutivos, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, sobrepeso, obesidade) e o forte crescimento das causas externas (MENDES, 2010).

As alterações do perfil demográfico e epidemiológico da população, as transformações na organização da assistência e a contínua incorporação e demanda por novas tecnologias implicam em necessidade de estudos sobre a assistência hospitalar no país e a criação de instrumentos que apoiem a gestão do SUS e do Sistema de Assistência Suplementar (não SUS) (MOREIRA, NOVAES, 2011).

Faz-se necessário conhecer cada parte do sistema, monitorar processos e resultados assistenciais, ter informações confiáveis, atualizadas e pertinentes, pois são elementos essenciais para a definição de políticas e práticas de gestão de sistemas e serviços de saúde (SCHOUT, NOVAES, 2007).

A produção de internações hospitalares, traduzida no conjunto de

procedimentos realizados, representa importante parcela da atenção à saúde, tanto pela complexidade de ações quanto pelo volume financeiro consumido.

Os aspectos financeiros podem influenciar o crescimento da produção de internação, subestimando as reais necessidades de saúde dessa população, valorizando especialidades com remuneração maior, cujos procedimentos necessitam da incorporação de equipamentos, materiais e tecnologias, em detrimento de especialidades que exigem maior volume de procedimentos relacionados ao processo de cuidar profissional.

Nesse sentido, o desenvolvimento do projeto de iniciação científica intitulado “Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, SP - (DRS-XIII)”, permitiu conhecer, com base nos dados do SIH-SUS, para o período de 1996 a 2007, a caracterização da produção de internações para os hospitais conveniados/contratados com o SUS, sob gestão municipal, na área de abrangência da DRS-XIII. Nessa investigação, foi possível constatar que, no período, o incremento da produção física e financeira ocorreu de maneira diferenciada, a cada ano, entre os municípios e a especialidade de clínica cirúrgica foi a que apresentou maior crescimento.

O conhecimento desses resultados, bem como a representatividade das internações hospitalares no âmbito do SUS, a importância do hospital de estudo no sistema locorregional de saúde, o interesse em continuar a desenvolver projetos de pesquisa, despertaram a iniciativa para investigar a dinâmica da produção de internações em um hospital de ensino de grande porte do interior paulista.

Além disso, um estudo de revisão integrativa sobre sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS, publicado em 2010, evidenciou que o SIH/SUS tem grande potencial de utilização para além de processamento de faturas das contas relativas às internações hospitalares, entretanto, a exploração desse sistema ainda é incipiente, incluindo a deficiência na qualidade e no número de estudos publicados sobre a dinâmica da produção de internações hospitalares (LE MOS, CHAVES, AZEVEDO, 2010).

Assim, a indicação de autores consagrados sobre a relevância do estudo das internações, os resultados de estudos anteriores, bem como a importância do hospital de estudo no contexto locorregional, justificaram um estudo pormenorizado da produção física (quantitativo de internações) e financeira (recursos financeiros

pagos pelo SUS via SIH-SUS) de internações, com vistas a identificar as tendências de produção, bem como os fatores e elementos que puderam ocasionar variações na produção.

Do ponto de vista de acompanhamento das internações hospitalares, questiona-se: qual o volume de produção de internações hospitalares no período de 1996 a 2011 (e respectiva variação – se está aumentando ou diminuindo)? Quanto tal produção (discriminada por especialidade médica) representa em recursos financeiros do hospital? Qual a tendência dessa produção, segundo cada especialidade? Quais elementos podem ocasionar/justificar essa variação?

Acredita-se que as respostas a esses questionamentos possam trazer contribuições para a sistematização adequada dos dados, para a análise acerca da produção física e financeira de procedimentos em internações hospitalares no hospital de estudo, conforme as especialidades, fornecendo subsídios para adequação da disponibilização de internações hospitalares, alocação e distribuição dos recursos financeiros, à melhoria da atenção à saúde da população e à organização do trabalho da equipe de saúde e de enfermagem do hospital.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Caracterizar a dinâmica da produção física e financeira de internações hospitalares de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

3.2 Específicos

- - Descrever a produção física e financeira de internações hospitalares por meio do SIH-SUS, nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria, da instituição pesquisada.
- - Identificar, dentre os membros da Administração Superior do hospital de estudo, fatores explicativos para a variação na dinâmica da produção de internações hospitalares.

4. QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Considerando as especificidades da gestão no setor saúde, dentre eles a concorrência de demandas distintas e os recursos escassos, a avaliação em saúde torna-se fundamental, pois produz informações que podem qualificar e dar suporte ao processo decisório.

A fragilidade dos sistemas de saúde pode ser evidenciada pela crescente disputa entre as demandas da população, pela incorporação de novos conhecimentos e técnicas, pela necessidade de controlar os gastos públicos, o que leva ao questionamento da viabilidade desses sistemas. Perante a crise mundial dos sistemas de saúde, existe a necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULUS, 2006).

Para Patton (1997) apud Samico et al. (2010, p.6), a avaliação pode ser “focada para a utilização” e inclui a maneira de fazer a avaliação, que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre atividades, características e resultados de programas, tendo a possibilidade de realização de julgamentos e/ou subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

No senso comum, a avaliação constitui-se numa atividade bastante antiga e em um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente. De maneira geral, avaliar consiste em julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente, enfim, atribuir valor a algo ou a alguém (CONTANDRIOPOULOS et al., 2002; MINAYO et al., 2005).

“Avaliar é determinar valor ou mérito de um objeto de avaliação ou, ainda, é identificar o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a estes critérios” (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004).

Para Champagne et al. (2009) apud Samico et al (2010, p. 6): “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção, ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente um julgamento que possa traduzir em ações”. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou de se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa

avaliativa).

Cabe destacar que a avaliação é um campo de aplicação de conhecimentos que utiliza múltiplos conceitos e enfoques metodológicos que favorecem visão mais abrangente do objeto avaliado (TANAKA, MELO, 2008).

Para agrupar as principais modalidades, adota-se uma tipologia que considera os seguintes aspectos: objetivo, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade e tipo de juízo formulado. Segundo essa proposta, a avaliação em saúde pode ser classificada em: investigação avaliatória, avaliação para decisão e avaliação para gestão (NOVAES, 2000). Contandriopoulos et al. (2002) consideram outras duas formas de classificação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX. Suas principais características são a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes. A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito, embora ainda haja uma importante lacuna relacionada à incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores (HARTZ, SILVA, 2005).

Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, podem ser apontadas: as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, como processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país, requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e, com mais frequência, a cobrança dos organismos financiadores externos (FIGUEIRÓ, THULER, DIAS, 2008). Nesse contexto, a necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida, tornando a avaliação uma alternativa adequada (SAMICO et al., 2010).

A transformação de dados em informação e sua utilização para a avaliação requer a formulação de uma pergunta específica para orientar a análise e

os possíveis sentidos a serem atribuídos aos achados empíricos. A otimização dos sistemas de informação para fins de avaliação, bem como a indicação adequada acerca da necessidade da realização de avaliações pontuais ou de investigações avaliativas, requer a institucionalização da avaliação (HARTZ, 1999).

A avaliação, como parte integrante do processo de gestão em saúde, contribui para a tomada de decisão mais objetiva, confirmando e/ou redirecionando as intervenções e práticas de saúde, dentro de um contexto político, econômico, social, cultural e profissional. É definida como um “processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão”, envolvendo momentos de medição, comparação e emissão de juízo de valor, a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, tendo em vista favorecer a tomada de decisão (TANAKA, MELO, 2008).

Dessa forma, a avaliação em saúde tem potencial para qualificar a tomada de decisão em diferentes esferas, à medida que minimiza as incertezas que perpassam pelos processos decisórios.

Os processos decisórios deveriam ocorrer articulados àqueles de planejamento e avaliação, baseados em sistemas de informação apropriados, uma vez que a gestão dos sistemas de saúde é transversalizada por processos permanentes de decisão e de avaliação (PICOLO, CHAVES, AZEVEDO, 2009).

A avaliação, independente do seu tipo e do avaliador, deve contribuir para a tomada de decisões, comprometendo-se com a melhoria das intervenções de saúde, e, finalmente, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde. Deve ser vista como atividade dinâmica no tempo, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas (SAMICO et al., 2010).

O processo de gestão, particularmente no que diz respeito à produção de ações na área hospitalar, pressupõe objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda, ou seja, exige processos de avaliação aprimorados que levem em conta o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, a capacidade e condições técnico-operacionais dos serviços hospitalares, sejam eles próprios do SUS, conveniados ou contratados, a qualificação de seus profissionais, dentre outros. Esses elementos exigem que a gestão do sistema local e do próprio hospital produza e se aproprie de um conjunto de informações que efetivamente venham subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde (CHAVES, LAUS, ANSELMINI,

2009).

Diante do exposto, entende-se que a avaliação em saúde, tanto como instrumento de gestão quanto em sua vertente investigativa, tem potencial para qualificar a tomada de decisão, particularmente em situações complexas, como as peculiares à atenção e internação em um hospital de ensino.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa avaliativa, a partir de dados quantitativos e qualitativos, caracterizou as internações hospitalares de um hospital público e de ensino do interior do Estado de São Paulo, em diferentes especialidades médicas, tomando por referência o período de 1996 a 2011, identificando as possíveis explicações para as variações nessa produção.

Para atingir os objetivos deste estudo, adotou-se o conceito de pesquisa avaliativa que, segundo Hartz e Silva (2005), é julgamento do que é feito sobre as práticas sociais, sobre as características dessas práticas, a partir de uma pergunta ainda não respondida pela literatura, por meio do recurso de metodologias científicas (HARTZ, SILVA, 2005).

5.2 Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município situado no nordeste do Estado de São Paulo, polo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, com destaque para a área da saúde. Atualmente, conta com população em torno de 1.357.165 habitantes, quando considerada a população de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) (BRASIL, 2013).

A área de abrangência da DRS-XIII compreende 26 municípios, dos quais 17 possuem 24 hospitais conveniados/contratados pelo SUS, e dois municípios possuem Unidades Mistas de Saúde com leitos de observação.

