

T 610
V331a
1997

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE: 1992 - 1996.**

Dissertação apresentada à Escola de
Veterinária da Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
de grau de Mestre em Medicina Veterinária
Área de Concentração: Epidemiologia
Orientador: Prof. Elvivo Carlos Moreira

Belo Horizonte
Escola de Veterinária - UFMG
1997

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

02/07/98

41598-07

0246 - 63660

V331i

Vasconcelos, Lêda Lúcia Couto de, 1960-

Internações Hospitalares no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: 1992 -1996/Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos - Belo Horizonte:UFMG - Escola de Veterinária, 1997.

157 p. : il.

Dissertação (Mestrado)

1. Doentes hospitalizados- Teses.
2. Assistência hospitalar - Teses. I. Título.

CDD - 616

Dissertação defendida e aprovada em 27 de novembro de 1997,
pela Comissão Examinadora constituída por:



Prof. Élvio Carlos Moreira
Orientador



Prof. Celina Maria Modena



Prof. Emerson Elias Merhy



Prof. Francisco Eduardo Campos

DEDICATÓRIA

À minha mãe que me prova a existência de um amor incondicional e que me ensinou a ver beleza na vida.

Ao meu companheiro Francisco que me fez descobrir o prazer de uma vida a dois e que, com sua dedicação, tornou possível a elaboração desta dissertação.

E a todos aqueles que fazem da luta pela defesa da vida, a sua história pessoal.

ÁGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde, através do Dr. Athos de Carvalho, pela liberação para escrever a dissertação.

Ao Wilson Milagres, pelo fornecimento dos dados e pela paciência e ao Jefferson, pelas explicações do PRC.

À Rosali, pelos dados e experiência à frente da Coordenação Hospitalar da SMSA/SUS-BH.

À Glorinha, pelas inúmeras explicações sobre a organização hospitalar da cidade, possíveis graças à sua experiência frente à Central de Internações.

Às colegas da Auditoria, pela compreensão nos momentos em que me ocupei com este estudo e pelas informações fornecidas.

À Leila, por seu exemplo na construção de um sistema de saúde acolhedor.

À Alzira, pela solidariedade de sempre, pelas várias discussões e contribuições, sempre pertinentes.

Ao Fausto, pela sugestão do tema da dissertação e pelas discussões, sempre esclarecedoras.

À Débora, pelas discussões, enriquecimento da dissertação e atenção aos detalhes.

Ao Tonim, amigo de todas as horas, pela beleza com que trata tudo.

Ao meu orientador, por ter possibilitado a realização da defesa da dissertação.

“Ainda que o gesto me doa,
não encolho a mão: avanço
levando um ramo de sol.
Mesmo enrolada de pó,
dentro da noite mais fria,
a vida que vai comigo
é fogo:
está sempre acesa.”
(A VIDA VERDADEIRA - Thiago
de Mello)

LISTA DE FIGURAS

1- Fluxo da Autorização de Internação Hospitalar.....	63
2- Regionais Administrativas de Belo Horizonte	79
3- Distribuição dos hospitais de Belo Horizonte, 1996.....	82

LISTA DE TABELAS

1- Número de Hospitais por Regime*, em Belo Horizonte, 1992-1996	91
2- Número de Leitos por Regime*, em Belo Horizonte, 1992-1996	92
3- Leitos por Especialidade e Regime*, em Belo Horizonte, 1992-1996	93
4- Valor Médio AIH (R\$) por Regime, em Belo Horizonte, jul./94, jul./95 e jul./96	101
5- Valor Médio AIH (R\$) por Especialidade, em Belo Horizonte, jul./94, jul./95 e jul./96	103
6- Belo Horizonte como município de internação e/ou residência, dentre as internações realizadas em Belo Horizonte, jul./95, dez/95, jul./96 e dez/96	105
7- Internações/ 100 habitantes, em Belo Horizonte, 1995 e 1996.....	105
8- Número de Internações/ leito, por Regime, em Belo Horizonte, 1992-1996	107
9- Internações por Especialidade, em Belo Horizonte, 1992-1996	108
10- Taxa de Mortalidade por Faixa Etária, em Belo Horizonte, 1992-1996	113
11- Taxa de Mortalidade por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992-1996	115
12- Cinco Maiores Taxas de Mortalidade por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992-1996	116
13- Média de Permanência por Especialidade, em Belo Horizonte, 1992-1996	120
14- Média de Permanência por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992- 1996	121
15- Média de Permanência por Faixa Etária, em Belo Horizonte, 1992 -1996	122
16- Média de Permanência por Sexo, em Belo Horizonte, 1992-1996	123
17- Internações por Faixa Etária em Belo Horizonte, 1992-1996	124
18- Número e Percentual de Internações por Faixa Etária e Sexo, em Belo Horizonte, 1992 e 1996	127

19- Internações na Faixa Etária de 15 a 49 anos por Sexo, em Belo Horizonte, 1992- 1996	129
20- Internações por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992-1996	130
21- Cinco Maiores Frequências de Internações por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	133
22- Cinco Maiores Frequências de Internações, por Lista Básica da CID, em Belo Horizonte, 1992- 1996	137
23- Parto Normal e Cesariana, em Belo Horizonte, 1993-1996	137
24- Vinte Procedimentos com Totais Mais Frequentes em Belo Horizonte, 1993-1996	139
25- Vinte Procedimentos com Totais Mais Caros em Belo Horizonte, 1993-1996	140

LISTA DE GRÁFICOS

1- Diferenças Percentuais Anuais de AIH Pagas, por Localidade, 1992 - 1996	98
2- AIH pagas por Mês, em Belo Horizonte, 1992 -1996	100
3- AIH pagas por Regime, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	101
4- AIH Pagas por Especialidade, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	102
5- Taxa de Mortalidade por Regime, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	111
6- Taxa de Mortalidade por Especialidade, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	112
7- Média de Permanência por Localidade, 1992 - 1996	118
8- Média de Permanência por Regime, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	119
9- Internações por Faixa Etária, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	125
10- Evolução Percentual das Internações por Faixa Etária, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	126
11- Percentual das Internações por Sexo nas Faixas Etárias, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	128
12- Internações por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992 - 1996	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE- Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AIH- Autorização de Internação Hospitalar
AIS- Ações Integradas de Saúde
AVC- Acidente Vascular Cerebral
BCP- Bronco pneumonia
CAP- Caixa de Aposentadorias e Pensões
CENEPI- Centro Nacional de Epidemiologia
CID- Classificação Internacional de Doenças
CONASP- Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
DATAPREV- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS- Departamento de Informática do SUS
DENERu- Departamento Nacional de Endemias Rurais
DMI- Duração Média de Permanência
DMS- Diretoria Metropolitana de Saúde
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRG- "Diagnosis Related Groups"
DS- Distrito Sanitário
EC- Extra corpórea
FAS- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH- Federação Brasileira de Hospitais
FHEMIG- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FNS- Fundação Nacional de Saúde
FPT- Fora de Possibilidade Terapêutica
FUNRURAL- Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GIH- Guia de Internação Hospitalar
HMOB- Hospital Municipal Odilon Behrens
IAP- Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPI- Instituto Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS- Instituto Nacional da Previdência Social
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
IO- Intra ocular
IVH- Índice de Valorização Hospitalar
MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS- Ministério da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica
OMS- Organização Mundial de Saúde
PN- Parto Normal
PPA- Plano de Pronto Ação
PREV-SAÚDE- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRODABEL- Empresa de Processamento de Dados de Belo Horizonte
RMBH- Região Metropolitana de Belo Horizonte
RN- Recém Nascido
SAMHPS- Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SEES- Serviço de Estatística da Educação e Saúde
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SESP- Serviço Especial de Saúde Pública
SIA- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH- Sistema de Informações Hospitalares
SINPAS- Sistema Nacional da Previdência Social
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SNCPCH- Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares
SUCAM- Superintendência de Campanhas
SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais
US - Unidade de Serviço

SUMÁRIO

RESUMO.....	21
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 A QUESTÃO HOSPITALAR NO BRASIL.....	29
2.1 A Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal.....	29
2.1.1 Saúde Pública.....	30
2.1.2 Sistema Previdenciário.....	34
2.2 O Hospital no Brasil.....	45
2.2.1 Financiamento da Rede Hospitalar.....	53
2.3 O Sistema de Informação Hospitalar.....	58
2.3.1 Autorização de Internação Hospitalar.....	61
2.4. O Controle e a Avaliação.....	67
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	71
3.1 Fonte de Dados.....	71
3.1.1 Internet.....	72
3.1.2 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.....	76
3.2 Informações Tabuladas.....	77
3.3 Área de Investigação: Belo Horizonte.....	78
3.3.1 Organização dos Serviços de Saúde.....	78
3.3.2 Controle e Avaliação em Belo Horizonte.....	83
3.3.2.1 Controle e Avaliação Ambulatorial.....	84
3.3.2.2 Alta Complexidade/Alto Custo.....	85
3.3.2.3 Controle e Avaliação Hospitalar.....	86
3.3.2.4 Alguns Resultados.....	89
4. INTERNAÇÕES PELO SUS EM BELO HORIZONTE: 1992 – 1996.....	91
4.1 Número de Hospitais e Leitos, Belo Horizonte, 1992 - 1996.....	91
4.2 AIH Pagas.....	97
4.3 Internações.....	103
4.3.1 Internações/100 habitantes.....	104
4.3.2 Internações/leito.....	106
4.3.3 Internações/especialidade.....	107
4.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar.....	109
4.4.1 Taxa de Mortalidade por Especialidade.....	111

4.4.2 Taxa de Mortalidade por Faixa Etária.....	112
4.4.3 Taxa de Mortalidade por Capítulo da CID.....	113
4.5 Média de Permanência.....	116
4.6 Internações por Faixa Etária e Sexo.....	123
4.7 Internações por Capítulo da CID.....	129
4.8 Internações por Lista Básica da CID.....	135
4.9 Procedimentos com Totais mais Frequentes em Belo Horizonte.....	138
4.10 Procedimentos com Totais mais Caros em Belo Horizonte.....	139
4.11 Considerações sobre o Controle e Avaliação	141
5. CONCLUSÕES.....	143
SUMMARY.....	149
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151

RESUMO

Este estudo foi conduzido no sentido de, utilizando as informações existentes no banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, examinar o comportamento das internações hospitalares ocorridas no município de Belo Horizonte, no período de 1992 a 1996.

Secundariamente, pretendeu-se verificar se a implantação de um sistema municipal de controle e avaliação interferiu nesse comportamento

Foram verificadas as variáveis: Taxa de Mortalidade Hospitalar, Média de Permanência, Sexo, Idade e Diagnóstico Principal das Internações, AIH pagas, Valor Médio AIH, Leitos e Procedimentos.

Alguns resultados encontrados foram: diminuição no número das internações e na média de permanência; crescimento da Taxa de Mortalidade. Também foram verificadas diferenciações nos dados, dependendo do Regime Hospitalar.

As variáveis estudadas permitiram verificar algumas alterações no comportamento das internações, motivadas não só pela implantação do serviço municipal de controle e avaliação mas, principalmente, pela clareza no direcionamento de algumas especialidades.

Palavras-Chave: Internação; Morbidade Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

“Não, não tenho caminho novo.
O que tenho de novo
é o jeito de caminhar.
Aprendi
(o caminho me ensinou)
a caminhar cantando
como convém
a mim
e aos que vão comigo.
Pois já não vou mais sozinho.”
(A VIDA VERDADEIRA - Thiago de Mello)

De acordo com DEVER (1988), a Epidemiologia tem três objetivos principais: estudar a ocorrência, distribuição e progressão dos problemas decorrentes das doenças e, de modo geral, descrever o nível de saúde das populações humanas a fim de proporcionar uma base para o planejamento, avaliação e administração da promoção de saúde e dos serviços de recuperação; oferecer dados que contribuam para a compreensão da etiologia da saúde e doença; e promover a utilização dos conceitos epidemiológicos para a administração dos serviços de saúde. O mesmo autor diz que a aplicação da Epidemiologia na administração dos serviços de saúde é uma abordagem relativamente nova, visando uma efetiva e eficiente prestação de cuidados mas que o fato da política de saúde ser determinada por muitos fatores além da Epidemiologia explica em parte a não aplicação dos conhecimentos epidemiológicos. Afirma ainda que a Epidemiologia pode e deve ser usada para fins de administração dos serviços de saúde e que ela contribui para fazer o diagnóstico de uma comunidade da presença, natureza e distribuição de saúde e doença, proporcionando meios de monitorar a saúde de uma população assim como de projetar mudanças com o passar do tempo e entre diferentes lugares.

Dentro da mesma perspectiva, GOLDBAUM (1992) afirma que as possibilidades e perspectivas de utilização da Epidemiologia em serviços de saúde já estão consagrados e têm sido reafirmadas nos diversos fóruns nos quais são abordadas, podendo ser classificadas nos seguintes quatro grupos de uso: estudos da situação de saúde; vigilância epidemiológica; estudos causais; e avaliação de serviços, programas e tecnologias. O

autor diz que com relação ao quarto grupo, a sua utilização reconhecidamente eficaz no processo de acompanhamento e avaliação dos mesmos, tem sido praticamente desprezado. GOLDBAUM (1992) destaca que programa de reorganização dos serviços de saúde, bem como da inovação e incorporação de tecnologias distintas, têm suscitado questões novas, cujos encaminhamentos estão a exigir, para a sua compreensão e efetivo equacionamento, novos instrumentos de análise, principalmente aqueles de natureza epidemiológica, que forneçam condições para adequadas avaliações tanto do impacto da prestação de serviços de saúde, quanto da efetividade promovida pela incorporação e utilização das novas tecnologias em saúde.

HARTZ & CAMACHO (1996) destacam a Epidemiologia como a disciplina considerada única em sua especificidade para o campo da Avaliação.

ARAÚJO (1992) pontua que a base do planejamento em saúde é a informação epidemiológica e que o processo decisório e a definição das prioridades, têm que se fundamentar em dados confiáveis e atualizados não só de mortalidade, mas também de morbidade, incluindo aí atendimentos ambulatoriais e as hospitalizações. |“Acredita-se que as informações oriundas do sistema de atendimento ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) possam fornecer o material de que o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) necessita para prover o Ministério da Saúde com as informações epidemiológicas indispensáveis” (ARAÚJO, 1992, p.14).

GOLDBAUM (1996, p. 97) ressalta que “mais recentemente, no Brasil, novas perspectivas vêm se abrindo a partir da informatização e da disponibilidade bastante atualizadas de dados de mortalidade e de internações hospitalares oferecidas por órgãos da administração federal e de alguns estados e municípios”.

Segundo MATHIAS & SOBOLL (1996) os padrões de morbimortalidade na população humana estão em constante modificação e tendo em vista a crescente possibilidade de se adoecer sem morrer e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde, faz-se necessário uma maior utilização dos dados de morbidade.

Diversos autores sempre falam da importância e da dificuldade de se obter e quantificar os dados de morbidade (ROUQUAYROL, 1994; FORATTINI, 1986; LESER et al., 1985; VAUGHAN & MORROW, 1992; DEVER, 1988). Diferindo dos dados de mortalidade, que tem na morte um evento único, os dados de morbidade tratam de doenças, que podem ocorrer mais de uma vez no mesmo indivíduo, o qual poderá ter dois ou mais agravos diferentes e com gravidades variáveis (FORATTINI, 1986).

Os autores também dizem da variedade de fontes para obtenção de dados de morbidade: censos domiciliares e inquéritos por amostragem, que têm caráter episódico, ou através da vigilância epidemiológica, dos registros de atendimento a doentes (hospitais, maternidades, ambulatórios, laboratórios e clínicas particulares) e registros policiais (ROUQUAYROL, 1994).

Com relação aos registros de pacientes hospitalizados ressaltam que os mesmos não constituem boa informação sobre morbidade porque não são representativos da população em geral (ROUQUAYROL, 1994) sendo oriundos de áreas diferentes com os casos se constituindo em uma amostra muito seletiva da população ou doença (FORATTINI, 1986) ou ainda que é necessário levar em conta a forte tendência de que os pacientes internados sejam de áreas próximas ao hospital, privilegiados economicamente e de nível de instrução mais elevado (VAUGHAN & MORROW, 1992). Na visão de DEVER (1988) o uso de estatísticas hospitalares resultam na perda de muitos casos de doenças agudas e menos sérias que são diagnosticados e tratados em consultórios médicos e ressalta ainda que o componente crítico no uso das estatísticas hospitalares é a falta de um denominador apropriado para determinar a população exposta ao risco. Também abordando sobre estatística hospitalar, SOUNIS (1985) diz que a mesma não pode fornecer dados seguros sobre morbidade e mortalidade, uma vez que se desconhece a população exposta ao risco mas que podem ser, perfeitamente, calculadas as taxas proporcionais. Estes aspectos fazem com que os registros hospitalares sejam subutilizados como fonte valiosa de informações(DEVER, 1988).

No entanto, apesar das restrições às estatísticas hospitalares, por serem as mesmas seletivas (porque só fornecem informação sobre doenças que

exigiram internação) e parciais (porque mesmo as pessoas portadoras de doenças que exigiram hospitalização podem, por vários motivos, não terem sido hospitalizadas) constituem-se em uma das poucas fontes com a qual se pode contar, por terem o registro sistemático das doenças (LAURENTI et al., 1985). Estes mesmos autores, referindo-se aos objetivos principais das estatísticas hospitalares, dizem que do ponto de vista epidemiológico, visam ao estudo das doenças que exigiram hospitalização e sua distribuição segundo sexo, idade, procedência e outras variáveis consideradas importantes e que do ponto de vista administrativo, objetivam o planejamento de melhores serviços, através de estudos do tempo de permanência, porcentagem de ocupação, estimativa de necessidade de leitos, estudo de custos, etc.

Segundo VAUGHAN & MORROW (1992) os registros hospitalares são a fonte de dados sobre morbidades graves mais prontamente disponível.

O Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM (1992) sugere que a morbidade hospitalar deve ser um dos indicadores utilizados pelo gestor municipal de saúde.

Por sua vez, ROUQUAYROL (1994) diz que o registro de internações hospitalares, colhido através da Autorização de Internação Hospitalar, tem sido muito utilizada para análise da morbidade no Brasil e que mesmo tendo imperfeições, a sua utilização sistemática pode servir de estímulo à busca da melhoria da qualidade destes dados, cuja análise pode ser muito útil na área da saúde.

LAURENTI et al (1985) informam que trabalhos realizados com dados de saídas hospitalares, mostraram resultados interessantes, tanto do ponto de vista epidemiológico como administrativo.

Também MATHIAS & SOBOLL (1996) dizem que, em reconhecimento da importância dos dados de morbidade hospitalar, trabalhos têm sido desenvolvidos relacionando as políticas médico-assistenciais com as características de morbimortalidade das hospitalizações.

ROCHA (1980) afirma que a morbidade hospitalar, reveste-se de especial importância por constituir aquela fração assistida que absorve maior quantidade de recursos.

BARRETO & CARMO (1994) informam que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde/DATASUS, que registra informações sobre as internações realizadas na rede pública e privada do país, desde 1984, é uma importante fonte de informações. E para informações de base hospitalar, BUSS (1993) diz que o SIH cobre informações para todas as internações realizadas pelo SUS, o que corresponde a 75% do total das internações realizadas no país.

Partindo então desses pressupostos: de que os dados de internação hospitalar fornecem informações importantes tanto do ponto de vista epidemiológico quanto administrativo; que a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) tem sido muito utilizada para a análise da morbidade no país e tendo em vista a disponibilização dos dados através do DATASUS, é que se propôs a realização dessa dissertação, visando examinar algumas variáveis da assistência hospitalar prestada pelo Sistema Único de Saúde no município de Belo Horizonte, nos períodos de 1992 a 1996, no âmbito do Sistema de Informação Hospitalar do SUS.

A escolha de Belo Horizonte deveu-se ao fato do mesmo ser um dos municípios que contribuíram para o avanço do processo de municipalização no país, assumindo as atividades de controle e avaliação hospitalar, principalmente a partir de 1994 e efetivando a gestão semi plena em outubro de 1994. Sem dúvidas, este processo possibilitou mudanças no funcionamento do serviço público e reformulou a articulação deste com o setor privado.

O período escolhido possibilitará também verificar se a implantação de mecanismos de controle e avaliação hospitalar e a gestão semi plena interferiram nos dados de internação do período estudado.

Considerando as limitações já relatadas ao se trabalhar com dados de internação, é que será feita uma abordagem explorativa e descritiva.

Assim, visando atingir o objetivo delineado, é que a dissertação foi conduzida e estruturada em cinco capítulos, incluindo esta introdução.

No Capítulo 2 é feita uma contextualização da questão hospitalar no Brasil. No Capítulo 3 são descritas as fontes pesquisadas que deram origem às informações trabalhadas, bem como a metodologia utilizada na dissertação e a área de investigação escolhida. A discussão dos resultados obtidos através da análise das internações pelo SUS em Belo Horizonte no período de 1992 a 1996, é feito no Capítulo 4 e , finalmente no quinto Capítulo são sistematizados os principais resultados da dissertação.

2. A QUESTÃO HOSPITALAR

“O que passou não conta?, indagarão
as bocas desprovidas.
Não deixa de valer nunca.
O que passou ensina
com sua garra e seu mel.”

(VIDA VERDADEIRA- Thiago de Mello)

Para a discussão das internações hospitalares, faz-se necessário entender como se desenvolveu a organização dos serviços de saúde no país e qual a importância do hospital nesta organização.

2.1. A Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal

Segundo MENDES (1993) o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, nos anos 80, ao projeto neoliberal. No início dos anos 90, apresentam-se, na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um, portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra hegemônico, a reforma sanitária. Diz ainda que estes projetos consolidaram-se na década de 80 e que, para se ter uma compreensão das políticas dos anos 80, deve-se avaliar a construção do modelo médico-assistencial privatista.

BRAGA & GOES DE PAULA (1981) buscando as origens da política de saúde de caráter nacional analisam que as políticas sociais elaboradas no período do processo político de 30 (legislações trabalhistas, montagens do sistema baseado nos Institutos, sindicalismo atrelado ao Estado, etc.) foram as formas de controlar política e economicamente a classe trabalhadora, respondendo por vezes a seus movimentos, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo sob controle a participação política dos trabalhadores. E que foi a partir do momento em que a nova dinâmica de acumulação produziu seus resultados característicos - aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, etc. - que novas exigências pressionaram no sentido de efetivação das políticas sociais. Foi a partir de então que se

pode, com rigor, identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro será predominante até meados de 60 enquanto que o subsetor de medicina previdenciária se amplia significativamente a partir de fins da década dos 50 e em termos da política estatal de saúde, assume predominância a partir da segunda metade dos anos 60.

POSSAS (1989) diz que a história da Medicina Institucional no Brasil pode ser analisada segundo duas formas de organização social: de um lado, as ações chamadas de saúde pública, como as campanhas sanitárias, destinadas em tese à população em geral e, de outro, a assistência médica individualizada, adotada tanto pelas empresas nos seus serviços médicos como pelas instituições previdenciárias, e voltadas para os trabalhadores urbanos. E que uma retrospectiva histórica permite mostrar como, com a evolução do capitalismo no país, estas formas de organização tendem a uma complementariedade, articulando-se e convergindo para uma subordinação crescente ao sistema previdenciário e, portanto, à lógica da produção e da privatização das ações de saúde.

Será feita assim, uma pequena retrospectiva histórica de cada um dos subsistemas.

2.1.1. Saúde Pública

A economia brasileira, até a metade do século esteve dominada por um modelo agroexportador fortemente assentado no café e o que se exigia do sistema de saúde era, principalmente, uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1993).

Assim, as campanhas sanitárias do início do século (varíola, febre amarela, peste bubônica etc.) surgem como prioridades em função das

necessidades de um controle mínimo dos portos e estradas de ferro, fluxos estratégicos de escoação da produção na economia agrário-exportadora (MORAES, 1994).

A montagem da estrutura do setor saúde inicia-se na década de 20, ganha caráter nacional e acelera-se a partir dos anos 30. A Revolução de 1930 dá início a um processo de redução da autonomia dos Estados. O processo de centralização na política de saúde pode ser percebido através da criação, em 1930, do Ministério de Educação e Saúde, composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento Nacional de Saúde (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

Entre 1930 e 1934 as campanhas sanitárias foram interrompidas para serem retomadas em 1935. Em 1934, o Departamento Nacional de Saúde passa a ser chamado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social com a criação de várias Diretorias e Serviços (como a Diretoria de Assistência Hospitalar, a Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República). Em 1937 é criado o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela e em 1939 é criado o Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) é criado por razões de ordem estratégica (produção de borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce), durante a II Guerra Mundial em convênio com órgãos do governo americano e sob patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller, para evitar que os trabalhadores continuassem sendo sistematicamente dizimados pela malária e febre amarela (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

Nos anos quarenta, os sanitaristas da época viam a relação causal no sentido doença - pobreza achando que solucionando a doença, a pobreza também estaria resolvida. Outro equívoco da época dizia respeito ao combate das doenças. Achavam que se utilizassem os mesmos recursos e montassem a mesma estrutura dos "países ricos", seriam atingidos os mesmos níveis de saúde. Esta posição era defendida pelos norte americanos que, através da atuação do SESP, disseminaram pelo país unidades sanitárias modelo, inadequadas às possibilidades financeiras e estrutura brasileiras. A atuação do SESP consistia em montar, nas áreas

rurais sob sua responsabilidade, aparelhos de atenção à saúde complexos e diversificados, instalando postos de saúde e hospitais que implicavam em vultuosos custos e depois passar, para os governos estaduais e municipais, paulatinamente, a administração e os gastos de custeio. Depois o financiamento da própria SESP passaria gradualmente da Fundação Rockefeller à responsabilidade do governo brasileiro (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, com a seguinte estrutura: Campanhas Nacionais, Assistência Materno-Infantil, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatias, Saúde dos Portos, Fiscalização do exercício Profissional, Fiscalização Antivenérea nas Fronteiras e Delegacias Federais de Saúde. Coube ao Ministério da Saúde a menor parte do espólio do antigo Ministério de Educação e Saúde, evidenciando o caráter secundário da Saúde Pública dentro das prioridades políticas do Estado Brasileiro (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

Nos anos 50, já sem a Fundação Rockefeller, expande-se o SESP tanto espacialmente quanto no aspecto de atividades: assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em Medicina Tropical. Na metade dos anos 50, com a crítica à prática de saúde pública no governo brasileiro, baseado no modelo do SESP (excessivamente dispendioso e incapaz de romper com o “círculo vicioso da pobreza”) a ideologia desenvolvimentista afirma que o desenvolvimento econômico traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde da população (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

No governo Kubitschek ocorreu a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), em 1956, que centraliza as campanhas sanitárias rotinizadas, que se constituem na verdadeira razão de ser do Ministério da Saúde (POSSAS, 1989).

A criação do DENERu significa, segundo BRAGA & GOES DE PAULA (1981), o ponto final na estruturação dos organismos de saúde pública, seu último momento centralizador. A atuação do DENERu seria sobre áreas que fossem pontos críticos das vias principais de transporte e possuíssem fatores evidentes de desenvolvimento econômico. Estão

presentes no DENERu os fundamentos da institucionalização do Ministério da Saúde: as campanhas e a centralização.

Entre 1956 e 1964 os dispêndios do Estado com as medidas de atenção coletiva à saúde apresentam um comportamento relativamente favorável, e foi entre 1961 e 1964 que se registraram as maiores participações do Ministério da Saúde no Orçamento Global da União desde a década de 60 até 74: 4,75%, 4,31% e 3,65%; mas já com tendência de diminuição. O resultado da política de saúde pública nas décadas de 40 e 60 foi que, apesar da melhoria das condições sanitárias da população brasileira, ainda permaneceram, de forma dramática, o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil. A partir dos anos 60 se observa, em termos de gastos, o declínio relativo do subsetor de saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária. Duas são as hipóteses explicativas para este comportamento dos gastos da União com o Ministério da Saúde: a primeira é que não havia pressão popular e as campanhas sanitárias apresentavam grandes dividendos políticos; a segunda é referente a tributação. A estrutura tributária brasileira nesse período carregava uma pequena quantidade de recursos. Com a carência de recursos e ausência de pressões políticas, a saúde pública viu-se muito pouco aquinhoadada. Por outro lado, o sistema previdenciário apresentava-se substancialmente autofinanciável e como os objetivos da atenção médica agregavam forças políticas, não é de se espantar que, no que toca à atenção médica como política social governamental, a previdência tenha sido reforçada e privilegiada (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

MENDES (1993) diz que o processo de industrialização induziu o aparecimento da assistência médica da Previdência Social. Houve, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acaba por levar à confirmação do modelo médico-assistencial privatista.

A formação e desenvolvimento da Medicina Previdenciária será vista a seguir.

2.1.2. Sistema Previdenciário

Segundo POSSAS (1989), o modelo previdenciário brasileiro surgiu como um projeto da própria classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos seus trabalhadores, e como forma de conter os conflitos e tensões que ameaçavam despontar então no seio da classe operária e que tiveram seu ponto máximo com as greves de 1917 e 1919. O marco inicial da previdência social no país é a Lei Eloi Chaves (em homenagem ao autor do projeto, deputado Eloi Chaves, ligado à classe dirigente ferroviária), de 1923.

Quase simultaneamente, eram criadas as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), legitimando as formas de atendimento médico e seguro social emergente desde os fins do século XIX no seio da sociedade civil e do aparelho burocrático e militar do Estado, no âmbito de uma política social de caráter restrito (CORDEIRO, 1984).

Segundo POSSAS (1989) o sistema das CAP tinha a limitação de beneficiar apenas os empregados das grandes empresas e que por isso, o governo optou por uma reestruturação do sistema onde houvesse uma inclusão de maior número de segurados . Surgiram assim os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que davam cobertura a empregados de todas as empresas que operassem no mesmo ramo de atividades em todo o país, sendo constituídos como autarquias viabilizando uma maior subordinação ao Estado.

De acordo com MENDES (1993) nas CAP a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória, diferente do período dos IAP onde a preocupação da Previdência Social era contencionista, com vistas a uma acumulação, com a assistência médica colocando-se como função provisória e secundária.

Concordante com essa afirmação , CORDEIRO (1984) diz que a criação e regulamentação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários produziu uma inflexão na estrutura previdenciária de grande importância tanto para o estudo das políticas médico-assistenciais quanto para a compreensão do lugar da burocracia estatal previdenciária

nos processos decisórios destas políticas. Afirma também que o projeto do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) torna-se o modelo previdenciário do Estado Novo, ou seja, a idéia de que a Previdência Social deveria tratar exclusivamente da cobertura de aposentadorias e pensões, dificultando, quando não impedindo a prestação de cuidados médicos. Nesse período a prática médica mantinha uma feição predominantemente autônoma, com um setor institucional organizado em hospitais filantrópicos e estatais de pequena monta.

Na história da Previdência Social, o período que vai de 1945 até 1964 caracteriza-se pela crise do regime de capitalização e pela extensão dos benefícios, transferindo o objetivo restrito de seguro social para o da seguridade social. Neste período ocorreram várias tentativas de unificação do sistema. Também neste período verifica-se a ampliação dos serviços próprios hospitalares e ambulatoriais dos IAP, significando uma estratégia de barganhas políticas e eleitorais. Esta expansão não se dava de forma contrária aos interesses privados da assistência médico-hospitalar cuja rede hospitalar (principalmente vinculada ao segmento filantrópico e mutualista) há muito já havia superado a rede estatal de hospitais, no âmbito nacional. Em 1950, 53,9% dos leitos totais do país eram de propriedade particular e em 1960 subiram para 62,1% (CORDEIRO, 1984).

No final do governo Kubitschek é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social e em 1963 surge o Estatuto do Trabalhador Rural (POSSAS, 1989).

Com a vitória do movimento militar em 1964 e na intervenção decretada nos IAP, o IAPI (IAP considerado modelo) executou um plano de emergência que representou uma proposta que seria ampliada posteriormente para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), caracterizando a atuação previdenciária por longo tempo. Este plano desaconselhava a prestação direta de serviços de assistência médica que deveria ficar a cargo de profissionais e estabelecimentos existentes em cada localidade, através da promoção de convênios com a Previdência Social e do credenciamento de profissionais utilizando a forma de pagamento por unidades de serviços (CORDEIRO, 1984).

Ocorre em maio de 1964 a assinatura do primeiro convênio-empresa homologado pela Previdência Social com a Volkswagen, fórmula adotada pelo IAPI para a prestação de serviços aos segurados, inclusive assistência médica, como uma arma política institucional, generalizada posteriormente no INPS (CORDEIRO, 1984).

