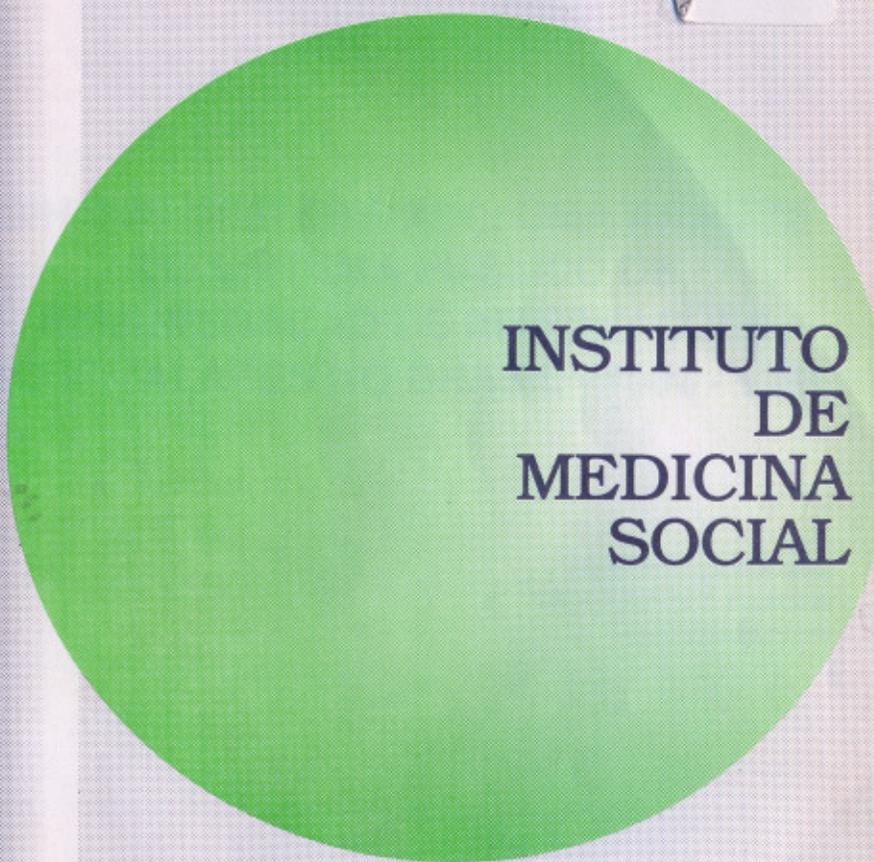


UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

AdSAÚDE



INSTITUTO
DE
MEDICINA
SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva n° 057

SIH/SUS (SISTEMA AIF):

1983 - 1991

Eduardo Levcovitz e Telma Ruth C. Pereira
Setembro 1993

PS
SESC
057

**SIH/SUS (SISTEMA AIH): UMA ANÁLISE
DO SISTEMA PÚBLICO DE
REMUNERAÇÃO DE INTERNAÇÕES
HOSPITALARES NO BRASIL - 1983 - 1991**

EDUARDO LEVCOVITZ
TELMA RUTH C. PEREIRA
SETEMBRO/1993

Diretor: José C. Noronha

Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)

Michael Reichenheim

Joel Birman

Eduardo Levcovitz

Revisora: Clara Recht Diament

Secretária/Diagramação: Regina M. Anguiano Marchese

Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca
do Instituto de Medicina Social - UERJ

L656 LEVCOVITZ, Eduardo
SIH/SUS (sistema AIH) : uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil - 1983-1991.
Eduardo Levcovitz, Telma Ruth C. Pereira. -- Rio de Janeiro : UERJ/IMS, 1993.

83 p.— (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº 57)

1. Hospitais - Administração. 2. Sistema Único Descentralizado de Saúde. Sistema de Informação Hospitalar - Administração.
I. Título. II. Série.

CDU 614.2

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ

SIH/SUS (SISTEMA AIH): UMA ANÁLISE DO SISTEMA PÚBLICO DE REMUNERAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL — 1983 - 1991

EDUARDO LEVCOVITZ*

TELMA RUTH C. PEREIRA**

I - INTRODUÇÃO

O presente texto foi elaborado em abril de 1992, como relatório de consultoria realizada para o Banco Mundial, por solicitação de Maureen E. Lewis, economista do Country Department I (Brasil, Venezuela e Peru).

Ao longo de mais de um ano, foi intenção permanente dos autores proceder à sua atualização e publicação, tarefa sempre retardada em função de outras mais contemporâneas, e da sempre presente "ameaça" de desaparecimento do SIH/SUS, pela substituição do atual modelo de financiamento do SUS pelos repasses diretos e automáticos dos recursos federais aos estados e municípios. A recente edição da Norma Operacional Básica - NOB/SUS - 1993

* Professor Assistente e Doutorando em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Diretor de Controle e Avaliação do INAMPS/DG (87-88), Subsecretário de Planejamento e Desenvolvimento da SES-RJ (89-91) e Diretor do Departamento do SUS/SNAS/MS (92).

** Médica do INAMPS. Pesquisadora do CEPESC/IMS/UERJ. Coordenadora de Projetos Especiais e de Administração de Unidades Ambulatoriais do INAMPS/DG (85-88), Assessora do Gabinete da SES-RJ (88-91) e Assessora da Diretoria de Planejamento do INAMPS/DG (92).

demonstrou que a "ameaça" de extinção do SIH/SUS ainda logrará bom tempo antes de se efetivar.

Três razões nos levaram a decisão de retomar o trabalho sobre este texto:

- a) a demanda real de material didático para os cursos do IMS/UERJ, tanto do Mestrado em Saúde Coletiva quanto do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, especialmente pela quase absoluta carência de textos publicados que tratem de aspectos operacionais da gestão de serviços de saúde no Brasil;
- b) a clara constatação da importância do SIH/SUS tanto do ponto de vista histórico quanto da problemática atual do sistema de saúde brasileiro, para os debates em curso sobre as alternativas possíveis de financiamento e gestão da rede de serviços, especialmente face à convicção dos autores de que os mais de dois anos decorridos da aprovação das Leis 8080/90 e 8142/90, sem a implementação dos critérios e diretrizes nelas definidos, demonstram a necessidade de urgente aprofundamento das discussões em busca de instrumentos operacionais viáveis para a consolidação do SUS;
- c) a recente aprovação, pelo Congresso Nacional, de lei extinguindo o INAMPS, e que foi acompanhada de um intenso processo de sucateamento cultural, organizacional e moral do INAMPS, tendo o Sistema AIH exercido o papel principal de "Geni", responsabilizado por toda a sorte de fraudes e distorções existentes no sistema de saúde brasileiro.

Resgatar e registrar o Sistema AIH insere-se, assim, num esforço para evitar a completa perda da "cultura inampiana", que tem nesse sistema um representante fundamental das tendências, evoluções e conflitos ocorridos na instituição nos últimos dez anos. Entendemos que a destruição do patrimônio cultural e institucional do INAMPS, bem como a dizimação funcional de seu corpo técnico-administrativo, significam um enorme desserviço à formação de uma nova cultura gerencial da saúde pública brasileira.

A ciência política da construção do novo sistema de saúde necessita estar permanentemente aliada à arte da sedução dos quadros técnicos que atuam no setor de longa data, e o necessário processo de transformação das práticas gerenciais precisa calcar-se na experiência concreta acumulada nas instituições setoriais, das quais o INAMPS é certamente a mais significativa.

Agregue-se a observação de que "culpar" o Sistema AIH pelas fraudes e, em última análise, pela crise da saúde pública, como têm feito sistematicamente não só os órgãos da grande imprensa como também as principais autoridades de saúde do país, tem o mesmo efeito que culpar o formulário da declaração do imposto de renda pela ampla sonegação de impostos consensualmente registrada no Brasil (afinal, as fraudes na saúde são estimadas, sem qualquer explicitação metodológica, em 30%, e a sonegação é referida em torno de 50%) ou os talões de cheques pela existência dos "fantasmas" do esquema PC.¹ Após a extinção do INAMPS, restaria a todos nós aguardar pela extinção da Receita Federal e mesmo especular sobre o fim dos bancos.

Decidimos, então, divulgar o presente texto quase que em sua forma original, contendo informações e dados que vão até 1991, de forma a permitir sua

utilização imediata e, talvez com exagerado otimismo, esperar que sua leitura traga alguma influência às discussões da atualidade. Procedemos, apenas, a uma breve revisão e a um esforço de síntese. Ao mesmo tempo, estamos iniciando a elaboração de um texto complementar, contendo dados até o momento presente e uma atualização das análises sobre o SIH/SUS.

Diz a "cultura inampiana" que: "*Quem carrega o piano entra sempre pela porta dos fundos.*"² O Sistema AIH tem "carregado o piano" da assistência médico-hospitalar a 80% da população brasileira há mais de dez anos e, como tal, não tem merecido mais que a "porta dos fundos". Esperamos, de alguma forma, estar contribuindo, com este texto, para facilitar seu acesso à entrada social da área de gestão de serviços de saúde no Brasil.

II. HISTÓRICO

O atual SIH/SUS — Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (ex-Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social — (SAMHPS), responsável pelo pagamento de 1.200.000 internações/mês, a um custo mensal de aproximadamente 110 milhões de dólares americanos, foi implementado em 1983/84, como decorrência das falhas de controle e previsão que o sistema então vigente apresentava.

O modelo anterior de pagamento, implantado em 1976/77 e denominado Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), caracterizava-se pelo ressarcimento de despesas ato a ato, mediante a comparação entre a fatura apresentada pelo hospital contratado e um parâmetro ou gabarito, o qual estabelecia o limite máximo segundo o tipo de nosologia ou procedimento médico. Este mecanismo determinava, com

freqüência, glosas no valor excedente, o qual era submetido a uma justificativa por parte do hospital e a uma revisão técnica manual pelo INAMPS. Como instrumentos, o sistema 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).

Apesar de ser operado pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), o sistema mantinha ainda um volume acentuado de análises manuais que sobrecarregavam os médicos revisores do INAMPS. Além desta desvantagem, apresentava outras como:

- natureza complexa dos documentos que o constituíam, exigindo pessoal especializado em preenchimento de faturas;
- imprevisibilidade de recursos dispendidos pelo INAMPS e, conseqüentemente, do controle de gastos com assistência médica;
- imprevisibilidade de faturamento pelos hospitais;
- divergências entre prestadores e o INAMPS quanto aos valores excedentes ao gabarito.

Tais questões levaram as entidades representativas de hospitais e da classe médica a se posicionarem contra o sistema, exigindo "outro menos complexo e mais preciso" (MPAS, 1980).

Por outro lado, as denúncias de fraudes advindas do sistema eram freqüentes. Em outubro de 1981, o Ministério da Previdência e Assistência Social realizou auditoria em contas de 400 hospitais contratados localizados nos estados de

São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, constatando fraudes em cerca de 90% dos documentos analisados. As principais distorções encontradas foram:

- 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;
- cobrança indevida de honorários (Gentile de Mello, 1983).

A partir de 1979 o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS e da DATAPREV, inicia estudos para a conformação de um novo modelo de pagamento com base em procedimentos clínicos e cirúrgicos, definindo a cidade de Curitiba - PR como área piloto de teste.

Foi designada uma comissão central de acompanhamento, formada por representantes do INAMPS, da DATAPREV, do Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Federação Nacional de Médicos (FNM), da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho dos Sindicatos dos Hospitais (atualmente FENAESS) e da Federação das Misericórdias de São Paulo.

A comissão técnica responsável pelo desenho do sistema estabeleceu as seguintes diretrizes (MPAS, 1980):

- "ser necessário a aceitação da responsabilidade conjunta de todos os segmentos da sociedade na utilização de recursos do setor saúde, como importante para a atual fase histórica;
- o apoio ao princípio de que todos os prestadores de serviços agem corretamente, cabendo ao sistema identificar e prover instrumentos de correção de eventuais distorções;
- a necessidade da participação efetiva das entidades representativas da categoria médica e do setor hospitalar no planejamento, implantação e avaliação do novo sistema;
- posição favorável à eliminação das restrições na utilização da capacidade instalada disponível do setor saúde;
- ser indispensável a superação das barreiras que dificultam ao paciente a livre opção pelo médico e hospital de sua preferência;
- estimular a busca da descentralização e desburocratização do processamento, mantendo, entretanto, o atual sistema de pagamento por grupos de hospitais em datas definidas, a nível central;
- adotar mecanismos claros e precisos nos reajustes dos valores dos serviços hospitalares e médicos;

- ser indispensável a eliminação das glosas, motivo de desacertos e incompreensões entre os prestadores de serviços e o INAMPS;
- ser recomendável a desvinculação do pagamento dos honorários médicos da conta/fatura apresentada pelos hospitais;
- que a cada serviço autorizado e prestado deve corresponder sempre um pagamento, efetuado no prazo contratual."

Como objetivos do sistema foram arrolados (MPAS, 1980):

- "definir formas de participação da Previdência Social e dos prestadores de serviços na assistência médica hospitalar;
- substituir o pagamento por ato pelo sistema de pagamento fixo por procedimentos;
- definir mecanismos de reajustes de valores;
- incorporar todos os médicos e hospitais do sistema, desde que o desejem, sem credenciamento prévio;
- desagregar da conta hospitalar os honorários médicos e de outros profissionais de saúde;
- facilitar os mecanismos de controle e de lançamentos contábeis;
- possibilitar a previsão de gastos com assistência médico-hospitalar do INAMPS;

- implantar sistema de auditoria médico-hospitalar e de avaliação;
- incorporar formas de valorizar o desempenho hospitalar;
- permitir ao paciente a escolha do profissional e do serviço hospitalar."

Após um ano de trabalhos, em outubro de 1980, a comissão apresentou a versão final do projeto **SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social**, que foi amplamente aprovada pelas autoridades do INAMPS/MPAS e pelos representantes dos prestadores de serviços, considerando-se unanimemente que o sistema proposto atendia ao conjunto de diretrizes que haviam sido formuladas.

As bases do sistema consistiam de:

- tabela de procedimentos clínicos organizada segundo o diagnóstico e cirúrgicos padronizada de acordo com a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial da Saúde;
- valores separadamente discriminados para pagamento dos serviços hospitalares e dos profissionais;
- sistema de atribuição de um determinado número de pontos, equivalentes às US então vigentes, para cada ato profissional;
- índice de valorização do desempenho hospitalar.

Para 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.

O valor total dos serviços hospitalares correspondia à soma de cada um dos valores atribuídos aos principais procedimentos realizados. Já a remuneração dos serviços profissionais obedecia a sistemática bastante complexa, calculada pela multiplicação do valor do ponto dos serviços profissionais no mês pelo número de pontos correspondentes a cada pessoa física ou jurídica responsável pelo atendimento.

A valorização do desempenho hospitalar foi atribuída considerando sistema de ponderação de acordo com as seguintes variáveis:

| | |
|------------------------------|-----|
| - área física | 10% |
| - equipamentos e instalações | 25% |
| - recursos humanos | 30% |
| - indicadores de desempenho | 35% |

A equipe formuladora do sistema já então acentuava que os indicadores de desempenho deveriam, com o tempo, se tornar o elemento mais destacado na valorização do hospital. Esta valorização concretizava-se num Índice (IVH - Índice de Valorização Hospitalar) multiplicador dos valores de tabela dos procedimentos.

Quanto aos mecanismos de reajuste, foi reconhecida a necessidade de definir de maneira precisa os componentes de custo dos procedimentos clínicos e

cirúrgicos, bem como de acompanhar a variação de custos para atualização de valores.

A versão final do sistema foi amplamente debatida com as entidades representativas dos prestadores, citando-se, além daquelas participantes da comissão central, as Sociedades Brasileiras de Radiologia, de Hemoterapia, de Patologia Clínica e de Anátomo-patologia, a Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul e Regional da Associação Paulista de Medicina - SP. Nesses encontros, as entidades encaminharam suas reivindicações, incluindo a proposta de criação de um valor específico para pagamento dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT).

O sistema previa, ainda, estudos específicos sobre mecanismos de reajustes, valorização do desempenho hospitalar, classificação internacional de procedimentos e listagem dos componentes dos procedimentos complexos.

Em agosto de 1981, o SAMHPS/AIH foi implantado, experimentalmente, na cidade de Curitiba, Paraná, de forma a serem testados seus componentes, documentos, fluxos e mecanismos operacionais. Por aproximadamente 2 anos o sistema foi mantido como experiência piloto, estendendo-se a todo o estado do Paraná e sofrendo adequações e adaptações necessárias ao funcionamento real.

Em 1982, a Previdência Social brasileira enfrentou séria crise de financiamento, tendo sido proposto, como resposta à necessidade de conter despesas com assistência médica, o Plano CONASP — Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária.

No capítulo especificamente destinado à assistência hospitalar por hospitais privados contratados é proposta a implantação nacional do SAMHPS/AIH, em substituição ao SNCPCH (Brasil, CONASP, 1982).

Tendo o MPAS/INAMPS adotado, com amplo respaldo político, o Plano CONASP, o SAMHPS/AIH foi por fim implantado progressivamente em todas as unidades federadas do país, entre agosto de 1983 e fevereiro de 1984, superando as resistências e oposições ainda existentes.