5.3 Campo da pesquisa

Foi considerado campo de estudo desta pesquisa um hospital público e de ensino do interior paulista, composto por duas unidades, sendo uma unidade

campus e uma unidade de emergência. Na unidade *campus* o hospital é composto por: ambulatórios, unidades de internação, laboratórios, administração, unidades de apoio etc., prestando assistência à população do município de Ribeirão Preto, contudo, diante das características de hospital regional, também são atendidos pacientes de várias cidades da região, ultrapassando as fronteiras do Estado de São Paulo e até mesmo do país. Já a unidade de emergência é um hospital de referência no atendimento de urgência de média e alta complexidade, para as cidades pertencentes ao Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo – DRS XIII, que tem como cidade polo Ribeirão Preto (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (HCFMRP), 2011).

De modo resumido, a partir das informações da Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, as duas unidades do hospital de estudo apresentam as seguintes características:

- - Unidade *Campus* - hospital geral, com 704 leitos, que atende demanda referenciada, de pacientes do SUS e de outros convênios, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria e psiquiatria, em regime de atenção ambulatorial e de internação (HCFMRP, 2011).
- - Unidade de Emergência - hospital geral, com 172 leitos, que atende demanda referenciada, prioritariamente terciária, de pacientes do SUS, em situação de Urgência ou Emergência, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria e psiquiatria, em regime de internação (HCFMRP, 2011).

Para este estudo não foram utilizadas as informações relativas às internações na clínica psiquiátrica, pois se acredita que as particularidades das internações nessa especialidade podem distorcer uma análise mais ampla da produção referida.

5.4 Participantes do estudo

Foi analisada a totalidade de internações hospitalares processadas, por meio do SIH-SUS, no hospital estudado, no período de 1996-2011, nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria.

A escolha do período de estudo (1996-2011) justifica-se porque o ano inicial coincide com a época de intenso movimento de descentralização da gestão para os municípios e o início da habilitação dos municípios à gestão semiplena e, particularmente, quando Ribeirão Preto, SP, assumiu a responsabilidade pela gestão local do sistema de saúde, incluindo as internações nos hospitais conveniados/contratados pelo SUS, tal fato representou reordenação do sistema de saúde regional. Cabe destacar que, embora o hospital do estudo não esteja sob gestão municipal, constitui-se em importante referência local. O ano de término foi escolhido por permitir informações atualizadas sobre o campo de estudo.

Para identificar os fatores explicativos para variações na produção de internações hospitalares foram entrevistados membros da Administração Superior, da qual fazem parte o Conselho Deliberativo, a Superintendência e a Diretoria Clínica do hospital de estudo, totalizando quatro sujeitos. Justifica-se a escolha de tais membros, pois, de alguma forma, produzem e/ou utilizam as informações pertinentes às internações hospitalares para fins de tomada de decisão.

5.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Fase I

A técnica de coleta de dados foi a pesquisa documental que, segundo Barros e Lehfeld (2000), efetua-se na tentativa de resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir de informações advindas de materiais gráficos, sonoros ou informatizados. O procedimento constou de consulta ao banco de dados referente às internações hospitalares, disponibilizado pelo SIH-SUS.

A coleta de dados das variáveis de interesse foi realizada a partir de fonte secundária, ou seja, bancos de dados oficiais já existentes, junto ao setor de processamento de dados do hospital de estudo, que disponibiliza informações que os setores do hospital enviam sobre as internações faturadas em AIH, e que são processadas por meio do SIH-SUS.

Os dados foram coletados dos relatórios da produção mensal de internações e do respectivo pagamento autorizado em cada especialidade, em seguida foram agrupados por ano e em categorias de interesse para o estudo. Nesta investigação, utilizou-se a tabulação dos dados pertinentes às seguintes variáveis de interesse: número de internações nas especialidades de clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria e valores monetários pagos (em reais) em cada especialidade a cada ano. Esses dados foram digitados, codificados, armazenados em uma planilha eletrônica no Microsoft Excel.

Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis estudadas, adotando-se distribuição de frequências e percentuais. Os resultados foram apresentados em tabelas, construindo séries temporais que indicaram as tendências.

Fase II

Para identificar os fatores explicativos para variações na produção de internações hospitalares, foi adotada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada com os membros da Administração Superior do hospital de estudo, por produzirem e/ou utilizarem as informações pertinentes às internações hospitalares, para fins de tomada de decisão quanto à distribuição de AIH e alocação de recursos financeiros. A entrevista é uma técnica de coleta de dados em que uma pessoa faz perguntas a outra, utilizando um instrumento para conduzir as perguntas orais, e as respostas são geralmente registradas pelo próprio pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A entrevista foi conduzida por um roteiro e ilustrada por uma vinheta. Segundo Polit; Beck; Hungler (2004), a vinheta é uma breve descrição de um evento ou situação no qual os respondentes são solicitados a reagir.

Minayo (2006) afirma que, como resultado de uma entrevista, obtêm-se dados objetivos que podem ser coletados também por meio de documentos e dados subjetivos que contemplam aspectos como crenças, valores, sentimentos e opiniões dos entrevistados.

O roteiro da entrevista contemplou os seguintes itens:

- identificação do entrevistado quanto à função e cargo ocupado, formação acadêmica e tempo de exercício no cargo. Esses aspectos foram válidos para todos os entrevistados;
- questões que permitiram ao sujeito identificar crescimento e/ou redução (variação) na produção física e financeira de internações geral e por especialidade, no hospital estudado, no período de 1996 a 2011; a caracterização dos possíveis fatores responsáveis pela variação dessa produção, no geral e por especialidade, e, para finalizar, possibilidades para apresentar sugestões/comentários pertinentes ao tema (APÊNDICE A).

O roteiro da entrevista foi submetido à validação aparente e de conteúdo. Segundo Lobiondo-Wood, Haber (2001), a validade de aparência ou de rosto verifica se o instrumento dá a aparência de medir o conceito, enquanto a validade de conteúdo se o universo do conteúdo tem condições de representar adequadamente o conceito.

As entrevistas foram gravadas em meio digital, realizadas individualmente pela própria pesquisadora, agendadas previamente conforme a disponibilidade de data, local e horário de cada entrevistado. Todos os entrevistados receberam orientações sobre os objetivos da pesquisa, questões éticas, procedimentos durante a entrevista, garantia de sigilo de informações que permitam a identificação, assim como a disponibilização dos resultados da pesquisa.

Os depoimentos foram agrupados por similaridade de conteúdo e apresentados articulados aos dados quantitativos, na perspectiva de ampliar a compreensão acerca da dinâmica de internações hospitalares, segundo a visão de atores responsáveis pela utilização de informações na tomada de decisão no hospital de estudo.

5.6 Procedimentos éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997). Inicialmente foi enviado um ofício ao hospital do estudo informando os objetivos e finalidades do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da EERP-USP (instituição proponente), sob Protocolo nº 1466/2011 e do hospital do estudo (instituição coparticipante), após ter sido encaminhado para apreciação dos mesmos, cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96.

Para os sujeitos da pesquisa, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa houve enfoque para os aspectos físicos e financeiros de internações processadas/pagas pelo SIH/SUS, em um hospital ensino, localizado no interior do Estado de São Paulo.

Para efeito de remuneração, cada AIH representa uma internação, assim, um mesmo usuário, no período, pode ter tido mais de uma internação e para cada internação existe uma AIH correspondente.

A internação hospitalar se faz conforme aspectos organizacionais e estruturais do sistema de saúde, bem como da capacidade operacional, de recursos humanos, número e disponibilidade de leitos, além da especificidade de recursos técnico-assistenciais do hospital.

Os dados quantitativos deste estudo foram coletados por meio dos relatórios da produção mensal de internações e dos respectivos pagamentos autorizados para as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e sistematizadas conforme as especialidades estudadas, no período de 1996 a 2011. Tais dados permitiram caracterizar então, a produção física e financeira de internações hospitalares a cada ano, segundo as especialidades médicas elencadas para o estudo, quais sejam: clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria; identificar os valores monetários pagos (em reais) por especialidade médica, a cada ano.

Os dados qualitativos foram coletados em entrevistas com profissionais da administração do hospital, que utilizam as informações para tomada de decisão. A duração de cada entrevista foi variável, delimitada no decorrer da própria ação, as quais foram finalizadas quando todos os itens do roteiro foram abordados, com tempo médio de duração de 30 minutos cada.

Os entrevistados, inicialmente, foram caracterizados conforme a figura abaixo.

Entrevistado	Formação acadêmica	Função/cargo atual	Tempo de exercício na função/cargo atual
E1	Graduação em Ciências Contábeis	Diretor Técnico de Saúde	15 anos
E2	Graduação em Serviço Social	Diretora Técnica do Grupo Executivo de Convênios - Gecon	26 anos
E3	Bacharelado em Estatística/Doutorado em Ciências Médicas	Dirigente da Assessoria Técnica	19 anos
E4	Médico - Ginecologia e Obstetrícia/Pós-Doutorado em Medicina Reprodutiva	Superintendente	2 anos e 6 meses

Figura 1 - Caracterização dos sujeitos entrevistados, segundo número de entrevista, formação acadêmica, função/cargo atual e tempo de exercício na função/cargo atual. Ribeirão Preto, SP, 2013.

Todos os entrevistados possuíam ensino superior completo, porém, nem todos com formação específica na área da saúde, variando entre curso de ciências contábeis, serviço social, estatística e medicina. Os entrevistados assumiam papel fundamental na gestão do hospital de estudo. O tempo de exercício do cargo atual variou entre dois e 26 anos. O tempo de experiência no cargo foi um aspecto que contribuiu positivamente para o no momento da entrevista, dando consistência ao conteúdo das respostas, ilustrando as falas com diversas situações vivenciadas ao longo do tempo.

Os depoimentos dos entrevistados foram articulados aos dados quantitativos, na perspectiva de complementariedade, ampliação da interpretação e entendimento dos possíveis fatores explicativos para as variações encontradas na produção física e financeira de internações no hospital de estudo.

