UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

*“PRODUÇÃO DE INTERNAÇÕES NOS
HOSPITAIS SOB GESTÃO MUNICIPAL EM
RIBEIRÃO PRETO-SP, 1996-2003”*

Ribeirão Preto

2005

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

**“ PRODUÇÃO DE INTERNAÇÕES NOS HOSPITAIS SOB
GESTÃO MUNICIPAL EM RIBEIRÃO PRETO-SP, 1996-2003”**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Linha de pesquisa: “Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem”.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria Luiza Anselmi

Ribeirão Preto

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Chaves, Lucieli Dias Pedreschi

"Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003".Ribeirão Preto, 2005.

159. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profª Dra Maria Luiza Anselmi.

1.Hospitalização. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Recursos em Saúde. 4. Sistemas de informação hospitalar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

“Produção de internações nos hospitais
sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP,
1996-2003”

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor pelo curso de Pós
Graduação – Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: “Dinâmica da organização dos
serviços de saúde e de enfermagem”.

Aprovado em: ____/____/____

Profª. Dr.ª Maria Luiza Anselmi

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Dr.ª Clarice Aparecida Ferraz

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Dr. José Sebastião dos Santos

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Dr.ª Claudia Benedita dos Santos

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Dr.ª Aldaísa Cassanho Forster

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

Às minhas avós, Irene e Augusta, onde estiverem, saibam da grande lição de vida que me proporcionaram;

Aos meus pais, Francisco e Nancy, pelo amor e pelo exemplo de cada dia;

Ao Miltinho, meu marido, a caminhada só tem sido possível porque estamos de mãos dadas.

À Maria Luiza Anselmi, minha orientadora, que ao longo de nossa convivência tem compartilhado mais que ensinamentos profissionais...lições para toda vida.

Agradecimento

Agradecer!

Agradecer sempre!

Agradecer a Deus,

À vida,

Àqueles seres humanos especiais que me servem de inspiração,

Às oportunidades,

Às dificuldades,

Às mãos amigas que me conduzem na caminhada da vida e nesta em especial,

Às rosas do caminho, com seu perfume e seus espinhos,

À fé e à esperança, sempre presentes e,

À família abençoada.

Agradecer a todos que me ajudam a construir minha vida e minha história.

Agradecer a todas as pessoas e situações que possibilitaram a concretização deste trabalho. Não vou citar nomes, pois poderia não ter a clareza suficiente para expressar em palavras o meu sentimento sincero de gratidão.

Agradecer com o compromisso de retribuir, nas voltas da vida e com mão amiga, o incentivo e o apoio que recebi e continuo recebendo...

Agradecer com a responsabilidade de compartilhar e multiplicar todas essas conquistas.

Agradecer com a serenidade e a compreensão da aprendizagem, mesmo diante de todas dificuldades, depois de tanto estudo, que a vida é a grande escola, que ainda muito falta para aprender e que somos eternos aprendizes.

Com carinho: Muito Obrigada!

Sumário

	Lista de abreviaturas	i
	Lista de Figuras, Quadros e Tabelas	iii
	Resumo	v
	Abstract	vii
	Resumen	ix
1	INTERESSE PELO TEMA	01
2	INTRODUÇÃO	05
	2.1 A implementação do Sistema Único de Saúde: princípios, estratégias, instrumentos e desafios técnico-operacionais	06
	2.2. Gestão e financiamento da produção de internações hospitalares: processos de decisão, avaliação e sistemas de informações.	16
	2.2.1 As informações sobre a produção de internações hospitalares no sistema local de saúde.	21
3	OBJETIVOS	28
4	METODOLOGIA	30
	4.1 Tipo de pesquisa	31
	4.2 Local de Estudo	32
	4.2.1 O Município de Ribeirão Preto-SP	32
	4.2.2 O Sistema de Saúde em Ribeirão Preto: rede de serviços, estrutura organizacional e fluxo de atendimento	33
	4.2.3 A gestão do sistema de saúde no município	36
	4.2.4 A Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria: finalidade, objetivos e gerenciamento de internações hospitalares.	38
	4.3 Campo da pesquisa	40
	4.4 População de estudo	42
	4.5 Definições Operacionais	42
	4.6 Procedimentos de coleta e análise dos dados	43
	4.7 Procedimentos éticos	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50

5.1 A dinâmica da produção de internações hospitalares em Ribeirão Preto.	51
5.1.1 Aspectos físicos da produção de internações.	51
5.1.2 Procedência dos usuários internados.	72
5.1.3 Tempo médio de internação	77
5.1.4 Aspectos financeiros da produção de internações.	79
5.1.5 Produção física e financeira nas especialidades médicas.	90
5.2. O papel do gestor no sistema local de saúde	102
5.2.1. A Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria como instrumento de gestão.	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
8. APÊNDICES	128

Lista de Abreviaturas

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
BBS - Bulletin Board System
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CURM – Central Única de Regulação Médica
DAC - Departamento de Avaliação e Controle
DACA - Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIR - Direção Regional de Saúde
DIR-XVIII - Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto
DST – Doença Sexualmente Transmissível
FCES - Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
NGA - Núcleo de Gestão Assistencial
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PABA - Piso de Atenção Básica Ampliado
PAM - Posto de Atendimento Médico
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PPI - Programação Pactuada Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SISREG – Sistema de Regulação

SMS-RP - Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UDBS - Unidade Distrital e Básica de saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Figuras, Quadros e Tabelas

Quadro 1 Produção física e financeira de internações pelo SUS, Brasil 1996-2002	25
Figura 1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP, 2004	34
Tabela 1 Hospitais gerais sob gestão municipal segundo natureza jurídica, porte e número de leitos conveniados/contratados e não conveniados/contratados com o SUS, disponíveis para internação. Ribeirão Preto - SP, dezembro/2003	41
Tabela 2 Produção física de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	52
Figura 2 Produção física de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	53
Figura 3 Caracterização dos sujeitos estudados, segundo número da entrevista, idade, escolaridade, função, tipo e tempo de representação exercida no contexto da pesquisa. Ribeirão Preto/2004.	56
Tabela 3 Distribuição de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo ano e procedência do usuário. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	73
Tabela 4 Distribuição de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e procedência do usuário. Ribeirão Preto, de 1996-2003.	74
Tabela 5 Tempo médio (em dias) das internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	78
Tabela 6 Produção financeira (em reais) de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	80
Figura 4 Valores financeiros (em R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	81
Tabela 7 Valor médio de AIH (em R\$) para internações SUS pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	86
Figura 5 Valor médio de AIH em Ribeirão Preto, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	86
Tabela 8 Variação física e financeira (%) de produção de internações SUS pagas pela SMS-RP, segundo hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	88
Figura 6 Variação física e financeira (%) de produção de internações pelo SUS segundo hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	89

Tabela 9 Produção física (<i>f</i>) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS, pagas pela SMS-RP na especialidade clínica cirúrgica, segundo hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	91
Tabela 10 Produção física (<i>f</i>) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP na especialidade de clínica médica, segundo hospital. Ribeirão Preto, 1996-2003.	93
Tabela 11 Produção física (<i>f</i>) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP na especialidade de clínica obstétrica, segundo hospital. Ribeirão Preto, 1996-2003.	95
Tabela 12 Produção física (<i>f</i>) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP na especialidade de clínica pediátrica, segundo hospital. Ribeirão Preto, 1996-2003.	96
Tabela 13 Incremento percentual no número de internações e no valor médio da AIH pagas pela SMS-RP entre 1996 e 2003, segundo especialidade médica e hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.	99

Resumo

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

A municipalização vem transformando a lógica das relações entre usuários, serviços e gestores e, neste cenário as ações desenvolvidas pela Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA) tornam-se cada vez mais relevantes. Os objetivos deste estudo foram: descrever a produção de internações hospitalares processadas e remuneradas, no período de 1996 a 2003, pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP (SMS-RP), nos aspectos físicos e financeiros; identificar os fatores explicativos para a variação desta produção segundo relato dos sujeitos que produzem e/ou utilizam as informações sobre internação hospitalar no município de estudo. As bases teóricas da investigação constituíram-se: das Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde com vistas à implementação do Sistema Único de Saúde; o financiamento, o sistema de informações e gestão das internações hospitalares na esfera local de saúde. Para desenvolvimento da pesquisa adotou-se uma abordagem descritiva utilizando dados quantiquantitativos. A população de estudo constituiu-se de todas as internações hospitalares processadas/pagas pela SMS-RP, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), para os cinco hospitais (A,B,C,D e E) contratados/conveniados com o SUS, no período de 1996-2003, nas especialidades de clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria. As técnicas de coleta de dados foram a pesquisa documental em banco de dados oficiais da DACA e DATASUS referente às internações hospitalares e, a realização de entrevista semi estruturada e ilustrada por uma vinheta. Foram sujeitos do estudo 18 pessoas que no sistema local de saúde, produzem e/ou utilizam as informações pertinentes às internações hospitalares no município para fins de avaliação, auditoria, controle e tomada de decisão quanto à distribuição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e alocação de recursos financeiros. No período de 1996-2003 foram pagas pela SMS-RP 160.612 internações, totalizando gastos da ordem de R\$ 98.154.570,78. Houve, no período, um incremento de 56% no número de internações e de 156,3% nos recursos financeiros. Nos hospitais B e C, ambos filantrópicos, as internações cresceram 91,3% e 27,9%, respectivamente, concentrando cerca de 2/3 das internações do período. O hospital A (privado) mostrou redução de 85,9% no volume de internações, porém os valores médios de AIH são elevados, indicando que o hospital pode ter se especializado em procedimentos de alto custo. As internações na especialidade de clínica cirúrgica cresceram 72,4% e, na clínica médica, 60,7%. Na especialidade de obstetrícia o crescimento de internações foi de 31,6% e na pediatria de 31,4%. O valor médio de AIH apresentou variação entre os cinco hospitais, sendo que o menor valor foi de R\$ 40,38 na pediatria e o maior, de R\$ 6.963,82 na clínica cirúrgica. Os valores financeiros alocados tiveram um crescimento acentuado em relação a produção física. Os fatores explicativos apontados pelos entrevistados para a variação na produção de internações dizem

respeito à estrutura demográfica e envelhecimento da população; organização do sistema local de saúde; incorporação tecnológica, financiamento e atuação do gestor. Os resultados obtidos indicam a necessidade de organização e sistematização das atividades da DACA para instrumentalizar o gestor nos aspectos de fiscalização, controle, regulação e avaliação da produção de internações no âmbito do sistema local de saúde.

Palavras-chave: Hospitalização, Sistema Único de Saúde, Recursos em Saúde, Sistemas de Informação Hospitalar

Abstract

CHAVES,L.D.P. **Hospital admissions production in hospitals under municipal control in Ribeirão Preto-SP, from 1996 to 2003** 159p. (Doctor's Degree in Fundamental Nursing) – São Paulo University – Ribeirão Preto Nursing School, 2005.

Bringing hospital admissions under municipal control has transformed the logic in the relationship among users, services and management and this frame, the actions deployed by the Evaluation, Control and Audit Division (DACA) become more and more relevant. The goals of the present study are: describing, taking into account financial and physical aspects, hospital admissions that took place from 1996 to 2003 record and paid by the Municipal Health Department of Ribeirão Preto and identifying the factors explaining variations in these admissions according to reports made by subjects producing and using informations about them at local level. The following elements constitute the theoretical bases of the present study: Basic Operational Norms and Health Care Operational Norms having as goal the implementation of Unified Health Care System (SUS), funding, information system and hospital admission management within the municipality. In order to develop the research the descriptive approach using dates the quantitative and qualitative. The population studied was composed of all hospital admissions recorded and paid by the Municipal Health Department, through the Hospital Information System of Unified Health Care System (SUS), to all five hospital (A,B,C,D e E) under contract to SUS in the period from 1996 to 2003 in the following specialities: general medic practice, surgery, obstetrics and pediatrics. The techniques of collecting data were to investigate into official documents and data banks belonging to DACA and DATASUS relating to hospital admissions and doing a semistructured interview illustrated by the aid of a sequence. The study had 18 subjects who in the local system produce and use informations about hospital admissions in the order to make them available, to control, audit, evaluation and decision making so that they can be used in the distribution of Hospital Admission Authorization and allocation of financial resources. In the period from 1996 to 2003, the Municipal Health Department paid 160.612 hospital admissions what led to expenses amounting to R\$ 98.154.570,98. In the same period there was an increase of 56 % in the number of hospital admissions and 156,3% in the financial resources. In the hospitals B and C, both philanthropic institutions, admissions grew by 91,3% and by 27,9% respectively, representing 2/3

of the admissions in the period. Hospital A, private, showed an 85,9% reduction of admissions in the same period. However, the average levels of Hospital Admission Authorization were very high, indicating that the hospital may have focused rather on high-cost procedures. Admissions in the clinic surgery increased by 72,4% and the general medic practice by 60,7%. In obstetrics, the increase of admissions was 31,6% and the pediatrics of 31,4%. The average value of the Hospital Admission Authorization presented variations among the five hospitals and the highest cost was R\$ 6.993,82 in clinic surgery and the lowest one was R\$ 40,38 in pediatrics. It was also observed that the financial and physical production changed each year and among the five hospitals. The allocated financial values had a considerable increase as compared to physical production. The pointed explanatory factors for the interviewees for the variation in the production of hospital admission production concern the demographic structure and aging of the population; organization of the local system of health; technological incorporation, financing and the manager's performance. The obtained results indicate the organization need and systematize of the activities of DACA for instrumental the manager in the fiscalization aspects, control, regulation and evaluation of the production. hospital admissions in all aspects at local level of health.

Key words: Hospital admission, Unified Health Care System (SUS), Resources for the local health care system, Hospital Information System.

Resumen

CHAVES L. D. P. **Producción de internaciones en hospitales sobre gestión municipal en Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.** Ribeirão Preto-SP, 2005. 159f. Tesis (Doctorado en Enfermería Fundamental) – Universidad de São Paulo – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, 2005.

La municipalización viene transformando la lógica de las relaciones entre usuarios, servicios y gestores y, en este escenario las acciones desenvueltas por la División de Avaliação, Control e Auditoria (DACA) se vuelven cada vez más relevantes. Los objetivos de este estudo fueron: describir la producción de las internaciones hospitalares hechas e remuneradas, en el periodo de 1996 a 2003, por la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto-SP (SMS-RP), en los aspectos físicos y financieros; identificar los factores explicativos para la variación de esta producción según el relato de los sujetos que producen y/o utilizan informaciones sobre internación hospitalar en el municipio del estudio. Las bases teóricas de la investigação se constituyeron de las Normas Operacionales Básicas e Normas Operacionales de la Asistencia a Salud Saúde con vista a implementación del Sistema Único de Salud; el financiamiento, el sistema de informaciones y la gestión de las internaciones hospitalares en la esfera local de salud. Para el desarrollo de la pesquisa se adoptó un abordaje describir, cuantitativo y cualitativo. La población de estudio se constituye de todas las internaciones hospitalares procesadas y pagas por SMS-RP, a través del Sistema de Informaciones Hospitalares del SUS (SIH-SUS), para los cinco hospitales (A,B, C, D e E) contratados y asociados con el SUS, en el período de 1996-2003, en las especialidades de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatria. La técnica de la colecta de datos fue la pesquisa documental en el banco de datos oficiales de la DACA y DATASUS referente a las internaciones hospitalares y, realizamos una entrevista semi estructurada e ilustrada por una vinheta. Fueron sujetas a este estudio dieciocho personas que en el sistema local de salud producen y/o utilizan las informaciones pertinentes a las internaciones hospitalares en el municipio para fines de evaluación, auditorias, control e tomada de decisiones en cuanto a la distribución de AIH y la obtención de recursos financieros. En el período de 1996-2003 fueron pagas por el SMS-RP 160.612 internaciones, totalizando gastos da ordem de R\$ 98.154.570,78. Hubo en el período, un incremento de 56% en el número de internações y de 156,3% en los recursos financieros. En los hospitales B y C, ambos filantrópicos, las internaciones crecieron 91,3% y 27,9%, respectivamente, concentrando cerca de 2/3 de las internações del período. El hospital A (privado) mostró reducción de 85,9% en el volumen de internaciones, mas los valores medios de Autorización de Internación Hospitalar (AIH) son elevados, indicando que el hospital puede haberse especializado en procedimientos de alto costo. Las internaciones en la especialidad clínica cirúrgica crecieron 72,4% y, na clínica médica, 60,7%. Na especialidad de obstetricia el crecimiento de internaciones fue de 31,6% y en la pediatria 31,4%. El valor medio de AIH presentó variación entre los cinco hospitales, siendo que el menor valor fue de R\$ 40,38 en pediatria y la mayor, de R\$ 6.963,82 en la clínica cirurgica se constató que la producción física y financeira varió a cada año entre los hospitales.

Los valores reunidos tuvieron un crecimiento en relación a la producción de internaciones. Los factores explicativos puntualizados para el entrevistado para la variación en la producción de hospital admisión producción preocupación la estructura demográfica y envejeciendo de la población, la incorporación tecnológica, financiando y la actuación del gerente. Los resultados obtenidos indican la necesidad de la organización y sistematizan de las actividades de DACA para instrumental el gerente en los aspectos de fiscalización, mando, regulación y evaluación de la producción de internaciones en el ámbito del sistema local de salud.

Palabras-clave: Hospitalización, Sistema Único de Salud, Recursos en Salud, Sistemas de Información Hospitalar

1 - Interesse pelo tema

O Curso de Graduação realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, iniciado em 1983 e concluído em 1986; a inserção em vários cursos de especialização como o de Licenciatura em Enfermagem, Administração Hospitalar, Enfermagem do Trabalho e Metodologia da Pesquisa em Enfermagem foram possibilitando ampliar conhecimentos, aprimorar a formação, enriquecer a prática diária e serviram de estímulo para conhecer outros campos de atuação profissional do enfermeiro.

Desde a década de 80, no início de nossa atuação como enfermeira em diferentes esferas do trabalho de enfermagem nas áreas assistencial, administrativa, educativa, desenvolvendo atividades relacionadas à gestão dos serviços de saúde, temos vivenciado as profundas transformações ocorridas no sistema de saúde no país, que se refletem também no processo de formação do enfermeiro, área que temos atuado desde o início dos anos 90 e que exige constante aperfeiçoamento profissional.

Esta trajetória, mais especificamente a experiência profissional junto à Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA) do município de Ribeirão Preto, durante os últimos nove anos, a docência em curso de graduação em enfermagem bem como o interesse em conciliar prática e aprimoramento técnico-científico nos estimularam a buscar um Programa de Pós-Graduação.

Na dissertação de mestrado analisamos, para o período de 1997 a 2000, a sobrevida dos pacientes submetidos à hemodiálise e estimamos os gastos relativos a este procedimento no município de Ribeirão Preto. Evidenciamos que no período estudado, a demanda por hemodiálise apresentou pequena variabilidade, enquanto a taxa de sobrevida dos pacientes aumentou, justificando o crescimento dos gastos do município em relação a tal procedimento de alto custo/complexidade. Os resultados obtidos forneceram informações valiosas no sentido de instrumentalizar a DACA no planejamento de investimentos e de atividades de supervisão dos serviços, contribuindo deste modo para o processo de gestão do sistema local de saúde (Chaves, 2001).

Ao concluirmos o mestrado, outras inquietações e problemáticas emergiram, para as quais novas investigações poderiam ser desenvolvidas. O interesse pela pesquisa, a docência em enfermagem aliada à atuação profissional, desde longa data no campo da avaliação e controle, participando dos processos de mudanças nas formas de gestão da saúde no município de Ribeirão Preto, apontava que nesta área existem inúmeras possibilidades de estudos acadêmicos.

No âmbito do sistema local de saúde a área de Avaliação e Controle, além de uma atuação meramente burocrática, tem um papel primordial na geração de dados e retroalimentação dos sistemas de informações, com dados relativos às demandas por atenção à saúde e disponibilidade de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos existentes. As ações desse setor possibilitam o monitoramento permanente do sistema local, seja na perspectiva gerencial, organizacional (ociosidade, demandas reprimidas, fluxo de pacientes), epidemiológica (morbidade, mortalidade, incidência, prevalência) e do atendimento prestado nos serviços de saúde. Esse entendimento acerca das efetivas possibilidades de atuação do setor de Avaliação e Controle no espaço da gestão local estimulou-nos a prosseguir no campo da pesquisa.

A inserção em um Programa de Pós-Graduação – nível doutorado, no ano de 2002, representou a oportunidade para aprimorar e incorporar novos conhecimentos, concretizando desta forma, nossos anseios acadêmicos e profissionais.

Nos últimos anos, o espaço privilegiado de atuação profissional e no qual desenvolvemos o presente estudo, é o setor de Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP). A percepção que a informação pode nos retratar situações cotidianas que requerem investigação/atuação/intervenção/decisão e, nesse sentido, adquirem importância no processo de gestão em nível local e nas próprias atividades de trabalho do setor de avaliação e controle. Aliado a isso o interesse em investigar as informações relativas às internações hospitalares, devido ao fato deste segmento ser altamente especializado, consumindo considerável aporte de recursos financeiros e possuir especificamente um sistema de informações do Ministério da Saúde (MS) que possibilita a sistematização do processo de controle e avaliação das internações, levaram-nos a elaborar esta pesquisa.

Vivenciando o processo de reformulação das políticas nacionais de saúde, tanto na esfera estadual quanto na municipal, percebemos que o enfermeiro tem sido requisitado e valorizado para participar destas mudanças.

A formação acadêmica desse profissional embora contemple, além dos conhecimentos técnico-científicos relativos à assistência à saúde, aqueles relativos ao gerenciamento de serviços, não tem sido suficientemente capaz de assegurar sua participação de forma efetiva e estratégica no processo de reorganização da atenção à saúde e, mais particularmente, sua inserção em diferentes esferas da gestão do sistema.

A implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) associada à incorporação cada vez mais acentuada e rápida de novas tecnologias vêm requerendo do enfermeiro, um conjunto de conhecimentos teóricos e técnico-operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde (financiamento, faturamento, custos) e aos processos de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão ampliar e consolidar novos espaços de atuação por meio de uma prática profissional crítica e competente.

Assim, a partir dessas concepções, a investigação que desenvolvemos busca, não apenas atender as exigências acadêmicas de um Programa de Pós-graduação, nível doutorado, mas principalmente, a partir de problemas vivenciados no concreto da nossa prática gerencial, construir conhecimentos que venham contribuir para a gestão do sistema local de saúde, em particular, no campo da avaliação, controle e auditoria da produção de internações hospitalares.

Passamos a apresentar, no próximo capítulo, algumas considerações sobre aspectos atuais da reorganização do sistema de saúde brasileiro.

2.1 A implementação do Sistema Único de Saúde: princípios, estratégias, instrumentos e desafios técnico-operacionais.

O SUS 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 primeiramente pela Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentadas pelas Leis Orgânicas da Saúde e Normas Básicas Operacionais (BRASIL, 2001a).

Em todo território nacional, o SUS segue os mesmos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado) por isso é um sistema nacional.

Os princípios doutrinários representam a base política e filosófica do sistema, sendo que a universalidade diz respeito ao direito de todas as pessoas serem atendidas independentes de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A equidade garante que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde, devendo receber atenção diferenciada conforme as suas necessidades de saúde devendo o sistema tratar desigualmente os desiguais. O princípio da integralidade prevê que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura, atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que levam a adoecer e a morrer, recebendo atenção para promoção de saúde (que envolve ações de saúde em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação), prevenção de doenças (saneamento básico, imunização, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária) e de recuperação (atendimento médico, tratamento, internação e reabilitação) (BRASIL, 2001a).

Os princípios organizativos referem-se à estruturação, conformação e funcionamento do sistema. A regionalização e hierarquização correspondem à forma como a rede de serviços deve estar organizada; permitindo o conhecimento maior dos problemas de saúde da população em uma área delimitada, cujo acesso à rede deve se dar inicialmente através dos serviços de nível primário de atenção, qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Casos que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica.

Para Starfield apud FORSTER (1999) regionalização é “um sistema de organização de serviços orientado para responder a vários níveis de necessidade da população por serviços médicos”, prevê área geográfica, rede de serviços e esquema de atendimentos segundo níveis de complexidade dos serviços de saúde disponibilizados.

Resolutividade é a ação para suprimir, minorar ou abreviar a manifestação de sintomas, promovendo a remissão ou cura do processo mórbido no menor tempo possível; esta é uma exigência do indivíduo que busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde; o serviço de saúde correspondente deve estar capacitado para enfrentar e resolver estas situações até o limite técnico de sua complexidade na assistência (BRASIL, 2001a; D' AGUIAR, 2001).

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto dos problemas a decisão for tomada, maior a chance de acerto, (BRASIL, 2001a; D' AGUIAR, 2001).

A participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que os usuários, através de suas entidades representativas, poderão participar de forma paritária do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, desde o nível federal até o local.

A complementaridade do setor privado é prevista quando, por insuficiência do setor público, houver necessidade de ampliar a oferta de serviços à população, esta participação do setor privado deve se dar através de contrato, seguindo as normas e a lógica do SUS (BRASIL, 2001a; D' AGUIAR, 2001).

Apesar das disposições legais anteriores, o processo de implantação do SUS teve início, efetivamente, a partir de 1991 com a edição da 1ª Norma Operacional Básica, (BRASIL, 1996a).

A municipalização foi a estratégia adotada para promover a descentralização do sistema de saúde. A NOB-SUS 01/93, procurou sistematizar a habilitação dos municípios e estados no processo de gestão do sistema. Previa três modalidades de gestão para os municípios: a incipiente, a parcial e a semiplena, respeitando os diferentes estágios em que estes se encontravam, de acordo com sua capacidade política, técnico e operacional, para assumir responsabilidades gerenciais. Na modalidade de gestão semiplena, o município passou a responsabilizar-se pela gestão e gerência do sistema de saúde em âmbito local, recebendo repasses financeiros diretos do nível federal/estadual, administrando contratos/convênios com prestadores de serviços de saúde, além da criação dos setores de avaliação e controle, com a finalidade de credenciar, acompanhar e controlar o faturamento assim como avaliar o desempenho/produção dos serviços (BRASIL, 1993).

Posterior a esta fase inicial de organização dos municípios, em 1996, foi editada a Norma Operacional Básica 01/96 que além de consolidar a função do município como gestor da atenção à saúde de seus munícipes, redefiniu: as responsabilidades dos Estados e da União bem como; outras formas de gestão. As ações de controle e avaliação receberam particular atenção, com enfoque não apenas centrado no faturamento de procedimentos, mas também na valorização dos resultados de programas com critérios epidemiológicos e de qualidade.

Para a esfera municipal de governo, a NOB 01/96 estabeleceu duas condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município é o responsável pela programação da assistência básica (ações executadas por diferentes grupos profissionais - enfermagem, medicina, odontologia, outros profissionais de nível superior e de vigilância sanitária); pela gerência de suas próprias unidades e outras, públicas, que lhe tenham sido transferidas; pela reorganização das unidades sob sua gestão, prestando serviços cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1996b).

Nesta modalidade de gestão as internações hospitalares estão sob gestão da esfera estadual, mais especificamente no estado de São Paulo, através das Direções Regionais de Saúde (DIR), cabendo à DIR XVIII o município de Ribeirão Preto.

Na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o município responde pelo gerenciamento das unidades ambulatoriais e de internação, próprias ou conveniadas/contratadas; pela reorganização das unidades sob sua gestão, garantindo a prestação de assistência em seu território inclusive aos não residentes conforme as referências regionais; pela normatização e operacionalização de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e de internação; pela contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e de internação; pelo gerenciamento dos procedimentos de alto custo/complexidade; pela operacionalização do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) segundo normas do Ministério da Saúde; pela realimentação do sistema de informações e avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e, ainda pelo pagamento dos serviços realizados pelos prestadores com verbas do teto financeiro municipal (BRASIL, 1996a).

Os municípios, que devido aos recursos humanos e materiais disponíveis, assim como pela complexidade e modo de organização do sistema local de saúde, não dispunham de condições para atender integralmente à saúde de seus munícipes, deveriam garantir o acesso destes a outros municípios de referência através da Programação Pactuada Integrada (PPI). A PPI é uma negociação formal entre gestores municipais, mediada pelo gestor estadual, que envolve atividades de assistência ambulatorial e de internação, de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. Trata-se de um instrumento de reorganização do modelo de atenção e gestão do SUS, de alocação de recursos e de explicitação do pacto entre as três esferas de governo. Define as responsabilidades de cada uma dessas esferas para garantia de acesso da população a serviços de saúde, quer pela oferta dos serviços existentes no próprio município quer pelo encaminhamento a outros municípios (BRASIL, 1996a).

A operacionalização da PPI deve observar princípios da integralidade das ações de saúde, em um processo ascendente, de base municipal. É uma programação pactuada e integrada à medida que as referências¹ para atendimento são negociadas, assim como a fonte dos recursos financeiros necessários. Esta é

¹ Referência "é a estratégia de encaminhar usuários para serviços de maior complexidade, previamente acordados, visando complementar a resolubilidade da unidade de saúde".(CALEMAN et al., 2002, p.135).

uma negociação, formalizada entre gestores a partir dos parâmetros de necessidade da população, de modo a garantir o atendimento, os recursos financeiros e o cumprimento de metas (BRASIL, 1996a).

Apesar de claramente definida na NOB 01/96, na prática, até hoje, a PPI não foi implantada em sua totalidade. Em nível regional ou microrregional há definição explícita do processo de referência e contra-referência entre serviços, que possibilita, quando o município de origem não dispor de capacidade técnica suficiente para resolver o problema do paciente, encaminha-lo para locais dotados de recursos tecnológicos, materiais e humanos capazes de efetuar o atendimento pertinente à sua necessidade, entretanto, associado a esse processo não se tem ainda implementado um mecanismo de repasse de recursos financeiros entre gestores que garanta o pagamento do respectivo atendimento no município de referência.