Do total das despesas consolidadas dos institutos previdenciários, a assistência médica representava 19,3% em 1960 e 29,6% em 1967. Os gastos com assistência médica hospitalar foram de 44,6% em 1961 até 117,6% em 1965. Enquanto a participação do dispêndio em assistência ambulatorial em relação ao total da assistência médica declina de 36,2% em 1960 para 23,0% em 1967, a participação da assistência hospitalar eleva-se de 22,0% para 58,2% no mesmo período. No período compreendido entre 1960 e 1967, o valor real gasto com assistência médica sobe 3,3 vezes, o ambulatorial 2,1 vezes e o gasto hospitalar sobe 9 vezes (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

BRAGA & GOES DE PAULA (1981) apresentam a seguinte configuração do setor de atenção médica no Brasil, no período que vai de 1956 a 1966:

- financiamento baseado na arrecadação previdenciária;
- instituições privadas prestando cada vez mais serviços de assistência;
- modelo hospitalocêntrico, com grande utilização de equipamentos e fármacos além da mão-de-obra cada vez mais técnica e especializada;
- importância crescente da indústria de equipamentos e farmacêutica e aumento da dependência externa;
- tecnologia de ponta;
- setor com taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia.

Os mesmos autores dizem que “a dinâmica do setor se dá através de uma associação entre Estado, empresários nacionais e indústria estrangeira, em que o primeiro, além de desenvolver ações próprias, financia o consumo do produto gerado no setor privado; o empresário nacional está presente principalmente no fornecimento de serviços médicos e, secundariamente, na produção de insumos (fármacos e equipamentos); e a indústria estrangeira, na produção de fármacos e suas matérias-primas, na produção dos equipamentos importados etc.” (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981, p.76) Verifica-se assim que, mesmo antes

da centralização, a base que serviria para os contratos e convênios do INPS já estava assentada.

Em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) substituiu os IAP, dando continuidade ao movimento de concentração da Previdência Social e uniformizando os benefícios e se constituindo em um fato paradigmático na conformação do modelo médico-privatista (MENDES, 1993).

Segundo OLIVEIRA & TEIXEIRA (1986) este modelo tem como características:

- a extensão da cobertura previdenciária abrangendo quase totalmente a população urbana e rural;
- privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- criação de um complexo médico-industrial, através da intervenção estatal;
- desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.

CORDEIRO (1984, p. 66) diz que “a política médico-assistencial que viria a ser implementada pelo INPS seria o resultado de articulações mais estreitas, de novos canais de acesso aos centros de decisão da Previdência Social, que interligariam segmentos da burocracia previdenciária, particularmente aqueles oriundos do antigo IAPI, aos setores médico-empresariais. O resultado viria a ser a aceleração do processo de empresariamento da Medicina, com dois períodos distintos (1967-1970 e 1973-1979) de clara opção pela prestação de serviços médico-hospitalares pelo setor médico-empresarial, com um breve interregno de fortalecimento dos serviços próprios e convênios com sindicatos (1970-1972)”.

Em 1971 é instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL e em 1972 os empregados domésticos e os autônomos são incluídos na Previdência Social. Cada vez ficavam mais claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientela urbanas e entre estas e as rurais,

ao mesmo tempo que o âmbito da Previdência Social era ampliado (MENDES, 1993).

Em 1974 encerra-se o período de expansão econômica iniciando-se a “crise do milagre econômico” associada a vitórias eleitorais da oposição, início da abertura política gradual e de questionamentos à política social do governo (CORDEIRO, 1984).

Segundo MENDES (1993), em 1974 são feitas algumas reformulações com implicações diretas e indiretas nas políticas de saúde, sendo elas:

- separação da área previdenciária da área do trabalho, através da Lei nº 6034, que cria o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);
- implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que universaliza a atenção às urgências. O PPA reorganiza as relações da Previdência Social com diferentes prestadores através de formas de pagamento distintas: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo. Ademais, passa a remunerar instituições estatais e a influir fortemente nos hospitais universitários através do Protocolo MPAS-MEC, de 23 de outubro;
- implantação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), através da Lei 6118, com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social;
- instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais;
- criação da DATAPREV, empresa de processamento de dados da Previdência Social que viria a ter importante papel no controle e na avaliação dos serviços de saúde.

Tanto o PPA (abrindo mercado) quanto o FAS (subsidiando a expansão física) serviram como impulsionadores do setor privado, particularmente na área hospitalar. O PPA também foi fundamental para o surgimento da Medicina de Grupo, viabilizada a partir do convênio empresa (CORDEIRO, 1984).

Em 1975 surge a Lei 6.229 que atua em dois sentidos fundamentais: por um lado institucionaliza o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas e propondo mecanismos de integração e coordenação e por outro lado,

consolidou a divisão dos espaços institucionais consagrando a separação entre ações de saúde pública das ações de atenção médica, reservando-se as primeiras (não rentáveis) para o setor estatal e as segundas (rentáveis) para o setor privado (MENDES, 1993).

Segundo CORDEIRO (1984), foi em 1977 que surgiu um dos fatores de aumento das despesas da Previdência Social através do chamado pronto atendimento e das urgências, que foram estendidos a qualquer pessoa, previdenciária ou não, através da remuneração, por atos médicos (unidades de serviço) aos hospitais particulares, provocando um desequilíbrio orçamentário do INPS, levando a ampliação das despesas com assistência médica além dos 25% que passaram a ser preconizados pelos técnicos da Previdência Social e no lugar de serem tomadas medidas incisivas dirigidas para os convênios-empresa, preferiu-se propor um controle mais rigoroso sobre as contas hospitalares através da DATAPREV.

Nesta conjuntura (1977-1978) surge nova reforma do aparelho previdenciário, sendo criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) e com ele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (CORDEIRO, 1984).

Analisando a estrutura de gastos com assistência médica na Previdência Social em 1978, evidencia-se que os gastos com serviços próprios corresponderam a 17% da despesa total, os gastos com serviços comprados a terceiros atingiram 76% e os serviços subsidiados, que incluem os convênios-empresa, 7% da despesa total (CORDEIRO, 1984).

Em 1978 ocorre a Conferência Internacional de Alma-Ata com uma proposta de cuidados primários que vem de encontro as necessidades brasileiras de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para contingentes populacionais excluídos. No Brasil prevalece uma visão reducionista com programas de medicina simplificada ou estratégias de sobrevivência de grupos de risco. Mas ficam abertos os espaços para o desenvolvimento do movimento da reforma sanitária brasileira. Coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, nos anos 70, decodificada em nossa prática social como atenção primária seletiva,

surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária cujas experiências terminaram desaguando em um programa de medicina simplificada, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - que, iniciando-se pelo Nordeste, alcançou abrangência nacional em 1979 (MENDES, 1996). Isso resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública e no período de 1975/84, o número dessas unidades passou de 1.122 para 13.739, com um crescimento de 1.225% (MENDES, 1993).

Segundo MENDES (1993), na década de 70 o projeto hegemônico no país é o modelo médico assistencial privatista, composto por quatro subsistemas (alta tecnologia, privado de atenção médica supletiva, privado contratado e conveniado e estatal) que tem como subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado, como ator social mais significativo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e como núcleo ideológico a burocracia previdenciária.

No final dos anos 70 este modelo apresenta sinais de esgotamento mostrando as seguintes inadequações à realidade brasileira:

- incapacidade para alterar os perfis de morbi-mortalidade;
- custos altos que impediam sua expansão;
- irracionalidade administrativa;
- dualidades, descoordenações e descontrole;
- insatisfação de usuários, de prestadores e de trabalhadores de saúde.

Esta situação leva o modelo a mudar de configuração dentro de um contexto de luta política entre projetos sanitários alternativos, que ocorrerá nos anos 80 (MENDES, 1993).

Segundo o mesmo autor, os primeiros anos da década de 80 são marcados por uma tripla crise na Previdência Social: crise ideológica, crise financeira e crise político-institucional. A crise ideológica foi marcada pelo projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional. Este projeto sofreu todo tipo de contestações de caráter ideológico e ficou enterrado na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. A crise financeira ocorre mais agudamente nos anos de 1981 e 1982 como resultado da política econômica recessiva tendo a

assistência médica sido identificada como um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social, explicitando os diferentes interesses existentes dentro do setor. A crise político-institucional surge pela criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária (proposta para debelar a crise financeira), o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). O CONASP propõe um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, cuja singularidade consistia em localizar a normatização da atenção médica não no Ministério da Saúde mas na instituição que tinha condições de implementar políticas: o INAMPS. O plano do CONASP tinha grande apoio no movimento sanitário, na medicina liberal e na ABRAMGE e grande oposição na FBH.

Do conjunto das propostas componentes do plano, duas receberam atenção especial: a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que punha fim ao pagamento por unidade de serviço e o Programa de Ações Integradas de Saúde, que serviria para integrar e racionalizar os serviços públicos de saúde e para articulação destes com a rede contratada e conveniada. No período de 1981 a 1984 as Ações Integradas de Saúde (AIS) nunca chegaram a ser hegemônicas (CORDEIRO,1991).

Um segundo momento das AIS vai do início do governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. Apesar do Ministério da Saúde ter se proposto a integrar-se na tarefa de transitar das AIS para um Sistema Unificado, ele se mantém à distância do processo cujo principal alavancador foi o MPAS/INAMPS. “As dificuldades do Ministério da Saúde em abandonar sua ação convencional por programas e a extrema agilidade do MPAS/INAMPS num momento de recursos abundantes (1985-1987), decorrentes do reflexo do plano cruzado na arrecadação da Previdência Social, fizeram com que as tensões entre essas instituições fossem crescentes. Some-se a isso, o afastamento tático, por parte do MPAS/INAMPS, da tese da unificação do sistema de saúde em nível federal” (MENDES, 1993, p.40).

Em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, constituindo-se como momento decisivo de formatação político ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira. A reforma sanitária coloca três aspectos

fundamentais: um conceito abrangente de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS). A VIII Conferência constitui-se no instrumento político-ideológico que influi tanto na implantação do SUDS, quanto na elaboração da nova constituição brasileira (MENDES, 1993).

A implantação do SUDS admite dois momentos. No primeiro foi utilizado como estratégia institucional que procurava agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico. Esta estratégia era defendida pela direção do INAMPS, movimento sanitário, governadores, secretários e as elites médicas que tinham como opositores a burocracia previdenciária (que temia a extinção do INAMPS), o setor privado contratado (FBH e Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde) e o sistema político clientelista. No segundo momento, a nova direção no INAMPS, em nome do aperfeiçoamento do SUDS, engendra uma estratégia que passa pela reconstrução do INAMPS e dos anéis burocráticos, dificuldade do processo de desconcentração, diminuição de recursos repassados além de atraso na liberação dos pagamentos. Apesar da tentativa, o segundo momento não consegue nem impedir o processo de desconcentração estadualizado nem o movimento de municipalização da saúde, muito menos restaurar a integridade do INAMPS. Apesar dos avanços, o SUDS apresentou um conjunto de efeitos inesperados e alguns erros estratégicos: superestimação do valor político do setor privado contratado, forte aliança com o subsistema de alta tecnologia, excessiva estadualização da desconcentração levando a uma ação clientelista de municipalização seletiva e a pouca valorização da implantação dos distritos sanitários. O mesmo autor acha que "se mais não se desorganizou o SUDS foi devido à sua concomitância com o processo de elaboração da Constituição Federal" (MENDES, 1993, p. 46).

A Constituição Federal de 1988 incorporou conceitos, princípios e diretrizes referenciados na reforma sanitária, criando o SUS. Este veio a ser regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Assim, no início dos anos 90, tem-se um novo arcabouço jurídico: Constituição Federal, as Constituições

Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei 8.080 e a Lei 8.142. No entanto, nem a Constituição nem as Leis, conseguiram incluir mecanismos reguladores do setor privado moderno, nem do subsistema de alta tecnologia (MENDES, 1993).

Na década de 80, por baixo de um aparentemente consensualizado projeto de Reforma Sanitária, consolida-se a hegemonia do projeto neoliberal da saúde, sendo uma reciclagem do modelo médico-assistencial privatista, utilizando-se de estratégias de privatização (subsídio estatal direto ou indireto), descentralização (diminuição do Estado em busca de um Estado mínimo) e focalização (recursos dirigidos prioritariamente para setores pobres) (MENDES, 1993).

Assim, há uma mudança de configuração do modelo hegemônico que se reduz de quatro para três subsistemas, com a ruptura do subsistema privado contratado e conveniado através da incorporação de seu segmento moderno ao subsistema de atenção médica supletiva e de seu segmento tradicional, ao subsistema público. Desta forma, no final dos anos 80, está consolidado o projeto neoliberal de saúde composto por três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema público - SUS. Estes subsistemas não se constituem como blocos hegemônicos, têm estruturação distinta, complexidades tecnológicas diversas, clientela discriminadas, interlocutores diferenciados e modos de financiamento próprios (MENDES, 1993).

O subsistema de alta tecnologia , apresentando maior densidade tecnológica, mantém como principal fonte de financiamento os recursos públicos e para atender entre 2 a 3% da população consome mais de 30% dos recursos do SUS. O subsistema de atenção médica supletiva é o que detém a hegemonia, tem como objeto a doença e suas sequelas e é conformado por cinco modalidades assistenciais principais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração. Ao subsistema público, base do sistema neoliberal, é que compete atender a grande maioria da população brasileira, subdividindo-se em estatal (federal, estadual e municipal) e privado (sindicatos, empresas, estabelecimentos filantrópicos, beneficentes e lucrativos); nos anos 80 este subsistema aumenta a capacidade instalada, o emprego e os gastos, diminui a produção de consultas médicas,

mantém constantes as internações hospitalares e não resolve o desequilíbrio regional entre cuidados ambulatoriais e hospitalares. Isso implica menor produtividade, com reflexos na qualidade e na equidade dos serviços ofertados à população além de ter uma imagem negativa na opinião dos usuários. (MENDES, 1993).

Os setores com melhor remuneração na sociedade estão gradativamente se constituindo como clientela do subsistema privado. Este movimento é permitido pelo surgimento e difusão de mecanismos de financiamento (seguro-saúde, medicina de grupo, etc.) que propiciam um aumento da autonomia financeira do setor privado em relação ao setor público. Assim, o modelo da Reforma Sanitária Brasileira, embora se inspire no sistema inglês - acesso universal com predomínio do setor público na oferta de serviços - vem assumindo feições semelhantes ao norte-americano, no qual a ação do Estado é residual, alcançando apenas aqueles grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados de saúde pela via de mercado (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990).

Em 1990 o INAMPS é finalmente transferido para o Ministério da Saúde e , em 1993, após um processo gradativo de transferência de recursos humanos, materiais e financeiros para estados e municípios, foi extinto pela lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Mas, segundo MENDES (1996, p. 114) “a extinção do INAMPS não representou sua morte definitiva, ao contrário, sua cultura foi preservada, acolhida no espaço institucional da Secretaria de Assistência à Saúde, hegemônica institucionalmente e difundida às secretarias estaduais e municipais de saúde” (MENDES, 1996, P. 114).

Com o arcabouço jurídico finalizado, aparece a Norma Operacional Básica 01/91 (NOB/SUS 01/91) que, deveria operacionalizar o funcionamento do sistema de saúde no Brasil. No entanto, sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080, a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, consequentemente, de organização para o SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela

quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Em 1993, outra Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/93) buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/991 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas leis que a regulamentavam. Assim, a NOB 01/93 criou diferentes fases para a habilitação dos municípios, segundo o tipo de gestão que cada um optasse (incipiente, parcial ou semiplena), cumprindo os pré-requisitos da Lei 8.142. Em 1996 foi feita outra Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/96) visando aproximar um pouco mais do repasse direto e automático de recursos fundo a fundo (OLIVEIRA JUNIOR, 1996). Passado um ano de sua publicação, a mesma ainda não foi implementada, devido a divergências na Tripartite, relativas ao financiamento.

Apesar de todos os problemas, ao se observar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, verifica-se que o movimento da municipalização da saúde está conduzindo, em maior ou menor grau , a um aumento da eficácia e eficiência do sistema.

2.2 O Hospital no Brasil

Segundo ROSEN (1979) a história nos mostra que as sociedades assumiram o tratamento de doentes como uma responsabilidade da vida comunitária, criando instituições para fornecer os serviços necessários e dentre estas, o hospital. O mesmo autor diz que as providências tomadas para atender às necessidades dos doentes sempre estiveram intimamente ligadas às condições econômicas, políticas, sociais, culturais que governam a vida do homem e que o hospital para ser compreendido, deve ser visto como um órgão da sociedade, mudando de acordo com as suas transformações e levando para o futuro provas de seu passado.

Buscando as origens hospitalares, verifica-se que o hospital medieval era não somente um centro de atenção médica mas também uma instituição filantrópica e espiritual. O forte desejo de salvação e santificação da época tinha como consequência a caridade, que era a base de financiamento do hospital medieval. O final da idade média viu essa instituição tendo os seus fundos malbaratados e servindo de hospedaria para velhos ou para indivíduos saudáveis. A partir do século XIII, a

medida em que as cidades européias prosperavam e que a burguesia tinha sua riqueza e poder aumentados, os hospitais foram passando cada vez mais para as autoridades municipais, deixando as mãos dos religiosos. Neste período, os hospitais ainda eram um pouco de tudo: instituição para tratar doentes, um asilo de velhos, um asilo de pobres, um orfanato, possivelmente uma hospedaria. Os serviços religiosos continuavam e não só em países católicos. A partir do século XIV, os médicos estiveram cada vez mais associados aos hospitais para atenderem aos pacientes. Esta associação forneceu a base para o desenvolvimento de outras tendências que, a partir do século XVII, levaria a profissão médica cada vez mais a usar o hospital para o estudo da doença e para sua própria educação. No século XVIII e início do XIX, os hospitais desenvolveram-se na Grã-Bretanha, no continente europeu e na América. Este desenvolvimento está ligado a importantes correntes políticas e sociais, especialmente o mercantilismo e o despotismo esclarecido, a iniciativa privada e a ação cooperativa, a concepção de uma política nacional de saúde, além de ter sido por elas produzido. Os hospitais fundados neste período não eram empreendimentos governamentais, foram consequência de esforços voluntários de cidadãos e foram financiados por subscrição e doação e tinham a particularidade de não receberem pacientes em condições crônicas, incuráveis ou terminais que eram encaminhados para instituições públicas. Os hospitais públicos do período deixavam muito a desejar, as enfermarias estavam sempre superlotadas, as condições higiênicas eram péssimas e a enfermagem primitiva (ROSEN, 1979).

No século XX, a aplicação do conhecimento bacteriológico e dos estudos de laboratório da Medicina Clínica levou a um aumento de pessoal médico e técnico exigido pelo hospital. Em 1880 começa a separação de espaços e pacientes e a introdução de laboratórios hospitalares. Foi também neste período que a enfermagem foi reformulada e escolas de treinamento de enfermagem foram introduzidas. Houve também um crescente reconhecimento do valor médico da atenção à cabeceira. Também a atitude pública em relação aos hospitais mudou: se antes a hospitalização era quase uma sentença de morte, na passagem para o século XX a adoção da assepsia baixou em muito a mortalidade e o público começou a aceitar os hospitais como agências de bem social. Como consequência dessa maior aceitação, por volta do começo do século XX, os hospitais começaram a admitir pacientes pagantes. Assim,

a complexidade crescente da atenção médica, a crescente aceitação do serviço hospitalar, o desenvolvimento de serviços auxiliares, organizações hospitalares mais complexas, o aparecimento da administração hospitalar enquanto profissão, crescimento de planos voluntários de pagamento de despesas hospitalares, tudo isso teve como consequência dar ao hospital um papel central na atenção médica moderna (ROSEN, 1979).

Segundo NOVAES (1990) após a Conferência de Alma-Ata, em 1978, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF, surgiu um grande impulso em quase todos os países, inclusive os da América Latina, para se alcançar a Saúde para Todos no Ano 2000, através de atividades de atenção primária de saúde. O autor entende que dentro desta perspectiva o hospital não era valorizado como parte do sistema de assistência a saúde, desconhecendo-se dessa forma, que as culturas das comunidades latino americanas sempre tiveram o hospital como uma importante base para suas necessidades de saúde. O autor diz que os hospitais da região da América Latina e Caribe representam a principal concentração de recursos da saúde, de tecnologia e de experiência profissional, não existindo provavelmente nenhum país desta região que discorde da exigência primordial de incorporar esses estabelecimentos em modelos globais ou integrais de saúde. Entende ainda que o enfoque isolado da atenção primária (nível de assistência de primeira linha, simplificada, rural e sem relação com outras organizações) não pode ser válido onde o grau de urbanização e características socioculturais colocam o hospital como ponto focal indispensável para a realização de ações globais de saúde nas comunidades. Ainda segundo o autor, os modelos de assistência à saúde na América Latina, tiveram e continuam tendo forte influência das bases conceituais de Dawson (não separação entre medicina curativa e preventiva, hierarquização, regionalização, atenção às necessidades de saúde das comunidades) e de Flexner (não trata com entusiasmo da prevenção, defende aprendizado médico intra-hospitalar, medicina orientada para o indivíduo) e que os hospitais urbanos na América Latina tradicionalmente se orientam pela assistência médica individual e curativa, seguindo o modelo de Flexner.

No Brasil, o primeiro hospital foi fundado em 1565 por jesuítas, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, cumprindo mais uma atividade religiosa

do que uma atividade médica propriamente dita. Com o passar dos anos as demais Santas Casas fundadas foram assumindo mais a cura dos doentes, exercendo papel preponderante no desenvolvimento da Medicina e na vida das comunidades. Com a modernização da Medicina e a incorporação de tecnologias sofisticadas, surgem vários outros tipos de hospitais, com destaque para os hospitais filantrópicos e os Hospitais da Previdência Social (CASTELAR & MORDELET & GRABOIS, 1993).

BUSS (1993) diz que a distribuição da rede de serviços de saúde no Brasil é extremamente desigual, quando se comparam as regiões do país, áreas urbanas ou rurais, regiões ricas ou pobres das cidades, determinando uma grande desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelas diferentes populações e estratos sociais.

Também CASTELAR & MORDELET & GRABOIS (1993) dizem que mais do que uma política de saúde de caráter nacional, foram as necessidades sentidas, definições políticas localizadas ou por interesses de grupos, que influenciaram a evolução da rede hospitalar brasileira. Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços.

Até a década de 50 não se verifica nenhuma expansão significativa da assistência médica individual à população brasileira. A partir daí os custos da assistência médica vão disparar (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

Pelo menos desde 1945 o número de leitos da rede hospitalar privada é superior ao da rede pública mas é a partir de 1950 que a rede hospitalar privada conhecerá as maiores taxas de crescimento e, principalmente, irá abandonando o seu caráter filantrópico, em favor do critério da lucratividade. Em 1950, 53,9% dos leitos totais do país eram de propriedade particular, em 1960 esse percentual havia subido para 62,1% dos quais 14,4% tinham qualidade puramente lucrativa. Em 1971, do total de leitos no país, 66,1% eram particulares subindo para 68,4% em 1975 dos quais 45,2% eram puramente lucrativos. Em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS. Depois da criação do INPS a rede privada domina a produção de serviços, principalmente internações. Ocorre ainda uma divisão de

trabalho entre os hospitais oficiais, para onde vão os casos mais graves, de tratamento mais demorado, mais difícil e mais caro e entre os hospitais privados, para onde vão os casos mais simples, mais rápidos, mais baratos e mais lucrativos. Em 1970, 95,8% do volume de internações previdenciárias eram feitas por terceiros, percentual que atinge 97,4% em 1976. Em 1974 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) como instrumento de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social. Na área da saúde, das propostas de financiamento aprovadas, 79,7% foram referentes ao setor privado e destes, 73,8% pretendendo a instalação de leitos hospitalares (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

Entre 1950 e 1975 dobrou o número de leitos hospitalares no país e a proporção de leitos particulares sobre o total de leitos passou de 53,9% em 1950 para 68,4% em 1975. Entre 1975 e 1978 apenas 4% e 2,9% respectivamente das internações hospitalares no Brasil foram realizadas nos hospitais públicos próprios do INAMPS. Em 1975 a quase totalidade das internações são compradas aos 3.130 hospitais privados . Em 1977, dos 4.200 hospitais estimados no Brasil, com aproximadamente 400.000 leitos, um total de 2.771 hospitais e 235.884 leitos encontravam-se à disposição da Previdência Social (POSSAS, 1989).

Segundo MELLO (1983), com a expansão da assistência médica no sistema previdenciário começou a ser instituída uma política de privatização, embora isso não constasse de qualquer norma oficial. Diz que com a implantação do PPA consagrou-se a política de privatização, de hospitalização, de especialização, com características de uma completa irracionalidade. Exemplifica a afirmativa com o caso da assistência fisiológica que, em 1979, das quase 36 mil internações, apenas 13% foram realizadas nos hospitais próprios da Previdência Social e que, enquanto o tempo médio de permanência do paciente tuberculoso nos hospitais próprios não ultrapassou 43 dias, na rede privada contratada chegou a mais de 66 dias. Isso significou 600 mil diárias a mais pagas pela Previdência em um ano. Um dos argumentos que o INAMPS utilizou para prosseguir comprando serviços da rede hospitalar privada, foi que os custos dos hospitais próprios eram mais elevados do que os da rede privada. O autor entendia que este fenômeno não se devia à incapacidade dos responsáveis mas que era um fenômeno deliberado para demonstrar a inviabilidade da empresa hospitalar

pública. E afirmava que o INAMPS “em 1980 foi responsável, direta ou indiretamente, total ou parcialmente, por mais de 11 milhões de internações, a quase totalidade no setor privado, embora os hospitais oficiais tivessem funcionado com uma ociosidade estimada, oficialmente em mais de 60%” (MELLO, 1983, p. 35-36). O mesmo autor informa que, no período compreendido entre 1974 e 1980, a quantidade de internações pagas pela Previdência Social à rede hospitalar contratada teve, em termos proporcionais, um aumento superior a 105%.

Segundo RODRIGUES FILHO (1989), nenhum país do mundo teve um crescimento de internações hospitalares tão rápido como o Brasil, em um espaço de tempo tão curto. No período de dez anos (1971 a 1981) houve um crescimento de 250%. Considerando que os Estados Unidos, que têm alta taxa de hospitalização, levaram 30 anos para duplicarem suas admissões hospitalares, o crescimento brasileiro é altamente significativo.

Analisando-se a evolução das internações produzidas no Brasil entre 1987 a 1990, verifica-se um crescimento de 2,39% ao ano no período e, embora o setor público seja minoritário na produção de internações, apresentou um crescimento mais veloz no período (4,83%) do que o setor privado (1,81% ao ano). Este crescimento não foi linear nas regiões, com a região sudeste apresentando uma queda de 0,08% ao ano (UFMG, 1993).

No período de 1989 a 1994, as internações hospitalares cresceram de 11,5 milhões para 14,7 milhões (MENDES, 1996).

Segundo MENDES (1996), “tudo parece indicar que deve haver redução das internações que, no SUS, não necessitariam de ser mais de 7% ao ano, número próximo aos praticados por certas modalidades da atenção médica supletiva em nosso país” (MENDES, 1996, p. 182).

BUSS (1993) aponta que, no decorrer da década de 80, verificou-se uma involução na oferta de recursos hospitalares: em 1980, os leitos disponíveis somavam 509.168 ou 4,28 leitos/1.000 habitantes, relação que cai para 3,72 em 1989, apesar de uma leve expansão no número absoluto. Frente a um crescimento estimado da população de 18,3% no mesmo período, a oferta de leitos cresceu apenas 2,7%, graças à

expansão de leitos privados (+4,68%) já que a quantidade de leitos públicos decresceu (- 2,61%). O mesmo autor ao examinar esta questão numa fração de tempo maior (1960 a 1990), observou que a população brasileira cresceu aproximadamente 104% no período considerado, enquanto a capacidade instalada de leitos foi incrementada em cerca de 143%. No mesmo período, os leitos privados cresceram 191% e os leitos públicos apenas 58%.

Em 1989, o Brasil possuía 34.831 unidades de saúde sendo 65% públicas e 35% privadas. Com relação aos hospitais invertia-se a distribuição: dos 6.411 estabelecimentos, 80,4% eram privados e 19,6% eram públicos. Em 1990 existiam 6.532 estabelecimentos dos quais cerca de 79% classificavam-se como de natureza privada (BUSS, 1993; UFMG, 1993).

No Brasil, em 1990, havia 7.280 estabelecimentos com internação, destes 6.532 eram classificados como hospitais e 748 como unidades mistas. A grande maioria destes estabelecimentos era de natureza privada. Dos 6.532 hospitais, mais de 55% estavam concentrados nas regiões sul e sudeste. O tipo de hospital predominante em todo o país é o privado lucrativo. Em 1990 havia 533.558 leitos no Brasil. Deste total, 48,5% estavam localizados nos estados do sudeste (UFMG, 1993).

Em 1980, o número de leitos no Brasil era 509.168, em 1989 era 522.895 e em 1990, 533.558. Mas em 1989 existiam 1.508 municípios brasileiros sem sequer um leito hospitalar. Dos leitos disponíveis no país, em 1989, 77,1% eram privados e 22,9% públicos. Em 1990, 76,6% eram privados e 23,4% públicos. Esta situação explicita uma grande dependência ao setor privado o que dificulta o papel de regulação do Estado (BUSS, 1993; UFMG, 1993).

Relacionando o número de leitos existentes com a população no país, encontra-se, segundo a portaria nº 3046/MPAS, o parâmetro de 2,32 leitos/1000 habitantes; a OMS estabelece como razoáveis taxas entre 3,5 e 5,0 leitos/1000 habitantes. (RODRIGUES, 1979; BUSS, 1993; UFMG, 1993).

MELLO (1977b) questiona a relação matemática de leitos e o número de habitantes, quando não se leva em conta que o consumo de assistência hospitalar decorre, além da nosologia prevalente, de uma série de fatores sociais, econômicos, culturais e demográficos, exemplificando que a composição etária da população tem considerável influência na demanda de hospitalização.

As taxas de hospitalizações por mil habitantes no Brasil cresceram significativamente entre 1972 e 1980 e à medida que as hospitalizações iam crescendo, os hospitais contratados foram aumentando o percentual de casos menos complexos (RODRIGUES FILHO, 1989).

Relacionando os leitos existentes com a população no país, encontramos as taxas de 4,28 leitos/1000 habitantes em 1980, 3,72 em 1989 e 3,65 em 1990, mostrando ter havido uma involução na oferta de recursos hospitalares, apesar do crescimento no número absoluto. A taxa média encobre as diferenças regionais. Assim, enquanto na Região Norte a relação foi respectivamente 2,12 por mil e 2,06 por mil em 1989 e 1990, na Região Sudeste foi de 4,34 e 4,16 por mil (BUSS,1993; UFMG, 1993).

Em 1993, o Brasil tinha uma média de 3,31 leitos SUS/1000 habitantes, variando de 4,59 no Rio de Janeiro a 1,38 no Pará. Esta capacidade de oferta é bem superior a de países de desenvolvimento semelhante: Chile, 3,2; Costa Rica, 2,5; Venezuela, 2,3; Colombia, 1,5; México, 1,0. Sabe-se, pela Lei de Roemer, que se há oferta de leitos eles tendem a ser usados (MENDES, 1996).

A taxa de internações por 100 habitantes é uma relação muito utilizada como indicador de oferta de serviços de saúde, no que se refere a necessidade da população. As taxas de internações dentro do SIH-SUS cresceram de 6,97/100 habitantes em 1984 para 9,29 em 1991. Este crescimento se deve possivelmente à introdução, no sistema, da produção dos hospitais universitários em 1987 e dos hospitais públicos a partir de 1989 (BUSS, 1993). As internações hospitalares produzidas em 1989 somaram 18.484.908 (13,1 internações por 100 habitantes) sendo 80,8% no setor privado e 19,2% no público. O SUS ofereceu diretamente ou financiou cerca de 75% das internações (BUSS, 1993).

Em 1990 a média para o Brasil foi de 13,02 internações/100, taxa acima dos parâmetros da portaria nº 3046 que é de 10 internações/100 beneficiários/ano. Também aqui é encontrada uma grande variação entre regiões (11,29 para os estados do Norte até 17,77 para o Centro-Oeste) e dentro de uma mesma região (UFMG, 1993).

2.2.1 Financiamento da Rede Hospitalar

O método de pagamento interfere na direcionalidade do setor saúde no sentido de que os prestadores respondem a estímulos, positivos ou negativos, inerentes a cada sistema de pagamento (MENDES, 1996).

As formas de pagamento do gestor para os diferentes prestadores de serviços de saúde (hospitais, ambulatorios, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, médicos, etc.) podem fazer-se através de: unidades de serviços, (baseada em atos médicos); por procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico (tabelas de procedimento); por diária (paciente/dia); por capitação (per capita por determinado período); por salário (trabalho de um mês); e por transferência orçamentária (todos os serviços proporcionados por uma instituição em um período considerado) (MENDES, 1996).