A seguir, são apresentadas as tabelas elaboradas a partir dos dados quantitativos que foram coletados, no período de 1996 a 2011, trazendo os números e percentuais da produção física e financeira das internações. A Tabela 1 apresenta a distribuição de todas as internações e os respectivos valores pagos (em reais), segundo o ano.

Tabela 1 - Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações em um hospital de ensino de Ribeirão Preto-SP, no período de 1996-2011

ANO	Total AIH		Total financeiro	
	Nº	%	Nº	%
1996	32.828	6,51	19.072.547,51	2,83
1997	27.843	5,52	19.503.582,22	2,90
1998	32.601	6,46	26.213.603,50	3,89
1999	32.767	6,49	35.257.981,46	5,24
2000	31.671	6,28	34.210.427,16	5,08
2001	30.343	6,01	29.521.962,68	4,39
2002	29.433	5,83	32.288.560,99	4,80
2003	30.048	5,96	34.033.194,95	5,06
2004	29.446	5,84	35.855.508,25	5,33
2005	31.583	6,26	40.771.651,53	6,06
2006	30.710	6,09	43.011.091,04	6,39
2007	30.045	5,96	47.142.823,39	7,00
2008	30.892	6,12	51.241.968,83	7,61
2009	35.088	6,95	71.646.460,11	10,64
2010	35.634	7,06	75.407.414,86	11,20
2011	33.597	6,66	77.919.731,72	11,58
TOTAL	504.529	100,00	673.098.510,20	100,00

Fonte: Gecon, HC-FMRP/USP

Verifica-se que, no período estudado, foram processadas e pagas o total de 504.529 internações. Embora houvesse pequenas variações ao longo dos anos estudados, o percentual de internações seguiu certa linearidade, porém, observa-se que o montante financeiro teve expressivo aumento. Analisando, ano a ano, é possível observar que, em 1997, por exemplo, houve o total de 27.843 AIHs pagas/processadas, o que representa 5,52% do total de internações, o menor percentual no período estudado. Em 2010, o número de AIHs pagas/processadas aumentou para 35.634, representando 7,06%, correspondendo ao maior percentual anual.

O valor pago teve aumento progressivo no período estudado. Em 1996,

* Dados coletados junto ao Grupo Executivo de Convênios (GECON) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em Novembro de 2012.

por exemplo, foram pagos R\$19.072.547,51 em internações, o que representou 2,83% do total financeiro. Já no ano de 2011, foram pagos R\$77.919.731,72, representando 11,58%. A variação observada pode decorrer da inflação ocorrida no período, reajustes da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Terapêuticos do SUS e incorporação de procedimentos que demandam maior densidade tecnológica, que pode implicar em maior remuneração.

Nos depoimentos dos entrevistados, diversos fatores foram apresentados como justificativas ou explicações para a variação observada na produção física e financeira. Ambos os aspectos (físico e financeiro) foram analisados paralelamente pelos entrevistados. Alguns dos fatores que emergiram foram o incremento na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Terapêuticos do SUS e aumento da complexidade de casos atendidos e, conseqüentemente, dos procedimentos realizados no hospital.

“... com relação à produção física, o número de leitos não teve grande alteração de 1996 para 2011. Você percebe que o total de AIH também não variou muito no geral. Agora, com relação ao faturamento sim, dá para perceber pelos próprios dados que houve um crescimento considerável... a produção física se mantém, a variação é pouca, mas se mantém. O que acontece é um aumento na produção financeira, que está relacionada ao faturamento” (E1).

“Vários fatores aqui contribuíram para que houvesse um valor médio aumentado, embora o número de internações permaneça quase o mesmo, o valor teve relativo aumento em relação à tabela de preço... alguns procedimentos tiveram os seus valores reajustados” (E2).

“Então, o físico, ele teve uma oscilação, não sei se tem uma tendência significativa de aumento, mas o que dá pra gente perceber, é que o financeiro tem um ritmo de crescimento muito maior do que o físico. Quer dizer, o físico oscila e o financeiro não. É muito significativo o quanto o hospital cresceu nos valores financeiros das AIHs. O que eu atribuo a isso: eu vejo o seguinte, que acho que não dá pra gente deixar de considerar aqui que a tabela neste decorrer teve uma valorização, os procedimentos foram valorizados...” (E3).

“Outros procedimentos entraram. Quer dizer, não só valorizou o valor financeiro, outros foram incorporados na tabela e o que eu vejo, o hospital cresceu em número de procedimentos de alta complexidade” (E3).

“Então, o que me chama atenção é isso, e eu atribuo, além do aumento da valorização da tabela e incremento de outros procedimentos, o

aumento de complexidade do hospital” (E3).

Os entrevistados relataram que não aconteceram variações importantes quanto à produção física de internações, mas sim na produção financeira. Nesse período o hospital não teve aumento significativo do número de leitos. Segundo o Relatório de Atividades do Hospital de 2011, o número total de leitos de internações em 2007, entre a Unidade *Campus* e a Unidade de Emergência, era de 850 leitos de internação e, em 2011, esse número aumentou para 876 leitos (HCFMRP, 2011). Observa-se então, que não houve crescimento considerável na estrutura para internação de pacientes, entretanto, aspectos organizacionais, especificidades da demanda podem impactar no tempo de duração de internação, repercutindo assim em uma variação no número dessas internações sem ter alterado quantitativamente o número de leitos.

O que foi destacado pelos entrevistados e o que os dados corroboram é que o montante financeiro teve expressivo aumento. O que pode ser explicado pelo aumento da complexidade dos casos atendidos e dos procedimentos incorporados à Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Terapêuticos do SUS, que demandam serviços com alto nível de tecnologia e profissionais capacitados. A regulação de pacientes que realmente necessitam de atendimento em nível de maior complexidade reforça o aumento dos gastos. Tal fato pode ser exemplificado pela fala dos entrevistados, a seguir.

“Acho que foram várias coisas que o hospital tomou que acabam refletindo na complexidade dos casos, foram várias ações. Quer dizer a regulação dos casos na unidade de emergência; antigamente chegava quem procurasse a unidade de emergência. Aqui também no campus, os casos eletivos, a partir de 2000, eles são agendados pelo DRS (Departamento Regional de Saúde), pelo gestor, então também a gente já organizou o fluxo de pacientes de tal forma que, para vim para cá, tem que primeiro passar na unidade básica de saúde, e se houver necessidade de encaminhamento para um nível de maior complexidade tem que fazer uma guia de encaminhamento ao DRS para aí sim ser agendado aqui” (E3).

“Então eu atribuo à complexidade dos casos atendidos esse aumento do valor financeiro, de uma forma muito mais significativa do que o aumento físico” (E3).

“O número de internações, o número de AIHs, vem se mantendo. Isso significa que houve uma estabilização, com valores financeiros absolutamente diferentes... O que eu atribuo a essas diferenças: o hospital cada vez mais inserido dentro do SUS, como uma referência terciária” (E4).

“Embora fosse referência terciária no SUS, num primeiro momento de implantação do SUS, ele atendia tudo. E aí você tem pacientes de baixa complexidade, competindo pelas consultas, pelos leitos, pelas internações, pelos procedimentos de um paciente de alta complexidade. Na medida em que o SUS foi se consolidando, se aprimorando e as pressões da demanda de alta complexidade canalizadas para o HC” (E4).

“Então algumas medidas foram tomadas pelo próprio hospital. Uma delas, no ano 2000, que foi a descentralização do agendamento. Foi talvez uma das medidas mais importantes que veio trazer um novo enfoque do SUS na nossa região...” (E4).

“Então o número de internações não aumentou porque a capacidade do hospital, em termos físicos, o número de leitos cresceu pouco, mas a complexidade dos pacientes hoje é muito maior e isso demanda maior custo para os diagnósticos. São pacientes complexos” (E4).

Segundo os entrevistados, houve aumento do nível de complexidade de pacientes atendidos no hospital, o que se deu, entre outros fatores, pela melhoria na regulação desses pacientes, ou seja, cada vez mais o hospital vem assumindo o papel de um serviço de nível terciário de atenção no sistema de saúde, por meio da regulação adequada dos casos, favorecendo o acesso daqueles que realmente precisam ser atendidos nesse nível de complexidade.

A internação é um recurso do sistema de saúde utilizado na perspectiva de recuperar a saúde dos indivíduos. O estudo da taxa e do percentual de internação por causas evitáveis são indicadores importantes da qualidade da assistência à saúde recebida por uma população. Além disso, a taxa de internação é um indicador indireto da resolubilidade ambulatorial, uma vez que a atenção ambulatorial de boa cobertura e qualidade são capazes de reduzi-las (RUFINO et al., 2012).

Um dos principais desafios atuais dos sistemas de saúde refere-se ao gerenciamento dos elevados gastos associados à utilização desses serviços. Em um sistema de saúde cujas diretrizes são o provimento público e universal de serviços,

como no Brasil, o crescimento nos gastos é ainda mais preocupante, visto que pode comprometer a sustentabilidade financeira de todo o sistema de saúde, com consequências sobre a oferta e qualidade dos serviços prestados à população. Pode haver ainda reflexos de grande monta sobre as finanças públicas do país de um modo geral (RODRIGUES, AFONSO, 2012).

Em relação às internações hospitalares, segundo Mendes et al. (2012), em uma análise nacional, por meio do número de leitos e de internações realizadas, de acordo com os dados registrados pelo SIH/SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), houve redução entre 2007 e 2008 de internações, justificadas em parte pela mudança gerada na implantação da nova tabela de procedimentos do SUS. A tabela unificada redirecionou a codificação dos procedimentos, ficando mais adequada aos processos de programação, análise de informação e controle, avaliação e auditoria.

Há de se levar em consideração três pensamentos contraditórios acerca da produção de internações hospitalares. Primeiro, a evolução tecnológica da prática médica leva a uma substituição de procedimentos hospitalares por ambulatoriais e a consequente redução do número de dias de internação, portanto, redução no tempo de permanência nos hospitais. Segundo, esse desenvolvimento tecnológico gera necessidades crescentes, pressão do mercado para a venda de equipamentos e consumo de serviços. E, terceiro, há o crescimento e o envelhecimento da população, além do número aumentado de acidentes e violência no país. Sendo assim, é esperado o crescimento de internações hospitalares de maior complexidade de assistência (MENDES et al., 2012).