A implantação das Normas Operacionais Básicas 1991, 1993 e 1996, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo responsabilidades e recursos para estados e, especialmente para municípios com vistas à operacionalização do SUS. Porém, com o avanço do processo de descentralização da gestão do sistema, alguns problemas e obstáculos foram evidenciados, como por exemplo: a complexidade da estrutura política-administrativa entre os três níveis de governo; a heterogeneidade das condições estruturais, organizacionais e administrativas em estados e municípios; as dificuldades de gestão local indicando que para aprofundar o processo de descentralização seria necessário enfatizar e ampliar a regionalização, buscando organizar sistemas de saúde funcionais em todos os níveis de atenção não necessariamente em nível municipal. A somatória destes aspectos levou à edição, em 2001, da Norma Operacional Básica da Assistência (NOAS 01/01) (SÃO PAULO, 2001).

A NOAS 01/01 editada com a justificativa de aprofundar o processo de descentralização, buscou fortalecer a regionalização através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que estabelece a qualificação das microrregiões na assistência à saúde (definindo um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como referência intermunicipal); as condições de financiamento; as responsabilidades de cada nível de governo segundo as condições de habilitação e de desabilitação. Buscou-se também a equidade, pela organização dos sistemas de saúde loco-regionais, não necessariamente restrita à própria área do município para

os quais prevê duas modalidades de gestão: a Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e a Plena do Sistema Municipal (GPSM), (SÃO PAULO, 2001).

A NOAS 01/01 apresentou como inovação a modalidade de gestão plena da atenção básica ampliada, que diversifica e aumenta os procedimentos e ações inseridas na atenção básica, sob responsabilidade do município.

Outra inovação, foi o PDR, instrumento de ordenação da regionalização da assistência, que deve garantir aos cidadãos o acesso aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde. Para viabilizar a regionalização houve a definição de município módulo territorial, município sede de módulo assistencial e município polo; cada qual, conforme sua estrutura e organização, é responsável pela assistência à população local e população de outros municípios a ele adstritos em diferentes níveis de complexidade. Esse instrumento define ainda os fluxos e pactuações entre gestores com a finalidade de organizar de forma mais efetiva, uma rede hierarquizada e regionalizada (SÃO PAULO, 2001; BARATA et al. 2004).

Embora a PPI estivesse prevista desde a NOB/96 apenas com a NOAS 01/01 passou a ser utilizada como uma estratégia para operacionalizar a regionalização entre gestores de diferentes municípios/microrregiões ou regiões, através da negociação formal, baseada em: indicadores e parâmetros de necessidade da população definidos em portarias ministeriais; recursos materiais necessários e também disponíveis para atendimento; busca de garantia de provimento dos recursos financeiros necessários e, o cumprimento de metas referenciais. Sabemos que, embora prevista como forma de negociação, ainda hoje a PPI não está totalmente implantada e não foi equacionada a questão do financiamento, uma vez que ainda não foi criado um instrumento legal que viabilize a transferência de recursos financeiros intergestores, a exemplo do já implantado sistema de referência e contra-referência de usuários.

Com essa nova Norma Operacional foi também reforçada a definição dos papéis das esferas de governo, direcionando a responsabilidade da atenção básica para os municípios; da atenção secundária, terciária e alto custo/complexidade para o estado e o governo federal, principalmente, no que se refere ao financiamento.

Em janeiro de 2002, com a justificativa de adequar os mecanismos de oferta de serviços entre os municípios com diferentes níveis de recursos materiais e humanos para assistência à saúde, com vistas a ampliar as possibilidades de referência/contra-referência e garantir a integralidade da assistência à população, a

NOAS 01/01 foi reeditada como Norma Operacional Básica da Assistência 02 (NOAS 01/02), que prevê para o município as formas de gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPBA) e Plena do Sistema Municipal (GPSM), determinando requisitos para a habilitação em cada uma destas modalidades de gestão (BRASIL, 2002a).

Podemos dizer que a NOAS 01/02 apresentou como diferencial em relação às demais Normas Operacionais a ênfase à regionalização, a ampliação da responsabilidade do município pela atenção básica, instrumentalizou a PPI e a definição do financiamento diferenciado através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para procedimentos de alto custo/complexidade e, fortaleceu o papel do Estado na coordenação intermunicipal.

Mesmo na vigência da NOAS 01/02, os municípios e estados permaneceram com as modalidades de gestão previstas na NOB/96 e na NOAS 01/01, estando em curso o processo de habilitação para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme as condições locais para atender as prerrogativas de cada uma das modalidades de gestão.

Além dos processos de habilitação às novas formas de gestão, em alguns casos, a mudança para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada foi automática, através de portaria do Ministério da Saúde. Enfim, este período representou uma transição das modalidades de gestão dos municípios e estados, assim como de validade de mais de um instrumento legal para normatizar a gestão local de saúde.

Houve uma reordenação nas modalidades de gestão com a publicação da Portaria Ministerial n.º 2023, em setembro de 2004, que estabeleceu a responsabilidade dos municípios pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica; a cessação dos processos de habilitação em GPAB e GPSM conforme requisitos da NOB SUS 01/96 e a interrupção da GPABA, modalidade de gestão preconizada pela NOAS SUS 01/02. A Portaria ainda extinguiu a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, conferida aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS 01/02 para habilitação nestas formas de gestão. Os municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal conforme a NOB SUS 01/96 e NOAS 01/02, continuam exercendo as atribuições de gestores responsáveis pela execução das ações de atenção básica

em seu território e, a única modalidade de habilitação de municípios, a partir desta portaria, é a Gestão Plena de Sistema Municipal (BRASIL, 2004).

Considerando que o SUS prevê a integralidade na programação da assistência, entendemos que a articulação e a participação efetiva das três esferas de governo na definição e implantação das estratégias de descentralização devam ocorrer com a condução do processo centralizada no nível estadual, que tem a possibilidade de integrar e articular os diversos municípios e regiões. Porém, esta condução deve possibilitar a discussão e a elaboração da programação assistencial de forma ascendente, a partir de diagnósticos de saúde (incluindo diagnósticos gerenciais) feitos pelos gestores locais, com eleição de prioridades e determinação do modo de organizar a rede assistencial (PDR, PPI, etc.) para que realmente as necessidades da população sejam atendidas.

As primeiras Normas Operacionais Básicas realçavam o papel do município como gestor da saúde. Entretanto, essa concepção inicial, ainda não foi totalmente incorporada ao cotidiano, seja pelas questões legais, como por exemplo, a limitação e/ou redefinição de poder das diferentes esferas de governo pelas NOB e NOAS 01/01 quanto por dificuldades gerenciais ou de gestão do próprio município; pelas dificuldades em legitimar a participação popular nos processos decisórios e ainda, pelas disputas de interesses entre o público e o privado.

Em nosso entendimento outro ponto a ser destacado, quanto às limitações para operacionalização das normativas de implementação do SUS, diz respeito à inclusão de ações e programas baseados em critérios epidemiológicos, que tendem a valorizar aspectos da atenção à saúde que não sejam apenas aqueles focados na doença ou na oferta de serviços pelos prestadores que acabam determinando a demanda. Os critérios epidemiológicos de morbi-mortalidade, cobertura vacinal, taxa de natalidade, dentre outros, nos permite melhor diagnóstico da condição de saúde da população de abrangência tanto no que diz respeito à faixa etária quanto ao perfil epidemiológico das doenças, agravos e problemas de saúde prevalentes, porém estes critérios ainda têm abrangência limitada no planejamento do sistema.

Segundo Mendes (1999), a transição demográfica vem produzindo mudanças na estrutura de idade da população a partir de redução das taxas de mortalidade, taxa de fecundidade e processo migratório. A proporção de menores de 15 anos vem diminuindo e a de maiores de 65 anos vem crescendo exigindo dos serviços de saúde e dos gestores medidas relativas à organização, previsão, provisão de

recursos materiais e humanos adequados para equacionar esta nova situação social que se apresenta.

Conforme a transição demográfica avança, ocorrem modificações no padrão quantitativo, na composição e nas principais características da população. Padrões predominantes de morbidades prevalentes na população alteram-se junto com mudanças demográficas, assim a transição demográfica é causa e efeito da transição epidemiológica (PEREIRA, 2002).

A transição epidemiológica refere-se a uma teoria que considera a evolução dos países em estágios, passando da pestilência e fome, para o declínio de pandemias e, surgimento/elevação de doenças degenerativas, com aumento da expectativa de vida e redução da importância de doenças infecciosas (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999)

Segundo Pereira (2002) o nível de desenvolvimento socioeconômico é responsável por diferenças na transição demográfica e epidemiológica. Nos países desenvolvidos a transição epidemiológica começou mais cedo, estendeu-se por um longo período e decorreu de transformações na estrutura da sociedade, como por exemplo melhor distribuição de renda, melhores condições de moradia e saneamento básico. Já nos países subdesenvolvidos essa transição começou mais tarde, está sendo mais rápida, resulta menos de mudanças estruturais que se traduzem em melhorias de condições de vida e mais da aplicação de recursos tecnológicos da saúde, intervenções específicas de saneamento, higiene, condições de trabalho e, principalmente pela extensão da cobertura da rede assistencial de saúde para uma parte considerável da população.

A expectativa que a população cresça cinco vezes e o contingente de idosos aumente 15 vezes, no período entre 1950 e 2020; a coexistência de agravos à saúde característicos da pobreza e da riqueza; a diferença de expectativa de vida entre regiões mais ricas e mais pobres são exemplos de fatos diretamente relacionados à transição demográfica e epidemiológica que devem ser considerados no processo de construção do sistema da saúde com a proposição de políticas adequadas para enfrentá-los (FIOCRUZ, 1998).

Estas mudanças no perfil etário e de morbidade implicam em organização de serviços de saúde dentro de uma nova lógica, inclusive com a avaliação das tecnologias disponíveis para atenção à saúde.

Silva (2003) afirma que o incremento de tecnologias produzidas e incorporadas à atenção a saúde tem sido associado à redução da mortalidade. Porém, problemas na utilização destas tecnologias vêm sendo apontados e vão desde a falta de evidência científica que comprovem seu uso até questões relativas ao aumento dos gastos em saúde, bem como a seleção de tecnologias a serem financiadas pelo governo.

Avaliar a implantação de novos recursos tecnológicos é importante porque tal atividade está associada à dinâmica do financiamento do sistema como um todo. Os procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade (medicina nuclear, exames hemodinâmicos, diálise, oncologia e outros) e, as internações, são responsáveis por uma expressiva parcela dos gastos para um contingente populacional relativamente pequeno, ou seja, proporcionalmente o gasto *per capita* é elevado quando comparado ao atendimento em nível primário de assistência.

Particularmente, o acompanhamento das internações hospitalares deve merecer atenção diferenciada do gestor pelo volume e variedade de recursos materiais e humanos consumidos, pela complexidade da estrutura dos serviços hospitalares e, pela possibilidade de o gestor reestruturar a atenção básica para a prevenção e controle de doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatorios, enfim, monitorar os dados das internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema de saúde local.

Sintetizando, acreditamos que valorizar resultados de programas com critérios epidemiológicos e o uso adequado de recursos tecnológicos disponíveis são passos importantes na consolidação do SUS com uma possível mudança na organização modelo vigente. Ainda há um longo caminho a ser percorrido visto que as normativas ministeriais existentes apresentam de modo bem detalhado as questões de financiamento, gestão e produção de serviços, em detrimento da ênfase a avaliação de impacto em indicadores epidemiológicos e de uso dos recursos tecnológicos disponíveis para serem incorporados à atenção à saúde. Diante desta realidade, no próximo capítulo, discutiremos sobre aspectos da gestão e financiamento do SUS, mais particularmente das internações hospitalares.

2.2 Gestão e financiamento da produção de internações hospitalares: processos de decisão, avaliação e sistemas de informações.

A assistência hospitalar, mais especificamente as internações, semelhante aos procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade, representam importante segmento produtivo do setor saúde. Envolve ações peculiares do atendimento especializado, mobilizando um aparato tecnológico importante, do qual decorre um consumo significativo de recursos financeiros direcionados tanto para custeio de materiais de consumo, equipamentos, medicamentos, entre outros, os quais são rapidamente incorporados ao processo de trabalho, como para o custeio de recursos humanos, contemplando não apenas a dimensão quantitativa, mas também aquela relativa à formação e qualificação.

Assim, considerando a produção de internações hospitalares no âmbito do município como objeto de investigação, consideramos que na perspectiva do processo de reorganização do sistema local de saúde, as normativas que vêm sendo implementadas, desde a NOB/93 até a recente NOAS 01/02, definem e delimitam o papel a ser desempenhado pelo gestor local no que diz respeito às ações desenvolvidas na área hospitalar e respectivo financiamento.

Os gestores do SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados, o político e o técnico. O político está relacionado ao exercício da gestão voltada para o interesse público e para a concretização da saúde como direito de cidadania. A atuação técnica caracteriza-se pelo exercício de funções relativas a formulação de políticas/planejamento de ações, financiamento do sistema, coordenação/regulação/controle/avaliação de serviços e prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

Entre outras atribuições, cabe ao gestor municipal, o *“controle da oferta de serviços sob sua gestão, acompanhando a execução da programação físico-financeira das unidades sob sua gestão”* (Regina e Campos Filho, 2002 p. 80). Os autores referem ainda que é competência deste gestor a coordenação dos mecanismos de regulação assistencial dos serviços sob sua gestão; *“a definição das necessidades de contratação complementar de serviços privados; a avaliação da satisfação dos usuários com as ações e serviços do SUS e a disponibilização à*

sociedade do resultado das avaliações para aprimoramento do controle social do SUS". (REGINA e CAMPOS FILHO, 2002, p. 80).

Em síntese, cabe ao gestor acompanhar, controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da execução das ações de saúde realizadas no sistema local de saúde bem como dos resultados no atendimento às necessidades da população.

Podemos entender que o conjunto de ações previstas para o gestor local é transversalizada por processos permanentes de decisão e de avaliação, sustentados em dados/informações produzidos e organizados de forma sistematizada pelos setores competentes para tal. Estes por sua vez necessitam contemplar as necessidades de saúde da população, a oferta de serviços, tecnologias e recursos, adequando aspectos epidemiológicos aos técnicos e políticos.

A tomada de decisão requer vínculo ao processo de planejamento e avaliação. Processos decisórios que não se pautam em avaliações tendem a esvaziar-se em suas finalidades e objetivos (MEDINA et al., 2000).

Portanto, a tomada de decisão pelo gestor local, 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 sócio-demográfico e epidemiológico da população, a capacidade e condições técnico-operacionais dos serviços hospitalares, sejam eles próprios, conveniados ou contratados, a qualificação de seus profissionais, dentre outros. Estes elementos exigem que a gestão local produza e aproprie-se de um conjunto de informações que efetivamente venham subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas no espaço do município.

As considerações expostas acima permitem-nos evidenciar que na gestão de um sistema de saúde local, os processos decisórios deveriam ocorrer fortemente articulados àqueles de planejamento avaliação, sustentados em sistemas de informação apropriados.

A informação não é algo abstrato, ela só adquire significado à medida que atende ao agente de decisão, que deve ter uma crítica interpretativa dos fatos, revertendo-a em ações concretas, resolutivas aos problemas de saúde no local onde tenham sido geradas (PAIVA, 2000).

A informação em saúde é, portanto "*um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde*" (CARVALHO e EDUARDO, 2002, p. 1).

A disponibilidade de informações em saúde pressupõe a existência de sistemas de informação que, segundo o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa, servem para coletar, processar, analisar e transmitir informações necessárias para organizar e operar serviços de saúde. Eles têm o propósito de selecionar dados pertinentes aos serviços, transformando-os em informações necessárias para o processo decisório; são instrumentos usados a serviço de determinada política, respondendo a interesses e práticas institucionais (MORAES, 1994).

Quando se aborda as decisões a serem implementadas pelo gestor local no âmbito da produção de internações hospitalares, um dos aspectos ainda considerados críticos é o financiamento. Para melhor compreensão desse aspecto é fundamental retomar as normativas do Ministério da Saúde.

Há que se destacar inicialmente os pontos positivos das NOB/NOAS quanto a normatização da implantação do SUS. No entanto, algumas limitações persistem no que se refere ao financiamento, tanto do ponto de vista da suficiência dos recursos, uma vez que não há previsão de novas fontes de recursos financeiros; da forma de distribuição destes entre as esferas de governo, como a indefinição dos instrumentos legais para transferências de recursos para o atendimento das referências.

A Lei 8142/90 e a Emenda Constitucional n.º 29/00 (Conselho, 2002), dispõem sobre o repasse de recursos financeiros e respectivos percentuais atribuídos como responsabilidade de cada esfera de governo. A legislação por si só não é suficiente para garantir o aporte necessário e a utilização adequada destes recursos, porque ainda hoje o acompanhamento sistemático da aplicação de recursos e a avaliação em saúde não são empregados rotineiramente como ferramentas da gestão em saúde.

A NOB/93 determinava como prerrogativa, para habilitar-se à condição de gestão semiplena, a responsabilidade do município pelo planejamento, controle, gerenciamento e execução da assistência em serviços de saúde próprios, conveniados e contratados. No tocante aos sistemas de informação, o requisito era a manutenção/atualização do registro e remessa de dados para os bancos de dados

nacionais, alimentando permanentemente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). A lógica do faturamento era centrada na produção de procedimentos previamente prestados nos três níveis de atenção, perpetuando um sistema de saúde centrado na doença/queixa/intervenção e não em ações preventivas. A mesma norma estabelecia que as atividades de internação fossem custeadas pelo sistema de financiamento hospitalar, utilizando como instrumentos o SIH e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O teto quantitativo de AIH era proporcional à população, sendo a cota mensal equivalente a um duodécimo de 8% dessa população. Assim, o teto financeiro para os municípios foi calculado pela multiplicação do quantitativo de AIH e o valor médio histórico da AIH no mesmo município (BRASIL, 1993).

A partir da NOB/96, a distribuição de recursos seguiu novo mecanismo. Anteriormente, para a atenção básica, o município recebia recursos pela assistência prestada aos seus munícipes seguindo a lógica do pagamento por produção. A implantação do PAB (Piso de Atenção Básica), com a transferência regular e automática de um valor *per capita* possibilitou o incremento de um modelo assistencial com ênfase na adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde, bem como aumentou o poder decisório dos gestores locais no manejo dos recursos, procurando dissociar a produção de procedimentos do faturamento dos serviços de saúde, enfatizando a atenção à saúde e não a simples realização de procedimentos e intervenções (MELAMED e COSTA, 2003).

A NOAS 01/01 ampliou o processo de descentralização, enfatizando a regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços e a busca da equidade. Definiu prerrogativas e atribuições conforme a modalidade de habilitação do município, cabendo a este, a responsabilidade pela manutenção e alimentação regular de bancos de dados nacionais sobre condições epidemiológicas (imunização, notificação compulsória de doenças e agravos à saúde); produção de procedimentos ambulatoriais e de internação de serviços próprios, conveniados, contratados, operando o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH); cadastro de estabelecimentos de saúde (CNES); além de outros bancos de dados de interesse nacional, por exemplo, Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2002a; SÃO PAULO, 2001; BRASIL, 1996a; BRASIL, 1993). e a operação do SIA e SIH-SUS.

Estabeleceu ainda que o financiamento das internações hospitalares seria feito considerando os termos pactuados na PPI, respeitando o teto financeiro de assistência de cada unidade federada, porém não sinaliza com novas fontes de recursos financeiros para a assistência à saúde (BRASIL, 2001b).

O financiamento das ações de saúde é responsabilidade das três esferas de governo, cada uma sendo responsável por assegurar os aportes de recursos financeiros para o respectivo Fundo de Saúde. O custeio da assistência hospitalar é realizado com verbas do Teto Financeiro de Assistência, tanto com valores referentes à Transferência Regular e Automática, quanto pela Remuneração por Serviços Produzidos. Os valores para pagamento são apurados através do SIH-SUS, com base nos serviços autorizados e faturados na AIH (BRASIL, 1996a).

Acreditamos que as informações encaminhadas às outras esferas de governo, além de caracterizar o panorama estadual/nacional das condições de saúde, também devem ser utilizadas no próprio município como recurso de planejamento, programação e avaliação, enfim, como uma ferramenta útil à prática de gerência e gestão do sistema municipal de saúde.

À medida que o processo de municipalização e conseqüente descentralização do sistema de saúde vem sendo efetivamente implementado, as ações de avaliação, controle e auditoria realizadas pelo município tornam-se cada vez mais relevantes, de forma a permitir uma melhor utilização/alocação dos recursos financeiros disponíveis.

Muitos dos procedimentos ambulatoriais, que deveriam ser realizados no espaço da atenção básica, acabam acontecendo no âmbito hospitalar, ou seja, em nível secundário ou terciário. O ambulatório do hospital pode passar a ser uma porta de entrada/seleção/captação de pacientes que representem internações de maior nível de complexidade e, portanto de melhor remuneração. Nem sempre o sistema local de saúde detecta esta lógica de funcionamento e interfere para adequar o fluxo dos serviços de modo hierarquizado e com equidade.

Para Gouvêa et al (1997), embora a avaliação dos serviços de saúde seja descontínua no Brasil, no sentido de garantir uso adequado dos recursos financeiros disponíveis e da qualidade da assistência, nos últimos anos esforços têm sido empreendidos no sentido de melhorar o controle exercido pelos governos sobre a produção hospitalar dos serviços conveniados/contratados ao SUS.

2.2.1 As informações sobre a produção de internações hospitalares no sistema local de saúde.

Uma das formas de organizar as informações da produção de procedimentos dos serviços hospitalares nos moldes propostos pelo SUS, foi a implantação nacional do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), a partir de 1º de julho de 1990. Posteriormente, a Portaria MS n.º 16, de 08 de janeiro de 1991, estabeleceu para o SIH/SUS a tabela de remuneração da assistência em nível hospitalar (SÃO PAULO, 2002).

As informações relativas ao SIH-SUS e a Tabela de Procedimentos do SIH-SUS são divulgadas/repasadas/atualizadas aos estados, municípios e prestadores conveniados/contratados pelo SUS através de portarias, treinamentos e da publicação de manuais relativos ao gerenciamento do sistema (por exemplo: módulo gerencial, módulo hospitalar, módulo assistencial ambulatorial), além de informes por meios eletrônicos como a Bulletin Board System – BBS - (forma de comunicação virtual com divulgação de informes específicos do setor saúde, com acesso restrito, a pessoas previamente cadastradas), Internet e, através do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde).

O SIH-SUS constitui-se de uma série de documentos, a saber: laudo para emissão de AIH (instrumento de solicitação de internação em hospitais conveniados/contratados SUS, onde consta o nome do paciente, histórico, diagnóstico médico provável, procedimento solicitado para a internação); autorização de internação hospitalar (AIH) documento que habilita a para a cobrança e a AIH simulada que permite o pagamento dos serviços de internação, constando a identificação do usuário, do hospital e dos médicos, a procedência do paciente, diagnóstico e códigos dos procedimentos realizados durante a internação e, fornece informações para gerenciamento do sistema; ficha de cadastro de estabelecimentos de saúde (FCES) que permite ao gestor coletar dados de estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos de todos os estabelecimentos de saúde; ficha de cadastro de terceiros (pessoa jurídica e pessoa física) e tabela de procedimentos do SIH/SUS (SÃO PAULO, 2002).

Com base neste conjunto de documentos, as informações de internação hospitalar são organizadas, sejam aquelas de caráter demográfico da população

atendida (a idade, sexo e diagnóstico do paciente), como aquelas que permitem verificar a compatibilidade entre o procedimento realizado e as condições estruturais, materiais e de recursos humanos do prestador de serviços de saúde (SÃO PAULO, 2002).

A tabela de procedimentos do SIH-SUS é padronizada de acordo com a classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial de Saúde (OMS). É composta por procedimentos, considerando custo, especialidade e tempo de duração (em dias) da internação do paciente. Os procedimentos podem ser organizados em grandes especialidades, por exemplo: clínica médica, obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria, pediatria, alta complexidade, Unidade de Terapia Intensiva (UTI); ou ainda detalhados em ordem numérica ou alfabética (SÃO PAULO, 2002).

As informações que constam da AIH são a fonte dos dados processados pelo SIH-SUS. Contém além da identificação (do prestador, do paciente, dos profissionais responsáveis pelo atendimento), outros dados existentes no prontuário do paciente que permitem identificar o diagnóstico, a média de permanência de internação, o código do procedimento solicitado e realizado, o qual deve ter estrita correlação com a avaliação do paciente, os exames diagnósticos realizados, alguns medicamentos utilizados, dentre outros. É possível registrar o caráter da internação (eletiva ou urgência); a especialidade (cirurgia, obstetrícia, clínica médica, paciente sob cuidados prolongados, psiquiatria, fisiologia, pediatria, reabilitação e psiquiatria em hospital dia); o(s) código(s) do(s) procedimento(s) realizado(s); o motivo de cobrança (alta, permanência, transferência, óbito); as datas de internação e alta; tipo de prestador hospitalar (público, universitário, filantrópico, privado); o diagnóstico principal, dentre outros (SÃO PAULO, 2002).

Cada internação resulta em prestação de serviços hospitalares, serviços profissionais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Estes serviços são codificados de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIH-SUS, classificados em procedimentos que são registrados na AIH em meio magnético, sendo possível incluir na mesma AIH, o procedimento principal e os procedimentos secundários realizados com o paciente. Mediante tais códigos é que será efetuada a solicitação do respectivo pagamento pelos prestadores contratados/conveniados com o SUS. Cabe ressaltar que os valores de remuneração referem-se ao conjunto do atendimento prestado durante a internação, não sendo possível ao prestador detalhar para fins de faturamento todas as ações/terapias/procedimentos

assistenciais desenvolvidos com o paciente durante a internação (SÃO PAULO, 2002).

Para Carvalho e Eduardo (2002), através da captação de dados da AIH em meio magnético, o SIH-SUS disponibiliza ao gestor, informações sobre os valores de pagamento destinados a cada hospital, as principais causas de internação, os procedimentos realizados mais freqüentemente, o tempo médio de permanência, o valor médio da AIH, a taxa de ocupação de leitos, o índice de mortalidade, a taxa de alta/óbito, dentre outros. Tais informações podem subsidiar ações de auditoria, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e, neste sentido, sustentam processos de avaliação do sistema municipal de saúde, viabilizam propostas de ações corretivas e/ou de adequação do planejamento local.

Sintetizando o fluxo de documentos do SIH, temos que, após um atendimento médico no qual seja detectada a necessidade de internação do usuário é emitido um laudo médico para solicitação de internação, este é enviado ao órgão emissor de AIH (setor de avaliação e controle), onde é feita uma verificação prévia do laudo, em não havendo incorreções é emitida a AIH e enviada ao prestador; o médico auditor realiza "in loco" a verificação do prontuário do paciente, analisando a adequação entre o código de procedimento solicitado e o realizado, fazendo o reenquadramento caso seja necessário; em seguida, o prestador registra em meio magnético os dados referentes ao atendimento prestado em cada internação; além disso, em programa disponibilizado gratuitamente pelo DATASUS consolida as informações de todas as outras internações SUS ocorridas no estabelecimento, gerando um disquete que será enviado ao setor de avaliação e controle para fins de faturamento; o disquete será validado pelo setor de avaliação e controle, que também unifica os disquetes de todos prestadores, enviando os dados ao DATASUS para processamento. O DATASUS realiza as críticas dos dados recebidos, sendo possível aprovar as AIH, gerando as fitas de crédito aos prestadores, enviando-as ao Ministério da Saúde; ou, rejeitar as AIH devolvendo-as para o gestor para providenciar adequações e, executa relatórios para o gestor e para os prestadores (SÃO PAULO, 2002).

Embora as informações sejam enviadas ao MS por meio eletrônico, os documentos comprobatórios devem ficar disponíveis no hospital conveniado/contratado pelo SUS e no setor de avaliação e controle municipal para consulta, controle e auditoria pelos níveis estadual e federal.

Assim, o SIH-SUS disponibilizado pelo MS através do DATASUS, pode ser

utilizado pelo setor de avaliação e controle, possibilitando a organização de informações que podem subsidiar o gestor, em nosso caso específico, em nível municipal, no processo de gestão em saúde. No entanto, ainda hoje parece que o enfoque dos serviços de avaliação e controle concentra-se no aspecto contábil-financeiro, voltado para o faturamento dos procedimentos realizados pelos serviços conveniados/contratados, especialmente os hospitais; pagamento de prestadores; envio de informações de produção de procedimentos e respectivo gasto ao Ministério da Saúde, e não para organizar, avaliar e controlar o sistema de saúde como um todo.

Para Gouvêa et al (1997), os bancos de dados do SIH-SUS, embora desenhados para fins administrativos têm a vantagem de favorecer a avaliação, por conterem grande volume de informações que, a baixo custo, são geradas e disponibilizadas próximas à ocorrência da internação/procedimentos. Entretanto, este conjunto de informações não é suficiente para caracterizar e distinguir os pacientes conforme níveis diferenciados de gravidade.

Os bancos de dados assistenciais (SIA e SIH) são fontes importantes que podem fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional, e subsidiar o planejamento e a definição de prioridades. No Brasil, embora estes bancos de dados disponibilizem grande número de variáveis referentes às ações da assistência à saúde, ainda não são adequadamente explorados (SÁ et al, 2001).

Na vivência profissional temos observado que há uma subutilização dos recursos disponibilizados por estes sistemas, que a nosso ver, decorre da dificuldade de incorporação desta ferramenta – informação - ao processo de gestão do que propriamente pela precariedade do sistema de informação.

O pagamento dos serviços hospitalares realizados pelos prestadores conveniados/contratados pelo SUS advém de recursos do Fundo Municipal de Saúde que recebe repasse financeiro mensal do Fundo Nacional de Saúde. Este montante de recursos foi determinado à época do processo de habilitação dos municípios à gestão semiplena, conforme as exigências da NOB/93. O quantitativo físico e financeiro para internação nos municípios foi negociado de acordo as condições de oferta de serviços, demanda e série histórica de produção. Desde a época da habilitação até o momento, o teto financeiro dos municípios praticamente não foi recomposto, embora procedimentos tenham sido incluídos à tabela SIH/SUS e novas tecnologias tenham sido incorporadas à assistência, em parte, motivadas

por mudanças no perfil epidemiológico da população.