Esses modos de pagamento podem ser agrupados em dois grandes grupos: retrospectivo, com o pagamento feito anteriormente à prestação de serviços, como no caso do pagamento por orçamento global e por capitação; e prospectivo, no qual o pagamento é feito depois dos serviços terem sido prestados, como no caso de unidades de serviço, a diária e os procedimentos por grupos afins de diagnóstico (MENDES, 1996).

Cada uma das formas de pagamento apresenta vantagens e desvantagens: - no pagamento por unidade de serviço o repasse ao prestador é feito em virtude do número de atos realizados multiplicado pelos seus respectivos valores, definidos com base em tabelas previamente concertadas entre as partes. Este tipo de pagamento leva ao aumento dos custos dos serviços, pelo incentivo que lhe é inerente, a indução da demanda pela oferta.

Além disso, estimula serviços desnecessários, aumenta a iatrogenese, quebra a lógica da integralidade e não valoriza os procedimentos preventivos;

- no pagamento por grupos afins de diagnóstico o prestador recebe, periodicamente, o valor correspondente à soma dos procedimentos realizados, multiplicados por seus valores respectivos, constantes em uma tabela. Para que esse sistema funcione, é necessário o desenvolvimento de um sistema de classificação do produto médico que o agrupe em classes homogêneas. O sistema tem uma lógica baseada no fato de que o prestador tem de otimizar a diferença entre preço e custo, o que implica diminuir os custos médios, constituindo forte incentivo ao aumento da eficiência. Outra vantagem está em que a remuneração do prestador guarda relação estreita com os resultados. O sistema tende também a diminuir o número de atos médicos, as taxas médias de permanência nos hospitais e os insumos usados por procedimento. As desvantagens do pagamento por grupos afins de diagnóstico são várias: a dificuldade técnica de colocar todos os casos na classificação do produto; os prestadores podem alterar diagnósticos para obter pagamentos mais elevados; existe incentivo em dar alta prematura e depois reinternar o paciente; pode haver diminuição na quantidade ou na qualidade dos insumos e dos serviços contidos no procedimento; pode haver subordinação da qualidade dos serviços à sua economicidade; pode facilitar a corrupção; exige sistemas de controle complexos e de custos altos; estimula a seleção adversa e o *paciente dumping*; os valores das tabelas podem ser distorcidos por defasagens dos custos-padrão ou por movimentos inflacionários; o sistema leva o prestador a definir suas decisões alocativas e de produção pelo *mark-up* esperado de cada tipo de produto; os valores dos procedimentos estão sujeitos à pressão de grupos de interesses mais organizados e exige sistemas sofisticados de informação e de auditoria, próprios de uma gerência eficaz;

- no pagamento por capitação o repasse dos recursos é definido pelo número de pacientes vinculados a um prestador que deve ser multiplicado por um valor *per capita* que inclui os serviços a serem prestados a cada indivíduo. O sistema é simples, operando com custos baixo; incentiva o prestador a minimizar os custos; induz a existência de uma racionalização dos serviços baseada na regionalização e na hierarquização. As principais desvantagens são: pode levar à seleção adversa dos pacientes segundo risco ou custo; tendem a reduzir a qualidade dos serviços, sobretudo em ambientes não competitivos;

incentiva a subprestação de serviços e pode incrementar a referência a cuidados especializados:

- no pagamento por salário existe o repasse direto de um valor por um período fixo de trabalho, normalmente o mês. Como vantagens tem de ser simples, facilita elaboração de orçamentos, não incentiva demanda por oferta e tende a diminuir intervenções desnecessárias e custosas. Como desvantagens: baixa qualidade na relação médico-paciente; tendência à diminuição da produtividade; facilita a organização corporativa para fugir do controle burocrático; induz limitações de desempenho; incentiva a especialização dos cuidados e não responde a demanda dos consumidores; sferências orçamentárias o repasse se dá periodicamente com base em um teto financeiro anual, negociado entre gestor e prestador. Tem duas variantes: o orçamento por item de despesa (o teto anual é distribuído por item de despesa) e o orçamento global (há fixação do teto anual que é gasto com flexibilidade). O orçamento por item de despesa apresenta como vantagens sua média complexidade administrativa e controle de custos e como desvantagens: reforça a centralização; não estimula as iniciativas dos gerentes; incentiva a ineficiência; não estimula a gerência por resultados; é fortemente baseado em normas. O orçamento global tem como vantagens permitir o uso mais eficiente dos recursos, controlar custos, estimular a capacidade gerencial e como principal desvantagem o não incentivo a melhoria da qualidade dos serviços (MENDES, 1996).

Em 1962, O Conselho Médico da Previdência Social (CMPS), que era um órgão assessor do Departamento Nacional da Previdência Social (órgão de máxima autoridade nos assuntos previdenciários) elaborou um documento propondo a primeira Tabela de Remuneração de Serviços Médicos e um Plano de Classificação de Hospitais. Segundo CORDEIRO (1984, p. 42) “essa tabela e os critérios nela propostos para credenciamento, avaliação, classificação e remuneração dos serviços médicos tiveram enorme repercussão na organização hospitalar brasileira, servindo de base para outras normas que, posteriormente, regulamentariam a prestação de serviços médicos contratados”.

Já foi visto que o INPS adotou, de forma prioritária, a política de compra de serviços de terceiros, em detrimento dos investimentos em seus serviços próprios. Para o setor privado contratado era destinada a maior parte dos recursos. O sistema contratado se estruturava de duas formas: credenciamento e convênios. O credenciamento era feito com casas de saúde e hospitais cujo pagamento era por unidade de serviço (US), exceção feita para a Tisiologia e Psiquiatria cujos contratos eram globais por diária. Já os convênios eram feitos com empresas industriais e comerciais que contratavam empresas médicas de grupo e cooperativas médicas, através do sistema de pré-pagamento (POSSAS, 1989).

A lógica do sistema de pagamento por US consistia em realizar um número cada vez maior de procedimentos mais bem remunerados, enquanto na lógica do pré-pagamento, tentava se reduzir ao mínimo o número de internações para reduzir custos, elevando assim os lucros (POSSAS, 1989).

No pagamento por US existiam tabelas definindo o montante de US por tratamento adotado e o pagamento era feito pelo número de serviços realizados. Segundo MELLO (1977a) esse sistema de pagamento era comprovadamente um fator incontrollável de corrupção. O mesmo autor cita o exemplo das taxas de cesariana (o parto cirúrgico era melhor contemplado na tabela de US do que o parto normal) que eram muito mais altas nas maternidades contratadas (50%) quando comparadas com as taxas (11%) dos hospitais próprios da Previdência Social (GENTILE DE MELLO, 1983).

Segundo POSSAS (1989) esta modalidade de pagamento de prestação de serviços por US transformou os hospitais na grande porta de entrada do sistema de saúde ao ponto de em Campinas, de cada quatro pessoas consultadas pelo INAMPS, em 1976, uma acabava sendo internada.

CORDEIRO (1991) diz que as medidas de racionalização e financiamento da rede privada contratada foram concretizadas no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que passou a adotar um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos (Autorização de Internação Hospitalar - AIH), cujos valores eram definidos pelo valor médio de cada procedimento estabelecido a

priori. Substituiu-se a Guia de Internação Hospitalar (GIH) cujos critérios de pagamento baseavam-se nos atos médicos realizados em um dado paciente.

Assim, tem-se hoje no Brasil como sistema hegemônico, o pagamento prospectivo por procedimento, que é uma forma particular de pagamento por grupos afins de diagnóstico, introduzido em 1983 pelo SAMHPS e transformado em 1990 no sistema de repasse financeiro a todas as unidades assistenciais, hospitalares e ambulatoriais que integram o SUS, estatais e privadas, mediante a introdução do SIH-SUS e SIA-SUS (MENDES, 1996).

Segundo BUSS (1993), enquanto o volume de internações pagas pelo SUS cresceu 51,8% no período de 1984 a 1991, houve um crescimento de 285,3% nas despesas.

Em 1993, os percentuais relativos de transferências federais para pagamento de internações hospitalares atingiram 62,2% e caíram para 53% em 1994. Destaca-se que no Canadá, em 1995, o gasto hospitalar foi de 37,3% do gasto total em saúde (MENDES, 1996).

O gasto médio por internação era de US\$ 83,43 em 1984, US\$ 211,7 em 1991 e US\$ 245,37 no primeiro semestre de 1994 (BARRETO & CARMO, 1994).

O tempo médio de permanência no período de 1984 a 1991 variou entre 6,84 a 7,25 dias. Houve um aumento de 61,8 milhões em 1984 para 93,9 milhões em 1991 do total anual de dias de hospitalização contratada pelo SUS (BUSS, 1993).

O custo-médio-dia no país passou respectivamente nos anos de 1984 e 1991 de US\$ 12,06 para US\$ 30,60, elevando-se para US\$ 39,49 quando se expurga os valores pagos por internações de doenças mentais (BUSS, 1993).

Os gastos com internações variaram de região para região em 1991, com as regiões Sul e Sudeste apresentando gastos superiores ao valor nacional médio. O SUS teve um gasto médio de US\$ 19,66 por habitante com hospitalização em 1991, variando entre US\$ 7,71 na região Norte e

US\$ 24,33 na Região Sul, uma diferença de 3,1 vezes. As explicações para esta diferença estão na complexidade tecnológica dos hospitais e na composição proporcional das causas das internações, que influem no preço por internação paga pelo SIH-SUS (BUSS, 1993).

2.3 O Sistema de Informação Hospitalar

Segundo MORAES (1994), foi a partir de 1931 que as informações relativas à saúde começaram a ser trabalhadas em todo o território nacional pela Diretoria Geral de Informações, Estatísticas e Divulgação do Ministério da Educação e Saúde, transformada em 1939 no Serviço de Estatística da Educação e Saúde (SEES). A mesma autora informa que em 1938 foi formado o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e que em 1941, na Primeira Conferência Nacional de Educação e Saúde, foi definido o levantamento da situação na área da saúde em todo o país através do "Questionário Sobre a Situação Sanitária e Assistencial dos Estados", mostrando uma maior preocupação com as estatísticas relativas à saúde.

Com a determinação (Resolução nº 355 do Conselho Nacional de Estatística) da colaboração do IBGE a partir de 1948, o levantamento passa a ser considerado como Estatísticas Médico-Sanitárias, sendo incorporado ao Plano das Campanhas Estatísticas. Assim cabia ao IBGE o papel de coordenação e de coleta de dados e ao SEES o de sistematizar os resultados finais das estatísticas de saúde. Mesmo continuando a fazer parte das Campanhas Estatísticas do IBGE, a partir da criação do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 1.920 em 25 de julho de 1953), as estatísticas de saúde passaram a pertencer à Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde. Com um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o IBGE em 1975, o IBGE assumiria os encargos de coleta, apuração, sistematização e divulgação dos dados da pesquisa de saúde que passou a ser chamada "Assistência Médico-Sanitária" (MORAES, 1994).

Segundo MORAES (1994), dois fatos foram definitivos para a atual estruturação das informações em saúde no país: primeiro, a constituição da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV (Lei nº 6125 de 4/11/1974) e o segundo foi a realização

da Primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informações de Saúde, ocorrida em Brasília de 17 a 21 de setembro de 1975 com o objetivo de discutir um plano de ação para o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informação em Saúde. A mesma autora identifica dois "blocos lógicos" predominando nos sistemas de informação de saúde, como respostas às práticas institucionais: o MPAS/INAMPS e o Ministério da Saúde. O primeiro, estruturou seus sistemas seguindo uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora elegendo o procedimento médico como seu evento básico de interesse. O segundo, organizou seus sistemas norteado por uma lógica campanhista, criadora de programas verticalizados e voltado para determinados agravos ou grupos de risco.

Até 1976 a revisão e o pagamento das contas médicas hospitalares era feita pelo INPS, de forma manual. Em 1976/77 foi implantado o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH) que dispunha da Guia de Internação Hospitalar (GIH) e da Tabela de Honorários Médicos para os atos profissionais, cujos valores eram expressos em Unidades de Serviço (US). O sistema era operado pela DATAPREV mas mantinha um volume acentuado de análises manuais realizados pelos médicos revisores do INAMPS. A partir de 1979 o MPAS, através do INAMPS e da DATAPREV, inicia estudos para a conformação de um novo modelo de pagamento com base em procedimentos clínicos e cirúrgicos. Em outubro de 1980 é apresentada a versão final do Projeto SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social cujas bases consistiam de: tabela de procedimentos organizada segundo o diagnóstico e padronizada de acordo com a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial de Saúde; valores discriminados separadamente para pagamento de serviços hospitalares e dos profissionais; sistema de atribuição de um determinado número de pontos, equivalentes às US então vigentes, para cada ato profissional e índice de valorização do desempenho hospitalar. Para o estabelecimento do valor financeiro de cada procedimento foi efetuada análise de contas apresentadas pelos hospitais e processadas entre dezembro/79 e junho/80, calculando-se médias dos valores pagos para os serviços hospitalares e profissionais, separadamente. Em agosto de 1981, o SAMHPS/AIH foi implantado experimentalmente na cidade de Curitiba (LEVCOVITZ, 1993).

Em outubro de 1981 ocorreram várias denúncias de fraudes contra o SNCPCCH e o MPAS realizou auditorias em contas de hospitais contratados, constatando fraudes em cerca de 90% dos documentos analisados, sendo as principais: pacientes inexistentes; falsificações em diagnósticos; complicações inexistentes; excessiva cobrança de diárias; cobrança de exames e medicamentos não realizados ou utilizados; reapresentação de uma mesma conta; internações e exames desnecessários; cobrança irregular de taxas de utilização de CTI e Centro Cirúrgico e cobrança indevida de honorários. Em 1982, com a crise de financiamento e a instalação do Plano do CONASP, na parte destinada a assistência hospitalar foi proposta a substituição do SNCPCCH com a implantação nacional do SAMHPS/AIH, que foi sendo implantado progressivamente entre agosto de 1983 e fevereiro de 1984. Em abril de 1986 o SAMHPS é integralmente estendido às entidades hospitalares filantrópicas e beneficentes, através de convênio-padrão específico. Em junho de 1986 inicia-se o processo de diferenciação do IVH - Índice de Valorização Hospitalar para hospitais filantrópicos, com limites mais altos que os vigentes para os contratados. Em maio de 1987 o SAMHPS/AIH é estendido aos hospitais universitários e de ensino, com nova diferenciação do IVH baseada em critérios de integração na rede assistencial, complexidade da unidade e perfil do ensino ministrado. Em 1988 toda a direção geral do INAMPS é substituída em consequência da troca do ministro da Previdência e Assistência Social e a nova direção coloca restrições ao processo de descentralização da gestão do SAMHPS/AIH para as Secretarias Estaduais de Saúde. No entanto, em 1989 iniciam-se em alguns estados, processos de descentralização para as Secretarias Municipais de Saúde. Em 1990, o INAMPS é transferido para o Ministério da Saúde que assume a municipalização como eixo condutor da implantação do SUS, sendo iniciadas experiências em diversos estados para incorporação dos hospitais públicos ao SAMHPS/AIH. Em 1991 é aprovada a Norma Operacional Básica nº 01/91 e o SAMHPS/AIH é redenominado SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde que passa a ser a forma exclusiva de remuneração/financiamento de internações hospitalares com recursos do INAMPS/MS; neste ano também é concluída a incorporação dos hospitais públicos ao SIH/SUS. Em 1991 é extinto o IVH com concomitante duplicação do valor da Tabela Básica de Procedimentos e Valores (LEVCOVITZ, 1993).

Segundo MENDES (1996) o fato do SAMHPS ter se baseado no sistema de pagamento por US, que originava a GIH, distorcida pelas fraudes, gerou críticas e acrescenta “o sistema de classificação do produto hospitalar resultante é extremamente precário, com pouca possibilidade de lograr a obtenção de grupos homogêneos de custos, o que compromete um sistema de pagamento por grupos afins de diagnóstico” (MENDES, 1996, p 213). O autor, no entanto, não defende a condenação do sistema nem seu fim imediato, afirmando que “se deveria ter mais cautela e não jogar fora, de maneira precipitada, uma experiência acumulada de muitos anos, que vem sofrendo aperfeiçoamentos contínuos e que tem grande potencial a ser explorado como sistema de informações, ainda que esteja longe de ser um sistema de pagamento ideal” (MENDES, 1996, p 213).

No momento da extinção do INAMPS, o Sistema AIH foi responsabilizado por toda a sorte de fraudes e distorções existentes no sistema de saúde brasileiro mas, segundo LEVCOVITZ (1993), culpar o Sistema AIH pelas fraudes é o mesmo que culpar o formulário da declaração do imposto de renda pela ampla sonegação de impostos existente no país.

Também MENDES (1996) diz que as fraudes são anteriores ao SUS, aos baixos valores dos procedimentos atualmente vigentes e à introdução das autorizações de internação hospitalar. O autor acredita que o combate às fraudes passa pela adoção de um sistema de regulação, combinando-se mecanismos de controle institucional e de controle social.

2.3.1 A Autorização para Internação Hospitalar - AIH

Dentro do SIH-SUS, o formulário AIH é o documento central.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde - Módulo do Hospital (1996), a AIH “é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do sistema” e “é através deste

documento que Hospitais, Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT se habilitarão a receber pelos serviços prestados”.

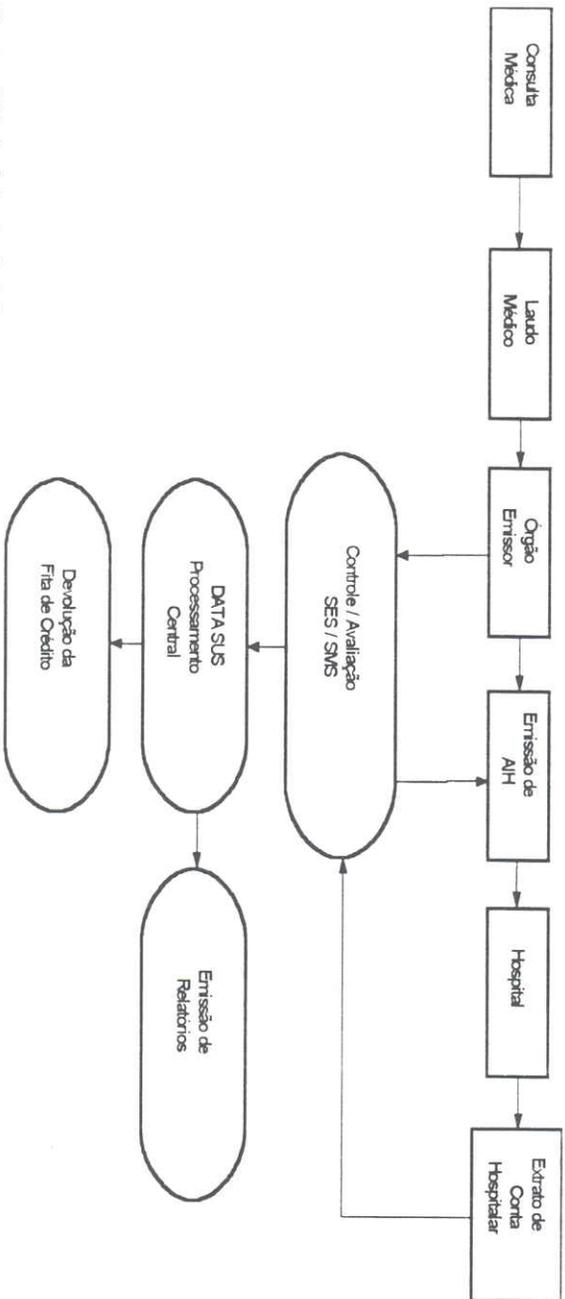
Atualmente, existem três tipos de documento AIH:

- AIH - Identificação 7 - Formulário
- AIH - Identificação 1 - Meio Magnético
- AIH - Identificação 5 - Longa Permanência

Na AIH existem dados referentes a seis campos: identificação do hospital; identificação do paciente; identificação do responsável pelo paciente; caracterização da internação; procedimentos especiais e serviços profissionais.

O fluxo do sistema que consta no referido manual é o seguinte (FIG.1):

FIGURA 1 - Fluxo da AIH



Fonte: Ministério da Saúde

Atualmente, de acordo com o Manual do MS - Módulo do Hospital, 1996, existem 93 motivos de rejeição da AIH, que são feitos pelo sistema.

Sabe-se que a vinculação da informação clínica com mecanismos de reembolso pode interferir na qualidade da informação e sendo basicamente um instrumento de pagamento, a fidedignidade das informações nosológicas da AIH são sempre questionadas devido a possibilidade de distorções .

No estudo realizado por LEVCOVITZ (1993) compreendendo o período de 1983 a 1991, o autor verificou que ao longo do período estudado, e, particularmente a partir de 1990-1991, os prestadores , especialmente os privados, foram adotando a seleção de pacientes com patologias mais lucrativas e a cobrança de complementação de pagamento diretamente do usuário.

Também segundo MENDES (1996), uma auditoria realizada em 5.000 hospitais brasileiros, cujo relatório preliminar foi elaborado em maio de 1995, concluiu que 17,5% dos hospitais funcionavam precariamente e que 21,7% das AIH examinadas apresentaram distorções, identificando as seguintes irregularidades: inexistência dos espelhos das AIH nos prontuários médico-hospitalares; manipulação de tabela; falta de comprovação radiológica nas patologias pulmonares; diagnóstico não confirmado; internação desnecessária; tratamento incompatível com diagnóstico; cobrança indevida de diária de unidade de UTI; cobrança indevida de auxiliar de cirurgia sem a participação do profissional; laudo incompleto para emissão de AIH; inexistência de prontuário com AIH emitida; alta precoce; prontuários incompletos, ilegíveis, sem carimbos e assinaturas dos profissionais envolvidos, sem descrição cirúrgica ou com ela incompleta, sem ficha de anestesia ou incompleta, com datas adulteradas, sem anotações de enfermagem ou incompleta, sem checagem de medicação, sem evolução médica ou mal preenchida, exames subsidiários sem os devidos comprovantes de realização; cobrança indevida de diária de acompanhantes; uso indevido de CPF de outro profissional no tipo 7; cobrança em AIH de procedimentos passíveis de tratamento ambulatorial; elevado índice de cesarianas; cobrança indevida de códigos de procedimentos obstétricos com pediatra

na sala; cobrança indevida de serviço auxiliar de diagnóstico e terapia; e divergência de datas entre AIH e prontuário.

VERAS & MARTINS (1994), alertados sobre a alteração deliberada e sistemática no perfil nosológico e de procedimentos do hospital com o objetivo de aumentar o reembolso que ocorria nos Estados Unidos (conhecido como "DRG creep") resolveram verificar a confiabilidade nos formulários de AIH no Rio de Janeiro em 1986. Nesta época os formulários eram preenchidos apenas pelos hospitais privados contratados pelo INAMPS. Os autores chegaram às seguintes conclusões:

- dentre as variáveis administrativas e demográficas: sexo, idade e tempo de permanência, apresentavam grande confiabilidade;
- a confiabilidade para as variáveis relacionadas com a composição da equipe cirúrgica foi baixa, existindo uma maior frequência de cirurgiões nos dados anotados nos formulários de AIH do que nos dados do prontuário médico. Isso sugere que alguns hospitais anotavam informações nos formulários com o objetivo de reembolso sem ter prestado serviço ao paciente. Situação inversa foi observada com os anestesistas, resultante da prática dos anestesistas de cobrarem diretamente dos pacientes;
- os serviços auxiliares diagnósticos e terapêuticos apresentaram baixa confiabilidade;
- com relação a confiabilidade no diagnóstico principal, verificou que diagnóstico mais agregados (com três dígitos) apresentaram maior confiabilidade que os diagnósticos com 4 dígitos;
- a confiabilidade da variável procedimento realizado foi alta, apesar desta constituir a unidade de pagamento do mecanismo de pagamento fixo por procedimento, isto é, de ser uma variável que definia os valores de reembolso dos hospitais. Apesar deste resultado favorável, observou-se que nos casos de discordância que envolveram procedimentos com valores de reembolso diferentes, a probabilidade maior foi do hospital classificar a internação em procedimentos de maior valor comparativamente ao procedimento anotado pelo entrevistador da pesquisa;
- as variáveis de resultado, óbito e transferência, apresentaram alta confiabilidade e a morte perinatal apresentou baixa confiabilidade.

Por fim os autores concluíram que “no geral, considera-se que os resultados obtidos por este estudo indicam que a qualidade das informações disponíveis no banco de dados, constituídos pelos dados anotados nos formulários AIH era de alguma forma, melhor do que a qualidade corriqueiramente imputada a esse banco de dados” (VERAS & MARTINS, 1994, p.353).

LEVCOVITZ (1993) aponta alguns aspectos que devem ser considerados quando da análise das informações do SIH-SUS sob o ângulo epidemiológico:

- as estatísticas hospitalares apontam, apenas, as frequências de eventos mórbidos que necessitam de maiores cuidados e que dependem, portanto, de assistência em regime de internação;
- as informações estão referidas ao evento internação e não a indivíduos, o que impede a construção de taxas e, portanto, a análise de risco;
- não há treinamento padronizado para classificação de doenças, o que pode acarretar erros de validação;
- o perfil tecnológico da rede assistencial tende a minimizar a frequência de determinadas patologias;
- a fidedignidade das informações nosológicas pode estar limitada pelo fato de a AIH ser um instrumento de pagamento, sujeito, portanto, a distorções.

A todas estas questões , acrescenta-se ainda a sugerida por MENDES (1996, p.189) que “quanto mais se sofisticam os sistemas estatais de controle, mais se refinam os mecanismos para fraudá-los; é o caso da contratação, por prestadores, de empresas de consultoria capazes de ajustar os disquetes de cobrança aos padrões de normalidade do sistema SIH-SUS”.

Em que pese a possibilidade de distorções pela racionabilidade contábil do SIH-SUS e a necessidade de melhorar a qualidade dos dados, reconhece-se o SIH-SUS como fonte importante de informações sobre morbidade hospitalar no país e que sua utilização sistemática pode servir de estímulo la melhoria qualitativa e quantitativa dos seus dados (ROUQUAYROL, 1994; POSSAS, 1989; MENDES, 1996; VERAS & MARTINS, 1994; BARRETO & CARMO, 1994; LEVCOVITZ, 1993).

E, para concluir esta seção, recorre-se a um trecho de Mello Jorge, de 1990, citado por MORAES (1994, p. 150) :

“[...] é preciso lembrar que o Brasil é um país em desenvolvimento e que as estatísticas de que dispomos estão ainda longe de serem as ideais. Entretanto, compete aos profissionais do campo da saúde trabalhar com elas, conhecer suas limitações e saber interpretá-las. Somente assim, sabendo onde estão os seus erros e qual sua medida, será possível corrigi-los e um dia, quem sabe, melhorá-los em nível quantitativo e qualitativo. O purista científico, como dizia Greenwood (CID-9^a, 1978), que resolver esperar até que as estatísticas nosológicas, e de saúde em geral, sejam perfeitas, para começar a usá-las, não terá sido mais sábio ou racional do que o camponês de Horácio esperando o rio acabar de passar”.

2.4 O Controle e a Avaliação

Segundo MENDES (1996), as fraudes resultam da apropriação privada do Estado por interesses particulares e que foi um Estado inativo na função reguladora e a garantia da impunidade dos fraudadores que permitiram que as fraudes passassem a constituir cultura administrativa pela qual fraudar o Estado faz parte das regras do jogo e pode, ainda, servir de justificativa para baixos valores pagos a certos procedimentos.

Exemplificando como se dava essas relações entre Estado e prestadores, encontra-se em CORDEIRO (1991) a seguinte situação: era na Secretaria de Medicina Social do INAMPS onde haviam sido ancorados os interesses privados, tanto nos setores de elaboração e aprovação de contratos, quanto no departamento de controle e avaliação, onde se inseria a denominada “comissão de alto nível” constituída por três técnicos do INAMPS e três representantes da FBH, com função de negociar as normas técnicas, padrões de avaliação de desempenho, rotinas de auditorias, propostas de valores de remuneração de serviços a serem apreciadas pelo MPAS. Na gestão Hésio Cordeiro houve a reorganização do departamento de controle e avaliação a partir da substituição dos dirigentes do departamento e das coordenações, sob intensa pressão das entidades de representação dos hospitais privados que protestaram contra esta medida.

SANTOS, L. (1994) lembra que o INAMPS contratava, sob a denominação de credenciamento e cadastramento, médicos e hospitais para a prestação de serviços de saúde (70 a 80% dos serviços) e que “mantinha serviços de auditoria médica, contábil e financeira que nunca foram capazes de evitar as fraudes, o mau atendimento, a incompetência e má qualidade dos serviços de saúde [...] ficando assim patente que o poder público nunca regulou, fiscalizou e controlou, como devia, os serviços de saúde adquiridos do setor privado” (SANTOS,L., 1994, p. 33).

A partir de 1987, com o SUDS, foram criados em vários estados e municípios as Unidades de Avaliação e Controle (UAC) com a função de supervisionar os serviços contratados e de acompanhar a eficácia das ações praticadas, defendendo os interesses do contratante (Estado) e dos pacientes. Essas UAC limitaram-se, quando instaladas, a realizar auditorias contábeis na tentativa de reduzir as possibilidades de fraudes (CAMPOS, 1992).

Ainda segundo CAMPOS (1992), existe uma grande autonomia dos hospitais para organizarem o seu próprio processo de trabalho e modelo assistencial, mesmo naqueles com dependência do SUS. Isso se deve aos termos bastante liberais do contrato entre o SUS e os serviços privados, que apenas regulamentam os mecanismos de compras de serviços, estipulando lista de procedimentos e seus valores. Isso faz com que princípios como regionalização e hierarquização não sejam implementados.

Segundo INOJOSA (1996), mesmo depois do SUS, a descentralização trouxe para outros níveis de governo - estados e municípios - as mesmas práticas de gestão e controle do antigo INAMPS. A autora lembra que não era o setor público que, a partir de uma análise de necessidade, pesquisava o mercado para contratar serviços e sim cada vendedor potencial que solicitava ao INAMPS o credenciamento de seus leitos ou serviços. Segundo a autora é preciso que se selecione um conjunto de propriedades ou atributos considerados adequados ou desejáveis para um ato ou serviço e que se considere - julgue - em que medida esse ato ou serviço está respondendo a esses atributos. Esse juízo, essa avaliação, desencadeia o controle, que tem dimensão coercitiva e demanda um poder correspondente. No caso inampiano, a avaliação era apenas a do

próprio grupo detentor do poder de controle. Talvez por isso tenha havido a inversão, passando a ser a avaliação apenas uma função do controle.

A Reforma Sanitária pretendia superar a dicotomia entre ações curativas e preventivas para racionalizar recursos e alcançar impacto na saúde da população. Neste enfoque, a avaliação deveria centrar-se nos resultados. No entanto, não se tinha experiência nem na realização de ações integradas e integrais muito menos na avaliação de resultados dessa perspectiva, colocando-se, assim, as tarefas de se mudarem as práticas assistenciais e as práticas gerenciais, inclusive as de planejamento, avaliação e controle. No entanto, com a descentralização o que se verificou, primeiro nos estados e depois nos municípios, foi a cópia, em grande parte, da prática de relacionamento do INAMPS com o setor privado. Equipes técnicas de alguns estados e municípios incorporaram essa prática de controle com a ilusão de que poderiam produzir mudanças se aplicassem rigorosamente as normas e os instrumentos existentes, mas logo se viu que para se obter efeitos é preciso mais que boas normas e instrumentos. Para se obter uma nova perspectiva tanto na avaliação quanto no controle do SUS, seu objeto deve ser ampliado e no processo de avaliação deve haver a incorporação de outros atores sociais. “A ampliação do objeto tem o sentido de extrapolar o âmbito do controle burocrático dos prestadores privados para alcançar a avaliação de resultados, referidos à avaliação das condições de saúde da população. Tem também o objetivo de impactar o planejamento e as práticas assistenciais” (INOJOSA, 1996, p. 92). Os atores sociais a serem incorporados são os clientes e os profissionais que produzem o serviço e “além de abrir espaços para a avaliação de clientes, as organizações do SUS têm a obrigação de subsidiar a formulação do juízo, mediante a disponibilização contínua e consistente de informações de saúde e gerenciais” (INOJOSA, 1996, p. 95).

Pela Lei Orgânica da Saúde, a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação dos serviços de saúde ficam na competência do gestor do SUS que executar os serviços de saúde. Portanto essas ações, junto aos serviços contratados e conveniados, cabem ao estado ou município. Ao município compete ainda a participação no planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS em articulação com o estado. Essas competências colocam em destaque uma

questão importante para sua adequada realização: a não existência de um instrumento formal de relação entre os gestores e seus contratados ou conveniados, que os submetam às normas do SUS que, se não cumpridas, levem a sanções penais (SANTOS, L. 1994).