É possível notar que houve importante aumento no montante financeiro de internações, o que não vale para a produção física, pois o número de leitos de internação do hospital, ou seja, a capacidade da estrutura física para internações não teve grande crescimento. Apesar da constância de número de leitos, o que pode explicar o aumento dos gastos, é a valorização da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Terapêuticos do SUS, quanto aos procedimentos realizados e à inclusão de novos procedimentos à Tabela. O aumento do fluxo de procedimentos ambulatoriais também tem forte influência sobre os gastos evidenciados. O hospital de estudo realiza procedimentos/atendimentos também em nível ambulatorial nas especialidades médicas, como clínica cirúrgica e médica, clínica da dor, dermatologia, genética, ortopedia, oftalmologia, neurologia,

pediatria, entre outras.

A regulação adequada de pacientes para atendimento em nível terciário de atenção à saúde, como é o caso desse hospital, é um fato que vem se consolidando com o passar dos anos. Segundo depoimento dos entrevistados, o hospital atendia todo paciente que chegava “à porta”, sem qualquer tipo de triagem médica, ou seja, livre demanda. A descentralização do agendamento, juntamente com a atuação dos departamentos regionais de saúde, a criação de centrais de regulação, tem repercutido no ordenamento dos usuários e complexidade dos casos encaminhados para esse hospital.

O acompanhamento da produção física e financeira das internações hospitalares, particularizando as especialidades e as variações no volume de produção, é fundamental não apenas para a ordenação do fluxo de usuários entre os serviços como, também, para a prestação de contas dos recursos empregados e gestão do hospital. É uma maneira de disponibilizar informações e elementos que permitam melhor acompanhamento do processo de gestão e a explicitação das particularidades do sistema locorregional de saúde, no tocante à atenção hospitalar.

Na gestão, no que diz respeito à produção de internações hospitalares e suas ações, pressupõem-se objetivos para a execução de mecanismos de controle de demanda, avaliando o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, a capacidade técnica dos serviços hospitalares e qualificação dos profissionais envolvidos.

Além da análise da totalidade das internações, também foram estudadas, separadamente, as especialidades médicas, uma vez que particularidades inerentes à atenção justificam o olhar diferenciado. A seguir, serão apresentadas as tabelas contendo os aspectos físicos e financeiros de cada especialidade, no período de 1996-2011, juntamente com as possíveis interpretações acerca das variações, a iniciar-se pela especialidade de clínica cirúrgica, representada na Tabela 2.

Tabela 2 - Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na clínica cirúrgica de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011

Ano	Total AIH		Total financeiro	
	Nº	%	Nº	%
1996	11.491	5,00	11.452.652,07	2,73
1997	11.314	4,92	12.238.242,34	2,92
1998	12.042	5,23	15.179.871,30	3,62
1999	14.500	6,30	22.180.751,47	5,29
2000	15.156	6,59	21.669.015,30	5,17
2001	13.534	5,88	18.362.889,07	4,38
2002	13.550	5,89	20.876.351,25	4,98
2003	14.029	6,10	21.718.295,48	5,18
2004	13.119	5,70	22.619.960,89	5,40
2005	15.629	6,79	26.530.104,16	6,33
2006	16.396	7,13	28.640.897,10	6,84
2007	15.810	6,87	30.066.905,30	7,18
2008	15.239	6,62	33.473.221,87	7,99
2009	17.226	7,49	43.990.605,38	10,50
2010	17.106	7,44	45.678.272,53	10,90
2011	13.899	6,04	44.297.838,99	10,57
TOTAL	230.040	100,00	418.975.874,50	100,00

Fonte: Gecon, HC-FMRP/USP.

É possível observar, na Tabela 2, a variação da produção física e financeira das internações cirúrgicas no período do estudo. Em 1997, foram processadas 11.314 AIHs, representando 4,92% do total de internações, o menor percentual do período. Já, em 2009, esse número aumentou para 17.226 AIHs processadas, representando 7,49% do total de internações.

Em relação ao montante financeiro, em 1996 foram pagos R\$11.452.652,07 pelas internações cirúrgicas, representando 2,73%. Em 2010, os valores aumentaram para R\$45.297.838,99, representando 10,90% do total pago, mostrando-se como o maior percentual do período. Pode-se observar aumento progressivo dos valores pagos, porém, a variação do número de AIHs foi pequena, evidenciado incorporação financeira à AIH.

Para Barra et al. (2006), o setor da saúde é um dos mais dinâmicos, sob o

ponto de vista da absorção de novas tecnologias, que são produzidas e consumidas no mercado. As transformações tecnológicas na saúde estão cada vez mais rápidas e a cada momento surgem novas técnicas diferentes e aparatos mais modernos. A crescente incorporação de procedimentos que implicam em maiores investimentos em tecnologia mais aprimoradas, pode ser um dos fatores explicativos para o aumento dos gastos, de modo especial com pacientes cirúrgicos, cujos cuidados podem requerer recursos de maior densidade tecnológica.

Vale ressaltar que a tecnologia em saúde compreende não somente instrumentos e equipamentos utilizados nas práticas de saúde, mas, também, abrange saberes específicos e procedimentos técnicos. Ainda, segundo Barra et al. (2006), os avanços tecnológicos são fatores básicos da dinâmica do setor saúde, que repercutem na organização dos serviços hospitalares, ambulatoriais e na prática em saúde e, como consequência disso, há também expansão do setor industrial de produção de instrumentos e o crescimento de importação de tecnologia para suprir a demanda.

Os depoimentos dos entrevistados trazem à discussão aspectos relativos aos procedimentos de alta complexidade realizados pelo hospital, na clínica cirúrgica e que repercutem em maiores valores financeiros nesse tipo de internação.

“... e na clínica cirúrgica foram as AIHs da cardiologia em especial, que tiveram seus valores reajustados, ou seja, aqueles procedimentos de alta complexidade...” (E2).

“Na clínica cirúrgica, embora o físico quase se mantém, o financeiro houve uma elevação, porque a cirúrgica são procedimentos que usam material de órtese e prótese e a cirurgia cardíaca foi valorizada...” (E2).

“... na cirúrgica, eu acho que é a mesma coisa. Aumenta muito mais o financeiro do que o físico. Então, eu vejo a mesma coisa, valorização de tabela, mas eu enxergo aumento de complexidade dos procedimentos realizados aqui dentro do Hospital das Clínicas...” (E3).

Particularizando essa especialidade, é possível observar que houve crescimento no percentual de ambos os aspectos, físico e financeiro, porém, no financeiro, esse crescimento foi mais significativo. Conforme os entrevistados, os

procedimentos de alta complexidade foram valorizados na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Terapêuticos do SUS, como a cirurgia cardíaca, por exemplo, e outros podem ter sido incorporados à Tabela também. O volume de cirurgias mais complexas, as quais requerem aparato tecnológico mais refinado e a necessidade de profissionais habilitados pode ter aumentado nesse período. A tecnologia avança muito rapidamente, com surgimento de novos equipamentos mais sofisticados, as técnicas mudam conforme o conhecimento se aprimora, o que exige, então, que os profissionais estejam sempre atualizados e cada vez mais especializados.

É possível entender que o hospital de estudo teve aumento na complexidade das internações cirúrgicas, o que é compatível com o perfil de um hospital de nível terciário, que conta com uma estrutura ampliada em relação aos demais hospitais. Além de ser referência regional para encaminhamento de casos de maior complexidade e para a realização de cirurgias, cujas especialidades requerem recursos específicos que, muitas vezes, não estão disponíveis em municípios de menor porte.

Os procedimentos cirúrgicos são classificados pelo SUS em média e alta complexidade. A média complexidade compreende um conjunto de ações e serviços hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cujas intervenções demandem disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justificam a sua oferta em todos os municípios do país. Por alta complexidade, compreendem-se os serviços qualificados de alta tecnologia e alto custo, concentrados em hospitais e municípios que se constituem em referência para uma região (GOUVEIA et al., 2005).

Um dos entrevistados citou o incremento em cirurgias cardíacas, por ser um procedimento de grande densidade tecnológica. Um estudo realizado menciona que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2008, aproximadamente 17,3 milhões de pessoas morreram em decorrência de doenças cardiovasculares, dentre as quais 7,3 milhões foram devido às doenças coronarianas e destaca que tais doenças representam cerca de um terço dos óbitos em todo o mundo, sendo a maioria nos países em desenvolvimento (VIACAVA, 2012).

No Brasil, de 1993 a 1997, as internações por doenças coronarianas

corresponderam a 1,0% do total e a 3,3% dos gastos do SUS, sendo uma grande parte por angina, seguida por infarto. No SUS, a cirurgia cardíaca mais comumente realizada é a de revascularização do miocárdio, realizada por mais de uma centena de equipes, tanto em hospitais públicos como em filantrópicos ou privados. As Regiões Sul e Sudeste são as regiões que possuem maior número de leitos e hospitais especializados, concentrando, assim, o maior número de operações por habitante, quando comparadas com as Regiões Norte e Nordeste. Segundo o autor, a detecção precoce de doenças cardiovasculares e a ampliação do acesso à atenção de média e alta complexidade são ainda insuficientes para atender as demandas regionais de saúde, em relação à cirurgia cardíaca. Então, para a melhoria da avaliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, é importante a constituição de redes assistenciais hierarquizadas, garantindo a qualidade de cuidados e a otimização dos custos operacionais (VIACAVA, 2012).

Outro estudo relata que, no ano 2011, foram realizadas, no Brasil, 100 mil cirurgias cardíacas, sendo mais da metade delas para revascularização miocárdica, com resultados comparáveis àqueles da literatura internacional e que essas operações foram realizadas em mais de 170 centros distribuídos em todos os Estados (BRAILE, GODOY, 2012).

Cirurgias cardiovasculares são considerados procedimentos de alta complexidade, pois envolvem, além de investimento em insumos e tecnologia de ponta, a atuação de profissionais altamente capacitados, equipes treinadas e atualizadas e estrutura física adequada. Para isso, o hospital conta com leitos de internação em CTI e Unidade Coronariana, ações em educação permanente e pesquisa na área também são realizadas.