A produção física (Nº) e financeira (R\$) de internações no Brasil tem variado ao longo do tempo, conforme apresentado no Quadro 1.

Ano	N.º internações	Valores em Reais (R\$)
2002	12.233.702	5.406.391.841,17
2001	12.227.236	5.096.155.505,04
2000	12.426.137	4.886.848.236,08
1999	12.438.376	4.733.411.101,64
1998	12.248.632	3.809.273.656,28
1997	12.351.464	3.205.852.023,26
1996	12.530.882	3.182.266.324,04

Fonte: DATASUS

Quadro 1- Produção física e financeira de internações pelo SUS. Brasil, 1996-2002

No Quadro 1, temos o quantitativo físico e financeiro de internações pagas, por ano, aos prestadores conveniados/contratados pelo SUS no Brasil. É possível perceber que o número de internações, de 1996 a 2002, tem-se mantido praticamente constante, porém há uma considerável elevação dos gastos que pode ser decorrente da incorporação do reajuste de 25% na tabela SIH-SUS ocorrida em 1998 e inclusão de novos procedimentos. Vale ressaltar que, no período, não houve ampliação de fontes geradoras de recursos financeiros para a saúde.

Ainda observando o Quadro 1, tomando 1996 como ano base, temos que a produção física de internações pagas aos prestadores conveniados/contratados pelo SUS no Brasil sofreu uma redução de 2,3%, enquanto o volume de recursos financeiros sofreu um aumento de aproximadamente 69%. Verificamos diante do exposto, uma das possibilidades de ação do setor de Avaliação, Controle e Auditoria dos municípios visto que uma de suas finalidades, diz respeito à avaliação e controle da produção e do faturamento dos prestadores de serviços contratados/conveniados ao SUS, que envolve um conjunto de atividades, em tese, essenciais ao processo de

gestão da saúde em nível local, uma vez que regulam em diferentes níveis, as ações estratégicas de planejamento e decisão.

Os conteúdos desenvolvidos até o momento sobre: os princípios, as estratégias, com destaque para, a municipalização e, os instrumentos, particularmente as Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde, com vistas à implementação do Sistema Único de Saúde; o financiamento, o sistema de informações e a gestão das internações hospitalares na esfera da gestão local de saúde constituem as bases teóricas desta investigação.

Nossa experiência de atuação em Avaliação, Controle e Auditoria, acrescida à revisão da literatura apresentada, aponta que na esfera da gestão do sistema de saúde, as ações relativas à avaliação constituem uma das principais atribuições deste setor. No entanto, parece-nos que até os dias de hoje, tais ações não ganharam a efetividade necessária, uma vez que os dados disponíveis não têm sido adequados e sistematicamente organizados, analisados e interpretados, no sentido de serem transformados em informações consistentes que possibilitem monitorar aspectos que julgamos importantes na gestão do sistema, entre eles: oferta, produtividade e resolutividade dos serviços, gastos, procedência do paciente, tipo e volume de procedimentos realizados. Além disso, paralelamente à organização destas informações é fundamental a identificação dos fatores que determinam a dinâmica da produção de internações no município.

Entendemos, portanto que entre as atividades relativas à avaliação, compete ao setor de Avaliação, Controle e Auditoria, o processamento rotineiro dos dados de Autorização de Internação Hospitalar - AIH no que diz respeito a: alterações da demanda por tipo de especialidade e de prestador; verificação e avaliação das flutuações da produção e pagamento dos prestadores; procedência da clientela; variações no perfil das especialidades atendidas e no perfil de pacientes atendidos em cada prestador; comparação histórica da evolução entre produção e gastos com determinadas especialidades, entre outros.

Sob esta perspectiva ampliada de atuação do setor de avaliação e controle acreditamos que seja possível responder, quantitativa e qualitativamente, a questões como: qual prestador produz determinada especialidade? Qual o volume desta produção (e respectiva variação – se está aumentando ou diminuindo)? Quanto tal produção (discriminada por serviço) consome de recursos financeiros do município? O valor médio de AIH varia entre os prestadores? Existe uma relação entre a

variação na produção de internações hospitalares no município e cada prestador? Qual a tendência dessa produção segundo cada prestador? Quais fatores/elementos podem ocasionar essa variação?

Julgamos que respostas aos nossos questionamentos poderão trazer contribuições para a sistematização adequada dos dados, respectiva análise e interpretação acerca da produção e gastos com internação hospitalar no município consolidando deste modo, um desempenho mais efetivo da DACA no que tange à avaliação e disponibilizando ao gestor local, informações relevantes para decisões na alocação e distribuição dos recursos financeiros, com vistas à melhoria da atenção à saúde da população.

A seguir delineamos os objetivos da investigação.

3.1 Geral

Estudar a dinâmica da produção de internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP, através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, nos aspectos físicos e financeiros, na série histórica compreendida entre 1996 e 2003.

3.2 Específicos

3.2.1. Descrever a produção, física e financeira, de internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no período estudado, segundo prestador e tipo de especialidade.

3.2.2. Identificar e descrever fatores/elementos que podem ocasionar variações na dinâmica da produção de internações segundo relato dos sujeitos que produzem e/ou utilizam as informações sobre internação hospitalar no município de estudo.

4.1 Tipo de pesquisa

Esta investigação, de cunho descritivo e transversal utilizou dados quantitativos, para conhecer e detalhar, a produção de internações hospitalares tomando por referência o tipo de prestador de serviço de saúde e o tipo de especialidade, identificando as variações nessa produção. Utiliza-se de dados numéricos advindos da consulta em bancos de dados oficiais.

No que tange aos dados qualitativos, a partir da tabulação dos dados quantitativos, o estudo identificou, junto a determinado grupo de sujeitos, através de entrevista semi estruturada, os fatores explicativos para possíveis alterações na produção de internações no município estudado, no período selecionado.

A pesquisa descritiva tem o objetivo principal de retratar, de modo preciso, as características de indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos (POLIT & HUNGLER, 1995).

Para Cervo; Bervain (2002), o estudo descritivo busca o conhecimento de inúmeras situações da vida sócio-política-econômica e de aspectos do comportamento humano, tanto de indivíduos quanto de comunidades, descrevendo suas características, propriedades ou relações.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos processos que não podem ser reduzidos a números, permitindo o maior aprofundamento no significado das ações e relações humanas, dimensão não perceptível pela quantificação (MINAYO, 2001).

Assim, julgamos que a utilização da estatística descritiva associada à abordagem qualitativa possibilita uma melhor compreensão do objeto sob investigação, por meio de uma ampla abordagem e exploração da temática, conhecendo assim, a dinâmica da produção de internações hospitalares, em sua dupla dimensão, qual seja: os aspectos relativos à quantidade física e os valores financeiros aplicados pelo Município nessa produção, bem como os aspectos explicativos acerca das tendências de crescimento ou não do quantitativo de

internações, na perspectiva de sujeitos que de alguma forma produzem e/ou utilizam as informações ou ainda, tomam decisões político-administrativas nesse campo específico do sistema de saúde.

4.2- Local de Estudo

4.2.1 O Município de Ribeirão Preto-SP

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município situado na região nordeste do estado de São Paulo, em 2005, com população de 534.944 habitantes que chega a 1.177.322 quando considerada a população de abrangência da DIR-XVIII (BRASIL, 2003,c).

Ribeirão Preto apresentou um intenso crescimento populacional durante as décadas de 70 e 80, tendo sido uma das poucas regiões do estado a ter apresentado um fluxo migratório positivo. A região é uma das mais ricas do estado de São Paulo, apresentando elevado padrão de vida e uma localização privilegiada próxima a importantes centros consumidores com acesso facilitado devido à boa qualidade da infra-estrutura de transportes e comunicação (Ribeirão Preto, 2001).

Destaca-se como município-sede da região e constitui-se num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, configurando-se em um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para as áreas da saúde.

A economia do município está centrada na prestação de serviços, particularmente em saúde e educação; comércio; agroindústria canavieira, indústria de equipamentos médicos-odontológicos e farmacêuticos.

O rendimento médio nominal mensal de R\$ 1.283,29 mostra-se superior ao valor médio verificado para o estado de São Paulo que é de R\$1.076,21 (RIBEIRÃO PRETO, 2001)

4.2.2 O Sistema de Saúde em Ribeirão Preto: rede de serviços, estrutura organizacional e fluxo de atendimento.

A rede municipal de saúde está estruturada na seguinte conformidade: cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sete Unidades de PSF, um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Ambulatórios de Saúde Mental e dois Centros de Referência (Saúde do Trabalhador e DST/Aids).

Para complementar o atendimento à saúde pelo SUS, o município conta com serviços de apoio diagnóstico (laboratórios de análises clínicas, patologia e imagenologia) e terapêutico (clínicas de fisioterapia, serviços de hemodiálise).

Para o funcionamento, gerenciamento, controle e organização desta rede de serviços, com unidades próprias, contratadas e conveniadas pelo SUS, a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de uma estrutura organizacional constituída pelo Secretário Municipal de Saúde e um Assistente Técnico e quatro Departamentos com suas respectivas Divisões, cada qual com seus respectivos Diretores e Chefes (Ribeirão Preto, 2001).

A representação gráfica, através de organograma, encontra-se disposta na Figura 1.

Figura 1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP, 2004.

Mais especificamente no que se refere ao setor hospitalar, o município, conta com uma rede de 11 hospitais, sendo dois hospitais públicos estaduais ambos conveniados com o SUS, os quais apresentam um significativo contingente de leitos hospitalares. O primeiro deles, atende na especialidade de psiquiatria com 245 leitos e o segundo, com 634 leitos está voltado para o atendimento terciário em todas as especialidades médicas, dispondo de uma unidade para urgência/emergência e outra para tratamento/internação de caráter eletivo. Destacamos que estes hospitais não estão sob gestão do município, mas atendem aos munícipes conforme demandas específicas, seguindo fluxo de referência estabelecido entre a gestão municipal e a regional. Para efeito de avaliação e controle estas duas instituições estão vinculadas à gerência da DIR-XVIII.

Os demais hospitais existentes no município (nove) são classificados nas seguintes modalidades: quatro privados filantrópicos e cinco privados com fins lucrativos. A SMS-RP mantém convênio/contrato pelo SUS com cinco hospitais, sendo quatro filantrópicos e um privado, totalizando 598 leitos, sendo 347

disponibilizados para o SUS, cujos serviços ambulatoriais e de internação são controlados, avaliados e auditados pela DACA.

Para o funcionamento desta rede de serviços próprios, conveniados e contratados pelo SUS através da SMS-RP é previsto um fluxo de atendimento hierarquizado e regionalizado, que parte das ações básicas disponíveis em nível ambulatorial para as ações especializadas realizadas em âmbito hospitalar. A organização do fluxo de atendimento ocorre por meio dos instrumentos de referência e contra-referência, além de existir uma Central Única de Regulação Médica (CURM) para o atendimento de urgência/emergência, implantada no início de 2000. Exclusiva para casos de urgência, a CURM tem a finalidade de a partir da disponibilidade assistencial de urgência dos hospitais do SUS no município e das demandas de atendimento de urgência, regular o fluxo de pacientes agilizando assim, o atendimento de urgência segundo as necessidades do usuário. Atualmente esta Central permanece segmentada em uma Base Operacional Municipal que é responsável pelos cinco hospitais conveniados/contratados SUS pela SMS-RP e uma Base Operacional Estadual, responsável pelos dois hospitais gerenciados pelo estado através da DIR-XVIII.

No tocante aos hospitais, antes que a internação do paciente ocorra, a Central Única de Regulação Médica deve ser acionada e, sua dinâmica de atuação varia segundo o caráter da internação, eletiva ou urgência, complexidade do caso e disponibilidade de vagas.

Em caso de internações eletivas, após o atendimento em unidades do nível secundário de atenção, o médico emite o laudo médico para emissão da Autorização Internação Hospitalar, encaminha para a Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria da SMS-RP que autoriza ou não o acesso do paciente à internação. Em caso de internações de urgência, os pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência do município, após serem estabilizados, são encaminhados para internação, cabendo ao médico responsável pela condução do caso, a solicitação de senha de internação na respectiva Central de Regulação. Tal senha, na prática, constitui-se uma atividade burocrática que não representa efetivamente controle das internações por parte do gestor, uma vez que é o hospital que de fato determina quem vai ser internado e, a seguir, solicita a senha de internação.

Conforme a complexidade do caso e/ou disponibilidade de vagas, a Central de Regulação indica a vaga em diferentes hospitais ou solicita vaga nos hospitais

sob gerência da DIR-XVIII. Identifica-se, portanto, que no município existem hospitais sob responsabilidade da SMS-RP e da DIR-XVIII que, apesar de vinculados a bases operacionais distintas, na Central de Regulação têm suas vagas disponibilizadas de modo integrado no sistema local de saúde.

Embora a conformação do sistema municipal de saúde mostre-se em consonância com os pressupostos do SUS, especialmente no que tange a hierarquização, regionalização, resolutividade e integralidade, na prática, algumas dificuldades são identificadas em relação à organização, gerenciamento e gestão da rede como um todo, as quais comprometem a eficácia, eficiência e efetividade do sistema local, entre elas: o fluxo desordenado da demanda, as invasões de pacientes de outros municípios, os contra-fluxos, os múltiplos atendimentos para o mesmo paciente sem que este consiga resolver seu problema/queixa.

Atualmente está em processo de discussão, organização e implantação um complexo regulador municipal, centralizando a regulação não apenas das internações, mas também de consultas, atendimentos especializados e exames de diagnose e terapia. Essa Central terá como finalidade reordenar o fluxo dos diferentes níveis de atenção do sistema local em um processo dinâmico de planejamento, organização, avaliação e gestão.

4.2.3 A gestão do sistema de saúde no município.

A municipalização, estratégia adotada para a implementação da descentralização, tem possibilitado ao município, exercer a gerência assistencial de suas próprias unidades e a gestão do sistema local como um todo, conforme a modalidade de gestão para a qual se encontra habilitado.

A Prefeitura do Município de Ribeirão Preto habilitou-se para a gestão semiplena do sistema de saúde em agosto de 1995. Esse processo de habilitação exigiu a adoção de uma série de medidas no tocante à estrutura física, técnica e funcional dos serviços, bem como a incorporação de certas responsabilidades relativas ao planejamento, controle, gerenciamento e execução da assistência de serviços de saúde próprios, conveniados e contratados. No tocante ao sistema de informação, o requisito para a referida habilitação consistiu na manutenção/atualização do registro e remessa de dados para bancos de dados nacionais, além de atualização permanente do Sistema de Informação Ambulatorial

(SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

A Gestão Plena do Sistema Municipal foi assumida em maio de 1998, o que tornou o município responsável pelo gerenciamento das unidades próprias ou conveniadas/contratadas que executam ações básicas, de média e de alta complexidade, em atendimentos ambulatoriais e de internação (Chaves, 2001).

Atualmente, o município continua habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal e, nesse sentido, executa e gerencia a atenção básica, desenvolvendo ações preventivas e de promoção da saúde tanto individual quanto coletiva em unidades próprias; em nível secundário, provê condições para a atenção especializada e de maior complexidade em procedimentos diagnósticos e terapêuticos em unidades próprias, conveniadas e contratadas; e, em nível terciário garante acesso a serviços de internação hospitalar contratados/conveniados. Além da assistência, no âmbito da gestão, o Município responde pela regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema local de saúde.

Ressaltamos ainda que, embora desde 1993 as Normas Operacionais determinem os papéis e atribuições de cada esfera de governo, apenas em julho de 2002 foi editada a Portaria Ministerial n.º 423, que detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível de governo no que diz respeito ao controle, regulação e avaliação, procurando, deste modo, instrumentalizar estados e municípios na organização de sistemas funcionais de saúde com vistas a garantir o acesso, a resolutividade, eficácia e eficiência aos serviços de saúde, baseada em ações de controle, avaliação e regulação das relações entre o gestor e os serviços de saúde (Brasil, 2002c).

Da habilitação à gestão semiplena até os dias de hoje, a organização do sistema local de saúde sofreu alterações, como por exemplo: a ampliação do número de prestadores conveniados/contratados e respectiva ampliação da produção dos procedimentos pelos serviços; a inclusão de dois serviços de saúde universitários ao sistema local de saúde; a implantação da estratégia de saúde da família em algumas UBS e o descredenciamento de prestadores. Essas alterações, porém, não foram seguidas de readequação estrutural, organizacional e financeira. Além disso, neste período, não houve uma recomposição do Teto Financeiro pelo Ministério da Saúde. Enfim, percebe-se hoje um momento crítico no sistema municipal de saúde nos aspectos organizacionais e de financiamento.

No período de 1996 a 2002 o município de Ribeirão Preto apresentou um

crescimento de 54,9% no quantitativo de internações com um incremento correspondente a aproximadamente 121% no volume de recursos financeiros (BRASIL, 2003 b). Este expressivo crescimento é um indicativo da importância de conhecer a dinâmica de variação desta produção com vistas a adequar o sistema local de saúde, particularmente, em relação ao fluxo, a oferta de serviços, os recursos financeiros disponíveis, ao controle e a regulação do sistema.

4.2.4 A Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria: finalidade, objetivos e o gerenciamento de internações hospitalares.

A Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA), unidade administrativa da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto, constitui-se, desde longa data, o local de nossa atuação profissional e, por esse motivo, configurou-se mais especificamente, no local em que esse estudo foi concebido e realizado.

Como parte das exigências do processo de habilitação à gestão semiplena, a Secretaria Municipal de Ribeirão Preto criou oficialmente, em fevereiro de 1996, o Departamento de Avaliação e Controle (DAC), com as seguintes finalidades: avaliar e controlar a produção e o faturamento dos prestadores de serviços contratados/conveniados ao SUS, efetuar o cadastro/contratação de serviços de saúde, implantar normas propostas pelo Ministério da Saúde, manter bancos de dados atualizados, processar o faturamento através do Sistema de Informação Ambulatorial e o Sistema de Informação Hospitalar (Ribeirão Preto, 2001).

Em 1999, face à reforma administrativa implementada na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto o DAC foi transformado em Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA). As atribuições do setor foram mantidas, porém, a subordinação hierárquica que anteriormente era direta ao Secretário de Saúde do município, passou ao Departamento de Informática, Estatística, Avaliação, Controle e Auditoria.

Desde sua implantação a DACA atua basicamente em ações analíticas e ações operativas, com as atividades sendo realizadas por quatro equipes de trabalho: equipe administrativa, equipe técnica, equipe de auditoria e equipe de informática. As atividades destas equipes tornam-se específicas e detalhadas conforme as particularidades dos serviços e tipos de procedimentos (ambulatoriais, de alto custo/complexidade, de internação) controlados e auditados.

Os dados/informações referentes ao faturamento das internações são processados através de um trabalho interligado de suas equipes, a saber:

- o setor administrativo recebe os laudos para emissão da AIH, confere informações de identificação do paciente, do médico solicitante e do procedimento solicitado; controla o saldo da cota mensal de AIH; emite a AIH; mantém arquivos das AIH emitidas e controla o prazo de validade dos lotes de AIH.

- a equipe de médicos auditores realiza trabalho "in loco" para análise do laudo para emissão da AIH verificando a adequação do procedimento solicitado, o município de origem do paciente (se está corretamente referenciado ou se há necessidade de reencaminhamento) autoriza ou não a emissão de AIH; posteriormente o prontuário do paciente em cada internação é analisado confirmando os procedimentos solicitados, bem como os exames e procedimentos feitos com o paciente no decorrer da internação e seus respectivos comprovantes; checa internações homônimas e só então autoriza o processamento da AIH pelo SIH-SUS.

- a equipe técnica realiza a supervisão dos serviços para garantir o cumprimento dos requisitos das Portarias específicas para procedimentos de internação; participa do cadastro dos estabelecimentos de saúde; atende denúncias de usuários; participa da revisão final do faturamento mensal.

- o setor de processamento de informações manuseia os dados gerados pelas três equipes acima; busca atualizar informações e atualizar programas fornecidos pelo DATASUS, via BBS, para realização do faturamento mensal; realiza a checagem dos dados apresentados em meio magnético pelo hospital submetendo-os a programas disponibilizados pelo DATASUS para o gestor local; encaminha as informações sobre faturamento ao DATASUS com cópia para a Divisão Regional de Saúde (DIR XVIII). Este é o órgão responsável pela crítica final dos dados de faturamento apresentados pelo prestador, através da SMS-RP, havendo a aprovação ou não do pagamento da AIH gerando os respectivos relatórios de crédito que são enviados ao MS e ao município; em caso de rejeição da AIH devolve, em forma de relatórios à DACA para providenciar as adequações e a elaboração de relatórios para o gestor e para os prestadores.

Atualmente, face às propostas de reordenamento da SMS-RP, está em discussão o processo de trabalho nesta Divisão, com propostas de modificação na forma de atuação, tornando-a mais integrada aos diversos setores da Secretaria,

mais ágil e interativa, desviando o foco principal de atuação das ações de faturamento da produção e voltando-se para a avaliação, controle e regulação do sistema local de saúde.

4.3 Campo da pesquisa

Foram selecionados para campo de estudo desta pesquisa cinco hospitais gerais conveniados/contratados pelo SUS através da SMS-RP, a partir do seguinte critério: instituições que apresentavam ao longo do período de estudo uma demanda expressiva de internações em pelo menos uma das quatro especialidades básicas: clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria e, por consequência, consumiam valores significativos de recursos financeiros do Teto Financeiro.

O período de estudo (1996-2003), foi escolhido porque coincide com o início da habilitação do município à gestão semiplena, quando Ribeirão Preto assumiu a responsabilidade pela gestão local do sistema de saúde, incluindo as internações nos hospitais conveniados/contratados pelo SUS.

Para iniciar o processo de pesquisa foi enviado um ofício a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Apêndice 8.1) informando os objetivos e finalidades do estudo e solicitando autorização para a realização da pesquisa.

Os dados expostos na **Tabela 1** caracterizam os hospitais que participam desta pesquisa.

Tabela 1 Hospitais gerais sob gestão municipal segundo natureza jurídica, porte e número de leitos conveniados/contratados e não conveniados/contratados com o SUS, disponíveis para internação. Ribeirão Preto - SP, dezembro/2003.

Hospital	Porte	Natureza Jurídica	Leitos SUS		Leitos não SUS		Total
			N.º	%	N.º	%	
A	Médio	Privado Lucrativo	09	3,4	108	96,6	117
B	Grande	Filantrópico	126	72,9	84	27,1	210
C	Médio	Filantrópico	109	75,9	33	24,1	139
D	Médio	Filantrópico	66	69,5	29	30,5	95
E	Pequeno	Filantrópico	37	94,7	00	5,3	37
Total			363	60,7	234	39,3	598 (100%)

Fonte: DACA/SMS

De modo resumido, a partir das informações da Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, os hospitais incluídos neste estudo podem ser caracterizados como:

- hospitais gerais, que atendem demanda espontânea e referenciada, de pacientes do SUS e de outros convênios, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e pediatria, em regime de atenção ambulatorial e de internação, com atividade auxiliar de ensino. Em termos de natureza jurídica, quatro são filantrópicos, ou seja, privados sem fins lucrativos e um é privado com finalidade lucrativa. Quanto ao número de leitos, um hospital é considerado de grande porte (de 151 a 300 leitos); três, de médio porte (51 a 150 leitos) e um de pequeno porte (até 50 leitos) (Brasil, 1999 e 2001a).

Quanto ao tipo de atendimento, no que tange ao SUS, podemos dizer que o Hospital A concentra suas atividades nas especialidades de clínica médica e cirúrgica; os hospitais B e C atendem as quatro especialidades – clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstetrícia; no hospital D, as especialidades de clínica cirúrgica e pediátrica respondem pelo maior número de internações. Estes quatro

hospitais já eram contratados/conveniados com o SUS à época que o município assumiu a gestão do sistema local de saúde. O Hospital E passou a integrar o sistema no ano de 1998, inicialmente atendendo na especialidade de obstetrícia e, disponibilizando gradativamente leitos para as demais especialidades, embora ainda hoje predominem as internações em obstetrícia.

4.4 População

A população de estudo foi constituída por todas as internações hospitalares processadas/pagas pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SIH-SUS, nos hospitais estudados, no período de 1996-2003, nas especialidades de clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria.

4.5 Definições Operacionais

A definição de termos empregados ao longo do estudo além de uniformizar a nomenclatura, facilitará a compreensão dos conceitos/discussões apresentados.

Segundo a Lei n.º 8666/93 (Brasil, 2001c) considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação. São instrumentos contratuais: termo de compromisso entre entes públicos, convênio, contrato de gestão e contrato de compra de serviços.

Na prática diária da SMS-RP, o termo contrato refere-se a documento entre a Secretaria e um serviço de saúde privado com fins lucrativos e, convênio quando se trata de uma instituição filantrópica.

Especialidade: ramo de determinada profissão ou prática especial em determinada área (Ferreira 1999).

O SIH-SUS refere-se à forma de agrupamento dos procedimentos em: cirurgia, obstetrícia, clínica médica, paciente sob cuidados prolongados, psiquiatria, fisiologia, reabilitação e psiquiatria em hospital dia.

Hospital filantrópico: entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolve atividade beneficente de assistência social e atenda os requisitos da legislação vigente da Secretaria da Receita Federal (Brasil, 2003 a).

Hospital geral: hospital destinado à prestação de assistência nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas (Brasil, 2003a).

Hospital público: órgão governamental, instituição dotada de personalidade jurídica de direito público, sujeita a controle pelo governo (Brasil, 2003a).

Hospital privado: instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio, para exploração de atividade econômica (Brasil, 2003a).

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período maior ou igual a 24 horas (Brasil, 2003 a).

Neste estudo, quando falamos em internação, nos referimos a atenção hospitalar prestada com a permanência do paciente para a realização de procedimentos relacionados na Tabela do SIH-SUS.

Média de permanência de internação: número de dias que, em média, os usuários ficam hospitalizados (Carvalho e Eduardo, 2002) .

Procedimentos: atividades terapêuticas/assistenciais realizadas com os pacientes durante a internação; na tabela SIH-SUS são listadas por códigos de procedimentos da são compostos por dígitos que indicam a especialidade, o procedimento propriamente dito e o órgão ou região anatômica (São Paulo, 2002).

4.6 Procedimentos de coleta e análise de dados

Passamos a descrever, de forma particularizada, as etapas desenvolvidas para a coleta e análise de dados.

A técnica de coleta de dados utilizada para descrever a produção física e financeira de internações hospitalares 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 adotado constou de consulta ao banco de dados referente às internações hospitalares, disponibilizado pelo DATASUS e pela DACA., o qual passamos a detalhar.

A coleta de dados das variáveis de interesse foi realizada a partir de uma fonte secundária, ou seja, bancos de dados oficiais já existentes. Através de acesso eletrônico *on line*, o DATASUS disponibiliza informações que as unidades hospitalares conveniadas/contratadas pelo SUS enviam sobre as internações faturadas em AIH e processadas através do SIH/SUS. Durante o planejamento da coleta de dados constatamos que os dados armazenados no banco de dados da DACA-SMS-RP são mais detalhados que os disponibilizados pelo DATASUS por via eletrônica digital (Internet), permitindo assim o acesso mais particularizado à produção de internações de cada prestador de interesse. Primeiramente, foram coletados dados da produção mensal de procedimentos e do respectivo pagamento autorizado para cada prestador, em seguida foram agrupados por ano e em categorias de interesse para o estudo. Nesta investigação realizamos a tabulação dos dados pertinentes às seguintes variáveis de interesse: número de internações nas especialidades de clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria para os hospitais estudados (prestador); valores monetários pagos (em reais) por prestador a cada ano; valor médio (em reais) de AIH por especialidade em cada prestador, procedência do usuário e tempo médio de internação. Esses dados foram digitados, codificados, armazenados em um novo banco de dados estruturado no Microsoft Excel.

Cabe destacar que a opção por utilizar os dados relativos às AIH pagas se justifica porque os procedimentos nela descritos já foram regulados, realizados, autorizados, auditados, passaram por críticas do sistema de informação do DATASUS e, por estarem em conformidade foram gerados relatórios para fins de pagamento; enfim, trata-se da produção realizada de acordo com o preconizado pelo SIH-SUS e efetivamente paga pelo SUS através da SMS-RP.

Para análise destes dados, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis estudadas, adotando-se distribuição de freqüências e valores médios. Os resultados estão apresentados em gráficos e tabelas. A discussão pautou-se no referencial teórico adotado, qual seja, a reorganização do sistema de saúde no município na perspectiva do SUS.

Para identificar os fatores explicativos para variações na produção de internações hospitalares adotamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi estruturada com pessoas que, no sistema local de saúde, de alguma maneira produzem e/ou utilizam as informações pertinentes às internações hospitalares para fins de avaliação, auditoria, controle e tomada de decisão quanto à distribuição de AIH e alocação de recursos financeiros.

Com base nesses critérios, os sujeitos entrevistados foram: representantes de usuários no CMS, prestadores de serviços de saúde, gestores (municipal e estadual), médicos da DACA que desempenham a função de auditores e representante administrativo da SMS-RP.

A seguir detalhamos cada uma das categorias de sujeitos, explicitando a justificativa para sua inserção na pesquisa.

Os conselheiros municipais de saúde, representantes dos usuários de serviços de saúde, representam os cidadãos para os quais o SUS está direcionado e apresentam algum grau de decisão e/ou de participação nas decisões do Conselho. Os conselheiros foram identificados através de contato com a secretária do Conselho Municipal de Saúde, que nos forneceu o nome e telefone de contato destes representantes à época das entrevistas.

