

MORBIDADE HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO GERENCIAL

Cátia Regina Marzola de Lima

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Lebrão

SÃO PAULO

2003



Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos,
a reprodução total ou parcial desta dissertação, por
processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

43894/2003 *cg*

Para José Luiz, meu
amor e companheiro.

A palavra mágica

Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.
Como desencantá-la?
É a senha da vida
a senha do mundo.
Vou procurá-la.

Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.
Se tarda o encontro, se não a encontro,
não desanimo,
procuro sempre.

Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Turíbio e Terezinha (Leza), que me deram a vida e a base para prosseguir. Ao José Luiz, esposo, amigo e companheiro, que soube compreender ausências e apoiar, inclusive nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Profa. Dra Maria Lúcia Lebrão, que soube me conduzir na elaboração desse trabalho com paciência, seriedade e compreensão.

À Profa. Dra. H. Maria Dutilh Novaes por me ensinar a caminhar, pelo carinho e disponibilidade de discussão.

À Profa. Dra. Ana Maria Malik, pela confiança, respeito e amizade.

À Denise, pela sua preocupação, incentivo e ajuda, sempre me acolhendo durante a realização desse trabalho.

À Mirna, amiga de todas as horas, pelo "tudo" incondicional.

Aos amigos do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do ICHC-FMUSP, pela acolhida e suporte para a realização desse trabalho.

Aos amigos da Famema, em especial Neusa, Edson e Maureen, ao pessoal da Biblioteca e todos da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília que me apoiaram e me aturaram na etapa de conclusão desse trabalho.

Ao Dr. Padilha, pela colaboração sempre simpática.

À Roseli e Sissi, pelas contribuições e companheirismo.

Ao Prof Luciano Lara Leite, que contribuiu na transcrição de idéias.

À minha família, Ézio e Regina, Eder e Silvana, Juliana e Fábio, que souberam me incentivar e estimular a conclusão desse trabalho.

À Mirtes, pela dedicação, gentilezas e paciência amiga.

À galera dos sobrinhos e sobrinhas, Ulisses, Ézio Henrique, Samara, Tâmera, Taynara e Vitor, que através dos carinhos e da inocência, me fizeram fortalecida para seguir em frente.

Ao Nelson e Cláudia, pela prontidão e hospitalidade em me acolher.

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma maneira, contribuíram para este trabalho.

Agradeço a Deus, que permite que os sonhos se realize.

Ao CNPQ, pela bolsa durante um ano.

LISTA DE SIGLAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- APAC – Autorização para Procedimento de Alto Custo
- BBS – Bulletin Board System
- CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
- CH-106 – Boletim de Coleta das Saídas Hospitalares
- CID – Classificação internacional de Doenças
- DATAPREV – Processamento de Dados do Ministério da Previdência e Assistência Social
- DATASUS – Departamento de Informática do SUS
- DN – Declaração de Nascido Vivo
- DO – Declaração de Óbito
- DRG – Diagnoses Related Groups
- DSS – Sistema de Suporte a Decisão
- FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- GPS – General Prationers
- HAA – Hospital Activity Analysis
- HIPE – Hospital Inpatient Enquiry
- IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS – Instituto Nacional de Medicina e Assistência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- JCAHCO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
- LILACS – Literatura Latino-americana e do caribe em ciências da Saúde
- MEDLINE – Medalars onLINE. Literatura Internacional
- MS – Ministério da Saúde
- NHS – National Health Services
- OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS – Organização Panamericana de Saúde
PACQS – Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PPS – Prospective Payment System
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
RATA – Registro Admissão, transferência e alta
SAME – Serviço de Arquivo Médico
SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SCIELO – Scientific Eletronic Library Online
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA – Sistema Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SIS – Sistemas de Informação em Saúde
SUDES – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Freqüência de trabalhos encontrados segundo o descritor administração e organização hospitalar e morbidade, fonte de bases de dados e períodos pesquisados.

Tabela 2. Freqüência de trabalhos encontrados segundo o descritor gerenciamento da informação e administração Hospitalar, fonte de bases de dados e períodos pesquisados.

Tabela 3. Freqüência de trabalhos encontrados segundo o descritor pesquisa nacional de alta hospitalar e morbidade, fonte de bases de dados e períodos pesquisados

Tabela 4. Freqüência dos trabalhos encontrados no descritor administração e organização hospitalar, segundo categoria e períodos pesquisados.

Tabela 5. Freqüência dos trabalhos encontrados no descritor gerenciamento da informação, segundo categoria e períodos pesquisados.

Tabela 6. Freqüência dos trabalhos encontrados no descritor pesquisa de alta hospitalar e morbidade, segundo categoria e períodos pesquisados.

Tabela 7. Freqüência dos artigos encontrados nos descritores pesquisados, segundo revista de publicação.



RESUMO

Lima CRM. **Morbidade hospitalar como instrumento gerencial.** São Paulo; 2003. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP).

As mudanças ocorridas no mundo, decorrentes das transformações pelas quais passa a sociedade, nos seus diversos segmentos, aliadas ao desenvolvimento de novas tecnologias, apontam para necessidade de incorporação de novas formas de se organizar e gerenciar as instituições. A informação passa a ser um recurso chave neste novo cenário. Nas organizações do setor saúde, em particular os hospitais, devido a sua complexidade e especificidade impõe-se a necessidade de aprimoramento constante da gestão, buscando-se aumento da eficácia e efetividade na assistência. O presente trabalho tem a finalidade de discutir o uso dos dados de morbidade hospitalar, como um instrumento, pela gerência dos hospitais. Procura fazer um diagnóstico dessa temática através do levantamento da referência bibliográfica, nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Medline e Scielo. Foram escolhidos como principais descritores “administração e organização hospitalar”, “gerenciamento da informação” e pesquisa nacional de alta hospitalar. O levantamento foi dividido em dois períodos de 1994 a 1998 e de 1999 a 2002. Comparando-se os dois períodos identifica-se um aumento no segundo período de 11% no número de artigos. O total de artigos encontrados foi de 7.561, sendo que desses 95.85% foram selecionados na base Medline, 3.68% na Lilacs e 0.48% no Scielo. Na abertura do descritor, os artigos foram reclassificados segundo abordagem principal. A produção científica analisada evidencia que a utilização da morbidade hospitalar, como um

instrumento gerencial, ainda é bastante reduzida, embora apresente um crescimento gradativo nos últimos anos.

Descritores: Informação em saúde, sistemas de informação, gerência hospitalar, morbidade hospitalar e avaliação.

SUMMARY

Lima CRM. Hospital morbidity as managerial instrument. São Paulo; 2003. (Master Dissertation - College of Public Health of USP).

The changes occurred in the world, coming from the transformations which the society pass, in its several followings, joined with the development of new technologies, point for need of incorporation of new ways of being organized and manage the institutions. The information becomes a key resource in this new scenery. In the organizations of the health area, in particular the hospitals, due its complexity and especificity, are imposed to the need of constant improvement of the administration, searching for the increase of the efficacy and effectiveness in the attendance. The present work, has the purpose of discussing the use of the data of hospital morbidity, as an instrument for the management of the hospitals. It tries to do a diagnosis of that thematic through the rising of the bibliographical reference, in the bases of eletronic data like Lilacs, Medline and Scielo. The main descriptors chosen were hospital administration and organization, management of the information and national research of discharge from hospital. The rising was divided in two periods from 1994 to 1998 and from 1999 to 2002. Comparing these two periods identifies an increase in the second period of 11% in the number of articles. The total of articles found were 7.561, having from 95.85% were selected in the Medline base, 3.68% in Lilacs and 0.48% in Scielo. In the opening of the descriptor, the articles were classified again according to main approach. The analyzed scientific production evidences that the use of the hospital morbidity as a managerial instrument is still quite reduced, although it presents a gradually growth in the last years.

Descriptors: Information in health, systems of information, hospital manage, hospital morbidity, evaluation.

“Finagle’s Law”

A informação que você tem não é a que você quer;

A informação que você quer não é a que você precisa;

A informação que você precisa não é a que você pode ter;

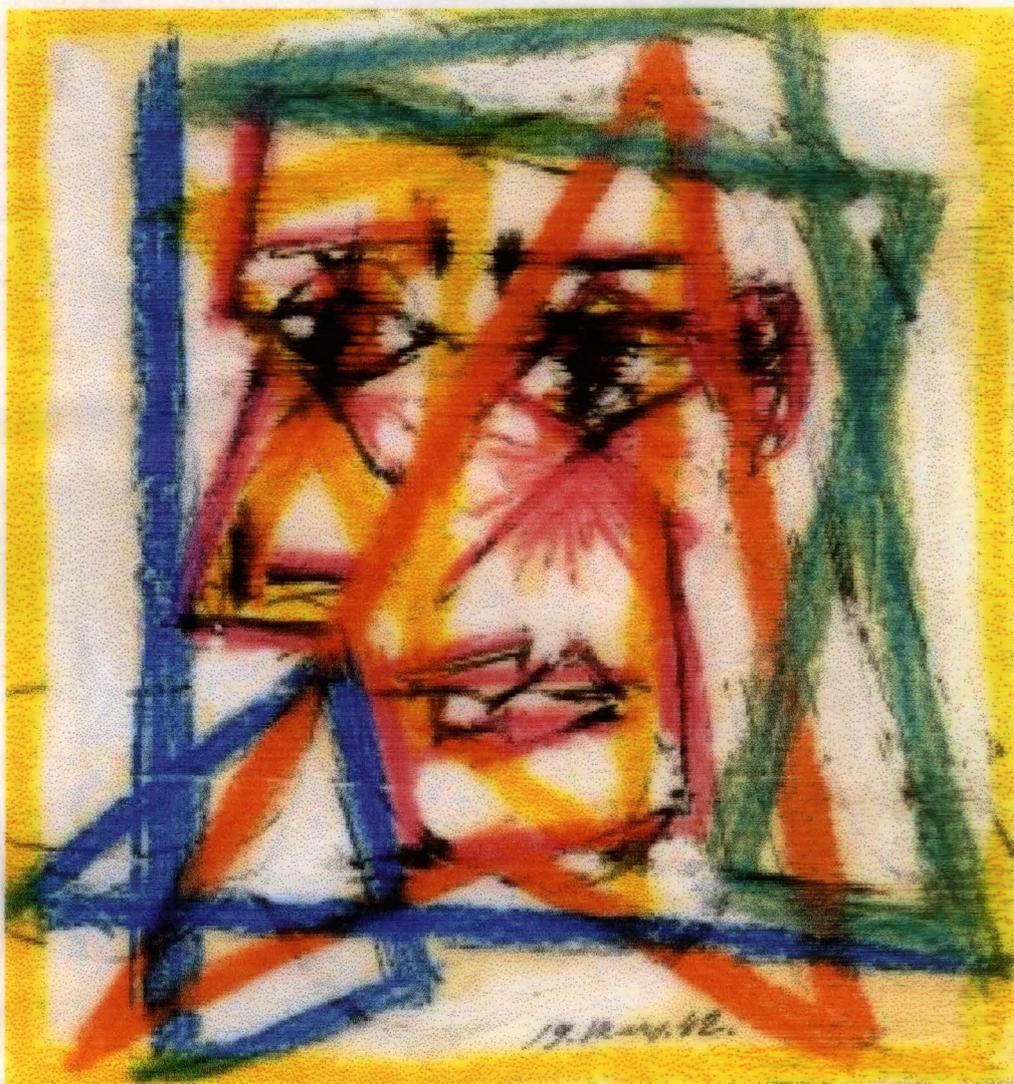
A informação que você pode ter custa mais do que você pode pagar!

Extraído de: Opit LJ. How should information on health care be generated and used? World Health Forum 1987; Geneva 409-17.

Tradução Livre.

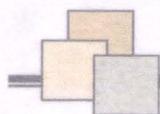
ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1. 1. Gerência/Gestão Hospitalar	1
1. 2. Gestão em Saúde	6
1. 3. O Sistema de Saúde Brasileiro	14
1. 4. Informação em Saúde	16
1. 5. Informação do Hospital	23
1. 6. Avaliação	25
1.7. Morbidade Hospitalar.....	29
2. OBJETIVOS.....	32
2. 1. Objetivo Geral.....	32
2. 2. Objetivos Específicos.....	32
3. REVISÃO DA LITERATURA	33
4. MATERIAL E MÉTODO	35
4. 1. PERCURSO METODOLÓGICO	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6. CONCLUSÕES.....	64
7. REFERÊNCIAS	67



Pablo Ruiz Picasso, Tête.
Paris. 19-March/1942.

Introdução



1. INTRODUÇÃO

1. 1. Gerência/Gestão Hospitalar

Observa-se, nas últimas décadas, em muitos países, uma grande mobilização em torno das transformações que ocorrem no mundo. Essas transformações são decorrentes das formas como se estruturam as sociedades nos campos político, econômico, tecnológico e cultural nessa era da “globalização” e, na saúde não poderia ser diferente. As instabilidades e incertezas decorrentes dessas transformações proporcionam um novo panorama e, segundo SPAGNOL (2002), é nesse cenário, que as organizações buscam novas formas de gestão e de gerência, que viabilizem a sua sobrevivência.

Na saúde a discussão sobre a estrutura organizacional para a gestão em saúde advém da necessidade de organizar novas formas de trabalho que possam redefinir e melhorar as bases desse trabalho. Nesse sentido, um novo papel parece ter sido desencadeado por crises econômicas e pelos processos de descentralização e democratização pelos quais passam as organizações e os serviços. No setor saúde, o conjunto de transformações aliado à escassez de recursos, acaba por apresentar uma demanda cada vez maior por uma administração eficiente. A democratização tem levado ao fortalecimento da opinião pública e esta passa a reivindicar e pressionar o Estado e suas organizações, por melhores resultados.

Devido à complexidade desse setor, aparece a necessidade de desenvolvimento de alguns atributos específicos para o funcionamento das organizações de saúde. Para MINTZBERG 1995, uma organização profissional é composta por um centro operacional cujo funcionamento depende basicamente de seus operadores, que são responsáveis pela produção de bens ou serviços e com o centro de decisão onde estão os dirigentes. O nível intermediário é composto

pelos gerentes e supervisores e a tecnoestrutura, onde estão os especialistas técnicos, que planejam o trabalho dos operadores e do pessoal de apoio (MINTZBERG 1989).

O trabalho desenvolvido nas organizações de saúde ainda é pouco formalizado e de difícil padronização, demandando um alto nível de qualificação dos profissionais. O autor coloca, ainda, que em função dessa complexidade e da variabilidade, os profissionais que atuam nessas organizações conseguem manter um grau maior de autonomia, o que muitas vezes dificulta o trabalho da gerência.

Compreende-se, então, que, pelo fato de trabalharem com saúde, essas instituições apresentam características próprias na sua organização e gestão, evidenciando uma necessidade de se estabelecer relações institucionais mais horizontais, com redução de níveis hierárquicos, com conseqüente descentralização de poder decisório e desencadeando uma preocupação maior com os processos internos de comunicação.

Nesse cenário, fica claro que, para a organização de saúde contemporânea acompanhar essas mudanças, é necessário que tenha maior flexibilidade e autonomia, permitindo que a ocorrência de mudanças interfira positivamente nas novas formas de trabalho.

As organizações de saúde estão inseridas em um contexto maior, refletindo uma relação direta com a evolução das políticas de saúde.

As mudanças nas políticas de saúde no Brasil resultam dos modelos econômicos adotados e do embate entre os diversos atores sociais envolvidos nesse processo. O perfil assistencial será definido pelos atores que tiveram poder, capacidade de articulação e domínio do processo (MERHY 1997).

Pode-se entender, então, que a evolução das políticas de saúde tem determinantes econômicos que demonstram a concepção de saúde vigente em cada período da história.

No início do século XIX, a economia agroexportadora era dominante; do sistema de saúde exigia-se o saneamento dos espaços por onde circulavam as mercadorias a serem exportadas. A grande preocupação era a erradicação das doenças que poderiam prejudicar as exportações (MENDES 1996). Esse modelo foi denominado “Sanitarismo Campanhista” e era voltado principalmente para o combate das grandes endemias. Um dos fatos mais importantes foi o combate à febre amarela urbana, liderado por Oswaldo Cruz, o maior expoente da saúde nesse período.

Nos anos 20 e 30, com o fenômeno da industrialização, ocorreu o deslocamento da população para os grandes centros urbanos e a formação de uma classe trabalhadora, que necessitava de atenção individualizada. Para manter a força de trabalho produtiva desenvolve-se o modelo Previdenciário: primeiro foram criados os Institutos de Pensões e Aposentadorias (IAPs), depois o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e por fim o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que serão discutidos mais detalhadamente no momento da apresentação do Sistema de saúde do Brasil.

MERHY (1992) afirma que o sistema de saúde no Brasil caracterizou-se por uma separação entre as atividades preventivas, que ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e as atividades curativas, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social. Esta forma de organização parece ter gerado entre os ministérios disputas por recursos, refletindo na distribuição desigual da oferta de serviços, com concentração da assistência médica nos grandes centros. A não integração desses sistemas e a baixa resolutividade dos serviços, causou um círculo vicioso levando os usuários a buscar assistência diretamente nos hospitais e nos serviços de urgência, gerando uma sobrecarga nos mesmos e agravando ainda mais a situação.

As décadas de 70, 80 e 90 são marcadas por políticas sócioeconômicas que transformam o Estado em principal financiador das ações de saúde. São apresentados novos modelos de assistência, concretizando-se no Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria transformar a assistência médica individual em um novo modelo baseado na atenção integral à saúde, com enfoque na prevenção, na vigilância à saúde e na qualidade de vida (CAMPOS 1991).