Os dados apresentados evidenciam a magnitude das internações cirúrgicas. Tal resultado pode subsidiar ações do gestor regional no sentido de ordenação de fluxo, estabelecimento de referências em microrregiões, monitoramento do perfil das internações e dos diferentes municípios. Permite, ainda, ao próprio hospital o planejamento de recursos humanos, materiais, de equipamentos e de área física para atender as especificidades da demanda.

Cabe ressaltar que, de modo geral, as cirurgias correspondem a um grupo de intervenções cuja realização está atrelada à atenção hospitalar, indicando um grupo de procedimentos, cuja complexidade prevê ações que justificam a utilização do hospital, ou seja, embora seja possível reorganizar o sistema locorregional de

saúde, estimulando as ações de atenção básica, ainda assim, a especificidade do atendimento cirúrgico requer a internação hospitalar (CHAVES, 2005).

Outra especialidade investigada foi a clínica médica e sua produção física e financeira de internações. A Tabela 3 ilustra a produção física e financeira de internações, segundo a especialidade clínica médica, ano a ano.

Tabela 3 - Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na clínica médica de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011

Ano	Total AIH		Total financeiro	
	Nº	%	Nº	%
1996	12.429	7,16	4.789.234,51	2,87
1997	9.223	5,31	4.598.293,69	2,75
1998	12.304	7,09	7.321.339,30	4,39
1999	11.228	6,47	8.517.713,51	5,10
2000	10.370	5,97	7.902.385,20	4,73
2001	10.689	6,16	6.933.698,49	4,15
2002	9.960	5,74	7.622.895,46	4,57
2003	9.928	5,72	8.197.038,30	4,91
2004	10.141	5,84	8.875.397,60	5,32
2005	10.060	5,79	9.678.027,47	5,80
2006	9.265	5,34	9.567.662,31	5,73
2007	9.117	5,25	10.615.807,86	6,36
2008	10.428	6,01	11.657.931,92	6,98
2009	11.689	6,73	17.805.018,25	10,67
2010	12.712	7,32	19.413.919,46	11,63
2011	14.074	8,11	23.421.280,33	14,03
TOTAL	173.617	100,00	166.917.643,66	100,00

Fonte: Gecon, HC-FMRP/USP

Na especialidade clínica médica, observa-se que, em 2007, houve 9.117 AIHs processadas/pagas, representando 5,25% do total de AIHs do período. Em 2011, o total foi de 14.074 AIHs processadas/pagas, representando 8,11% das internações e o maior percentual do período.

Quanto à produção financeira, em 1997 foram pagos R\$4.598.293,69, representando 2,75%. Já em 2011, o pagamento foi de R\$23.421.280,33, o que representou 14,03% do montante financeiro do período. Tanto a produção física quanto a produção financeira tiveram aumento nessa especialidade.

No presente estudo, o número de internações processadas e os seus respectivos valores tiveram aumento progressivo ao longo dos anos estudados havendo pequenas variações. O perfil dos pacientes de clínica médica engloba grande variedade de doenças, com presença de comorbidades, fatores externos, perpassando pelas faixas etárias adulta/idosa, em ambos os sexos. Os idosos, principalmente, representam uma população que demanda mais cuidados e que, provavelmente, repercute em maior tempo de internação e gastos.

Rufino et al. (2012) referem que a duração média das internações justifica relatos negativos de pacientes quanto ao tempo de espera por vaga em clínica médica. Segundo as autoras, além de diminuir a rotatividade dos leitos e aumentar os custos hospitalares, há aumento do risco de complicações clínicas decorrentes do ambiente hospitalar, como as infecções. O tempo de permanência hospitalar aumenta diante de alguns fatores agravantes, tais como dor, etilismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* e infecções hospitalares.

Os depoimentos dos entrevistados abordam fatores que implicam a variação da produção de internações em clínica médica.

“... clínica médica... é muito significativo o aumento financeiro aqui... Na clínica médica, transplante de medula óssea, está incluído na clínica médica” (E3).

“A gente atende hoje muito mais pacientes oncológicos do que a gente atendia há cinco anos atrás. Aqui você está fazendo uma avaliação desde 1996, mas a gente tem um dado aqui que, em cinco anos, o atendimento e a internação de pacientes oncológicos cresceu em 75%. Paciente oncológico é paciente de alta complexidade, cuja AIH deve ser mais expressiva em termos financeiros do que um procedimento menos complexo. Eu alerta para o aumento de complexidade...” (E3).

“Hoje, se você percorrer nossas enfermarias de internação, você vai ter 20% dos pacientes oncológicos e este não é um hospital de câncer. Se você olhar esse perfil há um tempo atrás, certamente o número seria diferente. Porque o paciente oncológico é um paciente que demanda uma propedêutica muito mais complexa” (E4).

As doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública pela alta incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e consequências sobre a qualidade de vida dos indivíduos, bem como a demanda de cuidados para

os profissionais de saúde. No período de 2012 a 2013, é esperada a ocorrência de mais de 500.000 novos casos de câncer, entre os mais incidentes estarão os melanomas, próstata, pulmão, cólon, reto, estômago, mama, colo do útero e tireoide. Um aspecto importante é em que tempo e condições o sujeito obtém o diagnóstico da doença. Muitas vezes os pacientes encontram-se na fase avançada da doença quando chegam para tratamento na alta complexidade. A prevenção e a identificação precoce são pontos primordiais para a redução das taxas de morbidade e mortalidade (HERR et al., 2013).

O hospital de estudo, recentemente, inaugurou uma enfermaria equipada com oito leitos para internações de pacientes oncológicos, para tratamento clínico, com uma equipe composta por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem devidamente treinados para atender esse perfil de paciente, além de possuir uma central de quimioterapia já existente anteriormente. O pequeno número de leitos exclusivos para pacientes oncológicos, não condiz com a realidade encontrada hoje e, segundo os entrevistados, muitos pacientes são atendidos nos diversos leitos de internação e especialidades.

Além do crescente investimento em transplantes de medula óssea e também em pacientes oncológicos, como citado pelos entrevistados, é possível levar em consideração a transição demográfica que o país tem passado, ou seja, o envelhecimento populacional traz consigo consequências para o sistema de saúde, pela prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, maior tempo de permanência de internação e comorbidades associadas.

As estimativas e projeções de redução da população infantil e crescimento da população idosa apontam para grandes desafios no planejamento e gestão de políticas públicas. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de forma mais intensiva que os demais grupos etários, necessitando muitas vezes de tratamentos de duração prolongada, o que envolve maiores custos, além da recuperação mais lenta e complicada da doença (MENDES et al., 2012).

Assim, é possível inferir que, com a transição demográfica, ou seja, com o aumento da população idosa no país, pode haver aumento dos gastos em internações, decorrentes de aspectos como a presença de comorbidades, levando a um período prolongado de internação, seja pelo tipo de doença a ser tratada ou pela idade avançada e suas consequências, levando, muitas vezes, à utilização de procedimentos com custos mais elevados para o tratamento do doente, como a

necessidade de utilização de procedimentos para diagnóstico mais eficazes e até a terapêutica propriamente dita, como medicamentos e outras terapias.

Esse aumento verificado no número de internações em clínica médica e os seus respectivos valores, também podem levar ao questionamento sobre o atendimento em outras esferas de atenção, se os problemas dos indivíduos estão sendo detectados precocemente, se a distribuição/oferta de serviços de saúde está de acordo com a necessidade da população, se os recursos empregados para programas de atenção básica são suficientes, pois, na maioria das vezes, o paciente interna com problemas que poderiam ser tratados precocemente, fora da atenção hospitalar.

Ainda, para Rufino et al. (2012), a internação é um recurso utilizado na tentativa de recuperar a saúde dos indivíduos. As internações por causas evitáveis são indicadores importantes da qualidade da assistência à saúde oferecida para a população. A internação também pode ser um indicador indireto da resolubilidade ambulatorial. A Permanência Hospitalar Prolongada (PHP) pode ser utilizada como é um indicador da qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços terciários, uma vez que a PHP aumenta os custos, causa baixa rotatividade dos leitos, impedindo, assim, que novos pacientes recebam atenção hospitalar quando necessitam.

O estudo das variações das internações hospitalares, em relação aos aspectos físicos e financeiros, pode ser uma maneira de disponibilizar informações e elementos que permitam melhor acompanhamento da gestão local/regional de saúde.

O hospital de estudo conta com atendimento em pediatria, realizando procedimentos cirúrgicos, tratamentos clínicos e ambulatoriais. A Tabela 4 apresenta a produção física e financeira de internações pediátricas no hospital de estudo.

Tabela 4 - Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na pediatria de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011

Ano	Total AIH		Total financeiro	
	Nº	%	Nº	%
1996	5.119	8,49	1.971.928,79	2,89
1997	4.019	6,67	1.883.839,99	2,76
1998	5.236	8,69	2.806.551,46	4,12
1999	4.170	6,92	3.296.352,20	4,84
2000	3.694	6,13	3.660.298,30	5,37
2001	3.643	6,04	3.317.579,64	4,87
2002	3.429	5,69	2.897.880,46	4,25
2003	3.712	6,16	3.207.234,89	4,70
2004	3.798	6,30	3.250.469,93	4,77
2005	3.516	5,83	3.450.126,64	5,06
2006	2.858	4,74	3.658.924,96	5,37
2007	2.871	4,76	5.152.715,85	7,56
2008	2.795	4,64	4.312.347,47	6,33
2009	3.842	6,37	7.998.369,57	11,73
2010	3.956	6,56	8.776.673,49	12,88
2011	3.622	6,01	8.526.017,66	12,51
TOTAL	60.280	100,00	68.167.311,30	100,00

Fonte: Gecon, HC-FMRP/USP

Na especialidade pediatria, observa-se que, em 2008, houve 2.795 AIHs processadas/pagas, representando 4,64%. Já em 1998, 5.236 foram as AIHs processadas/pagas representando 8,69%. Houve então um decréscimo na produção física de internações. O quantitativo em reais foi o inverso, ou seja, em 1997, pagou-se R\$1.883.839,99 em internações pediátricas, representando 2,76%, e, em 2010, foram pagos R\$8.526.017,66, representando 12,88%.