Quanto aos prestadores de serviços de saúde (hospitais), optamos por entrevistar o sujeito que hierarquicamente ocupasse a posição de maior nível decisório na instituição no setor administrativo, particularmente no tocante ao monitoramento da produção e respectivo faturamento. Acreditamos que este setor dos hospitais congrega as informações gerenciais, financeiras e clínicas, pressupondo que os responsáveis por este setor apresentam um conhecimento mais detalhado acerca da produção de internações, dos respectivos recursos financeiros provenientes dessa produção e dos fatores relacionados à sua variação.

Entre os gestores elencamos o Secretário Municipal de Saúde e o Diretor Regional de Saúde em razão do poder hierárquico para tomada de decisões sobre o sistema de saúde loco-regional.

Os médicos da DACA que desempenham a função de auditores foram selecionados porque têm a atribuição de controlar e auditar as AIH, interferindo diretamente na produção de internações dos hospitais.

A chefia da Divisão de Planejamento foi selecionada como sujeito por entendermos que o acompanhamento e monitoramento das internações hospitalares

constituem um dos aspectos fundamentais no processo de planejamento do sistema local de saúde.

Assim, com base nos critérios e justificativas apresentadas, foram selecionados para entrevista 18 sujeitos, a saber: dois gestores, cinco representantes dos prestadores de serviços de saúde, seis representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde, quatro auditores da SMS-RP e um representante da Divisão de Planejamento da SMS-RP.

A entrevista foi conduzida por um roteiro e ilustrada por uma vinheta.

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 & HUNGLER, 1995).

Minayo (2001) afirma que como resultado de uma entrevista obtêm-se dados objetivos que podem ser coletados também através de documentos e, dados subjetivos que contemplam aspectos como crenças, valores, sentimentos e opiniões dos entrevistados.

Para Peduzzi (1998) a entrevista se fundamenta na exploração de questões previamente definidas pelo pesquisador, combinadas com dados novos produzidos no processo de investigação, particularmente no próprio momento da entrevista.

Segundo Polit e Hungler (1995) a vinheta é uma breve descrição de um evento ou situação a que respondentes são solicitados a reagir.

Neste estudo, as vinhetas utilizadas nas entrevistas foram construídas a partir dos resultados obtidos para as variáveis de interesse e apresentadas sob forma de gráficos, que ilustravam ano a ano, a produção física e financeira de internações hospitalares, possibilitando aos sujeitos visualizarem um panorama ampliado da situação ao longo do período de estudo. Este recurso visual, juntamente com as questões do roteiro da entrevista, favoreceu e facilitou a expressão de possíveis explicações para a variação na produção de internações.

O roteiro de entrevista foi submetido à validação aparente e de conteúdo. Segundo Lobiondo-Wood e 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. Os validadores foram quatro profissionais peritos na temática, um médico

e três enfermeiras e, após suas análises foram feitos os ajustes necessários ao instrumento de coleta de dados.

Após a validação o instrumento foi submetido a um pré-teste, com atores envolvidos no sistema local de saúde e que não seriam sujeitos do estudo definitivo, que permitiu verificar na prática, a forma de utilização do roteiro, a possível flexibilização de perguntas respondidas antecipadamente pelo entrevistado e/ou a necessidade de detalhar perguntas para facilitar o entendimento, de modo a viabilizar uma melhor interação entre entrevistador e entrevistado.

Após esse processo, o conjunto de documentos utilizado para entrevista ficou assim constituído: folha de orientação ao entrevistado (Apêndice 8.2), roteiro para entrevista (Apêndice 8.3), vinheta com gráficos (Apêndice 8.4) e termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 8.5).

O roteiro de entrevista compõe-se dos seguintes itens:

Identificação do entrevistado quanto à função e cargo ocupado, mês e ano de nascimento, formação acadêmica e tempo de exercício no cargo. Estes aspectos foram válidos para todos os entrevistados

Questões que permitem ao sujeito identificar crescimento e/ou redução (variação) na produção física e financeira de internações geral e por especialidade, em cada hospital estudado no período de 1996 a 2003; 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. As questões e respectivas vinhetas foram adaptadas de acordo com a categoria do entrevistado, conforme descrito a seguir.

No início de cada entrevista houve a apresentação pessoal da pesquisadora que detalhou os objetivos da pesquisa, a dinâmica da entrevista, a possibilidade de interrupções e questionamentos. A seguir, o entrevistado recebeu uma folha de orientação e o termo de consentimento livre e esclarecido. A entrevista propriamente dita iniciou-se com a identificação do sujeito, seguida da apresentação dos gráficos sobre a produção física e financeira de internações hospitalares processadas/pagas pelo SUS, no município, no período de estudo. Foi solicitado a cada sujeito que observasse os gráficos, pelo tempo que julgasse necessário e, em seguida, foram apresentadas as questões do estudo. Os gráficos apresentados para os gestores, médicos auditores, representantes de usuários e representante administrativo da

SMS-RP referiam-se à produção física e financeira de todos os serviços estudados. Quanto aos prestadores de serviços de saúde (hospitais), optamos por apresentar gráficos exclusivamente com a produção física e financeira de seu próprio serviço para evitar comparações entre serviços, distorcendo o objetivo da entrevista/pesquisa.

As entrevistas, todas gravadas, foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora, no mês de dezembro de 2004, 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, os procedimentos durante a entrevista, garantia de sigilo de informações que permitissem sua identificação, assim como disponibilização de acesso aos resultados da pesquisa. Todos aquiesceram em participar no estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Interessante destacar que, entre os entrevistados de todos segmentos, houve receptividade e boa vontade em colaborar com a pesquisa.

À medida que as entrevistas eram realizadas, a pesquisadora transcrevia os relatos na íntegra; procedia à conferência do texto com as gravações para reproduzi-las do modo mais fidedigno possível assegurando todas as características do depoimento do entrevistado e, em seguida, editou-as, excluindo vícios de linguagem e as falas que pudessem identificar pessoas e/ou instituições.

Os depoimentos foram analisados segundo a análise de conteúdo que *“é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”* (Minayo, 2001, p.200)

Para a autora, várias técnicas podem ser empregadas para atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, por exemplo: Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise de Enunciação e Análise Temática.

Optamos pela Análise Temática que segundo Bardin (1979, p. 105) *“consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido”*.

A análise dos dados iniciou-se com o processo de impregnação, com leitura exploratória, vertical e exaustiva do material até haver domínio de todo o conteúdo de uma mesma entrevista, permitindo elencar as percepções do sujeito retomando os objetivos iniciais da pesquisa e o contexto da fala do próprio sujeito.

Após a leitura vertical, centrada nas particularidades de cada entrevista, procedemos à leitura horizontal do conjunto dos relatos, que permitiu estabelecer relações entre os depoimentos. Nesse processo de leitura horizontal, no qual configura-se a visão de cada sujeito de pesquisa sobre a produção de internações hospitalares, buscamos identificar aspectos recorrentes, contraditórios, antagônicos e o significado que adquirem nestes contextos.

Durante o processo de leitura vertical e horizontal das entrevistas, pudemos identificar núcleos temáticos que foram analisados à luz do quadro teórico de referência.

Na etapa seguinte, elaboramos a síntese da análise de cada relato, identificando aspectos pertinentes aos núcleos temáticos e, finalmente procedemos à síntese da análise do conjunto de relatos.

Assim, após o desenvolvimento de todo o processo de análise explicitado acima, emergiram os núcleos temáticos, os quais constituíram-se nos fatores explicativos sobre a dinâmica da produção de internações nos hospitais conveniados/contratados pelo SUS no município, no período estudado, na visão dos sujeitos entrevistados.

4.7 Procedimentos éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Inicialmente foi enviado um ofício a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto informando os objetivos e finalidades do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa.

De posse da resposta autorizando o desenvolvimento da pesquisa o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP (Apêndice 8.6).

Foi elaborado o termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos da pesquisa, tendo sido explicado individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa.

5 - Resultados e Discussão

5.1 A dinâmica da produção de internações hospitalares em Ribeirão Preto

A produção de internações hospitalares é um evento dinâmico e complexo, porém, passível de ser quantificado e detalhado segundo alguns aspectos como especialidade, tipo de prestador, dentre outros.

Os dados quantitativos, oriundos das informações constantes em AIH processadas/pagas pela SMS-RP, com base no SIH-SUS para o período de 1996 a 2003, permitiram caracterizar a produção de internações para os prestadores estudados em cada ano, segundo: número de internações efetuadas; procedência dos usuários internados; tempo médio de internação; valores monetários (em reais) pagos; número de internações por especialidade médica e valor médio de AIH (em reais) por especialidade. Articulamos em cada um destes aspectos analisados, os dados qualitativos obtidos junto aos sujeitos entrevistados, com o intuito de complementar e ampliar a compreensão acerca dos fatores explicativos para possíveis alterações sobre a produção de internações.

A análise foi desenvolvida à luz do referencial teórico desta pesquisa: as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, em especial, a NOB-SUS 01/96 e a NOAS 01/01, o financiamento, o sistema de informações, a gestão das internações hospitalares vigente.

5.1.1. Aspectos físicos da produção de internações

Os resultados apresentados a seguir detalham a produção de internações no município em seu aspecto físico. A população de estudo foi constituída por 160.612 internações processadas/pagas pela SMS-RP aos hospitais estudados, com base no SIH-SUS e, distribuídas nas especialidades de clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria, no período de 1996-2003.

Para fins de remuneração cada internação corresponde a uma AIH, que representa uma unidade de pagamento e não um usuário, já que este pode

apresentar ao longo do período, várias internações e para cada uma delas haverá uma AIH correspondente. Portanto, AIH significa exatamente o quantitativo de unidades de pagamento efetuado pelo SIH-SUS e não o de usuários internados.

A internação em cada hospital se faz conforme a capacidade operacional; disponibilidade de vagas; especificidades na estrutura de atendimento de cada hospital e da conformação do sistema de saúde loco-regional; demanda dos usuários que pode ser espontânea, particularmente nos casos de urgência ou, referenciada com fornecimento de senha e indicação de vaga pela Central Única de Regulação Médica.

Na Tabela 2 e Figura 2 apresentamos a distribuição das internações efetuadas nos cinco hospitais no período de estudo.

Tabela 2 Produção física de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Ano	Hospital										Total
	A		B		C		D		E		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
1996	1512	9,54	4916	31,03	5748	36,29	3663	23,12	0	0,00	15839
1997	429	3,12	4917	35,86	5370	39,16	2995	21,84	0	0,00	13711
1998	563	3,41	4680	28,38	5714	34,65	3505	21,25	2027	12,29	16489
1999	557	2,90	5890	30,67	6031	31,40	3702	19,27	3023	15,74	19203
2000	516	2,33	8005	36,24	7136	32,31	3640	16,48	2788	12,62	2085
2001	376	1,59	8689	36,82	7311	30,98	4168	17,66	3054	12,94	23598
2002	307	1,22	8965	35,88	8495	34,00	4171	16,69	3046	12,19	24984
2003	216	0,87	9432	38,18	7354	29,76	4320	17,48	3381	13,68	24703
Total	4476	2,78	55494	34,55	53159	33,09	30164	18,78	17319	10,78	160612 (100%)

Fonte: DACA SMS-RP

O gráfico abaixo permite uma melhor visualização da variação da produção das internações, evidenciando que a dinâmica é diferenciada entre prestadores e a cada ano de estudo.

Figura 2 Produção física de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Verificamos que no período de 1996 a 2003 a SMS-RP remunerou um total de 160.612 internações, havendo no período, um aumento global da ordem de 55,96 % de AIH. Observamos que este incremento de produção ocorre de maneira distinta entre prestadores e a cada ano.

Com exceção do Hospital A, nos demais hospitais, no período de 1998 a 2002, foi crescente a freqüência de internações. No ano de 1998 houve a inclusão do Hospital E no sistema de saúde local, inicialmente estruturado para atender apenas casos de obstetrícia e, posteriormente, foram alocadas neste serviço outras especialidades, dentre elas, clínica médica, cirúrgica e pediátrica. A inserção deste novo hospital levou a uma reordenação de leitos de obstetrícia nos demais prestadores, particularmente no Hospital C.

Ainda na Tabela 2 observamos que o Hospital A apresentou, ao longo do período, expressiva diminuição na produção de internações (-85,9%), enquanto o Hospital B teve acentuado aumento (91,3%); os Hospitais B e C, ambos filantrópicos,

concentraram cerca de 2/3 das internações pelo SUS no período, uma vez que a capacidade instalada desses dois hospitais totaliza 70,8 % de leitos disponíveis para o SUS sob gestão municipal.

Embora no período se observe um incremento de aproximadamente 56% no número de internações pagas nos hospitais estudados, a população do município de Ribeirão Preto e da DIR XVIII teve crescimento de 15,7 % e 14,5 % respectivamente (BRASIL, 2005).

No Brasil, de 1996 a 2003, a produção física de internações pagas aos prestadores conveniados/contratados pelo SUS sofreu uma redução de 3,47%, neste mesmo período a população teve um crescimento de 12,6%; no estado de São Paulo, no mesmo período, houve uma redução de 3,86 % na produção física de internações pagas pelo SUS (BRASIL, 2003b).

Sá et al (2001), em estudo analisando, a partir de dados levantados do SIA-SUS e SIH-SUS, a produção de serviços ambulatoriais e de internação no município de Maceió constataram que no período de 1995 a 1998 as internações hospitalares sofreram um decréscimo. A relação de internações por habitante foi reduzida, provavelmente em razão do incremento de ações preventivas e de assistência básica, da implantação de maior controle e avaliação de AIH no município reduzindo o número de internações desnecessárias.

Em diversos países do mundo observa-se uma redução no número de leitos hospitalares decorrente de uma política de contenção de custos, melhor gerência, aumento dos limiares da atenção ambulatorial e o incremento de novos pontos de atenção intra e extra-hospitalares. No Brasil, a municipalização teve como aspecto positivo o controle e avaliação em nível local, que dentre outros resultados provocou o incremento dos gastos ambulatoriais, perante os hospitalares, a restrição de internações psiquiátricas de longa duração e a diminuição do número de AIH emitidas (MENDES, 2001),

Oliveira et al (2004) investigando os efeitos de fatores ambientais no padrão de internação dos municípios brasileiros, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), evidenciou que são fatores que aumentam a probabilidade de internação: a disponibilidade de leitos, a oferta de atenção básica que possibilita melhor acesso ao sistema de saúde, a capacidade instalada de leitos para internação local. Entre os fatores que diminuem a probabilidade de internação o autor aponta a renda familiar *per capita* mais elevada, residência em municípios

mais populosos e necessidade de percorrer grandes distâncias para acesso a internações.

Embora os estudos referidos acima e os dados relativos ao Brasil e ao estado de São Paulo, para o período estudado, apontem diminuição de internações, esta atividade vem crescendo em Ribeirão Preto.

No sentido de melhor compreender esse comportamento diferenciado do município, buscamos nos depoimentos dos sujeitos que no âmbito do sistema local de saúde, produzem e/ou utilizam as informações pertinentes às internações para fins de avaliação, auditoria, controle e tomada de decisão, identificar fatores que explicassem as variações encontradas na produção da referida atividade.

O tempo de duração de cada depoimento foi variável, delimitado no decorrer da própria entrevista, que era finalizada quando todos itens do roteiro haviam sido contemplados. As entrevistas totalizaram 12 (doze) horas de gravação, com duração média de 45 minutos cada.

Inicialmente caracterizamos os entrevistados quanto à idade, escolaridade, função, tipo e tempo de representação exercida no contexto da pesquisa (Figura 8).

N.º	Idade	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Representação no sistema local no contexto da pesquisa	Tempo de exercício na representação
E1	41	Superior completo	Enfermeira	Chefe Divisão Planejamento	3 anos e 6 meses
E2	41	Nível médio completo	Autônomo	Representante Usuário no CMS	3 anos e 6 meses
E3	41	Nível fundamental incompleto	Secretária	Representante Usuário no CMS	4 anos
E4	54	Nível médio completo	Líder comunitário	Representante Usuário no CMS	2 anos
E5	48	Nível médio completo	Aposentado	Representante Usuário no CMS	2 anos
E6	49	Superior Completo	Médico	Secretário Municipal de Saúde	6 meses
E7	54	Nível médio completo	Aposentada	Representante Usuário no CMS	4 anos
E8	23	Superior Completo	Administrador de Empresa	Coordenador Administrativo.	2 anos
E9	48	Superior Completo	Biomédico Administrador de Empresa Advogado	Gerente administrativo e financeiro	19 anos
E10	66	Superior Completo	Farmacêutico	Diretor Regional de Saúde	12 anos
E11	57	Superior Completo	Administrador de empresa	Administrador Hospitalar	8 anos
E12	39	Superior Completo	Médico	Auditor SMS-RP	8 anos
E13	45	Superior Completo	Médico	Auditor SMS-RP	9 anos
E14	51	Superior Completo	Dentista Médico	Diretor Administrativo	5 anos
E15	44	Superior Completo	Médico	Auditor SMS-RP	8 anos
E16	49	Superior Completo	Biomédico	Gerente Administrativo	5 anos
E17	48	Nível médio completo	Autônomo	Representante Usuário no CMS	6 meses
E18	54	Superior Completo	Médico	Auditor SMS-RP	8 anos

Figura 3 Caracterização dos sujeitos estudados, segundo número da entrevista, idade, escolaridade, função, tipo e tempo de representação exercida no contexto da pesquisa. Ribeirão Preto-SP, 2004.

A idade dos entrevistados variou entre 23 e 66 anos; quanto à escolaridade, apenas os representantes dos usuários não dispunham de curso superior completo; o tempo de exercício na representação no sistema local de saúde no contexto da pesquisa variou de seis meses a 19 anos.

Dentre os representantes dos hospitais a idade variou entre 23 anos e 57 anos, todos com formação completa em cursos superiores, o tempo de exercício do cargo na instituição variou de dois a 19 anos, sendo que do total, quatro deles estão no cargo há mais de cinco anos. Em uma instituição com as peculiaridades e complexidades do hospital a formação escolar, o tempo de experiência no cargo e a idade dos sujeitos são fatores que contribuem positivamente, para exercício de cargo de chefia/coordenação administrativa, de condição na qual incluímos a maioria dos entrevistados.

O gestor local apresenta experiência anterior de gestão no sistema local de saúde, ou seja, atuou em outras administrações municipais. À época da entrevista ocupava o cargo de secretário municipal de saúde há apenas seis meses. Cabe esclarecer que há cerca de três anos e meio participava da gestão local como assistente do secretário de saúde, vindo a sucedê-lo após seu afastamento em razão de problemas de saúde e posterior óbito. Deste modo consideramos que embora o tempo de exercício no cargo propriamente dito fosse pequeno havia um conhecimento prévio do sistema local de saúde.

Quanto aos médicos da DACA que exercem a função de auditores, esclarecemos que no município não existe cargo/função de médico auditor, trata-se de médicos que foram capacitados tecnicamente para atuar na função de auditor. Totalizaram quatro entrevistados trabalhando em auditoria na SMS-RP há um tempo que variou entre oito e nove anos.

Não foi incluído entre os sujeitos do estudo representante da chefia/direção da DACA, porque o chefe desta Divisão, à época, da realização das entrevistas estava desenvolvendo suas atividades em outro setor da SMS-RP e, a Diretora afastada, em licença saúde, cabendo diretamente ao secretário municipal de saúde responder pela chefia do local.

Os cinco representantes dos usuários entrevistados apresentaram idade variando de 41 a 54 anos e tempo de exercício na representação entre dois e quatro anos.

Nos depoimentos dos entrevistados, diversos fatores foram apresentados como explicações para a variação da produção física de internações. Um deles diz respeito a mudanças na **estrutura demográfica**² da população no município.

“O aumento da população consequentemente leva ao aumento de internações, porque cada um busca sua melhor condição de vida. A população de Ribeirão Preto em 1986 era de 348 mil habitantes e hoje, em 2004, é quase 600 mil habitantes. Eu acho que a gente fazendo uma análise estatística vê que automaticamente aumenta a demanda por internações hospitalares e a procura dos hospitais.” (E 9)

“A população mais idosa hoje está em um aumento crescente aqui em Ribeirão Preto, a expectativa de vida aqui no município é muito elevada fazendo com que o idoso, pessoas acima de 60 anos tenham uma internação muito mais freqüente, a maior fragilidade do idoso ou alguma coisa desse sentido”. (E 10)

“Eu acho este aumento na parte física estranho...a população de Ribeirão Preto não dobrou neste período”. (E 15)

“É... a gente observa um aumento das internações de 1996 a 2003, a gente também percebe que a população está envelhecendo; em nosso município aumentou a expectativa de vida da população e então isso causa uma maior intensidade de internações hospitalares; quanto ao gestor vários processos se iniciaram como a discussão em relação ao atendimento da rede básica do município para atender esta demanda” (E 1)

As falas acima são de profissionais envolvidos com a condução do sistema de saúde local, o gestor municipal e regional, os médicos auditores da DACA e o representante do setor de planejamento da SMS-RP e, enfocam que o crescimento populacional ao mesmo tempo é uma justificativa e um questionamento para explicar o aumento das internações. Para alguns, o envelhecimento e o aumento absoluto da população são fatores que explicam este aumento embora um dos entrevistados, observando as tabelas e gráficos que lhe foram apresentados, comente que no período a população não cresceu na mesma proporção que as internações.

No período de estudo, a população do município teve um crescimento de 15,7%. Considerando a população de abrangência da DIR XVIII, o crescimento foi

² Os fatores/temas explicativos para o crescimento da produção de internações na opinião dos entrevistados são apresentados em negrito.

de 14,5% e, a produção de internações no período, teve um incremento de 56%; portanto, variação percentual muito superior àquela da população (BRASIL, 2003 b).

No município de Ribeirão Preto, em 1996, a proporção de pessoas menores de 15 anos era de 26,35% e, em 2003, de 24,56%. O percentual de pessoas com mais de 60 anos, em 1996, estava em torno de 9,35% da população e, em 2003, passou para 10,13%. Os dados indicam uma tendência à diminuição da natalidade e ao aumento da proporção de idosos (BRASIL, 2003 b).

Até a década de 60 do século passado, o país apresentava um crescimento homogêneo entre os segmentos jovem, adulto e idoso, mas, na década de 70, estas proporções começaram a mudar. Para o período de 1980 a 2020, há uma previsão que a proporção de crianças diminuirá e, aumentarão os segmentos de adultos e idosos, constatando-se um processo de envelhecimento contínuo da estrutura etária da população (PEREIRA, 2002).

Um outro fator explicativo para o aumento das internações hospitalares, segundo os entrevistados, diz respeito ao **caráter de universalidade** do SUS, como ilustram os recortes abaixo:

“As pessoas tinham plano de saúde e ficaram sem porque houve algumas mudanças nos planos de saúde privados e as pessoas ficaram impossibilitadas de ficar adimplente e passaram do sistema privado para o sistema público isso deve ter sido um grande impacto também”. (E 13)

“Hoje o pessoal de plano de saúde estão indo para o SUS, teve um incremento maior no número de pessoas que estão usando o SUS”. (E15)

“Os convênios médicos têm aumentado, muitos desses valores as pessoas tem saído dos seus convênios e vindo para a rede pública, o SUS.” (E 17)

A crise financeira tem levado ao aumento da procura por serviços públicos. Interessante destacar que as falas evidenciam a dificuldade financeira para arcar com os gastos com planos de saúde como responsável pelo incremento da procura pelo SUS refletindo-se no aumento da produção de internações.

Em que pesem as dúvidas quanto as limitações, dificuldades e desafios para efetivar o princípio da universalidade acreditamos que uma significativa parcela da população, anteriormente excluída do sistema de saúde, teve garantido acesso aos

serviços, inclusive em razão da expansão de cobertura da rede assistencial, situação esta que pode explicar parte do aumento da produção de internações hospitalares.

O direito à universalidade previsto pela Constituição de 1988, por si só, não é suficiente para propiciar ao cidadão adequada cobertura e acesso aos serviços de saúde. É preciso prever condições, fluxos e redes para atendimento das demandas da população e, para tanto, a regionalização e hierarquização são os princípios que norteiam a organização dos serviços assistenciais.

A partir do diagnóstico de saúde da população de uma área delimitada, a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além da atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Deste modo, o usuário que tiver necessidade de atenção à saúde em regime de internação tem uma referência hospitalar que é utilizada segundo um fluxo loco-regional e as especificidades da condição de saúde do indivíduo.

A regionalização e hierarquização do sistema implicam em um aporte suficiente de recursos financeiros/materiais e uma política de recursos humanos que considere a observância de pontos como a explicitação/utilização de sistema de referência e contra-referência, a coordenação/integração entre instituições, a utilização adequada de informações, a adoção de avaliação/supervisão de atividades, a participação de usuários e a seleção de tecnologias conforme o nível de complexidade do atendimento de cada serviço (PEREIRA, 2002).

Para a utilização adequada e racional destes níveis de complexidade é necessário estabelecer um fluxo loco-regional para atender as necessidades dos usuários de maneira organizada. Fluxos inexistentes ou inadequados, a possibilidade de desvio destes 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, a equidade e a racionalidade de gastos.

A questão da **oferta de serviços e o fluxo inadequado** interferindo na produção de internações são evidenciados nos depoimentos que se seguem.

“Hoje nós temos a entrada do usuários na rede hospitalar; antigamente ela se dava pela triagem a nível ambulatorial, então o paciente ia ao centro ambulatorial e através de uma análise esse paciente passava a ser internado, na realidade esse seria um fluxo eletivo. Mas com os recursos diminuídos esse mecanismo foi bloqueado, inclusive o próprio município que não tem atendimento eletivo, tanto que tem gente na fila de espera, acontece que muitas dessas eletivas se transformaram em casos emergenciais, então podemos ver o aumento das internações, justamente devido a porta de entrada ser possível através da urgência emergência “(E10)

“Quer dizer que você tem uma oferta de serviços de saúde para uma demanda regional, a tendência dos serviços é querer absorver a demanda de outras regiões. Isso faz que tenha um aumento de produção sem que houvesse a necessidade para a sua população de abrangência para a qual você planeja a assistência, dentro dos parâmetros para sua população a produção está certa, mas você recebe gente de fora... Ribeirão Preto é o pólo, enquanto rede assistencial, ou seja, você tem serviços, você tem profissionais, você tem uma outra questão que em Ribeirão é um pólo também de formação profissional... Você pode ter mecanismos de criar fluxos, mas quem trabalha nas cidades vizinhas entende que o HC tem uma situação que vai resolver melhor o problema do paciente aqui e acaba encaminhando para o HC. Você tem esse processo de formação também no Hospital X e Hospital Y, então a população de fora acaba encaminhada” (E 6)

As falas acima indicam que usuários ainda hoje têm acesso ao sistema de saúde em serviços hospitalares, de maior complexidade, descaracterizando a regionalização e hierarquização, com fluxos alterados de referência para serviços de maior complexidade sem a garantia efetiva de atenção ambulatorial e eletiva. Ilustram, portanto, a distorção de fluxo através da busca de serviços de maior complexidade, independentemente se o caso necessite ou não de atendimento em nível terciário de atenção.

Em nível regional, Ribeirão Preto constitui-se referência para atendimentos especializados e internações de maior complexidade, mas cada município que compõe a DIR XVIII hoje, é responsável pela atenção básica de seus municípios, não justificando o encaminhamento dos casos mais simples. Os instrumentos normativos do SUS estabelecem esta prerrogativa desde a época da habilitação à Gestão Plena da Atenção Básica, que prevê o acesso ordenado aos serviços dentro

do próprio município e na região, partindo preferencialmente, de serviços de atenção primária, exceto os casos de urgência.

Segundo as prerrogativas de cada uma das modalidades de gestão previstas pela NOB/96 e NOAS 01/01 e 01/02, a gestão em saúde deve se dar a partir de critérios técnicos, critérios epidemiológicos, das necessidades de saúde da população, das políticas de saúde e não apenas da disponibilidade de serviços ofertados pela rede assistencial. Assim, a demanda por serviços e a oferta de serviços pela rede pública e por prestadores conveniados/contratados, devem ser comparadas, confrontadas e articuladas com parâmetros de necessidades de saúde da população, evitando a organização do sistema de saúde segundo uma lógica de disponibilização e consumo de serviços de saúde, situação esta, contrária ao preconizado pelo SUS e que parece explicar, na visão de alguns entrevistados, a variação da produção de internações.

Quanto à menção da existência de um pólo de formação profissional assim como a implantação dos cursos de medicina, em nosso entendimento, embora Ribeirão Preto seja reconhecidamente um centro formador de recursos humanos na área da saúde e, nos últimos anos ampliou a oferta de cursos, parece precoce afirmar que a produção de internações tenha sofrido variação em razão da instalação destes cursos, uma vez que estes foram instalados no final do período de estudo.

A nosso ver, os centros formadores devem integrar-se ao sistema local de saúde, articulando a formação dentro dos pressupostos do SUS. Não parece ser benéfica nem para a população, nem para o processo ensino-aprendizagem a criação de situações artificiais de atendimento preferencial de usuários, que geram por sua vez um fluxo de usuários de menor complexidade para serviços que podem ser referência terciária, com atendimento mais complexo, nos quais imagina-se uma atenção mais qualificada e de maior resolutividade. Estes mecanismos distorcem a atenção à saúde e a formação de profissionais que futuramente estarão inseridos no Sistema.

Outro aspecto destacado pelos entrevistados diz respeito a resolutividade do sistema local de saúde. Um serviço que não esteja capacitado a enfrentar e resolver problemas até o nível de sua competência/complexidade gera descrédito e multiplicidade de atendimento e de gastos sem a resposta satisfatória para o problema/queixa/solicitação do usuário.

Apesar dos avanços obtidos pelo SUS, especialmente nos aspectos jurídicos e nos instrumentos regulatórios, de modo geral é possível dizer que a resolutividade tem se mostrado insatisfatória no que se refere à universalização, a equidade e a integralidade da assistência, princípios orientadores da política de saúde vigente (PASSOS ET AL.,2000).