As políticas de saúde são explicitadas através das instituições de prestação de serviços, sejam elas unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, serviços de reabilitação ou hospitais. Nesse contexto, os hospitais representam um papel muito importante no sistema de saúde, tanto nas questões relacionadas ao financiamento como na prestação de serviço com resolutividade. As internações hospitalares são extremamente caras, ainda se oferece assistência com caráter predominantemente curativo, a incorporação de tecnologia de ponta acaba por gerar um custo ainda maior. Segundo LEBRÃO et al (1993), os hospitais são a parte mais dispendiosa do sistema de atendimento à população.

Cabe aqui uma breve descrição sobre o nascimento dos hospitais. Segundo FOUCAULT (1981), os primeiros hospitais, tais como os conhecemos atualmente, datam do final do século XVIII, pois antes desse período, tinham como função separar os enfermos da sociedade, não havia qualquer tipo de intervenção sobre a doença e suas conseqüências, eram verdadeiros locais de morte. Os médicos formados nessa época não participavam desses atendimentos.

Com as guerras, surgem os hospitais militares que com sua disciplina influenciaram na dinâmica de funcionamento dos hospitais, implantando o uso de fichas para anotações sobre os doentes, identificação dos leitos e separação dos pacientes por tipos de doenças. Os hospitais passam a ter documentos normatizados e preocupam-se com a cura dos doentes.

Na atualidade, os hospitais são organizações complexas que apresentam um elevado grau de autonomia devendo prestar assistência preventiva, curativa e de reabilitação aos pacientes internados.

Segundo AZEVEDO (1993) citado por GURGEL JUNIOR e VIEIRA (2002, p.329), os hospitais constituem-se, ainda, em um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica. Os autores colocam que as organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão subordinadas a princípios éticos e legais, que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais.

Em decorrência do papel dos hospitais no sistema de saúde, dada sua importância, relevância e complexidade, aparece a necessidade de se organizarem formalmente essas instituições, com objetivo de respaldá-las e de tentar garantir o seu funcionamento de forma adequada. A administração hospitalar ao longo dos anos tem sido responsabilizada por essa tarefa.

Sendo assim, existe uma grande preocupação com a gerência das instituições de saúde, mobilizando não só os envolvidos diretamente nesse processo, mas as diversas áreas da sociedade. Trata-se da reformulação das concepções e das estruturas, buscando uma melhor forma de implementar propostas, viabilizando-as, criando alternativas de gerenciamento e mobilizando opiniões (BARBOSA 1998). Isto remete à discussão do processo de gestão dessas instituições, que envolve a tomada de decisões, muitas vezes fundamentadas em pressupostos e na visão de mundo das pessoas envolvidas na gestão.

Caberia aqui a discussão do conceito de gerência e de gestão. A palavra gerência quando se recorre ao dicionário é definida como ato ou efeito de gerir, gestão, administração por um gerente (LAROUSSE 1999). Já ao pesquisar o termo gestão encontra-se a ação de gerir, administração de um estabelecimento ou de uma unidade. MOTTA, em 1995 define gerência como sendo a arte de pensar, de decidir e de

agir, fazer acontecer e obter resultados. Nesse trabalho serão utilizados ambos os termos para tratar as questões relacionadas com a administração de organizações, adotando-se para a gestão um sentido mais macro-organizacional e para a gerência, um sentido mais micro-organizacional, reconhecendo-se, no entanto, a artificialidade de uma diferenciação estrita entre os dois termos.

Gerenciar seria observar/reconhecer as características do ambiente organizacional e as particularidades de seu processo de trabalho e definir qual a maneira mais apropriada de estruturar a organização como um todo, considerando os seus diferentes processos de trabalho. Do ponto de vista político, gerenciar significa ficar atento aos interesses, conflitos e relações de poder, formais ou informais, internos ou externos, que ocorrem na organização (MOTTA 1995).

Essa função vem exigindo dos gerentes um esforço considerável para identificar quais são os requisitos informais para sistematizar os dados e os esquemas individualizados e seqüenciais de registros nas instituições. Para KLIKSBURG (1997), é preciso reforçar a formação dos gerentes e fornecer informação de boa qualidade, permitindo, assim, que eles visualizem e entendam os problemas que se passam em seu ambiente.

Considerando que gerenciar não é uma tarefa fácil, dada sua amplitude, pode-se inferir que os gerentes precisam desenvolver habilidade e espírito crítico, para desempenharem essa função de forma adequada.

1. 2. Gestão em Saúde

A descentralização político-administrativo-econômica, a preocupação com gastos e a escassez de recursos têm incentivado mudanças na prática gerencial das organizações de saúde. Considera-se que esses fatores motivam o gestor a ter uma

preocupação com uso adequado dos recursos financeiros, estimulando o desenvolvimento de metodologias que permitam análises e ajudem a dar suporte ao uso racional dos recursos, tentando garantir a qualidade no atendimento.

Idealmente, a gerência opta pela racionalização do uso de novas tecnologias em saúde, considerando o aumento de custos e a diminuição de recursos disponíveis e desenvolve processos de tomada de decisão embasados no planejamento (MALIK e SCHIESARI, 1998).

O gerente de uma organização de saúde deve, portanto, estar atento e conhecer os níveis de eficácia, se atingiu os objetivos a que se propôs e, também, conhecer seu grau de eficiência, ou seja, o quanto ele conseguiu diminuir custos e obter melhores resultados. Enfim, como e quanto otimizou o seu serviço. A eficiência deve ser um dos objetivos a ser atingido pelo gestor de saúde. Ao avaliar suas atividades, o gestor deve trabalhar com um foco ampliado, tomando cuidado para que as avaliações econômicas não sejam seu foco principal e não substituam as avaliações que são voltadas para o impacto dos serviços e da qualidade da assistência prestada (MEDICI e BARRENCHEA, 1990).

Dois modelos de sistemas de saúde podem ilustrar a discussão sobre as tendências de utilização da informação assistencial estratégica no planejamento e gestão em saúde, facilitando o entendimento de como se desenvolve a relação entre a gerência dos hospitais e a informação assistencial dos vários sistemas de saúde. Não se trata de analisar qual o melhor modelo ou porque é melhor; o que se procura apontar são as suas diferenças quanto à forma de organização e de prestação de serviços.

Foi escolhido o sistema de saúde britânico, por ser estatal e o sistema americano, essencialmente privado, tendo como objetivo contribuir para a contextualização do sistema de saúde brasileiro.

O Sistema Nacional de Saúde (National Health Service), inglês, é um sistema estatal criado em 1948, sendo responsável pela

prestação de serviços integrais à saúde (médicos e odontológicos) para toda a população, com a intenção de garantir o acesso fácil, eficaz e gratuito, (PAGANINI e NOVAES, 1994). A principal fonte de financiamento foram os recursos do tesouro e pequenas participações de contribuições e taxas fiscais.

Visando homogeneizar a qualidade do atendimento e inovar tendo como princípio um serviço nacional, o sistema hospitalar foi planejado, com objetivo de minimizar os desequilíbrios regionais e sócio-econômicos.

O NHS foi organizado em três níveis: no primeiro estavam os serviços médicos gerais onde atuavam os “General Practitioners”, clínicos gerais, que ofereciam consultas médicas, odontológicas e assistência farmacêutica. Esses profissionais possuíam autonomia e prestavam serviços em áreas de abrangência definidas, através de contratos. O segundo nível era administrado pelos governos locais e concentrava a assistência médica e a saúde pública, incluindo também as maternidades. Já no terceiro nível estavam os hospitais (FAVERET FILHO 1990).

Com a reforma em 1973, o governo decreta o “National Health Service Reorganization”, com o objetivo de promover a integração dos três níveis que antes eram desarticulados. Apesar da reforma e do crescimento dos serviços privados, predomina a utilização de leitos públicos. O surgimento das companhias de seguros não alterou, no sistema de saúde britânico, a predominância da oferta pública e do acesso universal.

Com o envelhecimento gradativo da população e conseqüente aumento da demanda, nos anos 90, o NHS passa por uma outra reforma, com o objetivo de redirecionar o papel do médico generalista, que começa a ocupar o mesmo lugar hierárquico dos Hospitais. O status do generalista e do especialista passa a ser igual.

Nessa fase os hospitais públicos ganham a opção de se tornarem fundações autônomas, com administração independente do

NHS. E assim, os hospitais privados poderiam vender serviços diretamente para os consumidores, para os distritos sanitários e os “General-Practitioners” (GPs). Eles colocaram preços nos serviços e os disponibilizaram no mercado. Com isso foi possível estabelecer uma política salarial diferenciada, buscar empréstimos e financiamentos, atuando como empresas privadas. Em contra-partida, pagariam os impostos relativos ao seu capital (AKERMAN 1992).

Trata-se então da reorganização do sistema, que ao introduzir uma filosofia comercial nos serviços de saúde, concentrou um poder maior nas mãos dos gerentes distritais e hospitalares, trazendo implicações relacionadas às decisões tomadas pelos médicos clínicos, inclusive nas condutas terapêuticas.

Com a reestruturação do NHS aparecem mudanças em relação à informação, com valorização da mesma e desenvolve-se na Inglaterra o chamado “mercado interno da informação”, de interesse de vários dos atores que participam nas decisões ligadas à prestação de cuidados à saúde. Essa reestruturação procurou incentivar a utilização de novas estratégias da gerência de informação, gerando o aparecimento da “economia da informação”, que acaba por conduzir a um aumento do interesse e valorização da informação do paciente e do seu tratamento, podendo resultar em melhorias e benefícios potenciais para os gestores da saúde.

Segundo a literatura, uma das principais motivações para a coleta e organização de dados no NHS, foram os incentivos financeiros, diretos ou indiretos que as instituições passaram a receber. A organização da coleta de dados, nem essa estrutura de mercado, combinada com os padrões mínimos estabelecidos pelo NHS, levaram a utilização dessas informações para monitorar o desempenho das instituições, conhecer a demanda e rever as taxas que por eles eram apresentadas (KEEN 1994).

MORE (1998) coloca que nos anos 50, através do chamado Hospital Inpatient Enquiry (HIPE), era possível a identificação de

dados administrativos relacionados com tipo de admissão e especialidade. Nos anos 60, esses dados passam a ser coletados através do formulário Hospital Activity Analysis (HAA), que continha dados referentes à admissão e saída hospitalares, que seriam utilizados para avaliações posteriores.

Para WRIGLEY (1991), esses dados eram variáveis importantes e, apesar de ter um potencial considerável, pois eram abrangentes e contemplavam grande parte da população, tiveram um uso muito limitado.

Questões adicionais, voltadas para discussão da informação em si, têm sido apontadas, ressaltando alguns aspectos relevantes que devem ser considerados e estão relacionados diretamente com a coleta dos dados e a forma de organização, utilização e disseminação dos dados e informação nas organizações.

A disseminação dos dados na instituição tem provocado uma discussão relacionada com a posse da informação e o direito de se utilizar essas informações, que são tratadas como confidenciais e só disponibilizadas para os profissionais envolvidos diretamente no tratamento do paciente. Para BLACK (1992), o paciente é o proprietário da sua informação. Seguindo essa linha de discussão alguns autores colocam que os registros computadorizados alteram a natureza da posse dos dados (KLUGE 1994).

Alguns estudos estão sendo realizados para monitorar e acompanhar o desempenho dos profissionais ou das equipes que prestam cuidados aos pacientes nos hospitais ou nos consultórios médicos. São estudadas as possíveis associações, por exemplo, entre o volume de procedimentos realizados em um hospital por profissionais específicos e os resultados obtidos pelos pacientes.

DUDLEY (2000) et al, ao estudarem os trabalhos desenvolvidos com esse tipo de informação, identifica que 78% desses estudos são voltados para análise de procedimentos cirúrgicos. Talvez por esse

tipo de informação ser mais estruturado e os procedimentos terem uma variabilidade menor.

Atualmente, estão sendo utilizados os *guidelines* clínicos para muitos procedimentos e terapias. O seu grau de confiança pode ser usado para identificar os processos e as práticas clínicas, com o objetivo de modificar e melhorar o desempenho do médico e do hospital e reduzindo o risco de efeitos adversos e erros. Parece existir uma tentativa de buscar estratégias que sejam eficazes na intervenção, que possam ser desenvolvidas baseando-se nos fatores de risco encontrados para determinados procedimentos ou terapias.

Para JENCKS (1995) os *guidelines* clínicos, podem ser usados tanto para desenvolver os indicadores da qualidade do cuidado, como também para medir a variação do desempenho dos prestadores de assistência.

Para desenvolver os *guidelines* clínicos podem ser utilizados alguns modelos de decisão, trabalhando sobre problemas específicos, relacionando-se a probabilidade dos resultados com as estratégias clínicas alternativas desenvolvidas (THORTON et al, 1992).

Neste contexto, é possível afirmar que, na Inglaterra, o uso da informação clínica pela gerência foi impulsionado pela reforma do Sistema de Saúde, ocorrida na década de 90. A literatura permite identificar esse movimento, embora ainda restrito a alguns tipos de serviços e especialidades médicas.

O sistema de Saúde Americano foi estruturado com duas características diferentes. A primeira é o aparelho de seguridade social, montado sob uma ótica liberal onde se privilegia o setor privado, para oferta de serviços. A segunda característica é o papel do Estado, com uma ação voltada para os setores sociais desprivilegiados, que estão fora de mercado de trabalho, visando amparar os excluídos da sociedade (pobres, desempregados e idosos). Suas políticas são dirigidas aos excluídos do acesso aos serviços de saúde, (FAVERET FILHO 1990)

Nos anos 60, com a finalidade de tentar garantir a dignidade individual, identifica-se a necessidade de se montar programas públicos de saúde. Em 1965 o governo Johnson cria dois programas: o *Medicaid* que é financiado e gerenciado pelos governos estaduais e atende os indivíduos que comprovam nível de pobreza e o *Medicare*, que viabiliza o acesso dos idosos aos serviços através de pequenas contribuições financeiras (FAVERET FILHO 1990).

O serviço de saúde americano está centrado nos hospitais principalmente privados e a ótica do financiamento é segmentada em dois subsistemas. Um exclusivamente privado, que é financiado por reembolso dos segurados com desconto dos assalariados e o outro público, destinado a determinados grupos sociais. O financiamento privado baseia-se nos planos de seguro de grupo, mantido pelas médias e grandes empresas que oferecem esse benefício aos seus trabalhadores.

Nesse sistema é possível identificar o consumidor, possibilitando a mensuração dos padrões de satisfação, os resultados de saúde, a qualidade e o desempenho.

As transformações ocorridas na realidade americana, na organização dos serviços, nas formas de pagamento e na política de saúde, deram grande ênfase à avaliação e ao uso racional e adequado dos recursos, dentro de uma preocupação nacional, no monitorar o cuidado à saúde (WENZEL 1993). São desencadeados diversos trabalhos na área de avaliação, utilizando-se as fontes de informação disponíveis.

KILBOURNE (2002) cita que era grande a preocupação dos americanos com suas fontes de dados, e com a melhora da qualidade das informações. Esta preocupação levou o sistema de saúde a investir em sistemas de informações mais eficientes. Segundo esse autor a informatização dos prontuários médicos deveria ampliar o acesso às informações e garantir fácil recuperação dos dados.

Na literatura científica americana, encontram-se estudos que utilizam bases de dados administrativos, para obtenção de informações sobre a qualidade do cuidado prestado. Segundo BEST et al (2002) cada vez mais esses dados são utilizados pelos serviços de saúde, seguros de saúde, entidades reguladoras e pelos certificadores da qualidade para avaliar os custos e o cuidado prestado.

Embora existam vários questionamentos em relação à exatidão e confiabilidade dessas bases de dados, para descrever os eventos, sugere-se que sua utilização é uma alternativa mais econômica e mais rápida para a identificação de situações. As bases de dados referentes às saídas hospitalares, quando analisadas em conjunto com outras bases de dados, seja da própria instituição ou de outros segmentos, podem melhorar a informação, permitindo identificar outros elementos envolvidos e, conseqüentemente, ganhar uma maior confiança.

O desenvolvimento ampliado e o uso da avaliação levam os responsáveis por decisões a ter uma necessidade cada vez maior de informações. As tecnologias de informação médica são usadas pela gerência administrativa e institucional, a gerência pessoal no cuidado ao paciente e em outras atividades que possam auxiliar na sustentação das decisões (GOODMAN 1999).

Nesse novo contexto, os clínicos que trabalham na área de serviços buscam fazer o melhor para o paciente, mas têm que respeitar um orçamento racionando o cuidado de modo que a maioria seja beneficiada. Buscam formas de organização dessas avaliações e procura-se respeitar a individualidade mas, fica evidente, através dos dados, que, pacientes com a mesma doença consomem quantidades diferentes de serviços (GLAZER e MCGUIRE 2000).

As tecnologias utilizadas na assistência médica mudam rapidamente ficando sujeitas a modificações contínuas e substituições por produtos de nova geração. Isto representa um

desafio para a gerência, que identifica a necessidade de avaliar os impactos, investigar propriedades, aplicação e atributos dessas tecnologias. Essas avaliações podem ter focos diferentes de observação podendo ser macro ou microeconômicas. As últimas incluem custos, preços, valores e pagamentos individuais. Já os impactos macroeconômicos são os custos do cuidado à saúde em um plano nacional e das políticas de saúde, com as estratégias de alocação de recursos entre os diversos programas de saúde.