É assim que, apenas ao longo de 1983, são tornados públicos os documentos formais de apresentação e manuais de operacionalização do SAMHPS/AIH:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| — Módulo do Hospital - | maio/83 |
| — Módulo do Médico - | maio/83 |
| — Tabela de Procedimentos com Valores | outubro/83 |

A essência do SAMHPS/AIH permanece vigente até os dias atuais, apesar das inúmeras transformações por que tem passado o sistema de saúde brasileiro ao longo desta quase uma década. O sistema, concebido para ser operado por duas mega-instituições federais e centralizadas (INAMPS e DATAPREV), sobrevive a todo o movimento descentralizador observado com o processo de implantação das AIS — Ações Integradas de Saúde, do SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e do SUS — Sistema Único de Saúde. Suas principais transformações foram decorrentes da contínua incorporação de prestadores de serviços hospitalares de naturezas distintas dos originais, com a entrada de entidades filantrópicas, universitárias e públicas.

Desde janeiro de 1991, o SAMHPS/AIH, então redenominado SIH/SUS, é a única modalidade de remuneração/financiamento, com recursos federais, de internações hospitalares vigente no país. Note-se que, quando de sua implantação, o SAMHPS/AIH destinava-se apenas aos hospitais contratados e convivia com nove diferentes "modalidades assistenciais" de remuneração/financiamento de internações pelo INAMPS: hospitais próprios, convênios com outros órgãos federais, convênios com estados e municípios (AIS), co-gestão administrativa com hospitais do Ministério da Saúde, convênios Funrural, reembolso de despesas e convênio MEC/MPAS com hospitais universitários e de ensino.

A cronologia sintética do SAMHPS/AIH (SIH/SUS), apresentada a seguir, busca situar os principais movimentos e fatos que influenciaram evolutivamente o sistema.³

- Até 1976 - revisão e pagamento manual de contas médicas e hospitalares pelo INPS.
- 1976 - criação do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e do INAMPS, com atribuições específicas para assistência médica.
- 1977 - implantação do SNCPCH/GIH.
- 1977 - início dos estudos para elaboração do projeto SAMHPS/AIH.
- 1980 (janeiro) - constitui-se a Comissão Técnica do SAMHPS/AIH para elaboração do projeto.

- 1980 (outubro) - aprovação da versão final do projeto.
- 1981 (agosto) - implantação experimental do SAMHPS/AIH em Curitiba/Paraná.
- 1982 (julho) - aprovados os parâmetros de programação e controle das ações assistenciais do INAMPS pela Portaria MPAS nº 3046/82.
- 1982 (agosto) - aprovado o Plano CONASP pela Portaria MPAS nº 3062/82.
- 1983 (maio) - divulgados os documentos e manuais do SAMHPS/AIH.
- 1983 (agosto) - inicia-se a expansão do SAMHPS/AIH para todo o país.
- 1983 (outubro) - divulgada a primeira Tabela de Procedimentos e Valores do SAMHPS/AIH.
- 1984 (fevereiro) - concluída a implantação do SAMHPS/AIH e definitivamente substituída a modalidade de pagamento por ato - SNCPC/CIH.
- 1984 (março) - a Comissão Técnica do SAMHPS/AIH é dissolvida e são interrompidos diversos subprojetos do sistema ainda em desenvolvimento, em especial o de supervisão e auditoria.
- 1985 (maio) - assume nova administração no INAMPS e no MPAS. Os membros da Comissão Técnica do SAMHPS/AIH são reintegrados às funções de direção no INAMPS.

- 1985 (agosto) - Substitui-se o antigo formulário AIH por novo modelo, com série numérica pré-impressa, e cancelam-se as antigas AIH's não apresentadas. - O MPAS/INAMPS contrata auditoria externa de empresa independente, que recomenda a retomada do sistema com seus componentes e subprojetos originais.
- 1986 (abril) - O SAMHPS/AIH é integralmente estendido às entidades hospitalares filantrópicas e beneficentes, através de convênio-padrão específico.
- 1986 (junho) - Inicia-se o processo de diferenciação do IVH - Índice de Valorização Hospitalar para hospitais filantrópicos, com limites mais altos que os vigentes para contratados.
- 1986 (outubro) - Inicia-se o processo de acreditação diferenciada de hospitais do SAMHPS/AIH para realizarem procedimentos de alta complexidade e custo, através do SICV — Sistema Integrado de Cirurgia Cardiovascular —, que será posteriormente estendido às áreas de oncologia (SICC - Sistema Integrado de Controle do Câncer), nefrologia e transplante renal (SIRCTrans - Sistema Integrado de Assistência ao Renal Crônico e Transplante), traumatologia (SIRTO - Sistema Integrado de Reabilitação e Traumatologia) e oftalmologia (SIOF). A acreditação diferenciada permite ao hospital auferir níveis mais elevados de IVH.

- 1987 (maio) - O SAMHPS/AIH é integralmente 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.
- 1987 (julho) - Assinado pelo Presidente da República o Decreto nº 94.657/87, que cria o SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que propugna a progressiva transferência das funções executivas do INAMPS para as SES — Secretarias Estaduais de Saúde e incentiva a municipalização.
- 1987 (agosto) - Iniciam-se os estudos para incorporação ao SAMHPS/AIH do pagamento das orteses e próteses médico-cirúrgicas (OPM).
- 1987 (outubro) - Iniciam-se os estudos técnicos para ampla revisão da sistemática de acreditação/classificação de unidades hospitalares para fins de atribuição do IVH, e para apropriação de custos reais da assistência hospitalar visando à completa atualização da Tabela de Procedimentos e Valores do SAMHPS/AIH.
- 1987 (novembro) - Inicia-se a transferência da gestão operacional do SAMHPS/AIH para as SES, que passam progressivamente a assumir as funções de distribuição dos formulários, autorização de internações, controle e avaliação das unidades hospitalares e recepção e envio à DATAPREV das AIH's. As atividades de pagamento continuam centralizadas no INAMPS.

- 1987 (ao longo do ano) - Procede-se à paridade entre pontos atribuídos aos Serviços Profissionais (médicos) — SP e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia — SADT com a tabela proposta pela Associação Médica Brasileira (AMB). Esta recomposição traduz a primeira alteração profunda na tabela do SAMHPS/AIH.
- 1988 (janeiro) - Incorporação do pagamento das órteses e próteses médico-cirúrgicas (OPM) ao SAMHPS/AIH, criando-se o pagamento direto ao fabricante/importador, eliminando-se a intermediação dos hospitais e implantando-se o controle cruzado do uso de OPM's com o procedimento médico informado na AIH. - São extintas as Superintendências Regionais do INAMPS, substituídas por Escritórios Regionais, sem funções executivas em seus regimentos. Acelera-se a transferência de gestão do SAMHPS/AIH para as SES.
- 1988 (maio) - Toda a direção geral do INAMPS é substituída em consequência da troca de Ministro da Previdência e Assistência Social.
- 1988 (outubro) - Aprovada a nova Constituição Federal e, nela, o SUS - Sistema Único de Saúde.
- 1988 (ao longo do ano) - São interrompidos os estudos técnicos iniciados em 1987 (acreditação/classificação e custos). A nova direção geral do INAMPS interpõe restrições ao processo de descentralização da gestão do SAMHPS/AIH para as SES.

- 1989 (ao longo do ano) - Iniciam-se em diversos estados (Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina etc.) processos de descentralização da gestão do SAMHPS/AIH para as Secretarias Municipais de Saúde.
- 1989 (março) - Aprovadas as novas Constituições Estaduais, que incorporam as diretrizes do SUS.
- 1990 (janeiro) - Assume o novo Governo Federal. - O INAMPS é transferido do MPAS para o Ministério da Saúde. - O novo Ministério da Saúde assume a municipalização da assistência à saúde como eixo condutor da implantação do SUS.
- 1990 (setembro) - Aprovada a Lei Orgânica da Saúde - nº 8080/90, que dispõe sobre a organização do SUS.
- 1990 (dezembro) - Aprovada a Lei nº 8142/90, que dispõe transitoriamente sobre os mecanismos de financiamento do SUS.
- 1990 (ao longo do ano) - São iniciadas experiências em diversos estados para incorporação dos hospitais públicos ao SAMHPS/AIH.
- 1991 (janeiro) - Expedidas pelo MS/SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde as Portarias nº 15, 16, 17, 18, 19 e 20/91 e aprovada a Norma Operacional Básica nº 01/91, que dispõe sobre a sistemática de financiamento do SUS, inclusive quanto ao SAMHPS/AIH.

- O SAMHPS/AIH é redenominado SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e passa a ser a forma exclusiva de remuneração/financiamento de internações hospitalares com recursos do INAMPS/MS. - Conclui-se a incorporação dos hospitais públicos ao SIH/SUS.
- 1991 (fevereiro) - A partir dessa data, e até novembro, o IVH vai sendo progressivamente extinto com elevações mensais de 10% no Índice de todas as unidades hospitalares, até atingirem o patamar de IVH = 2,0 (200% de acréscimo). Cria-se o FIDEPS — Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde, exclusivo para os hospitais universitários.
- 1991 (maio) - O INAMPS interrompe a sistemática de apuração de Índice específico para reajuste do subcomponente MAT/MED — materiais e medicamentos do componente SH - Serviços Hospitalares, passando todos os reajustes a dependerem exclusivamente das disponibilidades orçamentárias.
- 1991 (julho) - O INAMPS interrompe a sistemática de pagamento das OPM's - Órteses e Próteses Médico-Cirúrgicas diretamente aos fabricantes/importadores, voltando a remunerar esses produtos aos hospitais, através do SIH/SUS.
- 1991 (setembro) - É extinto o IVH com concomitante duplicação do valor da Tabela Básica de Procedimentos e Valores.

- 1991 (ao longo do ano) - Pela sistemática de elevação contínua e extinção do IVH, os hospitais de baixa complexidade (que estavam situados em faixas baixas de IVH) têm seus valores de remuneração elevados em até 100% mais que os hospitais de maior complexidade, como os universitários e os participantes dos sistemas integrados (SICV, SIRCTrans etc.)
- 1992 (fevereiro) - O Ministro da Saúde é substituído, assim como toda a equipe dirigente do INAMPS/SNAS/MS.

III. SIH/SUS: DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO

O SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), antigo SAMPHS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social), genericamente conhecido como sistema AIH, é um sistema de remuneração fixa por procedimento, baseado no conceito de valores médios globais atribuídos, mediante tabela fixada pelo Ministério da Saúde, aos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede de assistência hospitalar.

O SIH/SUS caracteriza-se como um modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e tendo uma base de cálculo pré-definida. Outro exemplo deste modelo é o sistema aplicado nos Estados Unidos e em outros países — Diagnosis Related Groups — DRG.

O modelo prospectivo apóia-se no conceito de que os pacientes apresentam características homogêneas seja quanto a variáveis demográficas e sociais seja quanto às relativas ao diagnóstico e tratamento. Desta forma, eles podem ser reunidos em grupos conforme a semelhança das características.

Por outro lado, o modelo apresenta um conceito básico que o diferencia do modelo retrospectivo, de pagamento ato a ato, qual seja, a noção de produto. Por produto entende-se o resultado final de um determinado processo; o produto hospitalar seria "o conjunto específico de bens e serviços que cada doente recebe em função de suas necessidades e como parte do processo de tratamento definido pelo médico" (Urbano, 1990). Assim, os grupos de pacientes formariam o produto hospitalar, em cujo processo de produção — diagnóstico e tratamento — é aplicado um conjunto de bens e serviços.

As vantagens do modelo prospectivo residem no caráter de previsibilidade de gastos e no possível incentivo a um melhor desempenho hospitalar, atuando sobre a produção de exames desnecessários, controle do tempo médio de permanência e outras variáveis relacionadas à eficiência.

"Assim, o primeiro objetivo deste sistema de pagamento prospectivo é o de estabelecer incentivos ao aumento da eficiência técnica, isto é, controlar o crescimento dos custos de cuidados de saúde, embora sem intervir na área da quantidade produzida. Esta metodologia de pagamento pretende mudar a indústria de saúde de mercado de vendedores em mercado de compradores (Rettig et

alli, 1987). *Isto porque, num setor como o da saúde, onde os preços não são estabelecidos livremente pelo mercado, mas sim por terceiros pagadores (estado ou seguradoras), o esquema de pagamento/preços é o mecanismo mais direto e imediato para influenciar o que se produz, como e quem.*" (Berky, 1983)

Considera-se, entretanto, que as mesmas características passíveis de conduzir positivamente o modelo também propiciam alguns desvios, como: altas precoces, seleção de pacientes conforme gravidade, restrição na utilização de tecnologia (Veras, 1989).

Feitas essas considerações quanto à natureza do modelo de pagamento no qual se insere o SIH/SUS, passa-se à descrição do sistema.

1. O Documento AIH:

O formulário AIH - Autorização de Internação Hospitalar é o documento central do sistema. Cumpre simultaneamente múltiplas funções:

- autorizar a realização da internação propriamente dita, para efetivação de um procedimento clínico ou cirúrgico pré-definido, a partir de sua expedição pelo órgão gestor da rede assistencial (SES ou SMS);
- identificar o paciente e suas principais características empregatícias (por sua origem no sistema previdenciário não-universalizado;

- registrar o conjunto de procedimentos médicos e serviços de diagnose e terapia realizados no paciente;
- servir como documento de faturamento pela unidade hospitalar ao órgão remunerador/financiador dos serviços.

Ao longo de seus mais de dez anos de existência, o formulário AIH sofreu pequenas alterações. Atualmente estão em vigência cinco tipos de documento AIH.

- AIH - 1 - Identificação de emissão exclusiva pelo órgão gestor do SUS, com numeração prévia já impressa. Emitida em três vias:
 - 1ª via (sépia-curta), apenas para identificação do paciente e do órgão emissor.
 - 2ª via (sépia-completa), onde são registrados todos os eventos ocorridos durante a internação. É a via enviada para o órgão do SUS como fatura.
 - 3ª via (azul-completa), cópia da 2ª via que fica arquivada no prontuário do paciente.
- AIH - 3 ou 5 - Complementar, para ser usada quando o número de linhas da AIH - 1 for insuficiente para todos os registros necessários, ou em caso de rasura da AIH - 1, ou nos casos de cobrança por permanência (apenas para continuidade de informações de pacientes psiquiátricos ou crônicos que permaneceram internados após o prazo para apresentação/faturamento da AIH - 1).

— AIH - 7 - Meio Magnético, para documentar a existência de internação pré-autorizada nos hospitais que apresentam/faturam as AIH's através de disquetes ou fitas magnéticas de computador. Este documento está ainda em processo de implantação.

— Série Numérica - não se trata de um tipo de AIH, mas está aqui listada por substituir o documento nos casos em que o próprio hospital é órgão emissor de AIH's, como as unidades públicas e os hospitais universitários e de ensino. O hospital recebe mensalmente uma série de numeração correspondente à quantidade de internações programadas/autorizadas para realização e apresenta o faturamento através de meio magnético.

Sob esse conjunto de tipos, o SIH/SUS movimenta um quantitativo mensal de AIH's (internações) que variou de 1.090.000 a 1.265.000 no ano de 1991, distribuídas em 6.380 unidades hospitalares.

A AIH - 1, de identificação, documento matriz dos demais é constituída por cinco campos distintos, que exercem funções próprias:

- a) **Campo Identificação da AIH:** contém a numeração seqüencial e a caracterização do órgão gestor da rede que emitiu o documento. Evita a duplicação eventual do documento e permite avaliar a quantidade de internações autorizadas/realizadas na área de abrangência do órgão emissor.
- b) **Campo Órgão Emissor:** contém os dados de identificação do paciente, identifica o procedimento médico-hospitalar previamente autorizado e o médico responsável pela emissão da AIH e designação do procedimento

autorizado. Identifica ainda o caráter da internação: eletiva ou urgência/emergência.