Nos depoimentos abaixo, verificamos que uma das razões apontadas para o aumento das internações é a **baixa resolutividade nos serviços** de saúde básicos e secundários:

“Nós temos uma rede muito grande, penso que poderia, não digo que seriam evitadas internações porque tem coisas aqui na parte de cirurgia, de emergência tem coisas que são hospitalares mesmo. Muita coisa pode ser controlada na rede básica, para evitar que a pessoa fique num estado grave que necessite ser internada”.(E 1)

“Se a parte nossa da rede de atenção primária e secundária tivesse em pouquinho mais de disponibilidade de diagnóstico, poderia funcionar um pouquinho melhor” (E 1)

“A nossa rede básica, hoje eu tenho a impressão que encaminha, ela manda demais os pacientes para o hospital que é isso que acaba gerando um grande número de internações em situações que poderiam estar sendo resolvidas até em nível primário ou nível secundário você muitas vezes. não tem uma estrutura ou não tem interesse de tá deixando esse paciente em observação, você acaba gerando uma internação ...Melhorar as condições da rede básica, os profissionais de atendimento, fazer que as pessoas se comprometam com o sistema porque hoje não tem nenhuma comprometimento dos trabalhadores, dos médicos de modo geral. As pessoas hoje estão atendendo de uma forma que se chama "empurroterapia", quer dizer ele empurrou mais um paciente, não se comprometeu com as pessoas.” (E 15)

“O problema de rede básica, do atendimento básico que é fundamental e que não tem a resolutividade necessária, encaminha para a rede hospitalar, para que esse ou aquele hospital possa tá fazendo o diagnóstico”.(E 10)

“Justamente ser um pólo todo mundo encaminha pra cá, o motivo a gente vê a falta de resolutividade dos casos, então isso eu acho que é o principal fator”. (E 14)

Podemos observar um consenso nas falas em que a falta de resolutividade da rede básica é um problema presente, determina a procura espontânea e/ou

encaminhamento de usuários para serviços de maior complexidade, inclusive internações.

Em todas as regiões do município está implantada uma rede de unidades básicas e distritais de saúde. Em 1996, constituía-se de 26 UBS, cinco UBDS, um ambulatório de saúde mental e um ambulatório regional de especialidades; o modelo assistencial à saúde era do tipo individual centrado no atendimento médico- curativo com tendência à especialização, medicalização e sofisticação tecnológica em detrimento de uma abordagem holística das concepções de saúde e doença (RIBEIRÃO PRETO, 1996).

Em 2003, a rede municipal apresenta a seguinte conformação: 27 UBS e cinco UBDS, sete unidades de saúde da família, dois centros de referência, dois ambulatórios de saúde mental, um ambulatório regional de especialidades e dois centros de atenção psicossocial. Embora existisse a intenção de mudança para um modelo de atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva, não se observa ao longo desses últimos anos a implementação de ações expressivas no sentido da transformação do modelo vigente (RIBEIRÃO PRETO, 2001).

Considerar apenas a estruturação/instalação de novas unidades de saúde como elementos capazes e suficientes para garantir resolutividade aos problemas de saúde da população nos níveis primário e secundário de atenção e, por conseguinte, reduzir as internações, constitui-se a nosso ver, uma perspectiva equivocada de análise. Faz-se necessário, com base no diagnóstico situacional de condições sócio-epidemiológica-econômica da população de abrangência e dos recursos disponíveis, antever problemas e situações que possam ser equacionados, por meio da readequação dos serviços disponibilizados de modo a conferir capacidade humana, material e instrumental para um atendimento dentro de uma lógica mais preventiva que curativa, mais coletiva que individual.

Dentro do contexto acima, entendemos que cabe um redimensionamento do papel/função do hospital no sistema local de saúde. Não se trata de substituir o hospital ou diminuir a sua importância, mas adequar seu o papel de atenção aos casos cuja complexidade ou urgência justifiquem.

A participação complementar do setor hospitalar privado prevista na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde concretiza-se mediante contrato ou convênio entre as partes. Tanto as instituições filantrópicas sem fins lucrativos (parceiras preferenciais) como aquelas privadas com finalidades lucrativas, devem

ter os serviços contratados/conveniados submetidos às normas técnicas, administrativas, princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990).

A integração dos serviços privados ao SUS segue a mesma lógica do sistema, especialmente quanto aos princípios doutrinários e administrativos.

Os depoimentos abaixo evidenciam opiniões distintas do usuário e do prestador quanto à **inserção dos hospitais conveniados/contratados no sistema local de saúde**. Para os usuários esta inserção nem sempre obedece à lógica estabelecida pelo SUS no que se refere aos princípios doutrinários e administrativos e, muitas vezes trabalham na garantia de interesses próprios do prestador.

“É um montante financeiro grande pelo atendimento. Hoje nós temos um atendimento precário, os prestadores acham que o paciente do SUS faz de favor, mas na realidade não é favor. O paciente está pagando, então tem o direito ao bom atendimento. O prestador oferece o serviço, mas o valor também aumenta, aonde está indo esse valor? Por que o hospital não põe mais funcionários para poder atender? Gostaria de saber aonde está indo esse dinheiro? Dinheiro que a gente vem cobrando há 4 anos de Conselho, para que esses prestadores prestem contas ao conselho e até hoje eles não conseguiram fazer isso... nenhum!... Sei que falam que a tabela do SUS é baixa e tudo mais, mas tinha que rever essa tabela; tinha que colocar obrigações para os prestadores, teriam que dar um atendimento digno a população coisa que não acontece hoje e teria que fazer”. (E 3)

“O hospital faz o que ele quer ali dentro, ele atende quem ele quer e do jeito que eles querem então a gente fica preocupado com isso aí, eles separam as pessoas ali dentro separam sem dúvida...O particular é uma verba maior e o valor do SUS é menor, então eles visam tratar mais o pessoal do particular, enquanto o SUS é levado de maneira que eles querem por exemplo na internação.” (E 5)

A visão expressa pelos usuários sugere a necessidade de melhor integração/articulação dos hospitais conveniados/contratados no sistema local, de modo a possibilitar maior conhecimento do papel desses serviços. A participação desses hospitais e a produção de internações necessitam ser controladas/reguladas/avaliadas nos aspectos quantitativo e financeiro, e as informações disponibilizadas aos atores envolvidos no processo.

A complementaridade do setor privado ao SUS, embora embasada legalmente, gera discussões e controvérsias quanto à forma de operacionalização e da própria participação em si. Por um lado, usuários, como vimos acima, questionando as condições de acesso e utilização do serviço, bem como o montante financeiro despendido; de outro lado, o próprio prestador sentindo-se pressionado pelas demandas da assistência e aquelas da administração da instituição, como se depreende dos depoimentos a seguir:

“Nós temos intenção e meta de ano a ano de estar melhorando cada vez mais o atendimento da saúde aos nossos usuários, conseguindo contratar profissionais mais habilitados dentro do hospital em várias funções. Até na enfermagem, apesar da dificuldade, a gente já conseguiu investir nessa área. Em 96, nós tínhamos praticamente a metade de supervisores de enfermagem, hoje nós temos o dobro, tudo isso no intuito de estar melhorando cada vez mais. Então o gestor reconhecendo, podendo valorizar mais através de um repasse mensal além daquilo que é pago, tudo que for possível fazer para beneficiar o financeiro, com certeza será refletido para o próprio bem, para a própria qualidade dos serviços para os nossos usuários, em todos os sentidos e em todas especialidades”. (E 11)

“Esse hospital, a partir de 98, começou a ter uma nova gestão, passou a ter uma nova concepção de filantropia e, quando nós chegamos aqui estava praticamente desativado o serviço do SUS... Como a gente fez todo o planejamento estratégico, de metas e indicadores do hospital, por bem a gente resolveu que seria importante para a própria sobrevivência do hospital a reativação do serviço ao SUS, foi onde a gente transformou todos os esforços para realmente construir esse papel filantrópico dele...mas quanto ao objetivo do hospital.... ahhh, isso eu precisava de ter uma maior integração do sistema SUS; com essa nova gestão esse foi o fator primordial para que esse aumento existisse.” (E 14)

“O prestador pode agir praticamente na sua política de desenvolvimento institucional, de manusear determinadas demandas que são mais rentáveis em detrimento de outras demandas menos rentáveis ou, até a dificuldade natural, que como empresários eles procurem esse caminho, então compete ao gestor harmonizar o desenvolvimento dessas instituições com as necessidades do município”.(E 13)

“Existem também nos hospitais que atendem o SUS uma certa falta de profissionalismo e de competência de gerenciamento, mas é claro que a tabela não remunera o custo dos serviços prestados. (E16)”.

As falas acima evidenciam o incremento da produção de internações como uma possibilidade de aumento de receitas, que sob a lógica administrativa tem a finalidade de garantir a sustentação financeira dos hospitais. Tal lógica contraria os pressupostos estabelecidos pelo SUS.

Questionamos esta visão por entender que o hospital pertence a uma categoria de prestadores de serviço que no mercado de produção apresenta produto de valor social e os recursos empregados, finalidades e missão são muito peculiares, portanto não pode ser analisado/administrado somente sob a ótica econômica, na perspectiva de compra e venda de produto.

Há que se recuperar sempre o fato que ser conveniado/contratado pelo SUS determina, ao hospital, a adoção de princípios e preceitos, conforme especificado nas Normas Operacionais vigentes.

Outro aspecto destacado pelos entrevistados diz respeito ao Conselho Municipal de Saúde a quem cabe a responsabilidade de analisar, deliberar, avaliar e fiscalizar as pactuações estabelecidas, entre o gestor local e os hospitais conveniados/contratados pelo SUS, bem como, acompanhar o cumprimento dos termos contratualizados, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Quanto às internações hospitalares, o acompanhamento da produção física e financeira permite fiscalizar a utilização de recursos financeiros, o cumprimento de metas, a atuação dos diferentes prestadores e o impacto no sistema local de saúde

As falas abaixo fazem menção ao **papel do Conselho Municipal de Saúde.**

“O usuário tem que ser mais ativo, parar de achar que o governo tem que fazer, o governo por si só não consegue fazer mudanças necessárias, então isso é cada vez mais falho, a sociedade está borbulhando de boas idéias que o governo pode aproveitar e são idéias gratuitas. A sociedade também tem que buscar os seus direitos e seus deveres que junto ao governo e ser mais ativo na situação popular”... (E 2)

“O conselho de saúde atuando as coisas estão mudando de figura, mas ainda falta muito” (E 2)

“Eu acho que nosso conselho é muito falho, eu acho que o conselho tinha que ser mais atuante e fiscalizador, essa é a nossa função. Eu acho que se a gente fosse mais atuante e fiscalizador isso não estaria acontecendo”. (E 17)

Os depoimentos indicam uma contradição entre o papel esperado do Conselho e os avanços que este já obteve. Assinalam também que a fiscalização ainda é falha.

Entendemos a garantia de participação popular como um avanço inegável do SUS, podendo ser ampliada/aprimorada/consolidada à medida que a população entender o direito à participação e os representantes de usuários aturem efetivamente em defesa dos direitos da população. Especificamente no que se refere às internações hospitalares julgamos que o Conselho deveria ter um acompanhamento sistemático da produção, acessando rotineiramente ferramentas de trabalho tais como dados/informações que possibilitam uma maior participação na gestão.

Destacamos nos depoimentos acima o fato que gestores, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde não mencionaram o papel do Conselho Municipal de Saúde no tocante às internações hospitalares. Entendemos que o Conselho pode ser um aliado com força política para a consolidação da gestão local. Por outro lado, questionamos o efetivo papel do CMS no município estudado quanto à participação na formulação de políticas/estratégias e no controle da produção das internações hospitalares. De modo algum colocamos em dúvida a importância, legitimidade e representatividade do Conselho, mas ressaltamos a necessidade de avanço em seu modo de atuação para ganhar visibilidade.

Os entrevistados apontam também como explicação para o incremento no quantitativo de internações a **incorporação tecnológica**. Neste sentido julgamos interessante destacar que embora a Tabela SIH-SUS seja criticada quanto a sua forma e em seus valores, ela gradativamente tem incorporado novos procedimentos e tecnologias. Os recortes abaixo ilustram esta situação:

“O prestador pode agir praticamente na sua política de desenvolvimento institucional, de manusear determinadas demandas que são mais rentáveis em detrimento de outras demandas menos rentáveis ou, até a dificuldade natural, que como empresário eles procurem esse caminho, então compete ao gestor harmonizar o desenvolvimento dessas instituições com as necessidades do município”.(E 13)

“Foram criados outros procedimentos com os valores que são pagos para os prestadores, são valores financeiros muito adequados e isso permitiu o prestador de serviço, o hospital, se especializar nesse tipo de procedimento; deixando os outros que, segundo o que eles colocam, dão prejuízo para o hospital fossem deixados de lado.” (E 12)

“ Hoje você tem exames subsidiados que antes não eram contemplados na AIH e que fizeram seu valor médio subir. Por exemplo: a tomografia, a ressonância que até tempos não eram considerados exames fundamentais para o paciente no seu seguimento, eram casos mais selecionados e que hoje existem clínicas que não fazem determinados procedimentos sem ter feitos esses exames anteriormente”. (E 12)

Os depoimentos acima, de médicos da DACA que desempenham a função de auditores, ilustram como os avanços tecnológicos foram incorporados à tabela SIH-SUS e podem representar, para os hospitais, uma possibilidade de incrementar os valores financeiros das internações.

O município, ao longo do período estudado, incorporou recursos tecnológicos relativos à diagnose e terapia, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, uso de *stent*, estudos eletrofisiológicos em cardiologia, marcapassos multisítios, implantação do SAMU, cirurgia por videolaparoscopia, dentre outros. Tal situação implica em aprimoramento de diagnósticos, mudança em protocolos de atendimento, alteração no perfil de internações assim como exige uma avaliação do impacto que o investimento financeiro e em tecnologia representa nos indicadores de saúde do município. Até o momento, porém, a avaliação de impacto da incorporação tecnológica não tem sido realizada pela SMS.

Os depoimentos abaixo indicam situações tanto de incorporação da tecnologia, que possibilita melhorar a condição de vida do usuário, quanto de prestadores que se estruturam para disponibilizar serviços mais especializados e, deste modo, ampliar o faturamento.

“O próprio hospital de certa forma também foi se estruturando para receber a complexidade um pouco mais elevada e com isso houve variação da produção principalmente na clínica médica”. (E 11)

“Houve uma grande melhora no atendimento ao paciente consequentemente quando há melhora no atendimento dos pacientes, também os investimentos evoluem para um gasto maior.” (E 9)

“Os hospitais têm equipamentos diferentes, têm profissionais diferentes com suas qualificações para realização de procedimentos diferentes. A assistência médica como um todo ela tem evoluído muito até pela própria dinâmica da avaliação clínica, melhora toda a essa questão da avaliação do doente, tecnologia foi incorporada aos procedimentos que são feitos e o preço que a gente paga por esta tecnologia é o aumento do valor financeiro pago por mês”. (E 12)

“Cada prestador tem sua capacidade de atendimento, tem um corpo clínico diferenciado, um mais voltado para determinadas áreas, outro voltado para outras áreas, as capacidades são distintas, por isso fica numa distribuição desigual das internações entre prestadores”. (E 13)

Não temos dúvida quanto à importância dos avanços tecnológicos, entretanto julgamos pertinente e adequado à sobrevivência do sistema de saúde, incrementar alternativas de maior abrangência, que envolvam tecnologias leves, diferentes modelos assistenciais, incentivos às ações de caráter coletivo que permitem o uso racional dos recursos financeiros disponíveis. Concomitantemente há que se avaliar a incorporação de novas tecnologias de maneira ampla, considerando o custo-benefício e a cobertura assistencial à população como um todo.

A incorporação de tecnologias definitivas, como vacinas e antibióticos, que curam ou evitam doenças pode diminuir a utilização dos serviços de saúde. Em contrapartida, as tecnologias parciais ou paliativas como diálises, marcapassos e algumas cirurgias aumentam a sobrevida sem curar a doença e assim, promovem um maior uso dos serviços de saúde (PEREIRA, 2002).

Também o tratamento e a atenção ao idoso acabam requerendo internações mais prolongadas e intervenções mais complexas, exigindo muitas vezes maior aporte de recursos tecnológicos e financeiros. Assim, **o envelhecimento** segundo a opinião dos entrevistados também pode estar estimulando o crescimento das internações hospitalares no período.

“É óbvio também que você vê a questão da mudança do perfil, do perfil demográfico e o perfil epidemiológico justificando alguns tipos de procedimentos que começaram a aumentar; a população está envelhecendo e normalmente idosos demandam um gasto maior.” (E 6)

“Para idoso os hospitais gastam muito. Para recuperar o idoso é muito difícil, então eles não podem ficar segurando o idoso porque eles tem um prazo, para segurar o idoso lá dentro, geralmente a maioria dos idosos, a família não quer ele em casa.” (E 5)

” O aumento das internações acontece porque aumentou a complexidade do paciente que está entrando no hospital, a longa permanência das internações e o idoso que tem uma série de procedimentos muito mais trabalhosos para que ele seja restabelecido. “ (E 10)

A situação de envelhecimento e a exigência de maior volume de recursos financeiros e tecnológicos, acaba pressionando a gestão local na implementação de ações de cunho preventivo dirigidas especificamente a este grupo populacional, os idosos, bem como outras formas de atendimento que não seja a internação hospitalar, entre elas, a internação domiciliar ou a internação em hospital-dia.

Do ponto de vista financeiro, Mendes (1999) afirma que o custo da saúde para o grupo etário de 56 a 65 anos é vinte vezes maior que para o grupo de 0 a 17 anos. Considerando as mudanças que estão ocorrendo na estrutura etária da população é esperada uma forte implicação no campo financeiro para o sistema de saúde.

O incremento gradativo de ações de prevenção e controle de agravos a grupos específicos possibilita um aumento na expectativa de vida e na complexidade dos casos que chegam para atenção hospitalar. A incorporação de tecnologia, como, por exemplo, o atendimento pré-hospitalar, propicia condições de acesso à atenção hospitalar, pessoas que antes não sobreviviam.

As falas abaixo indicam **a complexidade dos casos** como possível explicação para o aumento nas internações:

“O SAMU, é extremamente eficiente, antes as pessoas não chegavam no hospital, morriam antes. Hoje estão chegando no hospital pela eficiência do SAMU intermunicipal.” (E 10)

“O que houve na verdade de 96 para cá foi uma mudança no perfil do paciente internado, gradativamente a gente tem observado que tá aumentando a complexidade” (E 11)

“Outro fator seria a violência urbana?, tanto acidente de trânsito, violência com armas de fogo ou arma branca, violência doméstica que levam o aumento no número de casos para internações e trauma, nós temos hoje número de politraumatizados, de motoqueiros?” (E 10)

Os depoimentos, de um gestor e um prestador de serviço de saúde, indicam uma mudança no perfil dos usuários. O aumento da violência urbana tanto no trânsito quanto pelo uso de armas e drogas podem produzir alterações na complexidade e perfil das internações hospitalares justificando o investimento em serviços de atendimento pré-hospitalar.

São inegáveis os avanços na incorporação de novas práticas e tecnologias na atenção à saúde; entretanto, diferentemente de outros setores da sociedade produtiva, na saúde, a oferta de recursos de maior complexidade tecnológica não descarta o uso daqueles de menor complexidade. Incrementar recursos tecnológicos pode significar maior consumo de recursos financeiros, que nem sempre têm um impacto positivo, sustentável e mensurável na saúde individual e coletiva.

5.1.2 Procedência dos usuários internados

Outra variável estudada diz respeito à procedência dos usuários internados nos hospitais.

Ribeirão Preto constitui-se município de referência para serviços de maior complexidade para vinte e cinco municípios pertencentes à DIR-XVIII. Os serviços ofertados, os recursos disponibilizados, a localização geográfica, o fato de ser um renomado centro de formação/prestação de serviços de saúde, atrai usuários de outras localidades do estado de São Paulo, e de outros estados. Tais aspectos devem ser considerados no planejamento do sistema local de saúde.

Importante destacar que na elaboração do Teto Financeiro da Assistência onde estão incluídos os recursos para pagamento de internações considera-se esta abrangência populacional.

Na Tabela 3 temos a distribuição das internações segundo a procedência dos usuários.

Tabela 3 Distribuição de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo ano e procedência do usuário. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Ano	Ribeirão Preto		DIR XVIII (exceto Rib. Preto)		Outras DIR		Outros Estados		Total
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
1996	10.348	65,9	2.559	16,15	1.290	8,14	1.552	9,79	15.839
1997	10.021	73,08	2.509	18,29	841	6,13	340	2,47	13.711
1998	11.972	72,6	3.431	20,8	669	4,05	417	2,53	16.489
1999	13.541	70,5	4.636	24,14	631	3,28	395	3,28	19.203
2000	15.932	72,13	5.482	24,82	544	5,46	127	0,57	22.085
2001	17.415	73,8	5.562	23,56	457	1,93	164	0,69	23.598
2002	18.446	73,83	6.193	24,78	235	0,94	110	0,44	24.984
2003	18112	73,31	6.432	26,03	127	0,51	32	0,12	24.703
Total	115.877	72,14	36.804	22,91	4.794	2,98	3.137	1,95	160.612 (100%)

Fonte: DACA-SMS/RP

No período, observamos o predomínio de usuários procedentes de Ribeirão Preto e de outros municípios da DIR XVIII. Enquanto em 1996, 65,9% dos usuários internados eram do próprio município, em 2003, esse percentual eleva-se para 73,31%. Quanto à demanda dos municípios pertencentes à DIR XVIII também se verifica crescimento, em 1996 era de 16,15% e, em 2003, foi de 26,03%. Tal situação é condizente com uma organização de fluxo que prioriza a regionalização.

Em relação aos usuários de outras DIR houve um expressivo decréscimo de internações, de 8,14 % em 1996, para 0,51 % em 2003; a mesma situação é verificada para internações de usuários de outros estados que passou de 9,79% em 1996, para 0,12 % em 2003.

Uma possível explicação para esta redução de internação de usuários de outras DIR pode ser a implementação do princípio da regionalização/hierarquização que tem sido enfatizado e vem recebendo propostas de operacionalização nas Normas Operacionais que direcionam a implementação do SUS.

Apesar disto, consideramos importante lembrar que estes dados, embora oficiais, podem não refletir necessariamente o perfil de procedência dos usuários, uma vez que no ato da internação não é exigida do usuário qualquer comprovação de residência no município de Ribeirão Preto ou sua região de referência. O princípio

da universalidade garante o direito de atendimento à saúde mesmo a usuários que não sejam da área de abrangência do município; entretanto, é importante lembrar que embora todo cidadão de fato tenha direito de acesso ao SUS, este deve ocorrer respeitando o princípio da regionalização/hierarquização que ordena não apenas o acesso como também a previsão de recursos financeiros que compõem o Teto Financeiro da Assistência.

A referência para serviços hospitalares de outros municípios pressupõe a organização das redes de atenção hospitalar, com fluxo de serviços menos complexos para os mais complexos. A atenção hospitalar de alta complexidade concentra-se em poucas cidades sendo objetivo da Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS), garantir o acesso aos serviços de saúde de uso mais freqüente perto da residência dos cidadãos (Oliveira et al, 2004).

A estrutura dos hospitais, os recursos materiais e humanos disponíveis, as articulações dos serviços e profissionais com equipes médicas de outros municípios estabelecendo fluxo entre serviços/profissionais colaboram na conformação da clientela atendida. Na Tabela 4 podemos evidenciar em cada hospital a procedência dos usuários.

Tabela 4 Distribuição de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e procedência do usuário. Ribeirão Preto, de 1996-2003.

Hospital	Ribeirão Preto		DIR XVIII (exceto Rib. Preto)		Outras DIR		Outros Estados		Total
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
A	2477	55,34	1084	24,21	489	10,92	426	9,52	4476
B	42675	76,90	11249	20,27	1129	2,03	441	0,79	55494
C	37279	70,13	12846	24,16	1376	2,58	1658	3,12	53159
D	1939	64,29	8425	27,93	1735	5,75	610	2,02	30164
E	14052	81,13	3200	18,47	65	0,37	2	0,01	17319
Total	115877	72,14	36804	22,91	4794	2,98	3137	1,95	160612 (100%)

Fonte: DACA- SMS/RP

No Hospital A, 20,44 % das internações são para usuários de outros estados e outras DIR. Trata-se do prestador com maior contingente de usuários fora da área de abrangência do município o que merece uma avaliação mais detalhada quanto ao tipo de procedimento realizado, especialidade e fluxo de encaminhamento dos usuários atendidos neste hospital. Cabe destacar que este Hospital é privado, contratado pelo SUS. Atualmente realiza procedimentos de alto custo, entre eles, transplantes, os quais apresentam um fluxo diferenciado de usuários dentro do SUS, além de um valor maior de remuneração pela tabela SIH-SUS. Assim, é possível supor que esse prestador, ao longo dos últimos anos vem especializando-se em determinadas áreas de atuação voltadas para casos de maior complexidade com repercussões na produção de internações.

Nos hospitais B, C e D, 97,17%, 94,29% e 92,22%, respectivamente, são internações pagas pelo SUS para usuários do município de Ribeirão Preto e DIR XVIII; no Hospital E, praticamente 100% das internações pagas pelo SUS através da SMS-RP são de usuários do município ou da DIR XVIII.

Quanto à procedência dos usuários internados no município julgamos oportuno esclarecer que nos documentos consultados, junto à SMS, relativos a habilitação à gestão semiplena consta que Ribeirão Preto é referência para internações de maior complexidade para os municípios de abrangência da DIR XVIII. Entretanto nestes mesmos documentos não há detalhamento sobre o número de internações que poderão ser referenciadas para Ribeirão Preto, em quais especialidades e respectivo limite financeiro por município.

Entendemos que este é um nó crítico que não foi equacionado no decorrer do tempo, pois até hoje os municípios podem referenciar para internação, casos que efetivamente necessitam de encaminhamento para Ribeirão Preto, mas também casos de menor complexidade os quais devem ser conduzidos/solucionados no próprio município de origem.

O fato de Ribeirão Preto ser um município pólo, referência para municípios da região em casos de maior complexidade, pressupõe a existência de um fluxo loco-regional de usuários e não simplesmente a circulação desorganizada de uma demanda procurando solução para seus problemas de saúde. No tocante ao fluxo, mais especificamente considerando usuários provenientes das cidades da região, cumpre-nos ressaltar a lacuna legal existente quanto à transferência de recursos financeiros entre gestores de mesmo nível. Assim sendo, os usuários são atendidos

sem o respectivo repasse financeiro, cabendo ao município onde foi realizado o atendimento arcar com as despesas utilizando recursos de seu próprio Teto financeiro, ainda que os atendimentos extrapolem o planejamento para atendimento à sua população de abrangência.

Embora a NOAS, através da PPI, faça uma previsão de referência entre municípios, na prática, ainda não estão definidos mecanismos de transferência de recursos financeiros para o custeio destes atendimentos. A PPI não foi de fato implantada, apenas discutida e elaborada em nível municipal, regional e estadual e, para Ribeirão Preto ficou estabelecido que o hospital público estadual deve ser a referência para usuários procedentes de outros estados e DIR.

Ainda no que diz respeito ao município de Ribeirão Preto temos que a população residente em cidades do sul de Minas Gerais, que por uma questão geográfica, de transporte e de distância, acessam mais facilmente o referido município que àqueles de referência dentro de seu próprio estado. Esta situação pode ser considerada problemática sob dois aspectos: na questão da cobertura/referência de atendimento para composição do Teto Financeiro da Assistência do município uma vez que gera um fluxo desordenado; mas também porque nas Normas Operacionais vigentes, não são previstos mecanismos de referência entre os diferentes estados e o respectivo repasse de recursos financeiros.

Os aspectos relativos à procedência dos usuários são referidos pelos entrevistados como **invasão de usuários de outros municípios**. Esse movimento seria um dos fatores responsáveis pelo aumento de internações.

“A invasão dos pacientes de fora talvez não tenha pesado muito aqui, porque já ocorria e sempre ocorreu. Os pacientes de fora de Ribeirão Preto que vêm procurar assistência aqui em Ribeirão Preto, colocam falso endereço e conseguem ser atendidos”. (E 13)

“Eu acho que o aumento de internação é devido ao municípios de outras regiões mandarem doentes para internações no município.” (E 17)

“Na verdade o que aconteceu ao meu ver a invasão continua a mesma, a impunidade das invasões faz com que as pessoas continuem vindo de uma forma ou de outra, acabam invadindo Ribeirão”. (E 18)

As falas acima apontam a existência de um fluxo pouco ordenado de usuários que, para alguns, sempre existiu e, para outros entrevistados, este movimento justifica a ampliação das internações no município, cujas implicações se fazem sentir tanto na organização dos serviços como no financiamento da assistência prestada.

Enquanto as discussões sobre fluxo, referência e transferências financeiras não resultem em soluções a curto e médio prazo para os usuários, estes, buscam o modo mais rápido, acessível e viável para resolverem seus problemas de saúde, dirigindo-se aos serviços disponíveis em sua localidade e/ou região. Ao usuário não importa o fluxo, a disponibilidade de vagas, a complexidade de serviço e os gastos. Esta seria uma outra explicação para a variação da produção das internações no município de Ribeirão Preto, caracterizada pelos entrevistados como “invasão”.

Cabe destacar que os dados apresentados nas Tabelas 3 e 4 contradizem a opinião dos sujeitos entrevistados. No período estudado manteve-se a proporcionalidade de procedência dos usuários à região de abrangência do município, havendo até mesmo a diminuição das internações a usuários de outras DIR e estados. Entretanto, como já apontamos anteriormente, a inexistência de mecanismos oficiais de verificação do endereço do usuário que possibilite a confirmação de seu verdadeiro local de residência, pode estar gerando informações distorcidas sobre a real procedência desses usuários.

Esta explicação dos sujeitos para o incremento das internações hospitalares, a nosso ver, está muito mais alicerçada no senso comum uma vez que informações organizadas e sistematizadas não são rotineiramente elaboradas e disponibilizadas.