Pode-se dizer que o sistema americano avançou muito na utilização de dados clínicos para as áreas de avaliação e gerência, talvez impulsionado pelo modelo privatista, fazendo um uso mais ampliado desse tipo de fonte de informação.

1. 3. O Sistema de Saúde Brasileiro

Em 1923, a Lei Eloy Chaves, cria as CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões), com financiamento garantido pelos empregados, empregadores e pelo Estado. Depois passamos para criação dos IAP (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que diferiam das CAP, porque eram organizados por categorias profissionais. Em 1966, ocorre a criação do INPS, com a unificação dos IAPs, tornando-se um sistema unificado para todos os trabalhadores portadores de carteira profissional, (BRAGA e DE PAULA, 1986). O Sistema de Saúde Brasileiro nos anos 70, era basicamente voltado à assistência médico-hospitalar em detrimento da medicina preventiva. Foram privilegiados a prestação dos serviços privados, lucrativos, filantrópicos e os médicos credenciados. Ocorre a incorporação ao INPS dos trabalhadores rurais, autônomos e depois das empregadas domésticas. Segundo MENDES (1987), é criado em 1978 o INAMPS (Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social), onde houve o fortalecimento do setor privado, agravado pela criação

do FAS (Fundo de Apoio ao desenvolvimento Social), que destina cerca de 80% dos recursos da saúde para o setor privado.

Em 1987, é assinado o decreto que cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), nos estados, proporcionando a integração do INAMPS, que era um órgão federal com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Inicia-se também o processo de municipalização dos serviços de saúde, antigos Centros de Saúde Estaduais, passam para administração das prefeituras. Em 1988 é elaborada a Constituição, que no artigo 198 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo um modelo de atenção à saúde descentralizado, integral e que permite a participação popular, transformando o modelo curativo, individual, corporativo e mercantilista, em um sistema de saúde ampliado dentro de uma lógica social. Em 1990 a constituição é regulamentada, no que se refere à saúde, através da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080).

Com a reforma sanitária ocorre a ampliação dos planos de saúde individuais ou de grupos contratados pelas empresas, assegurando esse benefício ao trabalhador e a extensão aos seus dependentes.

No Brasil, a reorganização do Sistema de Saúde baseou-se na Constituição Federal de 1988 (Brasil 1988) *“a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

A nova organização do Sistema de Saúde Brasileiro, com a descentralização da gerência, parece gerar demandas maiores aumentando a necessidade de informação e avaliação, nos diversos tipos de serviços, em qualquer nível de assistência. O que difere é o grau de necessidade e apropriação que a gerência tem sobre a informação.

1. 4. Informação em Saúde

Ao falar de informação em saúde, há necessidade de definir “dado” e “informação”, considerando que esses funcionam como um insumo básico nesta discussão.

Moraes (1994), define dado *“com uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível”* (p.19). A autora coloca, ainda, que informação é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante regras de simbologia.

Os dados estão registrados, ou podem ser obtidos, pelas fichas de atendimento dos pacientes em ambulatórios ou prontos socorros, nos prontuários médicos, nos sistemas de informação, enfim, estão dispersas pela instituição. A forma como se olha para esses dados, e sua transformação em informação, é um diferencial.

A informação hospitalar e a informação clínica não são novidades, basta voltar na história, no final do século XVIII, onde já aparece a necessidade de desenvolver uma nova prática médica. Foucault, no período em que delimita o nascimento da clínica, fundamenta a doença em moldes muito parecidos com os que são utilizados atualmente. O processo de organização das informações em saúde surge em conjunto com essa necessidade da nova prática médica.

Para MORAES (2002), a (re)organização do conhecimento médico é um dado histórico e transitório, observando que houve e haverá outras (re)organizações ao longo da história, com outras formas de organização das informações em saúde.

Atualmente, o recurso informação pode ser considerado um espaço estratégico, onde podem ser percebidos os diferentes interesses em disputas pela definição das políticas públicas. Conforme seu uso no processo decisório, o “recurso informação” pode

ser considerado instrumento a serviço de determinada política, sendo estruturado de modo a atender interesses e práticas da instituição.

O processo decisório, quando centralizado no topo da hierarquia, reflete que grande parte das decisões é incoerente com a realidade dos setores de trabalho da instituição. Nos últimos anos os modelos clássicos de gestão, não estão correspondendo adequadamente (MOTTA 1998).

A gestão parece demandar a produção de informações que possa apoiar um contínuo (re)conhecer, decidir, agir, avaliar e novamente decidir. Também precisa ser sensível o bastante para captar as transformações que ocorrem no mercado.

Segundo MURAHOVSKI (2000), a informação passa a ser um capital precioso equiparando-se aos recursos de produção, materiais e financeiros. É um dos recursos mais importantes para a gestão, sendo considerada e utilizada em muitas organizações como fator estrutural e principal instrumento de gestão. Partindo desse pressuposto pode-se inferir que a informação é o recurso-chave de competitividade e, principalmente, de racionalização de investimentos.

Essa “era da informação” tem provocado grandes mudanças nas organizações; o que se questiona é se estamos preparados para essas transformações (FERREIRA 2000).

Os administradores freqüentemente não sabem determinar suas necessidades e exigências de informação, não sabem se a informação existe e se pode ser usada. Identificar a necessidade de informação em ambientes organizacionais, não pode ser considerada uma tarefa fácil (FERREIRA 2000).

Para o gestor a informação é útil e necessária quando ela é verdadeira, acessível e recuperável. Também deve ser levado em consideração o fator tempo, pois ela só terá utilidade se houver tempo hábil para desencadear uma ação que permita uma intervenção oportuna com um custo que não deve ser igual ou maior do que o

prejuízo gerado pela sua falta. A informação deve originar uma decisão de ação que, por sua vez, necessita uma avaliação.

✓ A transformação do dado em informação deve ser feita de forma sistematizada e clara, permitindo que seja reproduzida sempre que necessário (FISHER e FIORILLI 2001).

Podem ser citadas diversas fontes de informação em saúde, tais como a Declaração de Nascido Vivo (DN), Declaração de Óbito (DO), as doenças de notificação compulsória, as internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, entre outras. Essas fontes podem ser de qualquer área, natureza de atenção à saúde e fonte provedora.

São fontes de informação hospitalar o cadastro de pacientes, prontuários médicos, resultados de exames, materiais e medicamentos, pedidos de compra, ordens de serviço, AIHs, contas ambulatoriais, tabelas de atendimentos de convênios e as prescrições dos profissionais que atuam no hospital.

No caso dos hospitais, as informações estão distribuídas pelos diversos setores que compõem a Instituição. Historicamente o prontuário médico sempre foi considerado uma fonte importante de informação e a responsabilidade pela guarda do prontuário médico sempre foi do Serviço de Arquivo de Registros Médicos (SAME).

Os prontuários dos pacientes são, na verdade, mini “dossiês”, com variações dos níveis de agregação e abrangências, constituindo-se em bases de informação. Segundo ALMEIDA (1995), ainda hoje as bases de dados são um olhar médico sobre o corpo do indivíduo (século XIX), e um olhar das instituições do Estado sobre o corpo social das populações (século XX).

✓ O Ministério da Saúde define o prontuário médico como “documento constituído de formulários padronizados e destinado ao registro da assistência prestada ao cliente”. O prontuário, portanto, deve incluir todas as anotações dos profissionais de saúde, médicos ou não médicos, envolvidos na assistência ao paciente.

O Código de Ética Médica (CFM 1988), nos artigos 69º e 70º, exige do médico a elaboração de um prontuário para cada paciente. É assegurado ao paciente o direito de acesso às informações.

A evolução da informática traz à tona inúmeras discussões sobre o prontuário eletrônico, na literatura encontram-se diversas definições a respeito, mas apesar de todos os avanços e devido as especificidades, tipos de dados, número de profissionais envolvidos na assistência, ainda são poucos os serviços que conseguiram transformar o prontuário de papel em meio magnético.

O relatório do Institute of Medicine, define o prontuário eletrônico como um registro computadorizado do prontuário médico, que reside em um sistema especificamente desenhado para prover aos usuários acesso a informações completas e precisas, alertas, lembretes, sistemas de apoio a decisões clínicas, ligações a bases de dados de conhecimentos médicos e outros tipos de suporte.

Os mecanismos pelos quais os prontuários são criados, utilizados, arquivados e recuperados formam um sistema de informações hospitalares, com funções clínicas e administrativas.

A OMS define Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como: “um conjunto de componentes, que atua de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para implementar os processos de decisão no setor saúde”.

Segundo CARVALHO (1997), o MS através da portaria nº 3 de 04/01/1996, define SIS como um instrumento para o processo de tomada de decisão, nas dimensões técnicas e políticas, a serem formuladas e implementadas. Coloca ainda que o sistema deve ser concebido como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade (...). Um Sistema de Informação em Saúde deve ainda, assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações dos objetivos propostos.

Os SIS são constituídos por sub-sistemas que geram informações de atividades específicas. A interligação e interação de determinados dados constitui um Sistema de Informação em Saúde. Ao implantar-se um SIS deve-se levar em conta os aspectos institucionais, que devem estar diretamente ligados as atividades de planejamento institucional.

Os SIS gerenciais são aqueles que geram informações voltadas para avaliação do que foi realizado pelas diversas unidades operacionais.

A área de sistemas de informação pode ser utilizada para avaliar não somente o desempenho técnico de um sistema computadorizado, mas avaliar o seu uso e seu impacto, a longo prazo na organização do cuidado à saúde (WARE 1995).

Segundo Moraes (1994) o Ministério da Saúde no Brasil organizou os sistemas de informação na mesma lógica dos programas verticalizados, cobrindo grupos específicos de risco e agravos. Essa lógica é centralizadora, quantitativa e nos casos da prestação de assistência é contábil, o evento básico é o procedimento.

Os SIS podem ser referentes a diversos tipos de informação. No caso da assistência à saúde temos as informações ambulatoriais e hospitalares, sendo que nas ambulatoriais podem ser referentes a consultas médicas, vacinas, atendimentos de enfermagem e exames laboratoriais. Nos sistemas de informação hospitalar estão o número de leitos disponíveis, taxa de ocupação, gasto realizado, motivos de transferência e condições de alta e de óbitos. Podem ser citados indicadores por tipos de hospital (público ou privado), das principais patologias atendidas, taxa de ocupação dos leitos, permitindo conhecer o movimento, o desempenho e identificar possíveis distorções.

As bases desses sistemas podem ser dados administrativos de cadastro, pagamento, licenças e prontosuários dos funcionários. Relacionados com controle de Materiais, processos de compras,

estoques, consumo por unidade, por produto, por fornecedor. Podendo agregar também dados sobre recursos financeiros disponíveis por período, fluxo de caixa, contas a pagar e a receber.

/ Essas informações permitem ao gestor construir indicadores sobre o custo total, por unidade, produtividade, utilização de serviços e de efetividade das ações que foram desenvolvidas. Identificam também a produtividade do sistema através do faturamento, da prestação de contas, da comprovação dos procedimentos e da ação.

A construção de Sistemas de Informação ágeis e o uso de indicadores adequados podem aproximar o tempo entre identificar o fato ocorrido e o enfrentamento do problema.

MARCUS et al (2000), salientam que os sistemas de informação atuais permitem a monitorização regular e informada de comportamentos de saúde, com alternativas, à prova de falhas e com possibilidades de “feedback”. A expansão da tecnologia da informação e do seu uso para a comunicação interativa tem um grande potencial que pode ajudar a melhorar as prevenções que fazemos para os indivíduos e comunidade.

ASHLEY e STRASSER (1997) referindo-se à indústria do cuidado à saúde, afirmam que se está tentando qualificar e definir qualidade e satisfação, identificando o paciente como uma das principais fontes de informação.

Segundo LIRA (2000), alguns aspectos importantes devem ser discutidos quando se fala em informação em saúde: o primeiro é o uso da informação, quais as perguntas a serem feitas e como devem ser respondidas. As perguntas necessitam de intervenções rápidas e, principalmente, qual será a avaliação dessas informações. O outro aspecto é o grau de utilização dessa informação, o quanto ela pode auxiliar e embasar decisões e ações.

Considerando que a gerência deveria estar cada vez mais próxima do que acontece na sua instituição, faz-se necessário estabelecer metas, objetivos e conhecer o perfil de sua clientela, para

o estabelecimento de suas prioridades e processos de trabalho mais adequados, sendo pertinente à elaboração de “diagnósticos” institucionais sob esse ângulo, transformando os dados disponíveis na instituição em ferramentas que auxiliem na melhoria do desempenho de suas atividades. É importante que o gestor valorize e dissemine a cultura da informação e da divulgação da mesma, para que todos saibam a importância de se registrar adequadamente os dados.

Mostra-se imprescindível, atualmente, a criação de mecanismos que garantam a segurança e a inviolabilidade da identificação do cidadão. Todo avanço tecnológico associado à informação em saúde traz riscos para a garantia da privacidade. Padrões de segurança devem ser adotados para garantir a integridade das informações, a privacidade do cidadão e a confiabilidade da informação. O cidadão deve ser informado sobre os fatos e decidir se aceita ou não que seus dados pessoais sejam armazenados em bases de dados de domínio público.

No Brasil, essa discussão ganha força com a implantação do Cartão Nacional de Saúde que tem por objetivo identificar e acompanhar os atendimentos realizados pelo SUS. Depara-se com a necessidade de buscar equilíbrio entre os direitos individuais e necessidades coletivas. A sociedade com direito ao conhecimento, à transparência e democratização da informação e o cidadão com direito ao sigilo e preservação da sua intimidade. Sem uma legislação específica sobre o assunto o MS, adota uma política de acesso visando regulamentar essa situação. São criados níveis diferenciados de acesso aos dados, garantindo a confidencialidade, a integralidade e a segurança no registro, transmissão, armazenamento e utilização desses dados.

1. 5. Informação do Hospital

É importante que se desenvolva uma produção teórica referente à utilização das informações hospitalares nos processos de tomada de decisão. Trabalhando essas informações será possível conhecer o padrão de atendimento do hospital e definir o perfil da sua clientela, podendo levar à elaboração de relatórios e indicadores que possibilitem ao gestor fazer comparações de sua realidade institucional com outras de mesmo porte e perfil de atendimento.

Os hospitais são unidades complexas e com diversos setores fracionados de acordo com sua especificidade e as informações hospitalares parecem reproduzir esse modelo. É difícil criar um sistema de informação que dê conta de todas as necessidades e consiga dar respostas às dúvidas dos diversos setores envolvidos tais como o planejamento, a epidemiologia, o faturamento e outros. Os hospitais são fonte importante de informações para eventos adversos à saúde, resultantes da aplicação de tecnologias médicas.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Decreto nº100, publicado em 1991, define que cabe ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a total responsabilidade pela criação, desenvolvimento e implantação de “softwares”, que forneçam respaldo para a gestão do SUS.

Os sistemas de informação administrativos do Ministério da Saúde têm como principais representantes o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

O SIH-SUS foi estruturado principalmente para atender o aspecto contábil das internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente foi denominado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), os hospitais eram reembolsados através de uma tabela fixa de remuneração, baseada em valores médios. Em 1987, ocorre a transferência da gestão operacional para as Secretarias Estaduais de Saúde, com distribuição

dos formulários de internações hospitalares (AIH). O SAMHPS passa a ser denominado SIH-SUS, ocorre também a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde.

O SIH-SUS possui dados que permitem levantar indicadores como diagnóstico de internação, procedimento realizado, valores pagos, média de permanência, taxa de ocupação, taxa de cesárea, entre outros. Tem sua lógica baseada nas necessidades de avaliação e controle.

É formado através da Guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), introduzida em 1983. Criou-se uma forma de remuneração e informatizou-se completamente o SIH/SUS, através do DATAPREV. A AIH foi implantada na rede hospitalar própria, filantrópica e contratada com uma série numérica única, funcionando como instrumento de controle das informações enviadas pelos hospitais em conjunto com a tabela única de remuneração para assistência à saúde, com objetivo de minimizar as distorções e fraudes, os pagamentos são feitos considerando o custo médio em grupos de procedimentos clínicos e cirúrgicos (SIMÕES 2000). Essas informações não eram usadas para atividades de planejamento e avaliação da qualidade da assistência prestada.

As informações do SIH-SUS estão implantadas em todas as unidades hospitalares próprias, conveniadas e contratadas pelo SUS, a coleta dos dados é descentralizada. O processamento, emissão de relatórios é centralizado nas Secretarias Estaduais de Saúde. As bases de dados são disponibilizadas pelo MS em meio magnético. Recentemente podem ser acessadas através da rede BBS (Bulletin Board System) e Internet, através de aplicativos onde se podem obter os dados, tabelas, gráficos de qualquer local e prestador de assistência do sistema CARVALHO (1997).

Essa facilidade de acesso tem ampliado o número de estudos envolvendo essa base de dados. Com linhas de abordagens variadas, apontam para o aprimoramento das informações e permitindo assim

que a estrutura dos dados seja complementar. A interface do dado de produção com dados financeiros permite que se realizem estudos, de características mistas que demonstram o perfil de morbidade, a necessidade da demanda e quantificação dos gastos (SIMÕES 2000).