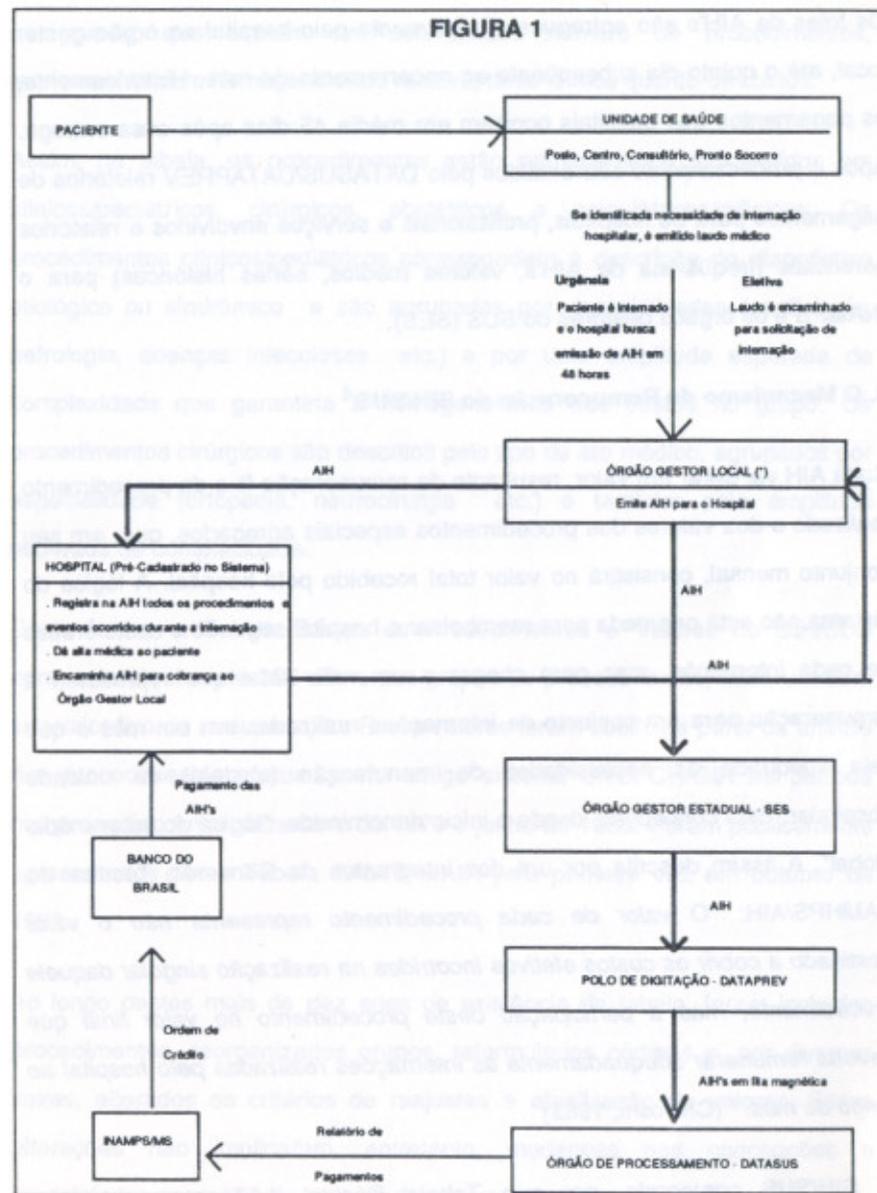
- c) **Campo Médico Auditor:** onde são assinalados procedimentos de natureza especial, que por seus elevados custos unitários agregam valor adicional à AIH, isto é, estão excluídos da concepção de remuneração fixa por procedimento. Este campo é de responsabilidade do diretor clínico ou chefe de serviço do hospital. Também é neste campo que são registradas as entradas e saídas do paciente em UTI — Unidade de Terapia Intensiva, e eventuais necessidades de mudança do procedimento originalmente autorizado, por novo diagnóstico ou intercorrência clínico-cirúrgica após a entrada do paciente no hospital.
- d) **Campo Serviços Profissionais:** onde são assinalados o conjunto dos atos médicos realizados (clínicos ou cirúrgicos) e toda a bateria de exames (laboratoriais, radiológicos etc.) e terapias complementares efetuados. Este campo não agrega valor à remuneração da internação. Todo o seu conteúdo está incluído na concepção de remuneração fixa do procedimento. Aqui podem ser registradas ações prestadas por profissionais médicos ou serviços complementares próprios do hospital (códigos 4 e 3, respectivamente) ou por profissionais ou serviços autônomos (códigos 7 e 8, respectivamente). No primeiro caso, a remuneração decorrente dessas ações será destinada ao hospital, e, no segundo, o pagamento será creditado diretamente para o profissional ou serviço autônomo.

e) **Campo Hospital:** contém a identificação da unidade hospitalar, através do carimbo padronizado do CGC — Cadastro Geral de Contribuintes; a identificação do diretor clínico do hospital; as datas de internação e alta do paciente; o motivo da alta; os Códigos CID — Classificação Internacional de Doenças, primário e secundário; a eventual ocorrência de óbito e o registro do procedimento médico principal realizado, se diferente do autorizado no 1º campo.

Os demais tipos de AIH (3, 5 e 7) contêm os campos parciais da AIH - 1 necessários ao desempenho da função específica a que se destinam. O SIH/SUS contém ainda documentos complementares (Laudo Médico de Solicitação de Emissão de AIH, DCIH — Documentos de Cobrança de Internações Hospitalares etc.) não descritos aqui por não serem essenciais à compreensão do sistema.

2. O Fluxo da AIH

Descreve-se aqui, por etapas, o fluxo teórico concebido para o documento AIH, que tem sofrido ao longo dos anos algumas alterações (Figura 1):



* Originalmente Serviços Locais de Medicina Social do INAMPS, atualmente SMS ou órgão regional da SES.

Os lotes de AIH's são entregues mensalmente pelo hospital ao órgão gestor local, até o quinto dia subsequente ao encerramento do mês. Historicamente, os pagamentos aos hospitais ocorrem em média 45 dias após essa entrega. Após o processamento são emitidos pelo DATASUS/DATAPREV relatórios de pagamentos para os hospitais, profissionais e serviços envolvidos e relatórios gerenciais (frequência de AIH's, valores médios, séries históricas) para o INAMPS e os órgãos gestores do SUS (SES).

3. O Mecanismo de Remuneração do SIH/SUS⁴

Cada AIH vai gerar um valor, resultante da remuneração fixa do procedimento realizado e dos valores dos procedimentos especiais agregados, que, em seu conjunto mensal, consistirá no valor total recebido pelo hospital. A lógica do sistema não está orientada para reembolsar o hospital segundo o custo efetivo de cada internação, mas para chegar a um valor total que representa a remuneração para um conjunto de internações realizadas em um mês e que seja adequada às necessidades de manutenção (custeio) da unidade hospitalar. Esta concepção, desde o início denominada "lógica do valor médio global", é assim descrita por um dos integrantes da Comissão Técnica do SAMHPS/AIH: *"O valor de cada procedimento representa não o valor destinado a cobrir os custos efetivos incorridos na realização singular daquele procedimento, mas a participação deste procedimento no valor final que deveria remunerar adequadamente as internações realizadas pelo hospital ao longo do mês."* (Chiyoshi, 1983)

O SIH/SUS contempla, em sua Tabela Básica, 4.074 procedimentos, organizados em 266 grupos. Os valores fixos de remuneração são atribuídos

os grupos, que contém um determinado número de procedimentos, teoricamente com homogeneidade relativa, tanto clínica quanto de custos.

Assim, na tabela, os procedimentos estão primariamente subdivididos em clínicos/pediátricos, cirúrgicos, obstétricos e psiquiátricos/crônicos. Os procedimentos clínicos/pediátricos correspondem à descrição do diagnóstico etiológico ou sindrômico e são agrupados por especialidades (cardiologia, nefrologia, doenças infecciosas etc.) e por uma amplitude esperada de complexidade que garantiria a homogeneidade dos custos no grupo. Os procedimentos cirúrgicos são descritos pelo tipo de ato médico, agrupados por especialidade (ortopedia, neurocirurgia etc.) e também pela amplitude esperada de complexidade.

Desta forma, a Tabela Básica de Procedimentos e Valores do SIH/SUS apresenta atualmente 266 diferentes grupos de procedimentos, cada um com seu valor fixo de remuneração. Esses valores foram obtidos a partir da análise dos procedimentos efetuados no antigo sistema SNCPCH/GIH no período compreendido entre dezembro de 1979 e junho de 1980. Foram publicamente apresentados como Tabela SAMHPS/AIH pela primeira vez em outubro de 1983.

Ao longo destes mais de dez anos de existência da tabela, foram incluídos procedimentos, reorganizados grupos, reformulados códigos e, por diversas vezes, alterados os critérios de reajustes e atualização de valores. Essas alterações não implicaram, entretanto, mudanças nas concepções e modalidades operacionais básicas do sistema.

Cada um dos grupos desses valores é subdividido em três grandes componentes: **SH — Serviços Hospitalares**, **SP — Serviços Profissionais** (exclusivamente médicos) e **SADT - Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia**. Desde a origem do sistema, o componente SH estava subdividido em dois subcomponentes: **Diárias/Taxas** e **MAT/MED — Materiais e Medicamentos**. Cada grupo tem, ainda, três outros atributos consignados na tabela: número de pontos do ato médico; número de pontos de anestesia (em procedimentos cirúrgicos) e média de dias de permanência esperados.

Apesar da existência de componentes distintos, a lógica da remuneração fixa por procedimento está presente tanto no SH quanto no SP e SADT, com algumas peculiaridades destes dois últimos que serão comentadas posteriormente.

3.1. A remuneração do hospital - SH

O valor total a ser recebido pelo hospital corresponde à multiplicação da frequência de cada procedimento realizado pelo valor de SH atribuído ao grupo a que pertencem esses procedimentos.

A esses valores básicos são agregadas remunerações adicionais, geradas pela realização de procedimentos ou pelo consumo de materiais/medicamentos denominados "especiais" e registrados no campo médico-auditor da AIH.

Os principais procedimentos geradores de valor adicional são:

- Diálises (peritoneal e hemo);

- Nutrição parenteral;

- Tratamento/dia em quimioterapia do câncer;

- Estudo hemodinâmico;

- Tomografias computadorizadas;

- Angiografias e neurorradiologias contrastadas;

- Exossangüineotransusão;

- Fatores e concentrados sanguíneos.

São ainda agregadores de remuneração adicional as diárias de UTI, de recém-nato patológico e a diária hospitalar comum, quando a permanência do paciente ultrapassa o dobro da permanência normatizada na tabela.

Existem apenas duas exceções a esse padrão de remuneração hospitalar: psiquiatria e paciente crônico/fora de possibilidade terapêutica (FPT). Em ambos os casos, a tabela apresenta valores de internação/dia, sendo a receita do hospital igual a multiplicação desse valor pelo número de dias de internação do paciente, até o limite de 180 dias. Decorridos seis meses, se necessário, o paciente deverá submeter-se a nova rotina de internação.

Em psiquiatria e crônicos/FPT a cobrança do primeiro mês é realizada através da AIH-1 e nos cinco meses subseqüentes pode ser efetuada mediante apresentação de AIH-5. No sétimo mês, se perdurar a internação, será obrigatoriamente emitida nova AIH-1.

3.2. A remuneração de SP e SADT⁵

Ao contrário do SH, os valores tabelados dos componentes SP e SADT não são diretamente atribuídos ao profissional ou serviço que atuou na internação do paciente que gerou uma AIH específica. A remuneração, neste caso, resulta de um mecanismo de cálculo que rateia o somatório dos valores e de SADT de um conjunto mensal de AIH's de um hospital pelo quantitativo de pontos (definidos na tabela para cada procedimento) correspondentes aos atos/exames realizados por cada profissional/serviço.

O "rateio do ponto" opera sobre o conjunto da produção mensal de cada hospital, e não sobre cada ato profissional ou ato SADT separado. Assim o valor pago a cada um desses prestadores é função da produção geral do hospital naquele período determinado, e não apenas da produção individual do profissional/serviço. A Tabela SIH/SUS traz o número de pontos atribuídos a cada ato profissional decorrente da "decomposição" de cada procedimento (por exemplo: cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, anestesista, visita de enfermagem etc.) e de cada exame ou terapia, além dos valores de SP e SADT com que este procedimento específico contribui para a formação dos valores totais de SP e SADT a serem rateados.

Os valores relativos à remuneração de SP e SADT podem ser creditados ao hospital, se o profissional for contratado ou no caso de serviço próprio do hospital, ou diretamente nas contas bancárias dos prestadores, quando estes são autônomos. Estas duas modalidades são conhecidas, respectivamente, como "Código 4" e "Código 7", tendo por referência o dígito que, lançado em campo próprio da AIH, identifica o destinatário do pagamento. O sistema opera

com as duas alternativas, sendo a primeira mais freqüente no Norte/Nordeste do país e a segunda predominante no Sul.

O rateio dos valores de SP e SADT obedece à seguinte sistemática de cálculo:

$$\begin{aligned} VP &= VT/NT \\ RM &= NP/VP \end{aligned} \quad e$$

onde:

VP = Valor do Ponto

VT = Valor Total SP/SADT realizado no hospital em 1 mês

NT = Nº Total de pontos SP/SDAT realizados no hospital em 1 mês

RM = Remuneração Mensal de SP/SADT

NP = Nº de pontos dos atos realizados pelo profissional/serviço x Valor do ponto

O sistema de "rateio de ponto" de SP e SADT tem um grande número de características e parâmetros que buscam direcionar o modelo de remuneração a uma prática médica adequada, evitando super ou subutilização de recursos diagnósticos e terapêuticos. Frequentemente, esses controles internos não tem sido eficientes. A discussão detalhada destes mecanismos foge ao escopo deste trabalho. Assim, para resumir, destacamos alguns aspectos-chaves do sistema de pagamento aos atos SADT ou SP apresentados por Chiyoshi (s/d):

- a) O valor SADT ou SP de um procedimento não determina por si só a remuneração do prestador que atua na sua realização.

- b) O valor SADT ou SP de um procedimento representa a contribuição deste procedimento para o valor SADT ou SP total do mês que será rateado entre os prestadores.
- c) Ao atuar na realização de um procedimento, o prestador se habilita a participar no rateio dos valores SADT ou SP de todos os procedimentos realizados no mês, tenha atuado neles ou não.
- d) A remuneração efetiva do prestador depende do total dos valores SADT ou SP de todos os procedimentos realizados no mês e do total de pontos correspondentes aos serviços auxiliares efetivamente realizados para estes procedimentos.
- e) O valor SADT de um procedimento não constitui um limite para a remuneração de um prestador que participa de sua realização. É perfeitamente possível que a remuneração do prestador seja maior do que o valor SADT do procedimento em que atuou.

3.3. O Índice de Valorização Hospitalar - IVH

O sistema de remuneração fixa por procedimento não reconhece a existência de diferenciais de custo em hospitais de complexidades distintas. Esta variação, entretanto, é um fator hoje amplamente reconhecido, tanto em razão do custo fixo de manutenção de equipes técnicas e equipamentos especializados como pelo natural fluxo dos pacientes com situações de maior gravidade para essas unidades, mesmo quando não diferenciáveis pelo perfil de procedimentos realizados.

O SAMHPS/AIH previa, desde sua origem, a existência de um fator diferenciador inerente às características da unidade hospitalar, independentemente dos procedimentos realizados: o IVH. O quadro a seguir sintetiza a situação do IVH até 1990, antes de sua progressiva extinção com a implantação do SIH/SUS.

FIGURA 2
IVD/IVH
CARACTERÍSTICAS DE APLICAÇÃO POR TIPO DE PRESTADOR

| PRESTADOR CARACTERÍSTICAS | CONTRATADOS (PRIVADOS) | FILANTRÓPICOS | UNIVERSITÁRIOS |
|--|--|---|---|
| Incidência sobre fatura de internações | Sim (exceto sobre serviços profissionais) | Sim (exceto sobre serviços profissionais) | Sim (sobre o valor global) |
| Incidência sobre fatura de ambulatório (consultas) | Não | Sim | Sim |
| Incidência sobre fatura de procedimentos especiais de alto custo | Não | Não | Sim |
| Abrangência | 1,0 a 1,20 | 1,05 a 1,80 | 1,20 a 2,30 |
| Data de Introdução | 1984 com implantação do SAMHPS/AIH | 1986 com implantação do Convênio Filantrópicas | 1985 (restrito ao IVH) 1987 com implantação do novo modelo de pagamento de HUE's |

Apesar da grande contestação pelos hospitais de maior complexidade, especialmente os universitários, os públicos de emergência e os que compunham sistemas integrados para procedimentos de alta complexidade

(SICV, SICC, SIRCTRANS etc.), todas as formas de IVH estão hoje extintas. Este fato representa uma grande fragilidade do SIH/SUS, uma vez que alterou uma de suas importantes características originais, e deverá exigir revisão em curto prazo.

IV. EVOLUÇÃO DOS VALORES DE REMUNERAÇÃO (TABELA SIH/SUS) DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS - 1983/1991

Conforme já descrito anteriormente, o elemento básico gerador dos valores de remuneração é a Tabela de Procedimentos e Valores do SIH/SUS. Neste capítulo analisa-se a evolução dos valores de remuneração de cada um dos grandes componentes dos procedimentos, desde a Tabela SAMHPS/AIH original, editada em outubro/83, até a última Tabela SIH/SUS, editada para o exercício de 1991.

Não se trata de uma avaliação dos gastos reais efetuados através do SIH/SUS, mas da tentativa de comparar os reajustes efetuados nos valores unitários dos grupos de procedimentos existentes na tabela com a evolução dos principais indicadores de comportamento de preços e medida da inflação.

Os índices de reajustes dos componentes da tabela foram obtidos junto à Diretoria de Controle de Serviços Assistenciais do INAMPS/SNAS/MS, e são aqueles oficialmente considerados nas negociações com os diversos prestadores de serviços.

Ao longo destes quase dez anos de existência da tabela, ocorreram variações na forma de condução dos reajustes de valores pela autoridade governamental

responsável, sendo o mais expressivo o tratamento homogêneo ou heterogêneo do componente SH — Serviços Hospitalares, no que toca à diferenciação de reajustes do subcomponente MAT/MED — Material e Medicamentos em relação ao subcomponente DT — Diárias e Taxas. Para fins desse estudo, foi sempre considerada a alternativa com predominância temporal no período analisado. Como os reajustes são, também, com frequência diferenciados para os demais componentes da tabela (SP, SADT e OPM), produziu-se uma fórmula geradora de um reajuste médio nos valores dos procedimentos (grupos) em cada ano, ponderando-se pela participação percentual de cada componente na despesa total do sistema AIH no ano em questão.

Note-se ainda que o objeto de análise foi sempre a Tabela Básica, isto é, sem os efeitos da incidência do IVH — Índice de Valorização Hospitalar e de suas alterações ao longo do período.

Comparativamente, foram selecionados os quatro principais indexadores existentes na economia brasileira, no período 1983-91:

- IPC/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Este índice teve sua apuração descontinuada a partir de março/91.
- INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor, também apurado pelo IBGE.
- IGP/DI/FGV - Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna, apurado pela Fundação Getúlio Vargas.

- US\$ - dólar americano - cotação oficial (média/mês), segundo valores divulgados pela revista *Conjuntura Econômica*, da Fundação Getúlio Vargas.

Conforme já exaustivamente comprovado por diversos analistas econômicos, a longo prazo os distintos índices comparativos tendem a apresentar comportamento semelhante. Assim, a síntese final foi realizada utilizando-se o IGP-DI e o US\$ como indicadores.