Um fator explicativo para tal situação pode ser as mudanças ocorridas ao longo dos anos quanto ao perfil de pacientes internados. Outro fato importante são as internações hospitalares de longa permanência, principalmente em unidades neonatais, nas quais os pacientes permanecem na mesma unidade durante meses, o que diminui a rotatividade dos leitos, porém, os gastos continuam crescendo, pois há consumo de tecnologias e recursos de alta complexidade. Provavelmente, um paciente que necessite de um tempo maior de internação possui condição clínica complexa, que demanda maior número de procedimentos/intervenções, o que

justifica a utilização de recursos que o hospital tem disponível, na tentativa de recuperação e, conseqüentemente, alta hospitalar.

A fala dos entrevistados evidenciam esse dado.

“... a clínica pediátrica, o que mais valorizou foi o CTI, porque o maior número de internações é na CTI neonatal, onde os pacientes permanecem internados até 59 dias, então isto eleva bastante o valor médio da pediatria...” (E2).

“... aqui na Pediatria... o físico até diminuiu... e o financeiro não... Teve uma valorização dos procedimentos de CTI neonatal neste período que eu me lembro...” (E3).

“Vamos ter a inauguração do HC criança. Então todas as crianças internadas, não só na pediatria, porque hoje você tem crianças internadas na ortopedia, na neuro e todas as crianças internadas aqui hoje estão internadas pelas enfermarias e a pediatria mesmo no sétimo andar tem 78 leitos, no entanto, tem mais de 130 crianças internadas” (E4).

O perfil de morbimortalidade na infância e na adolescência vem passando por processo de transição. Há alguns poucos anos, no Brasil, bem como em outros países em desenvolvimento, a assistência hospitalar pediátrica era voltada para o tratamento de doenças agudas como diarreia, verminoses, doenças respiratórias e desnutrição (DUARTE et al., 2012).

Vários fatores podem ter contribuído para que as internações em pediatria mudassem. Um deles é a diminuição da mortalidade infantil, acompanhada pela maior disponibilidade de programas de saúde que ampliaram o acesso e o conhecimento acerca da imunização, aleitamento materno, hidratação oral, associada às mudanças na dinâmica social. As mudanças no perfil de internações pediátricas também decorrem de processos de maior incorporação de tecnologias que propiciam tempo de sobrevivência maior às crianças que antes estavam destinadas a morrer precocemente.

Outro fator que contribuiu para mudanças no perfil das internações pediátricas foi a atenção requerida por crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas (DUARTE et al., 2012). Para os autores, as mudanças no processo de internação pediátrica, condicionam novos desafios para a organização

dos serviços de saúde, como estabelecimento das prioridades nos serviços de pediatria e planejamento dos programas de qualificação assistencial.

Para Duarte et al. (2012) existe a necessidade de reorganização dos serviços pediátricos, visando garantir estrutura e processos de trabalho adequados para o manejo, tratamento e acompanhamento de pacientes com histórico de reinternações, internações prolongadas e necessidade de uma equipe multidisciplinar no cuidado do paciente. O cuidado hospitalar destinado a esse grupo de pacientes deve ser incluído na agenda de prioridades das políticas de saúde para a criança e adolescente no Brasil como, por exemplo, o dimensionamento coerente dos recursos diagnósticos e terapêuticos, a presença e participação da família, a carga de trabalho dos profissionais envolvidos, as estratégias de redução do tempo de internação e desospitalização e o acesso a serviços de reabilitação.

A criança e sua hospitalização têm sido tema de discussão da enfermagem. Estudos mostram preocupação com a dimensão cuidadora da enfermagem à criança e à família, exercida durante a internação de crianças nos hospitais, bem como na atenção básica. Evidencia-se, também, o foco na reorganização precoce de trabalho para a qualidade do cuidado (SILVA, RAMOS, 2011).

A alta frequência de internações por doenças consideradas preveníveis, passíveis de diagnóstico e tratamento, pode ser indicativa tanto da inadequação da assistência a determinados grupos da população como suas condições de vida e saúde. Ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação, atenção durante o parto e ao recém-nascido, ações de diagnóstico e tratamento e promoção da saúde são medidas para redução de óbitos considerados evitáveis em crianças menores de cinco anos de idade. Portanto, espera-se que municípios que possuam sistemas de saúde planejados, com assistência ambulatorial acessíveis a toda a população, que a ocorrência de internações por causas evitáveis seja reduzida e que o número de óbitos também seja menor (OLIVEIRA, COSTA, MATHIAS, 2012).

O Ministério da Saúde, no Brasil, vem identificando considerável redução das internações infantis, em decorrência da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), principalmente pelo acompanhamento sistemático das crianças com problemas agudos. Foi observado declínio no percentual de internações de menores de financeira de internações hospitalares, segundo a especialidade obstetrícia, ano

cinco anos de idade, por pneumonia e desidratação, por exemplo (OLIVEIRA, COSTA, MATHIAS, 2012).

Ainda, segundo essas autoras, vários estudos demonstram que altas taxas de internações por doenças que poderiam ser detectadas e tratadas na atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços ou à baixa resolubilidade da atenção básica para alguns problemas de saúde, demonstrando a precariedade da assistência à saúde.

Além das especialidades já apresentadas, a Tabela 5 mostra a produção física e a ano.

Tabela 5 - Produção física, expressa em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e financeira, expressa em valores em reais (R\$), de internações na obstetrícia de um de ensino de Ribeirão Preto, SP, no período de 1996-2011

Ano	Total AIH		Total financeiro	
	Nº	%	Nº	%
1996	3.789	9,33	858.732,14	4,51
1997	3.287	8,10	783.206,20	4,11
1998	3.019	7,44	905.841,44	4,76
1999	2.869	7,07	1.263.164,28	6,64
2000	2.451	6,04	978.728,36	5,14
2001	2.477	6,10	907.795,48	4,77
2002	2.494	6,14	891.433,82	4,68
2003	2.379	5,86	910.626,28	4,78
2004	2.388	5,88	1.109.679,83	5,83
2005	2.378	5,86	1.113.393,26	5,85
2006	2.191	5,40	1.143.606,67	6,01
2007	2.247	5,54	1.307.394,38	6,87
2008	2.430	5,99	1.798.467,57	9,45
2009	2.331	5,74	1.852.466,91	9,73
2010	1.860	4,58	1.538.549,38	8,08
2011	2.002	4,93	1.674.594,74	8,80
TOTAL	40.592	100,00	19.037.680,74	100,00

Fonte: Gecon, HC-FMRP/USP

Nas internações obstétricas, em 2010 foram processadas/pagas 1.860 AIHs, totalizando 4,58%. Em 1996, esse número era de 3.789 AIHs, representando 9,33%.

Em relação à produção financeira, o valor pago foi de R\$783.206,20, totalizando 4,11%. Em 2009, foi pago total de R\$1.852.466,91, representando 9,73%, o maior percentual do período. Novamente aqui se observa diminuição da produção física de internações, porém, com aumento da produção financeira.

Para Sanches, Mamede, Vivanco (2012), algumas estratégias têm sido direcionadas para a redução das indicações cirúrgicas, confirmando a informação de que as cesáreas não oferecem ganhos adicionais, aumentam os riscos maternos, com conseqüente implicações para gestações futuras e aumento de custos para os sistemas de saúde. O Ministério da Saúde, através da criação de portarias e programas, preconiza uma política de incentivo ao parto normal, que visa prestar assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres.

Outra estratégia do Ministério da Saúde, para melhor avaliação da gestante foi a criação, em 1998, de Sistemas de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco. Criou-se uma rede de atendimento hierarquizada e organizada, nos diferentes níveis de complexidade assistencial em todos os Estados brasileiros. Há programas em que uma das estratégias é a reversão da atenção centrada em hospitais por meio da prevenção de agravos, promoção da saúde e na humanização do cuidado. Essas medidas podem levar à diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como à ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem. As gestantes de alto risco eram referenciadas para o nível hospitalar em maior frequência devido à hipertensão arterial, seguida de diabetes, causas fetais, hemorragias e antecedentes obstétricos. A via de parto abdominal está associada às causas de morbimortalidade materna se comparada ao parto vaginal, porém, quando bem indicada, pode contribuir para a redução do risco de óbito materno-perinatal (PIMENTA et al., 2012).

Os entrevistados citaram:

“... as outras clínicas, tanto a obstetrícia, como a clínica médica não têm grandes variações. O valor médio permanece de uma maneira geral” (E2).

“Eu não sei se tem alguma interferência, mas, neste meio tempo, aqui, o hospital assumiu a gerência de outro hospital (Mater), e uma parte dos nascimentos foram transferidos para lá. Então em termos de parto, provavelmente o hospital ficou com a alta complexidade e o volume de partos deve ter caído, isso pode ter ocorrido” (E3).

“Obstetrícia... você nota nitidamente uma queda, mas isso não surpreende. A taxa de natalidade está caindo no mundo todo. O número de partos está se reduzindo e o Brasil não é diferente disso. O que pode ser considerado aqui também, neste período foi inaugurado a maternidade Mater, então boa parte dos nossos pacientes, das nossas parturientes, tem o parto feito lá e nós estamos restringindo ao HC o atendimento de gestantes parturientes de alto risco” (E4).

O hospital dispõe de leitos de internações para obstetrícia e faz atendimentos a parturientes consideradas de alto risco, ou seja, aquelas pacientes que necessitam de maiores cuidados. Hoje, dentro do contexto do complexo hospitalar de estudo, existe uma maternidade voltada às pacientes que não apresentam maiores riscos na gravidez, atendendo prioritariamente partos normais, além de cuidados pré-natais e puerpério. Assim, o hospital fica destinado aos cuidados mais complexos às parturientes, o que teve influência na produção financeira.