5.1.3. Tempo médio de internação

Para o usuário do serviço de saúde o acesso a todo aparato tecnológico cria a impressão de estar/ser melhor assistido. As internações hospitalares encontram-se entre as alternativas de tratamento de problemas de saúde mais dispendiosas uma vez que exige uma estrutura física, recursos humanos e materiais, um aparato tecnológico de maior complexidade e conseqüentemente de custo mais elevado.

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, a incorporação tecnológica, os avanços na terapêutica, as altas precoces para continuidade de tratamento em domicílio têm crescido nos últimos anos. A tais

aspectos articula-se a preocupação em reduzir o tempo das internações o que pode ter contribuído para redução (ainda que pequena) do tempo médio de internação.

Tempos médios de internação prolongados podem indicar que os casos tratados com internação são complexos, assim como tempos reduzidos levam ao questionamento da real necessidade de internação ou da viabilidade de atendimento em outro nível de atenção. Na Tabela 5 apresentamos o tempo médio de internação (em dias).

Tabela 5 Tempo médio (em dias) das internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Ano	Hospital				
	A	B	C	D	E
1996	4,3	4,5	3,7	4,3	—
1997	5,2	4,2	3,5	4,5	—
1998	3,9	4,1	3,6	4,2	1,7
1999	4,7	4,5	3,6	4,4	1,5
2000	6,3	4,6	3,4	4,4	1,6
2001	6,4	4,6	3,2	4,3	1,5
2002	4,9	4,4	3,4	4,2	1,5
2003	5,9	4,6	3,5	4,1	1,4

Fonte: DACA-SMS-RP

O menor tempo médio de internação foi de 1,4 dias no Hospital E em 2003, tal fato pode ser explicado em razão deste prestador concentrar as internações em obstetrícia, especialidade caracterizada por internações de curta duração. O maior tempo médio foi de 6,4 dias, no Hospital A, em 2001, onde se concentram os transplantes realizados no município. Os Hospitais B, C e D mantiveram uma média permanência constante no período, entre 3 e 4,5 dias.

Nunes (2004) afirmam que no Brasil em 1999, o tempo médio de internação era de 5,98 dias; no estado do Rio de Janeiro este valor era de 8,92 dias, em São Paulo 7,15 dias, em Rondônia 3,64 dias.

No Brasil, em 1996, o tempo médio de internação era de 6,6 dias e, em 2003, diminuiu para 6,1 dias (BRASIL, 2005).

Observamos que comparado aos dados acima, o tempo médio de internação nos hospitais estudados é menor, podendo justificar tal situação as peculiaridades da clientela atendida, a estrutura dos serviços, a tecnologia incorporada à assistência, a terapêutica eficaz e/ou até a própria indicação desnecessária de internação.

A tabela SIH-SUS prevê para pagamento da AIH o cumprimento de um tempo mínimo de permanência, que varia segundo o procedimento que está sendo faturado. A complexidade/gravidade do procedimento são os fatores que determinam o tempo de permanência. Interessante ressaltar que nos últimos anos ajustes têm sido feitos na tabela SIH-SUS em função da incorporação de novas tecnologias que possibilitam uma recuperação do paciente em menor tempo. Por exemplo, a diminuição do tempo de permanência mínimo para partos normais e partos cesáreas, pode explicar o tempo médio de permanência baixo e o incremento do volume de internações no Hospital E.

Ainda em relação à redução do tempo médio de internação é possível supor que tal fato pode acarretar também uma maior rotatividade para cada leito, criando deste modo, possibilidades para elevar o número de internações.

5.1.4 Aspectos financeiros da produção de internações

Outro aspecto analisado neste estudo diz respeito aos valores financeiros despendidos com internações hospitalares apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 Produção financeira (em reais) de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Ano	Hospital										Total
	A		B		C		D		E		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
1996	2.134.378,90	27,23	2.370.314,73	30,24	1.984.255,13	25,31	1.349.272,93	17,21	_____	0	7.838.221,69
1997	834.142,38	13,49	2.352.737,85	38,05	1.847.941,43	29,89	1.147.452,63	18,56	_____	0	6.182.284,29
1998	1.179.399,41	14,88	2.651.870,97	33,48	2.204.470,16	27,84	1.403.970,03	17,72	481.243,55	6,07	7.920.954,12
1999	1.355.401,67	13,10	3.815.571,22	36,88	2.606.952,06	25,2	1.836.091,61	17,75	731.723,77	7,07	10.345.740,33
2000	1.021.737,39	7,68	5.565.230,40	41,87	3.972.942,69	29,89	1.992.251,13	14,99	737.982,20	5,55	13.290.143,81
2001	537.410,99	3,58	6.617.774,88	44,15	4.519.597,14	30,16	2.452.494,67	16,36	858.721,62	5,73	14.985.999,30
2002	465.191,00	2,65	7.481.245,22	42,74	6.096.019,62	34,83	2.594.011,09	14,82	866.139,49	4,94	17.502.606,49
2003	369.721,80	1,84	9.857.513,79	49,07	6.025.980,47	29,99	2.806.321,94	13,97	1.029.082,75	5,12	20.088.620,75
Total	7.897.383,54	8,04	40.712.259,06..	41,47	29.258.158,70	29,80	15.581.876,03	15,88	4.704.893,45	4,79	98.154.570,78 (100%)

Fonte: DACA-SMS-RP

O gráfico abaixo permite uma melhor visualização do comportamento/evolução dos valores financeiros alocados para remuneração das internações SUS entre os prestadores a cada ano de estudo.

Figura 4 Valores financeiros (em R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

No período de 1996 a 2003, o Hospital B percebeu 41,47% dos valores financeiros pagos para todos hospitais. Neste mesmo prestador, de 1998 a 2001, os valores financeiros recebidos para internações hospitalares cresceram a cada ano. Em contrapartida, o prestador A, que em 1996 recebia 27,2% do montante financeiro total, reduziu ano a ano sua participação, e em 2003, do total de recursos destinados à internação pelo SUS, consumiu apenas 1,84%.

Nos Hospitais B e C, os valores financeiros despendidos em internações cresceram de modo diferenciado quando comparados aos demais hospitais. Estes dois hospitais filantrópicos têm uma produção de procedimentos de internação concentrada nas especialidades de clínica médica e cirúrgica. No período de estudo apresentaram importante crescimento da produção de internações como constamos na Tabela 2 e juntos respondiam por 71,3 % do consumo de recursos financeiros. A concentração de produção de internações e o consumo de recursos financeiros justificam o acompanhamento pormenorizado desta produção, bem como o monitoramento do cumprimento do contrato/convênio vigente.

Para Gerschman (2000), apesar dos avanços técnicos propiciados pelos procedimentos de regulação do sistema de saúde no tocante à alocação de recursos financeiros e a ordenação do sistema de saúde, o processo de descentralização está fortemente marcado por políticas clientelísticas e corporativistas de intermediação de interesses que interferem no processo regulatório.

Ao setor privado, complementarmente ao setor público, cabe o desenvolvimento de ações de saúde segundo as necessidades da população e não simplesmente a oferta de ações específicas de grupos de procedimentos de melhor remuneração. Conciliar condições e interesses tão diversos não é uma tarefa simples, no entanto, cumpre lembrar novamente que os pressupostos e objetivos do SUS são válidos tanto para os hospitais públicos como para aqueles conveniados/contratados com o Sistema, e ao gestor compete mediar essas condições.

A prática da contratualização exige do ente estatal comprador o desenvolvimento de uma série de capacidades gerenciais e técnicas tais como análise da necessidade e efetividade dos procedimentos; definição e explicitação das prioridades em metas claras, alcançáveis e mensuráveis; controle de qualidade; especificação dos produtos; monitoramento do desempenho; operação de sistemas de informação e controle de riscos por parte dos prestadores (Mendes, 2001).

Concordamos com o autor acima e, particularizando a atenção hospitalar, acreditamos que os convênios/contratos devem 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 local, aspectos esses que pelos resultados obtidos na pesquisa ainda não são concretizados no município.

Enfim, a formalização da relação entre o gestor e o prestador deve assegurar um sistema local de saúde centrado nos princípios do SUS, garantindo o direito de atendimento a todo cidadão de forma organizada, cujo aporte financeiro permitirá o atendimento referenciado da população e não simplesmente o pagamento pela produção com livre demanda.

Segundo a tabela SIH-SUS os valores de remuneração variam conforme a especialidade, complexidade e tempo de permanência mínimo previsto para a

internação, sendo possível constatar variações financeiras expressivas entre as diferentes especialidades médicas dentro da própria tabela. Para os procedimentos que agregam inovações tecnológicas de equipamentos e de materiais, em geral, a remuneração é maior que aqueles que exigem maior investimento em cuidado/atenção profissional, o que aponta, na tabela SIH-SUS para maior valorização do recurso material/equipamentos em detrimento do recurso humano.

Dentre os depoimentos dos entrevistados, os recortes abaixo expressam a questão do **financiamento** perpassando pelo aporte e forma de utilização/controle destes recursos como possível explicação para o aumento das internações.

“Eles falam que a tabela é mínima e não dá para manter um hospital de pacientes SUS, mas o valor total é tão alto que eu fico imaginando se a tabela é mesmo baixa... Como eles não conseguem dar um bom atendimento ao paciente do SUS sendo que ele também paga?” (E 3)

“Hoje a gente vê que o SUS já vem defasado os hospitais, as internações não vem sendo compatíveis com o aumento que estão tendo principalmente remédios que são caros, os equipamentos são muitos caros, então com as internações vem deixando a desejar nos hospitais” (E 5)

“Realmente a tabela não é adequada, teria que ser um pouco melhor. Mas mesmo ela sendo deficiente, se o hospital está credenciado, se ele quer fazer parte ou se quer escolher, eu acho que fica a cargo da fiscalização, dos gestores, da Secretaria mesmo, de estar fazendo essa auditoria para ver o que é isso que eles estão fazendo”. (E7)

“Acho que a tabela tem que ter revisão nos pagamentos disso aí tem que haver uma mudança, uma estratégia para poder o SUS começar atender a população com mais dignidade”. (E 5)

“A produção física eu tenho certeza que é relacionada a remuneração, ela teve uma queda no atendimento, com certeza, em função da remuneração que não é compatível com os custos hospitalares ...O SUS não tem só o problema de pagar o valor muito baixo pela prestação de serviço, ele tem um problema de controlar os prestadores o que também é um fator agravante.” (E 16)

As falas indicam que a Tabela SIH-SUS utilizada para o faturamento das internações, apresenta valores baixos e defasados, que precisam ser revistos; apesar disto, o número de internações cresce ano a ano e o volume financeiro

mensal percebido pelos hospitais decorrente das internações é expressivo, o que permite questionar como se dá a gestão interna dos serviços para produzir internações bem como o impacto deste gasto na saúde da população.

Entendemos que os depoimentos acima indicam uma contradição e não uma explicação para a variação na produção de internações. Embora os valores financeiros sejam considerados inadequados, no período estudado, observa-se, ano a ano, um crescimento no quantitativo de internações efetuadas no município.

No Brasil, nesse mesmo período verifica-se que a produção de internações manteve-se praticamente constante (BRASIL, 2003b).

Concordamos que a forma de remuneração da tabela SIH-SUS não seja suficiente para cobrir parte dos gastos com a assistência ao paciente, entretanto questionamos tanto a forma de faturamento, quanto a preferência dos hospitais por procedimentos que remuneram melhor em detrimento de procedimentos que tomem por referência as reais necessidades da população.

Pela lógica de faturamento do SUS, através da tabela do SIH, é possível ao prestador, conforme o diagnóstico do usuários, escolher procedimentos compatíveis ao caso, porém, com diferentes valores de pagamento. Assim, se houver uma possibilidade de transferir um determinado tipo de procedimento para um similar, cuja remuneração seja maior, o prestador poderá fazê-lo. Esta decisão não chega a ser desleal, pois ao prestador é facultada a escolha, a própria tabela dá possibilidades de escolha, porém compromete não apenas a gestão financeira do sistema, mas também a epidemiológica³, uma vez que pode haver uma distorção do atendimento realizado/faturado.

O sistema de informação tem limitações e, por si só não é suficiente para acompanhar/controlar o sistema de saúde. A utilização de mecanismos eletrônicos disponíveis no SIH-SUS para verificar a consistência/concordância entre produção e faturamento; a criação e adoção de estratégias para acompanhamento da produção, e a implementação de medidas permanentes e sistemáticas de controle e auditoria contribuiriam para coibir esse tipo de ocorrência.

³ Por exemplo: alguns tipos de pneumonia têm valor diferenciado de AIH em razão do seu agente etiológico.

Para Rouquayrol; Almeida Filho (1999) os valores pagos pelos SUS, preestabelecidos e com pagamento prospectivo, tornam o sistema vulnerável a distorções. Para muitos procedimentos os valores são irrisórios, aviltantes, tanto para atenção à saúde quanto ao exercício profissional, não cobrindo os custos correntes e o capital instalado o que pode induzir a fraudes.

Os mecanismos de pagamento representam a renda dos prestadores e tendem a ser maximizados por eles, enquanto os gestores podem usar este mesmo mecanismo para induzir a comportamentos de contenção de custos dos serviços (MENDES, 1999).

Para Brentani (2003) é um mito acreditar que os hospitais que atendem SUS fechem seu faturamento no vermelho e que usuários do SUS levem os hospitais à falência; para o autor trata-se de argumento para justificar a ineficiência administrativa e os resultados negativos daqueles que não fazem um bom gerenciamento dos recursos e nem são transparentes na prestação de contas.

Não colocamos em dúvida a prestação de contas feita às diferentes instâncias, como os tribunais competentes, à Câmara de Vereadores, ao Conselho Municipal de Saúde, dentre outras, entretanto é oportuno esclarecer que uma contabilidade correta e dentro da legalidade não significa necessariamente a melhor aplicação do recurso financeiro para a saúde da população.

Quando se toma como parâmetro o valor médio de AIH para analisar a produção de internações, percebemos que o montante monetário, discriminado por prestador e por período, permite uma visão ampliada das particularidades dos aspectos financeiros das internações hospitalares remuneradas pelo SUS no município. Na Tabela 7 e Figura 5 apresentamos os valores médios de AIH por ano, por prestador.

Tabela 7 Valor médio de AIH (em reais) para internações SUS pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Ano	Hospital				
	A	B	C	D	E
1996	1.411,63	482,16	345,21	368,35	0,00
1997	1.944,39	478,49	344,12	383,13	0,00
1998	2.094,85	566,64	385,80	400,56	237,42
1999	2.433,40	647,80	432,26	495,97	242,05
2000	1.980,11	695,22	556,75	547,32	264,70
2001	1.429,28	761,63	618,19	588,41	281,18
2002	1.515,28	834,49	717,60	621,92	284,35
2003	1.711,68	1.045,11	819,42	649,61	304,37

Fonte: DACA-SMS-RP

O gráfico abaixo ilustra a variação do valor médio de AIH entre prestadores e a cada ano, no período estudado.

Figura 5 Valor médio de AIH em Ribeirão Preto, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Os valores médios de AIH variaram de R\$ 237,42 no Hospital E até R\$ 2.433,40 no Hospital A. No período de 1996 a 2003 houve um incremento no valor médio de AIH de 167,55% para o Hospital B e, de 137,36 % para o Hospital C. Esta

variação sinaliza uma possível alteração no padrão de atendimento prestado pelo hospital, realizando internações cujos procedimentos agreguem maior valor financeiro, internações de alta complexidade, enfim, possivelmente selecionando a demanda de internações. A variação do valor médio de AIH é um indicativo para o gestor avaliar a necessidade de adoção de medidas estratégicas de acompanhamento/monitoramento da produção e emprego de recursos financeiros neste hospital, bem como explicitar a relação contratual entre gestor e prestador de modo a garantir tratamento eqüitativo entre os hospitais partícipes do sistema local de saúde.

A Figura 5 ilustra claramente a disparidade de valor médio de AIH entre prestadores. O valor médio elevado pode estar associado à realização de procedimentos de maior complexidade, que exigem quantidade maior de recursos tecnológicos, condições de estrutura física e de recursos humanos diferenciadas.

A variação de valores médios de AIH entre os hospitais estudados pode ocorrer em razão da complexidade dos casos e procedimentos realizados em cada internação. É pertinente lembrar que conforme as peculiaridades da cada internação, para fins de faturamento, além do procedimento principal, são acrescidos procedimentos secundários que podem incluir entre outros, órteses, próteses, exames diagnósticos, que acabam agregando novos valores a AIH. Esse mecanismo possibilita elevar o valor a ser faturado, assim, o mesmo procedimento principal pode gerar AIH com valores diferentes no mesmo hospital e entre hospitais diferentes.

Outro aspecto a destacar em relação aos dados da Tabela 7 e Figura 5 diz respeito ao comportamento do valor médio da AIH, durante o período, em cada hospital. No hospital A, esses valores são elevados durante os oito anos; nos hospitais B,C, D e E evidencia-se crescimento gradativo no valor médio AIH.

A possibilidade de incremento no faturamento conforme descrito acima, as limitações do sistema de informação em estabelecer critérios eletrônicos de glosa, requerem uma detalhada revisão técnica das contas para comprovar a adequação dos procedimentos elencados e valores faturados confrontando-os com o atendimento prestado ao usuário, capacidade instalada nos hospitais, gastos e faturamento, a fim de acompanhar a utilização racional dos recursos, evitando distorções no sistema local de saúde. Particularmente, a operacionalização destas ações compete ao setor de avaliação e controle e, no que tange as internações

hospitalares este acompanhamento abarca desde a ordenação do fluxo de usuários até uma detalhada revisão técnica das contas.

Buscamos também evidenciar as diferenças de crescimento da produção nos aspectos físicos e financeiros no período de estudo.

Na Tabela 8 e Figura 6 temos um comparativo entre a variação física e financeira das internações nos hospitais estudados no período de 1996-2003.

Tabela 8 Variação física e financeira (%) de produção de internações SUS pagas pela SMS-RP, segundo hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Hospital	Variação Física (%)	Variação Financeira (%)
A	-85,9	-82,7
B	91,3	315,9
C	27,9	203,7
D	17,9	108,0
E	66,7	138,4

Fonte: DACA-SMS-RP

O gráfico abaixo ilustra a variação física e financeira (%) de produção de internações pelo SUS segundo hospital, no período estudado.

Figura 6 Variação física e financeira (%) de produção de internações pelo SUS segundo hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

A Tabela 8 evidencia que para os Hospitais B, C, D e E o crescimento da produção financeira é muito superior à variação da produção física. No Hospital C, a produção física cresceu 27,9% e a financeira 203,7%, ou seja, a produção de internações não cresceu na mesma proporção que os recursos financeiros empregados para remuneração das AIH.

A ampliação de gastos em saúde e as limitações das fontes geradoras de recursos são temas freqüentes em discussões acerca do Sistema Único de Saúde. No Brasil como um todo, de 1996 a 2002, o volume de recursos financeiros consumidos em internações hospitalares sofreu um aumento de aproximadamente 70% enquanto a produção física de internações diminuiu 1,9% (BRASIL, 2003b).

A recomposição da tabela SIH-SUS vem ocorrendo a partir do final dos anos 90, para segmentos específicos entre eles: neurocirurgia, UTI, assistência ao parto e recém-nato, urgência e emergência. Estas áreas foram elencadas como prioritárias pelas três esferas de governo e são responsáveis pela variação positiva dos gastos em saúde (NUNES, 2004). Tal fato pode explicar os resultados da Tabela 7.

Em que pesem as críticas à forma de financiamento do SUS, particularmente das internações e, as explicações para a insuficiência de recursos, o caminho para equacionar a situação é a parceria entre gestores, trabalhadores e usuários de

serviço de saúde, buscando alternativas de solução, inclusive com a mobilização de esforços reivindicatórios de modificações da forma de repasse de recursos financeiros. A seleção ou direcionamento da demanda de usuários segundo os valores pagos nas especialidades e a incorporação de procedimentos de maior valor na AIH são opções que temporariamente podem minimizar o problema, porém, comprometem a viabilização dos princípios do SUS como um todo e não chegam ao cerne do problema: a adequação do volume de recursos financeiros destinados à saúde.

5.1.5- Produção física e financeira nas especialidades médicas

Para um melhor acompanhamento da produção física e financeira de internações, torna-se imprescindível que esta seja detalhada segundo as diferentes especialidades, a saber: clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Percebemos também que os aspectos financeiros podem influenciar o crescimento da produção de internação subestimando as reais necessidades de saúde desta 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.

Na Tabela 9 apresentamos a produção física e valor médio de AIH na especialidade de clínica cirúrgica nos hospitais estudados.

Tabela 9 Produção física (*f*) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS, pagas pela SMS-RP na especialidade clínica cirúrgica, segundo hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Ano	Hospital										Total	
	A		B		C		D		E			
	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$
1996	724	2.670,89	1732	920,19	1632	676,99	2358	436,89	0	-	6446	940,99
1997	284	2.772,75	1537	1.027,56	1239	841,56	1938	431,41	0	-	4998	1.014,66
1998	377	2.985,61	1691	1.088,36	1839	666,45	2074	459,95	0	-	5981	1.040,07
1999	342	3.747,69	2106	1.193,77	2590	614,76	2338	525,41	0	-	7376	1.216,33
2000	199	4.622,37	3352	1.142,60	3598	783,36	2327	560,90	74	228,99	9550	1.467,64
2001	90	5.094,94	3805	1.246,05	3415	917,41	2665	541,31	360	183,92	10335	1.596,73
2002	56	6.963,82	4098	1.378,30	4033	1.109,58	2568	600,31	488	214,95	11243	2.053,37
2003	50	6.284,82	4376	1.774,19	3511	1.256,65	2395	704,97	779	236,57	11111	2.051,44

Fonte: DACA-SMS-RP

No período de estudo foram pagas 67.040 internações na especialidade de clínica cirúrgica, o equivalente a 41,74% do total de AIH pagas (160.612) e, embora a dinâmica de produção varie entre prestadores, o volume de internações é crescente nesta especialidade. Quanto ao aspecto financeiro o menor valor apurado no período foi de R\$ 183,92, em 2001, no Hospital E e, o maior valor foi R\$ 6.963,82, em 2002, no Hospital A.

Quanto ao Hospital A, de 1996 a 2003, houve uma acentuada redução no número de internações pagas e uma elevação importante no valor médio da AIH. Assim, embora este prestador apresente uma baixa produção de internações na especialidade cirúrgica, os valores financeiros são elevados uma vez que como destacado anteriormente, esse hospital desenvolve, sobretudo procedimentos de alto custo, particularmente, transplantes os quais estão inseridos na especialidade cirúrgica.

Ainda na Tabela 9, constatamos que de 1996 a 2003, nesta especialidade, houve um incremento de produção de cerca de 72,4 %, sendo que os hospitais B e C apresentaram os maiores aumentos, 152,6% e 115,2 %, respectivamente. A comparação entre os valores médios de AIH nestes dois hospitais apresenta uma considerável diferença de valores podendo estar associada à complexidade dos

casos, aos recursos tecnológicos e às estratégias utilizadas para o faturamento de AIH, entre elas, a inclusão de procedimentos secundários.

Em nosso estudo, nesta especialidade, no período de 1996 a 2003, houve um incremento de produção da ordem de 72,37%. Neste mesmo período a produção de internações nessa especialidade, no Brasil e no estado de São Paulo, teve um incremento de 24,11% e 27,47%, respectivamente (BRASIL,2003b).

Vários procedimentos pertencentes à especialidade de clínica cirúrgica apresentam graus de incorporação tecnológica e complexidade que implicam em remuneração financeira superior a outras especialidades. Tal fato estimula os prestadores a privilegiarem/selecionarem com certa preferência a realização destes procedimentos. Outra particularidade da clínica cirúrgica diz respeito a uma demanda que em geral não poderia ser atendida em outro nível de atenção dentro do sistema de saúde que não o hospital. Ainda quanto aos valores financeiros despendidos nesta especialidade há necessidade de avaliação do impacto do emprego destes recursos na efetiva resposta aos problemas de saúde da população.

O acompanhamento da produção física e financeira das internações hospitalares, particularizando as especialidades e as respectivas variações no volume de produção, é fundamental não apenas para a ordenação do fluxo tanto de usuários como de referências entre serviços, mas também para a prestação de contas dos recursos empregados e do tratamento equitativo entre prestadores segundo suas especificidades. Enfim, é uma maneira de disponibilizar informações e elementos que permitam um melhor acompanhamento do processo de gestão e a explicitação das particularidades do sistema local de saúde.

Na Tabela 10 apresentamos a produção física e valor médio de AIH em clínica médica.

Tabela 10 Produção física (*f*) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP na especialidade de clínica médica, segundo hospital. Ribeirão Preto, 1996-2003.

Ano	Hospital										Total	
	A		B		C		D		E			
	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$	<i>f</i>	R\$
1996	331	408,29	1067	296,20	2165	269,37	684	188,06	0	-	4247	290,48
1997	145	321,94	1065	278,85	1737	262,43	402	242,62	0	-	3349	276,46
1998	177	280,81	1062	336,55	2315	301,95	583	289,37	0	-	4137	302,17
1999	206	329,68	1598	379,43	2863	309,77	536	335,33	0	-	5203	338,55
2000	316	322,30	1918	418,46	2906	332,90	568	382,84	0	-	5708	364,13
2001	286	275,76	1851	440,79	3294	365,16	608	366,08	0	-	6039	361,95
2002	251	299,67	2046	418,01	3774	377,39	705	411,41	0	-	6776	376,62
2003	166	334,36	2366	461,99	3695	425,37	596	414,96	2	172,10	6825	361,76

Fonte: DACA-SMS-RP

No período de 1996 a 2003 foram pagas pelo SUS no município estudado 42.284 AIH na especialidade de clínica médica, representando 26,33 % do total de AIH pagas (160.612), sendo a produção nesta especialidade concentrada nos Hospitais B e C.

Nesta especialidade o maior valor médio AIH apurado no período foi de R\$ 461,99, no Hospital C, em 2003 e, o menor valor, R\$ 172,10, no Hospital E, em 2003.

Na Tabela 10 verificamos que no período de estudo os Hospitais A e D reduziram consideravelmente as internações nesta especialidade enquanto os Hospitais B e C apresentaram um incremento da ordem de 121,7 % e 70,7 % respectivamente.

No Brasil e no estado de São Paulo, entre 1996 e 2003 houve um decréscimo de internações em clínica médica da ordem de 8,95% e 9,68%, respectivamente (BRASIL, 2003b). Em nosso estudo, entretanto verifica-se um incremento em torno de 60,7% nesta especialidade.

Em clínica médica concentram-se procedimentos que demandam expressivo volume de cuidados assistenciais de profissionais da saúde em detrimento de recursos tecnológicos. Considerando que no valor financeiro pago está computada a

alimentação, hotelaria, medicamentos, serviços profissionais médicos e de outras categorias, exames de apoio, diagnose e terapêuticos, podemos dizer que a Tabela SIH-SUS privilegia a remuneração de procedimentos que empregam maior volume de equipamentos e outros aparatos tecnológicos do que as ações especificamente de natureza assistencial.

Os resultados relativos à especialidade de clínica médica, cujo crescimento percentual foi inferior à especialidade cirúrgica, podem ser questionados levando-se em conta determinadas características populacionais, entre elas: o envelhecimento da população no município que acaba provocando maior demanda deste grupo etário para a especialidade e o crescimento de doenças crônicas não-transmissíveis.

Com base nos aspectos evidenciados acima tem-se que as internações em clínica médica por apresentarem baixa remuneração, elevado consumo de medicamentos, possibilidade de permanência prolongada no hospital e ainda concentração significativa de ações e serviços da equipe de enfermagem, são pouco valorizadas pelos prestadores.

Para Cohn, Elias (2001) há um grande aviltamento de pagamentos de serviços prestados pelo SUS, que penaliza acentuadamente procedimentos mais simples sejam clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais. Comparando valores de pagamento da tabela SIH-SUS e da Tabela da Associação Médica Brasileira é possível constatar que em ambas, os procedimentos cirúrgicos são melhor remunerados e, os procedimentos/tratamentos clínicos de doenças mais prevalentes na população como por exemplo, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e diabetes, recebem uma remuneração inferior.

O fator explicativo para a variação de produção tanto em clínica médica quanto em clínica cirúrgica diz respeito à **remuneração** nestas especialidades.

“Eu acredito que a clínica médica, numa área onde o valor da AIH é muito baixo. Não há interesse do ponto de vista econômico dos prestadores em investir nesse tipo de assistência; grande parte dos pacientes necessitam do uso de antibioticoterapia e a forma de compensação financeira dos prestadores é muito baixa...” (E 13)

“ A área a cirúrgica que dá destaque maior no crescimento da produção tem um procedimentos que o valor financeiro bem alto” (E 1)

“Tem, a parte da clinica médica que ninguém quer, do idoso porque o idoso dá mais gasto, aquele que vai dar mais gasto para o hospital não compensa, então ele quer pegar o filé na sala né?, o que dá mais dinheiro é o hospital quer que pegar” (E3)

Destacamos que embora as especialidades de clinica médica e cirúrgica concentrem expressivo volume de internações com significativo consumo de recursos financeiros, chama atenção que apenas três sujeitos tenham se manifestado no sentido de explicar as possíveis razões para os resultados encontrados.

Na Tabela 11 apresentamos a produção física e valor médio de AIH em clínica obstétrica.

Tabela 11 Produção física (*f*) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP na especialidade de clínica obstétrica, segundo hospital. Ribeirão Preto, 1996-2003.