Por outro lado, podemos dizer que tem como pontos fracos a deficiência de articulação com outros sistemas por apresentar incompatibilidade de dados, baixa qualidade dos mesmos e dificuldade de agregação. A codificação do diagnóstico é feita utilizando-se a CID (Classificação Internacional de Doenças), pelo médico ou por pessoal administrativo, que muitas vezes não são qualificados para desenvolver essa função. Considerando-se que essa base de dados obedece a uma lógica contábil, a sua utilização para esse tipo de análise pode gerar conflito, entre os objetivos clínicos, epidemiológicos e financeiros (LEBRÃO 1997).

O MS tem ainda um sistema de informação referente as APACs (Autorização de Procedimentos de Alto Custo), que são emitidas para realização dos seguintes procedimentos especializados: terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, hemodinâmica e órteses e próteses. Também está disponibilizada pelo DATASUS, Via Internet.

Uma outra fonte de dados existente no Estado de São Paulo é o Boletim de Coleta das Saídas Hospitalares (CH – 106), que é formado pelo envio mensal, em meio magnético, das saídas hospitalares com diagnósticos, por todos os hospitais do Estado, independente da sua natureza jurídica. Embora bastante ampla, estudos realizados com essa base de dados demonstraram discrepâncias em relação aos dados clínicos, (LEBRÃO 1997).

1. 6. Avaliação

Avaliar é um processo por meio do qual se determina o valor de alguma coisa, em uma determinada perspectiva. A temática da avaliação ganha relevância pois, está associada à possibilidade e à

necessidade de intervenções que possam permitir e ser capazes de provocar modificações nas situações avaliadas.

Atualmente, o tema avaliação provoca muitas discussões. São rotuladas de avaliação diversas atividades, desde julgamentos subjetivos muito simples a métodos e técnicas mais refinadas e metodologicamente mais estruturadas. Muitas vezes as avaliações são realizadas nas instituições sem que se tenha conhecimento das condições necessárias para sua produção.

A utilização da avaliação como um instrumento para reorganizar as práticas em saúde, precisa ainda superar as dificuldades encontradas e lidar com as inadequações e insuficiências de metodologias e resistências culturais que se antepõem às práticas avaliativas (HARTZ 1997).

NOVAES, em 1999, faz uma caracterização de tipos de avaliação, classificando-as em investigação avaliativa, a avaliação para decisão e a avaliação para gestão. Para a autora, o principal objetivo da avaliação para a gestão é produzir uma informação que possa contribuir para aprimorar o objeto avaliado, ou seja, buscar a melhoria da condição que foi dada anteriormente.

Nas discussões sobre as avaliações está sempre presente uma idéia de qualidade. Pode-se dizer que essas discussões iniciaram-se nos anos 30, com o gráfico de controle desenvolvido por Shewart, da Bell Laboratories, e seu uso contribuiu para que os EUA, na Segunda Guerra Mundial conseguissem suprimento e materiais em quantidade adequada e valores menores. Na década de 50 Deming, foi ao Japão e implantou nesse país as práticas da gestão de qualidade. Todo esse movimento foi impulsionado pela necessidade de buscar nas organizações novas formas de produção que apresentassem melhores resultados (MALIK e SCHIESARI, 1998).

A preocupação com a qualidade da assistência é antiga, podendo ser citados como pioneiros o médico francês P.Louis, que no início do século XIX estudou sistematicamente os resultados obtidos

nos tratamentos clínicos que realizava e Florence Nithingale, enfermeira inglesa, que divulgou um sistema uniforme para apresentar as estatísticas hospitalares, visando determinar qual era o resultado dos tratamentos.

Apesar do tempo decorrido, as avaliações em saúde representam uma área ainda em construção, com um número grande de propostas em circulação na literatura (NOVAES 1999).

Outros autores reforçam essa posição e RATTNER (1996), faz a seguinte colocação: “avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo que demanda, por vezes, conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos” (p.22)

Para a grande maioria dos autores, o assunto é tratado sob uma perspectiva de redução do processo de assistência, individualizando os procedimentos e dividindo-os em várias partes.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde sofre influência direta da produção de Donabedian, uma referência para avaliação de qualidade. Esse autor sistematizou a avaliação de qualidade em saúde, desenvolvendo um quadro onde classificou três conceitos, sendo o primeiro o de estrutura, onde estão colocados os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, que são necessários para realização da assistência médica. O segundo conceito é o processo onde estão as atividades que envolvem os profissionais de saúde e os pacientes, baseados em padrões aceitos sob o ponto de vista administrativo e técnico, e por fim o terceiro que é resultado onde está o produto final da assistência prestada, levando em consideração a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários, DONABEDIAN (1980) citado por MALIK E SCHIESARI (1998, p.24).

DONABEDIAN, em 1990, faz uma ampliação do conceito da qualidade, onde traz à tona a discussão de que qualidade não deveria ser um atributo abstrato, mas construído através de um modelo, ao qual chamou de os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade,

eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade. Esses pilares deveriam balizar as avaliações de qualidade em serviço.

As reflexões desenvolvidas por Donabedian, foram voltadas para o desenvolvimento do cuidado médico, visando à melhoria da assistência prestada. Embora alguns setores resistam em aceitar essa forma de avaliação, ela está presente em muitas instituições.

PERSONS (1998), coloca que com investimentos na capacitação e treinamento do clínico e do gestor em relação aos cuidados de saúde, melhoraria a tomada de decisões e o desenvolvimento da prática das avaliações.

Na área da saúde, nos últimos anos, foram desenvolvidas algumas metodologias específicas de avaliação para os hospitais e serviços de saúde, inclusive financiados por organizações internacionais como OMS, OPS e Banco Mundial (NOVAES 1999).

Entre as diversas metodologias existentes podemos destacar a acreditação hospitalar, sendo que nos Estados Unidos o trabalho da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO), é um referencial para compra de serviços dos hospitais privados. Na década de 60, com a mudança no modelo de financiamento da assistência e a introdução do Medicare e Medicaid, o governo federal cria condições para que os hospitais acreditados pela Joint Commission, sejam habilitados a participar do Medicare e posteriormente aptos para o Medicaid (SCHIESARI 1999). A JCAHCO, estabelece e monitora padrões, acreditando os serviços de saúde e o Estado aceita seus critérios. Em países onde a participação do serviço público é maior, desenvolve-se proposta com lógicas diversas.

No Brasil, aparecem diversas iniciativas de grupos independentes e financiados por diversos setores, inclusive privado. Segundo SCHIESARI (1999), que avaliou o cenário da acreditação hospitalar no Brasil, é a partir de 1990 que ocorre a ampliação desses movimentos, com diferentes iniciativas e necessidades de estabelecer uma sistemática de avaliação de qualidade. Em 1994, o

Ministério da Saúde lança o “Programa de Qualidade”, com objetivo de promover a cultura da qualidade. No mesmo ano é criado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), que envolveu a universidade, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões que, em 1997, é transformado no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), com a participação da Cesgranrio e Universidades do Estado do Rio de Janeiro. O Ministério da Saúde, em 1998, forma um grupo executivo encarregado do Programa Nacional de Acreditação utilizando o Manual técnico adaptado pelo Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar. Em 1999, surge o Órgão Nacional de Acreditação (ONA), que hoje é o responsável pelo monitoramento desse processo no Brasil.

Na ausência de medidas diretas da qualidade do cuidado pode-se usar, às vezes, medidas de resultado como indicador de qualidade (SHEIKH 1998). Uma das formas de apresentação e de avaliação é através dos indicadores. Eles podem e devem ser utilizados como ferramentas que auxiliam no gerenciamento da qualidade (MALIK e SCHIESARI, 1998). Em uma definição muito simplificada, os indicadores são parâmetros utilizados com a finalidade de avaliar. Seu uso permite estabelecer padrões e acompanhá-los ao longo do tempo.

NOVAES e PAGANINI (1994), definem indicadores da assistência médica como medidas quantitativas de qualidade que estão relacionadas com estrutura, processo e resultado.

1.7. Morbidade Hospitalar

Atualmente, para monitorar o perfil de atendimento são utilizados de forma extensiva os indicadores de desempenho hospitalar (MEYER 2001).

Os estudos de morbidade têm sido usados com o objetivo de identificar necessidades e demandas aos serviços de saúde. Através deles é possível identificar o perfil da clientela atendida.

Segundo ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL (2002), a morbidade sempre se refere a uma população pré-definida, devendo ser clara a localização espacial, o intervalo de tempo e a abrangência do estudo. A morbidade é expressa por diferentes indicadores, em diversas modalidades dependendo do interesse do pesquisador.

O estudo da morbidade hospitalar pode ser uma das formas de avaliar o padrão da assistência médica oferecida pela instituição, contribuindo para identificar tendências e monitorar as políticas setoriais. Pode ser uma ferramenta útil ao gerente no planejamento, definição de estratégias para aprimorar a assistência.

A morbidade hospitalar sofre diversas interferências geradas muitas vezes em função do perfil do hospital, sua disponibilidade, o acesso dos pacientes, se ocorre por demanda espontânea ou referenciada. Um fator limitante importante é que essa morbidade hospitalar é referente a uma população atendida e pode não ser representativa na população geral, não podendo ser extrapolada para tal. No entanto, conhecer essa demanda pode ser um instrumento complementar às atividades de gestão de serviços.

Existem diversas fontes para estudos quantitativos de morbidade mas, o grande problema dessas fontes é a qualidade da informação, a forma como foi colhida e processada.

A valorização das informações obtidas a partir dos estudos da morbidade atendida, não é muito difundida no nosso meio, principalmente pelas dificuldades no registro adequado da informação, identificando nas fichas de atendimento, nos prontuários, e também nos registros em meio magnético.

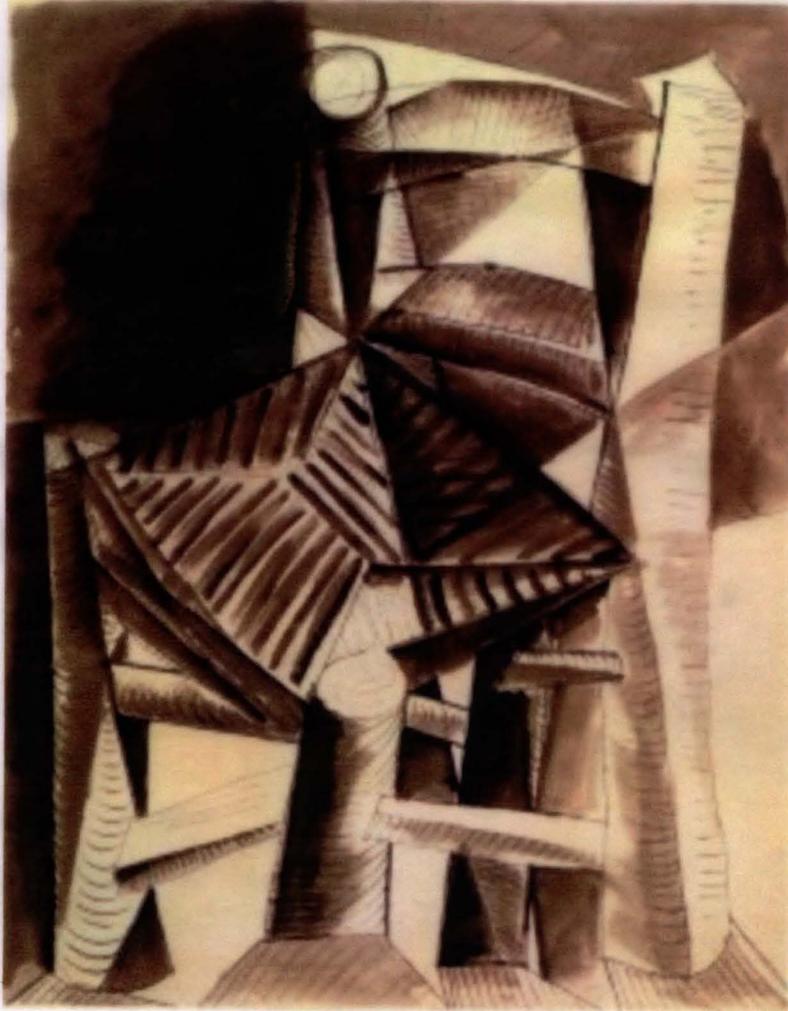
A cultura de se trabalhar os dados médicos, analisá-los e divulgá-los, durante muito tempo foi relegada a segundo plano nos hospitais. Talvez como consequência da estruturação do sistema de

saúde, já discutido anteriormente, existe nos hospitais grande preocupação com dados referentes a produção e faturamento, sendo estes seu foco prioritário, isto acaba por dificultar a utilização dessas informações e evidenciando muitas vezes sua limitação (PAGANINI e NOVAES, 1994).

Os estudos de morbidade hospitalar, voltados para atender a demanda da gerência não são muitos. As medidas de morbidade podem ser muito diversificadas e depende do foco e ótica de cada pesquisador e estará diretamente ligada aos seus objetivos.

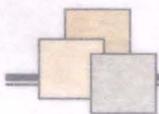
Com a finalidade de ampliar a discussão da morbidade hospitalar o presente estudo propõe-se traçar um diagnóstico identificando na literatura o desenvolvimento acadêmico dessa temática, com enfoque direcionado, principalmente, para gerência de serviços de saúde, principalmente hospitalares. Através da revisão bibliográfica pretende-se demonstrar quantitativamente quais os tipos de estudos realizados, seu foco de análise, base de dados mais utilizada. Pretende-se, também, identificar onde, como e quando ocorre esse movimento de valorização da informação pela gerência.

Partindo da premissa de que a literatura relacionada com essa temática é escassa, podendo estar distribuída por diversos fóruns de discussão, optou-se, então, pela padronização dos descritores “administração e organização hospitalar”, “gerenciamento da informação” e “pesquisa de alta hospitalar”, considerando a amplitude de busca desses descritores, numa tentativa de conseguir resgatar a produção científica relacionada com a morbidade hospitalar.



Pablo Ruiz Picasso, Chaise.
Paris. 6-December/1942.

Objetivos



2. OBJETIVOS

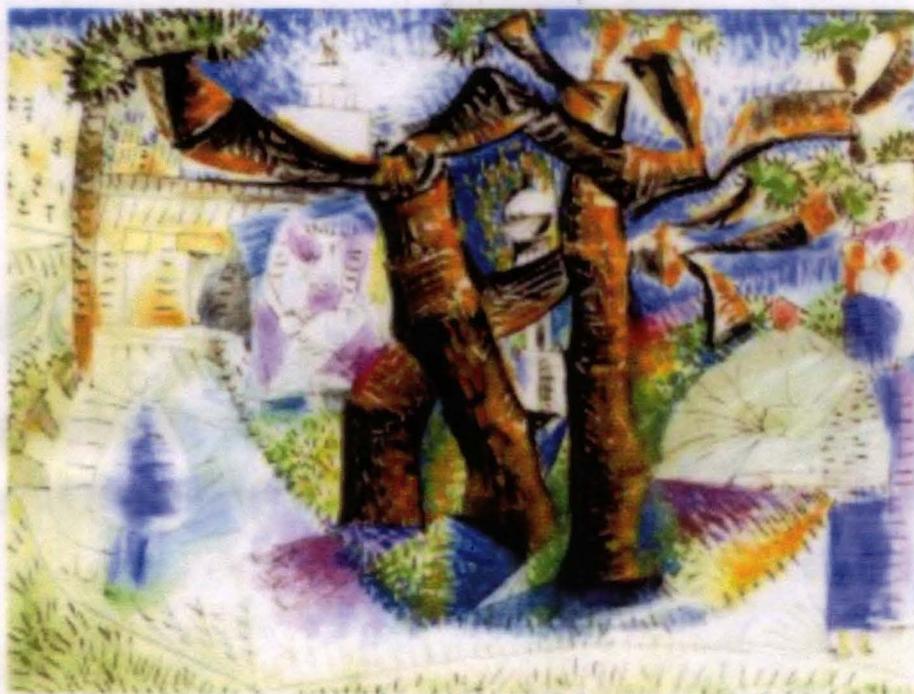
2. 1. Objetivo Geral

➤ Desenvolver uma revisão bibliográfica sobre a utilização de dados de morbidade hospitalar como instrumento gerencial nos hospitais.

2. 2. Objetivos Específicos

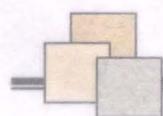
➤ Revisar a literatura científica sobre as possibilidades de utilização das bases de dados de morbidade hospitalar.

➤ Identificar as fontes e tipos de publicações internacionais e nacionais.



Pablo Ruiz Picasso, 'Vert Galant'.
Paris. 8-February/1944.

Revisão da Literatura



3. REVISÃO DA LITERATURA

Para realização da revisão bibliográfica, decidiu-se por pesquisar através da internet nas bases de dados do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medlars onLINE. Literatura Internacional, SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Segundo NEVES (1994), citada por SIMÕES (2000, p. 11), havia uma produção escassa sobre o tema Sistema de Informação em Saúde, ao se pesquisar as bases de dados. Os trabalhos indexados eram muito específicos e voltados principalmente para monitorização de programas ou de doenças e para aspectos operacionais de sistemas, basicamente ligados à área de informática. O autor coloca ainda, que na pesquisa eram encontrados muitos trabalhos relacionados com informatização de dados e sobre aspectos operacionais de sistemas. Para realizar essa revisão, optou-se metodologicamente por trabalhar com os seguintes descritores de pesquisa: “administração e organização hospitalar”, “gerenciamento da informação” e “pesquisa de alta hospitalar”.

Considerando que essa temática poderia estar distribuída por diversas áreas, com enfoques diferentes fez-se a opção por trabalhar com descritores mais amplos nesse primeiro momento. Foram feitas diversas combinações entre esses descritores, numa tentativa de ampliar o número de citações encontradas e torná-la mais dirigida.