A trajetória dos gastos com saúde envolve a interação de diversos fatores, tanto do lado da demanda quanto da oferta, que agem como atenuantes ou propulsores dos gastos. Sob a ótica da demanda podem-se citar o envelhecimento populacional, aumento na cobertura de diversos tipos de serviços e estado de saúde da população. O lado da oferta reflete o progresso tecnológico, inflação no setor saúde, políticas em relação ao acesso e custo dos serviços (RODRIGUES, AFONSO, 2012).

O processo de mudanças da assistência na rede pública de saúde do país, ocorrida nos últimos dez anos, é caracterizado por quatro aspectos principais: grande redução no número de internações, ampliação da assistência ambulatorial, crescimento da assistência de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e uma distribuição dos leitos e das internações nas especialidades não racional em relação às necessidades da população. Tal processo apresenta algumas características que demonstram ser um movimento não planejado de acordo com as transformações exigidas pelo momento de transição demográfica, social e epidemiológica e uma distribuição não racional das internações nas especialidades. Os resultados encontrados trazem alguns dados muito positivos como o aumento da assistência de alta complexidade (MENDES, 2012).

O cuidado hospitalar é importante objeto de pesquisa, devido ao seu papel

central na assistência e ao seu alto custo para o serviço de saúde. É fundamental a compreensão dos fatores associados à utilização de serviços hospitalares, para então se discutir sobre as políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileiro (CASTRO, TRAVASSOS, CARVALHO, 2002).

Tem sido observado no Brasil, nos últimos anos, aumento de parto por cesárea. Tal fato tem ocorrido ao mesmo tempo em que a prática obstétrica atual, por meio de recursos propedêuticos modernos, tem permitido melhor avaliação da gestação, fazendo diagnósticos mais precisos, o que pode, eventualmente, contribuir para a elevação de parto por cesariana e, conseqüentemente, aumento dos gastos nas internações (YAZLLE et al., 2001).

Nos últimos dez anos no Brasil, houve um processo de mudanças da assistência na rede pública de saúde, caracterizado pela redução do número de internações no geral, ampliando a assistência ambulatorial, crescimento da assistência de alta complexidade hospitalar bem como ambulatorial, distribuição dos leitos e das internações nas especialidades não racional em relação às necessidades da população. Nesse processo, há algumas características que apontam um movimento não planejado de acordo com as transformações exigidas pelo momento de transição demográfica, social e epidemiológica da população (MENDES et al., 2012).

As hospitalizações devem ser acompanhadas pelo gestor, porque pode fornecer informações para a gestão do próprio hospital e do sistema regional de saúde. Cabe destacar atividades tais como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças agudas, o controle e o acompanhamento das doenças crônicas, que são capazes de reduzir as internações hospitalares por causas evitáveis.

A organização do fluxo de pacientes, por meio da criação das redes de atenção à saúde, o incremento tecnológico, o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população têm influência direta na atenção hospitalar, repercutindo particularmente na variação das internações.

7. CONCLUSÕES

Na atenção hospitalar, acredita-se que se deve estabelecer fluxos e condições de acesso dos usuários à internação hospitalar, segundo especialidades, tipo de atendimento (urgência ou eletivo), complexidade dos casos, necessidades da população, capacidade operacional, disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros, possibilitando, além do controle e avaliação, a regulação do sistema regional.

Ainda hoje, embora a organização do sistema de saúde privilegie as ações da atenção básica enquanto estratégia para mudança de modelo assistencial, os hospitais ainda têm papel central no sistema de saúde.

Nesta investigação, os dados evidenciaram que, no período:

- - embora com pequenas variações, o percentual de internações manteve regularidade;
- - o respectivo volume de recursos financeiros decorrente dessas internações teve expressivo aumento;
- - em clínica cirúrgica e clínica médica a produção física de internações teve pouca variação; a produção financeira foi crescente, sendo que a clínica cirúrgica somou, no período, o total aproximado de 419 milhões de reais gastos e, em clínica médica esse valor foi de aproximadamente 167 milhões de reais. Tal situação pode decorrer, particularmente, da natureza dos recursos e da densidade tecnológica empregada para o atendimento na especialidade de clínica cirúrgica;
- - na clínica pediátrica houve flutuação no quantitativo de internações e o montante financeiro foi crescente;
- - em obstetrícia houve diminuição do número de internações e crescimento dos recursos financeiros;
- - em relação à produção física de internações, no período, a especialidade clínica cirúrgica correspondeu a 45,6% das internações, clínica médica a 34,4% das internações, pediatria e obstetrícia a 11,9% e 8,1% das internações, respectivamente;
- - quanto ao montante financeiro, clínica cirúrgica correspondeu a 62,3% dos recursos, clínica médica a 24,8%, pediatria 10,1% e obstetrícia a 2,8% dos recursos financeiros das internações no período;
- - cabe destacar que o incremento financeiro, na visão dos entrevistados, pode decorrer do aumento na complexidade dos casos atendidos pelo hospital, da

ordenação do sistema de saúde que tem encaminhado ao hospital casos de maior complexidade que repercutem em maior volume financeiro para o cuidado dos pacientes, além da valorização de procedimentos de maior complexidade na Tabela SUS e da crescente incorporação tecnológica;

- - ainda, no que diz respeito aos aspectos financeiros, existem particularidades inerentes à especialidade. A saber, a realização de procedimentos cirúrgicos cada vez mais complexos envolve maiores gastos e investimentos como, por exemplo, na cirurgia cardíaca. Merece destaque também o aumento do número de atendimentos a pacientes oncológicos e a criação de centros de tratamento do câncer, como a central de quimioterapia, que também trouxeram ao hospital aumento de complexidade dos casos, acarretando maiores gastos;
- - ainda, segundo os entrevistados, de modo geral, houve pequena variabilidade no número de leitos e a criação de uma central de regulação médica foi crucial para o adequado encaminhamento de pacientes ao hospital de estudo. A implantação de um hospital para atender parturientes de baixa complexidade contribuiu para modificar o perfil de internações na especialidade obstetrícia;
- - assim, na visão dos entrevistados, no período tem aumentado a complexidade dos casos atendidos. Tal situação pode decorrer da forma de organização da rede de atenção, na qual a função do hospital, gradativamente, vem sendo redefinida.

Cabe destacar que as internações hospitalares constituem significativa parcela da atenção à saúde, empregam recursos assistenciais que precisam ser disponibilizados para atender demandas específicas para essa esfera de atenção. No entanto, requerem expressivo aporte financeiro que, por si só, justificam os mecanismos de avaliação para favorecer a utilização adequada de recursos, bem como a atenção universal, integral e equânime, propostas pelo SUS.

Em uma projeção de sistema de saúde ordenado em redes de atenção, avaliações dessa natureza trazem significativa contribuição ao fornecer subsídios para a gestão do próprio hospital, reordenar suas ações internas e suas articulações com o sistema de saúde, bem como ao gestor do sistema locorregional em uma

perspectiva de reorganização dos diferentes pontos de atenção/serviços de saúde.

Para finalizar, a utilização de avaliação em saúde pode fornecer subsídios ao gestor no processo de tomada de decisão. Faz-se presente o desafio de monitorar a adequação dos encaminhamentos de internações para o hospital de estudo situado em Ribeirão Preto, SP, o aporte tecnológico nos diferentes municípios, os mecanismos de regulação de atenção e do acesso, ou seja, avaliar continuamente a pertinência dos encaminhamentos feitos em uma perspectiva de utilização adequada dos recursos e de fortalecimento da capacidade de atenção à saúde nos municípios menores.

Entende-se que os resultados estimulam o desenvolvimento de novas pesquisas avaliativas, utilizando sistemas de informações disponíveis, na perspectiva de analisar possíveis reinternações, detalhar os procedimentos principais realizados nas internações, para identificar não apenas aspectos relativos à complexidade dos casos atendidos, mas, também, as internações por condições sensíveis à atenção primária.

REFERÊNCIAS[‡]

[‡] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 442-430, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7081/5012>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia**: um guia para a iniciação científica. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BITTENCOURT, S. A. et al. Assistência a crianças desnutridas: análise de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 263-273, 2009.

BRAILE, D. M.; GODOY, M. F. História da cirurgia cardíaca no mundo. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, p. 125-134, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS**. Brasília, DF. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_SIH_Abril_2011.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: IDS/FSP-USP/Fundação Itaú Social, 2002. (Saúde e cidadania, v. 6).

CASTRO, M. S. M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 987-998, 2006.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 795-811, 2002.

CHAVES, L. D. P. **Integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares: avaliação regional**. 2012. 96 f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CHAVES, L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto, 1996-2003**. 2005. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CHAVES, L. D. P.; ANSELMI, M. L.; SANTOS, C. B. Produção física e financeira dos procedimentos cirúrgicos em hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 513-522, 2009.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; ANSELMI, M. L. Produção de internações no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, 1996-2003. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 117-124, 2009.

CONIL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009. p.563-613.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-46.

DUARTE, J. G. et al. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012.

DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, 2009.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1065-1076, 2005.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

FERREIRA, J. B. B.; CHAVES, L. D. P. Regionalização e redes de atenção à saúde. In: ROCHA, J. S. Y. **Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 53-64.

FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C.; DIAS, A. L. F. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 47-70.

GARBINATO, L. R. et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 217-224, 2007.

GOUVEIA, M. C. L. et al. Perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico. Brasil, 2003. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 698-704, 2005.

HARTZ, Z. D. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-354, 1999.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2005.

HERR, G. E. et al. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 33-41, 2013.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (HCFMRP). **Relatório de gestão 2003 a 2010**. Ribeirão Preto, [2011]. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/Revista_Gestao.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2012.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec/Cealag, 2011.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 317-331.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P. Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 727-735, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13447>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 177-185, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5233>>. Acesso em: 30 mar 2012.

LOBATO, G.; REICHENHEIM, M. E.; COELI, C. M. Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh (D). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 606-614, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição

demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=333>. Acesso em: 20 ago. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. L. et al. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOREIRA, M. L.; NOVAES, H. M. D. Internações no sistema de serviços hospitalares SUS e não SUS: Brasil, 2006. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 411-422, 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R., MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 135-142, 2012.

PAIM, J. N. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Salvador, [s.l.], 2011. (Séries Saúde no Brasil, 1).