A seguir pode ser analisado, ano a ano, o comportamento evolutivo da Tabela SIH/SUS (SAMHPS/AIH) e dos índices já referidos.⁶

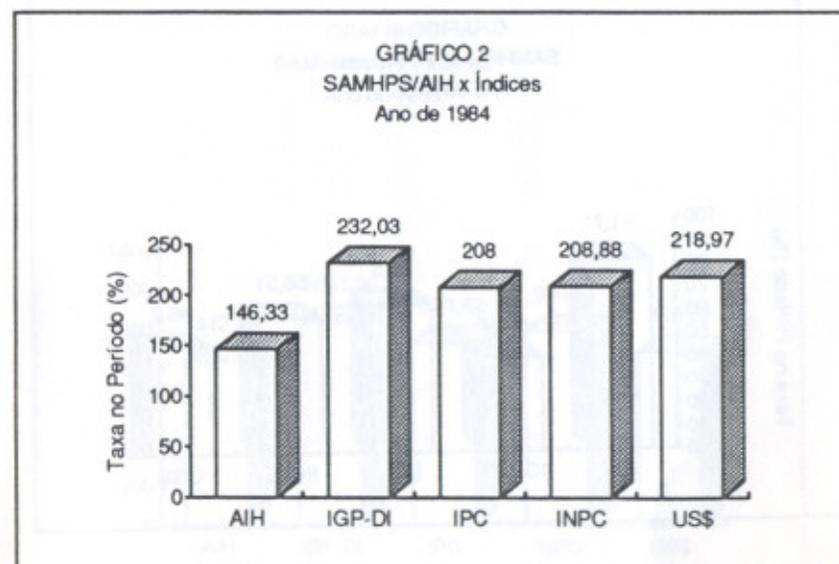
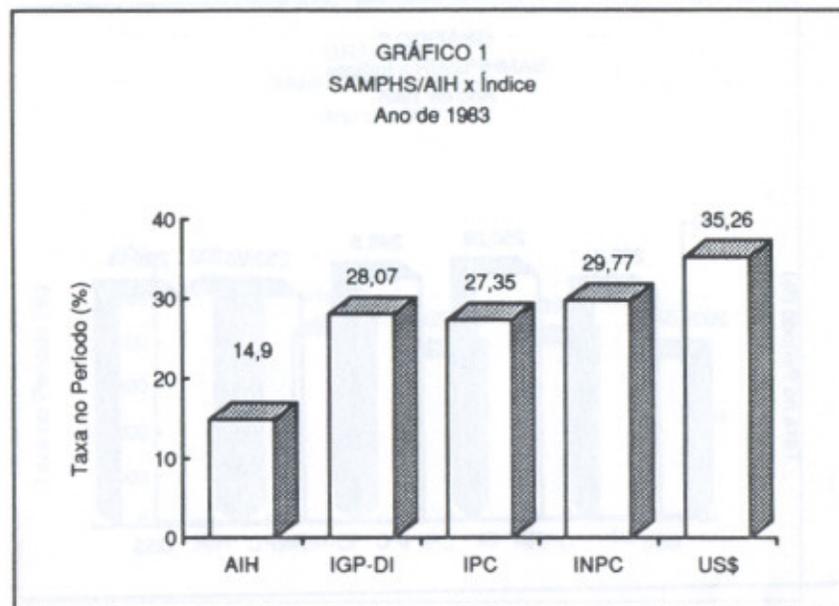


GRÁFICO 3
SAMHPS/AIH x Índices
Ano de 1985

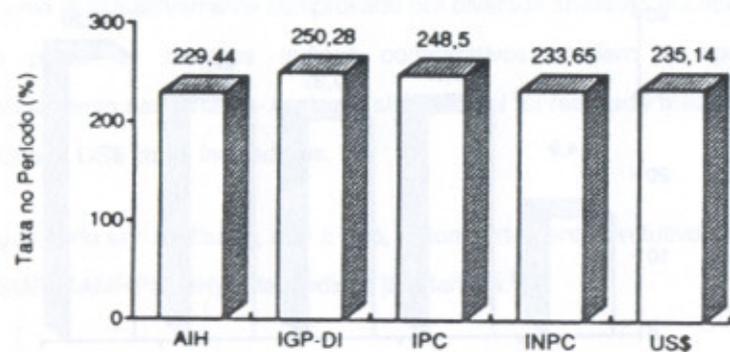


GRÁFICO 4
SAMHPS/AIH x Índices
Ano de 1986

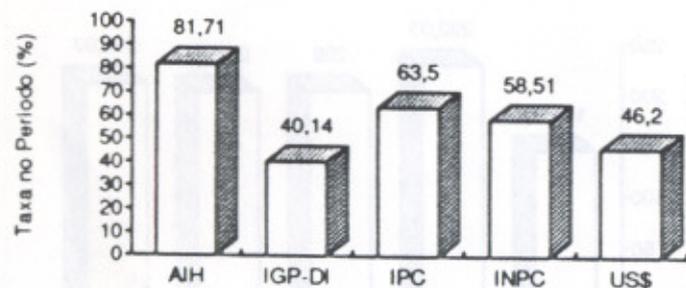


GRÁFICO 5
SAMHPS/AIH x Índices
Ano de 1987

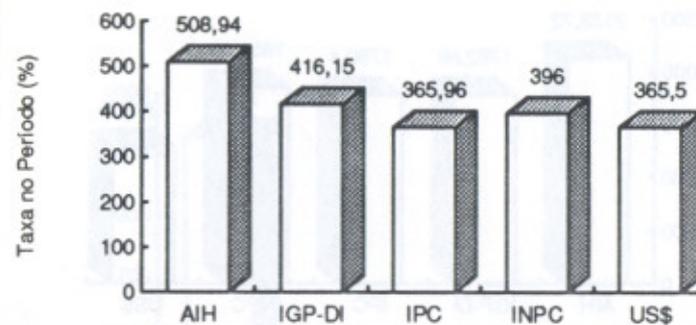


GRÁFICO 6
SAMHPS/AIH x Índices
Ano de 1988

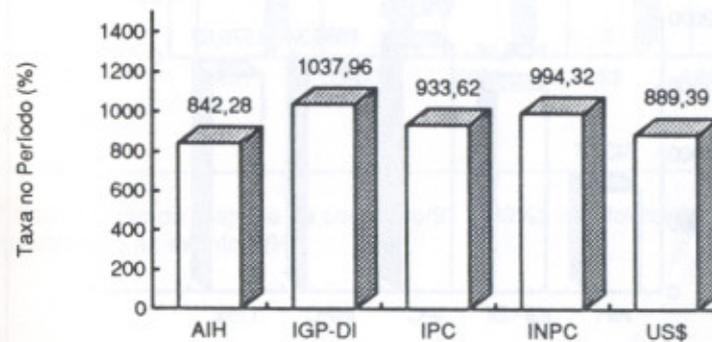


GRÁFICO 7
AMHPS/AIH x Índices
Ano de 1989

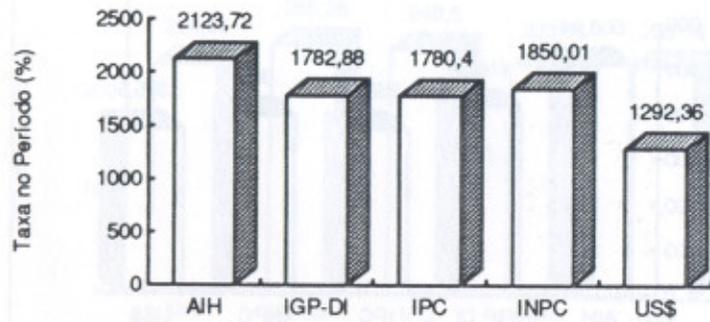


GRÁFICO 8
SAMHPS/AIH x Índices
Ano de 1990

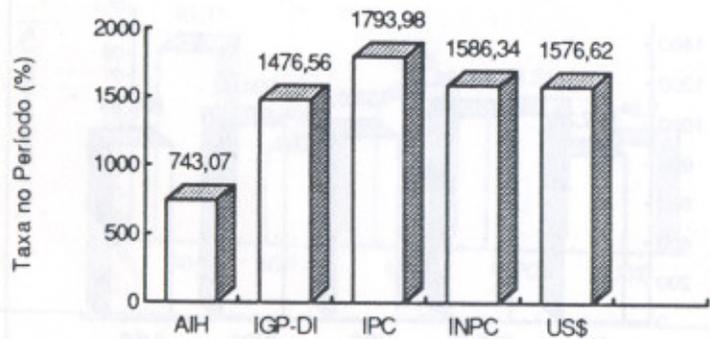
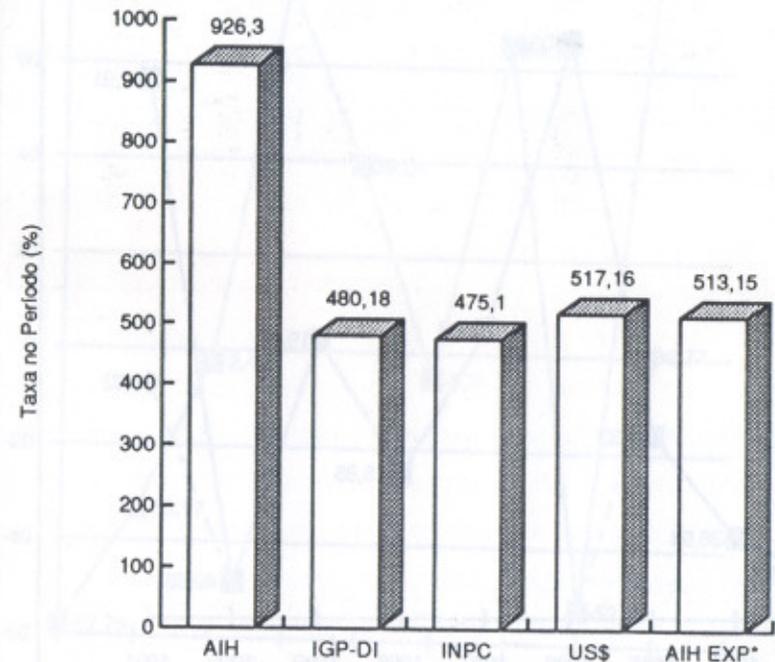


GRÁFICO 9
SAMHPS/AIH x Índices
Ano de 1991



* Sem o efeito do reajuste de setembro/91 (100%), que foi adotado em substituição ao extinto IVH.

GRÁFICO 10
EVOLUÇÃO DOS GANHOS/PERDAS 10/83 - 12/91
Pelo IGP - DI

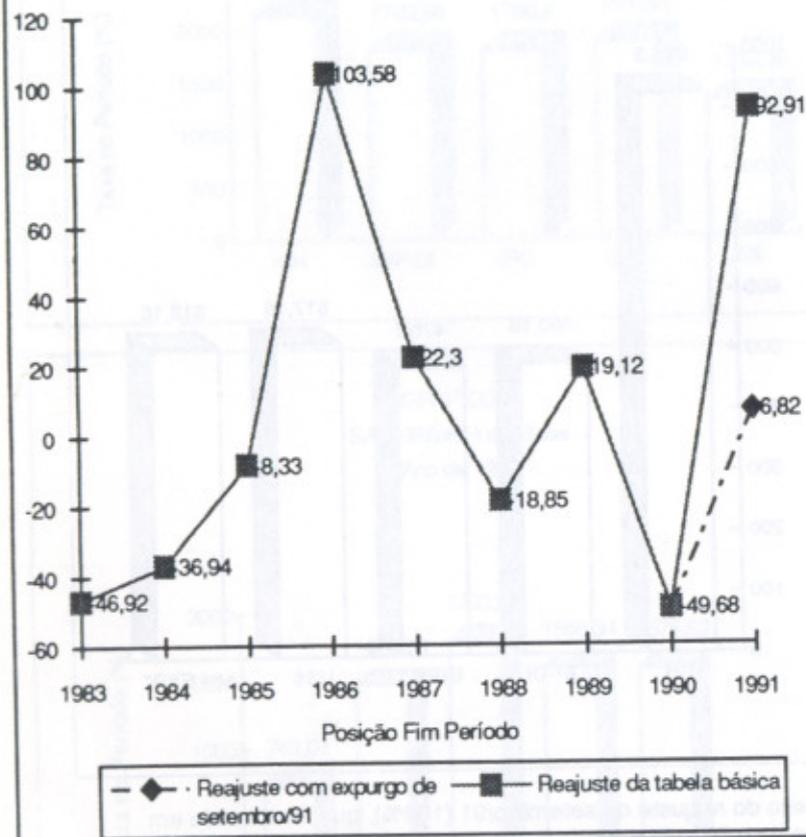
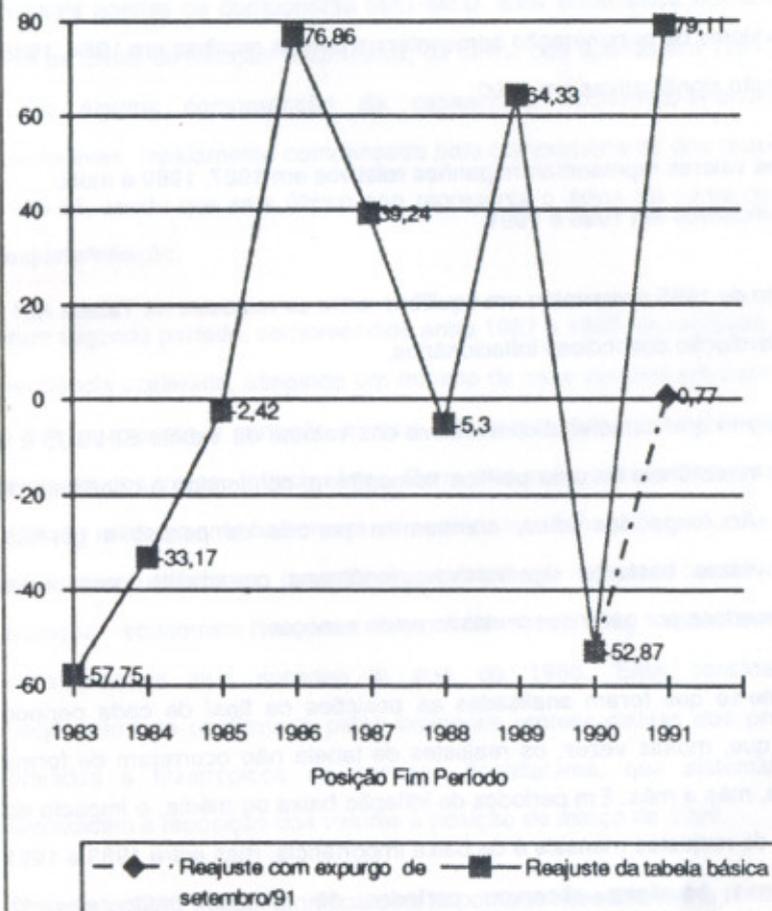


GRÁFICO 11
EVOLUÇÃO NOS GANHOS/PERDAS 10/83 - 12/91
Pelo US\$



Considerando-se a Tabela SAMHPS/AIH original (outubro/83) e as posições relativas no final de cada período anual, observa-se que:

- o ano de 1983, com apenas dois meses apurados, não é adequado para análise, exceto no que diz respeito ao conjunto da série temporal;
- os valores de remuneração apresentaram perdas relativas em 1984, 1988 e muito significativas em 1990;
- estes valores representaram ganhos relativos em 1987, 1989 e muito significativos em 1986 e 1991.
- o ano de 1985 apresentou um equilíbrio entre os reajustes na Tabela AIH e a evolução dos índices inflacionários.

Assim, a principal característica evolutiva dos valores da Tabela SIH/SUS é a aparente inexistência de uma política homogênea, continuada e constante de reajuste. Ao longo dos anos, alternam-se período de perdas e ganhos, algumas vezes bastante significativos, fenômeno certamente gerador de grande incerteza por parte dos prestadores de serviços.

Acrescente-se que foram analisadas as posições de final de cada período anual, e que, muitas vezes, os reajustes de tabela não ocorreram de forma constante, mês a mês. Em períodos de inflação baixa ou média, o impacto da ausência de reajustes mensais é de baixa importância, mas entre 1983 e 1991 a economia brasileira observou períodos de inflação muito elevada, particularmente a partir de 1987, quando o efeito da ausência de reajustes por

um, dois ou até mesmo três meses provoca grande dano ao equilíbrio econômico-financeiro dos hospitais prestadores de serviços.

Entre 1983 e 1986 os reajustes eram praticados apenas duas vezes por ano, em janeiro e no segundo semestre (julho, agosto ou setembro), com acertos mensais apenas do componente MAT-MED. Esta sistemática era compatível com os níveis de inflação observados, de forma que apenas em 1984 pode-se supor alguma compreensão da capacidade econômico-financeira dos prestadores, rapidamente compensada pelo comportamento dos reajustes em 1985-86, sendo que este último ano representa o ápice da curva de relação reajuste/inflação.

Num segundo período, compreendido entre 1987 e 1989, os reajustes têm sua frequência acelerada, atingindo um mínimo de nove eventos em cada ano (87 e 89), ou mesmo a correção mensal (88), acompanhando muito de perto a evolução dos índices inflacionários. Os meses sem reajuste foram aqueles de inflação relativamente baixa para os padrões brasileiros. Desta forma, pode-se inferir que o triênio em questão representou um momento favorável para a situação econômico-financeira do setor hospitalar, especialmente se considerarmos que sucedeu o ano de 1986. Esta consideração é frequentemente confirmada pelas entidades representativas dos prestadores privados e filantrópicos de serviços hospitalares, que sistematicamente reivindicam a reposição dos valores à posição de março de 1990.