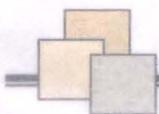
A revisão bibliográfica foi dividida em dois períodos de 1994-1998 e 1999 a 2002, com objetivo de identificar se ocorreram transformações na produção científica ao longo desse período, refletindo mudanças no interesse dos pesquisadores, quais foram e como ocorreram e se houve ou não um crescimento no número de estudos realizados. As bases Lilacs e Scielo não permitem, à priori, realizar as buscas por período pré-estabelecido. Nesse caso, a busca

foi realizada com cada descritor e depois se procedeu à classificação dos artigos em cada período correspondente.



Pablo Ruiz Picasso, Composition.
Antibes~Paris. 29-November/1946.

Material e Método



4. MATERIAL E MÉTODO

4. 1. PERCURSO METODOLÓGICO

Para atender os objetivos propostos foi utilizada a seguinte metodologia.

Primeira fase - Levantamento bibliográfico da literatura existente no período de 1994 a 2002, através das bases de dados Medline, Lillacs e Scielo.

Abaixo, segue a definição dos critérios de inclusão e de exclusão, utilizados para classificar os artigos:

Inclusão

➤ artigos que apresentassem, no descritor proposto, o foco direcionado para a temática;

Exclusão

➤ quando o artigo selecionado abordasse somente sistemas de informação direcionados para informatização de serviços, sem nenhuma discussão da morbidade;

➤ quando o artigo estivesse relacionado com o monitoramento exclusivo de alguma patologia específica, voltados somente para análise do atendimento clínico.

Para a realização da pesquisa após a escolha dos descritores iniciou-se a busca, sendo selecionada inicialmente a base de dados e, a seguir, o período a ser pesquisado (isto quando a base permitia), e por último o descritor. Foi utilizado nesta etapa o formulário simples para a pesquisa. Essa seqüência foi repetida para todos os descritores, na primeira fase.

Na segunda fase foi realizada a abertura de cada descritor, onde a cada descritor era adicionada uma palavra chave e refeita a busca, respeitando-se o período pré-estabelecido. Nas tabelas 4, 5 e 6 são apresentados os resultados encontrados nessa fase. Os mesmos foram ordenados por número percentual decrescente, considerando o primeiro período.

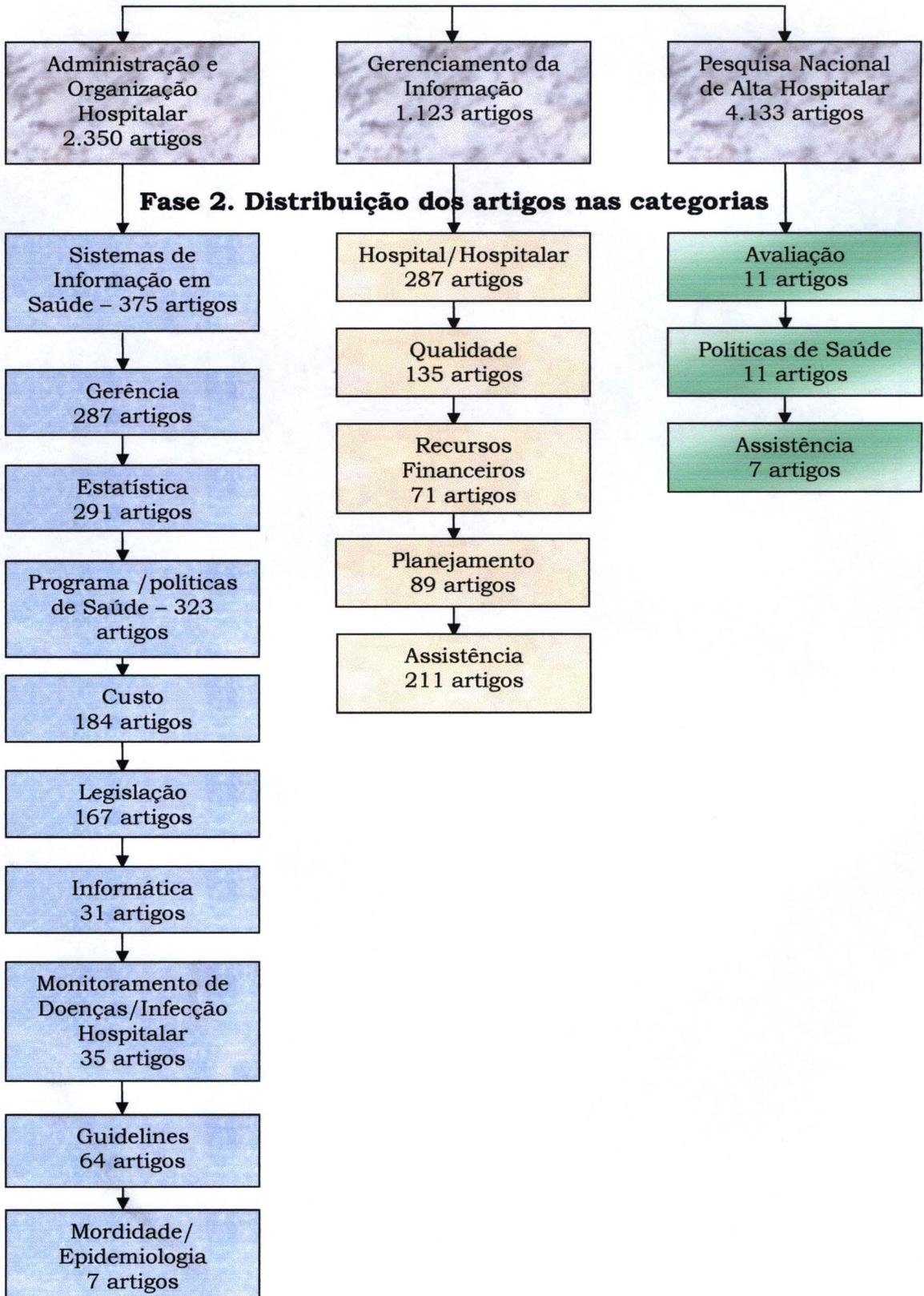
Os artigos foram agrupados após a leitura dos resumos e classificados nas categorias definidas anteriormente. Na abertura de cada descritor optou-se por classificar no mínimo 70% dos artigos encontrados, sendo os demais artigos classificados como outros.

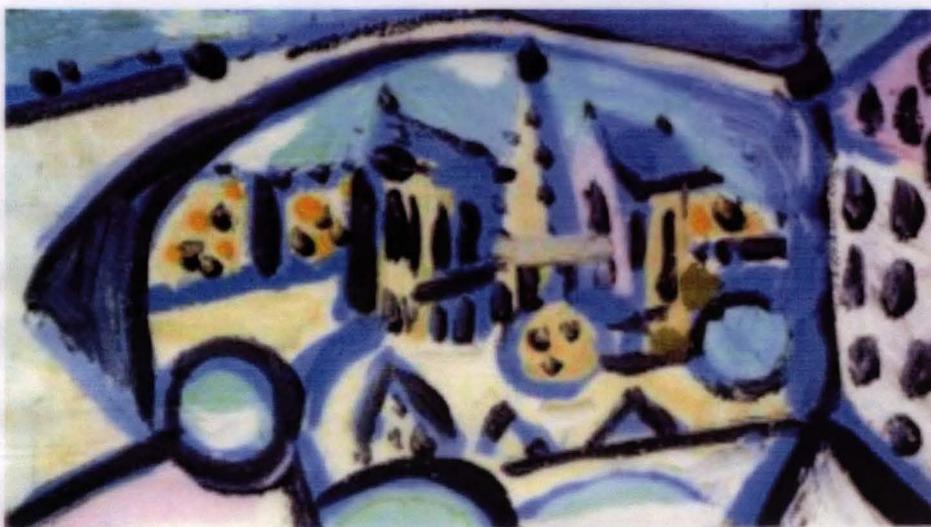
Com o objetivo de tornar a busca mais específica sobre o tema, foram introduzidos detalhamentos nesse descritor, acrescentando-se palavras-chaves (aqui denominadas categorias). Estas foram sendo acrescentadas, uma de cada vez, e refazia-se a busca. A escolha das categorias foi baseada em leituras prévias sobre o tema, encontradas em outras fontes e considerando as palavras que com maior frequência aparecem nesse tipo de literatura.

A opção de trabalhar com categorias diferentes para cada descritor baseou-se na premissa de que dessa forma seria possível obter um número maior de artigos relacionados com essa temática.

Representação esquemática dos descritores selecionados e sua distribuição nas categorias

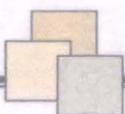
Fase 1. Seleção dos Descritores



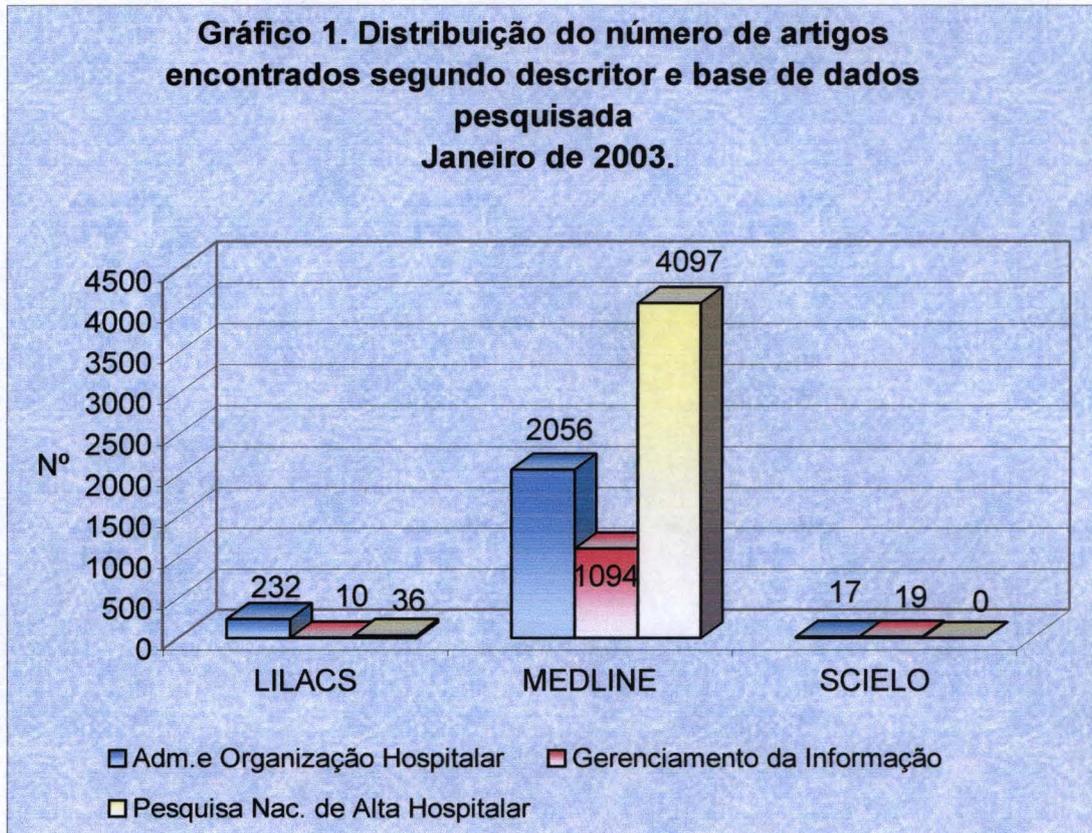


Pablo Ruiz Picasso, Vue de Notre-Dame de Paris.
Paris. 13-April/1945.

Resultados e Discussão



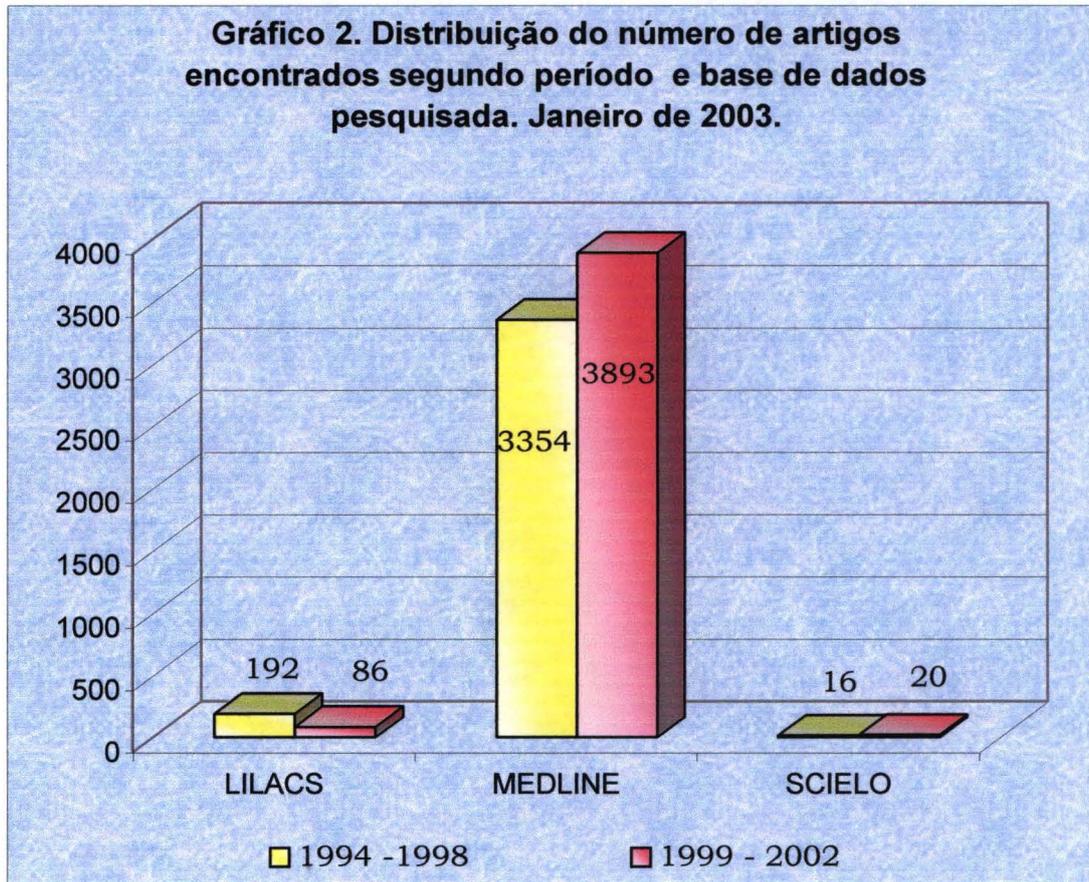
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO



O gráfico 1, demonstra o número de artigos encontrados, por descritor e por base de dados de pesquisa. A base Medline apresenta um número significativamente maior de artigos, sendo que 95,9% dos artigos encontrados foram selecionados nessa base, enquanto que a base Lilacs contribuiu com 3,7% e o Scielo com 0,5%.

A revisão bibliográfica com uso de descritores diferentes, além de dimensionar a intensidade dos periódicos, tem por objetivo identificar que temáticas caminham juntas. Assim, permite traçar um cenário das publicações existentes, as diversas correntes, seus pontos de convergência e divergência, abrindo a possibilidade de listar os diversos tipos de publicações e, através dessas, poder-se traçar o perfil do público a que se destina, quem são os grupos de pessoas (estudantes, pesquisadores, trabalhadores da área, consultores etc), as instituições e departamentos voltados para esse

tipo de informação, ou seja, quem produz e quem utiliza, quais os recortes mais freqüentes e os caminhos percorridos.



Esse gráfico permite identificar que, se forem comparados os dois períodos, há um aumento de 11% no número total de artigos encontrados. Nas bases Medline e Scielo, esse aumento foi de 13,9% e 20,0% respectivamente, enquanto na base Lilacs houve uma redução de 44,8% no número de artigos do primeiro para o segundo período.

Os descritores “administração e organização hospitalar”, “gerenciamento da informação” e “pesquisa nacional de alta hospitalar”, foram selecionados considerando a premissa de que essas terminologias poderiam abarcar um número maior de publicações que conseguissem dar a real dimensão do tema

pesquisado frente às diversas áreas que se articulam com a essa temática. Isto possibilitaria uma aproximação mais adequada com o tema proposto para esse estudo.

Esses descritores se comportaram como esperado, o número de publicações foi bastante significativo e diverso, surgindo uma necessidade de refinar a pesquisa. Optou-se por construir um novo recorte, agora mais específico.

Na segunda fase, a partir da escolha dos descritores, foram sendo feitas diversas combinações, através da incorporação de palavras-chave e os resultados encontrados estão apresentados nas tabelas abaixo.

A escolha do descritor, administração e organização hospitalar associado com a palavra-chave morbidade, baseou-se na prerrogativa de identificar o uso da morbidade pela gerência do hospital, considerando que os temas poderiam estar interligados e refletirem a sua interface.

Tabela 1. Freqüência de trabalhos encontrados segundo o descritor Administração e Organização Hospitalar e Morbidade, fonte de bases de dados e períodos pesquisados.