PICOLO, G. D.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 395-402, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a22.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

PIMENTA, A. M. et al. Programa “Casa das Gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. **Texto Contexto Enferm.**,

Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 912-920, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, C. G.; AFONSO, L. E. O efeito do status de sobrevivência sobre gastos com internações hospitalares públicas no Brasil em uma perspectiva temporal. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 489-510, 2012.

RUFINO, G. P. et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 291-297, 2012.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 418-426, 2012.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007.

SILVA, M. Z. **Mensuração dos custos de procedimentos médicos em organizações hospitalares: sistematização de um método de custeio híbrido à luz do ABC e da UEP**. 2006. 159f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. M. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CHESTER, L. G. C. (Org.). **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 119-131.

TOMIMATSU, M. F. A. I. et al. Qualidade da informação sobre causas externas no sistema de informações hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 413-420, 2009.

TREVISAN, M. et al. Avanços no sistema de saúde brasileiro: uma reflexão da década de 1970 a 2000. **Rev. Eletrônica Gestão Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 1133-1149, 2012.

VASCONSELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009. p.531-562.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 383.

VIACAIVA, F. et al. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002-2010. **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2963-2969, 2012.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. S.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: EDUSP, 2004, p. 730.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 202-206 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para entrevista

Data:

Entrevista nº:

Função e cargo do entrevistado:

Formação acadêmica:

Tempo de exercício no cargo:

Local da entrevista:

A partir dos dados levantados acerca da produção física e financeira de internações hospitalares, processadas no HCFMRP-USP, através do SIH-SUS, no período de 1996 a 2011, foi possível elaborar as tabelas e gráficos que lhe estão sendo apresentados.

Ação na entrevista: deixar o entrevistado examinar o material que está sendo apresentado.

Diante dos dados apresentados neste material, para o Senhor(a), quais fatores estão relacionados à variação da produção física e financeira de internações hospitalares processadas/pagas pelo SUS no período?

Particularizando a produção física e financeira, segundo as especialidades (clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e clínica pediátrica) o(a) Sr(a) identifica variações no período apresentado?

Se sim, em sua opinião, quais os fatores/razões que explicam essas variações?

Se não: como isso se explica?

Esteja à vontade para acrescentar algum comentário sobre produção de internações hospitalares processadas/pagas pelo SUS, no período de 1996 a 2011.

Agradeço a sua valiosa colaboração.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a):

Como pós-graduanda, nível mestrado, em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, venho convidar V.S^a. para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Produção de internações em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, 1996-2011**”, cujo objetivo é analisar a dinâmica da produção física e financeira de internações hospitalares do hospital de estudo, através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), segundo tipo de especialidade, no período 1996-2011. Esta pesquisa será realizada sob orientação da Prof^a Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves, do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da referida escola.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, convido-lhe a responder uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro que consta de duas partes: caracterização do entrevistado e questões sobre a dinâmica das internações hospitalares. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora em horário e dia previamente agendados. V.S^a poderá optar por não participar ou desistir em qualquer momento da entrevista.

As entrevistas têm duração estimada entre 20 e 45 minutos, serão gravadas e após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, serão feitas as análises do conteúdo de modo a preservar as opiniões emitidas pelos entrevistados. O material gravado e as transcrições na íntegra ficarão arquivados na EERP-USP, sob a guarda rigorosa da própria pesquisadora. Aos participantes há garantia do sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Declaro estar ciente que o conteúdo da entrevista será utilizado exclusivamente com a finalidade de desenvolver uma pesquisa científica, bem como do compromisso de que será resguardada a confidencialidade total na divulgação dos resultados, de acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa, envolvendo seres humanos. Declaro ainda estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados.

- Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem respondidas.
- Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada.
- A liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você contribuirá para a compreensão do objeto estudado e para a produção de conhecimento científico.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima, concordo que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e concordo livremente em responder a entrevista seguinte.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(a) Carolina Lemos, através do telefone (16)8141-2446, ou do *e-mail*: carolina_lemos@hotmail.com; de sua orientadora Prof^a Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves (16) 3602-3440 ou do email dpchaves@eerp.usp.br; ou ainda junto ao CEP da EERP, no endereço Av. Bandeirantes, n° 3900, (16) 3602-3386.

Estando ciente e de acordo.

Atenciosamente

Mestranda Carolina Lemos
R.G.:MG-12.933.445

Local e data

Prof^a Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves
R.G.:16387882-1

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia assinada deste termo de consentimento.

Assinatura do participante

Local e data

APÊNDICE C – Gráficos utilizados para técnica de vinheta



Gráfico 1 – Levantamento da produção física de internações na Clínica Cirúrgica, segundo ano, no período de 1996 a 2011

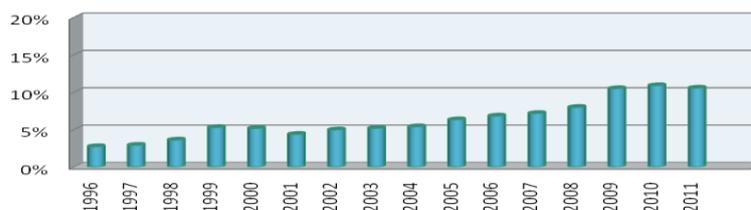


Gráfico 2 – Levantamento da produção financeira de internações pagas na Clínica Cirúrgica, segundo ano, no período de 1996 a 2011

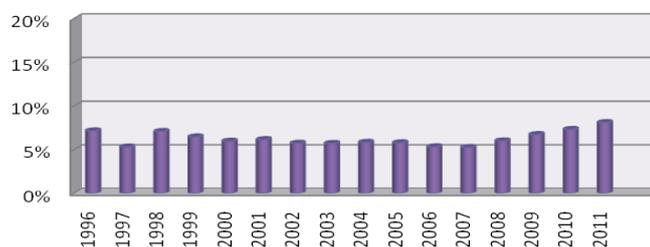


Gráfico 3 – Levantamento da produção física de internações na Clínica Médica, segundo ano, no período de 1996 a 2011

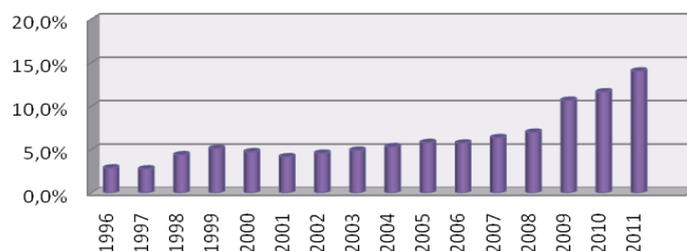


Gráfico 4 – Levantamento da produção financeira de internações pagas na Clínica Médica, segundo ano, no período de 1996 a 2011

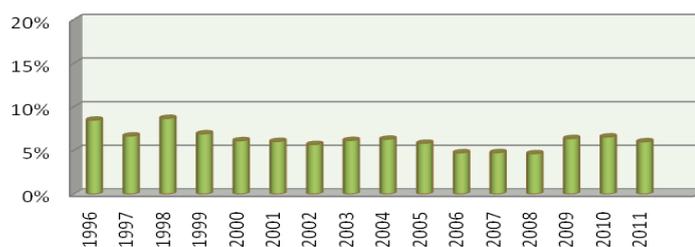


Gráfico 5 – Levantamento da produção física de internações na Pediatria, segundo ano, no período de 1996 a 2011

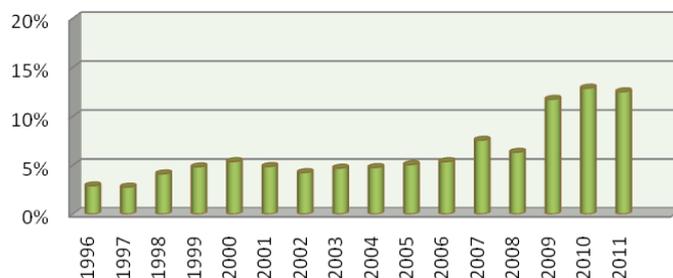


Gráfico 6 – Levantamento da produção financeira de internações pagas na Pediatria segundo ano, no período de 1996 a 2011

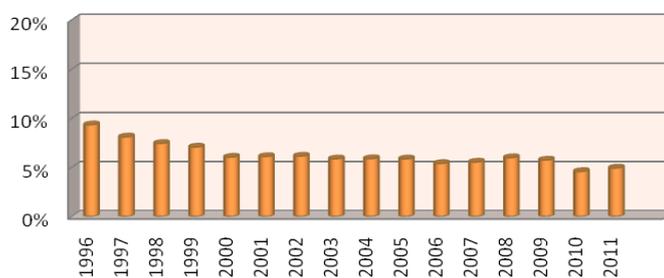


Gráfico 7 – Levantamento da produção física de internações na Obstetrícia, segundo ano, no período de 1996 a 2011

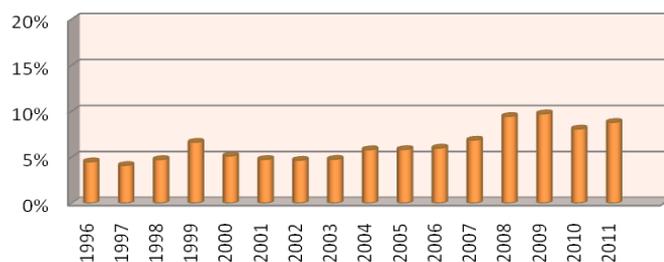


Gráfico 8 – Levantamento da produção financeira de internações pagas na Obstetrícia, segundo ano, no período de 1996 a 2011

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)



Conselho Nacional de Enfermagem - Fundação de Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 79 16 5801.2082 - 55 16 3352.2221 - Fax: 79 16 3302.0517
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP - 060/2012

Ribeirão Preto, 22 de março de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de março de 2012.

Protocolo: nº 1466/2011

Projeto: Produção de internações em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo, 1996-2011.

Pesquisadores: Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Carolina Lemus

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 10 de maio de 2012

Projeto de pesquisa: "Produção de interações em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo, 1996-2011"

Pesquisadores responsáveis: Carolina Lemos e Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico e
de Unidade de Pesquisa Clínica
HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica - HCFMRP-USP