O período 1990 a 1991 significa uma importante reversão nesta tendência, em especial pelo comportamento dos reajustes no ano de 1990. Além de terem atingido o ponto de maior perda relativa no final do período, a partir de abril os

reajustes foram insignificantes (33%) para uma inflação elevada (acumulada abril/dezembro de 195% pelo IGP-DI), e ocorreram apenas em julho, outubro e novembro. A aparente recomposição ocorrida em 1991 é de todo irreal, uma vez que não ocorreram reajustes em março, julho e agosto, e que o significativo reajuste de setembro (100%) decorreu do processo de extinção do IVH — Índice de Valorização Hospitalar, já referido. O MS/INAMPS procedeu à duplicação da Tabela Básica de Valores, removendo simultaneamente o índice multiplicador, o que trouxe significativa vantagem para os hospitais de baixa complexidade, cujo IVH era pequeno ou inexistente, mas grave prejuízo aos hospitais de maior porte, complexidade tecnológica e grau de especialização, cujos IVH estavam situados na faixa de 80 a 130%, anulando assim o efeito do reajuste de setembro de 1991.

A posição real no final de 1991, então, coloca os valores da tabela em valores idênticos aos da tabela básica original, de outubro de 1983, o que, por si só, demonstra significativa compressão da remuneração, uma vez que o constante crescimento dos custos da assistência médica é fato internacionalmente conhecido. Certamente, os efeitos dessa estabilidade compressiva de valores de remuneração são bastante significativos sobre as possibilidades de incorporação de novas tecnologias assistenciais (equipamentos, materiais e técnicas) e mesmo sobre a capacidade de manutenção da infra-estrutura física dos hospitais, por parte dos prestadores de serviços médico-hospitalares, tanto públicos como privados.

Esses dados confirmam a observação do comportamento dos prestadores, em especial privados, que ao longo do período estudado e especialmente a partir de 1990-91, foram progressivamente adotando práticas de seletividade de

pacientes (com patologias "lucrativas") e de cobranças de complementação de pagamento diretamente ao usuário, prejudicando grandemente a universalização do sistema assumida como diretriz fundamental do SUS.

V - EVOLUÇÃO DOS GASTOS E PRINCIPAIS INDICADORES DO SIH/SUS - 1987/1991

A utilização do SIH/SUS (SAMHPS/AIH) como instrumento gerencial, com base na potencialidade das informações que podem ser obtidas do sistema, tem sido muito limitada ao longo do tempo, na estrita dependência das vocações dos gestores de cada momento. Não se consolidou uma cultura de gestão, quer ao nível federal quer nos níveis descentralizados do SUS (estados e municípios).

Este fato deve-se, em grande parte, ao hermetismo com que são tratadas as informações e à enorme resistência à divulgação das mesmas que tem ocorrido com freqüência ao nível do INAMPS e, sistematicamente, ao nível da empresa/órgão processador do sistema, isto é, DATAPREV e DATASUS (Fundação Nacional de Saúde).

Enquanto técnica de processamento de dados, o SIH/SUS é tecnologicamente muito atrasado, dependendo majoritariamente de transcrição de dados através de digitação e de processamento e armazenamento de dados em computadores centrais de grande porte (*mainframe*), utilizando-se de linguagens computacionais pré-banco de dados. O SIH/SUS (SAMHPS/AIH) sobreviveu de forma quase incólume à revolução tecnológica descentralizante representada pelos microcomputadores, mesmo durante todo o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro.

Atualmente o SIH/SUS segue com seus dados armazenados na DATASUS (Fundação Nacional de Saúde), dependente de processamento pela DATAPREV. Os acessos estão limitados aos bancos de frequência e valores de AIH's pagas nos últimos quatorze meses (VAL-AIH). Todas as demais informações só podem ser obtidas mediante processamentos especiais, demorados e de alto custo operacional. Os dados apresentados e analisados a seguir, traduzidos em oito gráficos, são resultado de buscas exaustivas nos arquivos pessoais dos autores e de diversos outros gestores ou ex-gestores do sistema,⁷ nos quais se logrou acumular uma significativa base de informações sobre o período 1987-1991.⁸

Antes mesmo de discutir os dados obtidos, torna-se fundamental considerar que a sobrevivência do SIH/SUS dependerá intrinsecamente da capacidade do INAMPS/SNAS/MS e da DATASUS/FNS de produzir uma profunda descentralização das bases de dados e uma democratização do acesso às mesmas.

1 - Frequência de AIH

Cresceu em 50% no período 1987/1991. Esta elevação decorre, certamente, do processo de universalização da assistência decorrente da implantação do SUS e da contínua incorporação de segmentos de prestadores (filantrópicos, universitários e públicos) já descrita. O SAMHPS/AIH operava, em 1987, com aproximadamente 4.500 hospitais. O atual SIH/SUS incorpora 6.380 unidades hospitalares, que vêm realizando uma média superior a 1.200.000 internações/mês. O limite máximo de frequência observado ocorreu em

agosto/91, com 1.265.000 AIH's, representando um acréscimo de 65% sobre o limite mínimo, de 767.000 AIH's, ocorrido em fevereiro/87.

2 - Gasto Total do SIH/SUS

Os dispêndios financeiros do INAMPS com o SIH/SUS (SAMHPS/AIH) parecem ter vivido duas seqüências históricas bastante distintas. A primeira, desde a origem do sistema até meados de 1989, onde, com variações decorrentes das taxas de câmbio e da política de indexação da economia, se apresenta uma estabilidade que situa o gasto mensal sempre na faixa de 100 milhões de dólares americanos (câmbio oficial) ou 15 milhões de UMI - Unidade Monetária Indexada (OTN — Obrigação do Tesouro Nacional; posteriormente BTN — Bônus do Tesouro Nacional, e, finalmente, a correção desta última pela TR — Taxa Referencial de Juros).

A segunda, a partir do segundo trimestre de 1989 até o presente, caracterizada por uma elevação permanente do gasto, medido tanto em dólares como em UMI, excetuando-se breves períodos de compressão situados no quarto trimestre de 1990 e no primeiro e quarto trimestres de 1991. Estes períodos de redução do gasto coincidem com os tradicionais períodos de limitação e indisponibilidade orçamentário-financeira do INAMPS, situados no final de cada exercício financeiro, acrescidos atipicamente pelo primeiro trimestre de 1991, onde existiu forte contingenciamento do orçamento federal, determinado pelo Ministério da Economia.

O crescimento observado nos últimos três anos decorre, em grande parte, da já referida elevação da frequência de AIH's. Decorre, ainda, da elevação do custo médio da AIH, que será posteriormente analisado.

Neste segundo período os gastos mensais do SIH/SUS chegam a atingir o limite máximo de 400 milhões de dólares/100 milhões de UMI, durante o segundo e terceiro trimestres de 1991, para reposicionarem-se na faixa de 240 milhões de dólares/70 milhões de UMI no último trimestre de 1991.

3 - Valor Médio da AIH

A evolução dos valores médios, que permite a análise subtraindo-se o impacto da variação da frequência, acompanha a segmentação em dois grandes períodos, já observada no gasto total.

Estes valores devem crescer acompanhando os reajustes na Tabela Básica de Procedimentos e Valores, e/ou o perfil de procedimentos realizados, e/ou a progressiva incorporação quantitativa de procedimentos que agregam valor ao valor básico dos procedimentos. O cotejamento de sua evolução com os reajustes na tabela fica parcialmente dificultado, uma vez que o impacto dos reajustes sobre os gastos sofre um descompasso que pode variar de 30 a 90 dias, na dependência do cronograma de pagamento efetivo das AIH, sujeito a grande variabilidade no período observado.

A coincidência dos períodos de incremento de gasto total e custo médio, com observância dos mesmos trimestres de compressão, indica que todo o conjunto de fatores considerados impacta significativamente no gasto total. Entretanto, a faixa de variação do custo médio é bastante mais estreita que a do gasto total, apontando para a elevação da frequência de AIH's como principal indutora do crescimento do gasto.

No período inicial (1987 - primeiro semestre de 1989) o custo médio por AIH situou-se sempre próximo a 140 dólares/20 UMI. No segundo período (segundo semestre de 1989-1991) atingiu até 300 dólares/75 UMI no segundo e terceiro trimestres de 1991, reposicionando-se em aproximadamente 200 dólares/55 UMI no último trimestre de 1991.

4 - Rateio dos Gastos do SIH/SUS

A distribuição percentual dos gastos entre grandes componentes tem apresentado alguma variabilidade, na dependência tanto de atribuição de reajustes não simultâneos de tabela para cada componente, como de incorporações ou desagregações de elementos constitutivos do componente.

O quadro a seguir sintetiza esta variação, no período estudado.

Figura 3

DISTRIBUIÇÃO % SH-SP-SADT - 1987/1991

| COMPONENTE | MÉDIA NO PERÍODO (%) | MÁXIMO (%) | MÍNIMO (%) |
|------------|----------------------|------------|------------|
| SH | 70 | 77 | 56 |
| SP | 24 | 35 | 18 |
| SADT | 6 | 9 | 5 |

5 - Outros Indicadores

Foram aqui selecionados dois grandes indicadores:

- Média de permanência, que se manteve absolutamente estável em todo o período na faixa de 6,4 dias (com limites de 6,2 e 6,6 por semestre). Este atributo não agrega valor a AIH, exceto em psiquiatria e pacientes crônicos.
- Diárias de UTI/100 AIH, que apresentaram grande elevação, de 9, no segundo semestre/87, para 14, no segundo semestre/91. Essa elevação inicia-se ainda em 1987, mas é constante a partir de meados de 1988. A diária de UTI é um dos mais importantes procedimentos que agregam valor a AIH.

Estes indicadores apontam para a mudança de perfil (seletividade) de pacientes e para um aprendizado "otimizador" da receita por parte dos diversos prestadores de serviços. Outros componentes que agregam valor a AIH, como a Nutrição Parenteral, a Diária de Recém-Nato Patológico e a utilização de medicamentos especiais, também têm apresentado um crescimento contínuo, impactando tanto o custo médio da AIH quanto o gasto total do SIH/SUS (SAMHPS/AIH).

GRÁFICO 12
FREQUÊNCIA DE AIH'S PAGAS POR TRIMESTRE

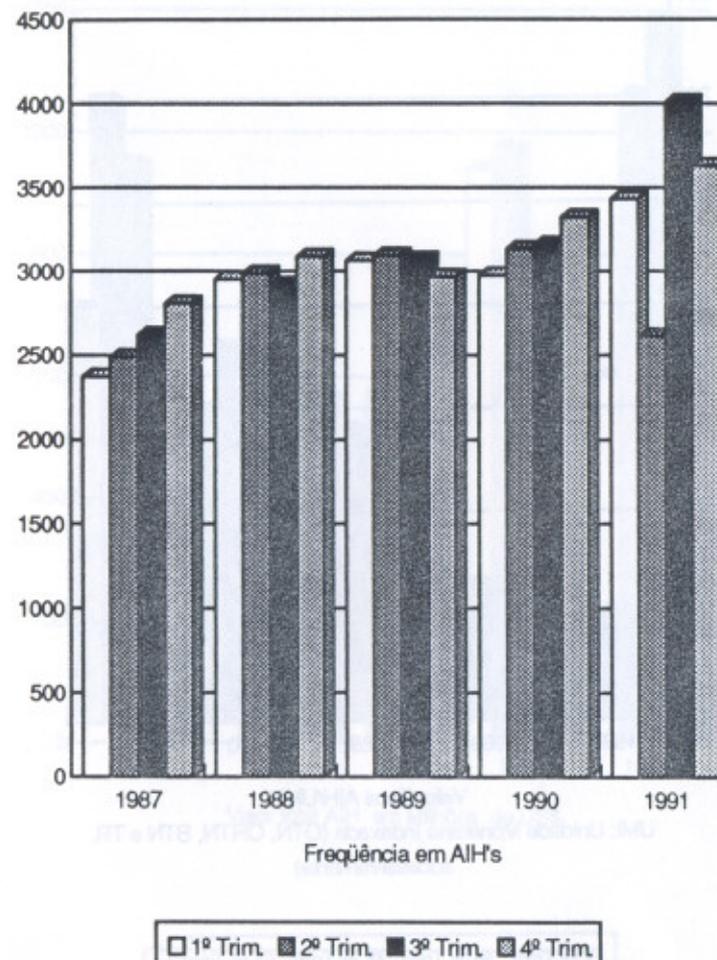
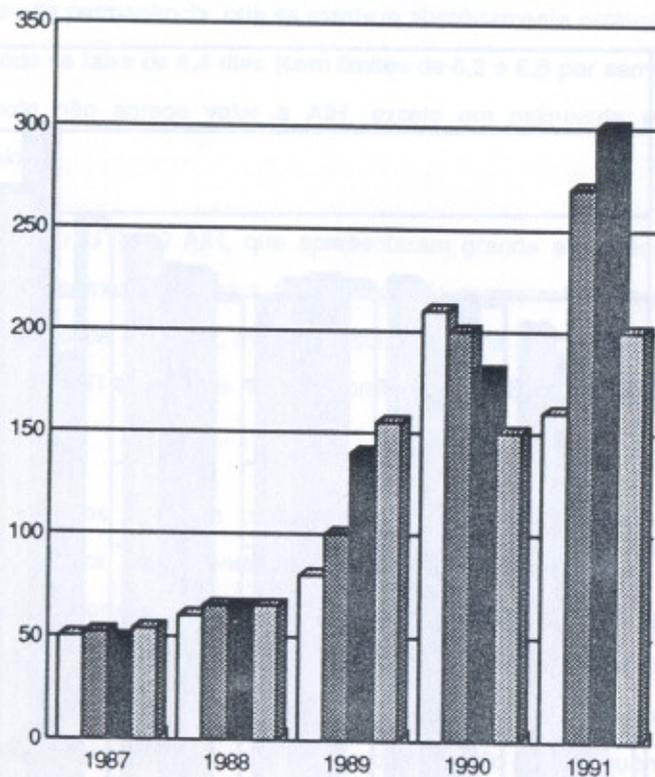


GRÁFICO 13
VALOR TOTAL AIH'S PAGO EM UMI POR TRIMESTRE

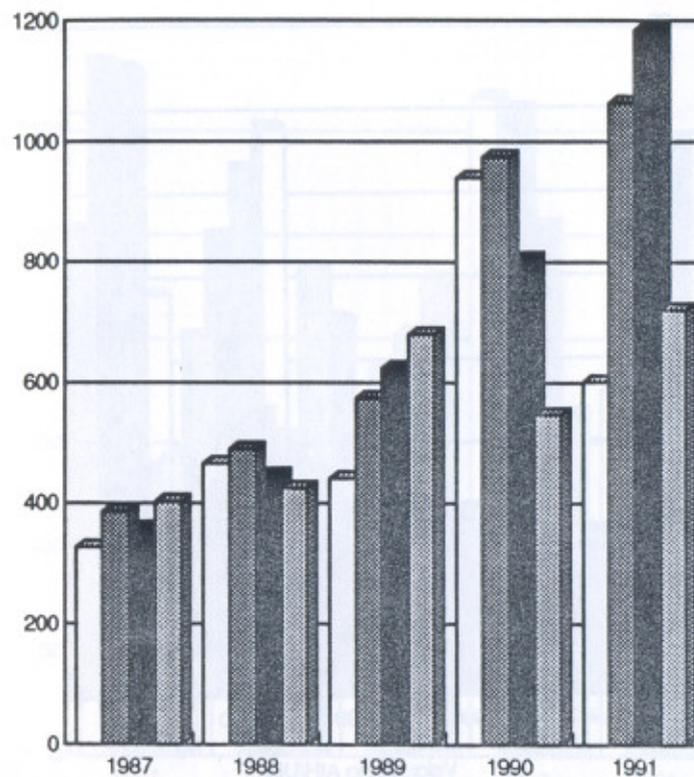


Valor Total AIH/UMI

UMI: Unidade Monetária Indexada (OTN, ORTN, BTN e TR, sucessivamente)

□ 1º Trim. ■ 2º Trim. ■ 3º Trim. ■ 4º Trim.

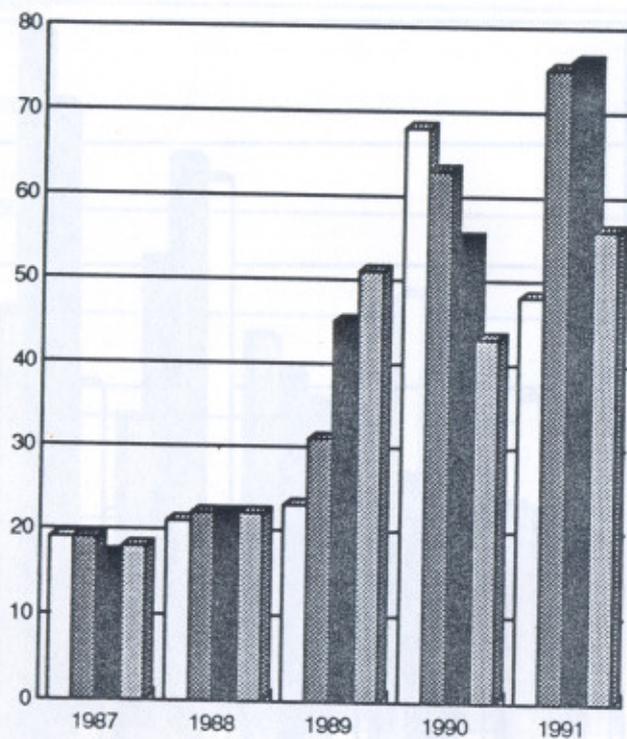
GRÁFICO 14
VALOR TOTAL AIH'S PAGO EM DÓLAR POR TRIMESTRE



Valor total AIH em Milhões de US\$

□ 1º Trim. ■ 2º Trim. ■ 3º Trim. ■ 4º Trim.