Ano	Hospital										Total	
	A		B		C		D		E			
	f	R\$	f	R\$	f	R\$	f	R\$	f	R\$	f	R\$
1996	457	143,35	1614	152,57	1510	138,85	0	-	0	-	3581	144,92
1997	0	-	2034	144,68	1910	136,13	0	-	0	-	3944	140,41
1998	0	-	1758	191,91	1078	165,60	0	-	2027	237,42	4863	198,31
1999	0	-	1983	232,32	1	78,37	0	-	3023	242,05	5007	184,25
2000	0	-	2400	237,73	0	-	0	-	2714	265,67	5114	251,55
2001	0	-	2494	240,73	0	-	0	-	2694	294,18	5188	267,46
2002	0	-	2359	238,02	0	-	0	-	2558	297,59	4917	267,81
2003	0	-	2137	270,10	0	-	0	-	2574	323,73	4711	296,92

Fonte: DACA-SMS-RP

No município, de 1996 a 2003 foram pagas 37.325 internações na clínica obstétrica, o equivalente a 23,23 % das AIH pagas (160.612). Dentre os prestadores estudados constatamos que o Hospital D, durante todo o período de estudo, não teve internação pelo SUS nesta especialidade e, o Hospital A apresentou produção apenas no ano de 1996. O menor valor médio de AIH pago foi de R\$ 78,37, para o Hospital C, em 2003 e, o maior valor de R\$ 594,93, no Hospital E, em 2003.

A partir de 1998 o Hospital E foi inserido no sistema local de saúde. À época houve uma reorganização das referências para internação em obstetrícia e desde então o atendimento à especialidade está concentrado nos Hospitais B e E.

Para essa especialidade, dados relativos ao Brasil e ao estado de São Paulo indicam decréscimo de 16,06% e 17,28%, respectivamente (BRASIL,2003b). Já no município de Ribeirão Preto, observamos crescimento de internações em obstetrícia de 31,55%.

Outro aspecto a destacar diz respeito a formas alternativas de atendimento em obstetrícia, especificamente a realização de partos normais em gestantes de baixo risco, como por exemplo, a implantação das casas de parto, estabelecimentos de saúde de menor complexidade, com custo de instalação e manutenção mais baixas.

Na Tabela 12 temos dados relativos as AIH pagas em pediatria que representa a especialidade com menor número de internações SUS, no período, nos hospitais estudados.

Tabela 12 Produção física (*f*) e valor médio de AIH (R\$) de internações SUS pagas pela SMS-RP na especialidade de clínica pediátrica, segundo hospital. Ribeirão Preto, 1996-2003.

Ano	Hospital										Total	
	A		B		C		D		E			
	f	R\$	f	R\$	f	R\$	f	R\$	f	R\$	f	R\$
1996	0	-	503	425,95	441	196,27	621	306,70	0	-	1565	309,64
1997	0	-	281	648,19	484	184,70	655	326,51	0	-	1420	386,47
1998	9	457,78	169	690,26	482	210,23	848	331,76	0	-	1508	422,51
1999	9	641,82	203	1.154,97	577	221,45	828	516,85	0	-	1617	633,77
2000	1	40,38	335	1.083,01	632	295,86	745	630,31	0	-	1713	512,39
2001	0	-	539	853,88	602	305,30	895	879,70	0	-	2036	679,63
2002	0	-	462	901,85	688	286,09	898	849,11	0	-	2048	679,02
2003	0	-	553	901,85	148	284,73	1329	655,08	26	430,21	2056	567,97

Fonte: DACA-SMS-RP

De 1996 a 2003 foram pagas 13.963 internações na especialidade de pediatria, correspondendo a 8,7 % das AIH pagas (160.612). A produção apresentou

flutuações expressivas e concentrou-se predominantemente nos Hospitais B, C e D. O menor valor médio de AIH, R\$ 40,38, foi pago em 2000 para o Hospital A e, o Hospital C recebeu o maior valor R\$ 1.154,97, em 1999.

Nesta especialidade, no período de 1996 a 2003, houve um incremento de produção de 31,37% no município, enquanto no Brasil e no estado de São Paulo, o crescimento foi de 10,11% e 13,73%, respectivamente (BRASIL, 2003b).

Cumprе ressaltar que na especialidade de pediatria, como detalharemos no próximo tópico, a reorganização do sistema de saúde e a adoção de políticas de atenção diferenciada à saúde da criança e do adolescente podem estar interferindo na produção de internações hospitalares, em contrapartida trata-se de especialidade com o menor valor médio de AIH apurado neste estudo.

A atenção prioritária à saúde da criança é um exemplo da adoção de estratégia de ação nacional voltada para um grupo populacional vulnerável, tanto em consequência de situações peculiares do processo de crescimento e desenvolvimento quanto do próprio ambiente em que este processo ocorre, necessitando assim de uma atuação intersetorial que envolve tanto aspectos estritos de atenção à saúde quanto de educação, direitos e cidadania.

No campo da atenção a saúde da criança foram priorizadas quatro ações básicas e, posteriormente, uma quinta ação foi incorporada, ficando o seguinte elenco: monitorização de crescimento, aleitamento materno, vacinações, terapia de rehidratação oral nas diarreias, prevenção e tratamento de infecções respiratórias agudas.

Podemos observar nos recortes abaixo, indicações acerca da **mudança de perfil de atendimento na especialidade de pediatria**, em virtude do incentivo às ações preventivas e na forma de reorganização/reordenação do sistema local da saúde por um período prolongado e que começa a apresentar resultados, inclusive no perfil das internações nesta especialidade.

“A pediatria eu acredito que é explicação seria uma ação maior em nível de postos isso aí está bem caracterizado pelo município. Quanto a clínica médica houve grandes variações no teto físico devido eu acredito aos problemas de implantar controle de diabetes que realmente devia ter tido maior atuação nos postos.” (E 14)

“A pediatria nós vínhamos reduzindo gradativamente porque nós tínhamos uma capacidade de leitos que com frequência era ociosa. Eu até vindo para Ribeirão Preto, eu achei que os números de internações na área infantil era baixa demais e comecei a questionar o motivo. Eu fico até feliz, fico contente em saber que a prevenção na área infantil é bem acentuada e era um fator que contribuía para internar menos e que até levou a gente desativar, porque a número de internação na área infantil era pequeno e existia um outro hospital filantrópico, que direcionou mais vagas infantis”. (E 11)

“Olhar os processos de intervenção que tem dentro da saúde pública você tem hoje tem uma demanda de menor na área de pediatria, então hoje se percebe que o comparativamente a tempos atrás hoje você tem uma menor demanda de leitos de pediatria porque a grande maioria das questões, você tinha das diarreias, das desidratações, resolve hoje com a questão da hidratação oral. diminuiu drasticamente com a necessidade de internação. Então esse dado em menor volume é coincidente com a questão do perfil epidemiológico, uma menor necessidade né?” (E 6)

Pelos depoimentos verificamos que o número de internações em pediatria diminuiu. Segundo os entrevistados, isto ocorreu em virtude das modificações no atendimento da rede básica e às políticas de saúde voltadas para a criança que modificou o perfil de morbi-mortalidade deste grupo populacional. Ainda, segundo os relatos, houve uma reorganização do hospital para evitar a ociosidade em razão da redução de internações em pediatria, estruturando-se para atender outras demandas de maior complexidade em outras especialidades.

A seguir apresentamos uma tabela síntese com o crescimento, em percentual, do número de internações e dos valores médios de AIH para todo o período e todas as especialidades estudadas.

Tabela 13 Incremento percentual no número de internações e no valor médio da AIH pagas pela SMS-RP entre 1996 e 2003, segundo especialidade médica e hospital. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Hospital	Especialidade							
	Clínica Cirúrgica		Clínica Médica		Obstetrícia		Pediatria	
	f	R\$	f	R\$	f	f	f	R\$
	(△%)	(△%)	(△%)	(△%)	(△%)	(△%)	(△%)	(△%)
A	-93,1	135,3	-49,8	-18,1	0	0	-88,8	-91,1 ^d
B	152,7	92,8	121,7	56	32,4	77	9,9	111,7
C	115,1	85,6	70,7	57,9	-99,9	-43,6 ^b	-66,4	45,1
D	1,6	61,3	-12,9	120,7	0	0	114	113,6
E	952,7 ^a	3,3	0	0	27	36,4 ^c	0	0
Total	72,4	54,1	60,7	24,5	31,6	104,9	31,4	83,4

Legenda: △% = incremento percentual no período 1996-2003

$$\triangle\% = \frac{N - N0}{N0} \times 100$$

N = final do período (2003); N0 = início do período (1996)

a = entre 2000 e 2003; b = entre 1996 e 1999; c = entre 1998 e 2003; d = entre 1998 e 2000.

Nos dados apresentados merecem destaque, na especialidade cirúrgica, aqueles referentes ao hospital A com redução expressiva no quantitativo de internações, porém com crescimento acentuado do valor médio de AIH, o que fortalece as evidências que o hospital especializou-se em procedimentos de alto custo. Os hospitais B e C também expandiram suas internações cirúrgicas; o hospital D mostra crescimento menos marcante em termos numéricos, mas importante no que diz respeito ao valor médio de AIH; quanto ao hospital E, este começou a atuar nessa especialidade a partir de 2000, com 74 internações, e em 2003 com 779, o que explica o crescimento de 952%.

Para o conjunto de hospitais e especialidades, a de clínica médica é aquela que apresenta o menor incremento no valor médio de AIH (24,5%). Enquanto o hospital A reduziu aproximadamente em 50% o número de internações, o B e o C, incrementaram suas atividades nessa área em 121,7% e 70,7% respectivamente. O destaque cabe ao hospital D que mesmo reduzindo internações nessa especialidade

(-12,9%) apresenta um crescimento do valor médio de AIH de 120,7%. A análise para esta situação mereceria ser aprofundada conhecendo as particularidades e especificidades dos usuários atendidos nessa instituição e os procedimentos desenvolvidos.

Quando comparada às demais especialidades, a de clínica obstétrica foi aquela que apresentou o maior incremento no valor médio de AIH (104,9%) no período. Verificamos que o hospital C deixou de atender nessa área a partir de 1999, momento em que no município houve a inserção de um novo hospital voltado especificamente para essa especialidade (hospital E). Cabe comentar ainda sobre os hospitais A e D, os quais não realizaram internações nessa especialidade.

Quanto à especialidade de pediatria, os hospitais B e D mostram crescimento do valor médio de AIH acima de 100%. Uma possível explicação para essa situação foi a implantação, a partir de 1998, da política ministerial de reclassificação de leitos de unidade de terapia intensiva infantil, o que impulsionou essas instituições a reorganizarem e ampliarem os leitos nesse setor (Ribeirão Preto, 2003).

Verificamos que o crescimento e o envelhecimento da população e as alterações das condições socioeconômicas nos últimos anos, interferem no perfil de morbi-mortalidade e nas necessidades de saúde de uma população, determinando maior demanda por esta ou aquela especialidade médica.

Em nossa pesquisa pudemos constatar um forte incremento (ano a ano) na produção de internações nas especialidades que contemplam procedimentos com maior remuneração, por exemplo, a clínica cirúrgica, como podemos constatar na Tabela 9, contrariando o esperado diante do quadro de envelhecimento da população no município e a demanda por procedimentos de clínica médica para este grupo etário.

Entendemos que o hospital é uma organização complexa e necessita ser administrado com metas e objetivos a serem atingidos, para manter-se estável e em crescimento, porém, é imprescindível destacar que seu papel prioritário que é social, atendendo a coletividade na qual se insere. Neste sentido, não podendo ser analisado/administrado simplesmente dentro da lógica de mercado. Quando vinculado ao SUS, através de contrato ou convênio, deve integrar-se na mesma dinâmica organizativa do sistema de saúde local, respeitando princípios básicos e normas técnicas em que prevalece o interesse público aos privados.

Percebemos que os casos de maior complexidade e que envolvem incorporação tecnológica despertam maior interesse dos prestadores, contrariando a lógica acima descrita, o que acaba influenciando a produção de internações hospitalares.

Borges; Fernandes (2002) afirmam que a rede pública está praticamente ausente na prestação de serviços de alta complexidade, sendo possível constatar que a rede privada tem quase monopólio nesta área, percebendo elevados montantes financeiros pela prestação desses serviços.

Diante da realidade que se apresenta quanto ao perfil demográfico e epidemiológico da população, das condições de financiamento do SUS, da variação de produção e remuneração entre as especialidades, do aumento da produção de internações na clínica cirúrgica, da incorporação de novas tecnologias, faz-se necessário adotar medidas contínuas e sistematizadas de gerenciamento do sistema. Acreditamos que ao setor de avaliação e controle compete papel primordial nos aspectos de produção e faturamento dos serviços cadastrados em hospitais contratados/conveniados ao SUS, os quais geram um conjunto de informações subsidiam o gestor nos processos de planejamento, programação e alocação de recursos financeiros, articulando os diferentes níveis de atenção com vistas a melhorar as condições de saúde e medir o impacto das ações na saúde da coletividade.

Finalizando podemos dizer que as internações hospitalares, no município de Ribeirão Preto, no período estudado, sofreram considerável variação da produção física e financeira, sendo que o crescimento financeiro foi superior ao físico. O incremento de produção é diferenciado entre prestadores e entre as especialidades de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica. Podemos evidenciar que o crescimento é mais acentuado na especialidade de clínica cirúrgica onde se concentram procedimentos que agregam maior tecnologia e maior valor de remuneração.

Entendemos que acompanhar, concomitantemente a produção quantitativa e o respectivo aporte financeiro para pagamento da produção de internações hospitalares deve constituir-se em ferramenta para articular as necessidades e demandas da população na estruturação do sistema local de saúde.

No próximo tópico passamos a apresentar segundo a visão dos sujeitos envolvidos na utilização de informações sobre internações hospitalares o papel do gestor.

5.2 O papel do gestor no sistema local de saúde

Nos depoimentos analisados, à medida que identificávamos os motivos atribuídos pelos sujeitos quanto à variação da produção física e financeira de internações hospitalares em Ribeirão Preto, aspectos relativos ao **papel do gestor municipal** emergiram de forma contundente, levando-nos a constituir-lo como um fator explicativo específico.

Entendemos gestão como pensar, decidir e agir para obter resultados através das pessoas em interação. Neste sentido, é o secretário municipal de saúde quem responde pela condução do sistema local da saúde, dirigindo as relações entre usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e outras esferas do SUS com o objetivo de consolidá-lo em seu município e, para tanto necessita dispor de determinadas ferramentas gerenciais.

A governabilidade do sistema local de saúde pressupõe articulações de natureza técnica, política, econômica e social, que sustentarão processos decisórios efetivos por parte do gestor. As decisões no campo das internações hospitalares, portanto, devem fundamentar-se em informações técnico-científicas provenientes do SIH-SUS, ferramenta acessível e relevante para o monitoramento permanente e contínuo.

Desde 1996, por exigência do processo de habilitação do município à gestão semiplena, foi implantada em Ribeirão Preto uma unidade administrativa, Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria. Entre as finalidades estabelecidas para a Divisão tem-se: a avaliação e controle da produção e do faturamento dos prestadores de serviços contratados/conveniados pelo SUS do ponto de vista das Normas vigentes, através do SIH e SIA-SUS; cadastramento e contratação de serviços de saúde; implantação das normas propostas pelo Ministério da Saúde; manutenção e atualização de banco de dados.

Entendemos, portanto que as atividades desenvolvidas pela DACA na dimensão explicitada acima constituem ferramentas valiosas para o gestor na

condução do sistema de saúde, uma vez que fornecem subsídios para ações estratégicas de planejamento e decisão em âmbito local.

Nos depoimentos analisados identificamos que os aspectos apontados em relação à atuação do gestor, apresentam questionamentos pertinentes às ações de avaliação, controle e auditoria que em primeira instância competem à DACA.

5.2.1 A Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria instrumentalizando o processo de gestão local.

Informações organizadas e sistematizadas, particularmente aquelas relativas às internações hospitalares, são imprescindíveis ao gestor, no sentido de fundamentar/aprimorar as decisões que constituem o processo de trabalho do gestor local. No entanto, os dados numéricos e as falas dos entrevistados evidenciam tal que tal prática não é rotineira, por parte do setor de avaliação, controle e auditoria.

Os entrevistados, quando se referiram à variação da produção de internações, apontaram o papel relevante do gestor local nas questões relativas a fiscalização, controle, regulação e avaliação do sistema, atividades estas, que no município estudados são atribuições inerentes à DACA.

As falas que se seguem apontam para o papel fiscalizador do gestor:

“Se o gestor começa a fiscalizar e cobrar dos prestadores aí, a coisa funciona... O gestor tem obrigação de acompanhar e fiscalizar é obrigação dele... Que ele se dedique mais porque ele é o gestor e ele tem a obrigação de fazer” (E 3)

“Aqui em Ribeirão Preto o gestor comanda tudo, ele quem dita a regra que tem que ser feita aqui dentro... O gestor tem que ter uma equipe que saia da mesa, que saia dos gabinetes para visitar as unidades para ver o que está acontecendo lá, tanto nos hospitais como nas unidades básicas de saúde, no programa saúde família. Eles têm que sair da mesa. Hoje a gente vê o gestor e o gerente da unidades estão muito atrelados dentro dos escritórios, dentro das salas deles, enquanto isso os funcionários, os enfermeiros estão tentando fazer a parte deles, então eu acho que o gestor tem que sair de trás da mesa, porque eles tem tempo para isso”. (E 5)

Nos depoimentos acima, os representantes de usuários no CMS, manifestam suas expectativas para que o gestor cumpra o papel que lhe é atribuído, esteja

atento e fiscalizando o funcionamento do sistema e, sugerem ainda a forma de operacionalização deste acompanhamento. Embora fiscalizar nos remeta a uma idéia de vigiar com rigidez, este talvez seja um equívoco inicial, mais adequado seria a compreensão do termo fiscalizar como o rigor necessário ao desempenho da atribuição do gestor de acompanhar, de modo dinâmico, os acontecimentos no sistema local de saúde.

Considerando as internações hospitalares, o acompanhamento/fiscalização dos recursos financeiros empregados mês a mês em cada prestador e a respectiva produção, articulando a outras esferas da atenção à saúde no município, permite comparar indicadores locais e, adotar medidas pertinentes e adequações necessárias.

Não temos dúvida que de fato todo rigor é necessário para o acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros do SUS, de modo a garantir sua adequada utilização para melhoria das condições de saúde da população, entretanto, o desenvolvimento de ações neste sentido devem ser devidamente documentadas, revestidas de dinamismo e agilidade, evitando atividades burocratizadas e cartoriais.

O setor de avaliação e controle deve desenvolver ações analíticas (destinadas a acompanhar e avaliar o desempenho das unidades na prestação de serviços, por meio da análise de relatórios) e ações operativas (desenvolvimento de atividades de avaliação *"in loco"*, nos serviços ambulatoriais, hospitalares, de apoio diagnóstico e terapêutico contratados/conveniados ao SUS) de acompanhamento dos serviços próprios, conveniados e contratados, cabendo ao gestor articular estas atividades ao processo de planejamento, programação e decisão acerca da assistência à saúde.

Assim, podemos dizer que, a partir de dados levantados nas ações analíticas é possível prever uma estratégia de ação *"in loco"*, priorizando setores com indicadores que sinalizem necessidade de intervenções.

As ações analíticas e as ações operativas devem ser embasadas em dados e informações disponíveis sobre as internações hospitalares. Os sistemas disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde através do DATASUS, mais especificamente o SIH-SUS, oferecem inúmeras possibilidades de acessar/disponibilizar informações para subsidiar as ações de controle e avaliação. Entretanto, ainda hoje tais sistemas são subutilizados uma vez que o volume de

informações gerado não é adequadamente analisado. As ações são ainda muito mais baseadas na experiência e no *feeling* da equipe de avaliação e controle, que no acompanhamento sistemático e organizado segundo variáveis de interesse para o processo de gestão.

Entendemos ainda que estas informações devem subsidiar o gestor na relação com os hospitais, especificamente na autorização do repasse mensal de pagamento da produção de internações. Questionamos, portanto, qual produção em cada especialidade o montante financeiro liberado para determinado hospital representa? Qual o significado/repercussão desse montante para a saúde da população do município? Qual tem sido o papel da DACA na sistematização destas informações de modo a torná-las significativas e de fácil manuseio, de modo a constituir-se em uma ferramenta capaz de instrumentalizar o gestor nos processos decisórios?

Outro aspecto, relatado pelos sujeitos diz respeito ao controle da produção física e financeira das internações hospitalares.

“Falta controle do SUS, falta começar a reunir quem está recebendo o SUS para fazer esses pagamentos, quem faz mais recebe mais, quem faz menos recebe menos, se tiver qualidade para o usuário recebe mais. O atendimento para a população tem que ter controle. Eu fico admirado, de ver o gráfico aqui, um hospital fazer poucas internações e receber mais por isso, aí é dar uma facada no dinheiro do povo”. (E 5)

“Fazer uma pré-auditoria, o que é essa pré-auditoria: é avaliar antes de atender e fazer um mecanismo para você pegar e procurar o paciente que vem de fora e que está de alguma forma burlando o sistema. Eu acho que deveríamos partir para uma situação de definir isso (pré-auditoria), para afirmar se ocorreu esse tipo de coisa (*burlar o sistema*). Realmente tem que levar para a administração esse tipo de médico, essa instituição que está fazendo isso. Acho que tem ser uma coisa mais firme. Eu acho que o primeira coisa que a gente deveria trabalhar aqui na matéria de gestor seria avaliar procedimento de alto custo com uma auditoria bem feita, auditoria prévia, para ver se isso aí não está sendo feita de uma forma inadequada. A gente tem que analisar aqui porque foi internado? Provavelmente boa parte dessas internações não têm necessidade.” (E 15)

“Cabe o gestor controlar isso de uma maneira mais homogênea. Se a gente, se o gestor procurasse encontrasse uma maneira mais equilibrada de fazer com que esses casos de maior complexidade entrassem no hospital e, tem uma dificuldade muito grande no gerenciamento desses casos porque a grande parte deles ela é encaminhada para prestação de serviços como um caso de urgência, emergência médica.” (E 12)

A expectativa que o gestor desempenhe sua função controladora do sistema quanto às internações hospitalares, indica a necessidade de estabelecer o fluxo de pacientes, as referências loco-regionais e as cotas/metasp de produção, importantes balizas na condução do sistema de saúde. As pactuações contratuais com prestadores, por meio de instrumentos normativos como a PPI e o PDR, podem indicar ao gestor parâmetros, físicos e financeiros, a serem considerados na produção de internações.

Entendemos que para o exercício do controle do sistema local o Plano de Saúde é uma ferramenta onde devem estar explicitados os objetivos para a saúde no município, bem como as estratégias de ação. Particularizando as internações hospitalares, além do Plano, poderiam ser desenvolvidos estudos sobre a capacidade instalada de leitos e recursos materiais/humanos por prestador, disponibilidade de recursos financeiros para internações hospitalares, população de referência e comparação com parâmetros de atenção e cobertura assistencial.

Tais mecanismos de controle não parecem ser utilizados sistemática e rotineiramente uma vez que a produção de internações é crescente, não havendo sinais que estejam sendo adotadas estratégias de modificação deste quadro assim como não existem registros de fatores que justifiquem o incremento das internações.

O contato estreito do setor de avaliação e controle com as unidades de internação hospitalar pode fornecer elementos que embasem ações de controle do sistema, possibilitando detectar distorções e adotar medidas de adequação do sistema local quanto: a emissão de AIH considerando prazos e fluxos, quantitativo mensal geral de AIH do município, oscilações no volume da produção e recursos financeiros empregados. Porém, no DACA não há uma rotina que privilegie este contato, as ações são desencadeadas a partir de demandas pontuais.

Associada ao controle, a avaliação pode permitir uma visão mais abrangente da produção de internações hospitalares no sistema de saúde local

como indicam as falas a seguir:

“Obviamente você entende que esses procedimentos foram realizados, mas será que eles são necessários para a população? Será que a gente trabalha com esses procedimentos visando mais o interesse do prestador na realização e no faturamento que o planejamento? Ou é necessidade do município? Eu acho que a gente não tem esse tipo de planejamento que leve em conta a necessidade. Fica muito complicado você fazer um tipo de avaliação. Você acaba fazendo uma coisa posterior, não consegue fazer uma coisa antecipada. talvez a gente precisaria um pouco desse tipo de avaliação, um pouco mais detalhada para você conseguir fazer um planejamento mais adequado da assistência. Então eu vejo essas informações realmente aguçam a curiosidade de querer ver, porque aumenta a curiosidade do trabalho”. (E6)

“O gestor tem que avaliar o aumento de gastos para buscar mais fundos, para suprir a demanda de consumo, acho o gestor deveria rever principalmente a relação gasto-paciente, gasto-hospital, para que no orçamento fosse privilegiado porque é uma região onde congrega 3 faculdades de medicina e consequentemente há uma busca, por parte, do paciente em resolver os seus problemas.” (E 9)

“Olha eu vejo assim o papel do gestor, como tendo uma necessidade muito grande de uma avaliação constante, eu acho que tem que ser uma coisa acompanhada constantemente, justamente para evitar essa instabilidade e de repente não prejudicar o atendimento de jeito nenhum. Mas estar fazendo uma distribuição melhor, o que chama mais atenção é a disparidade na produção na clínica cirúrgica e na médica, nas outras especialidades a produção física com a financeira mais ou menos acompanha... mas na clínica médica é um atendimento muito grande para um dinheiro pequeno”. (E 7)

Os depoimentos acima, de atores de diferentes cenários dentro do sistema de saúde, um gestor, um representante de usuários e um representante de hospital, focam a avaliação como mecanismo para: estimar o impacto dos gastos com internação na saúde da população; identificar as possíveis justificativas para as diferenças verificadas entre produção física e financeira na especialidade de clínica médica; monitorar os acontecimentos de modo a antever os problemas.

Embora a avaliação em saúde seja um pressuposto da condição de gestão do sistema local de saúde, desde a NOB 93 até a NOAS 01/02, percebemos que em nível local esta dimensão ainda não foi incorporada ao processo de trabalho cotidiano da DACA, com o setor permanecendo mais centrado em ações de controle

burocrático e cartorial.

Nem mesmo associado ao faturamento mensal, tarefa que consome praticamente a totalidade do trabalho da DACA, percebem-se iniciativas de implantar avaliações de processos e de resultados das ações de saúde desenvolvidas no município.

Quanto às internações hospitalares, desde a implantação da gestão semiplena até hoje, tivemos avanços em relação aos mecanismos de ordenação do fluxo de pacientes e, particularmente, na proposta da PPI como instrumento de planejamento.

Entretanto, há evidências que o planejamento e a programação em saúde e seus respectivos instrumentos, entre eles a PPI, carecem de dinamismo pois, a avaliação sobre: a necessidade de cada internação, o volume de recursos despendidos por paciente, a possibilidade de evitar internação desnecessária com adoção de atenção à saúde em outras modalidades de serviços que não seja o estabelecimento hospitalar, as distorções do sistema, as diferenças de produção entre prestadores e especialidades médicas, do cumprimento de metas para internações hospitalares, não tem merecido no espaço local um debate importante e necessário entre os diferentes atores e esferas de gestão no sentido de implementar efetivamente os princípios do SUS.

Acreditamos que a avaliação é um elemento necessário à reorganização das práticas de saúde, devendo estar afinada com a necessidade de adotar novos modelos de atenção à saúde, ou seja, requer objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda/produção.

A avaliação da produção de internações hospitalares, a nosso ver, pode sinalizar quais as condições do sistema local de saúde, com indicação de situações bem sucedidas e outras que necessitem de intervenção. Por exemplo, em nosso estudo, o crescimento da produção física de internações em clínica médica, requer, a nosso ver, um acompanhamento paralelo das ações, investimentos e resultados de programas de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, que poderiam reduzir as internações na especialidade.

Acompanhar aspectos quanti-qualitativos da produção de internações de cada hospital fornece subsídios para o processo de planejamento do sistema local de saúde; possibilita monitorar o quantitativo de internações hospitalares, nas diversas especialidades, a sazonalidade em que ocorrem e assim podem indicar distorções no

sistema local de atenção ambulatorial, no fluxo de pacientes e demandas de população externa ao município.

No tocante as internações hospitalares, articuladas ao controle e avaliação, a regulação do sistema fortalece a capacidade de gestão como podemos observar nas falas abaixo:

“O grande o problema da gente que precisava solucionar melhor, é a distribuição entre prestadores, seria equacionado de melhor forma se você tivesse as necessidades de população vinculadas seja um hospital único ou várias instituições. Importante é a forma da regulação, vamos fazer esses pacientes que precisam desses serviços chegar nesses prestadores; o que falta para o gestor é trabalhar com a questão de como regular, este é o ponto chave.(E 12)

“Ainda falta para o Secretário de Saúde um planejamento global da assistência que fornece. A questão que se discute é fazer o planejamento em função daquilo que é ofertado ou da necessidade? A partir do momento que você trabalha com necessidade, você pode tentar adequar os fluxos que tem, o que você precisa de cada um dos prestadores ou não” (E 6)

“A regulação no ponto de vista do gestor se dá apenas em determinar o fluxo que é competência de Ribeirão Preto e o que não é competência de Ribeirão Preto. Com relação a situação do gestor, eu acho importante é a questão de regulação do fluxo, só que a consequência de Ribeirão é que agüenta a demanda que era competência dos municípios vizinhos, e não dá... quebra!” (E 13)

Para regular o sistema local não basta organizar o fluxo de usuários, embora esta seja uma etapa imprescindível, é preciso conhecer as demandas de saúde e a disponibilidade de serviços. As falas acima evidenciam certo desconhecimento sobre a real situação de saúde do município, dos recursos disponíveis, das demandas existentes e da maneira de equacionar necessidade/oferta de modo igualitário. Esse desconhecimento poderia ser minimizado/reduzido com uma atuação mais efetiva da DACA por meio da organização e sistematização dos dados de produção e remuneração.

A produção de internações nas diferentes especialidades (Tabelas 9, 10, 11 e 12) exemplifica situação da possível falta de regulação do sistema local, levando ao questionamento e justificativas (que nem sempre são encontradas) para a produção tão diferenciada entre os hospitais estudados, para a desproporção entre o

crescimento físico e o financeiro desta produção, para valores díspares de AIH entre as especialidades e entre prestadores.

A regulação assistencial institui ao poder público, o desenvolvimento de sua capacidade em responder às demandas de saúde nos diversos níveis da assistência, integrando necessidades individuais e coletivas. Tem o objetivo de promover a equidade de acesso, garantindo a integralidade da assistência, ajustando a oferta de serviços às necessidades do usuário de modo ordenado e racional (BRASIL, 2002c).