Base de dados Período	Administração e Organização Hospitalar			Administração e Organização Hospitalar + Morbidade		
	1994 a 1998	1999 a 2002	Total	1994 a 1998	1999 a 2002	Total
LILACS	171	61	232	1	0	1
MEDLINE	1206	850	2056	3	0	3
SCIELO	6	11	17	0	0	0
Total	1383	922	2305	4	0	4

Na tabela 1, apresentam-se os resultados encontrados no levantamento do descritor administração hospitalar, para as bases Lilacs, Medline e Scielo. Evidencia-se um grande número de artigos principalmente na base Medline. Ao acrescentar o descritor “morbidade”, a pesquisa torna-se muito específica e ocorre uma redução muito acentuada no número de trabalhos encontrados.

A maioria quase absoluta dos artigos encontrados está na literatura internacional, principalmente americana.

Com os descritores utilizados na tabela 2, procurou-se recortar por um outro ângulo - o tipo de informação que está disponível para gerência, como essa informação aparece, formas e conteúdos diversos.

Tabela 2. Frequência de trabalhos encontrados segundo o descritor Gerenciamento da Informação e Administração Hospitalar, fonte de bases de dados e períodos pesquisados.

Base de dados Período	Gerenciamento da Informação			Gerenciamento da Informação + Administração Hospitalar		
	1994 a 1998	1999 a 2002	Total	1994 a 1998	1999 a 2002	Total
LILACS	1	9	10	0	0	0
MEDLINE	397	697	1094	11	16	27
SCIELO	10	9	19	0	0	0
Total	408	715	1123	11	16	27

O resultado do descritor “gerenciamento da informação” é bastante significativo na base Medline mas, ao acrescentar o descritor “administração hospitalar”, a pesquisa reduz muito o número de artigos, embora mantenha uma tendência de ampliação ao se compararem os dois períodos.

O cruzamento desses descritores revela que “gerenciamento da informação” associado com “administração hospitalar” apresenta uma seleção com trabalhos voltados para um perfil da mensuração do cuidado em saúde (Tabela 2).

Tabela 3. Freqüência de trabalhos encontrados segundo o descritor Pesquisa Nacional de Alta Hospitalar e Morbidade, fonte de bases de dados e períodos pesquisados.

Base de dados Período	Pesquisa Nacional Alta Hospitalar			Pesquisa Nacional Alta Hospitalar & Morbidade		
	1994 a 1998	1999 a 2002	Total	1994 a 1998	1999 a 2002	Total
LILACS	20	16	36	1	0	1
MEDLINE	1751	2346	4097	11	17	28
SCIELO	0	0	0	0	0	0
Total	1771	2362	4133	12	17	29

Ao se pesquisar esse descritor, existia uma expectativa prévia, de que na pesquisa de alta hospitalar seria encontrado um número maior de trabalhos voltados para o tema proposto. A resposta dada na busca por esse descritor foi como esperado (tabela 3). Observa-se no total geral um aumento no número de artigos quando comparados os períodos. A incorporação do descritor “morbidade” repetiu a mesma tendência de redução encontrada nos cruzamentos anteriores, embora os artigos selecionados apresentassem uma ligação mais direta com a temática proposta para o estudo.

A leitura dos resumos permitiu identificar uma baixa especificidade, o que levou a exclusão de um número significativo de artigos. O critério de exclusão foi determinado da seguinte forma: 1.

quando o artigo abordasse somente sistemas de informação direcionados para informatização de serviços e processos. 2. quando estivesse relacionado com o monitoramento de alguma doença específica.

Nesta fase fez-se a abertura do descritor em categorias diferentes selecionadas através das leituras dos resumos e foram encontrados os resultados descritos na tabela 4.

Tabela 4. Freqüência dos trabalhos encontrados no descritor administração e organização hospitalar, segundo categoria e períodos pesquisados.

Categoria	1994 - 1998		1999 - 2002	
	n°	%	n°	%
Sistemas de Informação em Saúde	207	20,18	168	19,76
Gerência	183	17,84	104	12,24
Estatísticas	176	17,15	115	13,53
Programas/políticas de Saúde	155	11,21	168	19,76
Custo	125	12,18	59	6,94
Legislação	86	8,38	81	9,53
Informática	22	2,14	9	1,06
Monitorização de Doenças/ Infecção Hospitalar	10	0,97	25	2,94
Guidelines/Indicadores	7	0,68	57	6,71
Morbidade/Epidemiologia	3	0,29	4	0,47
Sub-Total	964	70,43	790	85,68
Não classificados	419	29,57	132	14,32
Total	1383	100,00	922	100,00

Na abertura do descritor foram classificados 86% dos trabalhos em 11 categorias diferentes. Após a reclassificação da pesquisa observou-se que muitos dos trabalhos encontrados eram voltados para administração hospitalar, sem uma abordagem mais específica.

A categoria sistemas de informação em saúde apresenta-se com um número significativo de publicações, mas a grande maioria com uma abordagem voltada para sistemas de informação, com enfoque em programas específicos tanto para controle de determinadas doenças (Sinan), quanto para quantificação de nascimento (Sinasc), entre outros. Muitos artigos aparecem duplamente tanto nessa categoria como em estatística, o que acaba por revelar estudos muito centrados na quantificação de dados.

Ao analisar os artigos selecionados na categoria custo, por sinal um número significativo, identifica-se na verdade não o custo propriamente dito mas, o emprego da palavra custos em algum momento em publicações que tratam de gastos ou de estatísticas.

Em programas/políticas de saúde são encontrados os artigos direcionados para avaliação de programas, sistemas de informações governamentais e legislações. Os artigos que aparecem nesse recorte, se repetem na categoria legislação, pois muitas vezes citam alguma portaria ou decreto que regulamentou sua criação ou início de operação.

Chama a atenção o número de artigos que aparecem na categoria *guidelines*/indicadores quando comparados os dois períodos, mostrando o crescimento dessa abordagem. A leitura dos resumos, leva-nos a inferir que existe uma preocupação das instituições com a avaliação e, dentro desse contexto, com o desenvolvimento de programas buscando a garantia da qualidade da assistência.

A categoria Morbidade/epidemiologia mantém a tendência com um número pequeno de artigos e aparecem em outras categorias,

revelando que sua utilização como palavras-chaves não é uma boa escolha.

Para abertura do descritor “gerenciamento da informação”, foram criadas cinco categorias distintas, descritas na tabela 5.

Tabela 5. Freqüência dos trabalhos encontrados no descritor gerenciamento da informação, segundo categoria e períodos pesquisados.

Categorias	1994-1998		1999-2002	
	nº	%	Nº	%
Hospital/Hopitalar	133	33,50	154	22,09
Qualidade	62	15,62	73	10,47
Recursos Financeiros	38	9,57	33	4,73
Planejamento	31	7,81	58	8,32
Assistência	22	5,39	189	27,12
Sub-Total	286	70,10	507	72,74
Não classificados	122	29,90	208	29,09
Total	408	100,00	715	100,00

A reclassificação dos artigos nas categorias descritas na tabela 5 revela que, embora corresponda a um percentual elevado à categoria hospital/hospitalar, não é uma boa associação para o objeto de estudo, pois os artigos são muito abrangentes e aparecem repetidos nas outras categorias. Os artigos apresentam como semelhança o fato de tratarem de alguma patologia específica ou de internação hospitalar podendo aparecer tanto na assistência quanto no planejamento ou ainda no hospital/hospitalar.

Ao analisar a categoria assistência, são encontrados números significativos de artigos no segundo período pesquisado, mas após análise verificou-se que muitos enfocam a utilização de sistemas de informação para assistência, informatização dos setores e das instituições. RIGBY e ROBINS (1997) em seu estudo discutem a importância de sistemas de informação modernos, a serem utilizados pela gerência de serviços centrada na informação humana, mas a principal abordagem do estudo são os componentes e a estrutura destes sistemas.

Esses achados reforçam a avaliação de que na literatura a ênfase parece estar no desenvolvimento de sistemas “software” e não no uso da informação para gestão. O que reforça inferências sobre a informação que fica relegada a segundo plano ou somente relacionada com sistemas de informação com olhar direcionado para operacionalização de sistemas.

SOUZA (2002), ao avaliar o prontuário clínico e o sistema de informação hospitalar, como fonte de informação aborda esse descompasso entre quem gera a informação e tem pouco conhecimento técnico sobre esse tema e sua utilização, permitindo identificar a distância entre a clínica e a gerência.

O termo “Planejamento” mostrou-se muito eficiente para a pesquisa e foi das categorias escolhidas a que mais se aproximou do objeto de estudo. Outro fato é que de 1994 a 1998, 67% dos artigos encontrados são americanos e de 1999 a 2000 esse número sobe para 89%. As bases de dados latino-americanas também se mostraram adequadas para esse descritor, embora a grande maioria dos artigos enfocasse políticas públicas e, no caso do Brasil, o SUS.

Em seu estudo MORAES (1998) coloca que é necessário utilizar uma abordagem metodológica, visando agregar o valor do uso da informação em saúde, tanto para gestores de serviços como de informação e também para a população organizada, o que reforça a discussão colocada anteriormente.

Na pesquisa foi encontrado apenas um artigo cuja temática aborda aspectos relacionados à importância da privacidade e restrições no acesso às informações dos pacientes, que estão dispersas pelos diversos sistemas distribuídos pelo hospital e esses autores enfocam também a discussão de questões relacionadas com ética (MULDOON e SARDINAS, 1996).

Embora apresente um crescimento, ainda são poucos os trabalhos que avaliam a clínica ou a relação da clínica com a administração do hospital, sob a ótica da gerência da informação. Os artigos mostram que a clínica ainda está muito preocupada com a quantificação das doenças.

Tabela 6. Frequência dos trabalhos encontrados no descritor Pesquisa de Alta Hospitalar e Morbidade, segundo categoria e períodos pesquisados.

Palavras-chave	1994-1998		1999-2002	
	nº	%	Nº	%
Avaliação	6	50,00	5	29,41
Políticas de Saúde	4	33,33	7	41,18
Assistência	2	16,67	5	29,41
Total	12	100,00	17	100,00

Na tentativa de maior aproximação com o objeto de estudo, pesquisou-se o descritor “pesquisa de alta hospitalar”, que se mostrou abrangente, porém pouco específico.

Ao optar-se pela utilização do descritor “pesquisa de alta hospitalar” (Tabela 6) havia uma expectativa de encontrar estudos baseados nas bases de dados secundários, referentes às saídas hospitalares e, principalmente, identificar o uso da morbidade

hospitalar para análises e estudos direcionados para a gerência de serviços.

Na primeira análise dos resultados encontrados observou-se que, ao se comparar os dois períodos pesquisados, houve um aumento no total do número de artigos em 29,7 %.

Os artigos encontrados indicam uma tendência de crescimento da utilização da pesquisa de alta hospitalar para análises enfocando políticas de saúde. Estes apresentam diagnósticos de utilização dos serviços, com perfil dos usuários e, principalmente, o papel desses serviços no contexto do sistema de saúde, no qual está inserido. Apresentam como ponto de semelhança o fato de todos tratarem de altas hospitalares mas, como diferenças podem ser citadas, algumas avaliam as altas sob o aspecto da assistência prestada, do consumo de materiais e insumos ou, ainda, relacionado com a política de saúde de uma determinada região, observando-se o nível de hierarquização dos serviços.

De um modo geral a revisão bibliográfica, em relação ao tema proposto, evidenciou um cenário onde os artigos que abordam o uso da informação pela gerência são poucos e muitos direcionados para a questão financeira.

Metodologicamente optou-se por discutir separadamente os artigos encontrados na literatura internacional e na nacional, com o objetivo de contextualizar os artigos com o referencial dos sistemas de saúde inglês, americano e brasileiro, descritos na introdução. Pretende-se fazer uma discussão ampliada dos artigos encontrados na literatura nacional, buscando demonstrar os caminhos pelos quais passa essa discussão, as linhas de pesquisa e os grupos de pesquisadores envolvidos.

Na literatura internacional, basicamente americana, muitos artigos são voltados para o financiamento da assistência e o uso desse tipo de dado atende a uma necessidade específica da lógica financeira, visando à contratação de serviços. Na literatura

americana fica muito evidente o uso da morbidade relacionada com sistemas de pagamentos PPS (Prospective Payment System), referentes a sua implantação, análise e avaliação, buscando melhorar seu desempenho operacional e obter maior eficiência. O artigo de CHERN e WANT (2000) demonstra essa preocupação ao analisar 80 hospitais na Virginia, em um estudo longitudinal, buscando identificar se a introdução do PPS, tinha ajudado os Hospitais a melhorar seu desempenho.

Nos Estados Unidos essa discussão foi fortalecida em consequência da reestruturação do Sistema de Saúde, gerando necessidades de uniformizar e definir quais seriam as informações mínimas que facilitassem a investigação de custos e de avaliação da qualidade da assistência (IEZZONI, 1994).

O artigo de RULAND e RAVN (2002) segue essa tendência, avaliando o Sistema de Suporte de Decisão (DSS), como estratégia de ajuda para gerência na redução de custos, alocação de recursos e planejamento financeiro. Os autores referem resultados positivos, como por exemplo uma redução de 41% nas despesas com horas extras.

Também são encontrados diversos artigos que abordam a classificação *Diagnoses Related Groups* (DRG), demonstrando o uso desse instrumento para efetuar o reembolso pelas internações hospitalares e melhoria da qualidade do cuidado. JONES, em 1995, coloca que aplicando os conceitos de melhoria continua da qualidade, isso ajudaria a instituição a manter a qualidade da assistência prestada e dessa forma assegurando ao hospital a sua permanência como um negócio lucrativo e de bons resultados.

Em 2002, SCHARAPPE avalia através dos DRGs, baseado em pagamento dos hospitais, as características de programas destinados ao controle da qualidade da assistência do cuidado prestado e os custos dessa assistência. O autor salienta a utilização dos programas de qualidade como ferramenta importante para a gerência

reestruturar e reorganizar os hospitais na lógica competitiva do mercado.

Na Inglaterra a literatura demonstra que o uso desse tipo de dado também seguiu essa tendência. Estas análises foram impulsionadas pela necessidade de reavaliação dos territórios de atuação dos GPS, considerando as mudanças no perfil da clientela, no consumo de recursos, na incorporação de tecnologia. GIUFFRIDA et al, em 2000, avaliando os custos na atenção primária, nos períodos de 1989-1990 e 1990- 1995, visando identificar a relação entre a diminuição de custos administrativos e a manutenção da qualidade da assistência. Evidenciam que uma política de redução de custos deve ser dirigida para melhorar o desempenho de todas as áreas em conjunto e não concentrada em setores com o custo maior.

Parece crescente a utilização desse tipo de dado como instrumento de apoio a ser usado pela gerência, na redistribuição dos recursos visando promover uma adequação da política de saúde da Inglaterra ao novo cenário, determinado entre outras coisas pelo envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias e crises econômicas.

Pode-se destacar que a grande contribuição dos DRGs, foi permitir a comparação da assistência hospitalar, através do ajuste do perfil de complexidade dos pacientes subsidiando alguns países, principalmente os Estados Unidos, no desempenho de atividades de planejamento, gerência e avaliação da assistência prestada nos sistemas de saúde.

Em relação à literatura brasileira, os artigos encontrados abordavam principalmente análises pontuais de alguns agravos específicos. Aparecem, também, os relatórios e estatísticas hospitalares, disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do DATASUS, impressos ou em meio magnético, as bases de dados do SIH/SUS e outros Sistemas Nacionais de informação com interface com as internações podem ser citados: SINAN, SIM, SINASC, entre

outros. É importante ressaltar que é crescente a utilização dessas bases de dados com enfoques diferentes que levaram à ampliação da produção de artigos.

Foi realizada uma leitura dos artigos que tratassem o assunto de forma mais abrangente. Na categoria sistemas de informação em saúde aparecem os artigos que utilizaram bancos de dados administrativos para os estudos. São encontrados artigos como de VERAS e MARTINS em 1994, analisando banco de dados do SIH/SUS referentes às AIHs emitidas em 1986, para hospitais privados contratados pelo INAMPS, no Rio de Janeiro. As autoras concluem que para as variáveis administrativas como faixa etária ($Kappa=0.97$), sexo ($Kappa= 0.99$) e tempo de permanência ($Kappa=0.90$), a confiabilidade dos dados foi alta, mas para variável “tipo de admissão” foi baixa, impossibilitando, assim, seu uso para avaliação de produção hospitalar.

MATIAS e SOBOLL (1996), analisaram 2.518 internações, realizadas em 8 hospitais gerais de Maringá, estado do Paraná, em 1992. Apontam para a necessidade de uma maior utilização da morbidade hospitalar focada na perspectiva epidemiológica, considerando que, ao se agregar esse tipo de dado com informações de outros serviços que compõem o sistema de assistência à saúde, abre-se a possibilidade de refletir as condições de vida e saúde da população, permitindo assim uma avaliação da assistência, da estrutura dos serviços e da política médico-assistencial.

Utilizando a AIH as autoras analisaram as variáveis, diagnóstico, sexo, idade, procedimento, fonte de financiamento e tipo de saída, identificando que 42,8% das internações foram de pacientes do sexo masculino e o grupo de idade de 20 a 49 anos representou 46,3% do total de internações. Em relação ao diagnóstico, os três mais freqüentes foram complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e circulatório. A procedência dos pacientes refletiu a capacidade de organização, de resolução e a

oferta de serviços hospitalares na região, reforçando a característica de Maringá ser uma referência para essa região.

A duração média da internação foi de 3,6 dias, elevando-se para 3,8 quando são excluídos os dados do grupo complicações da gravidez, parto e puerpério.