GRÁFICO 15
VALOR MÉDIO DE AIH'S EM UMI POR TRIMESTRE

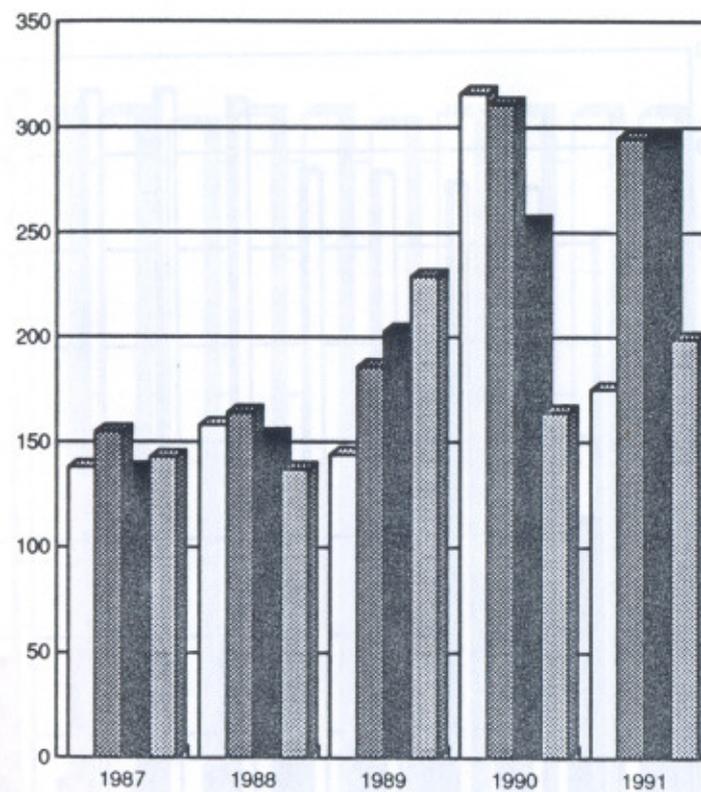


Valor Médio AIH/UMI

UMI - Unidade Monetária Indexada (OTN, ORTN, BTN e TR, sucessivamente)

□ 1º Trim. ■ 2º Trim. ■ 3º Trim. ■ 4º Trim.

GRÁFICO 16
VALOR MÉDIO DE AIH'S EM DÓLAR POR TRIMESTRE



Valor Médio AIH/US\$

□ 1º Trim. ■ 2º Trim. ■ 3º Trim. ■ 4º Trim.

GRÁFICO 17
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SH-SP-SADT-OPM
POR SEMESTRE

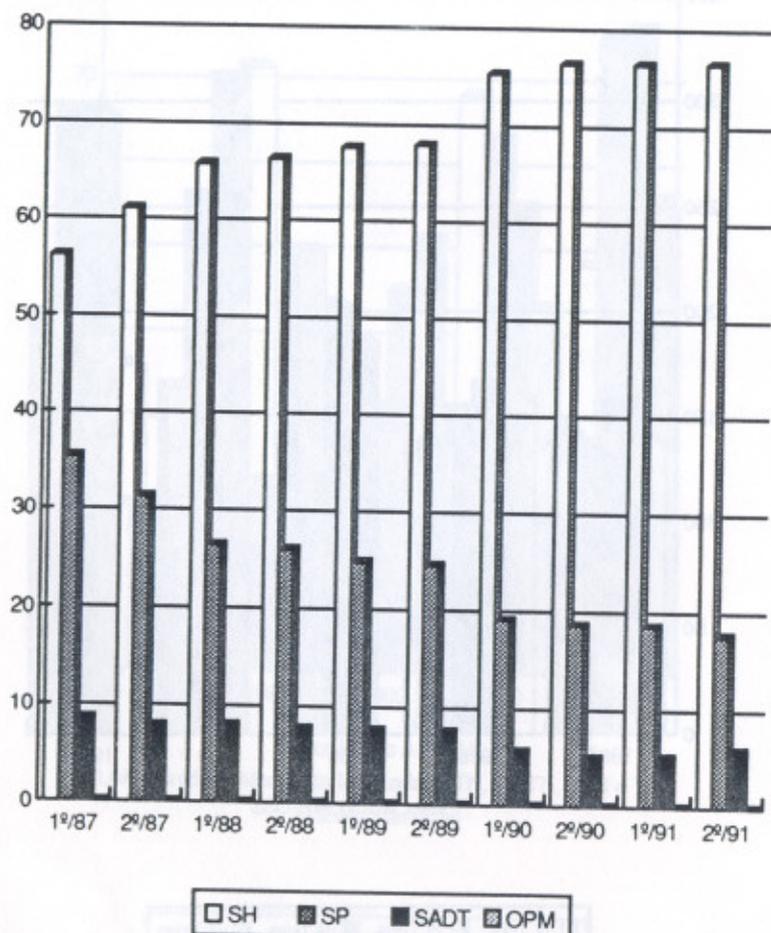
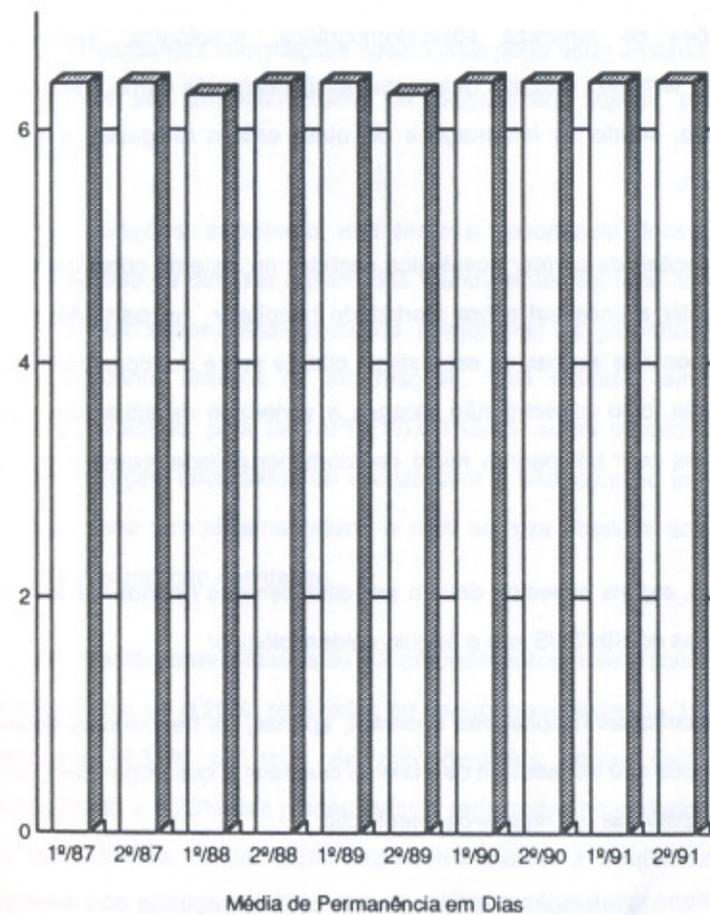


GRÁFICO 18
MÉDIA DE PERMANÊNCIA POR SEMESTRE



V - O SIH/SUS COMO SISTEMA DE INFORMAÇÕES

O SIH/SUS configura-se como uma grande base de dados sobre a atividade hospitalar, abrangendo, atualmente, o setor público, hospitais universitários, filantrópicos e privados sob contrato ou convênio. Apesar de apresentar informações de natureza sócio-demográfica, nosológica, assistencial e financeira, tem sido utilizado quase que exclusivamente como instrumento de pagamento, sendo as informações de outra ordem relegadas a um plano secundário.

As informações de caráter nosológico contidas no sistema constituem a única fonte regular e universal sobre morbidade hospitalar no país. Além destas, estão disponíveis apenas as estatísticas oficiais sobre doenças de notificação compulsória, cujo espectro não alcança a variedade de situações mórbidas compatíveis com um padrão misto de morbimortalidade, como é o caso do Brasil.

Entretanto, alguns aspectos devem ser considerados quando da análise das informações do SIH/SUS sob o ângulo epidemiológico:

- as estatísticas hospitalares apontam, apenas, as freqüências 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 das doenças, o que pode acarretar erros de validação;
- o perfil tecnológico da rede assistencial tende a minimizar a freqüência 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.

Essas considerações, entretanto, não tiram a importância dessa base de dados, no sentido de delinear o perfil dos atendimentos na rede hospitalar. A análise a seguir desenvolvida pretende demonstrar as potencialidades do SIH/SUS enquanto sistema de informações. Vale ressaltar ainda que a emissão de relatórios, pela DATAPREV/DATASUS, sobre procedimentos ou grupos de doenças, codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, não tem sistematicidade e nem sempre obedece aos mesmos padrões de organização dos dados.

No Quadro 1 estão apresentados os 82 procedimentos mais freqüentes, com percentual acima de 0,20%, realizados no segundo semestre de 1991, e que representam 76,67% do total de procedimentos pagos pelo sistema, correspondendo a 4,23% dos procedimentos registrados no período. Este fato revela que há uma concentração expressiva quanto à freqüência em um pequeno número de procedimentos listados na tabela do sistema.

A grande maioria corresponde a procedimentos em clínica médica (29,32%) e clínica cirúrgica (28,34%), seguidos de pediatria (11,21%) e psiquiatria

(7,80%). Entre os primeiros predominam os procedimentos relativos aos aparelhos circulatório (28,63%) e respiratório (23,51%); nos de clínica cirúrgica, ressaltam os eventos obstétricos (74,51%); e naqueles referentes ao atendimento pediátrico clínico, destacam-se as pneumonias (33,89%) e enteroinfecções (31,47%).

Quando classificados pelo sistema orgânico, os procedimentos mais freqüentes referem-se a eventos obstétricos (21,12%), compreendendo parto normal e cesáreo, curetagens, trabalho de parto etc., a um custo médio inferior aos demais grupos sistematizados. Os procedimentos relativos ao aparelho respiratório tem destaque expressivo (13,93%), com valor médio mais elevado, talvez por se tratarem, predominantemente, de pneumonias, que exigem antibioticoterapia (Quadro 2).

Tomando-se os dez procedimentos mais freqüentes em todo o país, e analisando-se a distribuição proporcional segundo regiões, verificam-se algumas diferenças geográficas significativas. O procedimento "parto normal" desponta como o mais expressivo em todas as regiões, exceto no Sudeste; a preeminência do tratamento psiquiátrico nesta região deve-se, provavelmente, à grande capacidade instalada para este tipo de cuidado, tanto na esfera pública quanto nos serviços privados. Os procedimentos ligados ao aparelho circulatório (insuficiência cardíaca, crise hipertensiva e AVC agudo) apresentam freqüência acima da média no Brasil (6,4%) nas regiões Sudeste (7,12%) e Sul (7,10%), provavelmente devido à composição demográfica destas regiões (Quadro 3).

Na região Norte destaca-se, entre os dez primeiros procedimentos, aquele relativo ao tratamento de malária em adultos e crianças, correspondendo a 6,50% de todos os procedimentos realizados. O mesmo ocorre na região Centro-Oeste, nos estados de Tocantins (1,78%) e Mato Grosso (3,33%). Esse achado corresponde à distribuição geográfica da doença no país, sendo ambas as regiões zonas endêmicas para a malária (Quadro 4).

A análise de indicadores assistenciais - mortalidade hospitalar, tempo médio de permanência e taxa de utilização de UTI - revela algumas características da rede de serviços e pode indicar grau de qualidade da mesma. A mortalidade hospitalar média no período considerado foi de 2,02%; destacam-se alguns procedimentos com percentuais elevados, como:

| | |
|---|--------|
| - septicemia em adultos | 28,03% |
| - septicemia em crianças | 19,59% |
| - infarto do miocárdio | 16,59% |
| - insuficiência respiratória aguda em adultos | 15,46% |
| - AVC agudo | 15,08% |
| - prematuridade | 14,77% |

Entretanto, a proporção de óbitos é compatível com o grau de severidade desses procedimentos.

O tempo médio de permanência para o conjunto de procedimentos realizados, no país como um todo, é de dezesseis dias, tempo alto, se se considera que os atos mais freqüentes — parto, enteroinfecções, curetagens, pneumonias — demandam pouco tempo de permanência no ambiente hospitalar. Essa média é desviada para cima em função do elevado tempo de permanência de pacientes submetidos a tratamento psiquiátrico (129 dias) e aqueles fora de possibilidades terapêuticas (199 dias), procedimentos estes que representam 8,75% de todos os realizados.

A freqüência de utilização de unidade de terapia intensiva (UTI) é baixa, conforme se verifica para alguns procedimentos selecionados:

| | |
|---|-------|
| - insuficiência cardíaca | 5,09% |
| - AVC agudo | 6,63% |
| - septicemia em criança | 3,46% |
| - prematuridade | 4,80% |
| - infarto agudo do miocárdio | 3,91% |
| - arritmias | 0,98% |
| - insuficiência respiratória aguda em adultos | 1,69% |
| - traumatismo cranioencefálico | 0,76% |
| - politraumatismo | 1,25% |

Esse indicador aponta para duas hipóteses: ou o grau de severidade de pacientes atendidos na rede é baixo, ou os serviços de terapia intensiva não constituem tecnologia amplamente disponível na rede como se supõe.

A comparação entre épocas distintas do perfil de procedimentos demonstra o impacto de características de rede nesse perfil. Nos Quadros 5 e 6 estão apresentados os procedimentos mais freqüentes realizados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, no segundo semestre de 1987 e de 1991. No primeiro período, o sistema cobria apenas os hospitais privados, filantrópicos e universitários e de ensino; já em 1991 a rede pública federal, estadual e municipal estava incorporada ao SIH/SUS. Este fato determina algumas mudanças na freqüência de procedimentos como se pode constatar comparando a proporção de atendimentos em psiquiatria em 1987 nos estados de São Paulo (3,49%) e do Rio de Janeiro (6,17%) com aquela relativa ao ano de 1991, 13,04% e 15,98%, respectivamente. As Secretarias de Saúde de ambos os estados dispõem de vários hospitais psiquiátricos, de característica asilar, o que pode ser verificado pela comparação do tempo médio de permanência em 1987, dezessete dias em São Paulo e dezenove dias no Rio de Janeiro, com aquele relativo ao ano de 1991, 139 dias e 166 dias respectivamente. No estado do Rio de Janeiro, o mesmo fenômeno se repete no tocante ao procedimento "atendimento de pacientes fora de possibilidades terapêuticas", 1,64% em 1987 e 7,14% em 1991. Esse acréscimo deve ser debitado, provavelmente, à incorporação ao sistema de hospitais públicos dedicados ao tratamento de pacientes portadores de hanseníase, unidades estas que se caracterizam por serem colônias residenciais.

Comparando-se as internações hospitalares classificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e consolidadas por grupos de causas com a mortalidade proporcional, verifica-se que as principais discrepâncias são oriundas do fato de que as estatísticas hospitalares referem-se em sua maioria a patologias que não levam necessariamente ao óbito. Esta informação tem sua utilidade para o planejamento e a programação de serviços mais adequados a um perfil de doenças e não de óbitos (Quadros 7 e 8). Este perfil torna-se mais visível quando as internações são classificadas por subgrupos de causas, ressaltando, em todas as regiões, as causas obstétricas e respiratórias; nas regiões Sudeste e Sul, as patologias do aparelho circulatório, e no Norte e Nordeste, as doenças infecciosas intestinais (Quadro 9).

O SIH/SUS permite também analisar a freqüência de internações por idade, o que enriquece as informações produzidas. No Quadro 10, verifica-se para alguns subgrupos mais freqüentes de causas, classificadas pela Lista Básica de Tabulação da CID, a distribuição proporcional por faixa etária. Alguns subgrupos apresentam maior freqüência em adultos, como transtornos mentais e doenças do coração; as infecções intestinais predominam em crianças até 4 anos de idade (63,7%), e nas doenças do aparelho respiratório 35,4% das internações incidem em adultos com mais de 50 anos e 31,9%, em menores de 4 anos.

Em conclusão, depreende-se que o sistema apresenta múltiplas possibilidades de abordagem quanto às informações que produz, tanto sob o aspecto epidemiológico quanto para o planejamento e a administração de serviços.