Segundo CAMPOS (1992, p.62), “no Brasil o que controla a qualidade assistencial dos serviços privados ainda é quase que exclusivamente a concorrência. Ou seja, o risco da perda de clientes por qualquer comprometimento da credibilidade pública do hospital ou de sua equipe; mecanismos claramente insuficientes para garantir qualidade, particularmente porque na saúde, as possibilidades de escolha são reduzidos e, em geral, é pequena a capacidade de discriminação mais refinada por parte dos usuários”.

Segundo MENDES (1996), já existe hoje uma boa base legal para instituir-se um sistema de combate às fraudes faltando, no entanto, a superação da cultura inampliada de auditoria, controle e avaliação que é ainda, hegemônica. O autor acha que não é preciso inventar e que já se observam mudanças nos sistemas de auditoria, controle e avaliação tanto em alguns estados quanto em um número crescente de municípios com: redução de internações, controle pre-facto das internações, privilegiamento das necessidades dos usuários, facilitação de acesso por meio de centrais de leito e de consultas especializadas, dentre outras ações que têm levado a uma diminuição significativa das fraudes contra o SUS.

3. MATERIAL E MÉTODOS

“Estranhem o que não for estranho.
Tomem por inexplicável o habitual.
Sintam-se perplexos ante o cotidiano.
Tratem de achar um remédio para o abuso.
Mas não se esqueçam
de que o a
buso é sempre a regra.”
(A EXCEÇÃO E A REGRA - Bertolt Brecht)

3.1 Fonte de Dados

Os dados utilizados tiveram como fonte o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde (as de gestão semiplena), sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

As unidades hospitalares integrantes do SUS enviam as informações das internações efetuadas através da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, para os gestores estaduais ou municipais (os de gestão semiplena) que as enviam para o DATASUS para processamento, gerando-se uma importante Base de Dados, contendo grande parte das internações realizadas no Brasil.

O SIH-SUS coleta mais de 50 variáveis relativos às internações e através da Internet, o DATASUS disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do SIA-SUS.

O SIH-SUS configura-se como uma grande base de dados apresentando informações de natureza socio-demográfica, nosológica, assistencial e financeira. Atualmente seus dados são oriundos de hospitais públicos, universitários, filantrópicos e privados contratados ou conveniados com o SUS.

Este sistema representa a única fonte regular com amplitude nacional sobre morbidade hospitalar no país.

As formas de acesso aos dados foram duas:

- pela Internet, no endereço www.datasus.gov.com.br
- pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que disponibilizou alguns CD e os arquivos RD, CH e PROC, que por sua vez, também são oriundos do DATASUS.

3.1.1 Internet

A Fundação Nacional de Saúde - FNS, foi criada através do Decreto 100 de 16/04/91 tendo o DATASUS como órgão integrante de sua estrutura básica. A partir dos quadros e recursos de informática da DATAPREV, FSESP e SUCAM, o DATASUS iniciou suas atividades em 01/10/91.

Para a realização da Oficina de Trabalho "Utilização de Grandes Bancos de Dados Nacionais" ocorrida no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia em 1992, foi preparada uma versão preliminar do "Diretório de Bases de Dados de Interesse da Saúde" através de uma iniciativa conjunta entre DATASUS e FIOCRUZ. A Oficina de Trabalho recomendou a publicação do Diretório para permitir um maior acesso de profissionais de saúde ao documento. A primeira publicação ocorreu em 1993 e desde então o DATASUS assumiu o compromisso de manter atualizadas as informações do Diretório, mantendo-o disponível para acesso pela Internet.

Pela Internet foi possível obter dados relativos a internações hospitalares e morbidade hospitalar do SUS.

Com relação as Internações, o DATASUS disponibiliza, através da Internet, as seguintes informações para tabulação sobre a Base de Dados do SIH-SUS:

- Ano e mês de competência: período de competência do processamento, sendo igual ao mês anterior ao da apresentação da AIH para faturamento. Corresponde geralmente ao mês da alta, não correspondendo nas seguintes situações: AIH reapresentada; AIH apresentada com atraso e AIH de longa permanência;

- Local de internação: local onde a unidade hospitalar está estabelecida. De acordo com a sistemática de pagamento das AIH, alguns hospitais estão alocados a uma UF que não corresponde à UF real. Este dado está disponível a partir de 1992;
- Natureza: corresponde ao tipo de vínculo que a unidade hospitalar tem com o SUS, se contratados, filantrópicos, universitários, federais, estaduais e municipais;
- Regime: agregação da natureza se público, privado ou universitário;
- Gestão: se estadual, municipal ou não determinado (para dados anteriores a 1995);
- Especialidade: especialidade da internação, discriminadas para as Clínicas Cirúrgica, Obstétrica, Médica, Psiquiátrica, Tisiológica, Pediátrica, de Reabilitação, Hospital-dia, Pacientes Crônicos ou Fora de Possibilidade Terapêutica;
- AIH pagas: quantidade de AIH pagas no período, tanto de novas internações como de prorrogação (longa permanência). Não estão computadas as AIH rejeitadas;
- Internações: Quantidade de AIH pagas no período não considerando as de prorrogação. Este é um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas, inclusive a dos crônicos e psiquiátricos que ultrapassaram o período máximo permitido;
- Valor Total: valor referente às AIH pagas no período, na unidade monetária da época;
- Valor médio da AIH: valor médio das AIH pagas no período, na unidade monetária da época;
- Valor médio de Internação: valor médio das AIH pagas, computadas como internações, no período, na unidade monetária da época;
- Valor de Serviços Hospitalares, Serviços Profissionais, SADT, Recém-Nato, Órtese/Prótese e Sangue: valor referente a, respectivamente,

Serviços Hospitalares (SH), Serviços Profissionais (SP), Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), Natalista em sala de parto (recém-nato), Órtese/Prótese (OPM) e Sangue, para as AIH pagas no período, na unidade monetária da época. O valor de recém-nato passou a ser calculado a partir de dezembro de 1994, quando foi integrado ao sistema;

- Dias de Permanência: total de dias de internação referentes às AIH pagas no período. São contados os dias entre a baixa e a alta, inclusive os próprios. Este valor não pode ser utilizado para calcular a ocupação da unidade hospitalar, por incluir os dias extremos e períodos fora do mês;

- Média de Permanência: Média de permanência das internações referentes às AIH pagas, computadas como internações, no período;

- Óbitos: quantidade de internações que tiveram alta por óbito, nas AIH pagas no período;

- Taxa de Mortalidade: razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH pagas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.

Com relação a Morbidade Hospitalar, o DATASUS disponibiliza, através da Internet, as seguintes informações para tabulações de morbidade sobre as Bases de Dados do SIH-SUS:

- Ano e mês de competência, Local de internação, internações, AIH pagas, Valor Total, Valor médio da AIH, Valor médio das internações, Dias de Permanência, Média de Permanência, Óbitos e Taxa de Mortalidade: com a mesma descrição dos dados relativos às internações;

- Capítulo CID: causa da internação, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças;

- Lista Básica CID: causa da internação, segundo a Lista Básica para Tabulação da Classificação Internacional de Doenças;

- Lista Estendida CID: causa da internação, segundo classificação estendida da Lista Básica para Tabulação da Classificação Internacional de Doenças;

- Lista CID-BR: causa da internação, segundo a CID-BR, uma versão da Lista Básica para Tabulação da Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão, adaptada à realidade brasileira;

- Sexo: sexo do paciente (masculino, feminino e ignorado). Informação só disponível a partir de 1992;

- Faixa Etária: faixa etária do paciente dividida em menor de 1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais; e idade ignorada. Esta informação também só está disponível a partir de 1992.

Ainda com relação a Morbidade, o DATASUS faz as seguintes observações:

- A causa de internação é a informada como "Diagnóstico Principal", definida como sendo a que motivou a internação. No decorrer desta, pode haver mudança de diagnóstico, nem sempre registrada no documento. Isto pode levar a distorções, tais como óbitos na causa 650 (Parto normal), o que é, conceitualmente, impossível;

- Durante o ano de 1995, foram introduzidas no SIH-SUS novas críticas para o Diagnóstico Principal causando melhoria na qualidade da informação;

- A idade é calculada a partir das datas de nascimento e internação do paciente. Também neste caso foi feito um reforço nas críticas durante 1995, assim como para o sexo do paciente;

- Nas AIH de prorrogação (longa permanência), utilizadas principalmente para internações de pacientes crônicos ou de Psiquiatria, normalmente não estão identificados o sexo e idade do paciente. Portanto, ao solicitar as tabulações de AIH pagas, pode aparecer um volume expressivo de casos de sexo ou idade ignorados, principalmente em Psiquiatria. Isto não ocorre nas tabulações de internações, por se referirem às AIH iniciais;

- Nas internações obstétricas, cabe notar que há dois internados para uma mesma AIH: a parturiente e o recém-nato. Somente em

determinados casos (UTI neonatal, necessidade de permanência do recém-nato após 72 horas etc.) é emitida uma nova AIH para o recém-nato. Assim, pode acontecer "mistura" dos dados da parturiente com os do recém-nato, quanto ao diagnóstico, idade, sexo e óbito.

A CID admite dupla classificação dos diagnósticos em vários casos:

1- Lesões e envenenamentos - Capítulo XVII: podem ser classificados por natureza da lesão (causas 800 a 999) ou por causa externa (causas E800 a E999);

2- Determinadas doenças admitem classificação pelo agente etiológico (classificação "adaga" ou "cruz") ou pela manifestação (classificação "asterisco"). Exemplo: A meningite meningocócica pode ser classificada como 320.5* ou 036.0+;

3- A assistência ao trabalho de parto pode ser classificada dentro de Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (causas 630 a 676) ou na classificação Suplementar (causas V20 a V39). Nestes casos, não há instruções específicas no SIH-SUS determinando que classificação utilizar. Isto também pode levar a algumas distorções, mais flagrantes para lesões e envenenamentos. A maior parte das internações deste capítulo está classificada pela natureza da lesão (fraturas, ferimentos, etc.). O restante está classificado pela causa (acidentes de trânsito, agressões etc.). Assim, não há como obter o total real de internações por fraturas ou por acidente de trânsito, por exemplo.

Os valores (total e média) estão expressos na unidade monetária da época; assim, deve-se tomar cuidado com os períodos em que houve mudança de moeda. Da mesma maneira, ao se pedir o valor anual, podem estar sendo somadas unidades heterogêneas.

Não estão computados nos valores, os abonos e fatores de recomposição, como o aplicado a partir de julho de 1995.

3.1.2 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH)

Através da SMSA/BH, pela disponibilização dos arquivos e CD-ROM, foi possível obter dados referentes aos procedimentos e aos hospitais.

3.2 Informações Tabuladas

Todas as informações disponíveis para tabulação foram utilizadas, excetuando-se apenas: Natureza da unidade hospitalar, preferindo-se utilizar apenas a agregação por Regime; Gestão, porque os dados estão assim agregados só a partir de 1995; Valores Totais das AIH, pela grande variação monetária ocorrida dentro do período estudado e os Dias de Permanência, preferindo-se utilizar apenas as Médias de Permanência que possibilitam maiores discussões.

Apesar do avanço inequívoco das informações do banco de dados do SIH/SUS, algumas limitações, além daquelas já pontuadas pelo próprio DATASUS merecem ser destacadas:

- o fato das internações não corresponderem a pessoas, havendo um número maior de internações por pessoa (por questões administrativas) do que o real;
- os dados do município de residência não estarem disponibilizados pelo DATASUS pela Internet, só nos CD-ROM;
- a agregação por Regime pode levar a erro de avaliação, pelo fato de nos hospitais universitários não estar explicitada a origem de sua mantenedora, se pública, privada ou filantrópica, que interferem mais que o fato dos hospitais serem universitários ou não;
- identificou-se um problema de atualização cadastral nos dados referentes ao número de hospitais e leitos, quando comparados os dados constantes no DATASUS e na SMSA/BH.

As informações constantes nos CD-ROM foram tabuladas através do programa TAB para Windows (Tabwin), disponibilizado pelo DATASUS através da Internet.

3.3 Área de Investigação: Belo Horizonte

Os dados utilizados nesta seção foram baseados em documentos (relatórios gerenciais, textos, tese para conferência) produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Exceto pelo ano de 1992, o restante do período em estudo coincide com a gestão da SMSA/BH de 1993 a 1996, achando-se que, por isso, os dados poderão servir para uma aproximação da realidade do período, pelo menos do ponto de vista institucional.

3.3.1 Organização dos Serviços de Saúde

O município de Belo Horizonte é dividido em nove regiões administrativas, correspondendo a cada uma um Distrito Sanitário (DS) : Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada região tem suas características particulares e os DS são os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde da região, juntamente com o nível central da SMSA/BH (FIG. 2)

O processo de municipalização dos serviços de saúde de BH foi iniciado em 1991, com a transferência da rede ambulatorial básica, sendo a rede especializada transferida em 1992 (BELO HORIZONTE, 1996a).

**FIGURA 2 - Regionais Administrativas
de Belo Horizonte, 1996**



FONTE: Secretaria Municipal de Planejamento / PBH, 1996

Em 1992, a rede física da SMSA/BH contava com 118 Centros de Saúde (90 próprios e 28 municipalizados), 06 policlínicas, 06 Postos de Atendimento Médico (PAM), além de 30 pequenos laboratórios (a maioria localizada nos Centros de Saúde), um Laboratório Central e dois Laboratórios Distritais.

Quanto à rede hospitalar, de acordo com os relatórios, Belo Horizonte possuía uma rede hospitalar pública e contratada e conveniada ao SUS que dispunha de 10.925 leitos, distribuídos em 68 hospitais (54 privados e 14 públicos). Deste total de leitos, cerca de 77% eram privados e dos públicos apenas 1,7% eram municipais (referentes ao Hospital Municipal Odilon Behrens -HMOB - com 116 leitos). Além disto, dos 2.512 leitos públicos, apenas 50% estavam ativados. Em 1992 o município não tinha nenhum controle sobre as AIH que estavam sob a responsabilidade da SES, o mesmo ocorrendo com relação às urgências e emergências (BELO HORIZONTE, 1997).

Com relação ao Controle Social, em 1992 existiam estruturados o Conselho Municipal de Saúde, dois conselhos distritais e 20 conselhos locais (BELO HORIZONTE, 1996c).

Em 1993 assume uma nova gestão na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), para o período 1993-1996.

Ao final de 1996 a rede física da SMSA era constituída por 121 centros de saúde, 06 policlínicas, 06 unidades de referência especializada, 04 unidades de urgência, 01 Pronto Socorro Municipal (HMOB) e 04 laboratórios.

A rede contratada oferecia 11 postos de urgência acoplados a hospitais. A rede estadual da FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais) possuía 01 pronto socorro voltado para o atendimento ao trauma, 03 pronto atendimentos gerais, 01 de Pediatria e 02 serviços de urgência para atendimento de casos psiquiátricos.

O apoio diagnóstico era oferecido por 18 laboratórios de Patologia Clínica, 22 serviços de Radiologia, 21 de Fisioterapia, 16 de Endoscopia e 11 de Citopatologia.

O apoio diagnóstico era oferecido por 18 laboratórios de Patologia Clínica, 22 serviços de Radiologia, 21 de Fisioterapia, 16 de Endoscopia e 11 de Citopatologia.

A assistência odontológica era prestada por serviços montados em 15 sindicatos, 190 escolas, 46 centros de saúde, 01 policlínica e 02 unidades instaladas em faculdades (UFMG e PUC), além de 29 profissionais credenciados.

Para o atendimento aos serviços de diagnose de alta complexidade, o SUS-BH contava com 14 hospitais, 05 unidades ambulatoriais e 05 bancos de sangue.

Houve uma duplicação das atividades (atendimento básico, consulta médica, radiodiagnóstico, exames complementares e terapias especializadas) desenvolvidas na SMSA/BH de 1992 (9.412.564) para 1996 (18.962.114).

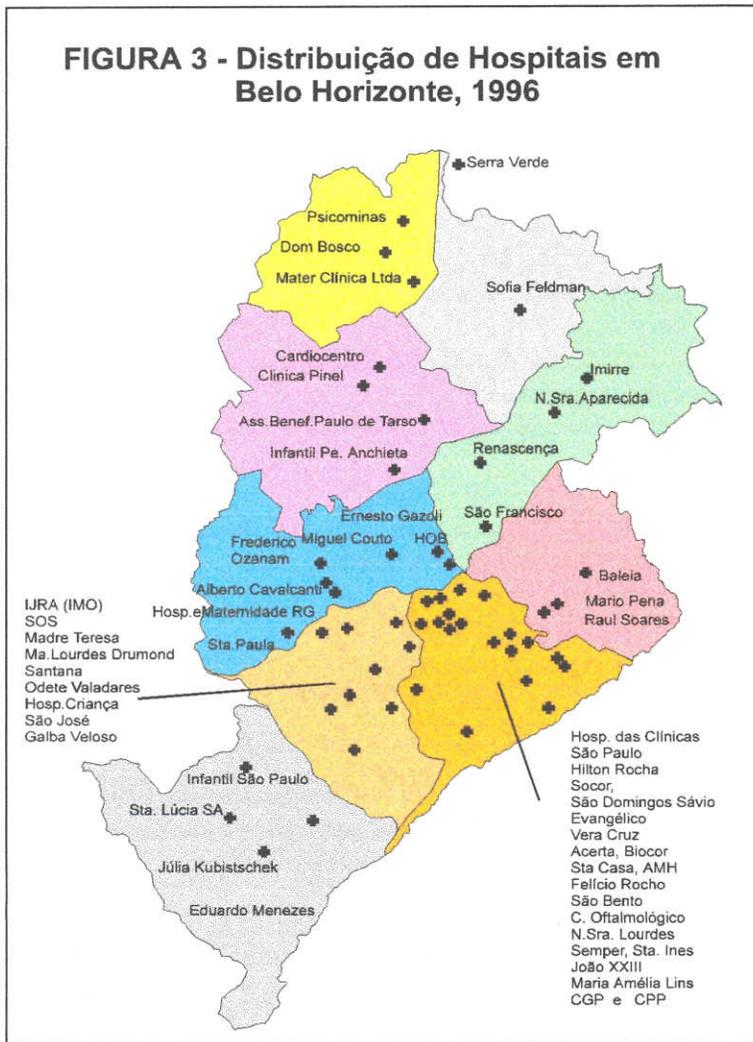
A rede hospitalar compunha-se de 57 hospitais, com grande concentração no Distrito Sanitário Centro - Sul , que ofertavam 7.835 leitos (FIG.3).

Com relação ao Controle Social, no final de 1996, existiam 09 Conselhos Distritais e 108 Comissões Locais de Saúde (BELO HORIZONTE, 1996b).

Com relação à aplicação dos recursos financeiros da PBH na área da saúde, em 1992 era, em média 8,7% dos recursos do tesouro, passando para 13,8% em 1995 (BELO HORIZONTE, 1997).

O documento "PROPOSTAS DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS-BH", elaborado em novembro de 1996, pela SMSA/BH referindo-se à herança que os modelos médico-assistencial privatista e neoliberal privatista conferiram ao município de Belo Horizonte, caracterizava da seguinte forma o sistema de saúde municipal: conformação da rede de forma desordenada, com concentração na Região Centro-Sul; inexistência de mecanismos de controle e avaliação; ênfase na assistência hospitalar; regulação pelo mercado com prevalência de interesses econômico-financeiros; exclusão e dificuldade de acesso aos serviços; cisão entre vigilância à saúde e atenção à demanda e cisão entre ações básicas e

FIGURA 3 - Distribuição de Hospitais em Belo Horizonte, 1996



FONTE: Controle e Avaliação Hospitalar /SMSA/SUS-BH

assistência hospitalar. O documento diz que, dando continuidade a um movimento já iniciado de reorganização da assistência, a gestão 93-96 adotou, como forma de reversão do modelo, a estratégia da distritalização epidemiologicamente orientada. Assim, destaca as seguintes iniciativas com relação ao modelo assistencial: utilização do planejamento local, com a definição do território e área de abrangência de cada unidade de saúde e identificação dos principais problemas de saúde da população residente na área; e a reorganização do processo de trabalho, com discussão e implantação do Acolhimento e a implantação de mecanismos de avaliação sistemática do desempenho das unidades (PRO-SUS). O documento destaca ainda os esforços na sentido de atendimento à atenção à urgência.

Em Belo Horizonte, no período de 1979 a 1992 houve uma diminuição significativa da taxa de mortalidade infantil, que passou de 64,02 em 1979 para 39,2 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1992 . Segundo o "RELATÓRIO DE ATIVIDADES 1993 - 1996" da SMSA/BH, dados do Núcleo de Epidemiologia da SMSA/BH indicaram um decréscimo da mortalidade infantil, passando para 29,3 mortes por 1000 nascidos vivos em 1995, existindo uma variação de 34,0 para a Região da Pampulha, até 27,5 para a Região Noroeste.

3.3.2 Controle e Avaliação em Belo Horizonte

A transferência das atividades de Controle e Avaliação foi definida nos primeiros meses da gestão 93-96 da SMSA/BH, através da Resolução SES/MG nº 513/93, de 10 de março de 1993.

Segundo os relatórios gerenciais da SMSA/BH (BELO HORIZONTE, 1996c, 1997) ao assumir as atividades de Controle e Avaliação, as mesmas tinham como características a centralização, desmobilização e desarticulação de condutas. Para exemplificar a situação encontrada são citadas as seguintes situações no documento "PROPOSTAS DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS/BH":

- todos os prestadores ambulatoriais tinham suas contas revisadas com atraso de seis a oito meses e tudo o que era apresentado era pago;

- o fluxo para os prestadores de serviço era organizado pelos próprios prestadores facilitando a cobrança de procedimentos prescritos mas não realizados;

- havia uma cota de AIH por hospital que, dessa forma, detinha as possibilidades do acesso do paciente ao sistema;

- a autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, bem como a revisão das contas era apenas quantitativa, sem avaliação técnica. Era comum encontrar uma mesma mulher tendo parto a cada três meses, duas internações para o mesmo paciente, entre outros problemas.

Ainda de acordo com os relatórios, a municipalização do Controle e Avaliação levou uma perspectiva diferente para a SMSA/BH que, de prestadora de serviços passa a ser gestora do sistema de saúde, possibilitando que a participação majoritária do setor privado passasse a ser ordenada segundo uma lógica pública.

De acordo com SANTOS (1996), o momento da municipalização coincide com o desenvolvimento e implementação dos sistemas informatizados, SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde) e SIH-SUS (Sistema de Informação Hospitalar do SUS) que modificaram todo o processo de trabalho. O mesmo autor informa que para ser desenvolvido o projeto de Controle e Avaliação da rede de serviços públicos, contratados e conveniados ao SUS-BH, optou-se pela conformação de três áreas com suas respectivas equipes: ambulatorial, de procedimentos de alta complexidade e hospitalar.

Como a área de interesse deste trabalho é mais afeito à questão hospitalar, tratar-se-á com mais detalhe esta área, apenas relatando as demais.

3.3.2.1 Controle e Avaliação Ambulatorial

De acordo com os relatórios gerenciais, houve uma reformulação do Controle e Avaliação Ambulatorial, que foi norteada pela lógica da descentralização do processo de autorização e da revisão dos documentos apresentados para faturamento. As unidades de saúde

passaram a receber cotas mensais de cada um dos procedimentos ofertados pelo SUS, assumindo a responsabilidade pela autorização e encaminhamento de pacientes. A revisão de contas foi transferida para os núcleos de controle e avaliação, criados nos Distritos Sanitários. Este processo possibilitou, segundo os relatórios, um aperfeiçoamento tanto no controle, com a garantia da autorização prévia de todos os procedimentos quanto na avaliação, pela vinculação do prestador ao distrito e às unidades de saúde, permitindo a imediata percepção da qualidade dos serviços prestados. Permitiu ainda uma subordinação do setor privado às diretrizes da organização da rede assistencial do município, onde a Central de Marcação de Consultas assumiu um papel relevante. (BELO HORIZONTE, 1996a, 1996b, 1997; SANTOS, 1996).

A centralização do agendamento de consultas especializadas, através da Central de Marcação de Consultas (CMC) foi discutida pela SMSA/BH desde março de 1993 mas só a partir do início de 1994 é que uma parceria envolvendo o DATASUS, a PRODABEL (empresa municipal de informática) e a SMSA, pode operacionalizar a CMC no município. A Central de Marcação de Consultas tem como objetivo principal a agilização e facilitação do acesso dos usuários ao atendimento em nível secundário. Foi feita toda uma reorientação das relações com os serviços responsáveis pela atenção secundária com relação a referência, contra-referência, rotinas e hábitos da clientela. A implantação da CMC com o gerenciamento da SMSA/BH iniciou-se em agosto de 1995, interligando os centros de saúde e municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) às unidades especializadas.

3.3.2.2 Alta Complexidade/Alto Custo

Pela Resolução da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) nº 513/93 os Serviços de Alta Complexidade não foram transferidos, permanecendo sob a responsabilidade do Estado. A partir do primeiro semestre de 1994 o município começou a assumir a responsabilidade dos Procedimentos de Alto Custo. Foi instituído o Laudo de Autorização do Alto Custo, com a necessidade de autorização prévia dos procedimentos e estabelecidas cotas, com critérios claros para cada um dos prestadores. No final de 1996, o processo de se fazer

Controle e Avaliação do Alto Custo se iniciava com o recebimento da solicitação do procedimento e terminava com a revisão técnico-administrativa dos procedimentos cobrados. As comissões autorizadoras regularizaram, através de normatização técnica e estabelecimento de novos fluxos, a realização dos procedimentos que antes eram executados sem critérios clínicos ou técnicos que pudessem justificá-los. (VASCONCELOS, 1996)

3.3.2.3 Controle e Avaliação Hospitalar

De acordo com os relatórios gerenciais da SMSA, no momento da transferência do Controle e Avaliação Hospitalar para a SMSA, o processo de autorização de internações seguia o modelo tradicional de atribuição de cota/prestador, existia a vinculação do supervisor ao hospital, a autorização dos laudos ocorria após a alta do paciente e a distribuição de AIH era feita contra apresentação dos laudos, em duas vias, assinadas e carimbadas pelo supervisor. Após a implantação de um Projeto-piloto feito no Distrito Noroeste, no segundo semestre de 1993, as modificações introduzidas, testadas e aperfeiçoadas através do mesmo foram expandidas para os outros distritos, a partir de 1994, e podem ser resumidas em:

- Extinção da modalidade cota/prestador: a cota de AIH foi para uma central de AIH, articulada com uma central de laudos, passando a ser distribuída aos hospitais segundo critérios de necessidade e potencialidade de atendimento, definida pela capacidade instalada de cada prestador;
- Criação das equipes distritais de supervisão, compostas por especialistas de diferentes áreas, trabalhando em sistema de rodízio e conseqüente quebra do vínculo um supervisor/um hospital;
- Instalação de Juntas de Concessão de AIH eletivas, nos Distritos Sanitários, para avaliação das solicitações de cirurgias programadas, existindo 9 (nove) Juntas formalizadas em diferentes especialidades;
- Articulação com as comissões encarregadas de analisar e autorizar a realização dos procedimentos de alta complexidade com a introdução do

Laudo Suplementar para Procedimentos de Alta Complexidade (aqueles incluídos no Campo Médico Auditor da AIH);

- Desenvolvimento de programa de crítica de laudos com o objetivo de identificar situações como: mais de uma internação para o mesmo paciente (retroativa a 90 dias), incompatibilidade entre procedimento solicitado x idade e sexo e caráter da internação;
- Obrigatoriedade de apresentação do laudo dentro das 48 horas subseqüentes à internação, possibilitando a sua autorização com o paciente ainda internado;
- Revisão dos prontuários e, quando necessário, exame do paciente cujos laudos despertem dúvidas ao supervisor ou que tenham sido selecionados pelo programa de crítica, além de 10% escolhidos aleatoriamente;
- Revisão dos espelhos das AIH e assinatura das “minissaias” anteriores ao encaminhamento dos disquetes para processamento e pagamento das faturas;
- Digitação de 100% dos laudos apresentados, inclusive laudos suplementares, possibilitando o cruzamento entre procedimentos autorizados pela supervisão e procedimentos cobrados pelo hospital;
- Aplicação de Ordem de Reembolso (OR) às contas que apresentem distorções percebidas a posteriori. Esse procedimento, implantado a partir de julho/95, consiste no desconto de diferenças de pagamentos feitos a maior nas faturas hospitalares dos meses subseqüentes.

No processo de efetivação das propostas do Controle e Avaliação Hospitalar, tanto a Central de Internação quanto a Supervisão Hospitalar foram fundamentais.

A Central de Internação foi criada em 1990 pela SES/MG como Central de Leitos, tendo funcionado precariamente até dezembro/94. Entre março/93 e dezembro/94, a Central foi co-gerida pelo Estado e Município. A partir de dezembro/94, a Central de Internação entrou em funcionamento com a perspectiva de exercer o papel de regulação e controle de todo o sistema de internação em Belo Horizonte.

A Central de Internação conta com um banco de dados que registra os leitos cadastrados no SUS-BH, monitorando toda a movimentação de internações e altas na rede hospitalar, durante 24 (vinte e quatro) horas/dia. Uma senha, número do laudo, emitida pela Central no momento da confirmação da internação, acompanha obrigatoriamente todo o processo de faturamento, desde o momento do protocolo do laudo até a sua troca por AIH, cujo número de série é vinculado ao do laudo, nome e data de nascimento do paciente, assim como ao procedimento autorizado. Para obtenção do número de laudo, é necessário que todas as altas sejam comunicadas à Central e os leitos disponibilizados para internação. A criação deste fluxo buscou dificultar a escolha de pacientes para internação, pois o hospital que negue a vaga, tendo leitos disponíveis, ou que não confirme as vagas existentes, não fará jus ao número de laudo.

Com relação à Supervisão Hospitalar, quando do processo de transferência do Controle e Avaliação Hospitalar para a SMSA, foram municipalizados 49 (quarenta e nove) médicos supervisores, todos egressos do extinto INAMPS, cuja metodologia de trabalho obedecia a forma até então implantada, com a fixação do supervisor ao hospital, sem prazo definido para a apresentação do laudo após a internação. Muitos desses supervisores não se adequaram a proposta da SMSA e deixaram a Supervisão Hospitalar no processo de reorganização. Os supervisores hospitalares são os responsáveis pela avaliação da indicação das internações hospitalares, com autonomia para autorizar, mudar e até mesmo cancelar o procedimento solicitado, observadas as normas do SUS.

Para introduzir as modificações pretendidas, foram realizadas reuniões periódicas com essa equipe, com o objetivo de discutir e implantar o projeto e realizados dois cursos. Um primeiro, de especialização, destinado a profissionais da própria rede, aconteceu no primeiro semestre/93. O segundo, de atualização, foi oferecido para toda a equipe, aí incluídos os supervisores que foram municipalizados, no segundo semestre/94. Por esse processo de formação passaram 140 (cento e quarenta) profissionais, o que permitiu a renovação de 75% (setenta e cinco por cento) do quadro de profissionais.

Ao final de 1996, a Supervisão Hospitalar caracterizava-se pela descentralização, com equipes lotadas nos Distritos Sanitários, tecnicamente vinculadas a uma coordenação central, trabalhando em sistema de rodízio nos hospitais adscritos. Compunha-se de 62 (sessenta e dois) supervisores, dos quais 5 (cinco) lotados no nível central (um coordenador geral e quatro especialistas para consultoria às equipes distritais), 9 (nove) coordenadores distritais e 48 (quarenta e oito) supervisores distribuídos conforme a quantidade e especificidade dos hospitais, em cada região.