As autoras colocam ainda que os bancos de dados do SIH poderiam funcionar como sinalizadores e podem ser aprofundados e complementados através da utilização dos prontuários médicos e outras bases de dados. Essa fala vai ao encontro de colocações feitas anteriormente por outros autores como SIMÕES (2000) e CAVALHO (1997) que ressaltam a utilização desse tipo de bases de dados, com estruturas complementares, que permitem recortes diferentes com linhas de abordagens variadas, apontando para a gerência, linhas de tendência de atuação e enfrentamento dos problemas identificados. Esse tipo de dado aponta e identifica grupos e fatores de risco e é isto, afinal, que pode auxiliar a gerência a estabelecer estratégias de prevenção e resolução de problemas.

O estudo de LYRA et al (2000), através do SIH e de dados fornecidos pelo CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), avalia as internações e as notificações de doenças imunopreveníveis por vacina. Concluem que o SIH/SUS apresentou grande potencialidade como sistema complementar à vigilância e monitoramento dessas doenças, permitindo agilidade na identificação de epidemias e coerência com os dados do CENEPI.

SCHRAMM e SZWARCOWALD (2000), utilizam o SIH/SUS como fonte de informação para estimar a natimortalidade e a mortalidade neonatal. Foram estudados os Estados das regiões nordeste, sul e sudeste e o Pará, ano de 1995. As autoras utilizaram o SIM/MS (Sistema de Informações sobre Mortalidade) para estimar as taxas de comparação, sendo que o número de nascidos vivos foi corrigido por um método demográfico. Concluem que nos estados que apresentam boa cobertura do registro de óbitos, principalmente região sul e

sudeste, as taxas calculadas nos dois sistemas foram muito semelhantes, diferente dos estados do nordeste. Ressaltam a agilidade proporcionada pelo SIH/SUS na disponibilização dos dados e que essa base de dados poderá trazer inúmeras contribuições para análises do comportamento espaço-temporal do componente neonatal da mortalidade infantil, assim como desenvolvimento de indicadores de qualidade.

O artigo de GOUVÊA et al em 1997, segue essa tendência analisando as internações ocorridas em 314 hospitais credenciados ao SUS, no Rio de Janeiro, no período de janeiro de 1992 a outubro de 1995, excluindo as internações psiquiátricas e aquelas consideradas fora de possibilidade terapêutica, utilizando para isso as AIHs, processadas pelo SIH/SUS. Identificou-se uma melhoria na qualidade do dado, com desaparecimento de internações com idade ignorada. Houve uma redução do número de internações, possivelmente explicadas pelas mudanças ocorridas na sociedade, pelo maior controle através das críticas no SIH/SUS, que demonstraram ser efetivas no julgamento de internações desnecessárias e fraudes, com controle do tempo de permanência e da taxa de ocupação hospitalar.

A morbidade hospitalar, encontrada segundo os procedimentos realizados e agrupada de acordo com o sistema orgânico, revelou uma predominância dos eventos relacionados com as complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho circulatório e respiratório. Foram encontradas diferenças significativas nas taxas de mortalidade hospitalar quando se compara o Estado com o restante do país, indicadas, possivelmente, pela concentração da capacidade instalada de serviços, composição demográfica da população e distribuição geográfica das doenças ou a pior qualidade dos serviços prestados.

Os autores salientam que, apesar das limitações, o SIH/SUS mostrou-se um instrumento útil para o monitoramento da morbidade

e do desempenho dos serviços de saúde, possibilitando gerar informações mais apuradas e em tempo hábil, orientando assim os gestores do sistema de saúde na formulação de políticas e identificação de áreas críticas.

Pode ser citada também como fonte de pesquisa nessa linha, a base de dados das internações do município de Ribeirão Preto. Em 1997, YAZLLE et al, estuda a morbidade das 55.293 internações de residentes ocorridas no município de Ribeirão Preto, estabelecendo seis níveis de classificação ocupacional para os pacientes, segundo a Classificação Brasileira de Ocupação, numa tentativa de avaliar a desigualdade social nesta cidade.

Verificou-se ao longo do estudo que 2/3 dos pacientes não tinham inserção econômica no mercado de trabalho e 1/3 possuíam ocupações definidas, sendo reconhecidos como Pessoas Economicamente Ativas (PEA). Houve diferenças no perfil da morbidade encontrada tendo os pacientes hospitalizados pelo SUS apresentado maior frequência de doenças infecciosas e parasitárias, do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, mentais, anomalias congênitas e lesões e envenenamentos. Nas internações de serviços privados foram mais frequentes neoplasias, doenças do sistema nervoso central, aparelho geniturinário, sistema osteomuscular, as perinatais e do tecido subcutâneo.

Embora o estudo proposto tenha alcançado seu objetivo, os autores concluíram que seria melhor realizar a análise por subgrupos ou por categorias de diagnóstico, associando-os a ocupações e o sistema de assistência hospitalar.

Em 1999, YAZLLE et al estudam as internações ocorridas em hospitais gerais de Ribeirão Preto, no período de 1986 a 1996, excluindo as internações de pacientes procedentes de outros municípios e os recém-nascidos. Identificou-se um crescimento de 29,8% no total de internações quando comparados os dois períodos. Prevaleram as internações em hospitais públicos e conveniados

com o SUS. Esse sistema em 1986 era responsável por 76,0% das internações, já em 1996 observa-se uma redução para 51,7%. Isso pode ser explicado pelo crescimento das internações realizadas através de convênios, cooperativas, empresas e sistemas de assistência que ampliaram sua cobertura, nesse período, de 17% para 44%, indicando uma seletividade, ou seja, sempre que podia ter acesso ao sistema alternativo de assistência o paciente o fez, ficando a demanda de pacientes mais carentes ao SUS.

Os autores concluem que o crescimento das hospitalizações nos sistemas privados e a diminuição no sistema público, quando comparados revelam, como característica diferencial, a demanda reprimida do SUS e um certo excesso de internação no setor privado, o que tem elevado o coeficiente de internação em Ribeirão Preto para 125 internações por mil habitantes em 1996 contra 115,9 em 1986.

Os artigos acima mencionados, demonstram formas diferentes de utilização de bases de dados nacionais. A pesquisa bibliográfica, levou à constatação de que essa linha de pesquisa, utilizando principalmente o SIH/SUS como fonte de informação, tem se ampliado, principalmente na produção científica desenvolvida por núcleos ligados às universidades. A tipologia dos artigos tende a ser mais acadêmica, com uma sistematização metodológica mais definida quando ligada às universidades. Trabalhando nessa linha de abordagem encontram-se pesquisadores da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) do Rio de Janeiro, FSP (Faculdade de Saúde Pública), FMUSP (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), FMRP (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), entre outras. Os pesquisadores, através da transformação da informação em ferramenta, buscam demonstrar para os gerentes uma clareza na identificação das demandas, visando facilitar o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Foram encontrados, também, artigos que relacionavam essas bases de dados para avaliar mortalidade hospitalar, como no artigo

de VICTORA e BARROS que em 2001 realizaram uma revisão bibliográfica sobre a mortalidade infantil perinatal e suas causas (perinatais e malformações), onde avaliaram o impacto dessas intervenções no setor saúde e em outros setores inter-relacionados. O estudo identifica que, para reduzir a mortalidade, seria necessário melhorar a equidade entre as regiões. Nas regiões norte, nordeste e nas áreas rurais, os coeficientes de mortalidade são bastante elevados. A melhoria da cobertura de pré-natal e ao parto assim como a promoção do planejamento familiar, são pontos de enfrentamento para mudar essa situação.

MARTINS et al (2001), analisam as taxas de mortalidade hospitalar ocorridas entre 1994 e 1996, no Rio de Janeiro, referentes às 40.299 internações em maiores de 19 anos. A discussão do trabalho enfoca a qualidade da informação e o quanto a avaliação da comorbidade é prejudicada pelo fato de o banco de dados possuir apenas dois campos de registro de diagnóstico mas, apenas o diagnóstico principal é bem preenchido, não permitindo maiores inferências com os demais diagnósticos.

Outro exemplo desse tipo de abordagem, é o artigo de GOLDANI et al (2001) que utiliza os bancos de dados do município para investigar e determinar a quantificação da mortalidade infantil em Ribeirão Preto, segundo uma classificação geoeconômica urbana, no período de 1994 a 1998. Os autores concluem que o monitoramento das desigualdades em saúde por meio de bases de dados de sistemas municipais de informação contribui para a gestão, considerando o processo de descentralização da saúde para o município.

Os artigos que enfocavam a morbidade hospitalar, avaliavam não a morbidade hospitalar em si, mas as saídas hospitalares com perspectiva de análise direcionada para os estudos comparativos entre localidades e não com o serviço hospitalar propriamente dito.

LIMA COSTA et al. em 2002, estudam, através de dados do PNAD/98 (Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios), a

associação entre renda domiciliar per capita e indicadores da condição de saúde, função física e uso dos serviços médicos e odontológicos. Os resultados apontam que nos extratos com renda mais baixa as condições de saúde são piores, bem como pior função física e menor utilização dos serviços de saúde, indicando que políticas para reduzir as desigualdades sociais podem contribuir para melhoria das condições de saúde dessa população.

Uma outra vertente, que foi identificada na revisão bibliográfica, é a dos artigos voltados para os sistemas de informações, mas com a ótica da informática propriamente dita. RODRIGUES FILHO et al (2000) descrevem o sistema de registro de pacientes denominado R.AT.A (Registro, admissão, transferência e Alta), que foi testado no Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba.

SOUZA & SILVA (2000) fazem uma comparação de “softwares” para análise de dados de levantamentos complexos, em relação à facilidade de aplicação, eficiência computacional e exatidão dos dados. As autoras analisam os softwares EpiInfo, Stata e WesVarPC e concluem que os dois últimos são mais completos nos recursos de análise, porém com custo mais elevado. O EpiInfo é mais limitado, mas tem a vantagem de ser gratuito. Portanto, a escolha do programa vai depender da necessidade do usuário e de sua disponibilidade de recursos para esse fim.

A estruturação do setor de informática do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, é relatada por COSTA e OLIVEIRA (1999), através do desenvolvimento de um “software” e da implantação de um sistema de informação, para prescrição e distribuição de medicamentos.

DEMENECHI e SCHIMITT (1991) discutem a informatização na área cirúrgica (organização de materiais e medicamentos), fundamentando a importância da organização e gerenciamento da enfermagem através de protocolos padronizados dos procedimentos.

HALKER et al (1992) abordam a utilização da informática, buscando dar maior efetividade na redução das infecções hospitalares e discutem as facilidades e agilidades da informação para realização de uma análise epidemiológica mais precisa. Em 1986, OLIVEIRA realiza um estudo sobre a importância da informática na administração hospitalar, visando à melhoria do controle dos serviços assistenciais e administrativos.

O desenvolvimento dos sistemas de informação nos hospitais com objetivo de aprimorar o gerenciamento hospitalar e subsidiar programas de qualidade são tendências que continuam crescendo (SCHOUT, 1998).

A associação com a palavra morbidade/epidemiologia evidenciou o pequeno número de trabalhos existentes na área. Do total de artigos encontrados, três eram relacionados com a organização e avaliação de serviços e um com controle de doenças, afastando-se da direção proposta nesse estudo.

LIMA e BARBOSA (2001) discutem o planejamento e a inovação gerencial de um plano estratégico para o desenvolvimento de um sistema que permitisse um direcionamento para organização hospitalar, tendo como referencia as proposições de Carlos Matus.

SOARES e SANTOS (2001) apresentam um modelo que auxilia as organizações na implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente, com o referencial teórico e a metodologia, explicando o desenvolvimento do modelo e os resultados mais significativos.

É grande o número de artigos encontrados na categoria custos e a leitura dos mesmos demonstra que houve uma certa tendência de crescimento dessa temática principalmente nos anos 80 e 90.

Em 1997, IUNES, utilizando a AIH, estudou 72.766 internações ocorridas no mês de novembro de 1994 no Brasil, em hospitais próprios ou conveniados com o SUS, tendo como objetivo verificar custos e impacto econômico das internações por causas externas,

analisando, também, a mortalidade através do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos.

O autor salienta no texto a importância dos dados da AIH, mesmo considerando que sejam somente internações ocorridas pelo SUS, que cobrem de 77,5 % a 83,5% do total das internações registradas no Brasil. Aponta como limitações desse tipo de base de dados a não incorporação dos atendimentos nas emergências e pronto-socorros, o subfaturamento dos hospitais públicos considerando que a ótica do reembolso é feita pela tabela SUS, ficando relacionados com limitações de orçamento, fraudes e abusos. Embora essas limitações impeçam um cálculo mais preciso dos gastos gerados por essas internações decorrentes de acidentes e violências, pode-se estimar o impacto econômico das causas externas, através dessa bases de dados.

Os artigos, que foram classificados na categoria “gerência”, abordavam principalmente sistemas de informação e avaliação, principalmente de programas.

MACHADO (2001) estuda os novos modelos de gerência nos hospitais públicos, relatando o aumento das modalidades alternativas como forma de articulação entre os setores público e privado na área da saúde. Analisa o contexto macro-político, as estratégias dos gestores do sistema de saúde e a influência das especificidades das instituições, da esfera federal, estadual e municipal.

Alguns trabalhos encontrados foram bastante específicos e voltados quase que exclusivamente para a clínica, como o de PEREIRA et al (2000), que estuda a morbidade respiratória encontrada, em uma amostra de 196 pacientes que apresentavam síndrome pulmonar e que foram submetidos a cirurgia abdominal alta, verificando o índice de complicações desses pacientes.

Segue essa linha, o artigo de VELASCO et al em 2000, quando os autores analisam as hospitalizações de pacientes com câncer,

descrevendo as características epidemiológicas e a etiologia das infecções da corrente sanguínea e as principais causas de morbidade e mortalidade intra-hospitalar.

Também MORAES et al, em 2000, faz uma análise epidemiológica dos casos de infecção hospitalar ocorridos em 166 pacientes internados em um hospital universitário.

Artigo de XIMENES et al (1999) discute a construção de um indicador epidemiológico espacial para monitorar as doenças endêmicas em áreas urbanas, privilegiando os sistemas de informação já existentes, tornando-os uma ferramenta para o planejamento e gerenciamento das ações de controle das endemias nas cidades. Ainda nesta linha podem ser citados FERNANDES e CARVALHO (2000) que realizaram um estudo transversal demonstrando a prevalência global de 5% da doença do disco intervertebral em trabalhadores da perfuração de petróleo.

Esses últimos artigos, têm em comum a mensuração do cuidado em saúde, a partir de bases de dados diferentes, permitindo inferir que é possível planejar e gerenciar o cuidado em saúde através desses dados, possibilitando um avanço em relação às abordagens tradicionais.

FONSECA et al, em 2002, analisam a evolução sócio-demográfica da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1989 a 1997, através da base de dados SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação). Para os autores o uso de dados secundários pode ter dificultado a compreensão dos caminhos traçados pela epidemia de AIDS, embora tenham salientado e identificado uma melhora na qualidade dos dados, com diminuição significativa dos casos com informação ignorada. Atribuem esse fato à melhoria da vigilância epidemiológica e maior conscientização dos profissionais sobre a importância da coleta adequada desses dados.

Os artigos acima citados evidenciam a dicotomia existente nos hospitais, onde a clínica se preocupa com a assistência prestada ao

paciente, enquanto a gerência deverá se ocupar de oferecer suporte às necessidades administrativas e operacionais do hospital.

Embora na categoria avaliação, tenha ocorrido uma redução em números absolutos desses artigos, o foco de análise aproxima-se muito do objeto de estudo aqui proposto. É forte a tendência voltada para a avaliação de usuários, como no artigo de ATRIA et al, em 2000, onde os autores avaliam a satisfação, as expectativas e necessidades dos pacientes. Enfocam, também, a importância da participação do usuário, que é identificado através de instrumentos específicos para coleta de dados.

Seguindo essa tendência, o artigo de SILVA et al em 1998, reforça a importância de se avaliar o grau de satisfação dos usuários em um serviço de saúde universitário no Chile, abordando inclusive a escassez de estudos referentes a essa temática, nesse país.

Os dados secundários, ao longo do tempo, estão sendo gradativamente empregados para diferentes análises, tentando-se traçar um paralelo entre os recursos existentes, sua utilização e resultados obtidos. Ao fazer a opção de trabalhar com essas bases de dados a instituição ganha algumas vantagens como baixo custo, agilidade, rapidez e redução do tempo entre o fato acontecido e a análise do mesmo (WRAY, 1995).

Os artigos categorizados como referentes às políticas de saúde, faziam análises sobre a utilização de serviços, com enfoque em área de abrangência e referência dos serviços.

A leitura dos artigos permitiu identificar que a utilização de dados de altas hospitalares voltadas para gerência não é muito freqüente. Os artigos, tinham seu foco voltado principalmente para políticas de saúde.

Após os cruzamentos desses descritores, conclui-se que as bases de dados utilizadas mostraram-se boas fontes de pesquisa, embora no caso desse objeto de estudo seja necessário ampliar o leque de palavras-chave uma vez que a abordagem, nesse caso, pode estar na

administração hospitalar, na informação hospitalar e na morbidade propriamente dita.