QUADRO 1
PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTES NO SIH/SUS. BRASIL 2º
SEMESTRE DE 1991

| PROCEDIMENTO* | FREQ. | FREQ. % | VALOR | VALOR MÉDIO | MÉDIA PERM | TAXA MORT | TM OCUP UTI |
|--|--------|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|-------------------|
| 1º -Parto normal | 889380 | 12,06 | 69134427882,88 | 7773328 | 1 | 0,01 | 0,13 |
| 2º -Tratamento em psiquiatria | 574795 | 7,80 | 77156753451,65 | 13423351 | 129 | 0,16 | 0,00 |
| 3º -Cesariana | 408641 | 5,54 | 52444631242,15 | 12833913 | 3 | 0,06 | 0,42 |
| 4º -Insuficiência cardíaca | 219735 | 2,8 | 41677989922,55 | 18967501 | 6 | 5,57 | 5,09 |
| 5º -Curetagem pós-aborto | 172928 | 2,34 | 887925316,88 | 51344656 | 1 | 0,01 | 0,02 |
| 6º -Enteroinfecções(pediatria) | 164675 | 2,23 | 10425595017,02 | 6331012 | 4 | 0,25 | 0,25 |
| 7º -Enteroinfecções(clínica médica) | 147853 | 2,00 | 9158380583,17 | 619427 | 4 | 0,74 | 0,19 |
| 8º -Broncopneumonia (pediatria) | 143130 | 1,94 | 15884887710,68 | 11098223 | 5 | 0,41 | 0,74 |
| 9º -Crise hipertensiva | 127518 | 1,73 | 7820979125,10 | 6133223 | 4 | 0,95 | 1,15 |
| 10º -AVC agudo | 125196 | 1,69 | 21853404758,06 | 17455353 | 7 | 15,08 | 6,63 |
| 11º -Pneumonia não-espec. (cl. médica) | 113301 | 1,53 | 12293025037,27 | 10849882 | 6 | 2,45 | 0,46 |
| 12º -Broncopneumonia | 104958 | 1,41 | 114926112850,72 | 10955185 | 5 | 2,70 | 0,70 |
| 13º -Outras pneumonias (pediatria) | 103441 | 1,40 | 11569775916,36 | 11184903 | 6 | 0,47 | 0,50 |
| 14º -Doença pulmonar obstrutiva crônica | 98052 | 1,33 | 17540044625,00 | 17886688 | 6 | 3,13 | 1,15 |
| 15º -Enteroinfecções em lactante | 95203 | 1,29 | 8697830150,15 | 9136088 | 5 | 1,25 | 0,67 |
| 16º -Pielonefrites | 90457 | 1,22 | 5985503975,64 | 6616960 | 4 | 0,36 | 0,08 |
| 17º -Colpoparineoplastia ant. e posterior | 88147 | 1,19 | 11664156240,70 | 13232618 | 3 | 0,00 | 0,00 |
| 18º -Crise asmática (pediatria) | 71667 | 0,97 | 8775527918,55 | 12244865 | 3 | 0,13 | 0,26 |
| 19º -Crise asmática | 70967 | 0,96 | 8449507562,04 | 11906248 | 4 | 0,46 | 0,16 |
| 20º -Atendimento de pacientes fora de posto | 69899 | 0,94 | 206699020058,15 | 29561656 | 199 | 3,89 | 0,00 |
| 21º -Cirurgia múltipla | 69836 | 0,94 | 28463013898,23 | 40756936 | 5 | 2,24 | 1,91 |
| 22º -Broncopneumonia em lactante | 63775 | 0,86 | 15368530493,60 | 24098048 | 6 | 1,48 | 1,17 |
| 23º -Diagnóstico e/ou 1º atendimento em (cm) | 62963 | 0,85 | 1963548215,48 | 3118574 | 2 | 4,34 | 0,14 |
| 24º -Diabetes sacarino | 58693 | 0,79 | 7275560132,93 | 12395958 | 7 | 5,08 | 1,19 |
| 25º -Gastrite e duodenite | 57615 | 0,78 | 3258826700,97 | 5656212 | 4 | 0,35 | 0,03 |
| 26º -Hemorragia inguinal (Unilateral) | 55859 | 0,77 | 6150026099,07 | 10816275 | 3 | 0,05 | 0,02 |
| 27º -Outras afecções do ap. geniturinário | 56432 | 0,76 | 3865750280,33 | 6850280 | 4 | 0,46 | 0,04 |
| 28º -Insuficiência coronariana aguda | 55866 | 0,75 | 7661599250,04 | 13713685 | 5 | 1,55 | 2,46 |
| 29º -Cólica nefrética | 49075 | 0,66 | 2557070016,41 | 5210534 | 3 | 0,07 | 0,01 |

QUADRO 1 (CONTINUAÇÃO)
PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTES NO SIH/SUS. BRASIL
2º SEMESTRE DE 1991

| PROCEDIMENTO | FREQ. | FREQ. % | VALOR | VALOR MÉDIO | MEDIA PERM | TAXA MORT | TM OCUP. UTI |
|---|-------|------------|----------------|----------------|---------------|--------------|--------------------|
| 30ª -Pneumonia bacteriana (cl. médica) | 48759 | 0,66 | 5276312438,64 | 10821207 | 6 | 2,79 | 0,23 |
| 31ª -Hemorragias digestivas | 45826 | 0,62 | 5744159503,20 | 12534717 | 5 | 5,57 | 0,96 |
| 32ª -Colecistite aguda | 45094 | 0,61 | 3373949359,66 | 7482036 | 4 | 0,62 | 0,07 |
| 33ª -Desidratação aguda (pediatria) | 41511 | 0,56 | 1679023217,10 | 4044766 | 3 | 0,81 | 0,06 |
| 34ª -Lumbago agudo | 39149 | 0,53 | 2420516863,50 | 6182831 | 4 | 0,18 | |
| 35ª -Laringotraqueobronquite (pediatria) | 36880 | 0,50 | 2104575862,60 | 5706550 | 3 | 0,08 | 0,04 |
| 36ª -Apendicectomia | 34887 | 0,47 | 4046424002,60 | 14178416 | 4 | 0,22 | 0,12 |
| 37ª -Ameixa de aborto | 34425 | 0,46 | 839198152,40 | 2437757 | 2 | 0,00 | 0,00 |
| 38ª -Desnutrição (clínica médica) | 33038 | 0,44 | 3309388181,05 | 10016914 | 7 | 8,10 | 0,15 |
| 39ª -Úlcera péptica | 32899 | 0,44 | 19220326375,12 | 5837035 | 4 | 0,66 | 0,05 |
| 40ª -Desidratação aguda (clínica médica) | 32881 | 0,44 | 1346170909,88 | 4094069 | 3 | 2,63 | 0,06 |
| 41ª -Pneumonias do lactente | 32581 | 0,44 | 7824909688,25 | 24016787 | 6 | 1,83 | 0,50 |
| 42ª -Colecistectomia | 31443 | 0,42 | 8280336389,55 | 25334434 | 5 | 0,83 | 0,29 |
| 43ª -Laringotraqueobronquite | 30873 | 0,41 | 1660809450,00 | 5379488 | 3 | 0,23 | 0,01 |
| 44ª -Otorrectomia uni ou bilateral | 90988 | 0,41 | 4947059718,61 | 14305165 | 3 | 0,02 | 0,02 |
| 45ª -Laparotomia exploradora | 28559 | 0,38 | 7019950030,57 | 24580517 | 6 | 5,83 | 0,94 |
| 46ª -Trabalho de parto prematuro | 28237 | 0,38 | 729043498,05 | 2581873 | 2 | 0,01 | 0,00 |
| 47ª -Epilepsias | 26365 | 0,35 | 1218726183,34 | 4622515 | 3 | 1,27 | 0,28 |
| 48ª -Curetagem semiótica com ou sem dilatação | 25712 | 0,34 | 1312958174,54 | 5106402 | 1 | 0,02 | 0,00 |
| 49ª -Facetomia sem implante de lente intra | 25195 | 0,34 | 5346136930,94 | 21219039 | 1 | 0,01 | 0,01 |
| 50ª -Aneixite aguda | 24990 | 0,33 | 1602204437,75 | 6411382 | 4 | 0,04 | 0,00 |
| 51ª -Sepsíemias (pediatria) | 24444 | 0,33 | 8814504212,07 | 36059991 | 10 | 19,59 | 3,46 |
| 52ª -Anemias | 23920 | 0,32 | 2283239992,72 | 9545317 | 4 | 2,95 | 0,98 |
| 53ª -Insuficiência respiratória aguda | 23899 | 0,32 | 5225003545,32 | 21862854 | 6 | 16,46 | 1,69 |
| 54ª -Prematuridade | 23410 | 0,31 | 7767219459,02 | 33179066 | 14 | 14,77 | 4,80 |
| 55ª -Hipertensão maligna | 23249 | 0,31 | 1444340241,40 | 6212483 | 5 | 1,07 | 0,17 |

QUADRO 1 (CONTINUAÇÃO)
PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTES NO SIH/SUS. BRASIL
2º SEMESTRE DE 1991

| PROCEDIMENTO | FREQ. | FREQ. % | VALOR | VALOR MÉDIO | MÉDIA PERM | TAXA MORT | TM OCUP. UTI |
|--|-------|------------|---------------|----------------|---------------|--------------|--------------------|
| 56ª -Cirroze hepática | 23190 | 0,31 | 3566376322,43 | 15378940 | 8 | 9,21 | 0,38 |
| 57ª -Vasculopatias periféricas | 22959 | 0,31 | 2746665996,75 | 11963352 | 6 | 2,23 | 0,10 |
| 58ª -Falso trabalho de parto | 22530 | 0,30 | 545725791,30 | 2422216 | 1 | 0,00 | 0,00 |
| 59ª -Malária (clínica médica) | 21384 | 0,29 | 1304845857,82 | 6101972 | 4 | 0,43 | 0,01 |
| 60ª -Estreptococcos (clínica médica) | 21081 | 0,28 | 1814604288,60 | 8507771 | 6 | 0,66 | 0,02 |
| 61ª -Traumatismo cranioencefálico | 21040 | 0,28 | 1995317895,34 | 9483450 | 4 | 6,30 | 0,76 |
| 62ª -Anemias carenciais (clínica médica) | 20333 | 0,27 | 1619699467,25 | 7965865 | 5 | 2,16 | 0,07 |
| 63ª -Infarto agudo do miocárdio | 20080 | 0,27 | 5947528356,82 | 29619165 | 7 | 16,59 | 3,91 |
| 64ª -Diagnóstico e/ou 1ª atendimento | 19834 | 0,26 | 438217926,60 | 2209427 | 1 | 3,32 | 0,03 |
| 65ª -Insuficiência renal crônica ácidos e met. | 19537 | 0,26 | 3726917146,41 | 19076199 | 8 | 7,87 | 0,76 |
| 66ª -Diagnóstico e/ou 1ª atendimento (ped.) | 19119 | 0,25 | 588059552,47 | 3075786 | 2 | 1,11 | 0,01 |
| 67ª -Insuficiência respiratória aguda | 18854 | 0,25 | 5344622755,89 | 28347421 | 6 | 6,06 | 1,58 |
| 68ª -Histerectomia total | 18572 | 0,25 | 3729731218,30 | 20082550 | 5 | 0,13 | 0,04 |
| 69ª -Pneumonias agudas (pediatria) | 18512 | 0,25 | 4920695060,70 | 26581109 | 6 | 1,38 | 0,72 |
| 70ª -Extirpação e supress. de lesão de pele | 18141 | 0,24 | 1227102884,25 | 6784251 | 5 | 1,14 | 0,10 |
| 71ª -Politraumatizado | 17895 | 0,24 | 7448794250,31 | 41625002 | 7 | 5,44 | 1,25 |
| 72ª -Enfisema pulmonar | 17758 | 0,24 | 3114443153,99 | 17538254 | 6 | 2,65 | 0,15 |
| 73ª -Artrite reumatóide | 17619 | 0,23 | 1456658402,50 | 8267543 | 6 | 0,27 | 0,01 |
| 74ª -Postectomia (circuncisão) | 17535 | 0,23 | 839620111,95 | 4766252 | 1 | 0,01 | 0,00 |
| 75ª -Tratamento conservador do trauma. cr. | 17397 | 0,23 | 2090788219,00 | 12018096 | 4 | 5,60 | 0,70 |
| 76ª -Desnutrição proteico-calórica (1ª a 2ª gr.) | 17067 | 0,23 | 1820419425,40 | 10666311 | 7 | 1,76 | 0,22 |
| 77ª -Sepsíemias (clínica médica) | 16799 | 0,22 | 5697797883,71 | 33917482 | 9 | 29,03 | 1,49 |
| 78ª -Perda subst. cutânea-lesões extensas p lan. | 16464 | 0,22 | 4280971795,50 | 25970467 | 6 | 1,01 | 0,15 |
| 79ª -Epilepsias | 16304 | 0,22 | 779050930,16 | 4778280 | 3 | 0,72 | 0,21 |
| 80ª -Histerectomia o/anexotomia uni ou bilat. | 16150 | 0,21 | 4186151396,77 | 25920442 | 5 | 0,12 | 0,05 |
| 81ª -Bronquite aguda (pediatria) | 15023 | 0,20 | 928955948,37 | 6183558 | 4 | 0,48 | 0,10 |
| 82ª -Pneumonia estafilocócica (pediatria) | 14796 | 0,20 | 2788127356,75 | 18843791 | 10 | 1,39 | 0,32 |

Fonte: DATASUS/FNS/MS

QUADRO 2
NÚMERO, PROPORÇÃO E VALOR MÉDIO DOS PROCEDIMENTOS DO
SIH/SUS MAIS FREQUENTES AGRUPADOS SEGUNDO SISTEMAS.
BRASIL, 2º SEMESTRE 1991

| Grupos de Procedimentos | Número | % | Valor Médio |
|-------------------------|----------------|--------------|------------------|
| Obstétricos | 1556141 | 21,12 | 55306,24 |
| Ap. respiratório | 1025535 | 13,93 | 153058,33 |
| Ap. gastrointestinal | 678585 | 9,21 | 109063,13 |
| Ap. circulatório | 618524 | 8,39 | 1421012,61 |
| Psiquiatria | 574795 | 7,80 | 134233,51 |
| Ap. genitourinário | 436995 | 5,93 | 116000,70 |
| TOTAL | 4891776 | 66,36 | 124515,94 |

Fonte: DATASUS/FNS/MS

QUADRO 3
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 10 PROCEDIMENTOS MAIS
FREQUENTES NO SIH/SUS SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 2º SEMESTRE
1991.

| PROCEDIMENTOS | REGIÃO | REGIÃO | REGIÃO | REGIÃO | REGIÃO | BRASIL |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | NORTE | NORDESTE | SUDESTE | SUL | C. OESTE | |
| Parto normal | 20,46 | 15,75 | 9,63 | 11,20 | 10,21 | 12,06 |
| Tratamento em psiquiatria | 0,61 | 5,87 | 11,08 | 5,39 | 5,16 | 7,80 |
| Cesariana | 5,38 | 4,32 | 5,95 | 5,83 | 6,60 | 5,54 |
| Insuficiência cardíaca | 1,10 | 2,12 | 3,38 | 3,30 | 4,10 | 2,98 |
| Curetagem pós-aborto | 2,75 | 3,43 | 2,22 | 1,08 | 1,57 | 2,34 |
| Enteroinfecções (pediatria) | 4,45 | 2,49 | 1,62 | 2,31 | 3,49 | 2,23 |
| Enteroinfecções (cl. medica) | 3,54 | 3,03 | 1,35 | 1,47 | 2,38 | 2,00 |
| Broncopneumonia (pediatria) | 1,68 | 2,35 | 1,41 | 2,88 | 1,53 | 1,94 |
| Crise hipertensiva | 1,15 | 1,87 | 1,82 | 1,58 | 1,30 | 1,73 |
| AVC agudo | 0,72 | 1,27 | 1,92 | 2,22 | 1,33 | 1,69 |
| TOTAL | 42,85 | 42,52 | 40,40 | 37,26 | 37,78 | 40,31 |

Fonte: DATASUS/FNS/MS

QUADRO 4

NÚMERO E PERCENTUAL DE PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO DA MALÁRIA NOS ESTADOS DA REGIÃO NORTE, 2º SEMESTRE DE 1991.

| Estados | Nº | Proporção do Total de Procedimentos |
|------------------------|---------------|-------------------------------------|
| Amazonas | 1,317 | 2,82% |
| Pará | 2,849 | 1,96% |
| Roraima | 1,070 | 12,40% |
| Rondônia | 11,030 | 20,18% |
| Amapá | 961 | 9,61% |
| Acre | 871 | 6,55% |
| TOTAL DA REGIÃO | 18,098 | 6,50% |

QUADRO 5

NÚMERO, PERCENTUAL E TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS PAGOS MAIS FREQUÊNTES NO SIH/SUS. ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2º SEMESTRE DE 1987 E DE 1991.

| PROCEDIMENTOS | 2º Semestre de 1987 * | | | 2º Semestre de 1991 ** | | |
|--|-----------------------|--------------|----------|------------------------|--------------|----------|
| | Freqüência Mensal | % do Total | TMP | Freqüência Mensal | % do Total | TMP |
| Parto normal | 10,310 | 12,74 | 2 | 10,799 | 10,07 | 2 |
| Cesariana | 5,234 | 6,47 | 3 | 5,730 | 5,34 | 3 |
| Tratamento em piquiatria | 4,994 | 6,17 | 19 | 17,137 | 15,98 | 166 |
| Insuficiência cardíaca | 3,472 | 4,29 | 7 | 5,275 | 3,05 | 8 |
| AVC agudo | 2,662 | 3,29 | 8 | 2,343 | 2,18 | 8 |
| Crise hipertensiva | 2,334 | 2,89 | 6 | 2,095 | 1,95 | 5 |
| Pneumonia não-especificada | 1,696 | 2,10 | 7 | 1,651 | 1,53 | 7 |
| Curetagem pós-aborto | 1,694 | 2,09 | 1 | 2,639 | 2,46 | 1 |
| Outras pneumonias | 1,541 | 1,90 | 6 | 1,662 | 1,54 | 6 |
| Atendimento de pacientes FPT | 1,326 | 1,64 | 14 | 7,665 | 7,14 | 211 |
| Insuficiência coronariana aguda | 1,194 | 1,48 | 5 | 1,084 | 1,01 | 6 |
| Enteroinfecções (pediatria) | 1,120 | 1,36 | 5 | 1,082 | 1,00 | 4 |
| Diabetes sacarino | 1,087 | 1,34 | 8 | 1,036 | 0,96 | 9 |
| Doença pulmonar obstrutiva crôn. | 1,077 | 1,33 | 7 | 1,106 | 1,03 | 7 |
| Pielonefrites | 902 | 1,12 | 5 | 735 | 0,68 | 5 |
| Enteroinfecções (adulto) | 892 | 1,10 | 5 | 820 | 0,76 | 4 |
| Colpoperineoplastia anterior e posterior | 853 | 1,05 | 4 | 636 | 0,59 | 4 |
| TOTAL | 42,390 | 52,38 | - | 61,498 | 57,27 | - |

Fontes * PEREIRA, T. 1989.