3.3.2.4 Alguns Resultados Obtidos pelo Controle e Avaliação da SMSA/BH

Através dos relatórios gerenciais, a SMSA/BH aponta os seguintes resultados obtidos com a implantação do Controle e Avaliação:

- Diminuição do consumo mensal de AIH que saiu de uma média de 28 mil nos anos de 1991 a 1993 para uma média de 23 mil AIH a partir de julho de 1994;
- Implantação da atividade Ordem de Reembolso (OR), em abril de 1995, com objetivo de analisar distorções apontadas pelos Supervisores Hospitalares, calcular o valor do reembolso e fiscalizar as reincidências de erros nas AIH que realizou, até dezembro de 1995, 31 (trinta e uma) reuniões com representantes hospitalares, cobrando, nesse período, 468 (quatrocentas e sessenta e oito) OR e emitindo outras 412 (quatrocentas e doze);
- Evolução dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares, com o crescimento do primeiro em relação ao segundo, sendo que em 1995 os gastos ambulatoriais corresponderam a 55.6% (cinquenta e cinco, seis por cento), enquanto os gastos hospitalares ficaram em 44.6% (quarenta e quatro, quatro por cento) do total dos recursos utilizados para pagamento de serviços prestados;
- O incremento do gasto financeiro com ambulatório, sem que tenha havido com isso um aumento dos gastos com procedimentos de alta complexidade;

- Estabelecimento de protocolos de solicitação para procedimentos de Alta Complexidade com a criação do Laudo para Solicitação de Alto Custo, garantindo a individualização dos pacientes, impedindo a repetição de solicitações para o mesmo paciente, diminuindo a taxa de exames normais;

- Regionalização dos serviços auxiliares e de diagnose e terapia reduzindo o tempo de espera nas filas e maior facilidade de acesso;

- A possibilidade de se enfrentar alguns dos problemas locais no próprio Município, sem depender de negociações e intervenções do nível federal como mudanças da Tabela Nacional de Procedimentos, mudanças nos cadastros de serviços, contratação de novos serviços, descredenciamento ou rescisão de contratos, etc.;

- Durante o ano de 1995 as questões legais e normativas para a regularização dos contratos e convênios com o setor privado e filantrópico ocupou uma parte significativa dos esforços da equipe técnica do setor de Controle e Avaliação da SMSA/BH. Para isto foi feito um levantamento das necessidades a partir dos Distritos Sanitários, levando-se em conta, também, as prioridades de atenção definidas pelo Conselho Municipal de Saúde. No mês de fevereiro de 1996 foram publicados os decretos que autorizaram o início do processo, que consiste no cadastramento de todos os serviços interessados em participar do SUS-BH. Em novembro/96 foram publicados os editais do processo licitatório. Este processo, ao findar-se, dará uma nova configuração ao quadro de prestadores de serviços de saúde do SUS-BH, bem como definirá um novo espaço de regulação ao gestor, com a definição de instrumentos legais dentro do direito público.

E, segundo SANTOS (1996), talvez o maior resultado alcançado tenha sido o novo papel assumido pela SMSA, o de gestora do SUS-BH, com todas as suas prerrogativas e responsabilidades.

4. INTERNAÇÕES PELO SUS EM BELO HORIZONTE: 1992 a 1996

“Nunca se deixem convencer
De que esta vida vale pouco
Bebam a vida em grandes goles
Então verão que ainda foi pouco
Quando tiverem de a deixar
(CONTRA A SEDUÇÃO -
Bertolt Brecht)

4.1 Número de Hospitais e Leitos

Durante o período de 1992 a 1996, pelos dados fornecidos pelo DATASUS, existem flutuações mensais com relação ao número de hospitais, assim os dados anuais utilizados são médias. No entanto, segundo o Controle e Avaliação da SMSA/SUS-BH, não existe justificativa técnica para a grande flutuação mensal observada nesses dados.

Pode-se verificar, na TAB. 1, a evolução do número de hospitais por regime, destacando a parcela filantrópica do setor privado, no período de 1992 a 1996, com a maioria dos hospitais vinculados ao SUS-BH sendo de regime privado (76,05% em 1992 e 70% em 1996).

TABELA 1 - Número de Hospitais, por Regime*, em Belo Horizonte, 1992-1996

	1992	1993	1994	1995	1996	Dif.%
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	92-96
Público	15 (21,13)	15 (21,43)	14 (20,59)	13 (19,12)	12 (20)	-20
Universitário	02 (2,82)	03 (4,29)	06 (8,82)	06 (8,82)	06 (10)	+200
Privado	49 (69,01)	47 (67,14)	44 (64,71)	45 (66,18)	36 (60)	-26,53
Filantrópico	05 (7,04)	05 (7,14)	04 (5,88)	04 (5,88)	06 (10)	+20
TOTAL	71 (100)	70 (100)	68 (100)	68 (100)	60 (100)	-15,49

Fonte: DATASUS

* Destacando a parcela Filantrópica do Setor Privado

É interessante observar o comportamento dos hospitais filantrópicos dentro da parcela privada durante o período, com os mesmos apresentando discreto crescimento, enquanto o restante do setor privado diminui o seu número.

Observa-se também na tabela, a diferença percentual entre os dois anos pólos do período, com grande aumento no número dos hospitais universitários, que assim aumentam sua importância na composição percentual.

Como já foi visto anteriormente, o Controle e Avaliação Hospitalar (CAH) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte informa que, em 1996, existiam em Belo Horizonte 57 hospitais: 10 públicos (17,54%), 06 universitários (10,53%) e 41 privados (71,93%), sendo 10 filantrópicos. O DATASUS apresenta o número de 57 hospitais para Belo Horizonte apenas no último trimestre de 1996.

Segundo ROEMER (1961), a disponibilidade de leitos hospitalares é o principal determinante da taxa de utilização hospitalar, assim, quanto mais leitos, mais internações.

Com relação ao número de leitos, as médias anuais tiveram a seguinte variação: 11.153 em 1992, 11.485 em 1993, passando para 11.130 leitos em 1994, decrescendo para 10.898 em 1995 e chegando a 10.176 em 1996, resultando em uma diferença de 8,76% para menos de leitos, quando se compara 1992 com 1996 (TAB. 2).

TABELA 2 - Número de leitos, por Regime*, em Belo Horizonte, 1992-1996

	1992		1993		1994		1995		1996		Dif.% 93-96
	Nº	(%)									
Público	2.413	(21,64)	2.609	(22,72)	2.380	(21,38)	1.943	(17,83)	1.792	(17,61)	-25,74
Privado	5.957	(53,41)	5.935	(51,68)	5.167	(46,42)	5.041	(46,26)	4.297	(42,23)	-27,87
Filantróp	2.244	(20,12)	1.741	(15,16)	793	(7,12)	793	(7,28)	1.033	(10,15)	-53,97
Universit	539	(4,83)	1.200	(10,45)	2.790	(25,07)	3.121	(28,64)	3.054	(30,01)	+466,6
TOTAL	11.153	(100)	11.485	(100)	11.130	(99,99)	10.898	(100)	10.176	(100)	-8,76

Fonte: DATASUS

* Destacando a parcela Filantrópica do Setor Privado

Os dados referentes ao número de leitos apresentados pelo DATASUS são diferentes dos apresentados pelo Controle e Avaliação Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Para 1996, no DATASUS são encontrados 10.176 leitos e na SMSA/BH, 7.712 leitos (1.346 públicos, 3.100 privados lucrativos, 939 filantrópicos e 2.327 universitários). Sendo a SMSA/BH a responsável pela informação do

cadastro de leitos, pode estar havendo uma desatualização nos dados do DATASUS.

De acordo com o DATASUS, em 1992, 73,53% dos leitos eram privados, 4,83% universitários e 21,64% públicos e em 1996, 52,38% eram privados, 30,01% universitários e 17,61% públicos. Apesar da diferença no número de leitos existente entre o DATASUS e a SMSA, os percentuais dos leitos por regime são praticamente iguais.

Enquanto houve uma diminuição dos leitos no período para os hospitais de regime público e privado, os de regime universitário, mesmo apresentando uma queda de 1995 para 1996, mostrou uma diferença percentual de 466,60% de crescimento no período. Parece ter havido uma migração de leitos (e hospitais) privados para universitários, provavelmente devido ao incentivo do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária).

A maior queda no número de leitos foi a apresentada pelos hospitais filantrópicos.

Será verificada agora a evolução dos leitos, por especialidade e regime (TAB. 3).

TABELA 3- Leitos por Especialidade e Regime, em Belo Horizonte, 1992 e 1996

	1992				1996				Dif.% 92-96
	Público	Privado	Univers	Total	Público	Privado	Univers.	Total	
Clinica Médica	640	2.787	138	3.565	453	1.369	1.003	2.825	-20.76
Pediatria	382	1.061	102	1.545	331	727	570	1.628	5.37
Obstetria	181	815	38	1.034	158	605	242	1.005	-2.8
Cirurgia	484	1.780	256	2.520	282	1.040	1.173	2.495	-0.99
Psiquiatria	500	1.370	3	1.873	363	1.113	10	1.486	-20.66
Crônico/FPT	40	206	2	248	24	215	54	293	18.15
Tisiologia	186	0	0	186	181	0	2	183	-1.61
Reabilitação	0	182	0	182	0	261	0	261	43.41
TOTAL	2.413	8.201	539	11.153	1.792	5.330	3.054	10.176	-8.76

Fonte: DATASUS, dados trabalhados

Os leitos de Clínica Médica representavam 31,96% do total de leitos em 1992, passando para 27,76% em 1996. Houve uma redução de 20,76% dos leitos nesta especialidade. A composição percentual de leitos de Clínica Médica com relação ao regime do hospital, apresentou uma variação importante com o setor privado saindo de 78,18% dos leitos em 1992 para 48,46% em 1996 e com os hospitais universitários crescendo sua importância percentual de 3,87% para 35,50%. Dos leitos de Clínica Médica existentes em 1992, apenas 17,95% eram públicos e em 1996, 16,04%.

Com relação aos leitos de Pediatria, apenas os hospitais universitários apresentaram crescimento (458,82%) quando se comparam os anos extremos do período (1992 e 1996). O setor público e o privado reduziram seus leitos em respectivamente 13,35 e 31,48%. No resultado final houve um crescimento de 5,37% no número de leitos de Pediatria quando se compara 1992 com 1996. Do total de leitos existentes, os leitos de Pediatria correspondiam a 13,85% em 1992 e em 1996, respondiam por 16%.

Com relação aos leitos de Obstetrícia, apresentaram diminuição tanto os leitos públicos (-12,71%) quanto privados (-25,77%). Os hospitais universitários aumentaram 536,84% seus leitos em Obstetrícia de 1992 para 1996 (saindo de 38 para 242). O resultado foi uma diminuição de 2,80% no total de leitos , no período. Em 1992 os leitos de Obstetrícia representavam 9,27% do total dos leitos e 9,88% em 1996.

Apenas os hospitais universitários apresentaram crescimento anual progressivo do número de leitos de Cirurgia, de 1992 para 1996, com um aumento total de 358%. E apesar de um pequeno aumento do número de leitos no setor público em 1996, o valor ainda foi muito inferior ao apresentado em 1992. Como resultante, teve-se uma diminuição de 0,99% no total de leitos de Cirurgia quando se compara 1992 com 1996. Tanto o setor público quanto o setor privado reduziram o número de leitos em pouco mais de 41% durante o período em estudo. Os leitos de Cirurgia representavam 22,59% do total de leitos em 1992 e 24,52% em 1996.

Apesar do crescimento apresentado pelos hospitais universitários, o quantitativo do número de leitos de Psiquiatria nestes hospitais é

pequeno quando comparado aos demais (passou de três para dez leitos de 1992 para 1996). A maior diminuição observada foi nos hospitais públicos, com 27,40% dos leitos. Isso resultou em uma diminuição total do número de leitos psiquiátricos (20,66%) de 1992 para 1996. Os leitos de Psiquiatria respondiam por 16,79% dos leitos em 1992 passando para 14,60% em 1996.

Houve aumento dos leitos de Crônicos/FPT tanto no setor privado (de 206 para 215 leitos) quanto no universitário (de 2 para 54 leitos), diminuindo de 40 para 24 nos leitos públicos, resultando em um crescimento total de 18,15% quando se compara 1992 com 1996.

Os leitos de Tisiologia são restritos, praticamente, ao setor público, já que o setor privado não participa com nenhum leito e o universitário com apenas dois leitos. O setor público apresentava 186 leitos em 1992, média de 240 leitos em 1993, 241 em 1994, 184 em 1995 e 183 em 1996, com uma diminuição 1,61% considerando-se os anos pólos.

Com relação aos leitos de Reabilitação, apenas o setor privado possui leitos, com 182 em 1992, 163 para os anos de 1993 e 1994, uma média de 167 leitos para 1995 e 261 para 1996, com uma variação de 43,41% de crescimento, comparando-se os anos pólos.

A questão do número de leitos de UTI no município de Belo Horizonte é identificada como problemática, devido a sua insuficiência. O número de leitos de UTI apresentou pequeno crescimento de 1992 para 1996 (de 220 para 243 leitos). Enquanto houve diminuição nos hospitais públicos (-24,39%) e privados (-31,96%), houve crescimento nos hospitais universitários (passando de 18 para 115 leitos).

Observando-se a evolução dos leitos por especialidade no período, verifica-se que:

- o setor público concentrava suas atividades (pelo quantitativo de leitos), nas especialidades de Clínica Médica (26,52%), Psiquiatria (20,72%) e Cirurgia (20,06%), mudando a ordem para Clínica Médica (25,28%), Psiquiatria (20,26%) e Pediatria (18,47%) em 1996. A Obstetria ocupou o sexto e o quinto lugar respectivamente em 1992 e 1996, no quantitativo dos leitos públicos;

- o setor privado concentrava-se em 1992 na Clínica Médica (33,98%), Cirurgia (21,70%) e Psiquiatria (16,71) e em 1996 na Clínica Médica (25,68%), Psiquiatria (20,88%) e Cirurgia (19,51%). A Pediatria e a Obstetria ocuparam respectivamente o quarto e quinto lugares tanto em 1992 quanto em 1996, no quantitativo dos leitos particulares;
- o setor universitário, tanto em 1992 quanto em 1996, concentrou-se na Cirurgia (47,50% e 38,41%), Clínica Médica (25,60 e 32,84%) e Pediatria (18,92 e 18,66%). A Obstetria ocupou o quarto lugar nos dois anos pólos do período, no quantitativo dos leitos universitários.

Com relação a indicadores de leitos a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como razoáveis taxas entre 3,5 e 5,0 leitos/1000 habitantes. A Portaria 3046 do extinto INAMPS tinha como parâmetro 2,32 leitos/1000 beneficiários (UFMG, 1993).

Sabe-se que há uma concentração de leitos nas capitais e regiões metropolitanas. Em 1990, para a Região Sudeste, o índice era de 4,16 (UFMG, 1993). Em 1989, no Brasil, o valor era de 3,72 leitos/1000 habitantes e para a região sudeste era de 4,43 leitos/1000 habitantes (BUSS, 1993).

Em 1992, o número de leitos existentes em Belo Horizonte correspondia a 83,18% dos leitos existentes na sua Região Metropolitana e em 1996, a 78,31%.

Caso todos os leitos existentes em Belo Horizonte fossem destinados à sua população (o que não é real), existiriam 5,57 leitos /1000 habitantes em 1993 e 4,78 leitos/1000 habitantes em 1996, estando portanto dentro dos limites do razoável, segundo a OMS.

O DATASUS realiza suas totalizações de duas maneiras: através das AIH pagas, onde estão incluídas tanto as AIH de novas internações como as de prorrogação (longa permanência) e através das internações, onde não são consideradas as de prorrogação. As internações representam um valor aproximado das internações reais, pois as transferências e reinternações estão aí computadas, inclusive as dos crônicos e psiquiátricos que ultrapassaram o período máximo permitido.

Estas duas formas de totalização serão verificadas, concentrando-se a atenção, no entanto, na totalização por internação.

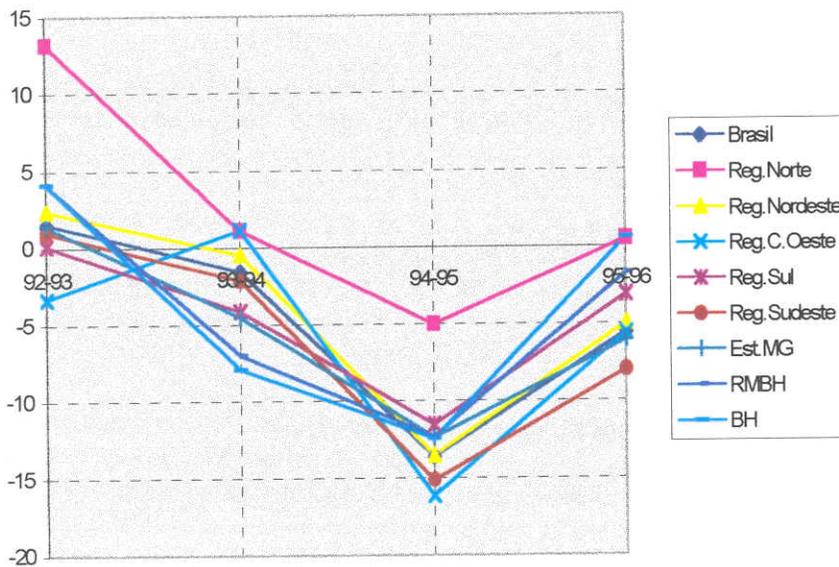
4.2 AIH PAGAS

Nesta parte da análise são consideradas todas as AIH pagas, tanto as novas quanto as de prorrogação, não sendo computadas as AIH rejeitadas.

Em 1992, foram pagas 310.661 AIH em Belo Horizonte, aumentando para 323.354 AIH em 1993 (4,09%), reduzindo para 297.589 AIH pagas em 1994 (-7,97%), sendo 260.387 em 1995 (-12,5%) e subindo para 261.771 AIH pagas em 1996 (0,53). De 1992 para 1996 houve, portanto, uma redução de 15,74% de AIH pagas.

Verificando-se o número de AIH pagas de 1992 a 1996 no Brasil como um todo, nas Regiões do país, no Estado de Minas Gerais, na Região Metropolitana de Belo Horizonte e em Belo Horizonte, tem-se que no período de 1992 a 1993, apenas a Região Centro Oeste apresentou diminuição no quantitativo das AIH. De 1993 para 1994 apenas as Regiões Norte e Centro Oeste, apresentaram crescimento. De 1994 para 1995 houve decréscimo de AIH para todos os locais analisados. De 1995 para 1996 houve crescimento apenas para a Região Norte e Belo Horizonte. E, no final, na diferença de crescimento de 1992 para 1996, apenas a Região Norte apresentou crescimento no número de AIH pagas. As diferenças percentuais anuais, por localidade, podem ser observadas no GRAF.1

GRÁFICO 1 - Diferenças percentuais anuais de AIH pagas, por localidade, 1992-1996



Fonte: DATASUS

Da população internada nos hospitais vinculados ao SUS em Belo Horizonte, segundo a programação de distribuição de AIH dentro da RMBH, 31,2% são de internações referenciadas. No entanto, segundo Relatório da SMSA/SUS-Belo Horizonte (Belo Horizonte, 1996c) o percentual efetivo de internações referenciadas de outros municípios é superior a este índice, uma vez que parece haver falseamento de endereço domiciliar por parte dos pacientes.

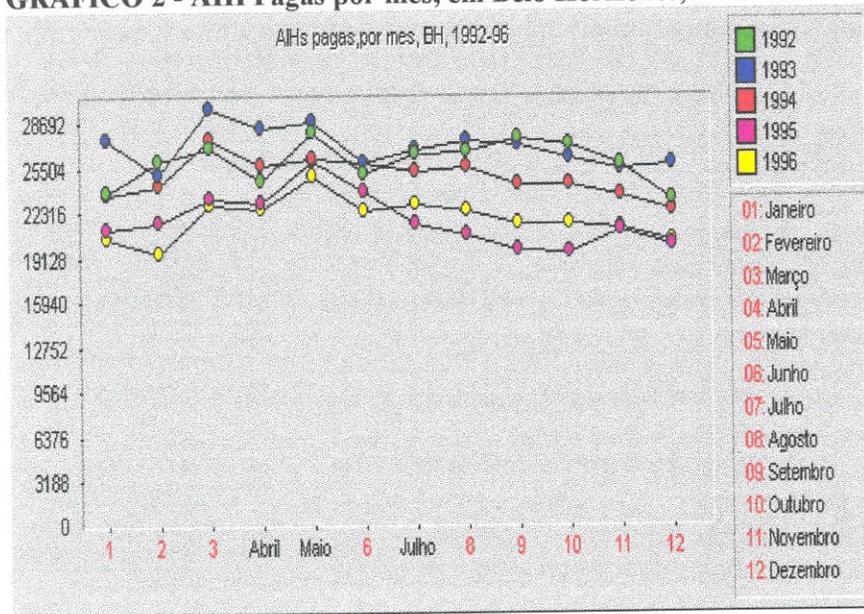
No início de março de 1994 foi definida a cobertura de internação de 9,6% linear para todos os municípios da Diretoria Metropolitana de Saúde/Belo Horizonte (DMS/BH), com Belo Horizonte responsabilizando-se pelo atendimento de 23.638 pacientes, sendo 16.137 (68,27%) do próprio município (segundo anexo do ofício Secretaria Estadual de Saúde/Minas Gerais - SES/MG - nº 00713, de 01/03/94). Em 22 de dezembro de 1994 saiu a Resolução nº 1233 da SES/MG, estabelecendo os tetos financeiros ambulatoriais e hospitalares dos municípios em gestão semiplena de Minas, para vigorarem em

1995. Os tetos hospitalares foram definidos considerando-se a média de produção pagos por município nos meses de junho, julho e agosto de 1994, e o custo médio da AIH por município no mesmo período. Sobre os tetos financeiros foi efetuado um corte linear para a adequação ao teto global definido para o Estado de Minas Gerais (que, de acordo com a mesma resolução, estava abaixo das necessidades do Estado).

Em 01 de março de 1995, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/272, estabelecendo que o limite máximo de AIH a serem distribuídas mensalmente para cada estado deveria obedecer ao parâmetro de 0,75% da população, totalizando a cobertura de assistencial anual de 9%. Essa Portaria poderia explicar a grande diminuição de AIH que ocorreu de 1994 para 1995 para todas as localidades observadas.

Para Belo Horizonte, verificando-se a diferença entre o maior (1993) e o menor número (1995) a diferença é de -19,47% significando 62.967 AIH que deixaram de ser pagas. Assim, observa-se que Belo Horizonte acompanhou o movimento de redução de AIH que ocorreu em todo o país.

Parece existir uma certa regularidade no quantitativo mensal de AIH, com a emissão de um maior número concentrado nos meses de março a junho e números menores concentrados nos meses de novembro a fevereiro, como pode ser visto no GRAF. 2.

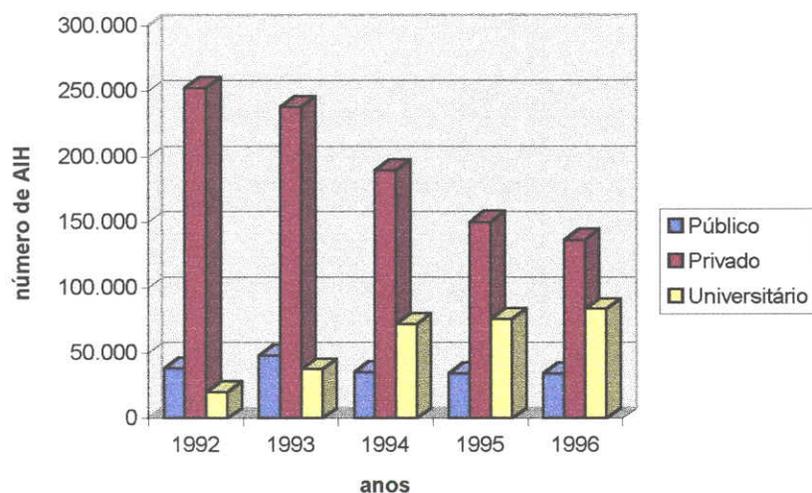
GRÁFICO 2 - AIH Pagas por mês, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

Fonte: DATASUS

Quando observado o comportamento das AIH pagas por tipo de regime do hospital em Belo Horizonte, no período de 1992 a 1996, percebe-se: a diminuição no número de AIH ocorrida nos hospitais privados, que sai de 252.628 AIH em 1992 para 136.877 AIH em 1996, uma redução de 45,82%; um grande aumento ocorrido nos hospitais universitários, que em 1992 tinham 20.198 AIH e passaram para 83.494 AIH em 1996 (313,38%) e os hospitais públicos diminuindo 8,69% no seu quantitativo de AIH de 1992 para 1996.

O comportamento das AIH por regime hospitalar pode ser visualizado no GRAF. 3.

GRÁFICO 3 - AIH Pagas por Regime, em Belo Horizonte, 1992 - 1996



Fonte: DATASUS

Verifica-se que os hospitais de regime universitário sempre apresentaram (comparando-se os meses de julho de 1994, 1995 e 1996) um valor médio de AIH mais alto, seguidos pelos hospitais privados, com os hospitais públicos apresentando os menores valores médios (TAB. 4).

TABELA 4 - Valor Médio AIH (R\$) em Belo Horizonte, por Regime, julho/ 94, julho/95 e julho/96

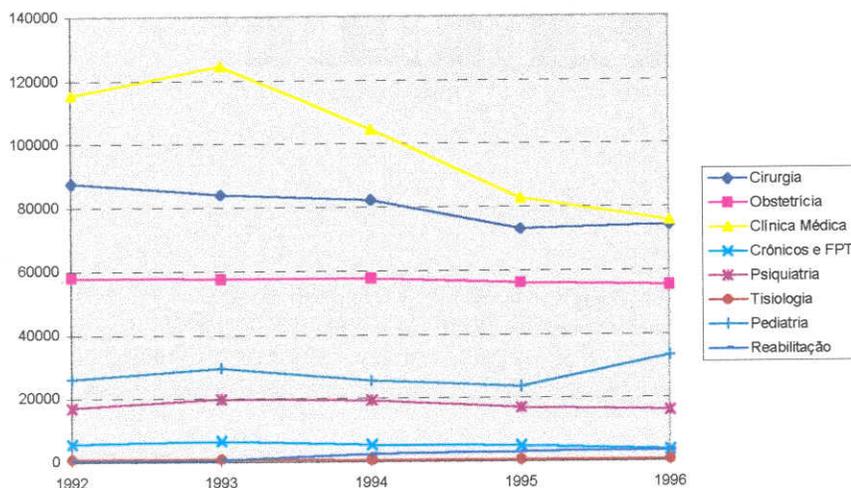
	julho 1994	julho 1995	julho 1996
Público	204,76	197,51	267,03
Privado	256,17	273,72	288,03
Universitário	512,83	503,46	518,55
TOTAL	319,08	327,09	361,83

Fonte: DATASUS

Uma explicação possível seria o percentual elevado de leitos cirúrgicos nos hospitais universitários. A especialidade de Cirurgia tem o segundo mais alto valor médio de AIH, como será visto adiante.

Ao se comparar as especialidades, verifica-se que apenas nas especialidades de Pediatria e Reabilitação houve aumento do número de AIH. Sendo que as de Reabilitação apresentaram aumento durante todo o período, enquanto que as de Pediatria, que estavam apresentando declínio desde 1993, apresentaram um grande aumento em 1996, como pode ser visto no GRAF. 4.

GRÁFICO 4 - AIH Pagas por Especialidade em Belo Horizonte, 1992 - 1996



Fonte: DATASUS

A tendência ao aumento no valor médio da AIH foi verificada em todas as especialidades (TAB. 5), exceção feita apenas para os Crônicos/FPT que em julho/96 apresentaram uma AIH com valor médio inferior ao valor de julho/94.

TABELA 5 - Valor Médio (R\$) AIH por Especialidade, em Belo Horizonte, julho/94, julho/95 e julho/96.

	julho/94	julho/95	julho/96
Cirurgia	534,84	548,32	591,65
Obstetrícia	142,19	143,63	156,78
C.Médica	244,42	254,45	278,44
Crônico/FPT	487,93	513,67	482,19
Psiquiatria	296,38	406,91	432,84
Tisiologia	280,11	278,64	344,53
Pediatria	232,54	256,41	262,71
Reabilitação	668,05	702,53	754,45
TOTAL	319,08	327,09	361,83

Fonte: DATASUS

A especialidade que tem a AIH com maior valor médio é a Reabilitação, seguida pela Cirurgia, ficando a especialidade de Crônico/FPT com o terceiro lugar. A especialidade que apresenta o valor médio mais baixo é a Obstetrícia.

4.3 INTERNAÇÕES

Nas internações não são consideradas as AIH de prorrogação.

Em 1992, em Belo Horizonte, foram realizadas 298.868 internações, enquanto em 1996 foram 251.510, significando uma redução de 15,85%.

Segundo BUSS (1993) de 1984 a 1991 houve um crescimento percentual nas internações no Brasil de 51,84%, saindo de um total de 8.036.644 para 13.568.485 internações no período referido.

No Brasil e em todas as suas regiões, exceto a Norte, houve diminuição das internações, no período de 1992 a 1996. O mesmo aconteceu com o Estado de Minas Gerais, RMBH e Belo Horizonte.

Das internações ocorridas na RMBH, de 1992 a 1996, Belo Horizonte sempre realizou mais de 75% das internações durante todo o período considerado.

4.3.1 Coeficiente de Internação

A OPAS considera um mínimo desejável para a América Latina, coeficientes de 10 egressos/100 habitantes-ano (ROCHA, 1975).

Segundo BUSS (1993), o coeficiente de internações por 100 habitantes, no Brasil, em 1991 foi de 9,29 e o da região sudeste foi de 9,39. Através dos dados do DATASUS, chega-se ao coeficiente de 9,78 internações/100 habitantes para o Brasil em 1993 e 7,56 em 1996. Para a Região Sudeste foi de 9,52 em 1993 e de 7,01 em 1996.

Para a RMBH, os valores encontrados foram de 11,23 em 1993 e de 8,84 em 1996. Houve uma redução de 21,28% no coeficiente.

Excluindo-se a população e internações realizadas em Belo Horizonte, encontram-se os coeficientes de 6,06 em 1992 e de 4,78 em 1996 para a RMBH. Houve uma redução de 21,12%.

Considerando-se que todas as internações realizadas em Belo Horizonte fossem de residentes do município e comparando-se com sua população, seriam obtidos os valores de 15,01 em 1992 e de 11,81 para 1996. Possivelmente foi esta consideração que fez o NESCON (UFMG, 1993) quando mostrou Belo Horizonte com 17% da população sofrendo internação em 1990.

Utilizando-se os Arquivos Reduzidos para os anos de 1995 e 1996, fornecidos pelo DATASUS, através da utilização da versão beta do Tabwin foi possível comparar o movimento de AIH em Belo Horizonte como município de internação e como município de residência e ainda, os residentes de Belo Horizonte que efetivamente sofreram internação no município de Belo Horizonte (TAB.6).

TABELA 6 - Belo Horizonte, como município de internação e/ou residência, dentre as internações realizadas em BH, jul/95, dez/95, jul/96 e dez/96

	BH como Município de Internação	BH como Município de Residência	Nº residentes que internaram em BH	% de residentes que internaram em BH	nº residentes em BH que internaram em outro município	% residentes em BH que internaram em outro município
julho/95	21411	13679	12031	56,19	1648	12,05
dez/95	19934	12513	11045	55,41	1468	11,73
julho/96	22810	14226	12726	55,79	1500	10,54
dez/96	20227	12980	11548	57,09	1432	11,03

Fonte: CD-ROM, Arquivos Reduzidos, 1995 e 1996, Ministério da Saúde

Dos residentes em Belo Horizonte que se internaram em outros municípios de Minas Gerais, para os meses verificados, cerca de 75% das internações ocorreram no município de Contagem. Isso acontece devido ao fluxo de referência estabelecido pela DMS/SES-MG entre os dois municípios, com Belo Horizonte podendo encaminhar 1570 pacientes/mês para Contagem, através da Central de Internação (Ofício 000713 da SES/MG, de 01/03/94).

Utilizando as internações em Minas Gerais, que tiveram Belo Horizonte como município de residência, na verificação das internações/ 100 habitantes tem-se os índices de 7,49 e 7,81 para os anos de 1995 e 1996 respectivamente, como pode ser verificado na TAB. 7.

TABELA 7 - Internações/ 100 habitantes, Belo Horizonte, 1995 e 1996

	População BH	Internações de Residentes em BH	Internações/100 habitantes
1995	2.106.819	158.795	7,49
1996	2.129.047	166.213	7,81

Fonte: DATASUS, dados trabalhados

Utilizando-se o índice para os residentes em Belo Horizonte que foram internados em Belo Horizonte, tem-se respectivamente 6,76 e 6,95 internações/ 100 habitantes para os anos de 1995 e 1996.

Em ambas as situações, os coeficientes encontrados são próximos aos valores do Brasil e da região Sudeste como um todo.

4.3.2 Internações/ leito

Esta relação compara em linhas gerais a taxa de produtividade dos leitos, permitindo visualizar de forma comparativa, o desempenho dos setores público, privado e universitário.

Em 1992, Belo Horizonte apresentou 26,80 internações/leito, passando para 26,92 em 1993, diminuindo progressivamente em 1994 e 1995 com 25,59 e 22,83 respectivamente e chegando a 24,72 internações/ leito em 1996.

Durante todo o período o setor público apresentou a menor produtividade, apresentando uma tendência ao crescimento a partir de 1994, tendo atingido a maior produtividade em 1996. Mesmo assim, o valor apresentado (21,81 internações/ leito), ainda foi inferior a todos os valores dos outros dois setores, como pode ser visto na TAB. 8.

O setor privado apresentou uma produtividade estável em 1992 e 1993 (29,45 e 29,42 respectivamente), ficando com a maior produtividade em 1994 (30,03), diminuindo para 24,22 em 1995 e permanecendo mais ou menos no mesmo patamar em 1996 (24,25).

É surpreendente verificar a alta produtividade do setor universitário, que apresentou os maiores valores em 1992 (37,47), 1993 (31,18) e 1996 (27,23). Esta alta produtividade talvez possa ser explicada por três fatores: primeiro, que um dos hospitais públicos classificado como universitário é a referência para atendimento aos traumas, tendo o pronto socorro mais movimentado da cidade; segundo, pela concentração de leitos hospitalares de cirurgia (47,50% dos leitos universitários em 1992 eram de cirurgia, sendo 38,41% em 1996), especialidade que tem a

segunda menor média de permanência, só perdendo para a obstetrícia; e terceiro, pela própria lógica norteadora das instituições, que apesar de serem classificadas como universitárias, são de natureza privada (dos seis hospitais classificados como universitários, a partir de 1994, quatro são filantrópicos e dois são públicos). Também deve-se atentar ao fato de que ao Hospital João XXIII, que atende P.S., soma-se o Hospital das Clínicas em 1996 com atendimento de Pronto Socorro, pelo convênio estabelecido com a SMSA/SUS-BH (durante o fechamento, para ampliação, do Pronto Socorro do HMOB). Esse fato poderia justificar o aumento do número de internações/leito nos hospitais universitários, em 1996, com o aumento de AIH de primeiro atendimento.

TABELA 8 - Número de internações/leito, por Regime, em Belo Horizonte, 1992 - 1996.

	Público	Privado	Universitário
1992	15,40	29,45	37,47
1993	17,64	29,42	31,18
1994	14,19	30,03	25,81
1995	16,55	24,22	24,13
1996	21,81	24,25	27,23

Fonte: DATASUS, dados trabalhados

4.3.3 Internações/especialidade

Comparando os anos pólos, verifica-se que houve um crescimento das internações para as especialidades de Reabilitação, Pediatria e Psiquiatria. Na Psiquiatria o crescimento ocorre até 1994, quando então diminui, ao contrário da Reabilitação que tem crescimento progressivo durante todo o período.

Atente-se ao fato de que houve modificação no tempo de validade das AIH para Reabilitação e Psiquiatria, que de 180 dias passou para 107 dias em 1995. Os maiores decréscimos ocorreram nas especialidades de Crônicos/FPT e Tisiologia, como pode ser visto na TAB. 9.

TABELA 9 - Internações por especialidade , Belo Horizonte, 1992-1996

	1992	1993	1994	1995	1996	Dif.% 92-96
Cirurgia	87.651	84.150	82.371	72.991	74.263	-15,27
Obstetrícia	58.109	57.562	57.675	56.202	55.342	-4,76
Clinica Médica	115.354	124.659	104.669	82.685	75.646	-34,42
Crônicos / FPT	4.350	4.069	2.694	2.018	1.453	-66,60
Psiquiatria	6.297	7.991	9.123	8.004	7.781	23,57
Fisiologia	704	715	458	382	370	-47,44
Pediatria	25.992	29.562	25.496	23.617	33.301	28,12
Reabilitação	411	524	2.299	2.870	3.354	716,06
TOTAL	298.868	309.232	284.785	248.769	251.510	-15,85

Fonte: DATASUS

Verificando-se a máxima de Roemer, quanto mais leitos mais internações, a mesma poderia ser aplicada para as especialidades de Reabilitação e Pediatria, que tiveram a quantidade de leitos aumentada no período em estudo.

O grande aumento no número de internações da Reabilitação reflete-se na maior produtividade dos leitos, que de 2,26 internações/leito apresentada em 1992 passa para 12,85 internações/leito em 1996. Serve como estímulo para a internação na Reabilitação, o alto valor médio da AIH nesta especialidade (o maior valor médio dentre as especialidades).

A Pediatria apresenta um número de internações/ leito de 16,82 para 1992 e 20,46 em 1996.

Apesar do aumento no número de leitos ocorrido na especialidade de Crônicos/FPT, houve diminuição no número de internações. A produtividade dos leitos que era de 17,54 internações/leito em 1992, passou para 4,96 em 1996. A produtividade inicial era surpreendente, principalmente se considerarmos que a média de permanência nesta especialidade é alta. Existe uma correspondência entre a diminuição das internações na especialidade dos Crônicos/FPT e o aumento ocorrido na Reabilitação. A redução no número de internações talvez também possa ser explicada pela ação de uma comissão multidisciplinar da SMSA/SUS-BH formada para realizar avaliações sobre os casos

internados, sugerindo alta para alguns pacientes que eram cativos de serviços e realizando um controle mais rigoroso para novas internações, além de remanejar alguns pacientes para a Reabilitação.

Com relação a Psiquiatria houve aumento no número de internações, apesar de ter havido redução no número de leitos. Os leitos, que produziam 3,36 internações em 1992 passaram a produzir 5,24 internações em 1996. A diminuição no número de leitos que ocorre a partir de 1994, é seguida pela redução do número de internações que ocorre a partir de 1995. É também a partir de 1994 que é observado um aumento na produtividade dos leitos. A política de desospitalização conduzida pelo setor de saúde mental da SMSA, restringindo as internações para casos agudos, pode ter disponibilizado mais leitos e aliado à uma supervisão específica para a saúde mental, podem juntos explicar os aspectos relacionados a esta especialidade.

4.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar

Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH pagas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.

Segundo D'OLEO & FÁVERO (1993), a Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral está relacionada com a complexidade do hospital e com suas finalidades, características estas que determinam ou condicionam o tipo de pacientes que são admitidos nestas instituições.

Segundo BARQUIN (1983), citado por D'OLEO & FÁVERO (1993, p.37), coeficientes de 3 a 4 óbitos por 100 egressos ocorrem em hospitais que oferecem boa atenção a seus pacientes e nos hospitais que extremam em seus cuidados o coeficiente não ultrapassa 2,5 óbitos/100 egressos.

O município de Belo Horizonte apresentou as seguintes Taxas de Mortalidade Hospitalar: 3,03 em 1992; 3,17 em 1993; 3,09 em 1994; 3,33 em 1995 e 3,55 em 1996. Essas taxas sempre foram maiores que as apresentadas pelo Brasil (2,15 em 1992 e 2,56 em 1996) e todas as suas Regiões durante todo o período. As taxas de Belo Horizonte também foram maiores que as do Estado de Minas Gerais, que

apresentou taxas de 2,41 e 2,92 respectivamente nos anos de 1992 e 1996. O fato de ser capital do Estado e contar com recursos hospitalares mais sofisticados, transforma Belo Horizonte em pólo de atração para os casos mais complexos, que podem resultar em uma maior mortalidade.

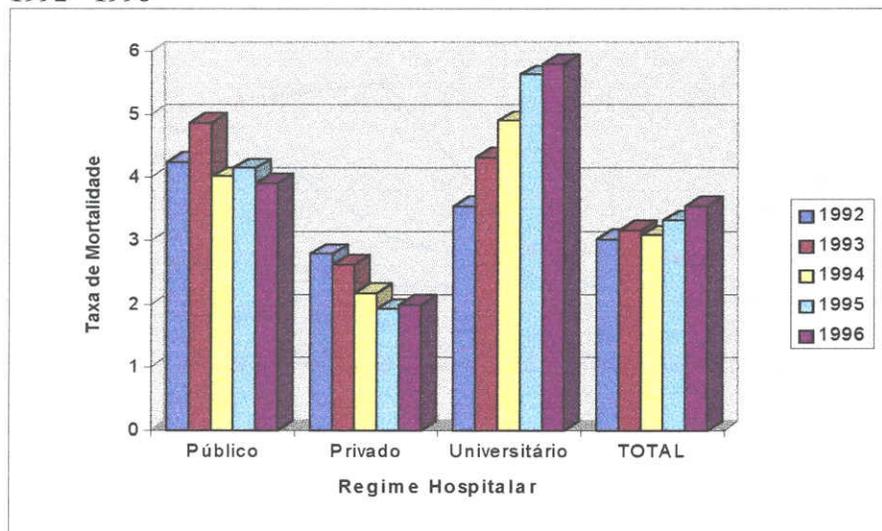
Dentre os municípios que realizam internação na RMBH, durante o período em estudo, apenas o município de Nova Lima apresentou taxas de mortalidade superiores às de Belo Horizonte durante quase todo o período, excetuando o ano de 1994.

Apesar de apresentar as maiores taxas das localidades observadas, o município de Belo Horizonte ainda estaria incluído dentre aqueles cujos hospitais oferecem boa atenção a seus pacientes, segundo os critérios de BARQUIN.

Segundo informações do pessoal técnico do Controle e Avaliação da SMSA/SUS-BH, a informação sobre os óbitos não era precisa, tendo obtido melhora significativa após o estabelecimento da supervisão hospitalar municipal nos hospitais. Esse pode ser um dos fatores de aumento da taxa de mortalidade.

Durante o período em estudo o setor privado vem apresentando taxas cada vez menores de mortalidade, que pode tanto significar que oferecem uma atenção extremada de cuidados aos seus pacientes quanto uma seleção de clientela, dando preferência a casos menos complexos, o que parece ser mais provável. Por outro lado, verifica-se que o setor universitário vem apresentando taxas cada vez maiores de mortalidade, podendo significar pouca atenção destinada aos pacientes (o que não deveria ser possível por se tratar de instituições de ensino) ou uma clientela com casos mais complexos (GRAF. 5)

GRÁFICO 5 - Taxa de Mortalidade em Belo Horizonte, por Regime, 1992 - 1996



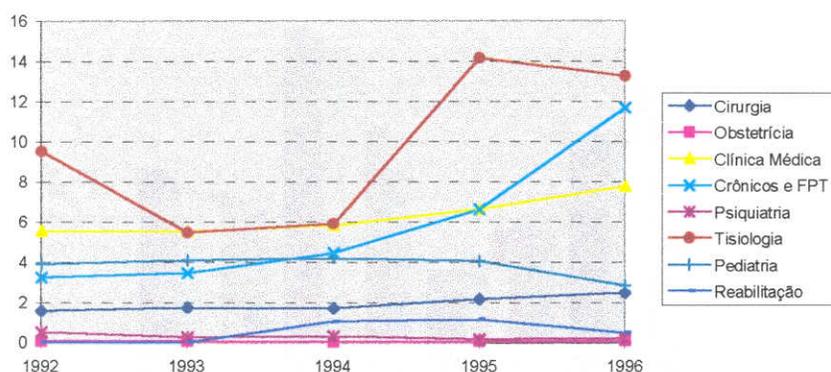
Fonte: DATASUS

4.4.1 Taxas de Mortalidade Hospitalar por Especialidade

A partir de 1993 a Clínica Médica vem apresentando taxas de mortalidade crescentes passando de 5,55 em 1992 para 7,77 em 1996. A Tisiologia foi a especialidade que mais vezes ocupou o primeiro lugar, com a maior taxa, durante o período, excetuando-se apenas o ano de 1993 quando foi substituída pela Clínica Médica. Saiu de uma taxa de mortalidade de 9,52 em 1992 para 13,24 em 1996. Pode-se pensar na existência de uma associação da tuberculose com a AIDS, para explicar o aumento ocorrido na taxa de mortalidade nesta especialidade.

O maior crescimento percentual foi observado na especialidade dos Crônicos/FPT (saindo de 3,24 em 1992 para 11,7 em 1996) e ocorreram diminuições nas taxas de mortalidade das especialidades de Pediatria (de 3,91 para 2,82) e Psiquiatria (de 0,51 para 0,22 quando se compararam os anos de 1992 e 1996 (GRAF.6).

GRÁFICO 6 - Taxa de Mortalidade por Especialidade em Belo Horizonte, 1992 - 1996



Fonte: DATASUS

Também aqui pode-se fazer referência a ação da comissão da SMSA, cuja ação junto às internações dos Crônicos / FPT, possibilitou que estas internações refletissem a gravidade dos pacientes.

As menores taxas de mortalidade são apresentadas pelas especialidades de Obstetrícia (0,04 em 1992 e 0,07 em 1996), Psiquiatria (0,51 em 1992 e 0,22 em 199) e Reabilitação (0,0 em 1992 e 0,48 em 1996).

4.4.2 Taxa de Mortalidade Hospitalar por Faixa Etária

Excetuando-se as internações com idade ignorada, observa-se que as maiores taxas de mortalidade encontram-se a partir dos 50 anos, principalmente na faixa de 80 anos e mais, e no outro extremo, nos menores de um ano, como pode ser observado na TAB. 10. Estes grupos etários são, segundo ROCHA (1975), aqueles que apresentam internações mais demoradas, podendo existir relação entre maior tempo de permanência e maior mortalidade.

TABELA 10 - Taxa Mortalidade por Faixa Etária, Belo Horizonte, 1992 - 1996

Faixa Etária	1992	1993	1994	1995	1996
Menor 1 ano	5,34	5,06	5,2	4,82	4,37
1 a 4 anos	1,31	1,29	1,29	1,19	0,96
5 a 9 anos	0,87	1,08	0,97	1,16	0,81
10 a 14 anos	1,24	1,49	1,5	1,93	1,51
15 a 19 anos	0,68	0,77	0,85	0,91	0,96
20 a 29 anos	0,8	0,96	0,84	0,97	0,97
30 a 39 anos	1,7	1,95	1,77	2,13	2,2
40 a 49 anos	2,9	3,19	3,26	3,77	4,3
50 a 59 anos	4,55	4,54	4,43	4,96	5,65
60 a 69 anos	5,7	5,88	5,7	6,61	7,11
70 a 79 anos	7,62	7,26	7,41	8,32	8,61
80 e mais anos	10,49	10,68	11,37	11,86	12,1
Idade ignorada	14,49	153,13	666,67	105,26	104,0
Total	3,03	3,17	3,09	3,33	3,52

Fonte: DATASUS

Verifica-se que houve aumento da taxa de mortalidade em todas as faixas etárias a partir dos 10 anos de idade. Apenas as faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos apresentaram diminuição nas taxas de mortalidade, quando comparados os anos pólos do período.

Além da melhor informação da ocorrência dos óbitos, já referida, pode também ter existido uma diminuição das internações desnecessárias, pela ação da supervisão hospitalar, o que elevaria a complexidade e gravidade das internações realizadas, levando a uma maior mortalidade hospitalar em todas as faixas etárias.

4.4.3 Taxa de Mortalidade Hospitalar por Capítulo da CID

De 1992 a 1996, as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), exceto pelo ano de 1994, vinha apresentando uma tendência decrescente em sua taxa de mortalidade hospitalar, com o último ano da série apresentando

um valor inferior ao primeiro (7,23 em 1992 e 7,17 em 1996) (TAB.11).

Os Neoplasmas e as Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários apresentaram aumento progressivo durante todo o período.

As Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos apresentaram uma tendência decrescente até 1995, crescendo sua taxa em 1996.

Os Transtornos Mentais apresentaram flutuação durante o período, com a taxa de 1996 (0,21) menor que a de 1992 (0,54).

As Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido também apresentaram flutuação, só que a taxa do último ano foi maior (1,99) que a do primeiro (1,24) ano da série.

As Doenças do Aparelho Circulatório apresentaram crescimento da taxa desde 1993, atingindo uma taxa de 8,18 em 1996.

As Doenças do Aparelho Respiratório foram aumentando sua taxa de mortalidade até 1995, diminuindo em 1996.

Tanto as Doenças do Aparelho Digestivo quanto as do Aparelho Geniturinário, apresentaram flutuações no período considerado, ambas apresentando taxas superiores no último ano da série que no primeiro.

As Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério foram as que apresentaram menores taxas de mortalidade durante todo o período.

As taxas de mortalidade das Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo cresceram progressivamente de 1992 (0,97) até 1995 (1,33), apresentando uma diminuição em 1996 (1,02).

As Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo diminuíram suas taxas de 1992 a 1994, crescendo em 1995 e 1996.

A maior taxa de mortalidade apresentada pelas Anomalias Congênitas foi no ano de 1995 (5,02).

O Capítulo XV, das Afecções Originadas no Período Perinatal, apresentou tendência a diminuir a taxa de mortalidade, mas em 1996 voltou a aumentá-la, sendo, no entanto menor que a apresentada em 1992.

Exceto pelo ano de 1995, quando tiveram a maior taxa (4,4), os Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas apresentaram tendência a diminuição de suas taxas, com a de 1996 sendo menor que a de 1992.

As Causas Externas apresentaram crescimento de suas taxas desde 1993.

TABELA 11 - Taxa Mortalidade, em Belo Horizonte, por Capítulo CID, 1992-1996

Capítulo CID	1992	1993	1994	1995	1996
I. Doenças infecciosas e parasitárias	7,23	7,11	7,42	7,15	7,17
II. Neoplasmas	4,99	5,24	5,41	6,91	10,42
III. Glând endócr, nut. metab e transt. imunit.	5,5	5,88	7,09	7,63	8,77
IV. D.do sangue e dos órgãos hematopoétic.	4,38	3,62	3,61	3,6	3,65
V. Transtornos mentais	0,54	0,25	0,36	0,19	0,21
VI. Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	1,24	1,79	1,47	2,02	1,99
VII. Doenças do aparelho circulatório	6,47	6,45	6,65	7,51	8,18
VIII. Doenças do aparelho respiratório	3,25	3,28	3,42	3,73	3,41
IX. Doenças do aparelho digestivo	3,4	3,44	3,32	4,02	3,99
X. Doenças do aparelho geniturinário	1,21	1,27	1,13	1,38	1,47
XI. Comp.da gravidez, parto e puerpério	0,03	0,05	0,02	0,03	0,04
XII. D.da pele e tecido celular subcutâneo	0,97	1,11	1,23	1,33	1,02
XIII. D. sist.osteomuscular e tec.conjuntivo	0,78	0,69	0,64	0,69	0,85
XIV. Anomalias congênitas	3,03	3,49	3,24	5,02	3,38
XV. Alg.afec.origin.no período perinatal	4,93	4,84	4,53	4,01	4,81
XVI. Sint., sinais e afecções mal definidas	3,86	3,83	3,38	4,4	2,77
XVII. Causas externas	2,59	2,58	2,61	3,11	3,28
Fat q exerc infl s/est saúde e oport de contato	1,41	1	1,59	1,77	0,84
CID não especificado ou inválido	3,85	4,29	3,17	5,26	0
Total	3,03	3,17	3,09	3,33	3,52

Fonte: DATASUS

As cinco maiores taxas de mortalidade por Capítulo da CID, no período de 1992 a 1996, podem ser observadas na TAB. 12.

Verifica-se que as DIP ocuparam o primeiro lugar em 1992, 1993 e 1994, sendo substituídas pelas Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários em 1995 e pelos Neoplasmas em 1996. Depois as DIP ocuparam o terceiro e quarto lugares respectivamente em 1995 e 1996. O segundo lugar foi, na maior parte das vezes, ocupado pelas Doenças Circulatórias. As Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários sempre ocuparam um dos três primeiros lugares no período. Os Neoplasmas estiveram na maior parte das vezes ocupando o quarto lugar e as Afecções Perinatais ocupando o quinto (TAB 12).

TABELA 12- Cinco Maiores Taxas de Mortalidade por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
1	DIP	DIP	DIP	D.Gland.	Neoplasmas
2	D.Ap.Circul.	D.Ap.Circul.	D.Gland.	D.Ap.Circul.	D.Gland.
3	D.Gland.	D.Gland.	D.Ap.Circul.	DIP	D.Ap.Circul.
4	Neoplasmas	Neoplasmas	Neoplasmas	Neoplasmas	DIP
5	Afec. Perin.	Afec. Perin.	Afec. Perin.	Anom.Cong.	Afec. Perin.

Fonte: DATASUS, dados trabalhados.

Através da Lista Básica da CID é possível verificar os componentes com maior taxa de mortalidade dentro dos grupos. Nas DIP, as “Outras Doenças Bacterianas”, com taxa de mortalidade média no período de 15,93 é o componente com taxa de mortalidade mais alta, seguido pela “Tuberculose”, com taxa média de 8,44. Nas Doenças do Aparelho Circulatório, a maior taxa de mortalidade é encontrada na “Doença Cerebrovascular”, com 14,06. Nos Neoplasmas é o “Neoplasma Maligno dos Órgãos Respiratórios e Intratorácicos” com taxa média de 11,86 e nas Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários são as “Deficiências Nutricionais” com taxa de mortalidade média de 9,53.

4.5 Média de Permanência (MP)

É a média de permanência das internações referentes às AIH pagas, computadas como internações, no período.

Em um estudo de avaliação da utilização de leitos em Ribeirão Preto realizado por D'OLEO & FÁVERO (1993), os autores concluíram

haver relação, embora não constante e direta, entre o número de leitos e a Duração Média de Internação (DMI) e que a DMI nos hospitais particulares da região estudada foi menor que nos hospitais filantrópicos. Informam também que nos Estados Unidos a DMI também vem diminuindo, sobretudo a partir da implantação dos "DRG", chegando a 6,4 dias em 1988.

Segundo MATHIAS & SOBOLL (1996) a DMI pode estar relacionada à estrutura etária e ao nível de saúde da população, sendo importante, portanto, que esses fatores sejam considerados quando esses índices são comparados para populações distintas. Estes autores, em um estudo feito em Maringá, concluíram pela tendência ao declínio da DMI mas que também poderia estar havendo desospitalizações precoces, considerando que 21% das internações em Maringá no ano de 1992, duraram apenas um dia.

A média de permanência varia com o diagnóstico, idade, sexo, sistema de financiamento e distância do domicílio ao hospital e a diminuição no seu tempo está relacionada com a maior precisão e rapidez no diagnóstico, o desenvolvimento tecnológico ocorrido com drogas, órteses, próteses e procedimentos que influenciam diretamente no tempo de internação necessário para o restabelecimento dos pacientes (BITTAR, 1996).

Belo Horizonte apresentou uma Média de Permanência de 8,2 em 1992 , manteve a mesma média para 1993, reduziu para 8,1 em 1994, diminuiu para 8,0 em 1995, atingindo 7,5 em 1996. Esta tendência à diminuição da média de permanência pode ser observado no país como um todo, neste período.

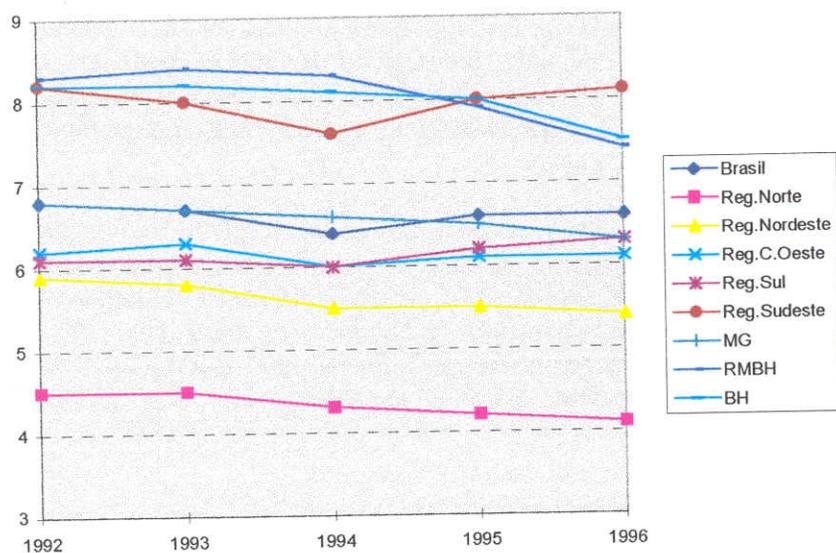
O Brasil apresentou respectivamente para os anos de 1990 e 1991, as médias de permanência de 6,84 e 6,92 enquanto o Estado de Minas Gerais apresentou uma MP de 6,27 e 6,42 para os mesmos anos. Já para os anos de 1992 e 1996, o Brasil apresentou médias de permanência de 6,8 e 6,6, enquanto o Estado de Minas Gerais apresentou 6,8 e 6,3 para os mesmos anos, de acordo com os dados fornecidos pelo DATASUS.

Quando comparados os dois anos pólos (1992 e 1996), das Regiões do país, verifica-se que apenas a Região Sul apresentou uma média de

permanência maior no último ano da série que o primeiro ano, como pode ser observado no GRAF. 7.

Dos municípios que realizam internação na RMBH, os municípios de Betim e de Vespasiano apresentaram as maiores médias. Isto pode ser explicado pelo fato de em Betim existir um hospital destinado a hansenianos e em Vespasiano um hospital psiquiátrico.

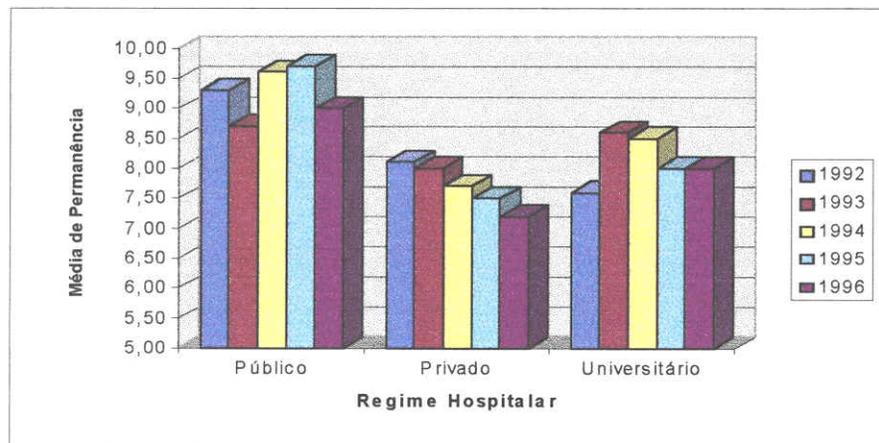
GRÁFICO 7 - Média de Permanência, por Localidade, 1992 - 1996



Fonte: DATASUS

Com relação à média de permanência considerando o regime hospitalar, percebe-se que os hospitais públicos não tiveram um comportamento estável, apresentando variação durante o período: 9,30 em 1992; 8,70 em 1993; 9,60 em 1994; 9,70 em 1995 e 9,0 em 1996. O setor privado foi progressivamente diminuindo a sua média de permanência (de 8,10 em 1992 para 7,20 em 1996) e o setor universitário aumentou sua média de 1992 (7,60) para 1993 (8,60), diminuiu em 1994 (8,50) e 1995 (8,0), permanecendo estável em 1996 (8,0), como pode ser visto no GRAF. 8.

GRÁFICO 8 - Média de Permanência por Regime, em Belo Horizonte, 1992 - 1996



Fonte: DATASUS

Considerando-se a Média de Permanência por Especialidade, observa-se uma certa estabilidade na média de permanência da Cirurgia, diminuição nas especialidades de Obstetria, Clínica Médica, Psiquiatria, Pediatria e Reabilitação (com crescimento no último ano), como pode ser visto na TAB. 13. Houve aumento na especialidade de Crônicos/FPT, com diminuição no último ano e na especialidade de Tisiologia os anos pólos apresentam o mesmo valor apesar de nos anos intermediários a especialidade ter apresentado variações. Assim, observa-se que todas as especialidades apresentaram uma média de permanência em 1996 menor que a de 1992, com exceção da Tisiologia, que apresentou a mesma média.

TABELA 13- Média de Permanência por Especialidade, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Cirurgia	5,50	5,30	5,30	5,30	5,30
Obstetrícia	2,40	2,40	2,30	2,20	2,20
Clínica Médica	8,20	7,80	8,10	8,10	7,80
Crônicos e FPT	38,80	45,30	51,40	60,30	58,20
Psiquiatria	71,40	60,60	50,70	48,90	47,80
Tisiologia	25,00	27,80	32,90	29,00	25,00
Pediatria	9,00	8,70	8,90	8,70	7,00
Reabilitação	32,20	28,40	24,30	24,40	25,10
TOTAL	8,20	8,20	8,10	8,00	7,50

Fonte: DATASUS

Ao se verificar o comportamento da média de permanência por Capítulo da CID em Belo Horizonte, percebe-se que o Capítulo I, das DIP, apresentou decréscimo em 1993, com crescimento em 1994 e 1995 e decréscimo em 1996, apresentando o menor valor neste ano. O grupo dos Neoplasmas apresentou decréscimo de 1992 a 1995, apresentando aumento em 1996. O Capítulo III, apresentou aumento em todo o período. O Capítulo IV manteve-se estável de 1992 a 1993, cresceu em 1994, mantendo o mesmo valor para 1995, quando então diminuiu, apresentando valor ainda superior ao apresentado em 1992. O Capítulo dos Transtornos Mentais diminuiu sua média de permanência no decorrer de todo o período o mesmo acontecendo com o capítulo das Causas Externas. As Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos apresentaram crescimento em 1993, decrescendo no restante do período. O Capítulo VII, do Aparelho Circulatório, apresentou uma diminuição em 1993, crescimento em 1994 e 1995, com posterior diminuição, o mesmo acontecendo com o Capítulo IX. O Capítulo das Doenças Respiratórias mostra uma tendência à diminuição, assim como os Capítulos XI, XII e XVII. As Anomalias Congênitas, assim como Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal e Fatores que Exercem Influência Sobre o Estado de Saúde e Oportunidade de Contato apresentaram uma média de permanência no último ano maior que a do primeiro (TAB 14).

TABELA 14 - Média de Permanência por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

Capítulo CID	1992	1993	1994	1995	1996
I. Doenças infecciosas e parasitárias	9,6	9,3	9,5	9,7	9,1
II. Neoplasmas	10,7	9,6	10	9,8	10,2
III. Glând endócr, nutriç, metab e transt. imunit.	8,2	8,1	8,5	8,7	9,7
IV.D. do sangue e dos órgãos hematopoétic.	9,4	9,4	10,1	10,1	9,9
V. Transtornos mentais	70,8	60,2	50,5	48,6	46,7
VI. Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	8,7	10,1	9,5	9,1	7,9
VII. Doenças do aparelho circulatório	9,3	9,1	9,6	10,1	9,7
VIII. Doenças do aparelho respiratório	7,3	7,2	7,1	7,1	6,3
IX. Doenças do aparelho digestivo	6,4	5,9	6,1	6,3	6
X. Doenças do aparelho geniturinário	5,2	5,1	4,9	5	5
XI. Complicações da gravidez, parto e puerpério	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1
XII. Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	8,9	8,3	7,8	8,1	6,9
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	9	8,8	9,2	9,1	8,7
XIV. Anomalias congênitas	7,5	7,6	8,3	9,6	7,9
XV. Algumas afecções origin. no período perinatal	8,4	9,3	9,4	9,5	9,8
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	4,9	4,6	5,6	4,8	3,3
XVII. Causas externas	8	7,4	7,1	7	6,6
Fat q exerc infl s'est saúde e oport de contato	2,3	3,3	2,8	4,2	4,1
CID não especificado ou inválido	9,1	9,4	8,1	5,4	0
Total	8,2	8,2	8,1	8	7,5

Fonte: DATASUS

Considerando-se a média de permanência por faixa etária em Belo Horizonte, no período de 1992 a 1996, encontra-se que faixas etárias de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos apresentam alternância nos primeiro e segundo lugares. Estas faixas etárias são seguidas pelas faixas de 70 a 79 anos e 80 anos e mais. No outro extremo encontra-se a faixa etária de menores de um ano como pode ser visto na TAB 15 .

TABELA 15 - Média Permanência por Faixa Etária e Ano Competência, Belo Horizonte, 1992 a 1996

Faixa Etária	1992	1993	1994	1995	1996
Menor 1 ano	8,8	8,5	8,6	8,8	8,2
1 a 4 anos	6,6	6,4	6,4	6,1	5,4
5 a 9 anos	6,2	5,9	6	6	5,5
10 a 14 anos	6,9	6,7	6,6	6,4	6
15 a 19 anos	4,9	4,6	4,5	4,2	3,9
20 a 29 anos	4,6	4,7	4,7	4,3	4,2
30 a 39 anos	6,4	6,4	6,4	6,3	6,3
40 a 49 anos	8,3	8	8,3	8,2	8,1
50 a 59 anos	9,2	8,8	9,1	9,3	8,8
60 a 69 anos	9,4	8,8	9,1	9,2	8,4
70 a 79 anos	8,9	8,7	8,9	8,9	8,3
80 e mais anos	8,8	9,3	9	8,7	8,1
Idade ignorada	925,4	11591	53128,2	7439	22917
Total	8,2	8,2	8,1	8	7,5

Fonte: DATASUS

Corroboram com o encontrado em Belo Horizonte, os estudos de LEBRÃO (1994) e o de MATHIAS & SOBOLL (1996), que apontam que as faixas etárias extremas têm maior tempo de permanência e o estudo realizado em Ribeirão Preto em 1972, por ROCHA (1975) que verificou que os grupos etários de internações mais demorados são, em média, crianças até um ano de idade e, principalmente, adultos após a quinta década de vida.

Com relação às médias de permanência quanto ao sexo, GUIMARÃES (1980), no seu estudo realizado no Vale do Paraíba, encontrou que as médias de permanência mais elevadas corresponderam ao sexo masculino (7,34 dias), mesmo quando excluídas as parturientes (6,78 dias), e aos grupos etários de menor de um ano e de 65 anos ou mais. Encontrou a menor média no grupo de 15 a 24 anos.

Mesmo quando excluído o grupo das complicações da gravidez, parto e puerpério a DMI do sexo masculino foi maior que o do sexo feminino nos estudos de LEBRÃO (1994) e MATHIAS & SOBOLL (1996) e estes autores informam que a literatura aponta que as mulheres permanecem menos tempo no hospital.

Em Belo Horizonte, durante todo o período observado, o sexo masculino apresentou média de permanência maior que o feminino. Ambos os sexos apresentam diminuição das médias no período em estudo (TAB 16).

TABELA 16 - Média Permanência por Sexo e Ano Competência, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

Ano Competência	Masc	Fem	Ign
1992	8,9	5,9	320305
1993	8,5	5,8	0
1994	8,7	5,9	0
1995	8,7	5,6	0
1996	8,1	5,4	0

Fonte: DATASUS

4.6 Internações por Faixa Etária e Sexo

Comparando as internações por faixa etária dos anos de 1992 e 1996 em Belo Horizonte, verifica-se que todas as faixas etárias, exceto a de 15 a 19 anos, apresentaram diminuição no número de internações, como pode ser visto na TAB.17.

TABELA 17 - Internações por faixa etária, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996	Dif. % 92-96
Menor 1 ano	24.311	28.068	25.130	21.961	21.366	-12,11
1 a 4 anos	21.718	23.084	20.235	18.264	19.505	-10,19
5 a 9 anos	10.072	10.293	9.577	8.285	8.370	-16,90
10 a 14 anos	7.852	7.924	7.211	6.206	6.362	-18,98
15 a 19 anos	16.668	17.415	17.423	17.273	18.133	8,79
20 a 29 anos	60.426	60.423	56.903	51.855	50.859	-15,83
30 a 39 anos	47.115	47.495	45.156	38.732	37.688	-20,01
40 a 49 anos	30.591	31.719	29.270	24.311	24.772	-19,02
50 a 59 anos	27.952	28.900	25.344	20.538	20.892	-25,26
60 a 69 anos	25.856	26.666	24.347	20.157	21.021	-18,70
70 a 79 anos	17.716	18.490	16.582	14.599	14.883	-15,99
80 e mais anos	8.239	8.723	7.601	6.550	7.648	-7,17
Idade ignorada	352	32	6	38	11	-96,88
TOTAL	298.868	309.232	284.785	248.769	251.510	-15,85

Fonte: DATASUS

A maior diminuição das internações em Belo Horizonte, excluindo-se as de idade ignorada, ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos (25,26%), quando se comparam os anos pólos.

Para o Brasil, de acordo com os dados do DATASUS, a maior diminuição de internações no período, ocorreu na faixa etária de 5 a 9 anos (25,75%), seguida pela faixa etária de 50 a 59 anos (23,07%).

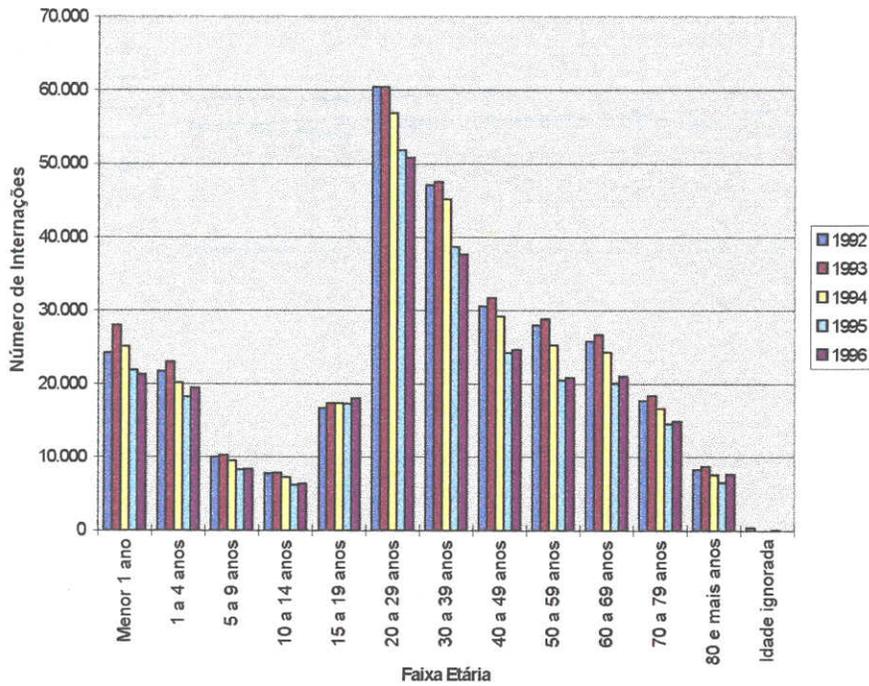
D'OLEO & FÁVERO (1992), em um estudo do perfil sociodemográfico em Ribeirão Preto (São Paulo), encontraram o mais alto coeficiente de internação no grupo etário de 70 ou mais anos , dizendo ser o fato esperado, pois os idosos apresentam alto índice de morbidade hospitalar, assim como dentre os demais grupos etários, os menores de um ano são os que mais apresentam hospitalizações.

Para Belo Horizonte, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou aumento no número de internações e a de 80 anos e mais foi a que menos diminuiu o número de internações. Este aumento talvez seja explicado por Belo Horizonte ser uma área metropolitana, com grande número de

violência e acidentes que acometem principalmente esta faixa etária. Para o Brasil, no mesmo período, a faixa etária que apresentou menor diminuição da internação foi a de 15 a 19 anos, seguida pela de 80 anos e mais.

Ao se analisar as internações por faixa etária, verifica-se uma concentração de internações nas faixas etárias de 20 a 29 e de 30 a 39 anos, que respondem por 35,20% das internações, como pode ser observado no GRAF. 9.

GRÁFICO 9 - Internações por Faixa Etária, Belo Horizonte, 1992 - 1996

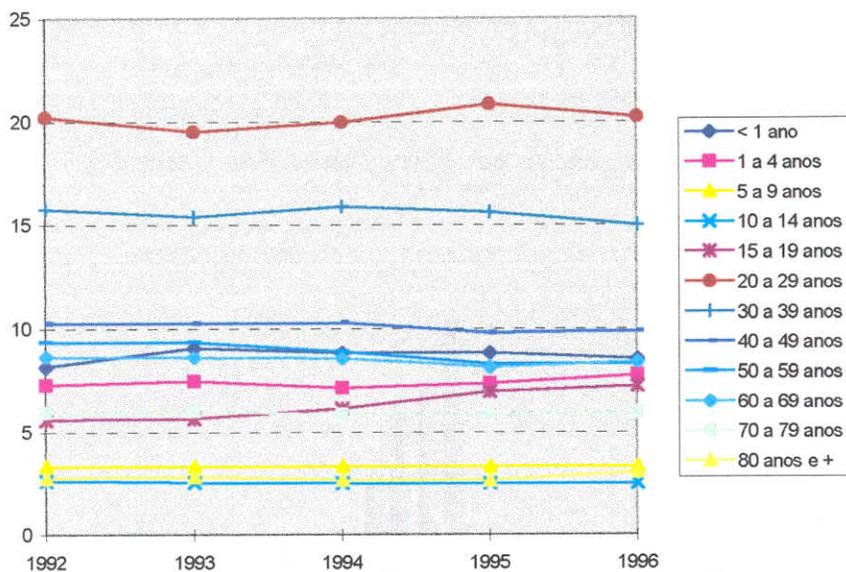


Fonte: DATASUS

Verifica-se uma certa estabilidade na evolução percentual das faixas etárias, destacando-se a faixa etária de 15 a 19 anos que vem

apresentando um crescimento durante todo o período em estudo (GRAF. 10)

GRÁFICO 10 - Evolução Percentual das Internações por Faixa Etária, Belo Horizonte, 1992- 1996



Fonte: DATASUS

A composição das internações por sexo será verificada a seguir, ainda mantendo a separação por faixa etária (TAB. 18).

Com relação ao sexo masculino a concentração percentual das internações por faixa etária não é tão marcante quanto o sexo feminino, que tem 45,04% de suas internações concentradas nas faixas etárias de 20 a 29 e de 30 a 39 anos.

TABELA 18 - Número e Percentual de Internações por Faixa Etária e Sexo, Belo Horizonte, 1992 e 1996

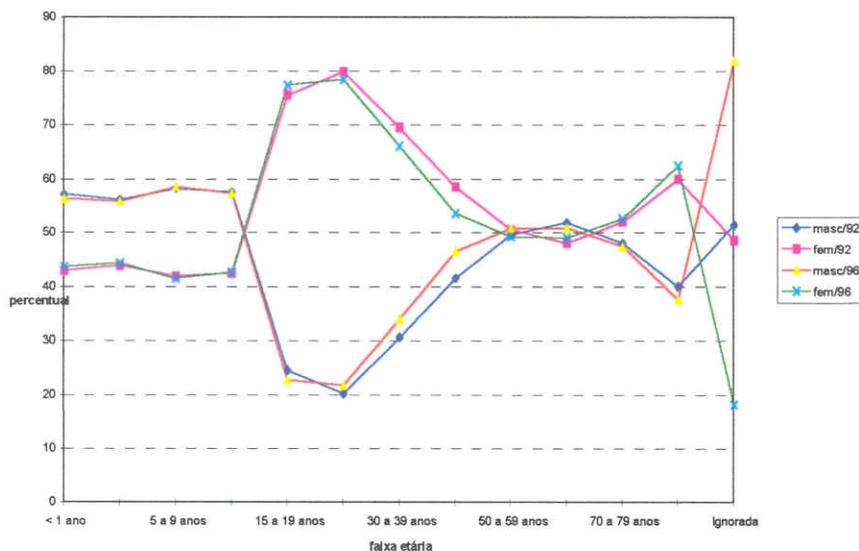
	1992				1996			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	13.889	11,66	10.422	5,80	12.038	11,79	9.328	6,24
1 a 4 anos	12.186	10,23	9.532	5,30	10.865	10,64	8.640	5,78
5 a 9 anos	5.862	4,92	4.210	2,34	4.901	4,80	3.469	2,32
10 a 14 anos	4.520	3,80	3.332	1,85	3.647	3,57	2.715	1,82
15 a 19 anos	4.086	3,43	12.582	7,00	4.109	4,02	14.024	9,39
20 a 29 anos	12.155	10,21	48.270	26,85	11.026	10,80	39.833	26,66
30 a 39 anos	14.409	12,10	32.706	18,19	12.772	12,51	24.916	16,68
40 a 49 anos	12.712	10,68	17.879	9,94	11.516	11,28	13.256	8,87
50 a 59 anos	13.837	11,62	14.115	7,85	10.602	10,38	10.290	6,89
60 a 69 anos	13.423	11,27	12.433	6,91	10.700	10,48	10.321	6,91
70 a 79 anos	8.510	7,15	9.206	5,12	7.053	6,91	7.830	5,24
80 anos e +	3.296	2,77	4.943	2,75	2.870	2,81	4.778	3,20
Ignorada	181	0,15	171	0,10	9	0,01	2	0,00
TOTAL	119.066	100,00	179.801	100,00	102.108	100,00	149.402	100,00

Fonte: DATASUS

Com relação a internações por grupo etário e sexo, BARROS (1981) afirma ser um fenômeno conhecido a maior frequência de doenças e óbitos nas crianças do sexo masculino mas que nas outras idades é o sexo feminino que utiliza mais intensamente os serviços médicos.

Para Belo Horizonte, verificando-se o percentual das internações por sexo nas faixas etárias, percebe-se que o sexo masculino apresenta mais internações até 14 anos quando então é superado pelo sexo feminino até os 59 anos, quando apresentam percentuais de internação aproximados. Na faixa dos 80 anos e mais o sexo feminino volta a apresentar percentuais maiores, como pode ser visto no GRAF 11.

GRÁFICO 11 - Percentual das internações por sexo nas faixas etárias, em Belo Horizonte, 1992 e 1996



Fonte: DATASUS, dados trabalhados.

No estudo de D'OLEO & FÁVERO (1992) eles acharam razoável concluir que a maior demanda por assistência médico-hospitalar no grupo etário de 15 a 49 anos no sexo feminino se deve a complicações da gravidez, parto e puerpério, ou outras causas inerentes à patologia feminina. Tendência semelhante foi encontrada nos Estados Unidos, onde aproximadamente 40% dos atendimentos ao sexo feminino dessa faixa de idade foi por este diagnóstico. Os autores verificaram o total de diagnósticos do sexo feminino correspondente aos grupos etários de 15 a 49 anos e subtraíram deste total os diagnósticos próprios do sexo feminino, achando um valor próximo aos atendimentos do sexo masculino no mesmo grupo etário. Quando realizado o mesmo procedimento para as internações de Belo Horizonte (TAB.19), observam-se os mesmos resultados.

TABELA 18 - Número e Percentual de Internações por Faixa Etária e Sexo, Belo Horizonte, 1992 e 1996

	1992				1996			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	13.889	11,66	10.422	5,80	12.038	11,79	9.328	6,24
1 a 4 anos	12.186	10,23	9.532	5,30	10.865	10,64	8.640	5,78
5 a 9 anos	5.862	4,92	4.210	2,34	4.901	4,80	3.469	2,32
10 a 14 anos	4.520	3,80	3.332	1,85	3.647	3,57	2.715	1,82
15 a 19 anos	4.086	3,43	12.582	7,00	4.109	4,02	14.024	9,39
20 a 29 anos	12.155	10,21	48.270	26,85	11.026	10,80	39.833	26,66
30 a 39 anos	14.409	12,10	32.706	18,19	12.772	12,51	24.916	16,68
40 a 49 anos	12.712	10,68	17.879	9,94	11.516	11,28	13.256	8,87
50 a 59 anos	13.837	11,62	14.115	7,85	10.602	10,38	10.290	6,89
60 a 69 anos	13.423	11,27	12.433	6,91	10.700	10,48	10.321	6,91
70 a 79 anos	8.510	7,15	9.206	5,12	7.053	6,91	7.830	5,24
80 anos e +	3.296	2,77	4.943	2,75	2.870	2,81	4.778	3,20
Ignorada	181	0,15	171	0,10	9	0,01	2	0,00
TOTAL	119.066	100,00	179.801	100,00	102.108	100,00	149.402	100,00

Fonte: DATASUS

Com relação a internações por grupo etário e sexo, BARROS (1981) afirma ser um fenômeno conhecido a maior frequência de doenças e óbitos nas crianças do sexo masculino mas que nas outras idades é o sexo feminino que utiliza mais intensamente os serviços médicos.

Para Belo Horizonte, verificando-se o percentual das internações por sexo nas faixas etárias, percebe-se que o sexo masculino apresenta mais internações até 14 anos quando então é superado pelo sexo feminino até os 59 anos, quando apresentam percentuais de internação aproximados. Na faixa dos 80 anos e mais o sexo feminino volta a apresentar percentuais maiores, como pode ser visto no GRAF 11.

TABELA 18 - Número e Percentual de Internações por Faixa Etária e Sexo, Belo Horizonte, 1992 e 1996

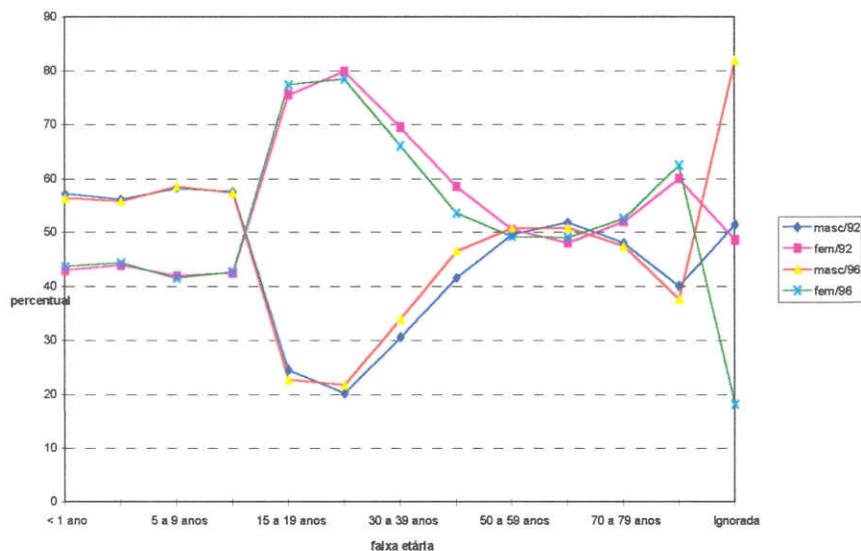
	1992				1996			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	13.889	11,66	10.422	5,80	12.038	11,79	9.328	6,24
1 a 4 anos	12.186	10,23	9.532	5,30	10.865	10,64	8.640	5,78
5 a 9 anos	5.862	4,92	4.210	2,34	4.901	4,80	3.469	2,32
10 a 14 anos	4.520	3,80	3.332	1,85	3.647	3,57	2.715	1,82
15 a 19 anos	4.086	3,43	12.582	7,00	4.109	4,02	14.024	9,39
20 a 29 anos	12.155	10,21	48.270	26,85	11.026	10,80	39.833	26,66
30 a 39 anos	14.409	12,10	32.706	18,19	12.772	12,51	24.916	16,68
40 a 49 anos	12.712	10,68	17.879	9,94	11.516	11,28	13.256	8,87
50 a 59 anos	13.837	11,62	14.115	7,85	10.602	10,38	10.290	6,89
60 a 69 anos	13.423	11,27	12.433	6,91	10.700	10,48	10.321	6,91
70 a 79 anos	8.510	7,15	9.206	5,12	7.053	6,91	7.830	5,24
80 anos e +	3.296	2,77	4.943	2,75	2.870	2,81	4.778	3,20
Ignorada	181	0,15	171	0,10	9	0,01	2	0,00
TOTAL	119.066	100,00	179.801	100,00	102.108	100,00	149.402	100,00

Fonte: DATASUS

Com relação a internações por grupo etário e sexo, BARROS (1981) afirma ser um fenômeno conhecido a maior frequência de doenças e óbitos nas crianças do sexo masculino mas que nas outras idades é o sexo feminino que utiliza mais intensamente os serviços médicos.

Para Belo Horizonte, verificando-se o percentual das internações por sexo nas faixas etárias, percebe-se que o sexo masculino apresenta mais internações até 14 anos quando então é superado pelo sexo feminino até os 59 anos, quando apresentam percentuais de internação aproximados. Na faixa dos 80 anos e mais o sexo feminino volta a apresentar percentuais maiores, como pode ser visto no GRAF 11.

GRÁFICO 11 - Percentual das internações por sexo nas faixas etárias, em Belo Horizonte, 1992 e 1996



Fonte: DATASUS, dados trabalhados.

No estudo de D'OLEO & FÁVERO (1992) eles acharam razoável concluir que a maior demanda por assistência médico-hospitalar no grupo etário de 15 a 49 anos no sexo feminino se deve a complicações da gravidez, parto e puerpério, ou outras causas inerentes à patologia feminina. Tendência semelhante foi encontrada nos Estados Unidos, onde aproximadamente 40% dos atendimentos ao sexo feminino dessa faixa de idade foi por este diagnóstico. Os autores verificaram o total de diagnósticos do sexo feminino correspondente aos grupos etários de 15 a 49 anos e subtraíram deste total os diagnósticos próprios do sexo feminino, achando um valor próximo aos atendimentos do sexo masculino no mesmo grupo etário. Quando realizado o mesmo procedimento para as internações de Belo Horizonte (TAB.19), observam-se os mesmos resultados.

TABELA 19 - Internações de 15 a 49 anos, por sexo, Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Masculino	43362	47368	43455	37619	39423
Feminino	111437	109684	105297	94552	92029
Cap.XI	57854	57498	57305	55268	54218
Fem.sem o Cap.XI	53583	52186	47992	39284	37811

Fonte: DATASUS, dados trabalhados

4.7 Internações por Capítulo da CID - 9

Verificando-se as internações em Belo Horizonte por Capítulo da CID, quando se comparam os anos extremos da série histórica (1992 e 1996), observa-se que os Transtornos Mentais e os Capítulos XV, XVI e XVII apresentaram crescimento, enquanto todos os demais diminuíram as internações. No entanto, observando todo o período, verifica-se que os Transtornos Mentais vem apresentando queda a partir de 1994, que existe uma flutuação no Capítulo XV e que as Causas Externas apresentam tendência a aumentar a partir de 1994 (TAB 20).

TABELA 20 - Internações por Capítulo da CID, Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996	Dif.%92-96
I. Doenças Inf. e Parasitárias	17.208	18.619	15.666	13.055	11.517	-33,07
II. Neoplasmas	17.826	17.371	14.542	12.276	12.093	-32,16
III. Gland. End. nut. met. e trans met.	10.551	12.459	9.620	8.010	7.051	-33,17
IV. D. do Sangue e dos órg. hemat.	1.941	2.100	1.634	1.279	1.286	-33,75
V. Transtornos Mentais	6.295	7.961	9.072	7.900	7.673	21,89
VI. Sist. Nervoso e O. dos sentidos	17.370	14.406	14.551	14.089	14.002	-19,39
VII. D. do Ap. circulatório	40.865	43.222	38.143	29.412	27.676	-32,27
VIII. D. do Ap. respiratório	36.444	40.696	36.405	32.708	34.126	-6,36
IX. D. do Ap. Digestivo	24.736	25.411	22.969	18.665	19.057	-22,96
X. D. do Ap. Geniturinário	26.767	23.983	23.366	18.345	16.202	-39,47
XI. Comp. da Grav. Parto e Puerp.	57.854	57.498	57.305	55.268	54.218	-6,28
XII. D. da Pele e Tec cel. subcut.	5.438	5.233	4.459	3.530	2.623	-51,77
XIII. D. do sist. osteom. e tec. conj.	6.531	6.690	6.140	4.936	4.835	-25,97
XIV. Anomalias Congênitas	1.584	1.548	1.727	1.395	1.538	-2,90
XV. Alg. Afec. Orig. no per. perinat.	5.157	6.262	5.650	4.634	5.273	2,25
XVI. Sint., sin. E afec. mal definidas	4.014	4.854	4.409	4.043	8.772	118,54
XVII. Causas externas	15.215	18.339	17.055	17.678	21.967	44,38
Fat. q exer. infl s/est saúde e op. cont.	2.916	2.510	2.009	1.527	1.601	-45,10
CID não especific. ou inválido	156	70	63	19	0	-100,00
TOTAL	298.868	309.232	284.785	248.769	251.510	-15,85

Fonte: DATASUS

Destaca-se ainda o crescimento acentuado dos Sintomas, Sinais e Afecções mal Definidas, verificado em 1996, destoando do comportamento assumido nos anos anteriores.

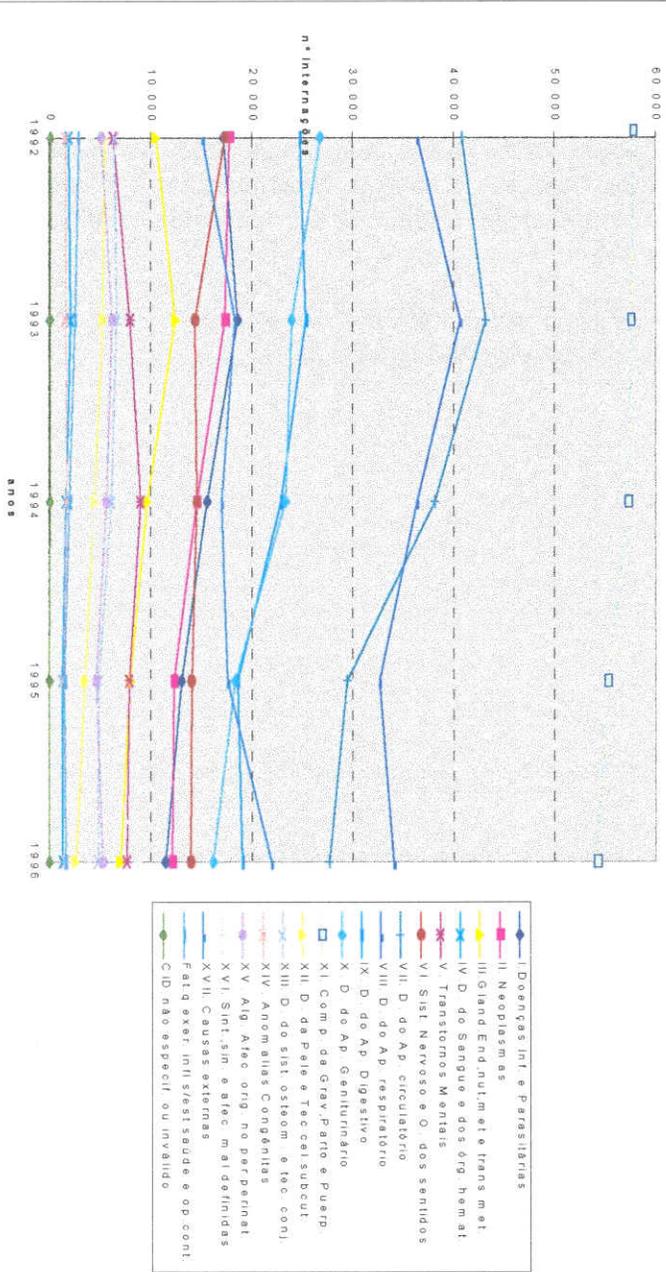
A maior diminuição encontrada, excetuando-se o CID não especificado ou inválido (que chegou a zero em 1996), foi no Capítulo das Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo.

Os Capítulos da CID que apresentam internações com percentuais acima de 10% do total das internações são: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Aparelho Circulatório.

Para o Brasil, de acordo com os dados fornecidos pelo DATASUS, ocorreu um crescimento, de 1992 para 1996, dos Fatores que Exercem Influência sobre o Estado de Saúde e Oportunidades de Contato e as menores diminuições foram verificadas nos Transtornos Mentais e Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério. As maiores diminuições foram das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo e Doenças do Aparelho Geniturinário, excetuando o CID não especificado ou inválido.

A evolução do comportamento das internações por Capítulo da CID pode ser melhor observado no GRAF. 12.

GRÁFICO 12 – Internações por Capítulo da CID, Belo Horizonte, 1992-1996



Fonte: DATASUS

- menores de um ano: Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal;
- 1 a 4 anos: Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Doenças do Aparelho Digestivo, nesta ordem durante todo o período;
- 5 a 9 anos: Doenças do Aparelho Respiratório, sempre em primeiro lugar; as Doenças do Sistema Nervoso que ocuparam o segundo lugar de 1992 a 1994, foram substituídas pelas Causas Externas em 1995 e 1996. O terceiro lugar apresentou variação, sendo assumido em 1996 pelas Doenças do Aparelho Digestivo;
- 10 a 14 anos: Causas Externas, Doenças do Aparelho Respiratório e Sistema Nervoso ocuparam respectivamente o primeiro, segundo e terceiro lugares a partir de 1993;
- 15 a 19 anos: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério, Causas Externas e Doenças do Aparelho Geniturinário, de 1992 a 1994, sendo o terceiro lugar ocupado por Doenças do Aparelho Digestivo em 1995 e 1996;
- 20 a 29 anos: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério, Doenças do Aparelho Geniturinário e Doenças do Aparelho Digestivo em 1992; o terceiro lugar é ocupado em 1993 pelas Causas Externas, que depois troca de lugar com as Doenças do Aparelho Geniturinário em 1995 e 1996. Há assim um crescimento das Causas Externas que, de quarto lugar em 1992, passa para terceiro em 1993 e 1994 e para segundo em 1995 e 1996;
- 30 a 39 anos: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério; Doenças do Aparelho Geniturinário em segundo de 1992 até 1995, sendo substituídas pelas Causas Externas; Doenças do Aparelho Circulatório em terceiro de 1992 até 1994, sendo substituída pelas Doenças do Aparelho Digestivo em 1995 e pelas Doenças do Aparelho Geniturinário em 1996;
- 40 a 49 anos: Doenças do Aparelho Circulatório; Doenças do Aparelho Geniturinário em segundo e Doenças do Aparelho Digestivo em terceiro, de 1992 a 1995, trocando o segundo com o terceiro lugar em 1996;
- 50 a 59 anos: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasmas e Doenças do Aparelho Digestivo em 1992 e 1993, subindo os Neoplasmas para segundo em 1994, 1995 e 1996;
- 60 a 69 anos: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasmas e Doenças do Aparelho Respiratório, durante todo o período, exceto em

De 1992 a 1996, segundo dados do DATASUS, observa-se que, tanto no país como um todo, quanto no Estado de Minas Gerais, os três primeiros lugares na frequência são iguais, sendo o grupo das Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério o primeiro colocado, seguido pelas Doenças do Aparelho Respiratório e com as Doenças do Aparelho Circulatório ocupando o terceiro lugar. Enquanto para o Brasil as Doenças Infecciosas e Parasitárias ocupam o quarto lugar e as Doenças do Aparelho Geniturinário o quinto durante todo o período, para o Estado de Minas Gerais as Doenças do Aparelho Geniturinário ocupam a quarta posição em 1992 e a quinta em 1993 e 1994, com as DIP ocupando o quinto lugar em 1992 e 1996 e o quarto lugar de 1993 a 1995. As Doenças do Aparelho Digestivo aparecem em 1995 ocupando o quinto lugar e passando para o quarto em 1996.

ROCHA (1980), estudando o padrão de morbidade hospitalar em Ribeirão Preto, verificou que de 1972 a 1976, o padrão de morbidade hospitalar encontrado em 1972 repete-se nos anos seguintes com surpreendente estabilidade e diz que isso é um indício de que o mesmo não é um produto aleatório senão também um produto social histórico.

Já para o município de Belo Horizonte, existe uma diferenciação tanto com relação ao posicionamento dos grupos quanto na própria composição. As DIP não aparecem entre as cinco principais frequências, as Doenças do Aparelho Digestivo assumem maior importância e aparece o Capítulo das Causas Externas (TAB.21).

TABELA 21 - Cinco Maiores Frequências por Capítulo da CID, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Primeira	Comp.G,P,Puer	Comp.G,P,Puer	Comp.G,P,Puer	Comp.G,P,Puer	Comp.G,P,Puer
Segunda	D.Ap.Circulat.	D.Ap.Circulat.	D.Ap.Circulat.	D.Ap.Resp.	D.Ap.Resp.
Terceira	D.Ap.Resp.	D.Ap.Resp.	D.Ap.Resp.	D.Ap.Circulat.	D.Ap.Circulat.
Quarta	D.Ap.Genitur.	D.Ap.Digest.	D.Ap.Genitur.	D.Ap.Digest.	CausasExternas
Quinta	D.Ap.Digest.	D.Ap.Genitur.	D.Ap.Digest.	D.Ap.Genitur.	D.Ap.Digest.

Fonte: DATASUS

Verificando-se as três primeiras frequências de Capítulo da CID, para cada faixa etária, no período de 1992 a 1996, em Belo Horizonte encontra-se:

- menores de um ano: Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal;
- 1 a 4 anos: Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Doenças do Aparelho Digestivo, nesta ordem durante todo o período;
- 5 a 9 anos: Doenças do Aparelho Respiratório, sempre em primeiro lugar; as Doenças do Sistema Nervoso que ocuparam o segundo lugar de 1992 a 1994, foram substituídas pelas Causas Externas em 1995 e 1996. O terceiro lugar apresentou variação, sendo assumido em 1996 pelas Doenças do Aparelho Digestivo;
- 10 a 14 anos: Causas Externas, Doenças do Aparelho Respiratório e Sistema Nervoso ocuparam respectivamente o primeiro, segundo e terceiro lugares a partir de 1993;
- 15 a 19 anos: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério, Causas Externas e Doenças do Aparelho Geniturinário, de 1992 a 1994, sendo o terceiro lugar ocupado por Doenças do Aparelho Digestivo em 1995 e 1996;
- 20 a 29 anos: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério, Doenças do Aparelho Geniturinário e Doenças do Aparelho Digestivo em 1992; o terceiro lugar é ocupado em 1993 pelas Causas Externas, que depois troca de lugar com as Doenças do Aparelho Geniturinário em 1995 e 1996. Há assim um crescimento das Causas Externas que, de quarto lugar em 1992, passa para terceiro em 1993 e 1994 e para segundo em 1995 e 1996;
- 30 a 39 anos: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério; Doenças do Aparelho Geniturinário em segundo de 1992 até 1995, sendo substituídas pelas Causas Externas; Doenças do Aparelho Circulatório em terceiro de 1992 até 1994, sendo substituída pelas Doenças do Aparelho Digestivo em 1995 e pelas Doenças do Aparelho Geniturinário em 1996;
- 40 a 49 anos: Doenças do Aparelho Circulatório; Doenças do Aparelho Geniturinário em segundo e Doenças do Aparelho Digestivo em terceiro, de 1992 a 1995, trocando o segundo com o terceiro lugar em 1996;
- 50 a 59 anos: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasmas e Doenças do Aparelho Digestivo em 1992 e 1993, subindo os Neoplasmas para segundo em 1994, 1995 e 1996;
- 60 a 69 anos: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasmas e Doenças do Aparelho Respiratório, durante todo o período, exceto em

1995 quando as Doenças do Sistema Nervoso substituíram os Neoplasmas;

- 70 a 79 anos: Doenças do Aparelho Circulatório sempre em primeiro; no segundo lugar alternaram-se as Doenças do Sistema Nervoso (1992, 1995 e 1996) com as Doenças do Aparelho Respiratório (1993 e 1994) e no terceiro lugar os Neoplasmas (1992 e 1993), as Doenças do Sistema Nervoso (1994) e as Doenças do Aparelho Respiratório (1995 e 1996);

- 80 anos e mais: Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório sempre em primeiro e segundo lugares, sendo o terceiro ocupado pelas Doenças do Sistema Nervoso , exceção apenas no ano de 1993, quando foi ocupado pelos Neoplasmas.

É interessante observar: a importância das Doenças do Aparelho Respiratório até os 14 anos; o surgimento das Causas Externas a partir dos 5 anos até os 39 anos; as Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério dos 15 aos 39 anos; as Doenças do Aparelho Circulatório com maior importância a partir dos 40 anos; os Neoplasmas surgindo a partir dos 50 anos e o retorno das Doenças do Aparelho Respiratório a partir dos 60 anos.

No trabalho realizado por LEBRÃO (1994), quando compara os anos de 1974 e 1988 com relação às saídas hospitalares no Vale do Paraíba (São Paulo), a autora concluiu que, da alta proporção de internações que existia por DIP, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Obstétricas, houve diminuição das DIP e um remanejamento das outras causas, com crescimento das Doenças do Aparelho Circulatório. As variações apresentadas, segundo a autora, deveram-se ao envelhecimento da população mas, na maior parte das vezes, encontrou que o grande modificador dos diagnósticos foi o Sistema AIH, que exigia uma melhor definição dos termos.

4.8 Internações por Lista Básica e Lista Estendida da CID - 9

Pela Lista Básica da CID observa-se que as Outras Doenças do Aparelho Respiratório sempre ocuparam o primeiro lugar durante todo o período em estudo e o Parto Normal ocupou o segundo (TAB. 22).

Através da Lista Estendida da CID pode-se verificar os principais componentes das cinco primeiras frequências de internações pela Lista Básica da CID, em Belo Horizonte, de 1992 a 1996.

A "Pneumonia" é o componente mais importante (sempre mais de 60% durante todo o período), seguida pela "Bronquite (crônica e não específica), enfisema e asma". Juntos, esses dois componentes foram responsáveis por mais de 85% das Outras Doenças do Aparelho Respiratório. Verifica-se que a "Bronquite, enfisema e asma" vem aumentando sua participação percentual.

Com relação às Causas Obstétricas Diretas, pode-se observar o seguinte comportamento de seus principais componentes: "Desproporção" é o principal componente durante todo o período, seguido por "Outras Complicações do Trabalho de Parto e Parto", que ocupa o segundo lugar de 1992 a 1995 quando perde o lugar para "Traumas do Périneo e da Vulva durante o Parto" (que ocupava o quinto lugar como componente em 1992). O terceiro componente mais importante foi a "Má Posição e Má Apresentação do Feto" de 1992 a 1994, lugar ocupado por "Traumas do Périneo e da Vulva durante o Parto" em 1995 e por "Outras Complicações do Trabalho de Parto e Parto" em 1996.

Detalhando as Doenças de Outras Partes do Aparelho Digestivo pode-se verificar que a "Hérnia da Cavidade Abdominal" é o seu principal componente, seguido pelas "Hemorragias Gastrointestinais" de 1992 a 1994, perdendo o segundo lugar para a "Colelitíase e Colecistite" em 1995 e 1996. Em 1995 o quarto lugar foi ocupado por "Outras Doenças do Aparelho Digestivo" e em 1996 por "Apendicite".

Nas Doenças Circulação Pulmonar e Outras Formas de Doenças do Coração, a "Insuficiência Cardíaca" é o principal componente, com os seguintes percentuais no período: 80,45% em 1992; 80,96% em 1993; 80,17% em 1994; 77,89% em 1995 e 79,35% em 1996.

Nas Doenças dos Órgãos Genitais Femininos os dois principais componentes são: "Prolapso Uterovaginal" e "Outras Hemorragias Anormais do Trato Genital Feminino". O terceiro lugar foi ocupado pelas "Doenças da Mama" de 1992 a 1995, perdendo o lugar em 1996 para as "Salpingite e Ooforite".

TABELA 22 - Cinco Maiores Frequências de internações por Lista Básica da CID, em Belo Horizonte, 1992 - 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Primeira	Out.D.Ap.Resp.	Out.D.Ap.Resp.	Out.D.Ap.Resp.	Out.D.Ap.Resp.	Out.D.Ap.Resp.
Segunda	Parto Normal				
Terceira	D.Out.P.Ap.Dig	D.Out.P.Ap.Dig	C.Obst.Dir.	C.Obst.Dir.	C.Obst.Dir.
Quarta	D.Cir.P/O.D.Cor	D.Cir.P/O.D.Cor	D.Cir.P/O.D.Cor	Fraturas	Fraturas
Quinta	D.Org.Gen.Fem	D.Org.Gen.Fem	D.Org.Gen.Fem	D.Cir.P/O.D.Cor	D.Cir.P/O.D.Cor

Fonte: DATASUS

Com relação ao Parto Normal pode-se buscar uma comparação do seu comportamento com a cesariana, verificando-se que os percentuais relativos às cesarianas estão sempre acima dos 30% durante todo o período de 1993 a 1996 (TAB. 23).

TABELA 23 - Parto Normal e Cesariana, Belo Horizonte, 1993 - 1996

	1993	1994	1995	1996
Parto Normal	15.561	10.705	10.198	9.683
P.N.c/atend RN na sala	14.468	19.410	19.608	18.774
P.N.no HAC*				1.868
subtotal	30.029 (66,77%)	30.115 (66,38%)	29.806(66,61%)	30.325 (68,04%)
Cesariana	7513	4.674	3.696	4.237
Ces.c/ atend ao RN na sala	7.434	10.581	11.246	10.009
subtotal	14.947 (33,23%)	15.255 (33,62%)	14.942 (33,39%)	14.246 (31,96%)
TOTAL	44.976 (100%)	45.370 (100%)	44.748 (100%)	44.571 (100%)

Fonte: DATASUS, dados trabalhados

* Parto Normal no Hospital Amigo da Criança.

Os percentuais relativos às cesarianas estão sempre acima dos 30% durante todo o período de 1993 a 1996.

A taxa de 36,4% coloca o Brasil na liderança mundial da prática do parto cesariano e apesar de não se ter uma taxa "certa" para o Brasil, é fato que ela é a mais elevada do mundo (SILVER, 1997).

Segundo MENDES (1996), no Brasil em 1994, a principal causa de internação em volume físico foram os partos normais seguidas pelas

cesarianas, sendo realizadas 920.468 cesarianas, que corresponderam a 32,6% dos partos institucionais no país, com um gasto de 190 milhões de dólares. Com base em experiência internacional, o autor informa que considera-se aceitável uma taxa de 15% de cesarianas. Desta forma, o autor conclui que o país realizou 497.518 cesarianas desnecessárias que, além dos prejuízos humanos, corresponderam a 47,2 milhões de reais.

Utilizando-se do mesmo raciocínio, poder-se-ia concluir que Belo Horizonte realizou 7560 cesarianas desnecessárias em 1996.

4.9 Procedimentos mais Frequentes em Belo Horizonte, 1993 - 1996

Os vinte procedimentos mais frequentes nas AIH representaram 44,40% do total das frequências de procedimentos para os anos de 1993 e 1994, ficando com 47,23% em 1995 e 47,98% em 1996.

Deve-se atentar para a mudança nos primeiros lugares, com os mesmo sendo ocupados por procedimentos melhor remunerados, com o Parto Normal sendo substituído pelo Parto Normal com Atendimento ao Recém-Nascido na Sala de Parto, com as Cesáreas sendo substituídas pelas Cesáreas com Atendimento ao Recém-Nascido na Sala de Parto e o Tratamento em Psiquiatria A substituído pelo Tratamento em Psiquiatria B.

Chama a atenção o grande número de curetagem pos-aborto, que ocupou o nono lugar em 1993, sexto lugar em 1994 e 1995 e o oitavo lugar em 1996, o que pode significar que está existindo um grande número de abortos ou que o procedimento está sendo utilizado para cobrança, mesmo quando são realizados outros procedimentos, como, por exemplo, a curetagem semiótica, de caráter eletivo, que tem que ser aprovado por uma Junta (a ação da supervisão dificulta a segunda hipótese).

Observa-se o crescimento dos diagnósticos de primeiro atendimento (menos de 48 horas), que pode significar estar havendo um maior rigor na colocação adequada dos procedimentos das AIH ou ainda, que está existindo um grande número de transferências entre os hospitais (TAB 24).

Segundo informações da Supervisão Hospitalar da SMSA/SUS-BH, o alto valor pago para a Insuficiência Cardíaca, somado à sua baixa permanência e ao encaminhamento dirigido das urgências, nas quais os profissionais selecionam os pacientes de melhor prognóstico (preferencialmente os que já foram compensados), tomam a Insuficiência Cardíaca um procedimento altamente lucrativa na tabela do SUS. Este procedimento ocupa o segundo lugar entre os procedimentos mais caros durante o período de 1993 a 1996.

A Cirurgia Múltipla, sai da quarta colocação em 1993 para a décima sexta em 1996, possivelmente pelo maior rigor exigido pelo Controle e Avaliação Hospitalar para classificar as cirurgias como cirurgia múltipla.

Verifica-se ainda o movimento inverso que faz o Atendimento a Pacientes FPT, de descida, em relação a Reabilitação, possivelmente explicada pela ação da Comissão da SMSA, como já visto anteriormente.

TABELA 25 - Vinte Procedimentos com Totais mais Caros em Belo Horizonte, 1993 a 1996

	1993	1994	1995	1996
1	Trat.em Psiq.A	Trat.em Psiq.A	Trat.em Psiq.B	Trat. em Psiq.B
2	Insuf.cardíaca	Insuf.cardíaca	Insuf.cardíaca	Insuf.cardíaca
3	Atend.pac.FPT	Cir.Coron.c/EC	PN c/atend. RN	PN c/atend.RN
4	Cir.Múltipla	PN c/atend. RN	Ces.c/atend. RN	Ces.c/atend. RN
5	Cir.Coron.c/EC	Atend.pac.FPT	Cir.Coron.c/EC	Trat.em Reabilit
6	Imp.prot.valvul.	Imp.prot.valvul.	Atend.pac.FPT	Cir.Coron.c/EC
7	PN c/atend.RN	Ces.c/atend.RN	Imp.prot.valvul.	BCP em lactente
8	PN	Trans.Renal rec.	Trat.emReabilit.	Imp.prot.valvul.
9	BCP em lactente	BCP em lactente	Trans.Renal rec.	Trans.Renal rec.
10	Ces.c/atend. RN	Coronarioplastia	BCP em lactente	Facect./lenteIO
11	Trans.Renal rec.	Trat.em Reabilit.	Facect.c/lenteIO	Crise asmática
12	Cesariana	Cir.Múltipla	Trat.em Psiq.A	Atend.pac.FPT
13	AVC agudo	Marcapasso IC	Coronarioplastia	PN
14	Coronarioplastia	Cor.Card.Cong.	Crise asmática	Cor.Card.Cong.
15	Septicemia Ped.	AVC agudo	PN	Marcapasso IC
16	DPOC	Facect./lente IO	Marcapasso IC	Cir.Múltipla
17	Marcapasso IC	PN	Septicemia Ped.	AVC agudo
18	BCP	Crise asmática	Cir.Múltipla	Septicemia Ped.
19	Crise asmática	Trat.em Psiq.B	Cor.Card.Cong.	Coronarioplastia
20	Artrop.coxofem.	Septicemia Ped.	AVC agudo	DPOC

Fonte: DATASUS, dados trabalhados

4.11 Considerações sobre o Controle e Avaliação

Dentre os resultados apresentados pela SMSA como decorrentes da ação do Controle e Avaliação Hospitalar, um dos mais destacados nos relatórios seria a diminuição do consumo mensal de AIH. No entanto, com relação a esta diminuição parece que a Portaria do Ministério da Saúde definindo novos tetos, foi mais efetiva do que a ação do Controle e Avaliação da SMSA, como já visto anteriormente. Também a tabela nacional de valores de procedimentos do SUS parece impactar mais na morbidade hospitalar (definindo existência e especialidade de leitos, realização ou não de determinados procedimentos) do que ações localizadas.

Aparentemente, os indicadores utilizados neste trabalho para verificar o comportamento das internações em Belo Horizonte, não são os mais adequados para se chegar a avaliações mais precisas sobre o impacto do Controle e Avaliação no comportamento dessas internações. No entanto, pode-se considerar que a existência da supervisão hospitalar municipal possibilita uma maior fidedignidade das informações contidas nas AIH, no que se refere aos procedimentos realizados e cobrados e ocorrência de óbitos, além de inibir a realização de internações desnecessárias.

Para uma ação mais efetiva do Controle e Avaliação, alguns problemas na organização dos serviços de saúde do município precisam ser enfrentados:

- Falta de incorporação da rede hospitalar própria, contratada e conveniada no Modelo Assistencial proposto pela SMSA;
- Deficiência da gestão sobre os prestadores com relação a avaliação da qualidade e impacto das ações;
- Insuficiência de instrumentos que garantam acesso a serviços de saúde, principalmente leitos hospitalares;
- Inexistência de instrumentos legais (contratos e convênios) na relação com o setor privado.

Estes problemas explicitam o baixo poder de regulação municipal sobre os serviços de saúde sob a sua gestão. Isso não só dificulta a implementação de princípios, como a regionalização e hierarquização, como uma tentativa mais ousada de reorganização dos serviços de saúde, como por exemplo, a busca mais incisiva da desospitalização.

Além disso, a não incorporação da avaliação da qualidade dos serviços de saúde empobrece ainda mais o nível de intervenção que os mesmos podem ter no perfil de morbimortalidade das populações e, fazem da gestão dos serviços, uma mera repetição da cultura inamptiana.

A estes problemas pode-se somar a falta de articulação institucional interna da SMSA/BH entre os departamentos responsáveis por um lado, pela administração dos serviços próprios e do outro, pela administração dos serviços contratados e conveniados.

Com a superação desses problemas, a supervisão e o Controle e Avaliação como um todo, poderá incorporar ao papel de controle, o da avaliação da qualidade dos serviços de saúde e o município de Belo Horizonte estará dando mais um passo na construção de um serviço de saúde em defesa da vida.

5. CONCLUSÕES

“Pois aqui está a minha vida.
Pronta para ser usada.
Vida que não se guarda
nem se esquia, assustada.
Vida sempre a serviço
da vida “
(VIDA VERDADEIRA- Thiago
de Mello)

1- As informações obtidas no banco de dados do DATASUS, além de permitirem uma grande variedade de análise, tornam-se ainda mais importantes quando observadas sob o ponto de vista da oportunidade (obtenção próxima da ocorrência), agilizando, desta forma, o processo de planejamento. Assim, apesar das limitações na utilização dos dados da AIH, verificou-se que esta fonte de dados permite avaliar algumas intervenções além de possibilitar seu direcionamento. Destaca-se também a publicização e a rapidez na obtenção das informações, principalmente através da Internet.

2- Apesar do Sistema Municipal de Controle e Avaliação ter possibilitado algumas modificações no comportamento das internações no município, verificou-se que a determinação maior para as modificações ocorridas pode ser atribuída ao financiamento. Também a clareza institucional sobre o modelo assistencial (ou parte dele) que se pretende implementar mostrou-se mais determinante que o Sistema Municipal de Controle e Avaliação. Ademais, o Sistema Municipal de Controle e Avaliação deve ser entendido como um dos componentes necessários para a gestão, não podendo ser com ela confundido.

3- Com relação ao comportamento das internações hospitalares em Belo Horizonte no período de 1992 a 1996 observou-se principalmente que:

- houve diminuição nas AIH pagas e nas internações, diminuição da Média de Permanência e crescimento das Taxas de Mortalidade, que ocorreram tanto em Belo Horizonte, como no Brasil de uma forma geral;
- apenas na faixa etária de 15 a 19 anos houve aumento das internações, motivadas principalmente pelas Causas Externas;

- existe uma diferenciação entre Belo Horizonte e o Brasil e o Estado de Minas Gerais, no que se refere às cinco primeiras frequências por Capítulo da CID, não aparecendo para Belo Horizonte o Capítulo das DIP e aparecendo, em 1996 as Causas Externas. O Grupo da Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério é o primeiro colocado tanto em Belo Horizonte como no Brasil e Minas Gerais;
- foi possível, através dos dados verificar uma singularidade no comportamento das especialidades, com algumas apresentando maior flexibilidade para a redução (Clínica Médica e Psiquiatria) do que outras (Obstetria e Cirurgia);
- o coeficiente de internação apresentado por Belo Horizonte, em 1996, apresenta valores próximos ao do Brasil e ao da região Sudeste, para o mesmo ano;
- concentração de internações na faixa etária de 20 a 39 anos, que respondem por 35,20% das internações, devendo-se principalmente ao sexo feminino, pelo Capítulo XI da CID-9 (Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério);
- com relação as maiores frequências por Capítulo da CID-9, por faixa etária, encontra-se: a importância das Doenças do Aparelho Respiratório até os 14 anos; o surgimento das Causas Externas a partir dos 5 anos até os 39 anos; as Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério dos 15 aos 39 anos; as Doenças do Aparelho Circulatório com maior importância a partir dos 40 anos; os Neoplasmas surgindo a partir dos 50 anos e o retorno das Doenças do Aparelho Respiratório a partir dos 60 anos;
- de 1993 a 1996, as cesarianas representaram mais de 30% do total de partos realizados, significando que, em 1996, foram realizadas 7560 cesarianas “desnecessárias”.

4-Verificando-se o comportamento das internações e AIH pagas por Regime Hospitalar, observou-se:

a) Hospitais de Regime Universitário

- Valor médio de AIH mais altos quando comparados com os outros dois tipos de regime hospitalar
- Concentração de leitos na especialidade de cirurgia, com aumento de 35% quando se comparam os dois anos pólos do estudo (a especialidade de cirurgia apresenta o segundo maior valor médio da AIH e a segunda menor média de permanência)

- Maior taxa de produtividade dos leitos
 - Maiores taxas de mortalidade
 - Crescimento de 313,38% das AIH pagas, no período considerado
- O perfil desenhado pelos hospitais universitários, para este período, pode ser explicado através dos seguintes pontos:

- Lógica norteadora das instituições classificadas como universitárias sendo significativamente privadas (dos 06 hospitais, 02 têm natureza pública e 04 natureza privada)
- Clientela atendida, particularmente nas instituições públicas, de casos complexos e muitos traumas

b) Hospitais de Regime Público

- Menores valores médios de AIH
- Possuem o maior número de leitos em Clínica Médica, nenhum de Reabilitação e quase todos os de Tisiologia
- Menor taxa de produtividade dos leitos
- Redução de 8,69% das AIH pagas, de 1992 para 1996
- Maior média de permanência

Este perfil pode ser devido a:

- Maior preocupação com o esclarecimento diagnóstico
- Especialidades com valores médios de AIH baixos

c) Hospitais de Regime Privado

- Maior redução (45,82%) de AIH pagas, no período de 1992 a 1996, quando comparado com os outros regimes.
- Diminuição progressiva da média de permanência
- Taxas cada vez menores de mortalidade

Este perfil poderia ser explicado por:

- Cumprimento apenas do tempo mínimo de permanência
- Seleção de pacientes, com escolha de casos menos graves e complexos

5- A questão financeira como fator determinante pode ser observado, no período estudado, em alguns aspectos:

- na composição dos hospitais e leitos, com um grande crescimento dos hospitais e leitos universitários, provavelmente pelo incentivo obtido com o FIDEPS

- no crescimento dos leitos nas especialidades de Reabilitação e de Crônicos/FPT, sendo estas as especialidades possuidoras de altos valores médios de AIH (primeiro para Reabilitação e terceiro para Crônicos/FPT)
- a menor diminuição de leitos sendo observada na especialidade de Cirurgia, que é o segundo maior valor médio de AIH
- os primeiros lugares dos procedimentos com totais mais frequentes foram ocupados por procedimentos melhor remunerados
- a diminuição de AIH ocorrida em todo país, de 1994 para 1995, decorrente da Portaria GM/272 do Ministério da Saúde, que estabeleceu limites no teto da AIH

6-Modificações ocorridas no comportamento de algumas especialidades, podem ser atribuídas, além do componente econômico, a uma maior clareza na gestão, com um trabalho conjunto do Sistema de Controle e Avaliação e das Atividades de Assistência:

a) Reabilitação e Crônicos/FPT

- Foram as especialidades que tiveram aumento no número de leitos no período em estudo (além da Pediatria), sendo de 43,41% para Reabilitação e 18,15% para Crônicos/FPT. Na Reabilitação houve aumento no número de AIH pagas durante todo o período em estudo, devendo-se destacar a diminuição no tempo de validade da AIH que passou de 180 dias para 107 no ano de 1995.
- Pela máxima de que quanto mais leitos mais internações, tanto a Reabilitação quanto a especialidade de Crônicos/FPT, por terem aumentado seus números de leitos deveriam aumentar suas internações, no entanto só a Reabilitação apresentou um grande aumento (716,06%) havendo diminuição nas internações em Crônicos/FPT (-66,60%). Existe uma correspondência entre a diminuição das internações na especialidade dos Crônicos/FPT e o aumento ocorrido na Reabilitação, sendo decorrente da ação de uma comissão multidisciplinar que avaliou os casos, definindo tecnicamente os que realmente eram Crônicos/FPT e transferindo para a Reabilitação os que não eram e que não podiam receber alta.
- Obviamente houve uma conjunção de interesses, tanto por parte da Secretaria Municipal de Saúde, com a definição correta dos

pacientes Crônicos/FPT quanto dos prestadores, já que a Reabilitação é a especialidade com média de AIH mais alta.

b) Pediatria

- Seguindo a mesma máxima, como houve aumento no número de leitos na Pediatria (5,37%) já era esperado o aumento no número de internações (28,12%). No entanto, deve-se destacar que o aumento das internações ocorreu apenas no último ano do estudo. Possivelmente o Projeto Vida interferiu neste aumento, com a priorização das crianças.

c) Psiquiatria

- Apesar do número de leitos de Psiquiatria ter diminuído (-20,66%) no período em estudo e também no número de AIH (apesar do tempo de validade ter diminuído de 180 para 107 dias) houve aumento no número de internações, quando comparados os anos extremos do estudo (23,57%). Deve-se destacar que a diminuição no número de leitos ocorre a partir de 1994, sendo seguida pela redução no número de internações que ocorre a partir de 1995. É também a partir de 1994 que é observado um aumento na produtividade no número de leitos.
- A política de desospitalização da Secretaria Municipal, que restringiu as internações para os casos agudos, aliada a uma supervisão específica para a Saúde mental, podem justificar estes achados

7- Algumas modificações podem ser atribuídas a ação do Sistema Municipal de Controle e Avaliação

- Observou-se um crescimento dos diagnósticos de primeiro atendimento (menos de 48 horas), que pode significar uma maior exigência, por parte da supervisão, na colocação adequada dos procedimentos da AIH (mas também pode significar estar existindo uma maior transferência entre os hospitais)
- O maior rigor exigido pela Supervisão hospitalar para classificar as cirurgias como cirurgias múltiplas, fez este procedimento sair da quarta colocação em 1993, dentre os procedimentos com totais mais caros, para a décima colocação em 1996
- Talvez estudos que utilizem indicadores mais qualitativos na comparação de localidades que tenham, com localidades que não

possam o Sistema Municipal de Controle e Avaliação implantado, possam apresentar diferenciações ainda maiores.

- Deve-se considerar ainda ter existido uma grande melhora na fidedignidade dos dados da AIH, depois da implantação da supervisão municipal nos hospitais, o que minimiza os problemas decorrentes da utilização da AIH como fonte de dados para a morbidade hospitalar.

Finalmente, acredita-se que, apesar dos avanços obtidos com a implantação do Sistema Municipal de Controle e Avaliação, a implantação de novos instrumentos, que aumentem o poder de regulação do município sobre os prestadores de serviços e a incorporação da avaliação da qualidade sobre os mesmos e sobre os serviços próprios, certamente ampliarão o poder municipal sobre os destinos da saúde de sua população.

SUMMARY

This study was done in order to examine the hospitalizations taken place in Belo Horizonte from 1992 to 1996 by utilizing information from the data bank on the form used in the Brazilian health care system to authorize hospital admittance (AIH). The AIH data bank is the largest source of information in Brazil on production by hospitals.

In addition, we aimed at verifying whether the implementation of a Belo Horizonte's control and evaluation system interfered in the pattern of hospitalizations.

The following variables were verified: hospital mortality rate, average length of stay, sex, age group and principal diagnosis, average AIH value, hospital beds and procedures.

Some results were as follows: decrease in the number of hospitalizations and in average length of stay; increase of mortality rate. Also it was shown that there was a large difference between private and public hospitals.

The variables studied enable us to identify some changes in the pattern of hospitalizations, which occurred not only because of the implementation of Belo Horizonte's control and evaluation service, but also mainly because of the clear guidance of some specialities.

Key words: Hospitalizations; hospital morbidity

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, J.D. Polarização Epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano I, n. 2, p. 5 - 16, julho 1992
- BARQUIN, M. *Dirección de hospitales: organización de la atención médica*. 4 ed. México: Nueva Interamericana, 1983 apud D'OLEO, R.J.M. & FÁVERO, M. Utilização dos Leitos Hospitalares na Região de Ribeirão Preto (Brasil), 1988. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 33 - 40, jan./mar. 1993.
- BARRETO, M.L. & CARMO, E.H. Situação de Saúde da População Brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para a política de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano III, n.3/4, jul./dez., 1994.
- BARROS, M.B.A. Morbidade e Mortalidade Hospitalar de Crianças Menores de Um Ano, em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1975. *Rev.Saúde Pública*, São Paulo, n. 15, p.308 - 320. 1981
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Atividades 1993 - 1996*. Belo Horizonte : Secretaria Municipal de Saúde, fev. 1997. 119 p.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Atividades 1995*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, junho 1996a. 109 p.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Propostas de Consolidação do SUS - BH*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, nov. 1996b. 15 p.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde *Ações Desenvolvidas 1993 - 1995*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, março 1996c. 43 p.
- BITTAR, O. J. N. V. Produtividade em Hospitais de Acordo com Alguns Indicadores Hospitalares. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 53 - 60, 1996.

- BRAGA, J.C.B. & GOES DE PAULA, S. *Saúde e Previdência; estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1981. 226 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual de Controle e Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares; módulo do hospital*. Brasília, 1996. 93 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, ano I, n.1. junho 1992*.
- BUSS, P.M. Assistência Hospitalar no Brasil (1984 - 1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, ano II, n. 2, p. 5 - 42, mar./abr. 1993*.
- CAMPOS, G.W. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.
- CASTELAR, R.M. & MORDELET, P. & GRABOIS, V. *Gestão Hospitalar : um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro: ENSP, 1993. 235 p.
- CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 175 p.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. 184 p.
- DEVER, A.G.E. *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988. 384 p.
- D'OLEO, R.J.M. & FÁVERO, M. Perfil Sociodemográfico da População que Demanda Assistência Médico hospitalar em Região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 256 - 263, 1992*.

- D'OLEO, R.J.M. & FÁVERO, M. Utilização dos Leitos Hospitalares na Região de Ribeirão Preto (Brasil), 1988. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 33 - 40, jan./mar. 1993.
- FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P.J. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 139 - 161, junho 1990.
- FORATTINI, O.P. *Epidemiologia Geral*. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 259 p.
- GOLDBAUM, M. Epidemiologia em Serviços de Saúde no Brasil; anotações para debate. *Saúde em Debate*, n. 35, p. 68 - 71, julho 1992.
- GOLDBAUM, M. Epidemiologia e Serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 95 - 98, 1996.
- GUIMARÃES, C. Leitos de Assistência Hospitalar Geral do Vale do Paraíba, Brasil, 1974. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, n.14, p. 366 - 395, 1980.
- HARTZ, Z.M.A. & CAMACHO, L.A.B. Formação de Recursos Humanos em Epidemiologia e Avaliação dos Programas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, supl. 2, p. 13 - 20, 1996.
- INOJOSA, R.M. Avaliação e Controle do SUS: mudam-se as práticas? *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.19, p. 88-96, jan./abr. 1996
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, Rio de Janeiro. *A Saúde no Município: organização e gestão*. Rio de Janeiro, 1992. 144 p.
- LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1985. 186p.

- LEBRÃO, M.L. Evolução da Morbidade Hospitalar, Vale do Paraíba, 1975 e 1988. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994. 119p. (Tese, Livre-Docência)
- LESER, W. et al. *Elementos de Epidemiologia Geral*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1985. 177 p.
- LEVCOVITZ, E. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil. 1983 - 1991*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 1993. 83 p. (Estudos de Saúde Coletiva, 57).
- MATHIAS, T.A.F. & SOBOLL, M.L.M.S. Morbidade Hospitalar em Município da Região Sul do Brasil em 1992. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 224 - 232, 1996.
- MELLO, C.G.M. A Privatização dos Hospitais Governamentais, Filantrópicos, Universitários e de Ensino. *Saúde em Debate*, n.2, p. 26 - 29, jan./ mar. 1977.
- MELLO, C.G. A Irracionalidade da Privatização da Medicina Previdenciária. *Saúde em Debate*, n. 6, p. 8 -15, abr./jun. 1977.
- MELLO, C.G.M. *A Medicina e a Realidade Brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. 137 p.
- MELO JORGE, M. *Registros de Eventos Vitais: sua importância em Saúde Pública*. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1990 (Divulgação 5) apud MORAES, I.H.S. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 172 p.
- MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. 310 p.
- MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1742 de 30 agosto 1996. *Diário Oficial*, Brasília, 2 set. 1996. Seção 1, p. 17064 -?
- MORAES, I.H.S. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 172 p.
- NOVAES, H.M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde - Silos*; análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Pioneira, 1990. 202 p.
- OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA, S.M.F. (IM) Previdência Social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.356p.
- OLIVEIRA JÚNIOR, M. Financiamento do SUS: da Constituição à X Conferência Nacional de Saúde (1988 - 1996). Belo Horizonte, abril 1996. 25 p. (mimeogr.)
- POSSAS, C. *Saúde e Trabalho; a Crise da Previdência Social*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1989. 324 p.
- ROCHA, J.S.Y. Utilização de Leitos Hospitalares Gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, n. 9, p. 477 - 493, 1975.
- ROCHA, J.S.Y. Padrões de Morbidade Hospitalar; considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, n.14, p.58 - 64, 1980.
- RODRIGUES, B.A. *Fundamentos de Administração Sanitária*. 2 ed. Brasília: s.n., 1979. 387 p.
- RODRIGUES FILHO, J. Utilização Hospitalar no Brasil e o Efeito de Medidas de Contenção do Crescimento de Hospitalizações. *Rev. Ass. Med. Brasil*, v. 35, n. 5, p. 197 - 201, out./dez. 1989.

- ROEMER, M.I. Disponibilidad de Camas y Utilizacion de Los Hospitales: Un Experimento Natural. *Investigaciones sobre Servicios de Salud*. Organizacion Panamericana de la Salud. Publicacion Científica nº 554 , p. 231 - 239
- ROSEN, G. *Da Policia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401 p.
- ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 527 p.
- SANTOS, F.P. *O Controle e Avaliação nos Municípios: a Experiência de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1996. 18 p. (mimeogr.)
- SANTOS, L. *Distribuição de Competência no Sistema Único de Saúde: o Papel das Três Esferas de Governo no SUS*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/OMS, 1994. 56 p. (Série Direito e Saúde n. 3)
- SILVER, L.D. Cesariana: Uma Epidemia Invisível. *Medicina*, Brasília, ago.1997. Saúde da Mulher. p. 18 - 19
- SOUNIS, E. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1985. v. 1.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva e Nutrição. *Diagnóstico da Assistência Médica no Brasil; a política atual de financiamento do SUS, salários dos médicos no setor público*. Belo Horizonte, maio 1993, 135 p. (mimeogr.)
- VASCONCELOS, L.L.C. *Os Procedimentos de Alto Custo em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1996. 43 p. (mimeogr.)
- VAUGHAN, J.P. & MORROW, R.H. *Epidemiologia para os Municípios; manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992. 180 p.

VERAS, C.M.T. & MARTINS, M.S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 335 - 339, jul./set. 1994.