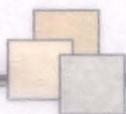
A revisão bibliográfica, proporcionou a identificação das fontes de publicação desses artigos, podendo ser citadas:

DESCRITOR REVISTA	Administração e Organização Hospitalar	Gerenciamento da Informação	Pesquisa Nacional de Alta Hospitalar
MEDLINE	New England Journal of Medicine Journal of Health Economics Social Science & Medicine American Journal Public Health Health Care Manage Health policy	Journal Medical System Nature Jama Journal Manage Medical Health manage Technology	American Journal Medical Quality American Journal Manage Care
LILACS	Revista de Ciencias administrativas y financiera de la seguridade Social Publicações OPAS	Revista de Saúde Pública Revista Associação Médica Brasileira	Revista Brasileira de Enfermagem Revista Hospital das Clínicas da Universidade do Chile
SCIELO	Revista de Saúde Pública Cadernos de saúde Pública Ciência e Saúde Coletiva Revista Latino- americana de Enfermagem	Ciência da Informação Cadernos de Saúde Pública Revista de Saúde Pública	Revista de Saúde Pública Revista Chilena de Pediatria Revista Hospital das Clínicas da Universidade do Chile



Pablo Ruiz Picasso, Tête de femme.
Royan. 4-October/1939.

Conclusões



6. CONCLUSÕES

A revisão bibliográfica sobre ao uso da morbidade hospitalar como ferramenta pela gerência dos hospitais, evidenciou que essa utilização embora crescente, ainda é pequena, tanto na literatura nacional como na internacional.

Em relação ao objetivo geral, a revisão bibliográfica demonstra que, na literatura científica, os estudos encontrados relacionados com essa temática, são pontuais e que os mesmos encontram-se espalhados por diversas áreas do conhecimento, com linhas de abordagem muito diferentes, gerando a necessidade de realização de pesquisas muito amplas que comprometem a especificidade, mas garantem o resultado da pesquisa. O uso da morbidade hospitalar como um instrumento gerencial, ainda é bastante reduzido, embora apresente tendências de crescimento nos últimos anos

Ao pesquisar a literatura internacional, principalmente americana, identifica-se que esse crescimento foi impulsionado principalmente a partir da década de 90, pela relação de compra e venda de serviços. O uso da morbidade pela gerência está relacionado com as entidades reguladoras, certificadores de qualidade, seja através dos sistemas de pagamentos PPS ou do DRG. Identifica-se também o aumento no número de artigos que abordam a aplicação dos DRGs, muito utilizado para reembolso das internações hospitalares. Esses sistemas são utilizados pela gerência como estratégias na redução de custos, melhor alocação de recursos, buscando, enfim, cada vez mais, uma melhoria no seu desempenho operacional.

É inegável que existe também uma preocupação voltada para a qualidade do cuidado prestado. São encontrados artigos que relacionam essas duas temáticas, redução de custos sem prejuízo na qualidade do atendimento.

É a tendência verificada na Inglaterra que utiliza esse tipo de dado buscando indicadores para redistribuir recursos, visando promover uma política de saúde adequada, que contemple suas especificidades e a manutenção da qualidade da assistência.

A literatura nacional reproduz a mesma perspectiva encontrada na literatura internacional. No Brasil tem crescido a utilização desse tipo de bases de dados, principalmente os Sistemas Nacionais de Informação. A disponibilização desses dados em meio magnético, principalmente a Internet, tem contribuído para aumentar essa produção. O SIH/SUS tem sido muito utilizado e embora possua limitações acentuadas, sua interface dos dados clínicos e financiamento possibilita a realização de estudos com características mistas, revelando o perfil da morbidade hospitalar atendida, constituindo-se em uma boa fonte de informação e saúde.

A literatura brasileira demonstra que essa temática parece ainda ser uma preocupação de grupos de pesquisadores ligados às universidades. Na produção científica desses grupos identifica-se que as quantificações e análises dos dados encontrados são feitas sob a ótica do setor público, mesmo quando são avaliados dados de hospitais privados vinculados ao SUS, permanece o viés do pesquisador que, na grande maioria das vezes, está ligado ao setor público. Diferente das publicações americanas, que abordam tanto hospitais públicos como privados. Isto poderia ser explicado, talvez, pela utilização que se faz desse tipo de informação, que ainda não foi incorporada na cultura das nossas organizações, permitindo assim que a gerência possa, na tomada de decisão, estar mais instrumentalizada.

O trabalho permitiu identificar as fontes e tipos de publicações internacionais e nacionais voltados para essa temática, contribuindo nesse sentido, para direcionar futuros estudos que envolvam esse tipo de pesquisa.

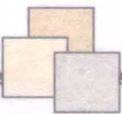
O uso das informações em Saúde, possibilitando a identificação de qualidades e de problemas e, principalmente, a devolução e discussão dos resultados aos que a produzem, podem ser ferramentas úteis para o desenvolvimento da gerência da instituição na tomada de decisão, buscando um objetivo maior que é a melhoria da assistência prestada. A incorporação da avaliação através da morbidade hospitalar enfocando a qualidade poderá apoiar cada vez mais o processo de gerência.

De fato, a implementação e o uso de dados assistenciais na elaboração de instrumentos gerenciais, podem ser considerados como facilitadores no processo de tomada de decisão e podem permitir uma mudança nas possibilidades de integração das informações hospitalares.



Pablo Ruiz Picasso, Femme assise accoudée.
Paris. 31-December/1938.

Referências



7. REFERÊNCIAS

Akerman M. As recentes mudanças do sistema de saúde britânico: alvoroço na saúde da corte. **Saúde em Debate** 1992; (34): 47-50.

Almeida MF. O uso de informações em saúde na gestão de serviços. **Saúde Soc** 1995; 4: 39:42.

Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. **Introdução à epidemiologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.

Ashley SM, Strasser S. The patient as a valuable source of outcomes and quality information. **Nutrition** 1997; 13: 701-2.

Átria ML, López MP, Morales MT, Moya N, Pérez MS, Urbina M. Satisfacción de expectativas y necesidades de paciente. **Bol Cient Asoc Chil Segur** 2000; 2(3): 46-54.

Barbosa PR. A gestão da saúde no Brasil: novas responsabilidades e novas práticas. In: Goulart FAA, Carvalho GCM, organizadores. **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 51-68.

Best WR, Khuri SF, Phelan M, Hur K, Henderson WG, Demakis JG, Daley J. Identifying patient preoperative risk factors and postoperative adverse events in administrative databases: results from the Department of Veterans Affairs National Surgical Quality Improvement Program. **J Am Coll Surg** 2002; 194: 257-66.

Black D. Personal health records. **J Med Ethics** 1992; 18:5-6.

Braga JCS, De Paula SG. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1986.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Decreto lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set 1990. Seção I, p.18055-9.

Campos GWS. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec; 1991.

Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Inf Epidemiol SUS** 1997; 6(4): 7-46.

Chern YN, wan TT. The impact of the prospective payment system on the technical efficiency of hospitals. **J Med Syst** 2000; 24(3):159-72.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1246/88** Rio de Janeiro: Idéia & Produções; 1998.

Costa AL, Oliveira MMB. Sistema de informação para prescrição e distribuição de medicamentos: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Rev Adm** 1999; 34(3): 44-55.

Demeneghi LSM, Schimitt MT. Implantação da informatização em área cirúrgica: fase primeira. **Rev Paul Enfermagem** 1991; (nº.esp):54-6.

Donabedian A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114: 1115-8.

Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective referral to high-volume hospitals: estimating potentially avoidable deaths **JAMA** 2000; 283:1159-66.

Faveret Filho P, Oliveira PJ. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planej. Políticas Públicas** 1990; 3: 139-61.

Fernandes RCP, Carvalho FM. Doença do disco intervertebral em trabalhadores da perfuração de petróleo. **Cad Saúde Pública** 2000; 16: 661-9.

Ferreira J. **Um modelo informacional para a gestão do SUS: construindo indicadores desagregados de morbidade hospitalar para o município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte; 2000. [Dissertação de Mestrado – Escola de Governo Fundação João Pinheiro].

Fisher C, Fiorilli MG. Commentary: applying hospital quality indicators to clinical practice. **Am J Med Qual** 2001;16(2):58-60.

Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev Saúde Pública** 2002; 36: 678-85.

Foucault M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1981. O nascimento do hospital; p. 99-111.

Giuffrida A, Gravelle H, Sutton M. Efficiency and administrative cost in primary care. **J Health Econ** 2000; 19:983-1006.

Glazer J, McGuire TG. Optimal risk adjustment in markets with adverse selection: an application to managed health care. **Am Econ Rev** 2000; 35: 223-39.

Goldani MZ, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Tomkins A. Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 256-61.

Goodman CS, Ahn R. Methodological approaches of health technology assessment. **Int J Med Inf** 1999; 56(1/3): 97-105.

Gouvêa CSD, Travassos C, Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro – 1992 a 1995. **Rev Saúde Pública** 1997; 31: 601-17.

Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa. São Paulo: Nova Cultural; 1999.

Gurgel Junior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7: 325-34.

Halker E, Parreira F, Fernandes AL, Saes AC, Cardo DM, Wey SB. Utilização da informática visando maior efetividade na atuação do enfermeiro epidemiologista. **Acta Paul. Enfermagem** 1992; 5: 3-7.

Hartz ZMA. organizadora **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz; 1997.

Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Hugher JS, Fischer ES, Duncan CC, Coffman GA. Using administrative data to screen hospitals for high complication rates. *Inquiry* 1994; 31: 40-55.

Iunes RF. III - Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. **Rev Saúde Pública** 1997; 31(4 supl): 38-46.

Jencks SF. Changing health care practices in Medicare's Health Care Quality Improvement Program. **Jt Comm J Qual Improv** 1995; 21: 343-7.

Jones SB. Quality improvement in hospitals: how much does it reduce healthcare costs? **J Health Qual** 1995; 17(5):11-3.

Keen J. Should the National Health Service have an Information Strategy ? **Public Adm** 1994; 72: 33-53.

Kilbourne EM. Informatics in public health surveillance: current issues and future perspectives. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2002; 41 Suppl: 91-9.

Kliksberg B. **O desafio da exclusão: para uma gestão social eficiente**. São Paulo: Fundap; 1997.

Kluge EH. Health information, the fair information principles and ethics. **Methods Inf Med** 1994; 33: 336-45.

Lebrão ML. **Estudos de morbidade**. São Paulo: EDUSP; 1997.

Lebrão ML, Litvoc J, Figueiredo GM, Leite RM. Estudo da morbidade dos pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina da USP – 1989 **Rev Hosp Clín Fac Med Univ São Paulo** 1993; 48: 189-98.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD/98. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7: 813-24.

Lima SML, Barbosa PR. Planejamento e inovação gerencial em um hospital público: o caso do Hospital Municipal Salgado Filho (SMS/RJ). **Rev Adm Pública** 2001; 35(3): 37-76.

Lira ACO. **Avaliando o impacto do processo de informatização em um laboratório clínico de alta complexidade**. São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP].

Lyra TM, Mendes ACG, Silva Junior JB, Duarte PO, Melo Filho DA, Albuquerque PC. Sistema de informações hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças imunopreveníveis. **Inf Epidemiol SUS** 2000; 9: 87-110.

Machado CV. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **Physis (Rio J.)** 2001; 11(1): 105-97.

Malik AM, Schiesari LMS. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série saúde & cidadania, v.3).

Marcus BH, Nigg CR, Riebe D, Forsyth LH. Interactive communication strategies: implications for population-based physical-activity promotion. **AM J Prev Med** 2000; 19: 121-6.

Martins M, Travassos C, Noronha JC. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 185-92.

Matias TAF, Soboll MLMS. Morbidade hospitalar em município da região sul do Brasil em 1992. **Rev Saúde Pública** 1996; 30: 224-32.

Mendes EV. Reordenamento do sistema nacional de saúde: visão geral. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar 17-21; Brasília, Brasil. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 265-97.

Mendes EV. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

Merhy EE. **A saúde pública como política**. São Paulo: Hucitec; 1992.

Merhy EE, Onocho R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

Medici A, Barrencea JJ. Desenvolvimento da eficiência e eficácia dos serviços na crise dos sistemas de saúde: uma opção estratégica de curto prazo. [S.l]: OPS/OMS; 1990.

Meyer GS. Balancing the quality cycle: tackling the measurement-improvement gap in health care. Part I. **Nutrition** 2001; 17: 172-4.

Mintzberg H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas; 1995.

Mintzberg H. **Mintzberg on management: inside our strange world of organizations**. 6th ed. New York: Free Press; 1989.

Moraes BA, Cravo CAN, Loureiro MM, Solari CA, Asensi MD. Epidemiological analysis of bacterial strains involved in hospital infection in a University Hospital from Brazil. **Rev Inst Med Trop São Paulo** 2000; 42: 201-7.

Moraes IHS. **Informação em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. Rio de Janeiro; 1998. [Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública].

Moraes IHS. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

Moraes IHS. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Salvador: Casa da Qualidade; 2002.

More A, Martin D. Quantitative health research in an emerging information economy. **Health Place** 1998; 4: 213-22.

Motta PR. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.

Motta PR. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1998.

Muldoon JD, Sardinas JC. Confidentiality, privacy and restrictions for computer-based patients records. **Hosp Top** 1996; 74(3): 32-72.

Murahovschi D. **Implantação de prontuário eletrônico em um hospital de grande porte: estudo de caso**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Fundação Getúlio Vargas de São Paulo].

Novaes HM, Paganini JM. **Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)**. Washington (DC): OPAS/OMS; 1994.

Novaes HMD. **Mortalidade neonatal e avaliação da qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no município de São Paulo**. São Paulo; 1999. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina da USP].

Oliveira H. A informática na administração hospitalar: um estudo. **HFA Publ Téc Cientif** 1986; 1:193-205.

Paganini JM, Novaes HM. **El hospital público tendencias y perspectivas**. Washinton (DC): OPS/OMS; 1994.

Pereira EDB, Farensin SM, Fernandes ALG. Morbidade respiratória nos pacientes com e sem síndrome pulmonar obstrutiva submetidos a cirurgia abdominal alta. **Rev Assoc Méd Bras** 2000; 46: 15-22.

Persons JB, Beck AT. Should clinicians rely on expert opinion or empirical findings ?. **Am J Manag Care** 1998; 4: 1051-4.

Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 Supl 2: 21-32.

Rigby MJ, Robins SC. Building healthcare delivery and management systems centred on information about the human aspects. **Comput Methods Programs Biomed** 1997; 54(1/2): 93-99.

Rodrigues Filho J, Xavier JCB, Adriano. Gerenciamento de pacientes: registro-admissão, transferência e alta (R-ATA). **Rev Adm Saúde** 2000; 2 (6): 17-22.

Ruland CM, Ravn IH. An information system to improve financial management, recourse allocation and activity planning: evaluation results. **Med Info** 2002; 10:1203-6.

Schiesari LMC. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas.** São Paulo; 1999. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP).

Schout D. **Núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica: a experiência no Estado de São Paulo.** São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].

Schramm JMA, Szwarcwald CL. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. **Rev Saúde Pública** 2000; 34: 272-9.

Schrappe M. Quality management the requirements of current health care policy: introduction political and institutional aspects. **Med Klin** 2002; 96: 417-23.

Sheikh K. Defining and achieving quality of medical care. **Am J Med Qual** 1998;13: 59-62.

Silva S JJ, Lacroix UR; Labraña CY. Grado de satisfacción de los usuarios de un servicio de salud universitario. **Rev Hosp Clin Univ Chile** 1998; 9: 238-9.

Simões O. **Qualificação dos dados do SIH-SUS como fonte para estudos epidemiológicos de demanda por serviços de saúde.** São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].

Soares TDLVAM, Santos JAN. Gestão da mudança estratégica na saúde no Brasil: um modelo para iniciar a implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente. **Rev Adm Pública** 2001; 35(3): 7-20.

Sousa MH, Silva NN. Comparação de Softwares para análise de dados de levantamentos complexos. **Rev Adm Pública** 2000; 34: 646-53.

Souza, GMCE. **O prontuário clínico e os sistemas de informações hospitalares: O SIH/SUS na perspectiva de olhares plurais**. Rio de Janeiro; 2002. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

Spagnol CA, Ferraz CA. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte - MG. **Rev Latinoam Enfermagem** 2002; 10: 15-20.

Thornton JG, Lilford RJ, Johnson N. Decision analysis in medicine. **BMJ** 1992; 304: 1099-103.

Velasco E, Thuler LCS, Martins CAS, Nucci M, Dias LMC, Gonçalves VMSC. Epidemiology of bloodstream infections at a Câncer Center. **São Paulo Med J** 2000; 118: 131-8.

Veras CMT, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1994; 10: 339-56.

Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Med J** 2001; 119: 33-42.

Ware JE Jr. The status of health assessment 1994. **Annu Rev Public Health** 1995; 16: 327-54.

Wenzel, RP. Instituting health care reform and preserving quality: role of the hospital epidemiologist. **Clin Infect Dis** 1993;17: 831-6.

Wray NP, Ashton CM, Kuykendall DH, Hollingsworth JC. Using administrative databases to evaluate the quality of medical care: a conceptual framework. **Soc Sci Med** 1995; 40: 1707-15.

Wrigley N. Market-based systems of health-care provision, the NHS Bill, and geographical information systems. **Environ Plan A** 1991; 23: 5-8.

Ximenes RAA, Martelli CMT, Souza WV, Albuquerque MFM Andrade ALSS, Moraes Neto OL, Silva SA, Lima MLC, Portugal JL. Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. **Cad Saúde Pública** 1999; 15: 53-61.

Yazlle Rocha JS, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Rev Saúde Pública** 1997; 31: 479-87.

Yazlle Rocha JS, Simões BJG. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais 1986-1996. **Rev Saúde Pública** 1999; 33: 44-54.