** DATASUS/FNS/MS

QUADRO 6

NÚMERO PERCENTUAL E TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS PAGOS MAIS FREQUENTES NO SIH/SUS. ESTADO DE SÃO PAULO. 2º SEMESTRE DE 1987 E DE 1991.

| PROCEDIMENTOS | 2º Semestre de 1987 * | | | 2º Semestre de 1991 ** | | |
|--------------------------------|-----------------------|------------|-----|------------------------|------------|-----|
| | Frequência Mensal | % do Total | TMP | Frequência Mensal | % do Total | TMP |
| Parto normal | 20,235 | 8,89 | 2 | 22,340 | 8,35 | 2 |
| Cesariana | 18,005 | 7,87 | 3 | 15,309 | 5,72 | 3 |
| Tratamento em psiquiatria | 8,001 | 3,49 | 17 | 34,898 | 13,04 | 139 |
| Insuficiência cardíaca | 7,923 | 3,46 | 5 | 9,128 | 3,03 | 6 |
| Broncopneumonia (pediatria) | 5,593 | 2,44 | 4 | 4,457 | 1,66 | 4 |
| Av. vascular cerebral agudo | 4,674 | 2,04 | 6 | 4,738 | 1,77 | 6 |
| Enteroinfecção (adulto) | 4,588 | 2,00 | 3 | 3,619 | 1,35 | 3 |
| Curetagem pós-aborto | 4,421 | 1,3 | 1 | 6,798 | 2,16 | 1 |
| Enteroinfecção (pediatria) | 4,355 | 1,90 | 4 | 3,855 | 1,44 | 3 |
| Broncopneumonia (adulto) | 4,035 | 1,78 | 4 | 3,812 | 1,42 | 5 |
| Cólica nefrética | 3,348 | 1,46 | 2 | 2,668 | 0,9 | 2 |
| Pneumonia (adulto) | 3,024 | 1,40 | 5 | 3,322 | 1,24 | 5 |
| Pielonefrite | 3,089 | 1,35 | 4 | 2,53 | 0,94 | 4 |
| Enteroinfecção do lactente | 2,981 | 1,30 | 6 | 2,251 | 0,84 | 5 |
| Insuf. coronariana aguda | 2,784 | 1,21 | 4 | 2,643 | 0,98 | 4 |
| Diabetes sacarino | 2,416 | 1,05 | 5 | 2,749 | 1,02 | 6 |
| Diag. e/ou 1º atendimento | 2,407 | 1,05 | 1 | 2,903 | 1,06 | 1 |
| Crise asmática (adulto) | 2,484 | 1,05 | 3 | 2,512 | 0,93 | 3 |
| Lumbago agudo | 2,394 | 1,04 | 3 | 1,60 | 0,73 | 4 |
| D. pulmonar obstrutiva crônica | 2,382 | 1,04 | 5 | 2,974 | 1,11 | 5 |
| Cirurgia múltipla | 2,329 | 1,01 | 5 | 3,506 | 1,31 | 5 |
| TOTAL | 116,636 | 50,96 | - | 141,542 | 52,81 | - |

Fontes: * LEVCOVITZ, E. et alii., 1989(a).

** DATASUS/FNS/MS.

QUADRO 7

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES OCORRIDAS NA REDE CONTRATADA POR PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1986.

| CAUSAS | REGIÕES | | | | | BRASIL |
|---|--------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| | NORTE | NORDESTE | SUDESTE | SUL | C. OESTE | |
| Doenças infecciosas e parasitárias | 16,1 | 10,8 | 7,2 | 9, | 11,6 | 8, |
| Neoplasmas | 2,8 | 3,6 | 2,8 | 2,9 | 2,2 | 2,9 |
| Doenças das glândulas endócrinas da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários | 2,5 | 3,6 | 3,2 | 2,7 | 2,7 | 3,0 |
| Transtornos mentais | 0,4 | 4,1 | 3,9 | 2,2 | 2,2 | 3,3 |
| Doenças do ap. circulatório | 6,5 | 3,2 | 14,3 | 12,5 | 12,9 | 12,6 |
| Doenças do ap. respiratório | 14,3 | 18,4 | 15 | 19,6 | 19,3 | 17,0 |
| Doenças do ap. digestivo | 7,7 | 7,3 | 7,7 | 7,9 | 7,5 | 7,7 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 9,1 | 9,1 | 7,8 | 7,7 | 11,2 | 8,2 |
| Complicações da gravidez, parto e puerpério | 29,6 | 23,8 | 23,1 | 20,9 | 17,4 | 22,4 |
| Lesões e envenenamentos | 4,1 | 4,4 | 5,3 | 4,4 | 4,9 | 4,9 |
| Sintomas sinais e afecções maldefinidos | 0,8 | 0,7 | 1,8 | 1,8 | 1,4 | 1,6 |
| Outras causas | 5,8 | 6 | 7, | 7,5 | 7,5 | 7,5 |
| TOTAL | 100,0 (144.613) | 100,0 (1.346.540) | 100,0 (4.215.984) | 100,0 (2.035.84) | 100,0 (524.833) | 100,0 (8.269.089) |

Fonte: FIOCRUZ - Dados nº 12, ago./set., 1988.

QUADRO 8
MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE ÓBITOS SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1984.

| GRUPOS DE CAUSAS | REGIÕES | | | | |
|---|---------|----------|---------|------|----------|
| | NORTE | NORDESTE | SUDESTE | SUL | C. OESTE |
| Doenças infec. e parasitárias | 15,3 | 8,9 | 6,4 | 5,4 | 9,4 |
| Neoplasmas | 5,7 | 3,8 | 10,7 | 11,9 | 7,9 |
| Doenças das glândulas endócrinas da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários | 1,9 | 2,5 | 4,4 | 2,9 | 2,7 |
| Doenças do ap. circulatório | 14,8 | 12,9 | 32,7 | 32,3 | 23,9 |
| Doenças do ap. respiratório | 6,7 | 4,4 | 9,9 | 8,7 | 6,8 |
| Doenças do ap. digestivo | 3,3 | 2,2 | 4,2 | 3,6 | 3,4 |
| Anomalias congênitas | 1,1 | 0,5 | 1,2 | 1,4 | 1,3 |
| Algumas afecções originadas no período perinatal | 8,8 | 5,2 | 6,8 | 5,1 | 6,6 |
| Sintomas sinais e afecções maldefinidas | 27,7 | 50,4 | 8,1 | 14,1 | 18,2 |
| Causas externas | 11,2 | 6,7 | 11,4 | 10,8 | 15,9 |
| Demais causas | 3,5 | 2,5 | 4,2 | 3,8 | 3,9 |

Fonte: FIOCRUZ - Dados nº 12, ago./set, 1988.

QUADRO 9
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES OCORRIDAS NA REDE CONTRATADA POR PRINCIPAIS SUBGRUPOS DE CAUSA* SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1986.

| GRUPOS DE CAUSAS | REGIÕES | | | | |
|---|---------|----------|---------|------|----------|
| | NORTE | NORDESTE | SUDESTE | SUL | C. OESTE |
| Doenças infec. e parasitárias | 12,4 | 8,7 | 5,6 | 5,0 | 9,0 |
| Doenças das glândulas endócrinas da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários | 2,2 | 1,6 | 2,4 | 2,0 | 1,4 |
| Transtornos mentais | 0,4 | 4,1 | 3,9 | 2,2 | 2,0 |
| Doença hipertensiva | 1,3 | 2,0 | 2,9 | 2,3 | 2,7 |
| Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração | 2,0 | 2,8 | 5,0 | 4,6 | 5,7 |
| Doença cerebrovascular | 1,3 | 1,6 | 2,5 | 2,5 | 1,6 |
| Doenças do trato respiratório sup. | 3,4 | 1,0 | 1,2 | 1,9 | 1,6 |
| Doenças do apar. urinário | 3,7 | 3,4 | 4,2 | 5,1 | 7,6 |
| Doenças dos órgãos genitais femininos | 4,9 | 5,2 | 3,0 | 2,0 | 3,3 |
| Aborto | 1,5 | 2,2 | 2,1 | 1,2 | 1,0 |
| Causas obstétricas diretas | 11,8 | 8,6 | 10,5 | 8,3 | 8,7 |
| Parto normal | 16,2 | 15,0 | 10,5 | 11,4 | 7,7 |
| Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 1,9 | 5,1 | 3,0 | 2,5 | 3,0 |
| Outras causas | 18,4 | 16,0 | 21,5 | 20,3 | 19,5 |

* CID - Lista básica de tabulações. Referências nº (16)

Fonte: FIOCRUZ - Dados nº 12, ago./set, 1988.

QUADRO 10
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO
SIH/SUS POR ALGUNS SUBGRUPOS DE CAUSAS* SEGUNDO FAIXA
ETÁRIA. ESTADO DO RIO DE JANEIRO, JUL-SET, 1988.

| FAIXA ETÁRIA | DOENÇAS INFEÇ. INTESTINAIS | TRANSTORNOS MENTAIS | DOENÇAS DA CIRC. PULMONAR E OUTRAS FOR- MAS DE DOENÇA DO CORAÇÃO | OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO |
|----------------|----------------------------------|------------------------|--|--|
| Menos de 1 ano | 38,3 | 0,3 | 0,4 | 15,7 |
| 1 a 4 | 25,4 | 0,1 | 0,6 | 18,2 |
| 5 a 9 | 8,8 | 0,1 | 1,0 | 6,0 |
| 10 a 19 | 4,5 | 3,0 | 1,4 | 5,5 |
| 20 a 29 | 4,3 | 21,5 | 2,5 | 6,9 |
| 30 a 39 | 4,0 | 32,7 | 5,0 | 7,1 |
| 40 a 49 | 3,3 | 23,4 | 9,7 | 7,3 |
| 50 e mais | 11,3 | 18,9 | 79,3 | 35,4 |
| TOTAL | 100,0 (5.685) | 100,0 (9.313) | 100,0 (10.023) | 100,0 (19.686) |

* CID - Lista Básica de Tabulação.

Fonte: DATAPREV

Notas

1. Estas comparações nos foram apresentadas originalmente por Déa M.C. Arruda e José C. Noronha, respectivamente.
2. Registro feito por Iracema Fermon R. Cardoso.
3. Muitas dessas informações foram conseguidas durante inúmeras conversas com membros da equipe original do SAMHPS: Afonso Vigário de Moura, Antonia Gomes Soares Aquino, Alfredo William da Gama Lima, Fernando Y. Chiyoshi e Lupércio de Souza Cortez Jr.
4. Também aqui foram essenciais as informações obtidas junto à equipe original, já nominada.
5. O mecanismo de "rateio de ponto" é o de mais difícil compreensão em toda a sistemática do AIH. Por inúmeras vezes os membros da equipe original, já citados, o explicaram aos autores. Além deles, foi de fundamental importância para logramos um texto curto e compreensível, a insistência de Claudia Travassos Veras, que certamente é co-autora de muita frases deste tópico.
6. A elaboração dos gráficos 1 a 11 apresentados contou com a participação de Claudio Ferreira da Silva, economista do INAMPS.
7. Os autores agradecem especialmente a Edison Keiji Yamamoto, pela cessão de seus arquivos pessoais.
8. A elaboração dos gráficos 12 a 19 conta com a participação de Luiz Antônio Duarte Silva, analista de sistemas da SES-RJ.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, CONASP, *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*, Brasília, MPAS, 1982.

BRASIL, MPAS. *Relatório sobre o SAMHPS*, 1989 (mimeo.).

BRASIL, MPAS/INAMPS, *Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social, Relatório da Comissão designada pela PT MPAS/GM nº 1852/80*, Rio de Janeiro, outubro 80 (mimeo).

BRASIL, MPAS/INAMPS, SAMHPS. *Módulo do Hospital*, 1983.

BRASIL, MPAS/INAMPS, SAMHPS: *Módulo do Médico*, 1983.

BRASIL, MPAS/INAMPS, SAMHPS. *Manual de Preenchimento da AIH para Hospitais Universitários de Ensino*, Rio de Janeiro, INAMPS, 1987.

BRASIL, MPAS/SSM. *Tabela de Procedimentos do SAMHPS*, 1983.

CHIYOSHI, F. *Esclarecimentos sobre o Mecanismo de Rateio do SAMHPS*, s/d (mimeo.).

COSTA, Carlos. *Financiamento de Serviços de Saúde: as modalidades de pagamento retrospectivas e prospectivas e o sistema de preços*. Lisboa, ENSP, 15/16 de junho de 1989 (mimeo.).

FIOCRUZ, *Morbidade Hospitalar na Rede Contratada do INAMPS, DADOS nº 12*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, ago./set 1988.

GENTILE DE MELLO, C. *A Medicina e a Realidade Brasileira*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, SECRETARIA DE SAÚDE, SIH/SUS - *Manual de Preenchimento e Fluxo da AIH para Hospitais Públicos*, Rio de Janeiro, SES, 1990.

LEVCOVITZ, E. et alli. *Considerações acerca da Assistência Médico-Hospitalar Geral no Estado de São Paulo no Ano de 1987*. Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, São Paulo, ABRASCO, 1989(a).

LEVCOVITZ, E. e YAMAMOTO, E.K., *Estudo Comparado de indicadores e valores médios do SAMHPS/AIH- setembro 86 a fevereiro 89 - Brasil, São Paulo e Rio de Janeiro*, Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, São Paulo, ABRASCO, 1989(b).

LEVCOVITZ, E. e SILVA, C.F. *Evolução dos Valores de Remuneração dos Serviços Privados e Filantrópicos pelo MPAS/INAMPS - 1983/1989*, Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, São Paulo, ABRASCO, 1989(c).

LEVCOVITZ, E. e YAMAMOTO, E.K. *Utilização do SAMHPS/AIH no Hospital Público, in Municipalização e Descentralização: a experiência do estado do Rio de Janeiro*, Divulgação em Saúde para Debate nº 1, Londrina, CEBES, setembro 89 (d).

LEVCOVITZ, E. *Gerência da Rede de Serviços*. Notas de aula no Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio, 1988 (mimeo.).

PEREIRA, T. *Análise dos Procedimentos Específicos pagos através da AIH no período de julho a dezembro de 1987*. Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, São Paulo, ABRASCO, 1989.

URBANO, J. e BENTES, M. *Definição da Produção do Hospital: os grupos diagnósticos homogêneos*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 8, nº 1, Lisboa, ENSP, jan./mar. 1990.

VERAS, C.M.T., *Diagnosis related Groups - DRG's: Avaliação do uso de uma metodologia de mensuração do produto hospitalar com utilização de base de dados do SAMHPS/AIH na cidade do Rio de Janeiro*. Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, São Paulo, ABRASCO, 1989.

TEXTOS PUBLICADOS

— 1993 —

- 039 - Reichenheim, Michael E., Braga, José Uelieres. *Problemas Metodológicos nos Estudos de Doenças Agudas e Recorrentes Erros de Estimativa da Razão de Taxas Conseqüentes às Aproximações e Assunções Indevidas.* 15 p.
- 040 - Veras, Renato P. *Elderly Population: a Study Carried out Rio de Janeiro.* 36 p.
- 041 - Fiori, José Luis. *Para uma Economia Política do Estado Brasileiro.* 56 p.
- 042 - Campos da Paz, Mariza. *Agentes de Saúde, Agentes de Cidadania.* 24 p.
- 043 - Ferraz, Regina Coeli Franco. *A Medicalização dos Hospitais no Século XIII: a proposta de reforma hospitalar no discurso da Encyclopédie.* 16 p.
- 044 - Guimarães, Reinaldo. *Os Mecanismos de Avaliação em Ciência Tecnologia no Brasil.* 80 p.
- 045 - Birman, Joel. *Sujeito e Estilo em Psicanálise: sobre o Indeterminismo da Pulsão no Discurso Freudiano.* 32 p.
- 046 - Mattos, Ruben Araujo de. *O Processo de Construção Conceitual do Método CENDES/OPS.* 40 p.
- 047 - Bezerra Jr., Benilton e Sayd, Jane Dutra. *Um Mestrado Certo para um Momento Preciso; Sayd, Jane Dutra. As Dissertações do Mestrado em Medicina Social 1978-1990 - uma crônica.* 40 p.
- 048 - Luz, Madel T. *Relações entre o Adolescente e a Sociedade Atual: Institucionalização, Violência e Disciplina.* 16 p.
- 049 - Vianna, Cid Manso de. *O Legado de Prometeu: alguns Prolegômenos sobre Tecnologia e Qualificação em Saúde.* 20 p.
- 050 - Wemeck, Guilherme Loureiro. *Queimaduras Severas na Infância, I: estágio atual do conhecimento e metodologia do estudo.* 48 p.
- 051 - Fiori, José Luis. *Ajuste, Transición y gobernabilidad: el enigma Brasileiro - Version Preliminar.* 80 p.
- 052 - Herzlich, Claudine. *Os Encargos da Morte.* 40 p.
- 053 - Reichenheim, Michael Eduardo. *Otimizando efetividade e eficiência na avaliação antropométrica de rotina: um procedimento baseado na combinação de dois indicadores.* 24 p.
- 054 - Birman, Joel. *Dionísios Desencantado.* 16 p.
- 055 - Vianna, Cid Manso de M. *Complexo Médico-Industrial: notas metodológicas.* 44 p.
- 056 - Guimarães, Reinaldo. *O fomento em C&T nos anos 90: possibilidades e requisitos.* 48 p.