Os processos regulatórios possibilitam organizar a garantir o acesso em tempo oportuno, disponibilizar a melhor alternativa assistencial às demandas, otimizar a utilização de recursos disponíveis, subsidiar os processos de controle, avaliação e PPI (BRASIL,2002c).

Embora o controle e a avaliação fossem prerrogativas para assumir as diferentes modalidades de gestão desde a NOB 93, de modo geral, podemos dizer que ainda são ferramentas de gestão pouco exploradas nos processos decisórios do sistema local. A regulação do sistema, outra ferramenta gerencial foi incorporada ao SUS recentemente, mais especificamente após a NOAS 01/01 e, sua utilização embora ainda incipiente, poderá contribuir positivamente no processo de gestão no sentido de regular e controlar toda disponibilidade assistencial loco-regional; agilizar o atendimento de forma a dar conforto ao usuário; auxiliar no controle do fluxo das demandas e das possibilidades de atendimento; distribuir de forma igualitária os recursos de saúde à população segundo suas necessidades; encaminhar e agendar internações eletivas e de urgência; monitorar a disponibilidade de leitos (BRASIL, 2002 c).

Ainda no tocante a gestão, aliada às ferramentas disponíveis, quais sejam, controle, avaliação e regulação, temos falas que nos remetem à forma como o gestor conduz o processo de trabalho, contratação de serviços e o estabelecimento de parcerias, como vemos relatado abaixo:

“Outro ponto é trabalhar com a questão de parceria mesmo, que é o maior parceiro nosso aqui, como que está funcionando isso aqui, de repente nós temos um hospital que faz especialidade um alto custo tremendo mas não dá nenhuma contrapartida”(E 15)

“O gestor é uma peça fundamental e que deveria mudar a forma de gestão em relação aos hospitais. Ao nosso ver o que a gente está brigando é que não seja mais um convênio com procedimentos, que esse convênio por procedimentos pode levar certamente os hospitais à falência. Acho que devia mudar essa forma de convênio e tendo assim um convênio global... um dos papéis do gestor é mudar a forma de remuneração dos hospitais, ele devia direcionar isso aí... detectar função de cada hospital.” (E14)

As falas evidenciam que o contrato/convênio firmado entre o gestor e o hospital é uma ferramenta que deve nortear a relação entre ambos, cabendo delimitar aspectos quanti/qualitativos das internações bem como as formas de remuneração destas, privilegiando aquelas que estabeleçam o cumprimento de metas e não apenas o pagamento por produção de procedimentos. Há que se incentivar a produção segundo a vocação/estruturação de cada hospital, com responsabilidade de atender eqüitativamente demandas de todas as especialidades e não somente as mais rentáveis.

Para o desenvolvimento deste conjunto de ações o gestor necessita ser instrumentalizado a partir de informações consistentes, organizadas e disponibilizadas pela DACA.

Em nosso estudo, o Hospital A ilustra a concentração de atendimento na especialidade de clínica cirúrgica, com valores médios de AIH elevados em relação aos demais hospitais.

Contratos e convênios que formalizam a relação entre gestor e prestador devem prever, entre outros aspectos, aqueles relacionados ao faturamento de internações. No município estudado adota-se o pagamento prospectivo da produção de internações com base nos valores determinados pela tabela SIH-SUS.

Outras formas de remuneração para as internações hospitalares podem ser adotadas. Outras lógicas de faturamento, que não sejam aquelas centradas na produção de procedimentos, parecem-nos mais adequadas a uma concepção integral da assistência à saúde. Permite ao gestor, em real parceria com os prestadores, estabelecer pagamentos globais efetuados a partir do cumprimento de metas e objetivos, embasados nas necessidades da população, capacidade instalada e recursos disponíveis.

A complementaridade do setor privado no campo das internações hospitalares e respectivo faturamento implicam em cumprir fluxos de usuários e

documentos, atender normas e portarias, utilizar o SIH-SUS, de modo a integrar-se efetivamente ao sistema local.

Acreditamos que o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão, mais especificamente da assistência hospitalar, tem sentido quando objetivam melhorar a atenção à saúde do usuário. Essa melhoria envolve aspectos como a humanização do atendimento, a adoção de medidas que atendam as crescentes exigências e necessidades da população, bem como a utilização de instrumentos para a tomada de decisões estratégicas, de modo a gerar conhecimentos e promover a integração da gestão entre os diferentes níveis do sistema e seus respectivos participantes, articulando todo este processo ao uso racional dos recursos financeiros disponíveis.

Pelos resultados obtidos no estudo, parece-nos que as ações do setor de avaliação, controle e auditoria, no que se refere às internações hospitalares, concentram-se mais nos aspectos relativos ao controle contábil do sistema do que propriamente na avaliação. As atividades especialmente na emissão de AIH; análise de prontuário em cada internação com autorização ou não de faturamento da AIH; a realização, checagem e transmissão dos dados do faturamento mensal dos hospitais submetendo-os a programas disponibilizados pelo DATASUS, tomam como foco central os aspectos de faturamento que propriamente aqueles relativos aos planejamento/programação e gestão das internações hospitalares.

Concluindo, verificamos que a produção de internações hospitalares representa importante parcela da atenção à saúde no município tanto pela complexidade de ações quanto pelo volume financeiro empregado. A variação na produção de internações hospitalares constitui um fato que deveria merecer um olhar atento e crítico de quem faz a gestão do sistema e de quem produz as informações de internação. Ao gestor cabe a atribuição de fiscalizar, controlar, avaliar, regular, decidir, ordenar o sistema para atingir resultados satisfatórios, usando instrumentos científicos associados à interação humana constante.

6 - Considerações Finais

A municipalização, entendida como uma estratégia de implementação do princípio de descentralização do SUS, vem se concretizando, norteadas pelas Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde, que definem as modalidades de gestão. Nesse contexto, as ações de avaliação, controle e auditoria tornam-se cada vez mais relevantes, à medida que possibilitam monitorar o conjunto de ações de saúde, subsidiando o planejamento, a programação e a avaliação do sistema de saúde local em relação a utilização/alocação dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.

O desempenho profissional junto à Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, tem propiciado não apenas o acúmulo de experiências, mas também gerado indagações sobre a gestão local da produção de internações hospitalares, a partir da compreensão de que este segmento deveria merecer atenção diferenciada em virtude do volume e da variedade de recursos consumidos.

Com base nessa lógica, buscamos conhecer como ocorreu a produção de internações em Ribeirão Preto-SP, particularmente nos hospitais conveniados/contratados com o SUS e sob gestão municipal, desde o momento em que foi implantada a gestão semiplena até o ano de 2003.

No momento da concepção do projeto de investigação, o cotidiano do trabalho apontava que nos últimos anos, as internações vinham crescendo assim como o montante de recursos financeiros despendidos com essa atividade. Assim, procuramos no referido projeto descrever, a partir de dados quantitativos, a variação da produção de internações, nos aspectos físico e financeiro e, com base em dados qualitativos extraídos dos depoimentos de sujeitos envolvidos no processo de gestão, identificar fatores explicativos para essa variação.

Entre 1996 e 2003, foram processadas e remuneradas 160.612 internações, nos cinco hospitais estudados. Nesse período houve um aumento geral de 55,96 % nas internações pagas.

Observamos que a variação de produção ocorreu de maneira diferenciada entre prestadores sendo que alguns tiveram incremento e outros, decréscimo no

quantitativo de internações. Particularmente, nos Hospitais B e C é possível constatar crescimento expressivo de internações enquanto no Hospital A, houve um declínio acentuado, o que pode decorrer de mudanças na sua forma de inserção no sistema local de saúde.

No que se refere aos valores financeiros empregados para a remuneração das internações hospitalares houve crescimento de 156,3%. Somente no Hospital A foi identificada redução nesses valores.

Quanto aos aspectos da produção física, os resultados obtidos no estudo diferenciam-se daqueles encontrados seja para o estado de São Paulo como para o Brasil, uma vez que em Ribeirão Preto, o incremento de internações foi superior. Quanto aos recursos financeiros consumidos, à semelhança do estado de São Paulo e do Brasil, Ribeirão Preto apresentou crescimento, embora o percentual de incremento tenha sido expressivamente maior.

Nestes aspectos há que se pontuar algumas limitações dessa investigação, entre elas a dificuldade em definir se o incremento físico e financeiro de internações é compatível e coerente com as necessidades de saúde da população. Esta avaliação seria possível a partir da clara delimitação da população de abrangência e respectiva necessidade de internação em Ribeirão Preto, segundo as diferentes especialidades e recursos disponíveis em seus municípios de origem, conforme previsto na PPI. Outra limitação, que pode constituir-se objeto de futura investigação, diz respeito à necessidade de detalhar o estudo das especialidades médicas elencando os procedimentos realizados em cada uma delas a fim de obter a situação pormenorizada da produção de internações.

Em relação a esses resultados é interessante destacar que o sistema, ao longo desses anos, incorporou alguns reajustes, porém, estes não podem ser considerados suficientemente capazes de recompor os valores percebidos pelo município para internação hospitalar, e explicar o expressivo incremento financeiro. As hipóteses levantadas para explicar esse crescimento dizem respeito a determinados mecanismos adotados pelos prestadores, entre eles: incorporação de tecnologias levando à especialização em procedimentos de alto custo; seleção de procedimentos com melhor remuneração; inclusão de procedimentos secundários que agregam valor ao procedimento principal da AIH.

Considerando a responsabilidade e possibilidade da DACA fornecer subsídios ao processo de gestão, entendemos os mecanismos acima apresentados deveriam

receber maior atenção por parte, tanto do setor de avaliação e controle, quanto do próprio gestor local, no sentido de monitorar e controlar sistematicamente a produção desses prestadores.

Entre as especialidades estudadas constatamos que a clínica cirúrgica é aquela que apresentou a maior variação de produção, particularmente, concentrada nos Hospitais B e C. Essa é uma especialidade com maiores valores de remuneração segundo a Tabela SIH-SUS, portanto representa, para o prestador, um segmento de interesse em razão do aporte financeiro empregado.

Destacamos ainda, que embora a produção seja crescente em clínica médica, trata-se da especialidade com menor valor de remuneração, uma vez que concentra procedimentos com pouca incorporação tecnológica aos quais dificilmente se consegue agregar valores financeiros que incrementem o valor principal da AIH faturada.

Consideramos como possíveis explicações para o incremento no número de internações no período, o aumento do fluxo de usuários que anteriormente tinham acesso ao sistema de saúde suplementar; a reorganização da oferta de serviços de internação do hospital público estadual que fica no município; e ainda, um controle pouco efetivo da produção de internações pela Secretaria Municipal de Saúde.

Na visão dos entrevistados, a variação na produção de internações resulta de aspectos relativos a: fluxo alterado de usuários entre os serviços; “invasão” de pacientes de outros municípios, descaracterizando a regionalização e a hierarquização, embora os resultados referentes à procedência dos usuários não ratifiquem essa percepção; baixa resolutividade da rede básica de atenção que determina a procura espontânea e/ ou encaminhamento para serviços de maior complexidade; mudanças no perfil da população quanto ao crescimento, envelhecimento e padrões de morbi-mortalidade; incorporação tecnológica que gera novos custos e gastos; ações de fiscalização, controle, auditoria, avaliação e regulação pouco eficientes.

Entendemos que a partir da análise dos resultados obtidos será necessário desenvolver um trabalho conjunto entre gestor, setor de avaliação e controle, prestadores e usuários para (re)estruturação do sistema de saúde local, elencando limitações, possibilidades e alternativas de uso racional dos recursos disponíveis para atenção à saúde da população no âmbito das internações hospitalares.

As informações obtidas e os depoimentos dos sujeitos envolvidos na gestão local permitiram constatar, no percurso desta investigação, a relevância das ações de avaliação e controle na gestão local de saúde, consolidando a visão que nossa experiência cotidiana tem propiciado ao longo dos anos. Particularmente entendemos que, avaliação e controle, mostra-se um campo fértil para a atuação profissional pautada em conhecimentos técnico-científicos relativos à assistência à saúde e ao gerenciamento de serviços, cujo desafio maior é a articulação destes conhecimentos com as diferentes esferas da gestão do sistema de saúde assegurando nossa efetiva participação e inserção no processo de reorganização da atenção à saúde.

Entretanto, em nosso entendimento, no município estudado, um passo primordial refere-se à opção de o gestor tomar decisões embasadas em informações que lhe permitam conhecer, de forma pormenorizada, a realidade de saúde local. Sob esta perspectiva, seria fundamental organizar o trabalho da DACA para que efetivamente este setor seja capaz de instrumentalizar o processo municipal de gestão da saúde.

Acreditamos que a utilização de instrumentos gerenciais permite monitorar, avaliar e controlar, as condições do sistema local de saúde, o crescimento diferenciado da produção financeira entre prestadores e o incremento no volume total de recursos financeiros despendidos, subsidiando ações estratégicas de ordenação do sistema e de racionalização do emprego de recursos financeiros. Porém, a julgar pelos dados levantados e os depoimentos dos entrevistados não há evidências que tais medidas estejam sendo adotadas ao longo do período estudado.

Diante das considerações expostas até o momento e da vivência profissional particularmente na DACA apresentamos sugestões que poderão ser implementadas/adotadas no âmbito do sistema local de saúde:

- Estruturar, equipar e conformar uma rede de atenção básica que seja de fato a porta de entrada do sistema de saúde e, apresente resolutividade;
- Incrementar ações de planejamento em saúde baseadas em: dados/informações do sistema; nos princípios organizativos do SUS; nas demandas e necessidades de saúde da população; no acompanhamento da produção de serviços de saúde; na capacidade instalada de serviços de saúde, de modo a otimizar o uso de recursos

disponíveis no município, centrando esforços para atuação segundo prioridades.

- Implementar de forma efetiva ações de regulação da demanda com base em um sistema de referência e contra-referência que focalize as necessidades de saúde da população;
- Estabelecer metas contratuais baseadas em indicadores epidemiológicos que pactuem entre gestor e prestador atendimento proporcional entre as diversas especialidades;
- Incrementar ações operativas de controle e auditoria junto aos prestadores, embasada em informações sobre a produção que permitam a correção de possíveis distorções na indicação da internação, do fluxo de pacientes e na adequação entre os procedimentos realizados e faturados;
- Implementar ações de avaliação por meio de acompanhamento mensal da produção de internações com elaboração de relatórios detalhados que contemplem os diferentes prestadores, procedimentos segundo as várias especialidades e valores monetários consumidos;
- Disponibilizar periodicamente, de modo sistematizado informações atualizadas sobre as internações, o que permitirá ao gestor avaliar continuamente em quais especialidades e para quais prestadores o sistema local destina os recursos financeiros;
- Investir na capacitação do pessoal alocado na área de avaliação, controle e auditoria;
- Desenvolver um trabalho intenso junto aos prestadores na organização do sistema de saúde local, discutindo e esclarecendo limitações, possibilidades e alternativas de uso racional dos recursos disponíveis para internação, embasada nas necessidades e demandas da população, na análise da produção de internações a partir de informações do SIH-SUS ou outro sistema de informação que venha a ser adotado e assim construir uma real parceria que permita cumprir metas e condições contratuais entre o gestor e o prestador, assim como possibilite ao gestor reorganizar a atenção básica.
- Organizar e sistematizar informações sobre produção física e financeira, particularmente referentes às internações hospitalares, que permitam ao

gestor conhecer de fato sua realidade, com vistas a intervenções e à possibilidade de, nos fóruns competentes, negociar e pactuar uma programação física e financeira baseada, nas necessidades de saúde e buscando cumprir metas adequadas ao perfil saúde desejado no município;

- Incrementar ações de avaliação e controle de maneira a disponibilizar sistematicamente, informações processadas e organizadas, fornecendo subsídios técnicos que favoreçam o processo de gestão em nível local.
- Divulgar resultados obtidos com as ações de avaliação, controle e auditoria junto ao Conselho Municipal de Saúde, prestadores de serviços e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde.

Enfim, estruturar continuamente um sistema local de saúde embasado em políticas e informações de saúde, articulado entre os diferentes níveis de atenção e atores que o compõem, promovendo o uso racional de recursos disponíveis e atendendo as reais necessidades de saúde do usuário constitui-se em um desafio diário para a gestão em saúde.

7 -Referências Bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.13, n.1, p.15-24, jan./mar. 2004.

BARROS, A.J.S.; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia**. 2.ed.ampl. São Paulo: Makron Books, 2000.

BORGES, D.F.; FERNANDES, K.C. A descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização? **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n. 4, p. 565-85, jul./ago. 2002.

BRASIL. Constituição(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

_____. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores através da NOB 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 1993. Seção 1, p. 6961-6965.

_____. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996a. Seção 1, p. 22932-22940.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de controle e avaliação do sistema de informações hospitalares: módulo gerencial**. Brasília: CAUDI/Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde . **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2 ed. Brasília: Departamento da Avaliação de Políticas da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Organização e programação da assistência**: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar: versão preliminar. Brasília: DGA/SAS/MS, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno da SAS**: orientações para compra de serviços de saúde. Brasília: Secretaria Assistência à Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Perspectivas para a descentralização e regionalização no sistema único de saúde**. Brasília: Secretaria Assistência à Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Secretaria Assistência à Saúde, 2002b.

_____. Portaria n.º 423, de 09 de junho de 2002. Estabelece atribuições básicas de controle, regulação e avaliação no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jun. 2002. Seção 1, p. 6961-6965, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Manual FCES**. Brasília: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**: produção hospitalar, 2003. Disponível em: < <http://www.DATASUS.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2003 b.

_____. Portaria n.º 2023, de 23 de setembro de 2004. Estabelece responsabilidade pela gestão do sistema municipal de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 2004. Seção 1, p. 18544-18545.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**: residentes por município, 2003. Disponível em: < <http://www.DATASUS.gov.br>>. Acesso em: 23 mar. 2005 .

BRENTANI, R.R. SUS: mitos e resultados. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 fev. 2003. Caderno 1.

CALEMAN, G. et al. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**: para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo: IDS/FSP-USP/Fundação Itaú Social, 2002. (Saúde & cidadania, v. 5)

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, V. C. G. **A porta de entrada do SUS**: um estudo sobre o sistema de internação em um município do estado do Rio de Janeiro. 2002. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002.

CERVO, A.L.; BERVAIN, P.A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. Prentice Hall, 2002.

CHAVES, L.D.P. **Estudo da sobrevida e estimativa de gastos de pacientes submetidos a hemodiálise no município de Ribeirão Preto- SP**. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CHIAVENATO, I. Cibernética e administração. In: _____ **Introdução à teoria geral da administração**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1999. cap. 17, p.370-435.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2001.

COHN,A; WESTPHAL,M.F.; ELIAS,P.E. Informação e decisão política em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v 39, n. 1, p.114-21, jan. 2005

CONSELHO Nacional de Saúde. Resolução 316, de 04 de abril de 2002. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n.º 29/00.

COTTA, R.M.M. et al. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p.54-62, set./dez.1999.

D'AGUIAR, J.M.M. **O programa de saúde da família no Brasil**: resolutividade do PSF no município de Volta Redonda /RJ PAIVA, N.S.T. 2001. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio Janeiro.2001

EDUARDO, M.B.P. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.70-77, ago./out. 1990.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário a língua portuguesa.3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1999.

FIOCRUZ. **Gestão em Saúde**: formulação de políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1998.

FORSTER, A C. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Departamento de Medicina Social. **Regionalização e Níveis de Atenção**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, 1999. Mimeografado.

GERSCHMAN,S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990, **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.47-53, jun. 2000.

GOUVÊA, C.S.D. et al. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no estado do Rio de Janeiro, Brasil: 1992 a 1995. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.6, p. 601-617, dez. 1997.

HARTZ , Z.M.A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

LIMA NETO, J.A. Conceitos básicos sobre assistência à saúde: subsídios à discussão das reformas do setor no Brasil. **Boletim Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 25-39, jul./dez.1997.

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

MEDINA, M.G. et al. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 21, p. 15-28, dez. 2000.

MENDES, E.U. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E.U. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 2t.

MELAMED,C.; COSTA,N.R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8,n. 2, p.393-401, mar./abr. 2003.

MINAYO,M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde.18 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

MORAES, I.H.S. **Informações em saúde**: da prática ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec,1994.

NUNES, L. A. **SUS**: O que precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

OLIVEIRA, E. et al. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cd Saúde Pública**, São Paulo, v.20, n.2, p 298-309, 2004.

PAIVA, N.S.T. **Projeto "Viver em Cascavel"**: análise do fluxo de informações. 2000. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PASSOS, I.M.C. et al. Uma caracterização da gestão municipal em Pernambuco: instrumentalizando a avaliação do contexto organizacional do SUS. **Revista IMIP**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.47-53, jun. 2000.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1999. 254 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REGINA A. ; CAMPOS FILHO A.C. Diretrizes para controle, regulação e avaliação assistencial. In: Ministério da Saúde. Seminário: Perspectivas para a descentralização e regionalização no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002-Relatório Final. p. 80

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**: atualização. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 1996. Mimeografado.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**: atualização. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 2001. Mimeografado.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. **Relatórios de produção de internações hospitalares**. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 2003. Mimeografado.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Indicadores socio-econômicos, 2003. Disponível em: < www.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 23 mar. 2005.

ROUQUARIOL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SÁ, D.A et al. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, n 1, p.45-52, jan-abr., 2001.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Diretrizes e estratégias estaduais para a implantação da Norma operacional da Assistência**: NOAS/2001. São Paulo: SES-SP, 2001.

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado. Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria. Manual do SIH/SUS. In: CONGRESSO DE AUDITORIA EM SAÚDE E QUALIDADE DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1., 2002, Santos. **Anais...** Santos, SP: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, P.L.B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.69-85, jan./mar, 2003.

8.1- Ofício ao Senhor Secretário Municipal de Saúde

Ribeirão Preto, 29 de outubro de 2003.

ILMO SR.
DR. LUIS CARLOS RAYA
DD. SECRETARIO MUNICIPAL DA SAÚDE
RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

Prezado Senhor,

Como aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação - Doutorado – Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, vimos através deste solicitar a V.^a S.^a, autorização para desenvolver, junto a esta Secretaria, nosso projeto de pesquisa intitulado: “A internação no âmbito do sistema de informações hospitalares no Município de Ribeirão Preto-SP”, com objetivo de: descrever a produção física e financeira de internações processadas/pagas através da Secretaria Municipal de Saúde, no período 1996 a 2003, no Município de Ribeirão Preto-SP, segundo prestador e especialidade; identificar e descrever fatores/elementos que podem ocasionar variações na dinâmica da produção de internações hospitalares no referido Município. Consideramos que as análises resultantes deste estudo trarão subsídios relevantes tanto para o planejamento das atividades desenvolvidas pela Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria como para a gestão do sistema de saúde do Município.

O período selecionado para o estudo será de janeiro de 1996 até dezembro de 2003. A coleta de dados será efetuada a partir das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Realizaremos levantamento da produção de internações hospitalares segundo as especialidades clínica médica, pediatria, obstetrícia e cirurgia a fim de comparar a evolução histórica da referida

produção e respectivos gastos entre diferentes prestadores de serviços hospitalares. Para identificar e descrever os fatores/elementos que podem ocasionar variações na produção de internações hospitalares, inicialmente será realizada *entrevista estruturada*. Os sujeitos selecionados para entrevista são aqueles que de algum modo produzem e/ou utilizam as informações (de caráter físico e financeiro) sobre internação no município.

Entendemos que estudos dessa natureza poderão trazer contribuições valiosas ao trabalho da Secretaria e da DACA, uma vez que os aspectos relacionados à gestão dos recursos financeiros alocados para assistência hospitalar, no caso, internações, tem se constituído, a cada dia, em uma questão fundamental no processo de municipalização dos serviços de saúde.

O trabalho está sendo desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos; informamos ainda que será garantido o sigilo dos dados relativos à identificação dos pacientes e do hospital incluído no estudo.

Neste sentido, esperamos contar com sua colaboração e apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

Certas de contarmos com sua atenção colocamo-nos à disposição para quais esclarecimentos.

Atenciosamente,

PROF^a DR^a MARIA LUIZA ANSELM
ORIENTADORA

MS. LUCIELI DIAS P. CHAVES
PESQUISADORA

8.2- Orientação ao entrevistado

Como aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação - Doutorado – Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob a orientação da Prof^a. Dr.^a Maria Luiza Anselmi, venho através deste solicitar a V.^a S.^a, colaboração para responder as questões abaixo acerca suas atividades profissionais. As informações serão utilizadas com vistas ao desenvolvimento de nosso projeto de pesquisa intitulado “A internação no âmbito do sistema de informações hospitalares no Município de Ribeirão Preto-SP”, com objetivo de: Descrever a produção física e financeira de internações processadas/pagas através da Secretaria Municipal de Saúde, no período 1996 a 2003, no município de Ribeirão Preto-SP, segundo prestador e especialidade; e, identificar e descrever os fatores/elementos que podem ocasionar variações na dinâmica da produção de internações hospitalares no referido Município. Consideramos que as análises resultantes deste estudo trarão subsídios relevantes tanto para o planejamento das atividades desenvolvidas pela Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria como para a gestão do sistema de saúde do Município.

A entrevista que segue, baseada em questões norteadoras, será gravada e as informações aqui contidas serão usadas exclusivamente com a finalidade de desenvolver o trabalho acima citado. Esteja à vontade para solicitar esclarecimentos ou complementar suas respostas.

Peço a gentileza de ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, caso concorde em ser entrevistado o assine.

Agradeço sua colaboração.

Atenciosamente,

Lucieli D. P. Chaves
Pesquisadora

8.3- ENTREVISTA

Data:

Entrevista n.º:

Função e cargo do entrevistado:

Data de nascimento: (mês e ano)

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/pagas pelo SUS, através da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2003, 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

Versão para o gestor/usuário

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

Ou

Versão o Hospital

1- Diante dos dados apresentados neste material, quais fatores o(a) Senhor (a) acredita que levem a esta a variação (para mais ou para menos) da produção física e financeira de internações hospitalares processadas/pagas pelo SUS no período?

Ação na entrevista:

(Aqui conforme a resposta direcionar outra pergunta que peça mais explicações sobre a variação física e financeira, no período e também entre prestadores).

e

(Aqui conforme a resposta direcionar outra pergunta que peça mais explicações sobre as formas possíveis do gestor trabalhar/cuidar/articular estes fatores que levam à variação de produção, no período e também entre prestadores).

Versão para o gestor/usuário

2- Ainda considerando os dados apresentados neste material como o(a) Senhor (a) explica a variação de produção entre os prestadores hospitalares?

ou

Ainda considerando os dados apresentados neste material como o(a) Senhor (a) poderia detalhar as razões desta a variação de produção entre os prestadores hospitalares?

ou

Versão o Hospital

2- Ainda considerando os dados apresentados neste material como o(a) Senhor (a) explica esta a variação da produção física e financeira?

Ação na entrevista:

(Aqui conforme a resposta direcionar outra pergunta que peça mais explicações sobre a possibilidade do prestador selecionar procedimentos ou direcionar/selecionar a demanda)

e

(Direcionar outra pergunta que peça mais explicações sobre aspectos do sistema de financiamento vigente no período que possam estar relacionados as explicações que acabaram de ser citadas)

3- 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, na sua opinião quais os fatores/razões que explicam essas variações?

Se não: Como isto se explica?

4- Esteja à vontade para acrescentar algum comentário sobre produção de internações hospitalares processadas/pagas pelo SUS, através da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2003.

Agradeço a sua valiosa colaboração.

8.4 Tabelas e gráficos utilizados para técnica da vinheta

A- Levantamento da produção física de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003.

B- Valor financeiro, em R\$, de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003.

C- Comparação entre variação física e financeira, em %,segundo hospital, período de1996 a 2003.

D- Média do valor médio de AIH pagas, por especialidade, no período de1996 a 2003.

E- Número médio de AIH pagas, por especialidade, segundo hospital, no período de 1996 a 2003.

F- Levantamento da produção física de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital A.

G- Valor financeiro, em R\$, de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital A.

H- Levantamento da produção física de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital B.

I- Valor financeiro, em R\$, de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital B.

J- Levantamento da produção física de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital C.

L- Valor financeiro, em R\$, de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital C.

M- Levantamento da produção física de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital D.

N- Valor financeiro, em R\$, de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital D.

O- Levantamento da produção física de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital E.

P- Valor financeiro, em R\$, de internações pagas, segundo hospital e ano, no período de 1996 a 2003. Hospital E.

8.5 Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

Eu, _____, portador do RG. n.º _____, concordo em participar do estudo científico cujo título é “As internações no âmbito do sistema de informação hospitalar no Município de Ribeirão Preto-SP”, respondendo a uma entrevista.

Estou esclarecido que o objetivo deste estudo é: Descrever a produção física e financeira de internações processadas/pagas através da Secretaria Municipal de Saúde, no período 1996 a 2003, no Município de Ribeirão Preto-SP, segundo prestador e especialidade; e, identificar e descrever fatores/elementos que podem ocasionar variações na dinâmica da produção de internações hospitalares no referido Município.

Declaro estar ciente que o conteúdo da entrevista será utilizado exclusivamente com a finalidade de desenvolver um trabalho científico, bem como do compromisso de que serão resguardadas a confidencialidade total na divulgação dos resultados, de acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa, tendo garantido os 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 a privacidade preservada;

☐ Direito de estar seguro de minhas respostas, não sofrendo assim represálias.

☐ A liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

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

Estando ciente e de acordo, firmo o presente.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2004.

8.6 Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 0157/2003

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2003.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 59ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de dezembro de 2003.

Protocolo: nº 0423/2003

Projeto: Material A Internação no Âmbito do Sistema e Informações Hospitalares no Município de Ribeirão Preto-SP

Pesquisadores: Maria Luiza Anselmi
Lucieli Dias Pedreschi Chaves

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,

Profª Drª Maria Suely Nogueira
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Maria Luiza Anselmi
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP