



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Jacques Levin

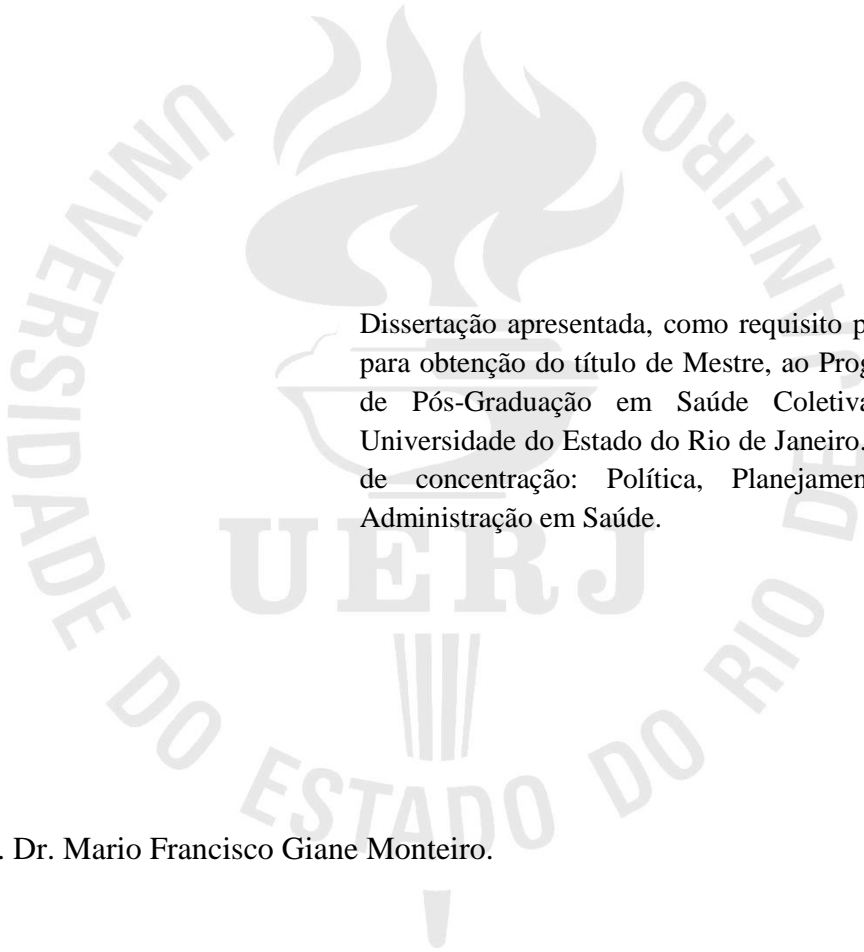
**A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo
sistema de informações hospitalares do SUS**

Rio de Janeiro

2006

Jacques Levin

**A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo
sistema de informações hospitalares do SUS**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mario Francisco Giane Monteiro.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

L665 Levin, Jacques.
A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo sistema de informações hospitalares do SUS / Jacques Levin. – 2006.
123 f.

Orientador: Mario Francisco Giane Monteiro.
Dissertação (mestrado) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Informação na saúde pública – Brasil – Teses. 2. Sistemas de informação em saúde – Teses. 3. Indicadores de saúde – Teses. 4. Políticas de saúde – Teses. 5. Morbidade – Hospitais – Teses. I. Monteiro, Mario Francisco Giane. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:007

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Jacques Levin

**A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo
sistema de informações hospitalares do SUS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 10 de março de 2006.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Mario Francisco Giane Monteiro (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

À minha mulher, Regina, centro de minha vida, que tanta felicidade espalha ao seu redor, minha amiga e companheira, que me apoia e ajuda em todas as situações, com tanta abnegação e firmeza.

A meus filhos, Gabriel e Isabela, que tantos prazeres, satisfação e orgulho trazem, começando suas vidas adultas, que não percam nunca a alegria juvenil e o gosto pela vida que têm.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Leon e Guita, in memoriam, por tudo que me ensinaram e como me guiaram pela vida e que tão felizes estariam por mais esta etapa cumprida.

Aos meus irmãos e cunhados, Regina e Isaac, Bruno e Lígia, pela amizade ao longo de toda a vida.

Aos meus sogro muito especiais, Walter e Anecy, meus segundos pais, e a meus cunhados Ricardo e Graça.

Aos meu sobrinhos e afilhados, Daniela, Felipe, Gustavo, e Mariana, com toda a vida pela frente, que se dediquem ao que gostam.

Aos meus padrinhos, Lia e Hermes, este in memoriam, pelo carinho que sempre tiveram.

Ao meu orientador, colega e amigo, Mário Monteiro, por ter me trazido de volta à atividade acadêmica e, com simplicidade, indicar os caminhos a seguir.

Ao Dr. Ernani Bandarra, amigo de tanto tempo, por ter me apresentado ao universo das informações em saúde e pela amplidão de seu conhecimento, do qual procuro absorver pelo menos um pouco.

Aos colegas e ex-colegas do Datasus, Uilson, Scultori, Cabal, Beth, Nilza, Gonzalez, Ezequiel e tantos outros, e em especial à equipe do SIH/SUS, Barroco, Júlio, Serginho, Alfredo William, José Américo e demais, pela quase heroica atividade de manter sistema tão complexo com tão poucos recursos.

À colega Cláudia Risso, pelo apoio no desenvolvimento deste projeto, inclusive com a cuidadosa revisão feita e as dicas tão úteis.

Aaos meus colegas do GTISP, Eduardo Mota, Ilara Moraes, Miguel Murat, Chico Viavaca, Sílvia Rangel, Álvaro Escrivão, Márcia Furquim, Bernadete Antunes e Edmilson Pereira, por tantos e tão profícuos debates ao longo de todos estes anos.

Ao professor Eduardo Mota, grande incentivador do trabalho realizado.

Aos meus colegas da RIPSA, em especial seus mentores da OPAS, doutores Risi, Mozart e Arcoverde, grandes batalhadores pela saúde pública brasileira e pelo uso das informações de saúde como instrumentos de gestão.

Aos professores do IMS, ruben, Kornis, Jane Noronha, Roseni, Mário Monteiro, Mário Dal Poz e Sulamis, por me abrirem novas perspectivas e trazer tantos novos conhecimentos.

Ao pessoal da secretaria do IMS, em especial à Márcia Cristina e Sílvia Regina, e da biblioteca, principalmente à Regina e Ana Beatriz, pela presteza, dedicação e cortesia no atendimento e facilitação do trabalho.

Às colegas do mestrado, Bárbara, Danielle Vale, Danielle Mattos, Denise, Isabel, Monique, Raquel, Tatiana e Walcymar, além das doutorandas Cecília e Fernanda, pelo compartilhamento e troca de experiências durante o curso.

RESUMO

LEVIN, Jacques. *A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo sistema de informações hospitalares do SUS*. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

O uso das informações e indicadores provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), tanto para análise de situação de saúde da população como para análise do desfecho, SUS, é cada vez mais frequente. Tal sistema é, desde sua concepção, fortemente influenciado pelas políticas públicas na área de atenção à saúde, como as definidas pelas Normas Operacionais e os incentivos e restrições a determinadas práticas. Alterações na operação do sistema introduzem descontinuidades e vieses nas informações, provocando eventuais imprecisões ou mesmo distorções nos resultados da extração de dados do sistema. Para que se possa avaliar o resultados de políticas, a situação da assistência à saúde ou as condições de saúde de uma população, é necessário, portanto, que se tenha uma visão clara e objetiva de quais informações são disponíveis, a sua evolução e como utiliza-las, considerando devidamente as influências exógenas e endógenas do sistema. O presente estudo está estruturado de acordo com o contexto do Sistema de Informações Hospitalares. Como componente da Previdência Social, é estudada a criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), as suas origens e seus eixos estruturantes, assim como a sua expansão para a rede filantrópica e de ensino, com a ampliação de sua cobertura. Já no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é estudada a incorporação do SAMHPS ao SUS, levando à criação do SIH/SUS, com a expansão para a rede pública e a sua universalização. A influência das políticas de saúde é analisada a partir da implantação de incentivos e restrições que afetam a assistência hospitalar e seu reflexo nas informações do SIH/SUS. A forma de categorização e a identificação dos prestadores são também examinadas, tendo em vista a sua importância na análise e determinação de políticas de saúde. Outro aspecto que é analisado é a forma de apropriação das informações do diagnóstico que levou à internação: a adoção da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, o caso específico das causas externas e a implantação da Tabela de Compatibilidade entre Procedimentos e Diagnósticos. Para identificar as mudanças políticas e operacionais do SUS, da regulamentação da assistência hospitalar e do SIH/SUS, foi pesquisada sua legislação – Leis, Decretos, Normas Operacionais, Portarias, Instruções e Manuais. O relacionamento entre as informações e as políticas é analisado identificando a implantação destas políticas e verificando o efeito sobre os indicadores da assistência hospitalar obtidos do SIH/SUS. Como conclusão, foi visto que análises que utilizem as séries históricas devem, obrigatoriamente, levar em consideração as modificações, tanto do SUS como do SIH/SUS, para que possam chegar a conclusões mais precisas. Descontinuidades nas séries históricas efetivamente mostram modificações das políticas e da operação do sistema. A facilidade de acesso, a disponibilidade, a oportunidade e rapidez de atualização das informações do SIH/SUS são fatores positivos do sistema; é possível analisar o efeito de determinada ação pouco após a sua implantação. A análise das informações do diagnóstico denota a necessidade de treinamento dos codificadores no uso da CID-10 em morbidade e de uma ampla revisão da Tabela de Compatibilidade entre Diagnóstico Principal e o Procedimento Realizado.

Palavras-chave: Informação em saúde. Sistemas de informação em saúde. Indicadores de saúde. Políticas de saúde. Morbidade hospitalar. Internações hospitalares.

ABSTRACT

LEVIN, Jacques. *The influence of health policies in the indicators derived from the hospital information system of the National Health System in Brazil*. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

The use of information and indicators derived from the Hospital Information System (SIH/SUS) of the National Health System in Brazil (SUS) is steadily increasing, either for health situation analysis as for performance analysis. Since its original conception, this system is strongly influenced by public policies in health assistance, as defined by legislation or by incentives and restriction to some medical and hospital practices. Changes in system operation also bring up discontinuities and biases in the information, eventually resulting in imprecision or even distortions in the indicators derived from the system data. In order to evaluate health policies, health assistance situation and population health status, a clear and objective approach is needed, knowing which information is available, its evolution and how to use it, considering internal and external influences. This study aims to describe and analyze how the SUS health policies influence and are reflected in the information and indicators derived from the SIH/SUS. It is structured according its context. As Social Security component, we study the creation of the Social Security Medical and Hospital Assistance System (SAMHPS), its origins and structure and also its extension to the philanthropic and university hospitals, with its corresponding expansion of coverage. In the context of the National Health system, we have studied the transformation of the SAMPHS into SIH/SUS, its expansion to the public hospital and universal coverage. The influence of health policies is analyzed from the implementation of incentives and restrictions that affected hospital assistance and how it reflects in the SIH/SUS information. Due to their importance in the analysis and determination of health policies, the hospital categorization and identification are also examined. Furthermore, we analyzed how the diagnostic information is captured, considering the adoption of the 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), the specific case of the external causes and the implementation of the Compatibility Table between Procedures and Diagnostics. We have studied the legislation concerning both SUS and SIH/SUS: laws, decrees, operational norms, directives, instructions and manuals, in order to identify SUS operational and political changes, hospital assistance and SIH/SUS regulation. The relationship between information and politics is analyzed identifying the implementation of these policies and verifying the effects in the hospital assistance indicators from the SIH/SUS. Concluding, we have seen that the series analysis must take in account the political and operational changes, either SUS as SIH/SUS, in order to produce more precise conclusions. Time series discontinuities effectively reflect the political and operational changes. The access, availability, opportunity and quick update of the SIH/SUS information are positive factors; they make possible to analyze the effects of some action just after its implementation. Analyzes of the diagnostic information shows the necessity of training in the use of the ICD-10 and also a full revision in the Compatibility Table between Diagnostics and Procedures.

Keywords: Health information systems. Health indicators. Health policies. Hospital morbidity. Hospital assistance. Community health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de AIHs pagas por natureza, segundo ano de competência, Brasil, 1981-1982	20
Gráfico 2	Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1989	21
Gráfico 3	Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1987	23
Gráfico 4	Razão entre o valor médio da AIH por natureza e o valor médio geral. Brasil, 1990 a 1992 e 1999 a 2001	29
Gráfico 5	Proporção e valor médio de partos por ano e classificação como “Amigo da Criança”. Brasil, 1995 a 2004	35
Gráfico 6	Proporção e valor médio de partos por ano e classificação como gestante de alto risco. Brasil, 1998 a 2004	36
Gráfico 7	Taxa de internações por 100 habitantes, por ano segundo região (local de internação). Brasil, 1990 a 2004	49
Gráfico 8	Valor médio dos partos, normais e cesáreos e razão entre os valores médios. Brasil, 1995 a 2004	52
Gráfico 9	Número de hospitais segundo a faixa de proporção de partos cesáreos. Brasil, 1997 e 2004	54
Gráfico 10	Evolução de proporção de partos cesáreos, por ano. Brasil 1992 a 2004	56
Gráfico 11	Número de AIHs da rede federal e estadual por ano de competência segundo natureza. Brasil, 1992-2002	62
Gráfico 12	Distribuição percentual do número de AIHs segundo a natureza do hospital. Brasil, 1994-2004	64
Gráfico 13	Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 2003	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa de internação por 100 habitantes. Brasil, 2004	51
Figura 2	Proporção de partos cesáreos por UF. Brasil, 1997	53
Figura 3	Proporção (%) de internações sem diagnóstico. Brasil, jan/fev de 1998	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Valores em Reais, da Tabela de Procedimentos referentes a partos, no Programa de Humanização do Pré-natal e nascimentos. Brasil, 2000	38
Quadro 2	Hospitais universitários, natureza e período. Estado do Rio de Janeiro, jan. 1992 a jul. 2003	59
Quadro 3	Hospitais universitários, natureza e período. Estado do Rio Grande do Sul, jan.1992 a jul. 2003	60
Quadro 4	Hospitais universitários, natureza e período	60
Quadro 5	Equivalência entre os códigos da FCH e da FCES	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Número de AIHs pagas por natureza, Segundo ano de competência. Brasil, 1981-1992	21
Tabela 02	Número de AIHs pagas e valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competências. Brasil, 1989	22
Tabela 03	Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1987	23
Tabela 04	Número de AIHs por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1990	26
Tabela 05	Valor médio da AIH por competência segundo natureza do hospital. Brasil, 1990 a 1992 e 1999 a 2001	30
Tabela 06	Número, valor total e valor médio de partos, por classificação como Amigo da Criança e como Gestante de Alto Risco, segundo ano. Brasil, 1995 a 2004	35
Tabela 07	Número de internações e taxa de internações por 100 habitantes, por ano segundo região (por local de internação). Brasil, 1990 a 2004	48
Tabela 08	Número de internações e taxa de internações por 100 habitantes, por ano segundo região (por local de internação). Brasil, 1995 a 2004	50
Tabela 09	Proporção (%) da população assistida por planos privados de saúde por região segundo ano. Brasil 2000-2003	51
Tabela 10	Quantidade e valor médio dos partos, por tipo, proporção de partos cesáreos e razão entre os valores médios, segundo ano. Brasil, 1992 a 2004	53
Tabela 11	Proporção de partos cesáreos por ano, segundo região e UF. Brasil, 1997, 2000 e 2004	54
Tabela 12	Número de hospitais por ano Segundo a proporção de partos cesáreos. Brasil, 1997 e 2004	55
Tabela 13	Número de AIHs pagas na rede federal e estadual por natureza segundo ano e mês de competência. Brasil, 1992-2002	62
Tabela 14	Proporção (%) de AIHs pagas por ano, segundo natureza. Brasil, 1992 a 2004	65
Tabela 15	Número total de AIHs, de AIH com diagnóstico não preenchido ou não classificado ou percentual sobre o total, segundo o ano. Brasil, 1992-1997	69
Tabela 16	Número de AIH por mês de competência, segundo capítulo do	

	diagnóstico principal. Brasil, 1998	72
Tabela 17	Número total de AIH, de AIH sem diagnóstico e percentual sobre o total segundo UF. Brasil, jan/fev de 1998	73
Tabela 18	Número de AIH por capítulo do diagnóstico principal segundo diagnóstico secundário. Brasil, 2002 e 2004	77
Tabela 19	Número de AIH de partos cesáreos por ano, segundo diagnóstico primário. Brasil, 2001, 2003 e 2004	81
Tabela 20	Número de AIH por ano, segundo agravos de notificação compulsória e procedimentos selecionados. Brasil, 2000 a 2004	85
Tabela 21	Número de AIH com diagnóstico de verrugas anogenitais por ano, segundo grupos de procedimentos. Brasil, 2001, 2003 e 2004	86
Tabela 22	Número de AIH por meningoencefalite a vírus (pediatria) por ano, segundo diagnóstico principal. Brasil, 2001, 2003 e 2004	87
Tabela 23	Número de AIH por enterro-infecções por ano, segundo diagnóstico principal. Brasil, 2001, 2003 e 2004	87
Tabela 24	Número de AIH por diabetes mellitus (E10-E14) por ano, segundo procedimento realizado. Brasil, 2001, 2003 e 2004	90
Tabela 25	Número de AIH de tratamento cirúrgico dos membros inferiores, segundo diagnóstico primário. Brasil, 2001, 2003 e 2004	91
Tabela 26	Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 2003	99

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMS	Pesquisa Assistência Médico-Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
BDAIH	Banco de Dados da AIH
BSP	Boletim de Serviços Produzidos
CBDD	Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Classificação internacional de Doenças em Português, também conhecido como Centro Brasileiro de Classificação de Doença
CGC	Cadastro Geral de Contribuintes
CES	Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
CH	Arquivo de Cadastro de Hospitais
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças
CID-9	Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS	Certificado acional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNCPHAC	Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CONFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP	Conselho Nacional de Administração de da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, anteriormente Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS, anteriormente Departamento de Informática do SUS
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCES	Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
FCH	Ficha de Cadastramento Hospitalar
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde; também foi utilizado como sigla da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalho Rural
GIH	Guia de Internação Hospitalar
GM	Gabinete do Ministro
GTISP	Grupo de Trabalho em Informação em Saúde, anteriormente Grupo de Trabalho em Informação em Saúde e População
IAPI	Incentivo à Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de apoio Diagnóstico à População Indígena
IAV-EM	Índice Adicional de Valorização e Capacitação Extramural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos em Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INTEGRAUSS	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

IRPJ	Imposto de Renda da Pessoa Jurídica
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
IVH-E	Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério de Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social, posteriormente Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MS-BBS	Bulletin Boarding System do Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIS/PASEP	Programa de Integração Social/Programa de Formação do patrimônio do Servidor Público
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
RD	Arquivos reduzidos de AIH
RENPAAC	Rede nacional de Pacotes
RIPSA	Rede Intergerencial de Informações para a Saúde
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde, anteriormente Secretaria de Assistência à Saúde
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SH	Arquivos de SIPAC dos Hospitais
SH	Serviços Hospitalares
SAI/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificações
SINASC	Sistema de informações sobre Nascidos Vivos
SINTESE	Sistema integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas da Previdência Social
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNCPCCH	Sistema Nacional de controle e pagamento de Contas Hospitalares
SP	Serviços Profissionais
SUCES	Sistema Unificado de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UF	Unidade da Federação
UTI	Unidade de Tratamento intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo geral	10
2.2	Objetivos específicos	10
3	METODOLOGIA	11
3.1	Descrição geral do estudo	11
3.2	Fontes documentais	12
3.3	Estratégias de análise	13
3.4	Fontes de dados e informações	14
4	O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES NO CONTEXTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – O SAMHPS	16
4.1	A criação do SAMHPS	16
4.2	Os hospitais filantrópicos	19
4.3	A expansão do SIH/SUS para a rede de ensino	22
5	O SIH/SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE	24
5.1	Do SAMHPS ao SIH/SUS	24
5.2	Os incentivos	27
5.2.1	<u>Os hospitais universitários de ensino e os de pesquisa – FIDESP</u>	27
5.2.2	<u>O Índice de Valorização Hospitalar de Emergência e o Sistema de Referência de Urgência/Emergências</u>	31
5.2.3	<u>Os procedimentos incentivados</u>	34
5.2.3.1	Os hospitais Amigos da Criança	34
5.2.3.2	O atendimento à gestante de alto risco	36
5.2.3.3	O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	37
5.2.4	<u>A Câmara de compensação de Alta Complexidade e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação</u>	39

5.2.5	<u>Outros incentivos</u>	42
5.2.5.1	INTEGRAUSS	43
5.2.5.2	Incentivo à Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena	45
5.2.6	<u>Mais algumas considerações sobre os incentivos</u>	45
5.3	As restrições	47
5.3.1	<u>Os tetos físicos e financeiros</u>	47
5.3.2	<u>A limitação de cesarianas</u>	52
5.4	Algumas considerações sobre a natureza dos prestadores	58
5.4.1	<u>Os hospitais universitários públicos e privados</u>	58
5.4.2	<u>A desvinculação d pagamento pela produção de serviços nos hospitais públicos</u>	61
5.4.3	<u>O SIH/SUS e a retenção de tributos</u>	63
5.4.4	<u>Os hospitais com mais de uma identificação</u>	65
5.6	As causas externas e a CID-10	74
5.7	A tabela de compatibilidade entre o procedimento realizado e o diagnóstico principal	78
5.7.1	<u>Partos cesarianos</u>	80
5.7.2	<u>Algumas doenças de notificação compulsória</u>	84
5.7.3	<u>Diabetes mellitus</u>	88
5.7.4	<u>Os resultados da implantação da Tabela de Compatibilidade</u>	91
5.8	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	93
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	100
	REFERÊNCIAS	104
	LIVROS E ARTIGOS	104
	LEGISLAÇÃO CONSULTADA	108
	GLOSSÁRIO	116

INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 1990, um crescente número de estudos e pesquisas tem utilizado os sistemas nacionais de informações de saúde com o objetivo de descrevê-los, analisá-los e extrair indicadores para a avaliação das condições de saúde, planejamento de ações, para controle social e administrativo, auditoria dos prestadores e gestores etc., assim como para avaliar a própria qualidade e fidedignidade das informações.

Até então, tais estudos normalmente limitavam-se ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por diversas razões: tradição epidemiológica, mais antigo sistema de informações de saúde no país, universalidade, abrangência nacional, obrigatoriedade do registro, mesmo com suas deficiências: cobertura insuficiente e heterogênea, alta proporção de óbitos por causas mal definidas, centralização dos dados, pouca agilidade na coleta dos dados, demora na divulgação etc.

Moraes (1994) apresenta um levantamento da situação dos sistemas de informações de saúde existentes, realizado em 1989¹, destacando a sua fragmentação, mas ao mesmo tempo apontando para a riqueza de informações existentes, insuficientemente exploradas. Neste levantamento, poucos eram os sistemas de informações em saúde de abrangência nacional, a maior parte eram sistemas estaduais ou municipais.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o conseqüente processo de migração da assistência à saúde do Ministério da Previdência Social (MPAS) para o âmbito do Ministério da Saúde (MS), durante os anos de 1990 e 1991, são incorporados a este, também, os sistemas de informação referentes a esta atividade, principalmente o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) – também conhecido como pelo seu principal documento, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Neste processo, o SAMHPS é transformado em Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), tendo a AIH como instrumento para toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada lucrativa.

¹ MORAES, I. H. S. **Sistemas de informações em saúde: reflexões sobre sua prática fragmentada**. 1991. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

É criado o Departamento de Informática do SUS (Datusus), dentro da estrutura da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), incorporando os recursos materiais, tecnológicos e humanos transferidos da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e do Centro de Informações de Saúde do Ministério da Saúde.

As informações dos sistemas operados pela Dataprev, principalmente do SAMHPS e de seu antecessor, o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), eram disseminadas de uma maneira bastante restrita. Basicamente, eram disponibilizadas informações agregadas, através do Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas (SINTESE), como apresentado por Levin e Santos (1985).

Em parte por restrições tecnológicas, em parte pela política centralizadora da Previdência Social, o acesso ao SINTESE era feito através de equipamentos diretamente conectados aos computadores centrais da Dataprev, o que limitava o seu poder de disseminação. Com a criação de módulos para acesso pela Rede Nacional de Telex e pela Rede Nacional de Pacotes (RENPA), houve uma melhora nesta questão.

Além das informações do SNCPCH e do SAMHPS, o SINTESE armazenava as informações do Boletim de Serviços Produzidos (BSP), que contabilizava todas as ações assistenciais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com a passagem do INAMPS e de parte da Dataprev para o SUS, foram incorporadas ao SINTESE outras informações de interesse para a saúde, como as oriundas do SIM, da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Programa Nacional de Imunizações (PNI)².

Mesmo com estas restrições, alguns importantes estudos foram feitos, analisando a assistência hospitalar no Brasil. Possas et al. (1988) analisa as informações sobre intoxicações e envenenamentos acidentais, através do SINTESE, do SIM (MS), das Estatísticas de Doenças Profissionais e Acidentes de Trabalho do Instituto Nacional de

² Com a disseminação da Internet, todas estas informações migraram para o sítio do Datusus, utilizando o *software* TabNet. A partir de 1995, o SINTESE deixou de ser utilizado pela área de saúde.

Previdência Social (INPS) e das Estatísticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Conclusão paradoxal é que embora o sistema da Fiocruz devesse registrar todos os casos e o SAMHPS apenas os que levaram à internação de segurados da Previdência Social em hospitais contratados, este último registra mais casos que o primeiro, indicando as possibilidades do uso epidemiológico das informações dos sistemas de pagamento das contas hospitalares.

Também utilizando as informações do SINTESE e da AMS, Buss (1993) analisa a assistência hospitalar no Brasil, no período de 1984 a 1991, por volume de internações, brutos e per capita, e pelos gastos, total, por internação e por dia, segundo as regiões do Brasil, por grupos de causas.

Levcovitz e Pereira (1993) também analisam as informações do SAMHPS e SIH/SUS, no período de 1983 a 1991, além de discutir a sua criação, funcionamento, mecanismos de remuneração, méritos e deméritos. A análise dos dados é bem mais detalhada que nos estudos anteriores citados, tendo sido utilizado um conjunto de processamentos especiais para acesso aos mesmos. Os autores destacam as limitações de acesso às informações e que:

(...) 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 (LEVCOVITZ, PEREIRA, 1993, p. 50).

Em 1992, durante o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, é realizada a oficina “Utilização de Grandes Bancos de Dados Nacionais” (Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1994, p. 285-290), reunindo produtores/gerenciadores de bancos de dados, pesquisadores e gestores de saúde. Nesta oficina, são discutidas questões como a padronização e compatibilização dos bancos de dados nacionais, acesso aos sistemas de informações, disponibilidade dos dados, integração dos sistemas de informação e espacialização dos dados, em nível municipal, estadual e federal. Dentre as recomendações da oficina, destacam-se as propostas de criação de um Comitê Técnico de Informações em Saúde, na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), posteriormente concretizado no Grupo Técnico em Informações em Saúde (GTISP), de um

Diretório de Bases de Dados de Interesse da Saúde, de um Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde, unificando os esforços do IBGE e do Ministério da Saúde, de descentralização dos sistemas, de capacitação no uso das bases de dados existentes, de padronização das estimativas populacionais etc. Pode-se ver que vários dos temas e propostas mantêm a atualidade, não tendo ainda atingido um nível satisfatório de solução.

Baldijão (1992) apresenta um novo panorama dos sistemas de informação em saúde de então. São abordadas as informações gerenciadas pelo IBGE, pelo INAMPS e pelo Ministério da Saúde, com um breve histórico dos sistemas e do contexto do surgimento dos sistemas de informações.

Em 1993, a Fundação Nacional de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz editam o Diretório de Bases de Dados de Interesse da Saúde (BRASIL, 1993), com uma segunda edição em 1997 (BRASIL, 1997), descrevendo a entidade produtora, as características (descrição sumária, origem/fonte das informações, período de abrangência, área geográfica de abrangência, frequência de atualização e principais variáveis/informações) e a forma de acesso às informações (tipo de acesso, meios de acesso, meios de saída da informação, forma de cobrança e entidade disseminadora). Esta publicação torna-se importante na divulgação de um conjunto de fontes de informação que até então eram pouco conhecidas e estudadas pela área de saúde, tais como bases de dados relacionadas com a força de trabalho, com serviços e áreas sociais e mesmo a própria assistência à saúde.

Em 29 de janeiro de 1993, é editada a Portaria MS/GM nº 118, que torna públicos os dados do SIH/SUS, respeitando, no entanto, a questão da privacidade dos pacientes. Até então, a divulgação de tais dados era restrita, podendo estar sujeita aos interesses do gestor. Tal portaria é um importante marco, pois estabelece um padrão de disseminação e acesso às informações de saúde. A partir de então, é iniciado o processo de disponibilização dos microdados do SIH/SUS, detalhados para cada internação, inicialmente através de CD-ROM e do *Bulletin Boarding System* do Ministério da Saúde (MS-BBS)³ e posteriormente através da Internet.

³ Antes da implantação da Internet no Brasil e, principalmente, de sua popularização, os *Bulletin Boarding System* se constituíam em importante ferramenta de troca de arquivos e informações, através da conexão via linha telefônica entre o microcomputador do usuário e microcomputadores servidores de arquivos. O

Veras e Martins (1994) analisam em profundidade a confiabilidade dos dados do SIH/SUS, em pesquisa realizada sobre os dados de internações hospitalares em 1986⁴, no Rio de Janeiro. Segundo as autoras:

No geral, considera-se que os resultados obtidos por este estudo indicam que a qualidade das informações disponíveis no banco de dados constituído pelos dados anotados nos formulários AIH era, de alguma forma, melhor do que a qualidade corriqueiramente imputada a esse banco de dados. Entretanto, problemas sérios de qualidade existem que inviabilizam o uso de algumas variáveis e restringem o uso de outras, indicando a necessidade de implementação de medidas dirigidas para o seu aprimoramento (...) (VERAS, MARTINS, 1994, p. 353).

Com esse estudo, quebra-se o estigma existente sobre os sistemas de informações de saúde de base administrativa: estes sistemas eram vistos como não tendo valor para estudos científicos, principalmente epidemiológicos, por estarem estruturados segundo “uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora, elegendo como evento básico de interesse (...) o procedimento médico” (MORAES, 1994, p.60); assim, tais sistemas serviriam apenas para remuneração dos serviços prestados, resultando em fortes vieses e mesmo distorções.

Mais tarde, outro estudo neste sentido é realizado por Mathias e Soboll (1998), analisando as internações hospitalares no município de Maringá, no Paraná, em 1992 e concluindo:

Embora tenha havido discordâncias entre os códigos dos diagnósticos evidenciou-se, através do presente estudo, a possibilidade de utilização do banco de dados SIH-SUS, para o município de Maringá, com certo grau de confiabilidade para análise da morbidade hospitalar segundo grupos de diagnósticos, lembrando que segundo os agrupamentos poderá haver maior variabilidade. (MATHIAS, SOBOLL, 1998, p. 532).

Datasus implantou tal tecnologia em torno de 1993, com o nome de MS-BBS. Mais tarde, este serviço foi incorporado aos serviços disponibilizados pelo Datasus através da Internet, mantendo a denominação de MS-BBS; o serviço continuou sendo utilizado para conexão direta entre os municípios, estados e o Ministério da Saúde para troca de arquivos.

⁴ VERAS, C.M.T. **Equity in the use of Private Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986.** 1992. Tese (Doutorado) – School of Economics and Political Science, Departamento de Administração Pública, Londres, 1992.

Carvalho (1997a e 1997b), faz uma ampla descrição dos sistemas nacionais de informações de saúde, discutindo suas possibilidades de uso na alocação de recursos; nesta época, os sistemas nacionais de informações de saúde já estavam bastante mais desenvolvidos e disseminados. A autora destaca que:

A evolução da informática imprimiu também uma grande facilidade ao uso e tratamento das informações aportadas pelo sistema. A partir de 1995, novos instrumentos de tabulação para a análise dos dados foram desenvolvidos e vêm sendo aperfeiçoados pelo Datasus. Destacam-se aí os programas TAB (para DOS) e TABWIN (para Windows) (...) (CARVALHO, 1997b, p. 34).

Compare-se este destaque com o dado por Levcovitz e Pereira (1993), apenas quatro anos antes, o que demonstra a grande evolução ocorrida com a disseminação das informações e a democratização do acesso às mesmas.

Mota e Carvalho (2003) também descrevem os sistemas nacionais de informações de saúde, dentro de uma perspectiva de seu uso em epidemiologia.

Ainda na área de epidemiologia, destacam-se os estudos publicados pelo Ministério da Saúde no Informe Epidemiológico do SUS, Volume 9, nº 2 (MENDES et al., 2000a, LYRA et al., 2000, MENDES et al., 2000b, MENDES et al., 2000c, SILVA JUNIOR et al., 2000), explorando a potencialidade de uso do SIH/SUS na vigilância epidemiológica e monitoramento de doenças de notificação compulsória, de imunopreveníveis, de veiculação hídrica, de transmissão vetorial e das transmitidas entre pessoas. Observou-se em geral coerência entre os dados dos sistemas de notificação e do SIH/SUS, com sub ou supernotificação para algumas doenças, devido a reinternações ou imprecisão da informação gerada (principalmente para febre amarela e hepatites). Mesmo assim, é recomendada a sua utilização como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças, destacando-se a sua agilidade na captação de dados e boa capacidade para monitoramento das patologias.

Vários outros estudos abordando ou utilizando o SIH/SUS têm sido realizados, em forma de artigos, teses, doutorados etc., conforme pode ser visto nos anais dos congressos de Saúde Pública e de Epidemiologia, nos bancos de teses de instituições de ensino e pesquisa, em pesquisas nos currículos Lattes ou mesmo diretamente nos mecanismos de

busca da Internet. Alguns destes estudos trabalham com os dados agregados, outros com os dados individualizados; alguns fazem a *linkage* com outras bases de dados, principalmente com as do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e com as do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Importante contribuição para a disseminação de informações de saúde foi a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) instituiu em 1995 a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, com o objetivo de:

(...) apoiar esforços dos países membros em reunir dados e informações para caracterizar a situação de saúde do continente, bem como tornar esses dados disponíveis ao público em geral. Sua concepção baseia-se na seleção de um conjunto de indicadores, agrupados por categorias, que permite traçar um panorama geral da situação de saúde na região. (RIPSA, 2002, p. 13).

Este projeto vem ao encontro das necessidades do Ministério da Saúde. Importante etapa no processo de disseminação de informações já havia sido cumprida: grande parte dos dados e informações de saúde haviam se tornado públicos, com amplo acesso por parte dos gestores, sociedade civil e comunidade acadêmica, mesmo considerando a sua pouca utilização, principalmente pelos gestores, para tomada de decisão, como relata Moraes (1994).

Em consonância com esta Iniciativa, o Ministério da Saúde e a Representação da OPAS no Brasil elaboraram uma estratégia de colaboração, ainda em 1995, com o estabelecimento de ação interinstitucional capaz de potencializar os recursos disponíveis e de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização do sistema nacional de informações em saúde, preconizado na Lei Orgânica de Saúde (RIPSA, 2002).

Foi criada, então, a RIPSA, constituída como um grupo de trabalho com representação dos principais órgãos do Ministério da Saúde, da OPAS e outras instituições fundamentais para a política de informações de saúde no país, como o IBGE, o Ministério da Previdência Social, a Abrasco, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e instituições acadêmicas (RIPSA, 2002).

Um dos primeiros e principais trabalhos da RIPSAs foi a elaboração de uma Matriz de Indicadores Básicos, conceituando-os e definindo a fórmula de cálculo, sua categorização e suas fontes. A partir desta matriz, são construídos, anualmente, os Indicadores e Dados Básicos em Saúde (IDB). Para cada indicador, é elaborada uma Ficha de Qualificação, com os seguintes tópicos: conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes, método de cálculo, categorias sugeridas para análise e dados estatísticos e comentários. Estas fichas são disseminadas juntamente com os indicadores pela Internet⁵.

Em 2002, tais fichas são consolidadas na publicação “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações” (RIPSAs, 2002), também disponível no mesmo endereço da Internet e que tem sido amplamente utilizada, estabelecendo um padrão para a elaboração, disseminação e análise de indicadores de situação de saúde.

Os seguintes indicadores constantes do IDB têm como fonte o SIH/SUS:

- no grupo de morbidade e fatores de risco: proporção de internações (SUS) por grupos de causas e proporção de internações (SUS) por causas externas;
- no grupo de recursos: número de leitos hospitalares por habitante (SUS) e gasto médio (SUS) por internação hospitalar; e
- no grupo de cobertura: número de internações hospitalares (SUS) por habitante, proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade e proporção de partos cesáreos (SUS).

Em suma, é cada vez mais freqüente o uso das informações provenientes desse sistema, gerando diversos indicadores, tanto para análise de situação de saúde da população como para análise do desempenho do próprio Sistema Único de Saúde.

No entanto, o SIH/SUS, tanto em sua operação como no conteúdo de sua base de dados, é, desde sua concepção, fortemente influenciado pelas políticas públicas na área de atenção à saúde, como as definidas pelas Normas Operacionais e os incentivos ou restrições a determinadas práticas. Também alterações operacionais introduzem descontinuidades e

⁵ Disponível em <http://www.datasus.gov.br/idb>; acesso em 01 out. 2005.

vieses nas informações, que nem sempre estão devidamente explicitadas, provocando eventuais imprecisões ou mesmo distorções nos resultados da extração de dados do sistema.

Isto pode ser observado em várias situações: no momento em que há uma política que universaliza a imunização contra o sarampo, é de se esperar que haja uma diminuição significativa de internações por este diagnóstico, pela redução da incidência desta doença. Já uma política de desospitalização de doentes mentais deve levar também à diminuição de internações, porém sem ter havido redução de incidência ou prevalência de doenças mentais. Questões de ordem operacional têm influência: mudanças de classificação das informações coletadas são feitas no sentido de melhor descrever os fenômenos observados, mas, ao mesmo tempo, podem levar à falsa conclusão que tenha ocorrido uma alteração no perfil dos mesmos, como é o caso da reclassificação dos estabelecimentos hospitalares por natureza, ocorrida com a implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para que se possa avaliar o resultado de políticas, a situação da assistência à saúde ou as condições de saúde de uma população, é necessário, portanto, que se tenha uma visão clara e objetiva de quais informações são disponíveis, a sua evolução e como utilizá-las, considerando devidamente as influências exógenas e endógenas do sistema.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral descrever e analisar como as políticas de saúde do SUS influenciam e se refletem nas informações e indicadores gerados a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

2.2. Objetivos específicos

- a. Descrever a origem e estruturação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), em 1982, a sua expansão, ocorrida ainda na década de 1980, e sua transformação em SIH/SUS, em 1990, com seus principais marcos legais.
- b. Descrever as principais mudanças do SIH/SUS, ocorridas desde a implantação do SUS, em 1990, até 2004, decorrentes tanto de alterações de políticas de saúde como modificações operacionais.
- c. Analisar as séries históricas dos indicadores, tendo como referência as mudanças operacionais e de políticas de saúde, no período de 1982 a 2004.
- d. Sugerir um método de análise e interpretação das informações do SIH/SUS que leve em conta as limitações existentes e as variações ocorridas em consequência das mudanças operacionais e de políticas de saúde.

3.1. Descrição geral do estudo

O estudo está estruturado de acordo com o contexto do Sistema de Informações Hospitalares: como componente da Previdência Social (item 4) e como componente do Sistema Único de Saúde (item 5).

Como componente da Previdência Social, é estudada a criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social, as suas origens e seus eixos estruturantes, assim como a sua expansão para a rede filantrópica e de ensino, com a ampliação de sua cobertura.

Já no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é estudada a incorporação do SAMHPS ao SUS, levando à criação do SIH/SUS, com a expansão para a rede pública e a sua universalização.

A influência das políticas de saúde é analisada a partir da implantação de incentivos e restrições que afetam a assistência hospitalar e seu reflexo nas informações do SIH/SUS.

Dos incentivos, são destacados, pelos seus reflexos no SIH/SUS, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), o Sistema de Referência de Urgência/Emergência, o programa de Hospitais Amigos da Criança, o atendimento à gestante de alto risco, o programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Como restrições, são vistas a implantação dos tetos físicos e financeiros e a limitação de cesarianas.

A forma de categorização e a identificação dos prestadores são também examinadas, tendo em vista a sua importância na análise e determinação de políticas de saúde, chegando à implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o que isto provocou no SIH/SUS.

Outro aspecto que é analisado é a forma de apropriação das informações do diagnóstico que levou à internação: a adoção da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o caso específico das causas externas e a implantação da Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal.

No item 6, são apresentadas as considerações finais e recomendações.

3.2. Fontes documentais

Para o estudo dos sistemas SAMHPS e SIH/SUS, foi feita uma revisão bibliográfica referente à origem e estruturação de ambos os sistemas, com seus principais marcos legais.

Para identificar as mudanças políticas e operacionais do SUS, da regulamentação da assistência hospitalar e do SIH/SUS, foi pesquisada sua legislação – Leis, Decretos, Normas Operacionais, Portarias, Instruções e Manuais. As principais fontes para tal foram:

- a publicação “Legislação do SUS”, editada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2003), também disponível em http://www.conass.com.br/admin/arquivos/legislacao_sus.pdf; acesso em 18 nov. 2005;
- o sítio do Departamento Nacional de Auditoria, no tópico referente à legislação, disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>; acesso em 18 nov. 2005;
- o sítio da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, no tópico referente a portarias, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/>; acesso em 18 nov. 2005;
- o portal do Ministério da Saúde, no tópico referente a portarias técnicas, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/>; acesso em 18 nov. 2005; e
- o Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Manual do SIH SUS DEZ04.zip](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Manual_do_SIH_SUS_DEZ04.zip); acesso em 01 de out. 2005.

3.3. Estratégias de análise

O relacionamento entre as informações e as políticas é analisado identificando a implantação destas políticas e verificando o efeito sobre os indicadores da assistência hospitalar obtidos do SIH/SUS.

Eventualmente, ocorreu a situação inversa: identificada uma descontinuidade ou mudança no padrão de indicadores, procurou-se relacionar tal fenômeno ao resultado da implantação de alguma política em particular ou mudança operacional.

Os indicadores utilizados para o estudo foram selecionados dentre os seguintes, de acordo com o fenômeno sendo analisado:

- a. os construídos a partir da especificação indicada pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2002): proporção de internações por grupos de causas e por causas externas, gasto (ou valor) médio da internação hospitalar, número de internações hospitalares por habitante, proporção de partos cesáreos;
- b. quantidade e valor das internações; e
- c. outros indicadores identificados como necessários.

Para melhor analisar as informações de interesse, estes indicadores foram categorizados por local de internação (hospital, município, estado, região e Brasil), local de residência (município, estado e região), procedimento realizado, diagnóstico principal e secundário, caráter da internação, natureza do estabelecimento ou outro critério disponível nas bases de dados.

Em alguns casos, a análise foi realizada através da comparação entre os indicadores segundo categorias, como no caso da relação entre o valor médio dos partos cesáreos e o valor médio dos partos normais.

Como se procurou analisar mudanças no comportamento dos indicadores no período em estudo (1982 a 2004), foram estudadas as séries históricas destes indicadores, gerando-se tabelas, gráficos e mapas, utilizando-se os *softwares* TabWin (programa tabulador de

informações, distribuído pelo Datasus, disponível em <http://www.datasus.gov.br/tabwin/tabwin.htm>; acesso em 18 nov. 2005) e Microsoft Excel. Para tratamento das bases de dados, foi necessário usar em alguns casos programas que manipulam arquivos no formato DBF, como o Fox, também da Microsoft.

3.4. Fontes de dados e informações

Os dados e informações necessários para construção dos indicadores foram obtidos em:

- tabulações efetuadas nas páginas de Informações de Saúde do sítio do Datasus, disponível em <http://www.datasus.gov.br>; acesso em 18 nov. 2005:
 - Internações por especialidade e local de internação – desde 1981;
 - Procedimentos hospitalares por local de internação – desde 1992;
 - Procedimentos hospitalares por local de residência – desde 1995;
 - Morbidade hospitalar por local de internação – desde 1984;
 - Morbidade hospitalar por local de residência – desde 1995;
 - Morbidade hospitalar por Causas Externas por local de internação – desde 1998; e
 - Morbidade hospitalar por Causas Externas por local de residência – desde 1998.
- tabulações efetuadas pelo *software* TabWin sobre os arquivos Reduzidos de AIH (RD), distribuídos pelo Datasus em CD-ROM (Brasil, 2004) ou acessíveis pela Internet, através do MS-BBS, disponível em http://www.datasus.gov.br/bbs/bbs_down.htm ou <http://msbbs.datasus.gov.br>; acesso em 18 nov. 2005. Estes arquivos, detalhados por internação, somente estão disponíveis a partir de 1992. As informações de residência do paciente estão disponíveis apenas a partir de 1995. O conteúdo destes arquivos pode ser obtido no arquivo de ajuda (em formato *Help para Windows*) RD.HLP, contido no arquivo compactado RDTAB.ZIP, disponível em <http://www.datasus.gov.br/tabwin/rdtab.zip>; acesso em 18 nov. 2005.
- para pesquisas pontuais à base de dados do SIH/SUS, foram consultados:
 - o Banco de Dados da AIH (BDAIH), que apresenta informações a partir de 1989, disponível em <http://bdaih.datasus.gov.br/scripts/menu.asp>; acesso em 18 nov. 2005;

- os arquivos Reduzidos de AIH (RD), citados acima;
- os arquivos de Cadastro de Hospitais (CH) e os arquivos dos Sistemas Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) de Hospitais (SH) também distribuídos pelo Datasus em CD-ROM ou acessíveis pela Internet, através do MS-BBS; e
- as páginas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível em <http://www.datasus.gov.br/cnes>, acesso em 01 nov. 2005.

Os dados foram tratados segundo o período (mês e ano) de competência.

Os conceitos dos atributos das AIH e dos estabelecimentos de saúde utilizados neste trabalho podem ser encontrados no Glossário.

Para valores monetários (absolutos e médias) anteriores à implantação do Real (julho/1994), os dados foram convertidos para dólar americano, para atenuar o efeito dos índices inflacionários e troca de padrões monetários do período. Foi utilizada a taxa de câmbio do dólar comercial de compra do último dia do mês posterior ao da competência dos dados, critério compatível com o disponível nos CD-ROM e no MS-BBS. O valor da taxa de câmbio utilizado foi o obtido no sítio no do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), área IPEADATA⁶ – Dados macroeconômicos e regionais, série “Taxa de câmbio – R\$ / US\$ – comercial – compra – fim período”.

⁶ Disponível em <http://www.ipeadata.gov.br>; acesso em 18 mai. 2005.

4. O Sistema de Informações Hospitalares no contexto da Previdência Social – o SAMHPS

4.1. A criação do SAMHPS

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) tem sua origem no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), implantado a partir de 1981 com o objetivo de efetuar o pagamento das contas dos hospitais conveniados com a Previdência Social no atendimento aos segurados.

Até então, tal pagamento era efetuado através do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e operado pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

O SNCPCH, implantado em 1976, padronizou os instrumentos de coleta de dados, racionalizando e agilizando a revisão das contas hospitalares. Ao coletar o diagnóstico do agravo à saúde, codificado pela Classificação Internacional de Doenças (CID), criou-se, pela primeira vez, a base de um sistema de coleta padronizado no âmbito nacional sobre morbidade hospitalar, ainda que restrita à rede contratada pelo INAMPS (BALDIJÃO, 1992).

Como apresentam Levcovitz e Pereira (1993), este sistema ressarcia as despesas apresentadas pelo hospital segundo parâmetros estabelecidos em gabaritos para cada ato realizado. O que excedia ao gabarito era glosado, com direito à justificativa por parte do hospital e revisão pelo INAMPS. Os autores destacam os seguintes problemas e desvantagens do SNCPCH, também conhecido pelo seu documento principal, a Guia de Internação Hospitalar (GIH):

- (...) 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 no 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 os valores excedentes ao gabarito (LEVCOVITZ, PEREIRA, 1993, p. 5).

Segundo Gentile de Mello⁷, apud Levcovitz e Pereira (1993), auditoria realizada em 1981 detectou fraudes em 90% das contas auditadas: pacientes inexistentes, falsificação de diagnósticos, complicações inexistentes, excessiva cobrança de diárias, cobrança de exames e medicamentos não realizados ou utilizados, reapresentação de uma mesma conta, internações e exames desnecessários, cobrança irregular de taxas de utilização de CTI e Centro Cirúrgico e, finalmente, cobrança indevida de honorários.

Ainda de acordo com Levcovitz e Pereira (1993), foi instituída uma comissão, formada por representantes dos órgãos previdenciários, de associações médicas e de hospitais pelo projeto de um novo sistema, que superasse os problemas apresentados e redirecionasse a forma de pagamento dos serviços prestados. A versão final do projeto do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) foi apresentada em outubro de 1980, sendo que suas principais características eram⁸:

- O processo de internação passava a ter o seguinte fluxo: a partir da consulta médica, era gerado um laudo médico; com este, o paciente obtinha no “órgão emissor” (normalmente uma agência do INAMPS) uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). De posse desta, o paciente escolhia então o hospital ou teria uma indicação para a internação. Para o caso de internações de emergência, a AIH seria obtida durante ou após a internação.
- O valor da conta era calculado em função do procedimento executado, na forma de um “pacote”, que incluía os atos (médicos, laboratoriais, terapêuticos, complementares etc.) padronizados para aquele procedimento; no cálculo deste valor, eram considerados os serviços hospitalares (SH), serviços profissionais (SP)

⁷ GENTILE DE MELLO, C. **A Medicina e a Realidade Brasileira**. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.

⁸ Além do trabalho de Levcovitz e Pereira (1993), foram utilizados ainda os depoimentos do dr. Ernani Bento Bandarra, presidente da Dataprev na época.

e serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT), além dos materiais. Este pacote foi calculado utilizando-se a série histórica de recursos (gastos, atos realizados, materiais, tempo de internação) utilizados no sistema anterior (SNCPCH).

- Estes valores eram rateados entre os prestadores (médicos, hospitais, laboratórios etc.) segundo os pontos atribuídos aos atos profissionais e de acordo com o seu vínculo com a unidade hospitalar.
- O valor dos pacotes era único para todo o Brasil. Para os hospitais especializados ou com tecnologia mais complexa, e de acordo com o seu desempenho, havia o Índice de Valorização Hospitalar (IVH), que os diferenciava, sendo aplicado sobre determinados itens da conta.
- Na ocorrência de procedimentos que não se enquadravam no pacote, tais procedimentos eram solicitados pelo hospital, sendo autorizados por um corpo de médicos auditores especialmente contratados para a sua fiscalização. Até agora tais procedimentos são chamados de “Campo Médico-Auditor”.

Em resumo, estes eram os eixos do SAMHPS: pré-autorização, pagamento por procedimento realizado, rateio, IVH e auditoria permanente. É importante destacar que, até julho de 1987, não havia diferenciação entre os tipos ou natureza (terminologia do SAMHPS e do SIH/SUS) dos prestadores, ou seja: o SAMHPS era claramente destinado ao pagamento das contas hospitalares dos estabelecimentos conveniados ou contratados, fossem estas unidades privadas (com ou sem fim lucrativo) ou filantrópicas⁹.

O SAMHPS foi implantado, experimentalmente, em Curitiba, Paraná, em agosto de 1981, como teste piloto, estendendo-se progressivamente a todo o estado. Diversas adaptações e acertos foram realizados para adequação do sistema às necessidades.

A partir de agosto de 1983, o sistema começa a se expandir para as demais unidades da federação. Tal expansão foi respaldada pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) de contenção das despesas com assistência médica. O

⁹ A descrição do mecanismo de remuneração do SAMHPS, preservada em grande parte no SIH/SUS, pode ser encontrada em Levcovitz e Pereira (1993, p. 28-36).

processo de migração é encerrado em junho de 1984, quando todos os hospitais recebem pelo SAMHPS, como pode ser visto no Gráfico 1 (página 20) e na Tabela 1 (página 21).

Com o tempo, modificações foram feitas no sistema, alterando a configuração inicial, tais como:

- mudança nos critérios de atribuição do valor do IVH, como será visto na incorporação dos hospitais filantrópicos e universitários à rede de atendimento (itens 4.2 e 4.3, adiante) e nos incentivos criados (item 5.2, adiante); critérios não ligados ao desempenho individual do hospital premiam aqueles menos capacitados e penalizam os de maior complexidade, distorcendo o objetivo do IVH;
- os diretores clínicos das unidades hospitalares foram habilitados a exercer a função originalmente exclusiva dos médicos auditores: autorizar os procedimentos especiais; com isso, a auditoria passa a ser feita *a posteriori*, com todos os inconvenientes e abertura a possibilidades de fraude; e
- a grande maioria das AIH passou a ser pós-emitida, retirando do paciente o seu direito de livre escolha do hospital, indutor da melhoria dos serviços dos estabelecimentos na concorrência pela clientela.

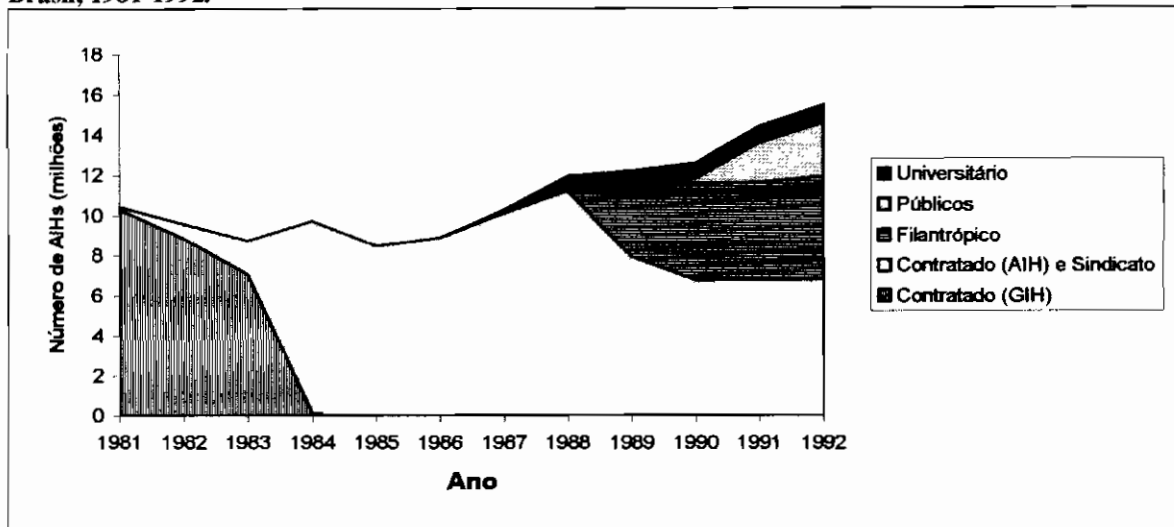
4.2. Os hospitais filantrópicos

Durante a gestão do Hésio Cordeiro (1985-1988) no INAMPS, são tomadas medidas que estenderam, na prática, a assistência médico-hospitalar financiada com recursos públicos, principalmente previdenciários, a toda a população brasileira (NORONHA, LEVCOVITZ, 1994):

- ocorre a equiparação urbano-rural, passando a assistência prestada pelo antigo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) a ser remunerada pelos sistemas hospitalar e ambulatorial da Previdência Social;
- na rede própria do INAMPS aboliu-se a exigência de comprovação de vínculo com a Previdência Social; e
- convênios com as entidades filantrópicas e beneficentes fizeram com que os atendimentos prestados a não-segurados da Previdência Social fossem remunerados também pelo sistema SAMHPS (a partir de abril de 1986).

Esta expansão pode explicar o aumento no número de AIH pagas entre 1986 e 1988, observado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Número de AIHs pagas por natureza, segundo ano de competência. Brasil, 1981-1992.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 1.

Em junho de 1986, inicia-se o processo de diferenciação do IVH para os hospitais filantrópicos, com valores mais altos (1,05 a 1,60) que o IVH dos demais hospitais contratados (1,00 a 1,20) (LEVCOVITZ, PEREIRA, 1993).

Os dados do SAMHPS e SIH/SUS disponibilizados pelo Datasus, no entanto, só diferenciam os hospitais contratados dos filantrópicos a partir de abril de 1989, o que impede verificar alguns dos efeitos da incorporação dos hospitais filantrópicos ao sistema, tais como o próprio aumento da cobertura ou a diferenciação do IVH.

Na Tabela 1, observa-se o efeito da reclassificação em 1989: há o surgimento de AIH pagas em hospitais filantrópicos e uma grande queda no número de AIH pagas em hospitais contratados, um fenômeno praticamente compensando o outro. Assim, não há aumento dos serviços produzidos (por aumento da rede), pois a expansão para a rede filantrópica já estava ocorrendo desde 1986.

No entanto, observa-se, no Gráfico 2, que os valores médios das AIH nas redes contratada e filantrópica são praticamente iguais em 1989, ou seja, a diferenciação do IVH ocorrida em 1986 para os hospitais filantrópicos já tinha pouco ou nenhum impacto.

Tabela 1 – Número de AIHs pagas por natureza, segundo ano de competência. Brasil, 1981-1992.

Ano/Sistema	Contratado	Filantropico	Sindicato	Próprio	Federal	Estadual	Municipal	Univers. Ensino	Univers. Pesquisa	Total
1981	10.471.238	-	-	-	-	-	-	-	-	10.471.238
- GIH	10.354.974	-	-	-	-	-	-	-	-	10.354.974
- AIH	116.264	-	-	-	-	-	-	-	-	116.264
1982	9.606.616	-	-	-	-	-	-	-	-	9.606.616
- GIH	8.877.586	-	-	-	-	-	-	-	-	8.877.586
- AIH	729.030	-	-	-	-	-	-	-	-	729.030
1983	8.758.796	-	-	-	-	-	-	-	-	8.758.796
- GIH	7.074.027	-	-	-	-	-	-	-	-	7.074.027
- AIH	1.684.769	-	-	-	-	-	-	-	-	1.684.769
1984	9.745.833	-	-	-	-	-	-	-	-	9.745.833
- GIH	129.046	-	-	-	-	-	-	-	-	129.046
- AIH	9.616.787	-	-	-	-	-	-	-	-	9.616.787
1985	8.482.190	-	-	-	-	-	-	-	-	8.482.190
1986	8.894.626	-	-	-	-	-	-	-	-	8.894.626
1987	10.103.883	-	-	-	-	-	-	171.923	-	10.275.806
1988	11.209.699	-	-	-	-	-	-	717.662	-	11.927.361
1989	7.959.314	3.553.864	-	-	-	2.090	-	678.365	-	12.193.633
1990	6.785.351	4.813.435	-	17.609	24.608	120.480	47.121	754.226	-	12.562.830
1991	6.822.857	4.804.430	-	142.406	145.595	1.073.167	602.936	322.058	498.361	14.411.810
1992	6.817.258	5.084.145	1.261	111.771	231.866	1.421.430	919.849	42.535	855.407	15.485.522

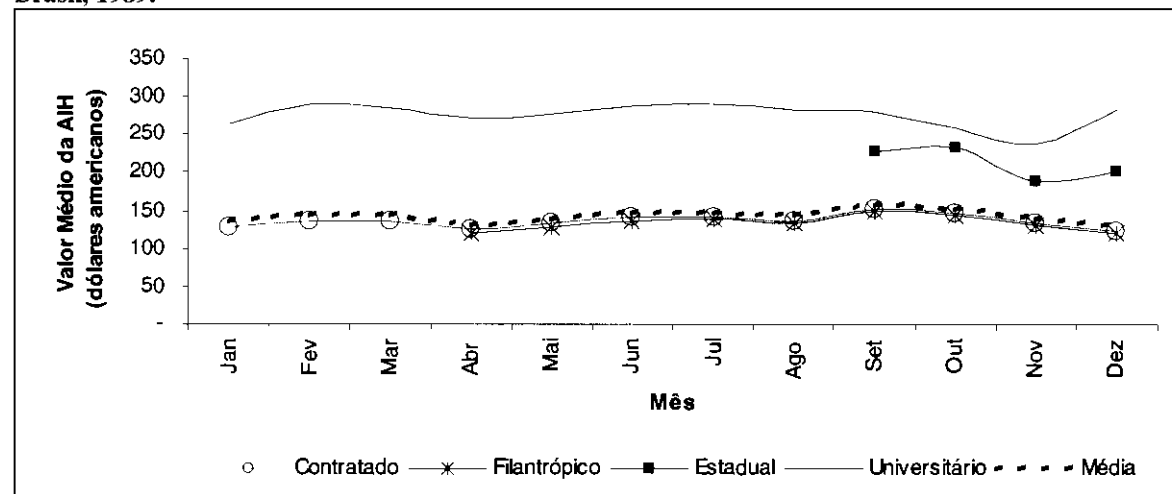
Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Tabela obtida em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>, acesso em 15 dez. 2004.
2. O SIH/SUS só passa a diferenciar os hospitais filantrópicos dos demais contratados a partir de abril de 1989.

Ainda em 1986, como relata Levcovitz e Pereira (1993), tem início o processo de acreditação dos hospitais para realizarem procedimentos de alta complexidade e custo, através de Sistemas Integrados de Cirurgia Cardiovascular, de Controle de Câncer, de Renal Crônico e Transplante e outros, referidos coletivamente como Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC). A inserção do hospital em algum SIPAC permitia auferir níveis mais elevados de IVH.

Gráfico 2 – Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1989.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 2.

Tabela 2 – Número de AIHs pagas e valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1989.

Mês	Contratado		Filantrópico		Estadual		Universitário		Total	
	AIH pagas	Valor médio AIH	AIH pagas	Valor médio AIH	AIH pagas	Valor médio AIH	AIH pagas	Valor médio AIH	AIH pagas	Valor médio AIH
Janeiro	963.057	128,7	-	-	-	-	57.946	264,8	1.021.003	136,4
Fevereiro	938.342	135,3	-	-	-	-	55.013	289,4	993.355	143,8
Março	992.075	134,8	-	-	-	-	57.248	285,5	1.049.323	143,0
Abril	572.625	125,1	388.715	121,2	-	-	54.069	272,8	1.015.409	131,5
Mai	585.871	134,3	396.580	127,8	-	-	53.517	275,6	1.035.968	139,1
Junho	577.807	141,0	409.546	135,2	-	-	54.601	286,2	1.041.954	146,3
Julho	563.838	140,9	397.090	137,5	-	-	53.522	290,2	1.014.450	147,5
Agosto	582.163	136,4	419.100	132,9	-	-	60.379	281,2	1.061.642	143,3
Setembro	555.690	151,4	383.176	148,6	340	228,0	54.542	278,8	993.748	157,3
Outubro	549.531	145,0	388.530	144,7	491	232,7	58.796	259,1	997.348	151,7
Novembro	539.168	134,2	385.874	131,5	653	188,9	62.232	237,4	987.927	139,7
Dezembro	539.147	123,4	385.253	119,2	606	200,8	56.500	282,9	981.506	131,0
Total	7.959.314	135,4	3.553.864	133,2	2.090	209,0	678.365	274,8	12.193.633	142,5

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Tabela obtida em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>, acesso em 15 dez. 2004.
2. Valores convertidos para dólar, utilizando a cotação de compra do dólar comercial do último dia do mês seguinte à competência.

4.3. A expansão do SIH/SUS para a rede de ensino

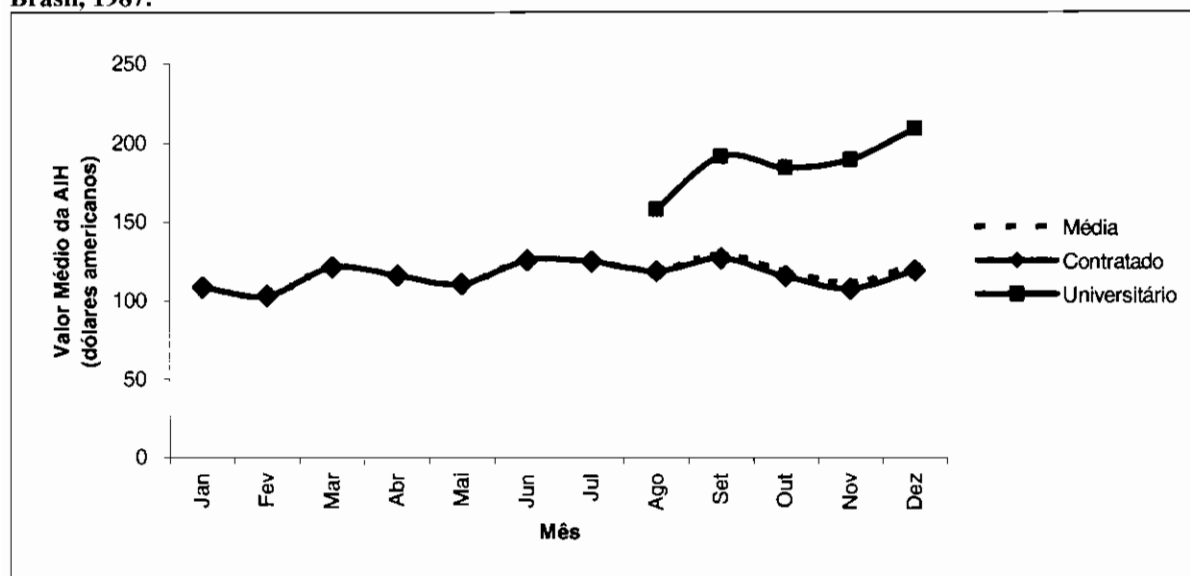
Da mesma época (gestão Hésio Cordeiro, 1985-1988), ainda segundo Noronha e Levcovitz (1994), é implantada a modalidade de remuneração pelo sistema SAMHPS nos hospitais de ensino. A Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987, definiu critérios para a aplicação de um índice de valorização de desempenho para hospitais universitários e de ensino, o Índice Adicional de Valorização e Capacitação Extramural (IAV-EM), destinado a atividades de integração ensino-serviço, variando de 1,2 a 2,3 (LEVCOVITZ, PEREIRA, 1993). Assim, em agosto de 1987, é criada a categoria “Universitária”, mais tarde renomeada para “Universitário de Ensino”, com diferenciação para o pagamento deste tipo de hospital. Observe-se no Gráfico 3 e na Tabela 3 o valor médio mais elevado das AIH em hospitais universitários¹⁰, variando entre 30 e 75% acima do valor médio dos hospitais contratados.

Na Tabela 1 (página 20), pode-se observar que, em 1988, os hospitais universitários eram responsáveis por aproximadamente 6% do número de AIH pagas.

¹⁰ Nas tabelas e gráficos apresentados, os hospitais universitários, entre 1987 e 1991, constam como “universitários de ensino”, nomenclatura adotada quando da criação do FIDEPS, em 1991, como será visto no item 5.2.1.

Em consultas pontuais ao BDAIH, foram localizados alguns hospitais já definidos como universitários desde esta época (1987). Em Porto Alegre, por exemplo, tanto o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (público) como a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (filantrópico) estão definidos como universitários desde outubro de 1987. Assim, verifica-se que os hospitais universitários não eram apenas os vinculados a universidades, mas também aqueles com atividades de ensino.

Gráfico 3 – Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1987.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 3.

Tabela 3 – Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1987.

Mês	Contratado	Universitário	Total
Janeiro	108,36	-	108,36
Fevereiro	103,29	-	103,29
Março	121,49	-	121,49
Abril	116,09	-	116,09
Maio	110,69	-	110,69
Junho	125,72	-	125,72
Julho	125,07	-	125,07
Agosto	119,03	158,50	119,82
Setembro	127,08	191,51	129,44
Outubro	115,62	184,53	118,70
Novembro	107,85	189,50	111,39
Dezembro	119,38	209,34	123,37
Total	116,64	186,67	117,79

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Tabela obtida em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>, acesso em 15 dez. 2004.
2. Valores convertidos para dólar, utilizando a cotação de compra do dólar comercial do último dia do mês seguinte à competência.

5. O SIH/SUS e as políticas de saúde

5.1. Do SAMHPS ao SIH/SUS

Como foi visto no item 4, diversas medidas de ampliação e mesmo universalização da assistência à saúde ocorreram durante a década de 80, que se inseriam no processo de reforma sanitária em andamento, que se concretizaram em ações como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Como relatam Noronha e Levcovitz (1994) e Cordeiro (2001), as AIS procuram articular as ações de assistência médico-hospitalar do Ministério da Previdência Social com as demais instituições, com políticas de municipalização da saúde. No final de 1985, 644 municípios participavam das AIS; no final do ano seguinte, já eram quase 2.500 municípios participantes, cobrindo todos os municípios do Rio de Janeiro, Paraná e Distrito Federal e mais de 80% em Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo. Ainda segundo Noronha e Levcovitz (1994, p.86), na análise das AIS enquanto estratégia política é “quase consensual seu papel na desmitificação da sempre reiterada incapacidade organizacional dos governos estaduais e municipais para a gestão dos serviços de saúde”.

Novo passo da reforma sanitária é a criação do SUDS, em 1987. Este, além de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, desenha alguma repartição de funções entre os níveis, federal, estadual e municipal do SUS. Suas diretrizes, ainda segundo Noronha e Levcovitz (1994, p. 87-88), eram:

- universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde;
- integralidade dos cuidados assistenciais;
- regionalização e integração dos serviços de saúde;
- descentralização das ações de saúde;
- implementação dos distritos sanitários;
- desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras; e
- desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Estes movimentos se refletem no então SAMHPS principalmente na ampliação da rede coberta pelo sistema, como foi visto nos itens 4.2 e 4.3.

A universalização do acesso à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida pela nova Constituição, de 1988. O Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, no final do governo Sarney, transfere a vinculação do INAMPS para o Ministério da Saúde. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, configuram um novo arcabouço legal para a saúde no Brasil, incluindo-se aí, evidentemente, a assistência hospitalar. No entanto, conforme Levcovitz (2001, p. 274), “ambas [as leis] não conseguem definir concretamente o financiamento do SUS, nem quanto aos montantes ao setor, nem quanto aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros intergovernamentais”.

Antes mesmo da promulgação da LOS, tem início o processo de universalização dos sistemas de informações assistenciais. A Portaria MS/GM nº 896, de 29 de junho de 1990, determina a transformação do SAMHPS em SIH/SUS, tendo a AIH como instrumento para toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada lucrativa.

Esta portaria foi regulamentada pela Resolução INAMPS nº 227, de 27 de julho de 1990, que estabelece normas para a inclusão dos hospitais públicos no SIH/SUS, tais como fixação de quotas mensais e atribuição de IVH de 1,20 até que o hospital fosse submetido à classificação. Observa-se, na Tabela 4, a entrada dos hospitais públicos no sistema, a partir de agosto de 1990, sendo que a categoria “Próprio” corresponde aos hospitais da rede do INAMPS e a categoria “Federal” aos hospitais de outros órgãos federais, inclusive do próprio Ministério da Saúde. Os hospitais universitários (categoria “Universitários de Ensino”) não são reclassificados como públicos ou privados¹¹.

Em 1990, o Ministério da Saúde incumbiu o INAMPS, por meio da Portaria MS/GM nº 1.481, de 31 de dezembro de 1990, de implantar a nova política de financiamento do SUS

¹¹ Note-se, tanto na Tabela 2 (página 22) como na Tabela 4, que, no período de setembro de 1989 a junho de 1990, constam AIH pagas em hospitais classificados como estaduais, antes da portaria e da resolução que ampliam o SIH/SUS para os hospitais públicos. Detalhando as tabelas por unidade da federação, foi possível verificar que tal situação ocorreu no Distrito Federal (de setembro de 1989 a junho de 1990) e em Sergipe (junho de 1990). Como não estão mais disponíveis os dados detalhados por AIH e por hospital anteriormente a 1992, não foi possível determinar a origem de tal fato.

para 1991, surgindo, assim, a Norma Operacional Básica/SUS N° 1 (NOB 01/91), aprovada e instituída pela Resolução INAMPS no 258, de 07 de janeiro de 1991. Essa norma estabelece critérios para o repasse de recursos federais do SUS para as instâncias subnacionais de governo, uniformizando a remuneração dos serviços nas unidades públicas e privadas. Conforme Carvalho (2001), uma série de portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS)¹² regulamenta a operação do sistema, tais como a equalização do IVH e criação do FIDEPS (ver item 5.2.1, adiante), a definição dos limites (tetos) do número de internações hospitalares por estado (ver item 5.3.1, adiante), a regulamentação de órteses e próteses e a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Dentre elas, a Portaria MS/SNAS n° 16, de 08 de janeiro de 1991, implanta a Tabela Única de Remuneração para Assistência à Saúde em nível hospitalar.

Segundo Médici¹³, apud Levcovitz (2001), um dos principais aspectos das mudanças introduzidas pela NOB 01/91 foi, além da uniformização da tabela de pagamentos, a “criação e ampliação dos sistemas de informações informatizados e centralizados, que permitiram acompanhar a produção e o desempenho dos serviços de saúde nas esferas estaduais e municipais, bem como auxiliar a implantação dos mecanismos de controle e avaliação” (LEVCOVITZ, 2001, p. 274).

Tabela 4 – Número AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 1990.

Mês	Contratado	Filantropico	Próprio	Federal	Estadual	Municipal	Universitário	Total
Janeiro	555.583	393.010	-	-	610	-	58.392	1.007.595
Fevereiro	515.147	357.110	-	-	513	-	52.789	925.559
Março	563.131	411.645	-	-	754	-	65.076	1.040.606
Abril	546.069	385.768	-	-	632	-	60.606	993.075
Maio	582.938	419.974	-	-	733	-	68.728	1.072.373
Junho	571.866	406.019	-	-	951	-	63.522	1.042.358
Julho	582.452	412.461	-	-	-	-	66.579	1.061.492
Agosto	584.027	418.637	-	939	2.038	1.124	70.895	1.077.660
Setembro	556.038	387.252	868	4.716	10.058	1.860	57.948	1.018.740
Outubro	583.458	416.104	2.881	1.529	17.746	8.748	62.747	1.093.213
Novembro	570.485	401.890	4.694	11.080	38.558	14.915	61.828	1.103.450
Dezembro	574.157	403.565	9.166	6.344	47.887	20.474	65.116	1.126.709
Total	6.785.351	4.813.435	17.609	24.608	120.480	47.121	754.226	12.562.830

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: tabela obtida em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>, acesso em 25 nov. 2005.

¹² Na época, os dirigentes do INAMPS acumulavam as funções com a de direção da SNAS e as estruturas se sobrepunham; este pode ser o motivo pelo qual Carvalho (2001) se refere às portarias como sendo do INAMPS.

¹³ MEDICI, A.C. **Economia e Financiamento do Setor Saúde**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

5.2. Os incentivos

Desde sua implantação, o SIH/SUS tem sido usado como instrumento para implantação de políticas de assistência à saúde. São concedidos incentivos à atuação dos estabelecimentos de saúde, de forma a adequá-los às políticas em vigor.

Isto tem sido feito principalmente na forma de benefícios pecuniários, como adicionais financeiros por procedimentos realizados ou repasses fixos. Neste item, serão examinadas algumas situações ocorridas ao longo do tempo¹⁴.

5.2.1. Os hospitais universitários de ensino e os de pesquisa – o FIDEPS

Em 1991, a portaria MS/SNAS nº 15, de 08 de janeiro de 1991, altera a forma de remuneração dos estabelecimentos de saúde:

- o IVH é equalizado para 2,0 para todos os hospitais, progressivamente, até agosto de 1991¹⁵;
- os hospitais universitários e os vinculados ao Ministério da Saúde e ao INAMPS passam, já a partir de janeiro de 1991, a ter o IVH de 2,0; observe-se, no Gráfico 4 (página 29), o aumento do valor médio da AIH nos hospitais públicos a partir desta competência.
- a partir de setembro de 1991, o IVH é extinto e incorporado à Tabela de Remuneração do SIH/SUS.
- o IAV-EM (Índice Adicional de Valorização e Capacitação Extramural) também é extinto, a partir de janeiro de 1991, sendo substituído pelo Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS).

Os critérios para adesão ao FIDEPS eram, segundo a portaria:

¹⁴ Agradeço a colaboração dos colegas Julio César Tolentino di Maio e Antônio Carlos Nunes Magalhães (Barroco), pelos esclarecimentos prestados relativos à sistemática de pagamento dos incentivos e adicionais no SIH/SUS.

¹⁵ Como observa Levcovitz e Pereira (1993, p. 20), “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”.

- a. adicional sobre receita das internações em 25% para os Hospitais Universitários que acolham curso de medicina ou pelo menos mais um curso da área de saúde da própria instituição universitária e residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), funcionando há mais de 2 anos, de forma regular e ininterrupta;
- b. adicional sobre receita das internações em 50% para os Hospitais Universitários que, além dos quesitos acima, acolham pelo menos um curso de pós-graduação “strictu sensu” (Mestrado ou Doutorado) da própria instituição universitária, reconhecido pelo MEC, funcionando há mais de 2 anos, de forma regular e ininterrupta, e estejam integrados a algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do MS, como centro de referência nacional.

Com isto, tornou-se necessário reclassificar no SIH/SUS os hospitais “Universitários” como “Universitários de Ensino” (sem FIDEPS) e “Universitários de Pesquisa” (com FIDEPS). Apesar do FIDEPS ter sido implantado desde janeiro de 1991, só é possível distinguir, nas bases de dados do Datasus, os hospitais universitários com e sem FIDEPS a partir de maio de 1991, como pode ser observado na Tabela 5 (página 30).

Já foi visto, no item 4.3, o comportamento diferenciado dos hospitais universitários relativamente aos valores pagos. Com a implantação do FIDEPS, pode-se verificar no Gráfico 4 e na Tabela 5 o decréscimo do valor médio das AIH dos hospitais universitários de ensino, tornando-se praticamente igual ao dos hospitais contratados e filantrópicos. Já os hospitais universitários de pesquisa (com FIDEPS) se diferenciam ainda mais dos anteriores, apresentando valor médio de suas AIH em torno do dobro do valor médio geral (período de 1990 a 1992). Em 1991, é difícil observar, na Tabela 5, os efeitos da equalização do IVH (exceto para os públicos), devido à alta inflação da época, mesmo dolarizando os valores.

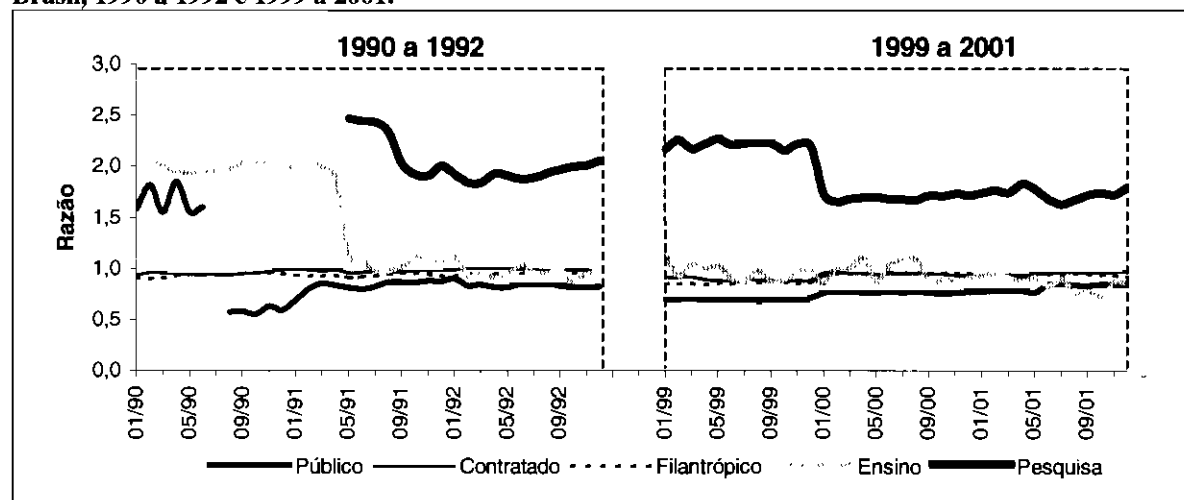
Uma série de portarias subseqüentes altera os critérios do FIDEPS, incorporando outras características (Portarias MS/SAS nº 32, de 16 de fevereiro de 1993, MS/SAS nº 165, de 8 de dezembro de 1993, MS/SAS nº 95, de 9 de junho de 1994, Portaria Conjunta MS/SAS MEC/SES nº 1, de 16 de agosto de 1994):

- é criada a categoria de adicional de 75%;

- de acordo com o adicional, passa a ser exigido: dedicação mínima de leitos ao SUS; serviço de pronto atendimento com funcionamento 24 horas; cobertura ao acidentado do trabalho, existência de comissões em efetivo funcionamento (de Controle de Infecção Hospitalar, de Revisão de Prontuários Médicos, de Ética etc.); instalações adequadas de isolamento; UTI cadastrada no SUS; serviço de manutenção de equipamentos médico-hospitalares e instalações especiais; integração ao sistema municipal, estadual ou nacional de referência e contra-referência; e vários outros itens;
- o adicional do FIDEPS deixa de incidir sobre alguns grupos de procedimentos, principalmente dos que são custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC);
- todos os hospitais de ensino tornam-se aptos a se qualificar para o FIDEPS;
- aos hospitais com FIDEPS somente é permitida a cobrança de serviços profissionais de tipo 4 (vínculo empregatício com o hospital) e de SADT de tipo 3 (próprio do hospital).

Observa-se que o FIDEPS, inicialmente voltado para a pesquisa e o ensino universitários e de pós-graduação, passa a incorporar requisitos de alta complexidade e de integração ao SUS, com mecanismos de referência e contra-referência, além de exigir padrões de funcionamento da unidade hospitalar.

Gráfico 4 – Razão entre o valor médio da AIH por natureza e o valor médio geral. Brasil, 1990 a 1992 e 1999 a 2001.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Gráfico elaborado a partir da Tabela 5.
2. O valor médio geral foi calculado para todas as naturezas e considerado como 1.

Tabela 5 – Valor médio da AIIH por competência segundo natureza do hospital Brasil, 1990 a 1992 e 1999 a 2001

Competência	Global	Público	Contratado	Filantropico	Univ.Ensino	Univ.Pesquisas	Competência	Global	Público	Contratado	Filantropico	Univ.Ensino	Univ.Pesquisas
1990/Janeiro	3.581	5.682	3.358	3.258	7.847	-	1999/Janeiro	353	246	323	299	398	766
Fevereiro	6.999	12.724	6.711	6.289	14.551	-	Fevereiro	354	245	321	299	328	797
Março	13.143	20.383	12.573	11.859	26.122	-	Março	358	252	329	305	374	777
Abril	15.475	28.617	14.644	14.320	30.181	-	Abril	365	255	326	307	363	810
Maio	16.204	25.137	15.200	15.120	31.248	-	Maio	370	257	329	315	379	840
Junho	16.383	26.328	15.328	15.406	31.974	-	Junho	375	260	330	318	339	827
Julho	18.024		16.951	16.781	35.101	-	Julho	373	259	332	321	326	829
Agosto	18.441	10.600	17.249	17.152	36.331	-	Agosto	379	259	335	327	371	845
Setembro	17.889	10.413	16.895	16.899	36.298	-	Setembro	377	264	333	324	326	838
Outubro	19.286	10.767	18.368	18.223	39.066	-	Outubro	422	297	370	366	376	909
Novembro	20.584	13.043	19.884	19.615	41.779	-	Novembro	422	293	373	360	405	935
Dezembro	21.202	12.562	20.826	20.055	42.758	-	Dezembro	415	295	366	358	404	911
1991/Janeiro	29.446	20.282	29.277	27.354	58.557	-	2000/Janeiro	381	290	367	322	322	657
Fevereiro	39.328	31.511	38.684	36.234	79.570	-	Fevereiro	378	292	364	357	381	627
Março	44.457	37.981	43.354	40.896	88.445	-	Março	383	294	366	362	387	647
Abril	61.195	51.088	60.281	56.756	115.034	-	Abril	388	296	369	367	433	659
Maio	80.595	65.333	77.092	72.735	88.714	198.749	Maio	392	300	370	370	342	668
Junho	100.982	80.459	96.817	92.633	109.594	246.137	Junho	390	302	371	374	410	654
Julho	116.533	95.469	112.474	107.509	114.206	282.431	Julho	399	306	378	381	433	669
Agosto	124.901	107.957	119.538	117.456	121.856	290.002	Agosto	401	309	381	382	436	670
Setembro	124.824	108.260	120.615	118.028	127.292	253.164	Setembro	399	306	379	382	345	686
Outubro	129.986	111.483	127.203	123.400	144.197	249.687	Outubro	404	306	382	386	361	691
Novembro	163.251	142.874	160.162	153.216	178.460	311.675	Novembro	399	305	374	380	349	693
Dezembro	170.136	147.835	167.091	158.063	178.531	340.949	Dezembro	407	315	381	387	370	699
1992/Janeiro	180.973	162.134	177.871	166.499	201.328	347.760	2001/Janeiro	403	314	377	380	377	703
Fevereiro	234.210	193.985	234.027	219.758	217.094	430.822	Fevereiro	398	312	373	376	377	703
Março	353.840	296.430	354.023	335.223	333.299	649.715	Março	399	312	375	376	364	696
Abril	487.526	396.832	488.685	458.657	443.448	939.080	Abril	410	321	383	377	360	750
Maio	620.849	507.476	623.454	588.004	587.543	1.183.520	Maio	421	321	397	393	384	750
Junho	763.512	647.939	755.047	722.112	792.965	1.432.928	Junho	423	358	404	397	351	709
Julho	924.074	784.603	911.487	876.267	884.478	1.742.447	Julho	424	361	407	400	380	691
Agosto	1.165.058	986.985	1.143.213	1.103.712	1.108.081	2.254.825	Agosto	425	357	410	402	322	711
Setembro	1.437.412	1.185.190	1.406.021	1.374.035	1.394.656	2.825.840	Setembro	424	353	406	402	325	730
Outubro	1.801.181	1.467.718	1.778.061	1.717.398	1.570.889	3.596.910	Outubro	428	362	410	400	312	746
Novembro	2.250.269	1.834.859	2.215.699	2.159.798	2.128.307	4.515.458	Novembro	428	359	413	401	374	737
Dezembro	2.847.062	2.338.971	2.723.941	2.757.877	2.733.404	5.846.260	Dezembro	421	352	408	384	360	758

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Valores nas unidades monetárias da época.
2. Hospitais contratados incluídos juntamente com os contratados.
3. Tabela obtida em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>, acesso em 27 out. 2005.

A partir de janeiro de 2000, muda a sistemática de pagamento do FIDEPS, conforme definido pela Portaria MS/GM nº 1.127, de 31 de agosto de 1999. São fixados valores globais, para cada unidade da federação, municípios em gestão plena do sistema municipal e hospitais, tendo como referência a média dos valores do incentivo recebidos no ano de 1998¹⁶. O pagamento da parcela do FIDEPS passa a ser desvinculado da produção de serviços, sendo pago aos hospitais pelo valor global, em parcelas mensais, conforme pactuado entre o gestor e o estabelecimento de saúde.

No Gráfico 4 e na Tabela 5, pode-se observar a diminuição do valor médio da AIH dos hospitais universitários de pesquisa, de 2,2 vezes o valor médio geral em 1999 para 1,7 vezes o valor geral, em 2000. Isto não significa, absolutamente, diminuição dos repasses aos hospitais universitários, pois se deve contabilizar também a parcela fixa referente ao FIDEPS.

A partir de 2004, estudos são feitos no sentido de reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (Portarias Interministeriais MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 e 1.006, de 27 de maio de 2004 e Portaria MS/GM nº 1.702, de 17 de agosto de 2004). São criados Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, com ênfase no processo de contratualização, com o estabelecimento de metas e indicadores.

5.2.2. O Índice de Valorização Hospitalar de Emergência e o Sistema de Referência de Urgência/Emergência

A Portaria MS/GM nº 1.692, de 14 de setembro de 1995, cria o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), considerando “a gravidade da situação vivenciada pelos serviços hospitalares de urgência e emergência, particularmente em grandes centros urbanos; a necessidade de organizar um sistema hospitalar de atendimento às urgências e emergências nas regiões metropolitanas; as severas limitações vigentes na disponibilidade

¹⁶ O valor foi alterado para a média do período de janeiro a agosto de 1999, pela Portaria MS/GM 1.480, de 28 de dezembro de 1999. Esta portaria estabelece também as situações em que o pagamento é feito pelo gestor ou diretamente pelo Ministério da Saúde e a forma com que as transferências fundo a fundo são alteradas por esta nova sistemática.

de recursos orçamentário-financeiros; e as proposições sobre o tema formuladas pelo Conselho Nacional de Saúde e sua aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite¹⁷”, segundo a própria portaria.

Este índice incide sobre os valores dos Serviços Hospitalares (SH), Serviços Profissionais (SP), Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) e Procedimentos Especiais do SIH/SUS, mas não sobre sangue, órteses e próteses. Pode variar de 10 a 25%, não podendo ser acumulado com o FIDEPS. Cabe ao gestor estadual ou municipal a escolha das unidades hospitalares aptas ao IVH-E, assim como o percentual a ser aplicado, devendo haver homologação pela SAS no cumprimento de requisitos de leitos, integração etc. Inicialmente deveria ser implantado nas regiões metropolitanas, podendo ser estendido, havendo disponibilidade orçamentária, para outros pólos regionais.

O cálculo do valor das AIH do estabelecimento passa a considerar a existência do IVH-E e o seu respectivo valor (10 a 25%). No entanto, nos arquivos disponibilizados pelo Datasus em CD-ROM ou no MS-BBS, ou nas consultas pela Internet (BDAIH, CNES ou tabulações), o valor do IVH-E do hospital ou a parcela referente ao IVH-E da AIH não são apresentados. Não foi possível, então, mensurar, neste trabalho, o efeito da implantação do IVH-E.

Em 1998, é criado um novo incentivo para as urgências e emergências. A Portaria MS/GM nº 2.925, de 9 de junho de 1998, cria os “Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências”, estabelecendo critérios para inclusão de hospitais no mesmo (capacidade instalada, serviços disponíveis, especialidades e hospitais). Os hospitais participantes deste sistema são definidos pelo gestor estadual, em conjunto com a SAS. Para estas unidades, passa a haver um adicional de 50% na remuneração dos procedimentos hospitalares de emergência (discriminados na própria portaria), devendo a AIH ter o atributo “Caráter da Internação” igual a 2 –

¹⁷ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993, que aprova a Norma Operacional Básica SUS 01/93 – NOB 01/93, como fórum de negociação entre os gestores nacionais, estaduais e municipais. Tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS. São criadas também as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), uma para cada estado, com participação dos gestores estaduais e municipais do mesmo.

“Urgência/Emergência em Hospital de Referência”.¹⁸ Este adicional não é cumulativo com o IVH-E e não incide sobre determinados componentes e procedimentos de alta complexidade.

Logo a seguir, a Portaria MS/GM nº 3.459, de 14 de agosto de 1998, esclarece que as unidades que recebem FIDEPS podem receber, também, o adicional de 50% referente ao Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, mas não cumulativamente, ou seja, ambos os percentuais incidem sobre os valores básicos da Tabela de Remuneração dos Procedimentos. As unidades cadastradas para o recebimento do IVH-E podem participar do mesmo Sistema, mas não recebem o adicional de 50%; é permitida a migração do estabelecimento do IVH-E para o novo sistema.

Mais tarde, nova alteração é feita no Sistema de Referência de Urgências e Emergências, pela Portaria MS/GM nº 479, de 15 de abril de 1999. Os hospitais participantes do sistema são reclassificados em três níveis, com diferentes exigências e respectivo adicional: tipo I – 20%, tipo II – 35% e tipo III – 50% e é ampliado o escopo das unidades que podem participar do sistema. O nível do estabelecimento consta nos atributos SIPAC dos hospitais – arquivos do tipo SH, constantes nos CD-ROM distribuídos pelo Datasus e também disponíveis no MS-BBS:

270: Atendimento de urgência e emergência (antes da divisão em níveis)

271: Atendimento de urgência e emergência Nível I

272: Atendimento de urgência e emergência Nível II

273: Atendimento de urgência e emergência Nível III

Em 2002, a Portaria MS/GM nº 1.839, de 9 de setembro, estabelece que serão excluídos do recebimento do IVH-E os hospitais que não cumprirem um determinado conjunto de exigências, a partir da competência de novembro de 2002. Observe-se, nos “considerandos” desta portaria, que é colocada a “necessidade de padronização dos atendimentos hospitalares de urgência e emergência no âmbito do SUS”. Entre as exigências, há a de que a unidade não receba qualquer outro adicional ou incentivo. É

¹⁸ A partir de janeiro de 2000, este atributo passa a ter 2 dígitos; o “Caráter da Internação” pode assumir, então, os valores 20 a 29 para a mesma situação.

possível que o objetivo desta portaria fosse extinguir paulatinamente o IVH-E, mas isto não ocorreu.¹⁹

5.2.3. Os procedimentos incentivados

Outra forma de implementar políticas utilizando o SIH/SUS tem sido a criação de procedimentos incentivados. Estabelecimentos que cumprirem determinadas condições têm direito a executar procedimentos com um diferencial de pagamento. Não é a mesma situação de procedimentos de alta complexidade, que só podem ser executados em unidades com condições para tal. Os procedimentos que estão sendo denominados de incentivados se referem a atos clínicos ou cirúrgicos que podem ser executados em outros estabelecimentos, mas que, nos estabelecimentos credenciados, utilizam códigos especiais, com diferente remuneração. A seguir, serão examinadas algumas situações de procedimentos incentivados.

5.2.3.1. Os hospitais Amigos da Criança

Em 15 de junho de 1994, a Portaria MS/GM nº 1.113 cria procedimentos de parto normal e cesariana diferenciados, exclusivamente para um conjunto de cinco hospitais, denominados de “Amigos da Criança”. Pouco depois, a Portaria MS/SAS nº 155, de 14 de setembro de 1994, estabelece normas para a adesão de hospitais à iniciativa “Amigos da Criança”, basicamente em torno da promoção do aleitamento materno. O Gráfico 5 e a Tabela 6 apresentam a evolução do número de partos normais e cesáreos de 1994 a 2004, podendo-se observar o contínuo crescimento da proporção de partos em hospitais classificados como “Amigos da Criança” durante o período.

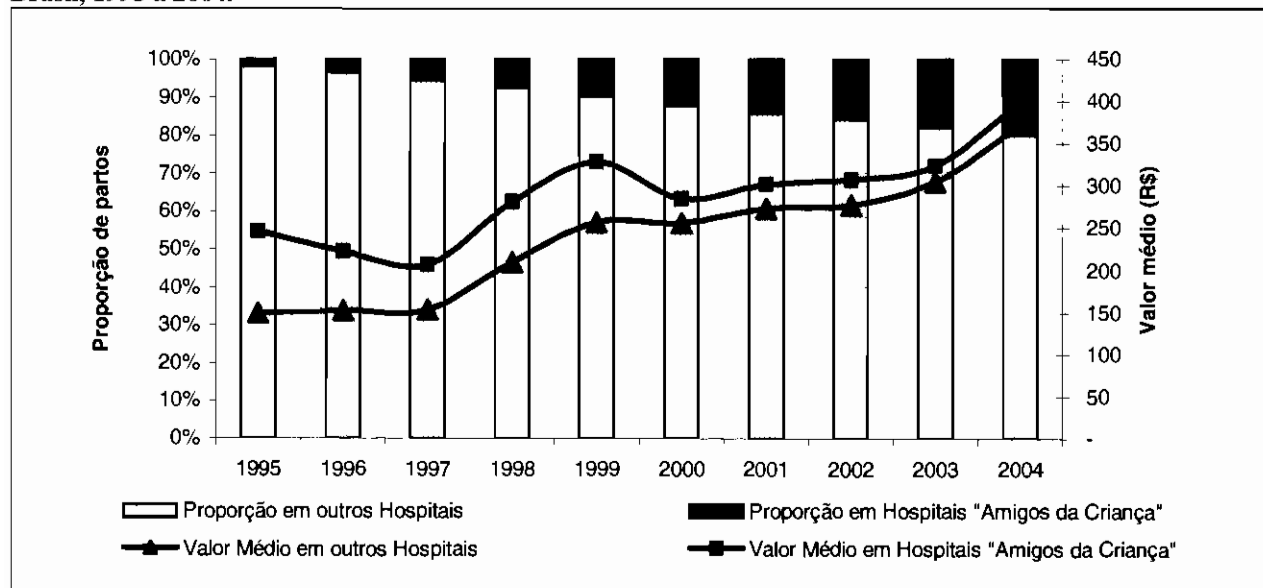
Pode ser visto, também, que o valor médio dos partos em hospitais “Amigos da Criança” em 1995 correspondia a 165% do valor médio dos partos em outros hospitais. Esta razão vai decrescendo paulatinamente até 107% em 2004. A diferença de valor médio pode ser explicada também por outros fatores, tais como recebimento cumulativo de FIDEPS pelos

¹⁹ De acordo com depoimento de Antônio Carlos Nunes Magalhães (Barroco), da equipe de desenvolvimento e manutenção do SIH/SUS no Datasus, houve instruções verbais, por parte da SAS, para que fosse preparada a extinção do IVH-E, a ser executada posteriormente, se oficializada, o que não ocorreu.

hospitais. Isto pode explicar a queda maior ocorrida entre 1999 e 2000, como ocorrido nos hospitais universitários de pesquisa neste período.

A caracterização do estabelecimento como “Amigo da Criança” consta nos atributos SIPAC dos hospitais – arquivos do tipo SH, correspondendo ao código SIPAC 170 – Hospital Amigo da Criança.

Gráfico 5 – Proporção e valor médio de partos por ano e classificação como “Amigo da Criança”. Brasil, 1995 a 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 6.

Tabela 6 – Número, valor total e valor médio de partos, por classificação como Amigo da Criança e como Gestante de Alto Risco, segundo ano. Brasil, 1995 a 2004.

Tipo de parto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Partos em hospitais "Amigos da Criança"										
Número	50.113	94.996	151.254	196.403	259.659	301.563	340.382	366.735	402.999	445.219
Valor Médio	247	222	207	281	329	285	302	307	324	400
Partos em hospitais não "Amigos da Criança"										
Número	2.771.398	2.648.145	2.567.011	2.424.950	2.393.340	2.204.176	2.063.503	1.977.025	1.858.514	1.798.560
Valor Médio	150	153	153	210	257	257	274	277	305	372
<i>Relação (%) do valor médio entre partos em hospitais "Amigo da Criança" e em hospitais não "Amigos da Criança"</i>										
	165	145	135	134	128	111	110	111	106	107
Partos em Gestantes de Alto Risco										
Número	-	-	-	45	35.325	61.202	67.754	69.009	81.831	94.146
Valor Médio	-	-	-	499	711	507	512	519	560	651
Partos não Gestantes de Alto Risco										
Número	2.821.511	2.743.141	2.718.265	2.621.308	2.617.674	2.444.537	2.336.131	2.274.751	2.179.682	2.149.633
Valor Médio	152	155	156	215	258	254	271	275	299	366
<i>Relação (%) da valor médio entre partos em Gestantes de Alto Risco e em não Gestantes de Alto Risco</i>										
	-	-	-	232	276	200	189	189	187	178
Total										
Número	2.821.511	2.743.141	2.718.265	2.621.353	2.652.999	2.505.739	2.403.885	2.343.760	2.261.513	2.243.779
Valor Médio	152	155	156	215	264	260	278	282	308	378

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Valor total em milhares de Reais; valor médio em Reais.

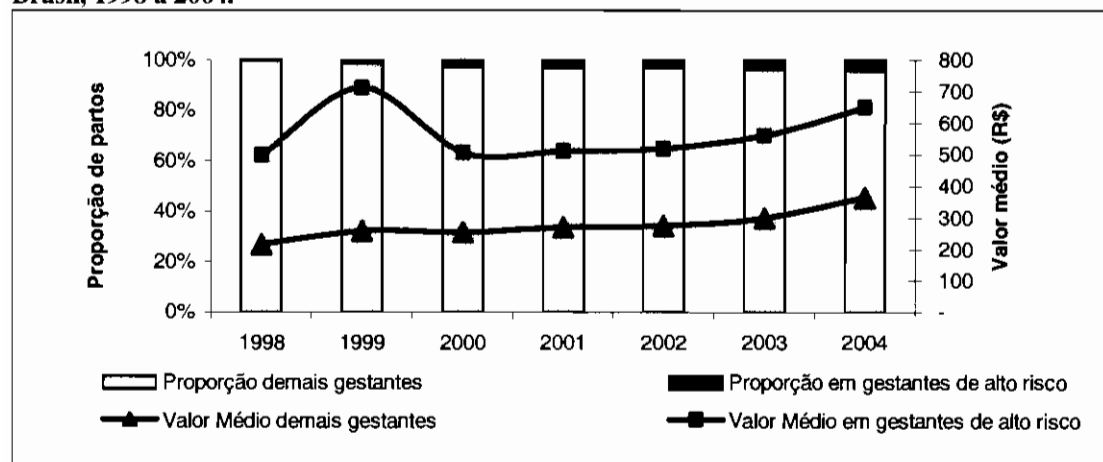
5.2.3.2. O atendimento à gestante de alto risco

A Portaria MS/GM nº 3.016, de 19 de junho de 1998, cria o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, definindo os recursos a serem alocados. As portarias seguintes, nº 3.017 (atualizada pela Portaria MS/GM nº 3.482, de 25 de agosto de 1998) e 3.018 (atualizada pela Portaria MS/GM nº 3.477, de 21 de agosto de 1998), da mesma data, criam também o Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Risco, definem os critérios para inclusão de hospitais em ambos os programas e criam procedimentos, clínicos e obstétricos, especificamente para os dois programas em hospitais habilitados.

No Gráfico 6 e na Tabela 6, pode-se verificar a evolução da participação dos partos em gestantes de alto risco, que atingem em torno de 4% dos partos em 2003 e 2004. O seu valor médio inicia em 232% do valor médio dos demais partos em 1998, atinge 276% em 1999; nos anos seguintes decai para 200%, chegando a 178% em 2004. Como no caso anterior (hospitais “Amigos da Criança”), estes valores podem estar sendo influenciados por outros incentivos, inclusive a própria habilitação como “Amigo da Criança”.

A caracterização do estabelecimento como participante da referência hospitalar para o atendimento à gestante de alto risco consta nos atributos SIPAC dos hospitais – arquivos do tipo SH, correspondendo ao código SIPAC 290 – Gestante de alto risco.

Gráfico 6 – Proporção e valor médio de partos por ano e classificação como gestante de alto risco. Brasil, 1998 a 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 6.

5.2.3.3. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Novo incentivo é criado em 2000, a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, que cria o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem “por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde”, conforme a própria portaria.

Este programa apresenta três componentes:

- I - Incentivo à Assistência Pré-natal;
- II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; e
- III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto.

O componente III tem maior interferência com o SIH/SUS. É estabelecido que haverá alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto e o pagamento de um adicional para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo.

A Portaria MS/GM nº 572, também de 1º de junho de 2000, regulamenta a instituição do componente III. São estabelecidos novos valores para os partos (normais, cesarianas, partos realizados por enfermeiro, partos normais em hospitais “Amigos da Criança”, cesarianas em hospitais “Amigos da Criança”, partos normais em gestantes de alto risco, cesariana em gestantes de alto risco). Em todos eles, passa a haver uma parcela fixa, paga se a gestante fizer parte do programa de assistência pré-natal (componente I), cadastrada no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL).

O Quadro I contém os valores da Tabela de Procedimentos referentes a partos, conforme este programa. Reajustes posteriores não alteraram substantivamente a relação entre as parcelas nestes procedimentos.

Pode-se observar, neste quadro, que o incentivo pelo PHPN é maior que o do “Amigo da Criança”, fazendo com que os valores dos partos com e sem o incentivo referente ao programa “Amigo da Criança” se aproximem. No caso das gestantes de alto risco, o diferencial por este programa é maior que o do PHPN.

Estas relações entre os valores dos incentivos podem explicar a redução, com o tempo, da diferença entre os valores médios dos partos com e sem o incentivo “Amigo da Criança” (Gráfico 5, página 35), enquanto que, no caso de gestantes de alto risco, a diferença se mantém (Gráfico 6, página 36).

Nas bases de dados distribuídas pelo Datasus (arquivos do tipo RD), o valor pago a título de Incentivo – Componente I (procedimento 95.002.01.4) está somado no valor total e no valor dos serviços hospitalares da AIH. Está individualizado nos arquivos de Atos Médicos (tipo TA) e Movimento de Terceiros (tipo MT), disponíveis nos CD-ROM de Movimento Mensal da AIH, também distribuídos pelo Datasus.

Quadro 1 – Valores, em Reais, da Tabela de Procedimentos referentes a partos, no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimentos. Brasil, 2000.

Procedimento	Serviços Hospitalares			Serviços Profissionais	SADT	Total
	Padrão	Incent. Comp. I	Subtotal			
35.001.01.1 Parto Normal						
35.006.01.3 Parto com Manobras						
35.007.01.0 Parto com Eclâmpsia	90,00	40,00	130,00	165,00	5,00	300,00
35.086.01.7 Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal						
35.009.01.2 Cesariana						
35.082.01.1 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores	230,00	40,00	270,00	165,00	5,00	440,00
35.080.01.9 Parto Normal Sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra	200,00	40,00	240,00	55,00	5,00	300,00
35.025.01.8 Parto Normal em Hospital Amigo da Criança	110,00	40,00	150,00	165,00	5,00	320,00
35.026.01.4 Cesariana Exclusivamente para Hospital Amigo da Criança						
35.084.01.4 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigos da Criança	250,00	40,00	290,00	165,00	5,00	460,00
35.027.01.0 Parto Normal em Gestante de Alto Risco	165,00	40,00	205,00	233,00	5,00	443,00
35.028.01.7 Cesariana em Gestante de Alto Risco						
35.085.01.0 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco	361,00	40,00	401,00	234,00	5,00	640,00

Fonte: Portaria MS/GM nº 572, de 1º de junho de 2000.

5.2.4. A Câmara de Compensação de Alta Complexidade e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

Uma questão importante no processo de descentralização da gestão da assistência à saúde é a relativa aos procedimentos de alta complexidade. Pelo seu alto custo de implantação e manutenção e pela necessidade de recursos humanos especializados, este tipo de serviço é concentrado, normalmente, nas capitais e municípios de maior porte. Nem sempre é desejada a sua pulverização, para que seja mantido um volume mínimo de demanda, sem o qual a qualidade do serviço não poderá ser mantida.

No entanto, os municípios e estados onde se localizam estes serviços poderiam estar sendo, de certa maneira, penalizados, pois se tornam responsáveis pela sua manutenção e atendimento à população de outras localidades, sem estarem sendo remunerados por isto.

Para tentar resolver esta situação, é criada a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (CNCPHAC), através da Portaria MS/GM nº 3.409, de 5 de agosto de 1998. Segundo esta portaria, é estabelecida uma lista de procedimentos de alta complexidade (cirurgia cardíaca, implante dentário osteointegrado, lesões lábio-palatais, epilepsia, câncer, ortopedia, neurocirurgia e transplantes). O valor referente às internações deste conjunto de procedimentos passa a ser acrescido mensalmente ao teto financeiro estadual/municipal, sem ser, no entanto, incorporado ao mesmo.

Com isto, as AIH de alta complexidade (que passam a ser identificadas pelo caráter de internação 4) deixam de fazer parte do teto financeiro, sendo pagas na forma de reembolso pelo Ministério da Saúde. O faturamento destas AIH passa a ser feito pelo Datasus separadamente, com número próprio de processamento.

Em 01 de dezembro de 1998, a Portaria MS/GM nº 3.982 altera alguns critérios da CNCPHAC, sendo o principal que este se destina apenas a referências interestaduais, não sendo computados para fins de pagamento os encaminhamentos intermunicipais.

Pouco tempo depois, o conceito da CNCPHAC é ampliado. A Portaria MS/GM nº 531, de 30 de abril de 1999, cria o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), “com a

finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, dos próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas”, segundo a própria portaria. É determinado que portarias subseqüentes definirão as normas, a operacionalização do funcionamento e a composição do conjunto de procedimentos que integram o FAEC.

A implantação do FAEC, a princípio, não alterou as informações do SIH/SUS nem os valores referentes às internações. Basicamente, o FAEC se destinava a definir os procedimentos que seriam de responsabilidade direta do Ministério da Saúde, como fica claro na Portaria Conjunta MS/SAS/SE nº 1, também de 05 de maio de 1999, em seu artigo 14: “Estabelecer que o financiamento de procedimentos incluídos na Câmara Nacional de Compensação, Transplantes, Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, Mutirões de Cirurgias Eletivas e demais ações consideradas estratégicas, que venham a ser incluídas pela SAS, será de responsabilidade direta do Ministério da Saúde, e será executado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC”. Portarias subseqüentes, como a Portaria Conjunta MS/SAS/SE nº 2, de 21 de maio de 1999, discriminam os procedimentos que serão custeados pelo FAEC (nesta portaria, os de transplantes) e estabelecem fluxos similares aos do CNCPHAC, com processamentos específicos e reembolso do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao gestor estadual/municipal. Outros procedimentos custeados pelo FAEC são referentes às cirurgias de próstata, de varizes, de retinopatia diabética, gastroplastia etc.

Nova alteração é efetuada pela Portaria MS/GM nº 132, de 31 de janeiro de 2001. Segundo esta, os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo FAEC passam a ser efetuados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços, independente da condição de gestão do estado ou município, deixando de ser repassados fundo a fundo, a partir da competência de março de 2001.

Pouco tempo depois, a Portaria MS/GM nº 627, de 26 de abril de 2001, implanta nova sistemática. A partir de junho de 2001, os procedimentos financiados pelo FAEC voltam a ser pagos aos prestadores pelos gestores estaduais ou municipais, que receberão repasses do Ministério da Saúde, porém em conta específica para este fim do respectivo fundo estadual ou municipal de saúde. É publicada nova lista de procedimentos financiados pelo

FAEC, agora divididos em alta complexidade e estratégicos, com regras levemente diferentes. Não foi possível determinar se a portaria anterior (nº 132) chegou a entrar em efeito. Várias portarias subsequentes incluem e excluem procedimentos e atos médicos nesta lista.

A análise das informações do SIH/SUS em relação aos procedimentos de alta complexidade e estratégicos e quanto à CNCPHAC e ao FAEC apresenta algumas características especiais. Existem três formas de abordagem:

- pelo caráter da internação: o código 4 (até 1999) ou 04 (a partir de 2000) indicam que o procedimento é de alta complexidade;
- pelo número do processamento: são feitos processamentos separados para as AIH estratégicas e de alta complexidade; e
- pelo código do procedimento, verificando se fazem parte da lista de procedimentos de alta complexidade ou estratégicos.

Tabulando as informações do SIH/SUS²⁰, pode-se observar que a lista de procedimentos de alta complexidade ou estratégicos (disponível tanto para tabulação pela Internet como no pacote de tabulação pelo TabWin) reflete a situação mais recente desta lista, o que nem sempre é válido em termos de série histórica. Diversos procedimentos só são financiados pelo FAEC em determinadas competências, de acordo com o estabelecido em portarias. Assim, o uso desta lista pode apresentar como estratégicos procedimentos que na época não eram assim considerados.

Também o caráter de internação tem alcance limitado, pois nem sempre é compatível com os processamentos ou a lista de procedimentos estratégicos ou de alta complexidade.

A opção mais estável, em termos de séries históricas, é utilizar o número do processamento. Há processamentos específicos para os procedimentos de alta complexidade e para os estratégicos, sendo que, para estes, há discriminação pelo tipo de procedimento (próstata, varizes, retinopatia diabética etc.). No entanto, a separação dos

²⁰ As tabelas geradas não foram aqui reproduzidas por serem muito extensas.

processamentos pelos diversos critérios é bastante trabalhosa, devendo ser feita pela sua descrição, não havendo uma regra fixa de categorização dos mesmos.

Deve ser observado, ainda, que existem situações em que apenas alguns atos médicos de uma AIH são financiados pelo FAEC (por exemplo, Testes Rápidos para Triagem de Sífilis e/ou HIV, em partos normais ou cesarianos). Nestes casos, não há como discriminar nos arquivos reduzidos de AIH (tipo RD) a parcela financiada pelo FAEC.

Outra situação a considerar é que vários procedimentos de alta complexidade “migram” do SIH/SUS para o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Por exemplo, a Portaria MS/SAS nº 214, de 15 de junho de 2004, exclui do SIH/SUS o procedimento 99.050.00-5 – Criação de/ou intervenção sobre fístula arterivenosa e inclui no SIA/SUS os procedimentos 27.011.03-8, 27.011.04-6, 27.011.07-0, 27.011.08-9, 27.011.09-7 e 27.011.10-0, referentes ao mesmo ato médico, operacionalizados pela Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC). Devido a isto, análises temporais no SIH/SUS podem levar a crer que determinados atos não são mais realizados; no entanto, o que acontece é que estes atos estão contabilizados, a partir de determinado ponto (de acordo com o ato), no módulo de APAC do SIA/SUS.

A rigor, o FAEC não deve ser considerado um incentivo, pois consiste, basicamente, em desvincular dos tetos municipais e estaduais determinados atos e procedimentos. Porém, na prática, é verdadeiramente um incentivo, principalmente em relação aos procedimentos estratégicos, com a criação dos mutirões para cirurgia de próstata, varizes, retinopatia diabética etc. Além disso, ao desonerar os estados e municípios do financiamento destes procedimentos, permite que outras ações possam ser executadas com mais recursos.

5.2.5. Outros incentivos

Dentro da estratégia de desvincular o pagamento de serviços da remuneração de produção, outros incentivos foram criados, como o FIDEPS a partir de 2000, segundo diversos critérios e atingindo diferentes alvos.

Sendo estes incentivos desvinculados da produção de serviços, as informações de pagamentos referentes a eles não podem ser obtidas diretamente do SIH/SUS. As

transferências efetuadas às unidades, da mesma forma que no FIDEPS, passam a constar de duas ou mais parcelas: uma variável, referente à remuneração pelos serviços produzidos (com fatores adicionais, como o IVH-E) e outra fixa, referente a estes incentivos.

Estes tipos de incentivos, como os apresentados a seguir, são repassados diretamente pelos gestores, através dos respectivos fundos de saúde, aos prestadores, em valores mensais, sem relação direta com a produção de serviços. Representam, então, um valor adicional nas internações hospitalares, não representados no SIH/SUS.

5.2.5.1. INTEGRASUS

Criado pela Portaria MS/GM nº 604, de 24 de abril de 2001, o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), “a ser pago adicionalmente ao faturamento das entidades, destina-se, exclusivamente, aos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos e tem por objetivo estimular o desenvolvimento de suas atividades assistenciais e a realização das mesmas em regime de parceria com o Poder Público”, conforme a mesma portaria.

A portaria estabelece:

- que o INTEGRASUS será concedido pela Secretarias Estaduais de Saúde, dentro do limite (estabelecido pela portaria) do número de estabelecimentos por Unidade da Federação (UF) que poderão receber os incentivos;
- quais as exigências mínimas para a habilitação ao INTEGRASUS: ser entidade beneficente, ter um percentual mínimo de leitos e atendimentos ambulatoriais para o SUS, ter assistência de urgência/emergência, ter capacidade de atendimento a partos de alto risco e cirurgias de grande porte, ter pelo menos uma das especialidades estratégicas (ortopedia, cardiologia ou neurologia), ter atendimento referenciado, ter leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e outros;
- que os hospitais que recebem FIDEPS não podem receber INTEGRASUS;
- que o valor do incentivo deve ser estabelecido pelo gestor estadual, sendo variável e não podendo seu total exceder o que represente 30% do valor pago ao hospital a título de faturamento por serviços prestados ao SUS na assistência hospitalar; este faturamento deverá ser calculado em função da média dos pagamentos realizados

nos doze meses imediatamente anteriores à concessão do Incentivo; o valor estabelecido poderá sofrer reavaliações semestrais pelo gestor do SUS;

- que o financiamento do INTEGRASUS faz parte do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e que será agregado aos tetos estaduais gradativamente, de acordo com a habilitação dos hospitais; são estabelecidos limites nos valores globais do INTEGRASUS.

Pouco tempo depois, a Portaria MS/GM 1.413, de 30 de agosto de 2001, muda a denominação do INTEGRASUS para INTEGRASUS I e cria o INTEGRASUS II, ambos formando o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem Fins Lucrativos e o Sistema Único de Saúde. O INTEGRASUS II abrange todos os hospitais com o registro de filantropia e assistência social nos órgãos competentes. O valor pago corresponde a 8% do faturamento pela prestação de serviços hospitalares do ano de 2000. Hospitais habilitados no INTEGRASUS I não podem receber o INTEGRASUS II. Os recursos para o INTEGRASUS II também são provenientes do FAEC, mas não oneram os limites financeiros dos estados e municípios.

A Portaria MS/GM nº 878, de 8 de maio de 2002, modifica novamente os critérios e valores do INTEGRASUS:

- passam a haver 3 níveis:
 - Nível A, para todos os hospitais sem fins lucrativos, com percentual de 8% de acréscimo;
 - Nível B, para os hospitais sem fins lucrativos eleitos pelos gestores estaduais nos quantitativos definidos pela portaria, com percentual de 15% de acréscimo; e
 - Nível C, para todos os hospitais sem fins lucrativos classificados como estratégicos pelo Ministério da Saúde, com percentual de 25% de acréscimo.
- O percentual é calculado pelos pagamentos efetuados ao hospital a título de faturamento por serviços prestados ao SUS na assistência hospitalar, excetuando-se as órteses, próteses e materiais especiais, tendo como base de cálculo o ano 2001;

medida em que estes podem ser mais bem remunerados. Também podem ser devidos a pressões e reivindicações de grupos sociais, profissionais ou empresariais para atendimento

de interesses setoriais, como em procedimentos de alta complexidade, que têm um padrão de remuneração mais de acordo com o mercado médico-hospitalar.

A questão da remuneração é importante também no caso do parto normal e cesariana. Apesar dos incentivos dados ao parto normal (e também das restrições ao parto cesáreo, como será visto no item 5.3.2) e de recomendações feitas pelo Conselho Nacional de Saúde²¹, no sentido de igualar o pagamento de ambos, o parto cesariano ainda remunera melhor o estabelecimento (como pode ser visto no Quadro 1, na página 38), o que pode estimular a sua prática.

Outra forma de incentivo que pode ser analisada é a criação de atos médicos, às vezes obrigatórios, que podem ou devem ser incorporados ao procedimento principal, como nos seguintes exemplos:

- Inicialmente, a remuneração adicional pela presença do pediatra na sala de parto era um incentivo a que esta prática fosse adotada; posteriormente, a presença do pediatra na sala de parto tornou-se padrão, sendo a remuneração incorporada ao procedimento (mas paga separadamente).
- Recentemente (Portaria MS/SAS nº 766, de 21 de dezembro de 2004), foi determinado que o exame de VDRL fosse executado em todas as parturientes internadas, e não mais apenas nos hospitais participantes do PHPN.

Nestes casos, pode-se concluir que inicialmente houve um incentivo a duas práticas (pediatra em sala de parto e exame de VDRL); mais tarde, tornaram-se obrigatórias, o que pode indicar um aprimoramento da assistência hospitalar.

Outro aspecto que pode ser observado em relação aos incentivos pecuniários é que, em muitos casos, tais incentivos, inicialmente restritos a determinados estabelecimentos, se expandem (podendo quase se universalizar), forçando a criação de um novo incentivo, como no caso do IVH e do IAV-EM. Em outras situações, há uma degradação do incentivo, também levando a criação de outro, como no caso dos hospitais “Amigos da Criança”.

²¹ Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 174, de 9 de novembro de 1995.

A questão que se coloca, e não apenas nestes casos, é se as práticas recomendadas (no caso de procedimentos ou atos médicos) ou as condições exigidas (para qualificação dos estabelecimentos) estão sendo efetivamente seguidas e não apenas informadas para cumprir a regulamentação. O sistema de informações não tem como resolver, de *per se*, esta questão. Auditorias e verificações *in loco* são necessárias, sendo o sistema de informação responsável por apresentar indicadores que permitam uma melhor avaliação da assistência prestada.

5.3. As restrições

Além dos incentivos, restrições têm sido utilizadas com o objetivo de adequar a atuação dos estabelecimentos de saúde à política em vigor. Destacam-se as restrições baseadas em limitações na prática assistencial, como os que serão vistos a seguir.

5.3.1. Os tetos físicos e financeiros

Questão fundamental para o funcionamento do SIH/SUS sempre foi a relativa às limitações físicas e financeiras da atenção à saúde, de modo que o dispêndio seja adequado à capacidade de financiamento das ações de saúde.

No processo de implantação do SUS, quando o SIH/SUS foi definido como o sistema de informações para a atenção hospitalar (Portaria MS/GM nº 896, de 29 de junho de 1990 e Resolução INAMPS nº 227, de 27 de julho de 1990), são definidas quotas de AIH para os estados, tomando como ponto de partida a média do total de internações efetivamente realizadas nos últimos 12 (doze) meses, e como limite, os parâmetros consignados na Portaria MPAS/GM nº 3.046, de 20 de julho de 1982 (portaria que instituiu o SAMHPS no âmbito da Previdência Social).

A Norma Operacional Básica 01/93, instituída pela Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993, impõe que “o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena”. Estes tetos poderiam ser alterados pelas Comissões Integestoras Bipartites, não podendo ultrapassar o limite de 10

internações por habitante por ano no estado. Os tetos financeiros são calculados a partir da média histórica do ano de 1992. O funcionamento de uma câmara de compensação também é regulamentado, para viabilizar a circulação de AIH entre os municípios.

A Tabela 7 apresenta o número de AIH, de 1990 a 2004, por região do Brasil. Nesta tabela, foram desprezadas as AIH de tipo 5, ou seja, as AIH de continuação para as internações de longa permanência, de modo que se obtenha uma aproximação do número de internações efetivamente realizadas.

Tabela 7 – Número de internações e taxa de internações por 100 habitantes, por ano segundo região (por local de internação). Brasil, 1990 a 2004.

Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa
1990	353.622	3,6	2.792.980	6,7	5.342.101	8,7	2.376.325	10,9	931.332	10,2	11.796.360	8,2
1991	565.932	5,6	3.766.825	8,9	5.834.303	9,3	2.396.662	10,8	1.004.763	10,7	13.568.485	9,2
1992	772.614	7,5	4.283.576	10,0	6.092.274	9,6	2.402.381	10,7	1.032.346	10,7	14.583.191	9,8
1993	872.911	8,2	4.397.302	10,0	6.150.001	9,5	2.412.261	10,6	997.294	10,1	14.829.769	9,8
1994	883.494	8,1	4.395.547	9,9	6.090.186	9,3	2.315.705	10,1	1.014.187	10,1	14.699.119	9,6
1995	839.013	7,5	3.796.425	8,4	5.125.620	7,7	2.038.911	8,8	846.231	8,2	12.646.200	8,1
1996	842.361	7,5	3.603.753	8,1	4.702.165	7,0	1.976.169	8,4	808.206	7,7	11.932.654	7,6
1997	831.533	7,2	3.489.808	7,7	4.654.354	6,8	1.980.149	8,3	816.523	7,6	11.772.367	7,4
1998	849.145	7,2	3.508.468	7,7	4.550.048	6,6	1.958.122	8,1	848.973	7,7	11.714.756	7,2
1999	923.542	7,6	3.582.825	7,7	4.573.841	6,5	1.990.983	8,1	879.606	7,8	11.950.797	7,3
2000	914.104	7,1	3.601.780	7,5	4.536.395	6,3	1.983.313	7,9	901.731	7,7	11.937.323	7,0
2001	901.305	6,8	3.531.936	7,3	4.428.341	6,0	1.969.864	7,7	924.908	7,8	11.756.354	6,8
2002	911.232	6,7	3.513.822	7,2	4.407.947	5,9	1.935.684	7,5	945.064	7,8	11.713.749	6,7
2003	913.705	6,6	3.441.568	7,0	4.439.204	5,9	1.882.072	7,2	961.645	7,8	11.638.194	6,6
2004	935.705	6,7	3.342.359	6,7	4.390.399	5,8	1.853.640	7,0	970.780	7,7	11.492.883	6,4

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

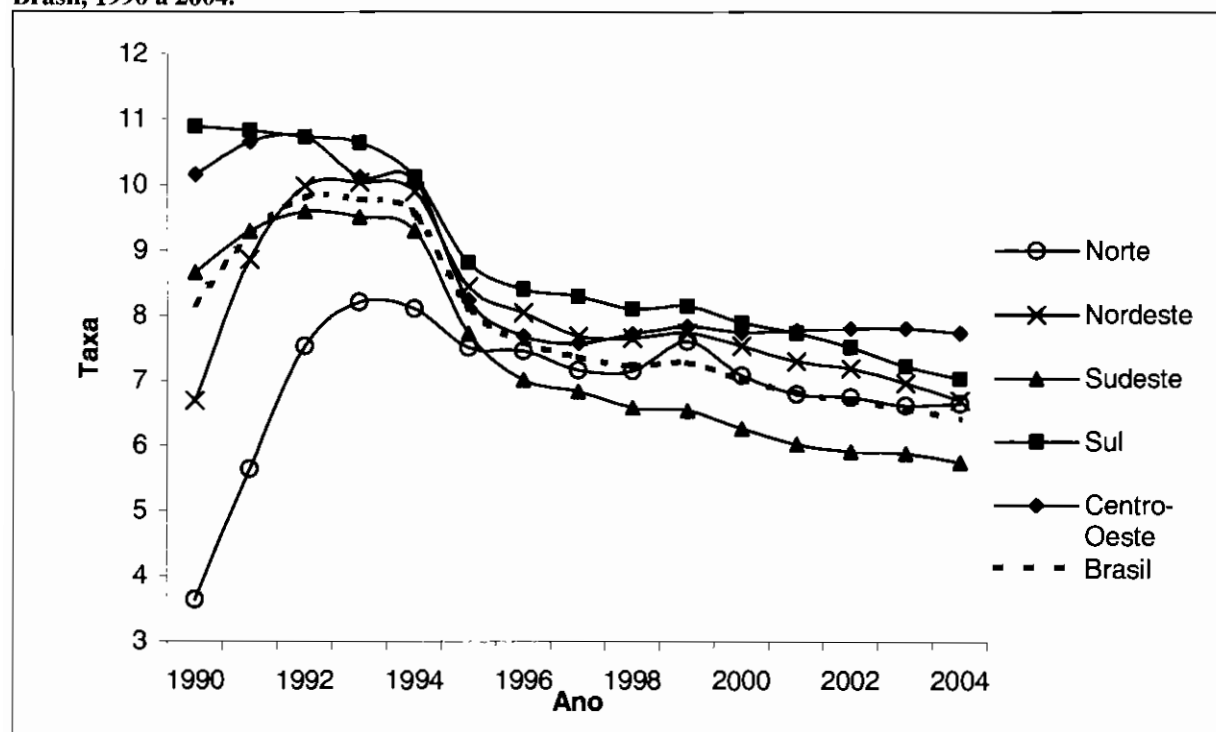
1. Taxa.: Número de internações por 100 habitantes.
2. No número de internações, foram desprezadas as AIH de continuação de longa permanência (tipo 5).
3. A população considerada foi a disponibilizada no sítio do Datasus²².

Observa-se nesta tabela o crescimento do número de internações no período de 1990 a 1994, com uma queda abrupta em 1995. A partir de então, há uma estabilidade no número de internações por ano, chegando a haver pequena queda nas regiões mais populosas (Sudeste, Nordeste e Sul). O crescimento inicial pode ser atribuído, em primeiro lugar, à expansão do SIH/SUS para a rede pública, como foi visto no item 5.1. No entanto, esta expansão ocorreu principalmente entre 1990 e 1992, sugerindo que entre 1992 e 1994 tenha havido um possível descontrole no número de AIH pagas.

²² Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>; acesso em 01 out. 2005.

No Gráfico 7, é exibida a taxa de internações por 100 habitantes por região. Observa-se que este valor é bastante elevado até 1994 (acima de 10 internações por 100 habitantes), nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, refletindo, também, a maior oferta de serviços nestas regiões. Para este período (1990 a 1994), não é possível discriminar as internações segundo o local de residência do paciente, pois tal informação não era coletada. Pode ser observado também o maior crescimento das taxas, neste mesmo período, nas regiões Norte e Nordeste, pela incorporação da rede pública.

Gráfico 7 - Taxa de internações por 100 habitantes, por ano segundo região (local de internação). Brasil, 1990 a 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 7.

Em 1995, novos controles, mais rígidos são implantados. As portarias MS/GM nº 272, de 1º de março de 1995, e MS/SAS nº 15, de 2 de março de 1995, determinam o teto de 9 internações por ano por 100 habitantes por Unidade da Federação. Para os estados que apresentaram uma média maior que este valor em 1994, é determinado um cronograma de redução em três meses. Maiores controles também são estabelecidos em relação aos tetos financeiros.

Pode-se observar, então, ainda na Tabela 7, a queda no número de internações, em termos absolutos e por 100 habitantes, a partir de 1995, certamente como resultado das políticas então implantadas.

A Tabela 8 apresenta os mesmos indicadores, apropriados, porém, segundo o local de residência dos pacientes. Em nível de região, as diferenças em relação à Tabela 7 são pequenas. Detalhando-as por estado (tabelas não apresentadas), pode-se notar que algumas Unidades da Federação apresentam taxas menores por local de residência que as por local de internação, denotando que são receptores de pacientes de outras UF (principalmente Distrito Federal recebendo pacientes de Goiás e Piauí recebendo do Maranhão). Se for calculado em nível municipal, maiores variações nestas taxas certamente poderão ser encontradas.

Em ambas as tabelas, pode ser observada, nos anos posteriores a 1995, a contínua queda no número de internações por 100 habitantes. Isto pode ser devido a outras medidas de contenção, com implantação de controles mais rígidos dos tetos.

Fator a considerar é que o SIH/SUS registra apenas as internações pagas. As internações extrateto (financeiro ou físico) não constam do sistema. Pode-se supor, também, que em municípios em gestão plena do sistema municipal, havendo sido ultrapassado o teto, o gestor informe preferencialmente as internações da rede contratada, já que as públicas podem ser cobertas por outros recursos orçamentários. No escopo deste trabalho, não há como verificar esta hipótese, aventada em diversas discussões informais.

**Tabela 8 – Número de internações e taxa de internações por 100 habitantes, por ano segundo região (por local de residência).
Brasil, 1995 a 2004.**

Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa
1995	759.545	6,8	3.691.418	8,2	4.759.268	7,2	1.886.909	8,2	725.004	7,1	12.646.200	8,1
1996	821.123	7,3	3.547.611	7,9	4.495.199	6,7	1.918.866	8,2	767.753	7,3	11.932.654	7,6
1997	813.146	7,0	3.419.976	7,5	4.406.151	6,5	1.905.404	8,0	771.456	7,2	11.772.367	7,4
1998	845.981	7,1	3.485.287	7,6	4.446.189	6,4	1.928.589	8,0	830.605	7,6	11.714.756	7,2
1999	930.900	7,7	3.590.392	7,8	4.558.210	6,5	1.995.487	8,2	875.808	7,8	11.950.797	7,3
2000	921.872	7,1	3.608.186	7,6	4.522.090	6,2	1.988.109	7,9	897.065	7,7	11.937.323	7,0
2001	909.878	6,9	3.537.173	7,3	4.420.982	6,0	1.971.856	7,7	916.465	7,7	11.756.354	6,8
2002	919.659	6,8	3.518.451	7,2	4.402.188	5,9	1.937.713	7,5	935.738	7,7	11.713.749	6,7
2003	917.784	6,7	3.445.484	7,0	4.434.613	5,9	1.884.057	7,2	952.877	7,7	11.638.194	6,6
2004	942.197	6,7	3.346.473	6,7	4.385.875	5,7	1.855.518	7,1	962.818	7,7	11.492.883	6,4

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Taxa: Número de internações por 100 habitantes.
2. No número de internações, foram desprezadas as AIH de continuação de longa permanência.
3. A população considerada foi a disponibilizada no sítio do Datasus (ver nota de rodapé 22).
4. As internações de residência ignorada estão contabilizadas no total Brasil.

As menores taxas observadas para a Região Sudeste, que são aparentemente contraditórias com a maior capacidade instalada nesta região, pode ser (pelo menos em parte) explicada pela maior proporção da população assistida por planos privados de saúde suplementar, conforme pode ser visto na Tabela 9, ou seja, a população desta região é menos dependente do SUS do que a população das demais regiões. Na Figura 1, pode-se observar que as menores taxas de internação por UF de residência ocorrem em São Paulo e Rio de Janeiro (maior capacidade instalada, maior proporção de população coberta por planos privados de saúde), em Rondônia e Amazonas (pequena capacidade instalada, pequena proporção de população coberta com planos de saúde) e no Rio Grande do Norte (situação intermediária).

Tabela 9 – Proporção (%) da população assistida por planos privados de saúde por região segundo ano.

Brasil, 2000-2003.

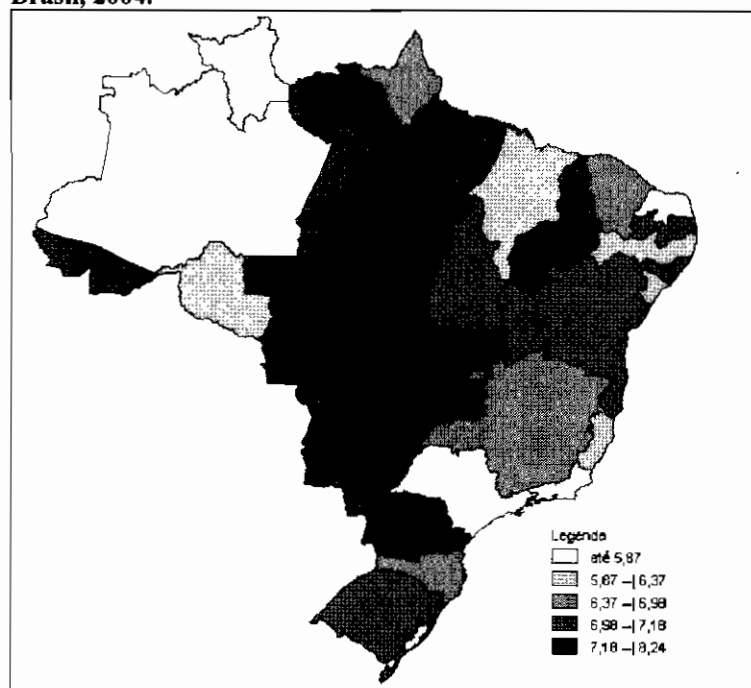
Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
2000	5,8	8,1	34,4	14,6	13,3	20,5
2001	5,7	7,7	33,2	14,4	12,9	19,8
2002	6,2	7,9	31,8	14,1	12,7	19,2
2003	6,6	8,1	31,8	14,9	12,7	19,4

Fontes: Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde – Sistema de Informações de Beneficiários. Informado até abril de 2004. IBGE – Base demográfica.

Nota: Obtido do IDB-2004 – Indicadores e Dados Básicos 2004, disponível em <http://www.datasus.gov.br/idb2004>, acesso em 01 de outubro de 2005.

Figura 1 – Taxa de internação por 100 habitantes.

Brasil, 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Mapa elaborado a partir do detalhamento por UF da Tabela 8
2. Taxa de internação por local de residência

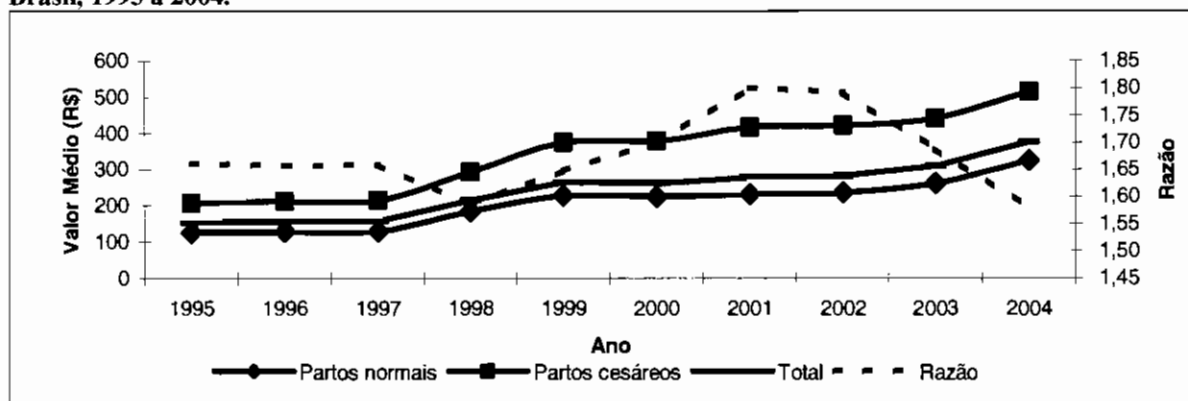
5.3.2. A limitação de cesarianas

É bastante conhecido o alto percentual de cesarianas realizadas no Brasil, tanto no sistema público como no sistema privado²³. Já em 1978, Gentile de Mello²⁴, apud Baldijão (1992), concluía que o maior valor das Unidades de Serviços dos partos cesarianos, ainda na vigência do SNCPC (Sistema da GIH) foi uma das principais causas do crescimento da proporção destes partos junto à rede privada de serviços.

O Conselho Nacional de Saúde emitiu, em 9 de novembro de 1995, a Resolução nº 174, determinando que a Comissão Intergestora Tripartite revisse o pagamento diferenciado entre o parto normal e parto cesáreo na tabela do SUS, considerando a possibilidade de igualar a remuneração para ambos procedimentos.

Porém, como pode ser visto no Quadro 1 (página 38), no Gráfico 8 e na Tabela 10, a diferença entre os valores da Tabela de Procedimentos e os valores médios pagos dos partos cesáreos e normais persistiu. Em 1995, o valor médio do parto cesáreo correspondia a 1,66 vez o do parto normal; esta relação sobe para 1,80 em 2001/2002, diminuindo para 1,58 em 2004.

Gráfico 8 – Valor médio dos partos, normais e cesáreos e razão entre os valores médios. Brasil, 1995 a 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Razão: Razão entre o valor médio dos partos cesáreos e o valor médios dos partos normais.
2. Gráfico elaborado a partir da Tabela 10.

²³ Ver os indicadores F.8 – Proporção de Partos Cesáreos e F.9 – Proporção de Partos Cesáreos (SUS) do IDB-2004, disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2004/f08.def> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2004/f09.def>, respectivamente; acesso em 09 nov. 2005.

²⁴ GENTILE DE MELLO, C. **Medicina Previdenciária. Saúde e Medicina no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

Pode-se também observar, na Tabela 10, que, entre 1992 e 1997, em média 32% dos partos eram cesáreos. Esta distribuição é bastante irregular, como pode ser visto na Figura 2, referente a 1997. A proporção de partos cesáreos variava, neste ano, de 2,6% em Roraima a 48,8% em Mato Grosso do Sul, com média de 31,9% e mediana de 26,9%.

Tabela 10 – Quantidade e valor médio dos partos, por tipo, proporção de partos cesáreos e razão entre os valores médios, segundo ano.

Brasil, 1992 a 2004.

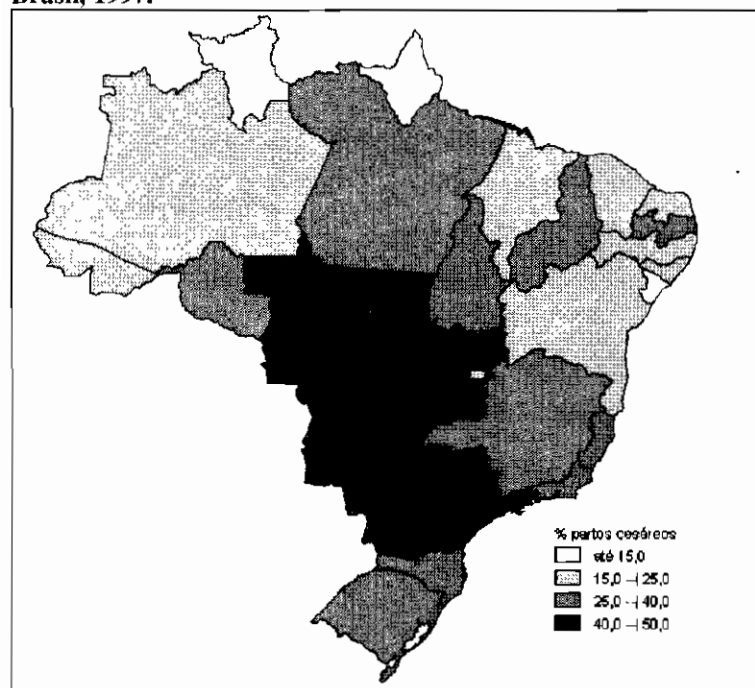
Ano	Partos normais		Partos cesáreos		Total de partos		% parto cesáreos	Razão (%)
	Quantidade	Valor Médio	Quantidade	Valor Médio	Quantidade	Valor Médio		
1992	1.856.771	-	834.200	-	2.690.971	-	31,0	-
1993	1.960.133	-	896.122	-	2.856.255	-	31,4	-
1994	1.928.426	-	924.408	-	2.852.834	-	32,4	-
1995	1.906.037	124,83	915.474	207,35	2.821.511	151,60	32,4	166,1
1996	1.858.359	128,15	884.782	212,35	2.743.141	155,31	32,3	165,7
1997	1.849.296	129,13	868.969	214,18	2.718.265	156,32	32,0	165,9
1998	1.876.624	184,31	744.729	292,25	2.621.353	214,97	28,4	158,6
1999	1.992.568	227,41	660.431	374,58	2.652.999	264,05	24,9	164,7
2000	1.906.320	222,84	599.419	378,92	2.505.739	260,18	23,9	170,0
2001	1.801.406	231,20	602.479	416,18	2.403.885	277,56	25,1	180,0
2002	1.753.659	234,95	590.101	420,83	2.343.760	281,75	25,2	179,1
2003	1.664.680	261,06	596.833	440,69	2.261.513	308,46	26,4	168,8
2004	1.626.092	325,76	617.687	514,17	2.243.779	377,63	27,5	157,8

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Razão: Razão entre o valor médio dos partos cesáreos e o valor médios dos partos normais.
2. Valores médios nos anos de 1992 a 1994 não calculados, devido à alta inflação da época e às sucessivas mudanças de moeda.

Figura 2 – Proporção de partos cesáreos por UF. Brasil, 1997.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Mapa elaborado a partir da Tabela 11.

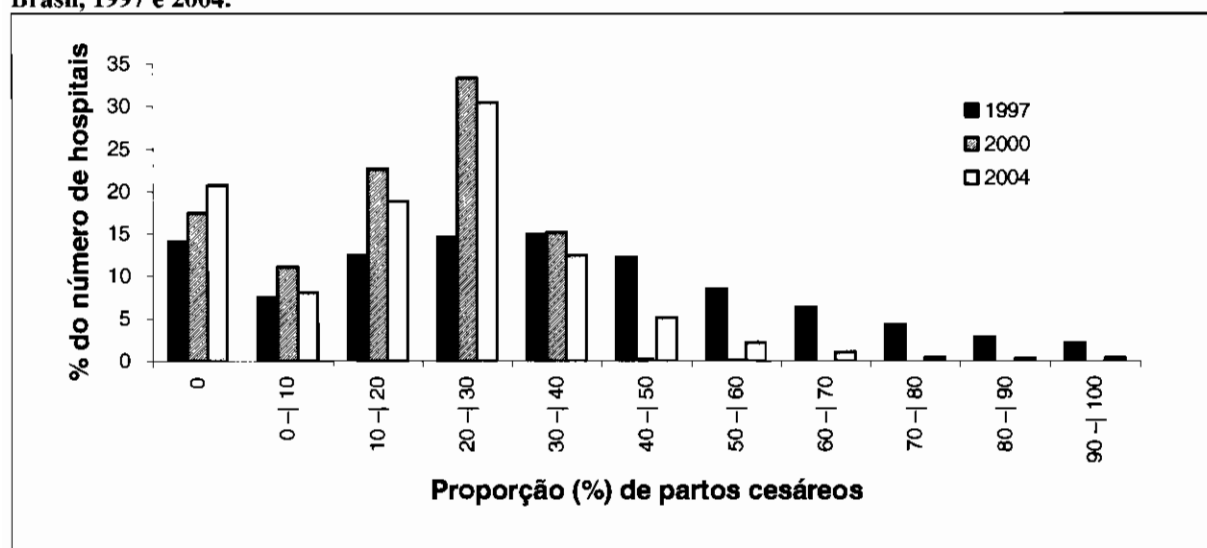
Tabela 11 – Proporção de partos cesáreos por ano, segundo Região e UF. Brasil, 1997, 2000 e 2004.

UF	1997	2000	2004	UF	1997	2000	2004
Região Norte	26,1	20,4	24,1	Bahia	18,4	16,2	19,4
Rondônia	32,5	24,4	22,1	Região Sudeste	39,0	27,9	31,4
Acre	19,2	21,0	24,6	Minas Gerais	38,7	26,9	33,8
Amazonas	21,8	18,5	21,2	Espírito Santo	36,4	26,9	24,1
Roraima	2,6	14,6	15,6	Rio de Janeiro	37,6	26,8	23,8
Pará	28,2	21,2	26,4	São Paulo	40,2	29,1	33,7
Amapá	10,7	10,9	20,9	Região Sul	36,9	27,2	30,5
Tocantins	26,9	22,5	23,7	Paraná	41,5	27,7	28,9
Região Nordeste	21,4	19,3	23,2	Santa Catarina	35,2	28,7	34,0
Maranhão	19,7	16,9	17,8	Rio Grande do Sul	32,7	25,8	30,2
Piauí	26,9	22,9	31,3	Região Centro-Oeste	42,0	26,1	29,8
Ceará	22,9	22,5	27,7	Mato Grosso do Sul	48,8	29,9	35,8
Rio Grande do Norte	21,2	19,7	28,9	Mato Grosso	47,2	26,3	32,1
Paraíba	35,2	24,5	29,9	Goiás	46,0	22,9	21,8
Pernambuco	20,5	21,2	20,7	Distrito Federal	24,9	26,8	32,6
Alagoas	18,2	18,1	27,2	Brasil	32,0	23,9	27,5
Sergipe	14,7	13,9	18,6				

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

É importante também verificar como se comportam os hospitais em relação aos partos cesáreos. O Gráfico 9 e a Tabela 12 apresentam o número de hospitais de acordo com a proporção de partos cesáreos neles realizados. Observa-se, em 1997, a concentração de hospitais na faixa de 20 a 50% de partos cesáreos, mas com número bastante alto de hospitais com mais de 50%.

Gráfico 9 – Número de hospitais segundo a faixa de proporção de partos cesáreos. Brasil, 1997 e 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 12.

Para diminuir o impacto provocado por hospitais que realizam partos apenas eventualmente, foi estudada a situação em que foram desprezados os hospitais do primeiro quintil da distribuição segundo o número total de partos no ano. Com isto, foram eliminados do universo os hospitais que realizaram menos de 74 partos em 1997, de 60

partos em 2000 e de 49 partos em 2004. Isto resultou em não considerar 1,2% dos partos em 985 estabelecimentos em 1997, 1,0% dos partos em 953 estabelecimentos em 2000 e 0,8% dos partos em 898 estabelecimentos em 2004. A distribuição resultante é bastante similar à apresentada, apenas com diminuição do número de estabelecimentos na primeira e última classe. É de estranhar a existência de hospitais com mais de 500 partos em 1997, mas com menos de 5% ou mais de 95% dos partos cesáreos.

Tabela 12 – Número de hospitais por ano segundo a proporção de partos cesáreos. Brasil, 1997 e 2004.

Proporção de partos cesáreos	1997	2000	2004
0%	687	817	922
0 – 10 %	371	519	360
10 – 20 %	611	1060	837
20 – 30 %	714	1561	1.353
30 – 40 %	732	712	552
40 – 50 %	599	11	228
50 – 60 %	415	3	97
60 – 70 %	312	0	47
70 – 80 %	210	0	20
80 – 90 %	139	1	12
90 – 100 %	104	-	18
Total	4.894	4.684	4.446

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Com o objetivo de diminuir o número de cesáreas, é editada a Portaria MS/GM nº 2.816, em 29 de maio de 1998, estabelecendo que o percentual de partos cesáreos por estabelecimento passa a ser limitado, progressivamente, nas seguintes proporções e prazos:

- 40%, para o segundo semestre de 1998;
- 37%, para o primeiro semestre de 1999;
- 35%, para o segundo semestre de 1999; e
- 30%, para o primeiro semestre de 2000.

O controle deste limite deveria ser feito no momento da digitação das AIH, no programa de entrada de dados (SISAIH01)²⁵. A Portaria MS/SAS nº 94, de 16 de julho de 1998, complementa a 2.816, indicando que, se ultrapassado o limite, todas as AIH de partos seriam rejeitadas.

²⁵ Esta forma de controle deixou uma brecha para manipulações; o programa de entrada de dados não tem conhecimento de AIH apresentadas em movimentos anteriores. Assim, o hospital poderia entrar com AIH de partos normais já apresentadas, ficando dentro dos limites. Posteriormente, tais AIH de partos normais seriam rejeitadas, por já terem sido apresentadas e as AIH de partos cesarianos excedentes não mais seriam rejeitadas. No entanto, não há como verificar se tal fato ocorreu.

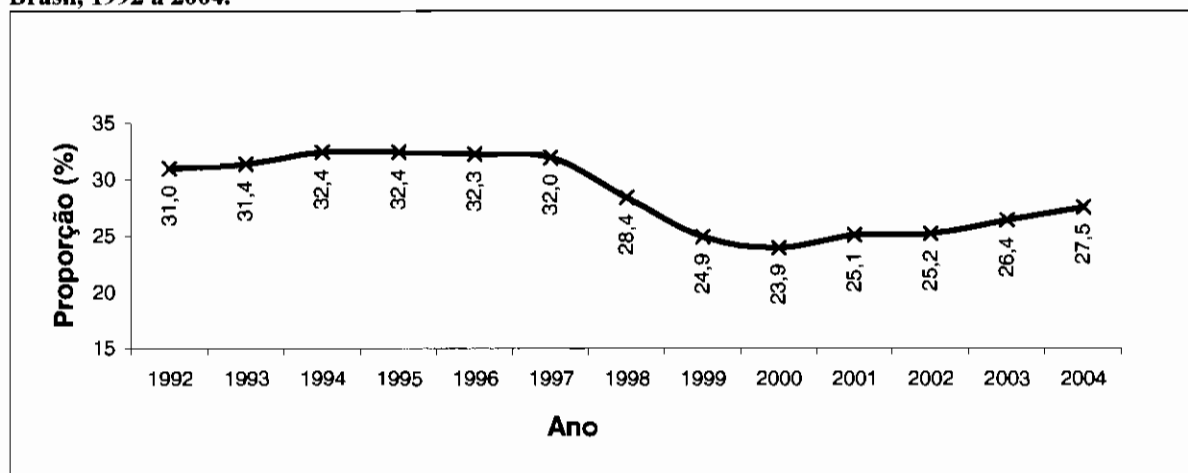
É interessante observar que, nos “considerandos” desta portaria, é destacado que a elevada taxa de cesáreas no Brasil é fator determinante da elevada morbi-mortalidade materna e perinatal sem, no entanto, apresentar dados e referências.

Em 3 de julho de 1999, a Portaria MS/GM nº 865 redefine as proporções e prazos estabelecidos anteriormente, para:

- 37%, para o segundo semestre de 1999;
- 35%, para o primeiro semestre de 2000; e
- 30%, para o segundo semestre de 2000.

Pode-se ver, na Tabela 10 (página 53) e no Gráfico 10, a queda ocorrida a partir de 1998, aparentemente tendo havido adequação às portarias. A mesma queda pode ser observada na Tabela 11 (página 54) em quase todas as unidades da federação, principalmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo que nenhum estado atingiu a marca de 30% em 2000. No Gráfico 9 e Tabela 12, observa-se que praticamente nenhum hospital teve mais de 40% de partos cesáreos, também em 2000.

Gráfico 10 – Evolução da proporção de partos cesáreos, por ano. Brasil, 1992 a 2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 10.

No ano de 2000, nova alteração na sistemática de controle da limitação de partos cesáreos é feita. A Portaria MS/GM nº 466, de 14 de junho de 2000, reconhece que o limite por hospital “não contempla peculiaridades de algumas instituições que, por serem de referência e de maior complexidade assistencial, realizam um número maior destes procedimentos do que os limites propostos”, conforme o próprio texto da portaria.

Também é reconhecida a necessidade de incrementar o papel regulador dos gestores estaduais. Neste sentido, os limites dos hospitais passam a ser atribuídos e controlados pelos estados. Os limites destes são verificados pelo nível federal.

Passa a haver limites por unidade da federação, estabelecido na própria portaria, a pactuar:

- 20% para Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Alagoas, Sergipe e Bahia;
- 25% para Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Distrito Federal;
- 27% para Paraíba e Rio Grande do Sul;
- 30% para Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás; e
- 35% para Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul.

É definido que os estados com limites acima de 25% deverão reduzi-lo progressivamente. No caso de não cumprimento dos limites pela unidade da federação, ou não adesão ao pacto, são mantidas as metas por estabelecimento hospitalar, de acordo com as Portarias MS/GM nº 2.816/1998 e MS/GM nº 865/1999, já discutidas.

Novas portarias definem os limites para os estados que não pactuarem com a União: a Portaria MS/GM nº 426, de 4 de abril de 2001, estabelece 30% para o primeiro semestre de 2001 e 27% para o segundo semestre de 2001; a Portaria MS/GM nº 179, de 29 de janeiro de 2002, mantém 27% por hospital para o primeiro semestre de 2002.

Com estas novas regras, o perfil da distribuição dos partos novamente se altera. A proporção de partos cesáreos atinge, em 2004, 27,5% (Tabela 11, página 54), sendo que em vários estados esta proporção passa de 30%, destacando-se Mato Grosso do Sul com 35,8%, Santa Catarina com 34%, e Minas Gerais com 33,8%. Na Tabela 12 (página 54) e Gráfico 9 (página 54), pode-se observar que volta a haver hospitais com mais de 40% de partos cesáreos, mas em menor quantidade que em 1997.

A adoção destes limites, desde 1998, efetivamente diminuiu a proporção de cesáreas registradas no SIH/SUS. Cabe levantar ainda algumas questões, que extrapolam os limites deste trabalho:

- Esta diminuição realmente ocorreu? Foi mudada a prática médica ou passou a haver mais distorção da informação? O estabelecimento deixou de efetuar cesarianas ou preferiu informá-las como partos normais, para não exceder o limite e receber pelo menos uma parte do valor? Esta questão pode ser respondida através de pesquisa nos prontuários médicos, de batimento com os registros do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de auditorias ou então em pesquisa com as parturientes, como pode ser efetuada através do sistema de cartas da SAS²⁶. Não foram encontrados estudos atualizados sobre o tema.
- A diminuição da proporção de partos cesáreos levou a uma redução na morbimortalidade materna e infantil, conforme eram os objetivos apresentados tanto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 174 como nas portarias que estabeleceram os limites? Além disso, qual a relação desta redução com outros incentivos à melhoria da atenção ao parto e à criança, como os programas dos Hospitais “Amigos da Criança”, do Atendimento à Gestante de Alto Risco e de Humanização do Pré-natal e Nascimento?

5.4. Algumas considerações sobre a natureza dos prestadores

Na análise das informações do SIH/SUS, principalmente quanto à categorização dos hospitais, alguns cuidados adicionais devem ser tomados, como será detalhado neste item. As situações aqui descritas se aplicam até julho de 2003. Com a implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em agosto de 2003, há uma mudança das condições, que será analisada mais adiante, no item 5.8.

5.4.1. Os hospitais universitários públicos e privados

Mesmo com a instituição do FIDEPS (item 5.2.1), uma distorção já existente anteriormente não é solucionada: nas bases de dados do SIH/SUS continua não sendo possível identificar os hospitais universitários (com ou sem FIDEPS) como públicos ou privados. Também não é possível diferenciar os hospitais vinculados a universidades (públicas federais –

²⁶ Por este sistema, são enviadas cartas aos pacientes que tiveram alta, com um questionário sobre o atendimento efetuado; o retorno é utilizado para alguns critérios de acreditação do hospital, eventuais auditorias e inserção em programas de incentivos.

vinculadas ao MEC, públicas estaduais ou privadas) dos não vinculados, mas que satisfazem os critérios do FIDEPS (hospital-escola, residência médica, cursos de pós-graduação strictu senso etc).

O Quadro 2 apresenta os hospitais universitários do Rio de Janeiro, de 1992 a 2003, segundo sua qualificação como “ensino” ou “pesquisa”. Observe-se que praticamente todos os hospitais são efetivamente vinculados a universidades ou utilizados como hospital-escola, sejam públicas (UFRJ, UERJ, UNIRIO) ou privadas (UNIG, Valença, Vassouras, Teresópolis etc.). O Instituto Nacional do Câncer, pertencente ao Ministério da Saúde, também está classificado nesta categoria, já que tem programas de residência médica, especialização, pós-graduação etc. Note-se que a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro não consta desta relação, apesar de ter atividades de hospital-escola. Em consulta ao BDAIH, verifica-se que este hospital está classificado como filantrópico.

**Quadro 2 – Hospitais universitários, natureza e período.
Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 1992 a julho de 2003.**

Hospital		Natureza	Período
28.523.215/0003-78	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO UNIV FED FLUMINENSE	Pesquisa	1992 a 2003
28.947.885/0002-30	ASSOC FLUM DOS PLANT DE CANA HOSPITAL UNIVERSITARIO MEC MPAS	Ensino	1992 a 2003
28.964.252/0001-50	FUND BENEDITO P NUNES/HOSP. ESCOLA ALVARO ALVIM	Pesquisa	2001 a 2003
		Ensino	1998 a 2001
30.834.196/0002-61	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIG	Pesquisa	1992 a 1996
		Pesquisa	1998 a 2003
		Ensino	1996 a 1998
32.190.092/0003-78	HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	Pesquisa	1992 a 2003
32.354.011/0001-66	ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	Pesquisa	1992 a 2003
32.410.037/0001-84	FUND.ED SEVERINO SOMBRA HOS.ESC.JARBAS PASSARINHO	Pesquisa	1999 a 2003
32.410.037/0004-27	HOSPITAL ESCOLA JARBAS PASSARINHO	Pesquisa	1992 a 1999
33.540.014/0017-14	HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO HUPE	Pesquisa	1992 a 2003
33.663.683/0001-16	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	Pesquisa	1992 a 1993
33.663.683/0003-88	UFRJ HOSPITAL ESCOLA SAO FRANCISCO DE ASSIS	Ensino	1999 a 2003
33.663.683/0020-89	UFRJ INSTITUTO DE GINECOLOGIA	Pesquisa	1999 a 2001
		Ensino	2002 a 2003
33.663.683/0022-40	UFRJ INSTITUTO DE NEUROLOGIA DEOLINDO COUTO	Pesquisa	1999 a 2003
33.663.683/0025-93	UFRJ INSTITUTO DE PSIQUIATRIA	Pesquisa	1999 a 2003
33.663.683/0026-74	UFRJ INSTITUTO DE PUERICULTURA E PED. MARTAGAO GESTEIRA	Pesquisa	1999 a 2003
33.663.683/0028-36	UFRJ INSTITUTO DE DOENCAS DO TORAX	Pesquisa	1999 a 2000
33.663.683/0052-66	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA	Pesquisa	1999 a 2003
33.663.683/0053-47	UFRJ HOSP. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO	Pesquisa	1999 a 2003
34.023.077/0001-07	HOSP UNIV GAEFREE E GUINLE DA UNI RIO	Pesquisa	1992 a 2003
40.226.946/0001-95	FUNDACAO ARY FRAUZINO	Pesquisa	1993 a 2003
42.429.480/0001-50	FUND UNIVERST JOSE BONIFACIO HOSP ESCOLA S FRANCISCO ASSIS	Pesquisa	1992
42.429.480/0002-31	HOSP UNIV C FRAGA FILHO	Pesquisa	1993 a 1999
42.429.480/0003-12	INST PUER E PED MART GESTEIRA	Pesquisa	1992 a 1999
42.429.480/0004-01	FUNDACAO UNIV. JOSE BONIFACIO INST. TIS. PNEUMOLOGIA UFRJ	Pesquisa	1992 a 1999
42.429.480/0005-84	FUNDACAO UNIVERSIDADE JOSE BONIFACIO INST GINECOLOGIA UFRJ	Pesquisa	1992 a 1999
42.429.480/0006-65	FUND UNIVERSITARIA JOSE BONIFACIO MATERNIDADE ESCOLA UFRJ	Pesquisa	1992 a 1999
42.429.480/0007-46	INSTITUTO DE NEUROLOGIA DEO LINDO COUTO UFRJ	Pesquisa	1992 a 1999
42.429.480/0008-27	FUNDACAO UNIVERS.JOSE BONIFACIO - INST.PSIQUIATRIA - UFRJ	Pesquisa	1992 a 1999
42.429.480/0009-08	FUND UNIVERST JOSE BONIFACIO HOSP ESCOLA S FRANCISCO ASSIS	Ensino	1992 a 1999
42.498.717/0068-62	HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	Pesquisa	1993 a 1994

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

**Quadro 3 – Hospitais universitários, natureza e período.
Estado do Rio Grande do Sul, janeiro de 1992 a julho de 2003.**

Hospital	Natureza	Período
87.020.517/0001-20	HOSPITAL DE CLINICAS DE POA HOSPITAL UNIVERSITARIO MEC/MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
88.630.413/0002-81	UNIAO BRASILEIRA EDUCACAO E ASSISTENCIA HOSP.SAO LUCAS PUC	Pesquisa 1994 a 2003
89.876.114/0001-03	HOSPITAL ESCOLA UFPEL FUND DE APOIO UNIV HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
91.102.236/0001-94	HOSP DE ENSINO DR MIGUEL CORREA JUNIOR CONVENIO MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
92.021.062/0001-06	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE SAO VICENTE DE PAULO	Pesquisa 1993 a 2003
92.204.585/0001-80	CLINICA OLIVE LEITE SA	Pesquisa 1993 a 2002
92.219.070/0001-53	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	Pesquisa 1993 a 2003
92.219.559/0001-25	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS	Pesquisa 1993 a 2003
92.238.914/0002-94	SPAC UCPEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HOSP UNIVERS MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
92.693.134/0001-53	HOSPITAL FEMINA SA	Pesquisa 1993 a 2003
92.706.308/0019-02	UNIAO SUL BRASILEIRA EDUC ENSINO HOSP PUC HOSP UNIVERSITARIO	Pesquisa 1992 a 1994
92.787.118/0001-20	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	Pesquisa 1993 a 2003
92.787.126/0001-76	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S/A	Pesquisa 1993 a 2003
92.815.000/0001-68	ISCMPA HOSPITAL POL SANTA CLARA HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
92.815.000/0003-20	ISCMPA HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
92.815.000/0004-00	ISCMPA HOSPITAL PAV SAO JOSE HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
92.815.000/0005-91	ISCMPA HOSP PAV PEREIRA FILHO HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
92.898.550/0001-98	FUN UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	Pesquisa 1993 a 2003
92.963.560/0001-68	PREF.MUN. DE POA/SMS/HOSP.MATERN INF. PRES. VARGAS	Pesquisa 2000 a 2003
92.967.595/0002-58	HOSPITAL ESCOLA MATERNIDADE INFANTIL PRES. VARGAS	Pesquisa 1993 a 2000
93.712.735/0002-00	HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO CONVENIO UNIVERSITARIO	Pesquisa 1994 a 2003
94.862.265/0001-42	ASSOCIACAO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE	Pesquisa 2000 a 2002
95.591.764/0014-20	HOSPITAL UNIVER DE S MARIA HOSP UNIVERS (MEC/MPAS)	Pesquisa 1992 a 2003

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

**Quadro 4 – Hospitais universitários, natureza e período.
Estado de São Paulo, janeiro de 1992 a julho de 2003.**

Hospital	Natureza	Período
33.495.870/0001-38	CASA N S PAZ ACAO S FRANCISCANA HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
44.896.827/0001-09	ASSOC HOSPITAL DE COTIA HOSP UNIVERSITARIO MEC/MPAS	Ensino 2000 a 2001
		Pesquisa 1994 a 2000
45.176.153/0001-22	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE HOSP UNIV (MEC/MP)	Pesquisa 1992 a 2003
45.751.435/0001-06	UNIV EST CAMP UNICAMP-H MUNIC PAULINIA HOSP.UNIV. MEC MPAS	Ensino 1992 a 1993
		Pesquisa 1993 a 1995
46.020.301/0002-69	SOC CAMPINEIRA EDUC INSTRUCAO HOSP UNIVER CONV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
46.044.368/0001-52	SANATORIO DR CANDIDO FERREIRA	Pesquisa 1998 a 2003
46.068.425/0001-33	UNIVES EST CAMPINAS UNICAMP HOSPITAL UNIVER MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2001
46.374.500/0014-09	CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA HOSP UNIVERSITARIO MEC MPAS	Ensino 1992
		Pesquisa 1992 a 2001
47.074.851/0008-19	FUNDACAO PADRE ALBINO HOSPITAL UNIVER MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
47.074.851/0009-08	FUNDACAO PADRE ALBINO HOSPITAL UNIVERSITARIO MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
48.031.918/0019-53	HOSPITAL DAS CLINICAS UNESP BOTUCATU	Pesquisa 1992 a 2001
50.644.053/0001-13	FUNDACAO ZERBINI	Pesquisa 1992 a 2001
50.965.219/0001-01	HOSPITAL E MATERNIDADE JUNDIAI S/A	Pesquisa 1994 a 2001
52.052.420/0001-15	FUND MUNICIPAL ENSINO MARILIA HOSP UNIVERSITARIO MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
52.803.319/0001-59	FUNDACAO OSWALDO RAMOS	Pesquisa 2000 a 2003
53.725.560/0001-70	FUNDACAO ADIB JATENE-INSTIT. DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA	Pesquisa 1993 a 2001
56.023.443/0001-52	HCFM RIBEIRAO PRETO USP HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 1999
56.577.059/0001-00	FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA MEC/MPAS	Pesquisa 1992 a 2000
57.571.275/0002-83	FUNDACAO DO ABC HOSPITAL UNIVERSITARIO MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
57.571.275/0005-26	HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITARIO DE SAO BERNARDO DO CAMPO	Ensino 1999 a 2003
57.722.118/0001-40	FUND. DE APOIO AO ENSINO/PESQUISA E ASSIST. DO HCFMRPUSP	Pesquisa 1999 a 2002
60.003.761/0001-29	FUND FAC REG MEDICINA DE SJRP HOSP UNIVERSITARIO MEC/MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
60.453.032/0001-74	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO	Pesquisa 1992 a 2003
60.742.616/0001-60	CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	Pesquisa 1993 a 2003
60.961.968/0001-06	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO	Pesquisa 2002 a 2003
61.599.908/0001-58	REAL BENEMERITA SOC PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	Pesquisa 2001 a 2003
62.277.207/0001-65	ORG SANTAMARENSE DE ED E CULTURA HOSPITAL ESCOLA DA FMSA	Ensino 2000 a 2003
		Pesquisa 1993 a 2000
62.779.145/0001-90	IRM STA CASA MIS S PAULO FAC C MED S CASA HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2003
62.779.145/0009-47	IRM. S. CASA MIS. S. PAULO-CENTRO DE ATENCAO INTEG.S.MENTAL	Pesquisa 2003
63.025.530/0029-05	FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA UNIVER.DE SAO PAULO	Ensino 1994 a 1995
		Pesquisa 1996 a 1999
63.025.530/0082-70	HOSPITAL DE PESQUISA E REABILITACAO DE LESOES LABIO PALATAIS	Ensino 1992
		Pesquisa 1993 a 2003
63.025.530/0085-12	UNIV DE S PAULO HOSP UNIVERSITARIO HOSP UNIV MEC MPAS	Pesquisa 1992 a 2001

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Situação bastante distinta ocorre no Rio Grande do Sul (Quadro 3) e em São Paulo (Quadro 4). No Rio Grande do Sul, estão classificados como universitários, entre outros, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e os hospitais do Grupo Conceição (Femina, Cristo Redentor e Conceição), estes, empresas públicas vinculadas ao Ministério da Saúde e que representam quase 10% das internações de todo o estado²⁷. Também em São Paulo a lista de hospitais universitários apresenta tanto hospitais pertencentes a universidades como hospitais privados, públicos e filantrópicos.

Qualquer análise, então, da participação da rede pública e/ou privada fica comprometida sem uma análise detalhada das informações existentes. Não se pode afirmar, absolutamente, que no Rio Grande do Sul há apenas 6,16% de oferta pública (PEREIRA, 2004, p. 22), sem detalhar criteriosamente a origem dos dados, distribuindo os hospitais universitários pela sua efetiva natureza jurídica e vínculo com o SUS. No caso, a este valor deve ser acrescida participação de hospitais como os pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição, os Hospitais de Clínicas das Universidades Federais do Rio Grande do Sul, de Pelotas e de Santa Maria, o Hospital da Universidade de Rio Grande, o Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre e o Hospital Presidente Vargas, todos eles públicos e de grande porte.

5.4.2. A desvinculação do pagamento pela produção de serviços nos hospitais públicos

Em 1995, observa-se nas informações do SIH/SUS a criação da categoria “Federal Verba Própria” (a partir das categorias “Próprio” e “Federal”); em 2001, é criada a categoria “Estadual com Verba Própria” (a partir da categoria “Estadual”). Segundo as Notas Técnicas²⁸, para estes hospitais a AIH não é utilizada para pagamento por serviços produzidos, já que o seu financiamento é feito integralmente com recursos orçamentários. Alguns exemplos de hospitais nesta categoria podem ser vistos no item 5.4.4, adiante.

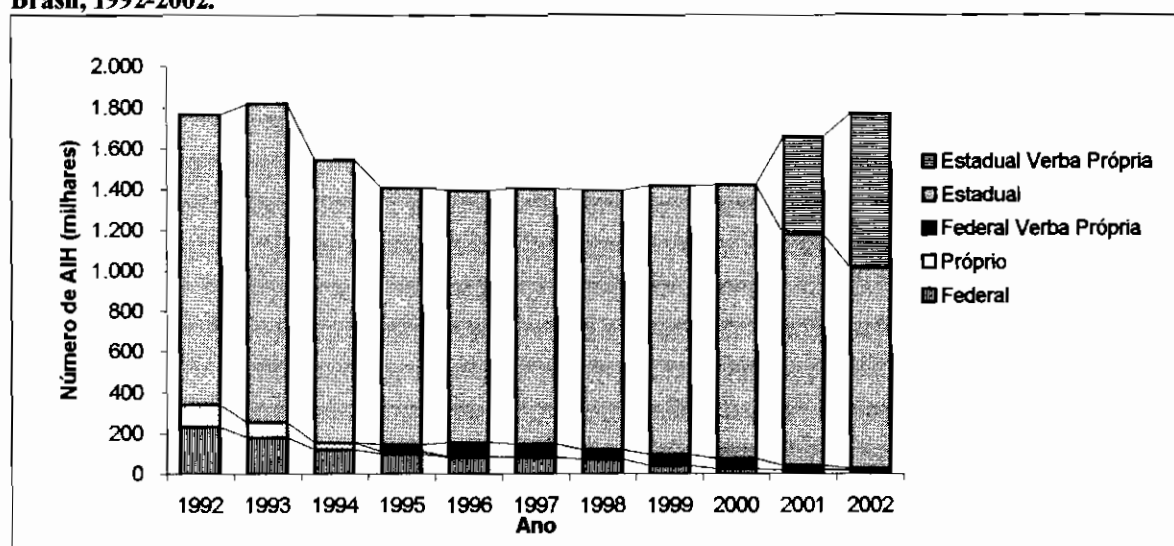
Na Tabela 13, para 1995, observa-se o número de internações na categoria “Federal com Verba Própria” resulta da diminuição do número de internações nas categorias “Próprio” e

²⁷ Estimativa realizada tabulando as internações no Rio Grande do Sul por hospital no ano de 2003.

²⁸ Disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>; acesso em 24 nov. 2005.

“Federal”. No entanto, como pode ser observado no Gráfico 11 e na Tabela 13, o número de internações nos hospitais da categoria “Federal Verba Própria” reduz-se com o tempo, apesar de serem, quase todos, hospitais de grande porte, fazendo supor que há um grande subregistro de informações nos mesmos. O mesmo não acontece com os hospitais da categoria “Estadual com Verba Própria”, o que merece um estudo mais detalhado, mas que não faz parte do escopo deste trabalho.

Gráfico 11 – Número de AIHs da rede federal e estadual por ano de competência segundo natureza. Brasil, 1992-2002.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 13.

Tabela 13 – Número de AIHs pagas na rede federal e estadual por natureza segundo ano de competência. Brasil, 1992-2002.

Ano/mês competência	Próprio	Federal	Federal Verba Própria	Subtotal	Estadual	Estadual Verba Própria	Subtotal	Total
1992	111.771	231.866	-	343.637	1.421.430	-	1.421.430	1.765.067
1993	75.374	179.856	-	255.230	1.562.568	-	1.562.568	1.817.798
1994	35.158	122.159	-	157.317	1.389.231	-	1.389.231	1.546.548
1995	12.914	99.134	33.848	145.896	1.262.026	-	1.262.026	1.407.922
1996	2.457	83.975	70.896	157.328	1.239.141	-	1.239.141	1.396.469
1997	1.386	82.539	65.760	149.685	1.254.334	-	1.254.334	1.404.019
1998	-	73.703	46.438	120.141	1.278.902	-	1.278.902	1.399.043
1999	-	42.918	52.070	94.988	1.324.239	-	1.324.239	1.419.227
2000	-	24.166	51.852	76.018	1.349.273	-	1.349.273	1.425.291
2001	492	19.763	21.592	41.847	1.136.698	477.718	1.614.416	1.656.263
2002	841	17.796	9.615	28.252	986.932	755.410	1.742.342	1.770.594
2003 (até julho)	517	10.289	5.635	16.441	579.061	469.620	1.048.681	1.065.122
Total	240.910	988.164	357.706	1.586.780	14.783.835	1.702.748	16.486.583	18.073.363

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Mesmo não sendo utilizadas para pagamento dos serviços produzidos nestes hospitais “com verba própria”, as AIH dos mesmos são valoradas, ou seja, são atribuídos valores aos serviços hospitalares, profissionais etc., de acordo com as regras de pagamento do SUS.

Assim, dependendo do estudo sendo realizado, deve ser avaliado com cuidado se estas AIH, assim como os valores, devem fazer parte do universo sendo pesquisado.

5.4.3. O SIH/SUS e a retenção de tributos

Nova alteração da categorização dos estabelecimentos hospitalares tornou-se necessária devido à Instrução Normativa SRF/STN/SFC nº 01, de 09 de janeiro de 1997, alterada pela IN SRF/STN/SFC nº 04, de 18 de agosto de 1997²⁹. Esta instrução “dispõe sobre a retenção de tributos e contribuições nos pagamentos efetuados, a pessoas jurídicas, por órgãos, autarquias e fundações da administração pública federal”, conforme consta na própria instrução.

São especificadas as condições em que os órgãos públicos devem reter, na fonte, o Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP) sobre os pagamentos efetuados a pessoas jurídicas, pelo fornecimento de bens ou prestação de serviços.

Por este motivo, os hospitais tiveram sua natureza reclassificada segundo a sua situação frente ao recolhimento destes impostos e contribuições. Não há, portanto, aprioristicamente, uma “migração” dos estabelecimentos para garantir benefícios pelo aparato da legislação vigente a partir de 1997 (PEREIRA, 2004, p. 155); há, apenas, adequação por parte do SUS às novas regras de retenção de impostos na fonte. É razoável supor que, a partir do momento em que o SIH/SUS começa a comandar, automaticamente, a retenção de tributos, os estabelecimentos hospitalares já isentos pela legislação solicitam sua reclassificação, para não diminuir a sua receita, ou se ajustam à lei para garantir a isenção.

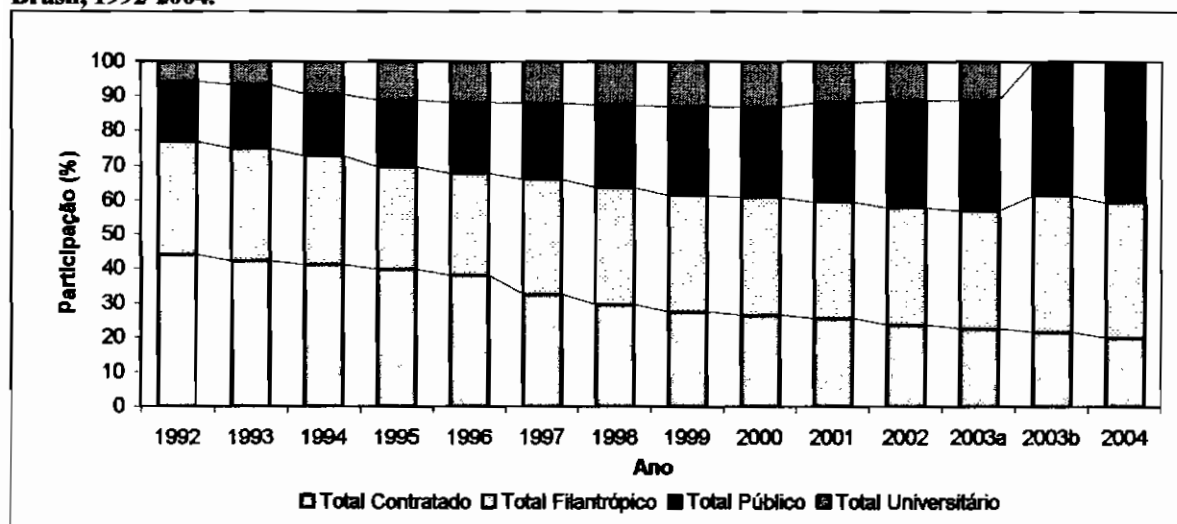
Dois aspectos importantes devem ser considerados quanto à retenção de tributos:

²⁹ Nas Notas Técnicas referentes à rede e às internações hospitalares no sítio do Datasus (disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/cxdescr.htm> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>, respectivamente; acesso em 24 out. 2005) há referência apenas à Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal.

- os valores constantes nas AIH nas bases de dados distribuídas ou apresentados na Internet apresentam sempre os valores brutos, a não ser quando explicitamente indicado (como no BDAIH, por exemplo);
- a retenção de tributos é efetuada diretamente pelo SIH/SUS apenas nos pagamentos efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde; em hospitais sob gestão plena estadual ou plena de assistência municipal, a retenção de tributos é realizada pelo gestor estadual ou municipal, respectivamente.

No Gráfico 12³⁰, pode-se observar que, no período de 1996 a 1998, a reclassificação dos hospitais contratados, filantrópicos e universitários segundo as novas categorias não provoca grandes alterações na distribuição de AIH segundo a natureza. No período de 1992 a 2002, há uma diminuição constante na participação de hospitais contratados, estabilidade para os hospitais filantrópicos e aumento para os hospitais públicos. Para os hospitais universitários, há, até 2000, crescimento na participação e pequena redução a partir de 2001.

Gráfico 12 – Distribuição percentual do número de AIHs segundo a natureza do hospital. Brasil, 1992-2004.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Gráfico elaborado a partir da Tabela 14.
2. 2003a: janeiro a julho de 2003; 2003b: agosto a dezembro de 2003.

³⁰ Como será visto no item 5.8, a implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em agosto de 2003, altera a classificação dos hospitais em relação à retenção de tributos. Por este motivo, no Gráfico 12 e na Tabela 14 os dados de 2003 estão divididos em janeiro a julho e agosto a dezembro.

Tabela 14 – Proporção (%) de AIHs pagas por ano, segundo natureza. Brasil, 1992 a 2004.

Natureza	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003a	2003b	2004
Públicos:	17,3	18,6	17,9	19,4	20,5	22,0	23,8	25,6	26,1	28,7	30,8	31,9	38,7	40,6
Próprio	0,7	0,5	0,2	0,1	0,0	0,0	-	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
Federal	1,5	1,2	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	3,3	3,5
Federal Verba Própria	-	-	-	0,3	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,1	-	-
Estadual	9,2	10,0	9,0	9,5	9,9	10,2	10,4	10,6	10,9	9,3	8,1	8,1	16,9	17,8
Estadual Verba Própria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,9	6,2	6,6	-	-
Municipal	5,9	6,9	7,8	8,8	9,4	10,6	12,3	14,2	14,6	15,2	16,4	16,9	18,6	19,3
Total Contratado e Filantrópico	76,9	74,7	72,6	69,4	67,6	65,8	63,4	61,3	60,6	59,3	57,7	56,8	61,3	59,4
Total Contratado	44,0	42,1	41,1	39,7	38,1	32,6	29,5	27,5	26,6	25,6	23,8	22,6	21,7	20,0
Contratado	44,0	42,1	41,0	39,7	38,0	32,5	29,3	27,3	26,3	25,4	23,7	22,4	20,2	18,8
Contratado optante SIMPLES	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	1,5	1,2
Sindicato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Filantrópico	32,8	32,6	31,5	29,7	29,5	33,2	33,9	33,8	34,0	33,7	33,9	34,2	39,6	39,4
Filantrópico	32,8	32,6	31,5	29,7	29,5	10,4	4,2	4,0	4,1	3,8	3,7	3,8	5,9	5,8
Filantrópico isento tributos e contribuições sociais	-	-	-	-	-	21,9	27,0	27,3	27,5	27,7	28,2	28,6	33,7	33,5
Filantrópico, isento IR e CSLL	-	-	-	-	-	1,0	2,7	2,5	2,4	2,2	2,0	1,8	-	-
Total Universitário	5,8	6,8	9,6	11,2	11,9	12,2	12,8	13,1	13,3	12,0	11,4	11,4	-	-
Ensino	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	-	-
Pesquisas	5,5	6,6	9,4	11,1	11,8	10,0	9,8	10,2	10,2	8,7	7,9	7,7	-	-
Pesquisas, isento de tributos e contribuições sociais	-	-	-	-	-	2,0	2,7	2,6	2,8	2,9	3,1	3,1	-	-
Pesquisas, isento IR e CSLL	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	-
Ensino e pesquisa privado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	-	-
Total Geral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: 2003a: janeiro a julho; 2003b: agosto a dezembro.

Sugere-se, portanto, que, nas análises efetuadas sobre os serviços prestados de acordo com a natureza dos estabelecimentos, as diversas naturezas dos hospitais privados (contratados, filantrópicos e universitários) sejam agregadas, não considerando a classificação segundo a retenção de tributos, conforme o Gráfico 12 e a Tabela 14.

5.4.4. Os hospitais com mais de uma identificação

Um outro aspecto que deve ser considerado quando da análise das informações do SIH/SUS é a eventual múltipla identificação do estabelecimento de saúde. O SIH/SUS, desde sua implantação, utilizava o número do estabelecimento no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC), mais tarde renomeado para Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

(CNPJ)³¹, como identificador do hospital. Eventualmente, no entanto, um hospital pode ter seu número no CNPJ modificado, o que implica num novo identificador, sem que os dados passados sejam alterados. Portanto, ao analisar a série histórica, pode ser necessário pesquisar mais de um identificador para analisar as informações de um hospital.

Examinaremos aqui algumas situações ocorridas no estado do Rio de Janeiro, mas que se aplicam às demais unidades da federação.

A primeira situação já foi vista na análise dos hospitais universitários (itens 4.3 – A expansão do SIH/SUS para a rede de ensino, 5.2.1 – Os hospitais universitários de ensino e os de pesquisa – o FIDEPS e 5.4.1 – Os hospitais universitários públicos e privados), quando o hospital, ao se enquadrar em alguma categoria de hospital universitário, perde a caracterização quanto à sua natureza jurídica – contratado, federal etc.

Além disso, podemos verificar, no Quadro 2 (página 59), que alguns hospitais mudam de CGC/CNPJ. Vários hospitais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por exemplo, constam, no período de 1992 a 1999, com a raiz do CNPJ 42.429.480 (Fundação José Bonifácio). A partir de 1999, todos eles têm a mesma raiz de CNPJ: 33.663.683. Isto acontece em outros hospitais de universidades públicas ou mesmo hospitais federais: o estabelecimento consta com o CNPJ de uma fundação de apoio, e não da própria entidade mantenedora. No mesmo Quadro 2, vemos o CNPJ 40.226.946/0001-95, da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer, referente ao Instituto Nacional do Câncer.

A segunda situação ocorre quando da extinção do INAMPS. Os seus hospitais, que tinham a natureza “Próprio”, além de passar para a natureza “Federal” ou “Federal com verba própria”, também têm a sua raiz de CNPJ alterada, passando de 29.979.143 (do INAMPS) para 00.394.544 (do Ministério da Saúde).

Esta situação pode ocorrer em hospitais privados também, se um estabelecimento é incorporado por outra instituição, podendo mudar de razão social e CNPJ. Não foi

³¹ O Cadastro Geral de Contribuintes foi substituído pelo Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) pela Instrução Normativa SRF nº 27, de 05 de março de 1998. Ainda é comum que se utilize indistintamente a denominação de CNPJ ou CGC, dado que o número de identificação em ambos os cadastros é o mesmo.

identificada nenhuma ocorrência no estado do Rio de Janeiro, entre janeiro de 1992 e julho de 2003, mas, como a pesquisa foi nominal, se houve mudança na denominação da unidade não foi possível detectar que o estabelecimento era o mesmo.

A terceira situação é análoga à anterior. Ocorre quando da cessão de estabelecimentos de uma esfera de governo para outra, principalmente dentro do processo de descentralização e eventual recentralização. Isto é particularmente comum no estado do Rio de Janeiro, tendo em vista a sua grande rede pública federal pré-existente ao SUS, mas também ocorreu em outras unidades da federação.

Analisando os dados do BDAIH³², podemos ver a seguinte evolução para o Hospital Geral do Andaraí, por exemplo:

- de setembro de 1990 a agosto de 1995, CNPJ 29.979.143/0444-60 (INAMPS), natureza “Próprio”;
- de junho de 1995 a outubro de 2000, CNPJ 00.394.544/0201-00 (Ministério da Saúde), natureza “Federal com verba própria”; e
- a partir de outubro de 2000, CNPJ 03.875.072/0001-70 (Secretaria Municipal da Saúde), natureza “Municipal”.

Já para o Hospital Geral de Ipanema temos:

- de setembro de 1990 a abril de 1992, CNPJ 29.979.143/0447-02 (INAMPS), natureza “Próprio”
- de março de 1991 a junho de 1994, CNPJ 42.498.717/0067-81 (Secretaria Estadual de Saúde), natureza “Estadual”;
- de junho de 1995 a março de 2001, CNPJ 00.394.544/0210-00 (Ministério da Saúde), natureza “Federal com verba própria”; e
- a partir de março de 2001, CNPJ 03.875.087/0001-39 (Secretaria Municipal da Saúde) natureza “Municipal”.

³² Foram feitas pesquisas nominais ao BDAIH, obtendo-se os diversos CNPJ para cada hospital pesquisado; para cada CNPJ obtido, pesquisou-se a situação cadastral do estabelecimento para cada período de validade da informação.

5.5. A adoção da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças

O SIH/SUS, desde sua criação ainda como SAMHPS, adotou a Classificação Internacional de Doenças (CID), então na 9ª Revisão (CID-9), para codificação tanto do diagnóstico principal como do secundário. O sistema anterior, SNCPCCH ou GIH, já utilizava também a classificação de diagnósticos segundo a CID, mas, como cita Levy (1988), cerca de 60% dos diagnósticos de internação não podiam ser tratados, pela inconsistência dos mesmos.

Ao adotar a 9ª Revisão, o INAMPS (BRASIL, 1982) optou por fazer adaptações na edição da mesma, com o objetivo de eliminar os caracteres não numéricos, homogeneizar os códigos e permitir maior controle e facilidade de digitação:

- introdução de um quarto dígito (.9) para as categorias que não tivessem subcategoria;
- introdução de um dígito “0” prefixando os códigos das categorias dos capítulos I a XVII;
- substituição da letra “E” pelo dígito “1” na classificação suplementar “E” e da letra “Y” pelos dígitos “20” na classificação suplementar “Y”; e
- introdução de dígito de controle.

Isto permitiu maior facilidade e controle da digitação, já que todos os códigos passaram a ser puramente numéricos, com 6 dígitos, sendo um verificador. Foi necessária a impressão de uma versão reduzida da CID-9, utilizando estes códigos alterados. Esta edição só continha o nome das categorias e subcategorias, sem os sinônimos, termos de inclusão, termos de exclusão e notas, tornando-a bastante limitada. Segundo a própria publicação, a versão reduzida deveria “ser usada como referência para os casos de determinação mais simples” (p. I), recomendando a consulta aos Volumes I (Classificação) e II (Índice Alfabético), que deveriam estar disponíveis nos setores médicos da Previdência Social.

O Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), entidade nacional responsável pela versão em português da CID, alertou para os problemas que poderiam advir do uso

desta edição, pelas limitações nela existentes³³. Mesmo assim, o INAMPS e a Dataprev distribuíram a versão reduzida entre os hospitais da rede.

Não houve recomendações mais detalhadas quanto ao uso da CID-9 nas críticas do sistema, apenas que os códigos utilizados deveriam ter o dígito de controle válido.³⁴ Por este motivo, encontram-se, nos arquivos de internações hospitalares, códigos não existentes na CID-9, como pode ser visto na Tabela 15. As próprias tabelas utilizadas pelo TabWin (arquivos de conversão de extensão CNV)³⁵ apresentam uma seqüência extensa de “Código inválido – Fora da CID”. São códigos efetivamente existentes nos campos de diagnóstico principal e secundário dos arquivos do SIH/SUS, porém não constantes da CID-9, representando, em 1992, cerca de 0,1% das AIH pagas.

Tabela 15 – Número total de AIH, de AIH com diagnóstico não preenchido ou não classificado e percentual sobre o total, segundo ano. Brasil, 1992-1997.

Ano	Nº AIH	Não preenchido/não classificado		% Não preenchido/não classificado	
		Categoria	Subcategoria	Categoria	Subcategoria
1992	15.473.852	11.670	14.904	0,08	0,10
1993	15.611.603	5.477	8.047	0,04	0,05
1994	15.362.402	4.924	7.817	0,03	0,05
1995	13.273.387	1.677	2.715	0,01	0,02
1996	12.530.877	5	8	0,00	0,00
1997	12.351.461	3	3	0,00	0,00

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Não foi possível analisar a situação anterior a 1992, pela inexistência de arquivos detalhados. Observe-se, na mesma tabela, a diminuição de códigos inválidos ao longo dos anos, provavelmente por reforços nas críticas do sistema. Mesmo assim, os estudos realizados por Veras e Martins (1994) e por Mathias e Soboll (1998), utilizando dados codificados pela CID-9, apontam que a qualidade das informações dos diagnósticos era melhor que a corriqueiramente atribuída.

Em 1989, a Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, renomeada para

³³ Conforme depoimento pessoal do Professor Dr. Ruy Laurenti, dirigente do CBCD, ao autor.

³⁴ A 9ª Revisão (OMS, 1985) já introduz regras de seleção e codificação de causas de morbidade, porém não foi encontrada referência a ter havido treinamento no seu uso no SAMHPS e SIH/SUS.

³⁵ Por exemplo, o arquivo CID9_01.CNV (disponível em <http://www.datasus.gov.br/tabwin/rdtab.zip>; acesso em 03 out. 2005), que contém as subcategorias do capítulo I da CID-9.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), entrasse em vigor em 1º de janeiro de 1993 (OMS, 2003).

As principais modificações desta revisão em relação à anterior foram as seguintes, segundo o relatório da conferência (OMS, 2003 e LAURENTI, 1991):

1. A classificação passa a ser mais detalhada, passando de 1.178 categorias para 2.039 e de 6.890 subcategorias para 12.424. Para acomodar esta expansão, é adotado um esquema de código alfanumérico, consistindo de uma letra seguida de três números, possibilitando um número maior de códigos possíveis e que a grande parte dos capítulos fosse atribuída uma única letra.
2. São deixados propositalmente vagos conjuntos de códigos para expansões e futuras revisões; a letra U não é utilizada, servindo para classificações provisórias (como aconteceu, por exemplo, para a codificação da “Síndrome Respiratória Aguda Grave” – U04.9).
3. A “Classificação suplementar de causas externas de lesões e de envenenamentos” (o código E) e a “Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde” (o código V), existentes na 9ª Revisão, deixam de ser considerados suplementares e passam a fazer parte do núcleo da classificação, com o nome de “Causas externas de morbidade e mortalidade” e “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, respectivamente.
4. Os transtornos do mecanismo imunitário passam a fazer parte do mesmo capítulo que as doenças do sangue e dos órgãos hemotopoéticos, enquanto que na 9ª Revisão compartilhavam um capítulo com as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.
5. Algumas doenças específicas mudam de capítulo. Entre outras, destacam-se as doenças provocadas pelo HIV, que constavam do grupo de transtornos imunitários na 9ª Revisão (capítulo III), mas passam para o capítulo das doenças infecciosas e parasitárias na 10ª. Também os tétanos neonatal e obstétrico passam do capítulo de afecções originadas no período perinatal e de gravidez, parto e puerpério, respectivamente, para o de doenças infecciosas e parasitárias.

6. As doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, que compartilhavam um capítulo na 9ª Revisão, passam a ocupar três capítulos: “Doenças do sistema nervoso”, “Doenças dos olhos e anexos” e “Doenças do ouvido e da apófise mastóide”.
7. Alguns capítulos sofrem profunda revisão, tais como os “Transtornos mentais e comportamentais” e os relativos às causas externas: “Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas” e “Causas externas de morbidade e mortalidade”, com mudanças de eixos e critérios de classificação.

Em “Transtornos mentais e comportamentais”, observa-se uma mudança no enfoque de diagnósticos ou doenças para uma classificação de síndromes psiquiátricas ou transtornos, sem o propósito de classificar doenças mentais (JORGE, 1996).

Para o capítulo de “Causas externas de morbidade e mortalidade”, o enfoque deixa de ser o agente do acidente (veículo de estrada de ferro, veículo a motor, de tração animal, e outros) e passa a ser vítima (pedestre, ciclista, motociclista, ocupante de veículo etc) (LAURENTI, 1997).

8. Diversas outras modificações são feitas, em nível de agrupamentos, categorias, subcategorias, notas, forma de apresentação etc.; seu detalhamento, no entanto, foge ao escopo deste trabalho.

É importante considerar que, como expõe Laurenti (1991), a expansão da CID-10, ampliando enormemente o número de categorias e subcategorias, visou satisfazer plenamente aos usuários na classificação de morbidade. No Manual de Instruções da CID-10 (OMS, 1994), as regras e disposições para a codificação de morbidade são também bastante expandidas e detalhadas. Em ambos os casos, isto significava melhores condições de uso da CID-10 no SIH/SUS.

No Brasil, a CID-10 foi adotada, inicialmente, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), na codificação das causas de óbitos ocorridos a partir de 1996 (Portaria MS/GM nº 1.832, de 03 de setembro de 1994). Em 1997, através da Portaria MS/GM nº 1.311, de 12 de setembro de 1997, o Ministério da Saúde definiu que, a partir da competência de janeiro de 1998, a CID-10 deveria vigorar, em todo o território nacional,

em Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, em processo coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde, pelo Centro Nacional de Epidemiologia e pelo Departamento de Informática do SUS³⁶.

O treinamento no uso da CID-10 não teve, porém, a abrangência desejada. O CBCD realizou treinamentos nos principais estados e em alguns hospitais. Os livros foram distribuídos anexados de um disquete, com o conteúdo do volume 1 em formato *Help for Windows* (HLP), para facilitar a pesquisa dos códigos da CID.

Devido ao atraso na distribuição dos volumes 1 e 3 da CID-10 e no treinamento de seu uso, foi autorizado, pela Portaria MS/SAS nº 5, de 22 de janeiro de 1998, para as competências de janeiro e fevereiro de 1998, que os campos de diagnóstico fossem preenchidos com o código U99 – “CID 10ª Revisão não disponível”, pelas unidades hospitalares que ainda não estivessem capacitadas na utilização da CID-10. Conforme pode ser visto na Tabela 16, isto provocou que não houvesse diagnóstico definido em 22% das internações em janeiro e em 18% em fevereiro; para todo o ano de 1998, isto representou 3,3% das internações.

Tabela 16 – Número de AIH por mês de competência, segundo capítulo do diagnóstico principal. Brasil, 1998.

Mês	Janeiro		Fevereiro		Março a Dezembro		1998	
	Nº de AIH	% total	Nº de AIH	% total	Nº de AIH	% total	Nº de AIH	% total
Capítulos 1 a 21	789.603	78,1	809.417	82,4	10.246.093	99,9	11.845.113	96,7
U99	221.032	21,9	171.675	17,5	4.463	0,0	397.170	3,2
Não preenchidos	636	0,1	1.534	0,2	4.179	0,0	6.349	0,1
Total	1.011.271	100,0	982.626	100,0	10.254.735	100,0	12.248.632	100,0

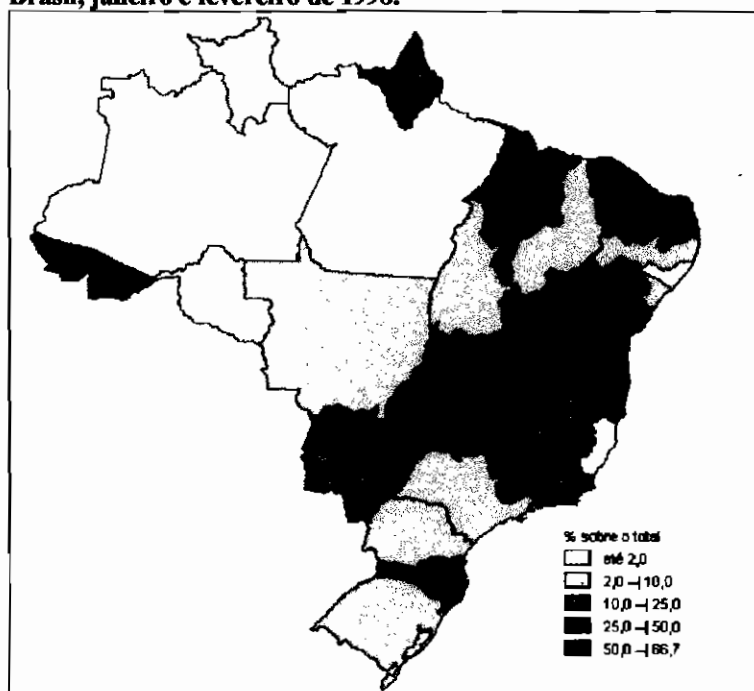
Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Não há como determinar o quanto a distribuição proporcional das internações pelo diagnóstico foi afetada por tal decisão; há variações espaciais, também, no uso da CID-10. Pode ser notado, na Tabela 17 e na Figura 3, que, enquanto em algumas Unidades da Federação o percentual de AIH sem diagnóstico é nulo ou desprezível, em outras, como na Bahia e Rio Grande do Norte, mais da metade das AIH estão sem diagnóstico, em janeiro e fevereiro de 1998, não havendo, aparentemente, relação com o grau de organização e de capacidade instalada da UF.

³⁶ O autor participou do grupo instituído pela portaria. Algumas informações que se seguem foram obtidas pelo mesmo durante o processo de implantação da CID-10.

Análises da morbidade hospitalar durante o ano de 1998, portanto, devem ser feitas com cuidados especiais, para eliminar (ou, pelo menos, minimizar) o efeito provocado pela ausência de diagnóstico nos primeiros meses do ano.

Figura 3 – Proporção (%) de internações sem diagnóstico. Brasil, janeiro e fevereiro de 1998.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Mapa elaborado a partir da Tabela 17.

Tabela 17 – Número total de AIH, de AIH sem diagnóstico e percentual sobre o total, segundo UF. Brasil, janeiro e fevereiro de 1998.

UF	Total	Sem diagnóstico	% sobre o total	UF	Total	Sem diagnóstico	% sobre o total
Bahia	166.476	111.054	66,7	Pernambuco	97.739	6.694	6,9
Rio Grande do Norte	30.581	16.794	54,9	Rio Grande do Sul	130.003	7.791	6,0
Acre	5.489	2.568	46,8	Piauí	39.393	2.081	5,3
Santa Catarina	68.521	31.285	45,7	São Paulo	391.721	18.751	4,8
Maranhão	70.867	30.241	42,7	Paraná	128.810	5.406	4,2
Rio de Janeiro	162.415	53.931	33,2	Sergipe	21.134	760	3,6
Goiás	55.058	17.232	31,3	Tocantins	15.516	455	2,9
Paraíba	41.494	10.906	26,3	Alagoas	36.013	267	0,7
Minas Gerais	217.162	51.005	23,5	Amazonas	18.412	33	0,2
Ceará	87.696	17.712	20,2	Rondônia	18.241	-	-
Mato Grosso do Sul	26.553	4.170	15,7	Roraima	943	-	-
Distrito Federal	20.301	2.529	12,5	Pará	74.111	-	-
Amapá	2.656	307	11,6	Espírito Santo	33.518	-	-
Mato Grosso	33.074	2.905	8,8	Total	1.993.897	394.877	19,8

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Não foi encontrado nenhum estudo sobre o efeito da adoção da CID-10 no SIH/SUS em termos gerais, apenas sobre situações específicas, tais como os publicados pelo Ministério da Saúde no Informe Epidemiológico do SUS, Volume 9, nº 2, já citados (MENDES et al.,

2000a, LYRA et al., 2000, MENDES et al., 2000b, MENDES et al., 2000c, SILVA JUNIOR et al., 2000). Os Indicadores e Dados Básicos (IDB)³⁷ publicados pela RIPSA (2002) apresentam algumas informações, cuja fonte é o SIH/SUS, anteriores a 1998, mas suas fichas de qualificação não indicam os códigos utilizados neste período.

Estudos sobre a adoção da CID-10 no SIM, como em Santo (2000) e em Grassi e Laurenti (1998), destacam algumas situações, como o desdobramento de alguns capítulos e mudança de capítulos para algumas doenças. Outras modificações importantes são novas regras de seleção de causa de óbito, particularmente à interpretação a ser dada no caso de algumas pneumonias, que passam a ser presumidas como conseqüências de outras doenças, podendo levar à diminuição artificial de mortes devidas a estas causas. Esta situação, no entanto, se aplica especificamente à seleção da causa básica de óbito, o que não tem similaridade com a codificação em morbidade. As demais conclusões, que se aplicam também às informações de morbidade, são as já citadas no relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2003) e em Laurenti (1991) – ver página 70.

5.6. As causas externas e a CID-10

Como foi visto, tanto a CID-9 como a CID-10, para causas externas, permitiam dupla classificação: pela natureza da lesão (capítulo XVII da CID-9 e capítulo XIX da CID-10), ou pelo agente causador ou circunstâncias do evento (classificação suplementar “E” da CID-9 e capítulo XX da CID-10) (LAURENTI, 1997).

Para o SIM, sempre foi utilizado o agente causador como causa básica de óbito. Para o SIH/SUS, não havia regra explícita: tanto se poderia utilizar a natureza da lesão como a circunstância do evento (homicídio, suicídio, tipo de acidente etc.) como diagnóstico principal ou secundário. Não era possível saber, portanto, nem o número de internações por acidentes de trânsito, por exemplo, nem por fratura do crânio, já que num acidente de trânsito em que houvesse uma fratura de crânio qualquer dos códigos poderia ser utilizado.

³⁷ Disponíveis em <http://www.datasus.gov.br/idb>, acesso em 13 dez. 2005.

Lebrão, Jorge e Laurenti (1997), ao analisar as informações de morbidade hospitalar por causas externas disponíveis, concluem que:

“... poder-se-ia enfatizar a importância de os hospitais apresentarem, também, a causa externa das lesões e, não somente a natureza dessas lesões. Não se previne a fratura, a queimadura ou o traumatismo crânio-encefálico mas, sim, a queda, o acidente com fogo ou o acidente automobilístico.”

O Manual de Instruções da CID-10 (OMS, 1994, p.107) recomenda que, para uso em morbidade, em casos de causas externas, a afecção principal deve ser a que descreve a natureza da afecção, quase sempre classificada no capítulo XIX; opcionalmente, como código adicional, pode ser utilizado o código do capítulo XX.

Numa tentativa de resolver o problema apresentado, foi editada a Portaria MS/SAS nº 142, de 13 de novembro de 1997, dispondo sobre o preenchimento de AIH em casos de quadro compatível com causa externa, de acordo com o preconizado pela OMS:

1. Como diagnóstico principal, deveria ser utilizado o código referente à natureza da lesão provocada pela causa externa que motivou a internação, relacionados no capítulo XIX da CID-10³⁸.
2. Como diagnóstico secundário, deveria ser utilizado o código referente à causa externa que motivou a internação, conforme o capítulo XX da CID-10.
3. Adicionalmente, o campo Caráter da Internação deveria ser preenchido com códigos indicando compatibilidade com acidente de trabalho típico, de trajeto, de trânsito (não de trajeto) e outros tipos de lesões e envenenamentos.

³⁸ O Manual de Instruções (OMS, 1994, p. 108) indica que a afecção principal nem sempre é classificada no capítulo XIX, como em exemplos nele constantes: hemoglobinúria causada por treinamento para corrida de maratona (treinamento em pista ao ar livre) deve ser codificado como D59.6 – “hemoglobinúria devida a hemólise por outras causas externas”, como afecção principal, e como código adicional X50.3 – “excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos, em áreas para esporte e atletismo”. No volume I, em várias categorias e subcategorias dos mais diversos capítulos, há a instrução de usar código adicional de causa externa. A portaria, no entanto, não prevê a situação da afecção principal da causa externa não pertencer ao capítulo XIX.

Com esta portaria, passaria a haver homogeneidade no tratamento das informações por causas externas: segundo a natureza da lesão (maior interesse clínico), no diagnóstico principal, e segundo a circunstância do evento (maior interesse epidemiológico), no diagnóstico secundário.

Porém, como pode ser visto na Tabela 18, isso não ocorreu exatamente como preconizado. Para a elaboração da tabela, foram selecionados os anos de 2002 (quando a utilização da CID-10 já estava bastante estabilizada) e 2004 (após a implantação da Tabela de Compatibilidade entre Procedimento Realizado e Diagnóstico Principal – ver item 5.7 adiante).

Pode-se verificar que:

- para praticamente todas as internações com diagnóstico principal no capítulo XIX, o diagnóstico secundário foi codificado segundo o capítulo XX, com exceção de 11 casos no capítulo III em 2002 e 8 em 2004, no mesmo capítulo (provavelmente para compatibilização com o procedimento realizado);
- em 2002 há 20.276 internações em que foi utilizado o capítulo XX como diagnóstico principal (com o diagnóstico secundário distribuído por diversos capítulos), o que está em desacordo com o texto da portaria;
- ainda em 2002, há 45.287 internações com diagnóstico principal em outros capítulos, mas com diagnóstico secundário nos capítulos XIX (8.662) e XX (36.625); este último caso pode corresponder às situações indicadas no Manual de Instruções em que a afecção principal não pertence ao capítulo XIX;
- em 2004, tais distorções são minimizadas: há apenas 1.703 internações com o diagnóstico principal no capítulo XX (provavelmente pela implantação da Tabela de Compatibilidade citada), e 25.503 em outros capítulos mas com diagnóstico secundário nos capítulos XIX (5.128) e XX (20.375).

Vê-se, então, que, para analisar as internações segundo as causas externas, não é possível trabalhar apenas com o diagnóstico principal ou apenas com o secundário. Torna-se necessário pesquisar ambas as variáveis, selecionando quais as internações de interesse.

Tabela 18 – Número de AIH por capítulo do diagnóstico principal, segundo diagnóstico secundário. Brasil, 2002 e 2004.

Diagnóstico Secundário (capítulo)		2002			2004		
		XIX	XX	Outros	XIX	XX	Outros
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	9	30.723	-	1	28.748
II.	Neoplasias [tumores]	-	13	28.019	-	-	30.173
III.	Doenças do sangue e dos órgãos hemopoéticos e alguns transtornos imunitários	11	2	13.702	8	-	12.769
IV.	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	6	30.148	-	1	29.671
V.	Transtornos mentais e comportamentais	-	9	23.453	-	1	26.130
VI.	Doenças do sistema nervoso	-	21	16.391	-	1	17.319
VII.	Doenças do olho e anexos	-	3	2.933	-	-	4.533
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	2	1.870	-	-	2.233
IX.	Doenças do aparelho circulatório	-	40	69.353	-	1	71.045
X.	Doenças do aparelho respiratório	-	44	55.937	-	2	58.857
XI.	Doenças do aparelho digestivo	-	19	27.735	-	-	24.632
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	22	5.692	-	1	5.169
XIII.	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	-	54	7.788	-	2	6.170
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	-	38	41.989	-	-	43.972
XV.	Gravidez, parto e puerpério	-	6	85.167	-	-	77.629
XVI.	Algumas afecções originadas no período perinatal	-	1	23.526	-	-	24.581
XVII.	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	-	5	6.936	-	-	7.293
XVIII.	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	-	32	29.177	-	2	27.615
XIX.	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	-	7.909	8.662	-	140	5.128
XX.	Causas externas de morbidade e de mortalidade	690.287	874	36.625	755.887	59	20.375
XXI.	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	-	27	23.038	-	2	28.118
	Não preenchido	-	11.140	10.954.264	-	1.490	10.644.098
	Total	690.298	20.276	11.523.128	755.895	1.703	11.196.258

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No sítio do Datasus, nas páginas de Morbidade Hospitalar por Causas Externas por Local de Internação e por Local de Residência³⁹, foi adotada uma solução intermediária, segundo as notas técnicas apontadas pelas páginas citadas:

- foram selecionadas apenas as internações cujo diagnóstico principal pertença aos capítulos XIX ou XX;
- destas internações, foi escolhido o diagnóstico, principal ou secundário, que seja do capítulo XX; não havendo, foi escolhido o do capítulo XIX; e
- as internações com diagnóstico principal em outros capítulos, mesmo com diagnóstico secundário nos capítulos XIX ou XX, são desprezadas.

³⁹ Disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/eimap.htm> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/ermap.htm>, respectivamente; acesso em 06 out. 2005. As notas técnicas estão disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/eidescr.htm> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/erdescr.htm>, respectivamente; acesso em 06 out. 2005.

Em resumo, o algoritmo é:

Se	o diagnóstico principal é do capítulo XIX
Então	Se o diagnóstico secundário é do capítulo XX
	Então usar o diagnóstico secundário
	Senão usar o diagnóstico principal
Senão	Se o diagnóstico principal é do capítulo XX
	Então usar o diagnóstico principal
	Senão não considerar como causa externa.

Esta solução permitiu manter a coerência com as informações apresentadas segundo o diagnóstico principal, pois os valores nela apresentadas representam a soma dos valores dos capítulos XIX e XX do diagnóstico principal. Mesmo assim, há perda de informação com referências a causas externas em interações com diagnóstico principal em outros capítulos.

5.7. A Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal

Desde sua implantação, o SAMHPS e o SIH/SUS tratavam independentemente o procedimento realizado e o diagnóstico. Sendo um sistema voltado prioritariamente para o pagamento de contas hospitalares, eram os procedimentos realizados e os atos médicos que determinavam o montante a ser pago. A maior parte das críticas era feita sobre os procedimentos e atos; para o diagnóstico, apenas era verificada a sua existência e, a partir da implantação da 10ª revisão da CID, a compatibilidade com o sexo, de acordo com a tabela constante do Manual de Instruções (OMS, 1994, p. 26). Apenas para alguns procedimentos especializados era exigido que o diagnóstico assumisse determinados códigos, especificados em portarias⁴⁰.

O diagnóstico era considerado de importância secundária, apenas para fins estatísticos. Mesmo assim, como já citado, estudos haviam avalizado, dentro de limites, a qualidade da

⁴⁰ A portaria MS/SAS nº 5, de 22 de janeiro de 1998, que autorizou o uso provisório do código U99 – “CID 10ª Revisão Não Disponível”, atualiza para a CID-10 a obrigatoriedade de determinados diagnósticos para alguns procedimentos, já estabelecidos em portarias anteriores: para laqueadura tubária ou vasectomia, Z30.2; para diátria de recém nato, P36.-, P39.-, P59.- e P70.-; para procedimentos especiais fator VIII e fator IX da coagulação, D67 e D68.-; para procedimentos de hanseníase, A30.- e B92; para procedimentos de tuberculose, A15.-, A16.-, A17.-, A18.-, A19.-, B90.-, G01 e G07; para procedimentos de insuficiência renal crônica e insuficiência renal aguda, N17 e N18.

informação sobre o diagnóstico (MARTINS, VERAS, 1994), permitindo a análise da morbidade hospitalar (MATHIAS, SOBOLL, 1998).

Analisando as informações do SIH/SUS, podia ser facilmente observada a existência de ocorrências onde claramente o diagnóstico apresentado era incompatível com o procedimento realizado. Estes erros podem ser creditados a:

- erros de codificação, por falta de devido treinamento na CID-10;
- buscas na CID-10 efetuadas apenas considerando o nome da categoria ou subcategoria, sem considerar os sinônimos, termos de inclusão, termos de exclusão e notas, também devidos à falta de treinamento;
- mudança de condição durante a internação, sem a devida alteração do diagnóstico;
- erros de transcrição;
- erros de digitação (pela inexistência de dígito de controle); e
- falta de cuidado no preenchimento.

Um exemplo de erros de classificação, devido à falta de treinamento no uso correto da CID é o caso de partos, onde pode haver confusão entre o código referente à condição da parturiente com o código referente ao nascituro: muitas cesarianas têm diagnóstico principal no capítulo XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal), quando deveriam estar utilizando diagnósticos do capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério). Em caso de hipóxia intra-uterina, por exemplo, os códigos P20.- referem-se ao feto, enquanto que o código O36.3 refere-se à mãe: “Assistência prestada à mãe por sinais de hipóxia fetal”. Como diagnóstico para parto cesáreo, este último é que deve ser usado.

Para garantir o registro correto das informações, a Portaria MS/SAS nº 579, de 20 de dezembro de 2001, instituiu, então, a Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal, para aplicação no SIH/SUS a partir da competência de abril de 2002. Tal tabela, estruturada pela SAS e referendada pela Associação Médica Brasileira, através das Sociedades Especializadas, listava, para cada item da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, as subcategorias da CID-10 que poderiam ser utilizadas como diagnóstico principal. Foi também estabelecido que todo novo item incluído na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS passasse a conter os diagnósticos possíveis.

Para estudar os efeitos da implantação da Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal⁴¹, serão analisadas três situações em particular: partos cesarianos, diabetes mellitus e algumas doenças de notificação compulsória⁴².

5.7.1. Partos cesarianos

Pode-se verificar, na Tabela 19, a mudança de perfil dos partos cesáreos entre 2001, 2003 e 2004 (o ano de 2002 não é apresentado, pois a Tabela de Compatibilidade foi instituída a partir de abril, havendo então perfis diferentes no mesmo ano), por capítulo:

- deixam de ocorrer internações nos capítulos III a VII, X a XIV e XVIII a XX (1.015 casos em 2001, 0,17% dos partos cesáreos);
- o capítulo I – “Algumas doenças infecciosas e parasitárias” passa de 75 para 18.514 casos (+24.585%);
- o capítulo IX – “Doenças do aparelho circulatório” passa de 4.375 para 1.420 casos (-67,5%);
- o capítulo XVI – “Algumas afecções originadas no período perinatal” passa de 872 para 102 casis (-88,3%, provavelmente pela melhor utilização dos códigos citados anteriormente);
- o capítulo XVII – “Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas” passa de 54 para 2.877 casos (+5.277%);
- o capítulo XXI – “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” passa de 5.610 para 9.005 casos (+60,25%).

Os números de 2004 são da mesma ordem de grandeza de 2003, demonstrando estabilidade nos novos critérios.

⁴¹ As pesquisas na Tabela de Compatibilidade foram efetuadas nos arquivos PROCDIAG.DBF, disponíveis nos CD-ROM do SIH/SUS distribuídos pelo Datasus, no relatório disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/RELATORIO%20COMPATIBILIDADE%20PROC%20X%20CID%2010%20Janeiro-2003.zip> (versão de 05/02/2003), acesso em 18 out. 2005, e na página de consulta à tabela, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Decas/conscid.htm> (versão de 27/07/2004), acesso em 18 out. 2005.

⁴² Agradeço a colaboração do professor Dr. Ruy Laurenti, dirigente do CBCD, e de Ângela Cascão, do Centro de Informações de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, pela ajuda prestada no uso da CID-10 em morbidade.

Tabela 19 – Número de AIH de partos cesáreos por ano, segundo diagnóstico primário. Brasil, 2001, 2003 e 2004.

Diagnóstico primário (capítulos CID-10, grupos e subcategorias selecionados)	2001	2003	2004
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	75	18.514	15.266
A63.0 Verrugas anogenitais (venéreas)	14	17.708	14.644
A66.8 Boubá latente	-	215	23
B24 Doença pelo HIV não especificada	23	591	599
17 outras subcategorias	38	-	-
II. Neoplasias [tumores]	44	47	65
C03.0 Neoplasia maligna da gengiva superior	-	2	-
C03.1 Neoplasia maligna da gengiva inferior	-	-	-
D25.0 Leiomioma submucoso do útero	-	9	12
D25.9 Leiomioma do útero, não especificado	10	36	53
12 outras subcategorias	34	-	-
III. Doenças do sangue e dos órgãos hemopoéticos e alguns transtornos imunitários	32	-	-
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	17	-	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	753	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	20	-	-
VII. Doenças do olho e anexos	17	-	-
VIII. Doenças da orelha e da apófise mastóide	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.375	1.420	988
I05.8 Outras doenças da valva mitral	-	75	60
I10 Hipertensão essencial (primária)	20	187	148
I42.0 Cardiomiopatia dilatada	4.287	1.158	780
26 outras subcategorias	68	-	-
X. Doenças do aparelho respiratório	16	-	-
XI. Doenças do aparelho digestivo	17	-	-
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	-	-
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	101	-	-
XV. Gravidez, parto e puerpério	590.434	564.609	587.075
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	446	388	633
O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	20.204	34.717	37.127
O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	767	2.445	2.722
O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	41.197	79.590	84.127
O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	47.456	84.646	88.149
O80-O84 Parto	479.706	362.510	373.842
O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	148	-	-
O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	510	313	475
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	872	102	90
P95 Morte fetal de causa não especificada	69	102	90
45 outras subcategorias	802	-	-
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	54	2.877	2.494
Q03.9 Hidrocefalia congênita não especificada	-	50	97
Q65.4 Subluxação congênita bilateral do quadril	2	2.827	2.397
24 outras subcategorias	52	-	-
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	14	-	-
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5	-	-
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	4	-	-
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	5.610	9.005	11.709
Z30.2 Esterilização	5.281	9.005	11.709
21 outras subcategorias	428	-	-
Não preenchido	-	259	-
Total	602.479	596.833	617.687

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas:

1. Para o capítulo XV, informações detalhadas por grupo de diagnósticos; para os demais capítulos, informações detalhadas pelas subcategorias permitidas pela Tabela de Compatibilidade entre Procedimento Realizado e Diagnóstico Principal.
2. Os itens em itálico não constam da Tabela de Compatibilidade entre Procedimento Realizado e Diagnóstico principal.

Tamanho variação nos números, principalmente no capítulo I, exige maior detalhamento.

Na mesma Tabela 19, pode-se ver que 17 subcategorias de doenças infecciosas e

parasitárias, com 38 casos em 2001, não tiveram nenhuma ocorrência em 2003. Em compensação, A63.0 – “Verrugas anogenitais (venéreas)” passa de 14 para 17.708 casos; A66.8 – “Bouba latente” passa de nenhum para 215 casos e B24 – “Doença pelo HIV não especificada” passa de 23 para 591 casos. São variações muito grandes, principalmente no caso das verrugas anogenitais e da bouba. Como estas nosologias são as primeiras na lista de diagnósticos compatíveis com os procedimentos de partos cesáreos (em ordem de código), pode-se supor que tenham sido usadas exatamente por este motivo: são as primeiras listadas.

Analisando o capítulo XVI – “Algumas afecções originadas no período perinatal”, ainda na Tabela 19, a única categoria que permanece em 2003 é a P95 – “Morte fetal de causa não especificada”. Com exceção desta categoria, corrige-se então a distorção existente entre a codificação da causa materna e a do feto ou recém-nascido apontada anteriormente. No entanto, em consulta ao CBCD, foi obtida a informação que também este código não deveria ser utilizado. Na situação de morte fetal de causa não especificada, o diagnóstico deveria ser codificado no grupo O00-O08 – “Gravidez que termina em aborto” (se morte fetal com até 22 semanas) ou no grupo O30-O48 – “Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto”, como o O36.4 – “Assistência prestada à mãe por morte intra-uterina”.

Analogamente, observa-se que, no capítulo XXI – “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, permanece apenas o código Z30.2 – “Esterilização”, que já correspondia a 92% dos casos neste capítulo em 2001. As demais subcategorias não deveriam estar sendo utilizadas como diagnóstico para parto cesáreo.

Pode ser observado também que, para o capítulo XVII – “Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas”, os 54 casos de 2001, dispersos em 26 subcategorias, tornam-se 2.877 em 2003, sendo 50 por Q03.9 – “Hidrocefalia congênita não especificada” e 2.827 por Q65.4 – “Subluxação congênita bilateral do quadril”. Como no capítulo XVI, também aqui, de acordo com a consulta feita ao CBCD, os diagnósticos deveriam ser os constantes no capítulo XV. No caso de hidrocefalia congênita, encontram-se os códigos O35.0 – “Assistência prestada à mãe por malformação do sistema nervoso central do feto (suspeitada)” e O33.6 – “Assistência prestada à mãe por desproporção

devida a feto hidrocefálico”, no grupo O30-O48 – “Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto”.

No capítulo XV – “Gravidez, parto e puerpério”, que contém, compreensivelmente, a maior parte dos diagnósticos, podem ser observadas quatro situações:

- diminuição e posterior aumento nos grupos O00-O08 – “Gravidez que termina em aborto” e O95-O99 – “Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte”; com o número de casos é relativamente pequeno (cada um destes grupos corresponde a menos de 0,1% do capítulo), este fenômeno pode ser resultado de variação esperada, devido à baixa frequência;
- o grupo O85-O92 – “Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério” não mais ocorre em 2003 e 2004, pois realmente não podem ser considerados como diagnóstico para parto;
- o grupo de O80-O84 – “Partos”⁴³ diminui o número de casos em 24,4%; isto pode ser resultante da melhor descrição apontada pelo item a seguir; e
- os demais grupos apresentam um aumento no número de casos de 71,8% a 218,8%, indicando, provavelmente, uma melhor descrição do motivo de indicação de parto cesariano.

Em resumo, notam-se, na análise de diagnósticos utilizados para partos cesáreos, situações distintas:

- efetiva melhora em algumas situações (capítulos XV, XVI e XXI);
- provável piora no capítulo I;
- a diminuição de casos no capítulo XV pode ser consequência do excesso de casos classificados indevidamente no capítulo I.

⁴³ Este grupo, segundo a CID-10 (OMS, 2003, p. 722) deve ser usado para codificar morbidade apenas quando nenhum outro diagnóstico classificável no capítulo XV for registrado. Inclui as categorias de parto espontâneo, de parto único por fórceps ou vácuo-extrator, de parto único por cesariana (eletiva, de emergência, para histerectomia), de outros tipos de parto assistido e de partos múltiplos.

Deve-se considerar, no entanto, que, segundo a CID, o capítulo XV abrange praticamente todas as situações de gravidez, parto e puerpério; não haveria necessidade de uso de códigos de outros capítulos, a não ser em esterilização (Z30.2) e nos seguintes casos, citados pela própria classificação (OMS, 2003, p.691):

- doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B20-B24)
- lesões traumáticas, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)
- necrose pós-parto da hipófise (E23.0)
- osteomalácia puerperal (M83.0)
- supervisão de gravidez (de):
 - alto risco (Z35.-)
 - normal (Z34.-)
- tétano obstétrico (A34)
- transtornos mentais e comportamentais associados com o puerpério (F53.-)

Ainda segundo a CID (OMS, 1994, p.126-129), não havendo especificidade suficiente nos códigos do capítulo XV, códigos de outros capítulos podem ser utilizados opcional e adicionalmente (na AIH seriam utilizados como diagnóstico secundário). No caso das verrugas anogenitais, por exemplo, o diagnóstico principal poderia ser O98.3 – “Outras infecções em que a via de transmissão é predominantemente sexual, complicando a gravidez, o parto e o puerpério” e o diagnóstico secundário seria A63.0 – “Verrugas anogenitais (venéreas)”. Observe-se que, na subcategoria O98.3, há nota indicando as afecções em A55-A64 (ibid., p.729).

Neste sentido, a Tabela de Compatibilidade não está totalmente de acordo com as regras de codificação da Classificação Internacional de Doenças.

5.7.2. Algumas doenças de notificação compulsória⁴⁴

Em estudos realizados pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância Epidemiológica⁴⁵, foi detectado o aumento surpreendente de internações por determinados agravos entre 2002 e 2003.

O estudo destaca, em relação às doenças de notificação compulsória:

⁴⁴ Agradeço a colaboração de Maria Goretti Pereira Fonseca Medeiros, da equipe da Secretaria de Vigilância à Saúde, que alertou para os efeitos da Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal, assim como forneceu subsídios para a elaboração deste tópico.

⁴⁵ Nota Técnica nº 09 /DEVEP/SVS/MS, de 24 de junho de 2004.

- Estabilidade nos anos de 1998 a 2001, mas súbito aumento nos anos de 2002 e 2003, sem correspondência em outros sistemas, como no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e no SIM.
- Aumentos para as internações por A02.0 – “Enterite por salmonela”, A40 – “Septicemia estreptocócica”, A63.0 – “Verrugas anogenitais”, A66.8 – “Bouba latente” e A83.8 – “Outras encefalites por vírus transmitidas por mosquitos”.
- O mesmo acontece para algumas nosologias que sofreram intervenções diretas do Ministério da Saúde, como a vacinação de maiores de 60 anos contra o vírus da influenza 60 anos e de mulheres em idade fértil contra a rubéola: aumento do número de internações por J10.0 - “Influenza com pneumonia devido ao vírus da influenza [gripe] identificado” e por P35.0 – “Síndrome da rubéola congênita”, sem que, neste caso, se tenha identificado alguma epidemia.
- Há também internações por A22.7 – “Septicemia carbunculosa (antrax)” e persistência de internações por B03 – “Varíola” e por A80 – “Poliomielite aguda”, estas doenças erradicadas no mundo e no Brasil, respectivamente.

Os números referentes a estes agravos podem ser vistos na Tabela 20, com pequenas diferenças em relação ao contido na Nota Técnica de referência, provavelmente atribuíveis a versões diferentes da base de dados.

Tabela 20 – Número de AIH por ano, segundo agravos de notificação compulsória e procedimentos selecionados. Brasil, 2000 a 2004.

Agravo	2000	2001	2002	2003	2004
A02.0 Enterite por Salmonela	742	667	35.928	47.318	37.546
A22.7 Septicemia carbunculosa (Antrax)	2	1	522	774	599
A40 Septicemia estreptocócica	5.318	5.617	17.019	20.269	18.613
A63.0 Verrugas anogenitais	571	454	13.282	21.118	18.298
A66.8 Bouba latente	7	2	212	216	24
A80 Poliomielite aguda	163	180	96	49	45
A83.8 Outras encefalites por vírus transmitidas por mosquitos	4	4	137	142	120
B03 Varíola	-	3	4	3	-
J10.0 Influenza com pneumonia devido a vírus da influenza (gripe) identificado	82	104	56.834	60.802	58.992
P35.0 Síndrome da Rubéola Congênita	20	10	469	852	765
Procedimentos	2000	2001	2002	2003	2004
76400077 Pneumonia do lactente	336	228	23.428	28.310	25.385
76300072 Pneumonia em criança	403	317	19.836	22.576	19.654
76500063 Pneumonia em adulto	589	535	30.170	35.773	34.229

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Os números apresentados por procedimentos referem-se apenas a internações com diagnóstico principal no capítulo I (A00-B99), em influenza (J10-J11) e em síndrome da rubéola congênita (P35.0)

O fenômeno que ocorreu com as verrugas anogenitais e com a bouba latente já foi visto na discussão sobre os partos: são os primeiros códigos da lista de diagnósticos compatíveis

com partos, o que sugere a indução ao seu uso na entrada de dados. Comparando-se a Tabela 20 e a Tabela 19, observa-se que 83,9% das internações por verrugas anogenitais e 99,6% por boubas em 2003 ocorreram em partos cesáreos. Na Tabela 21, pode-se ver que, com exceção das internações por cirurgias obstétricas e por cirurgia da pele e tecido subcutâneo I, as internações por verrugas anogenitais ocorrem em número pequeno entre 2001 e 2004.

Tabela 21 – Número de AIH com diagnóstico de verrugas anogenitais por ano, segundo grupos de procedimentos. Brasil, 2001, 2003 e 2004.

Grupo procedimento	2001	2003	2004
CIRURGIA MULTIPLA	1	6	7
CIRURGIA DA URETRA - II	1	-	-
CIRURGIA DO PENIS - I	1	-	-
CIRURGIA DA BOCA E FACE - II	5	-	-
CIRURGIA DOS INTESTINOS - II	9	-	-
CIRURGIA DOS INTESTINOS - IV	1	-	-
CIRURGIA DO ANUS - I	12	-	-
CIRURGIA DO ANUS - III	133	391	401
CIRURGIA DA VULVA - I	4	-	-
CIRURGIA DA VULVA - II	3	-	-
CIRURGIA DA VAGINA - II	6	-	-
CIRURGIA DO UTERO - I	2	-	-
CIRURGIA DO UTERO - II	5	-	-
CIRURGIA OBSTETRICA - III	13	10.511	7.482
CIRURGIA OBSTETRICA VII	1	5.411	5.570
CIRURGIA OBSTETRICA VIII	-	545	399
CIRURGIA OBSTETRICA IX	-	1.786	1.592
CIRURGIA DA PELE E TECIDO SUB-CUTANEO - I	82	2.261	2.696
CIRURGIA DA PELE E TECIDO SUB-CUTANEO - II	10	-	-
CIRURGIA DA PELE E TECIDO SUB-CUTANEO - III	1	-	-
POLITRAUMATIZADO	-	23	9
CIRURGIA DA MAMA - II	1	-	-
DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO	114	113	78
BIOPSIAS CIRURGICAS - I	6	-	-
PROCEDIMENTOS DIVERSOS	3	31	37
CIRURGIA ONCOLOGICA - IV	1	-	-
INFECCOES DO PARTO E PUERPERIO	1	-	-
TRATAMENTO DA AIDS	1	-	-
INFECCOES DO APARELHO GENITO-URINARIO	32	-	-
AFECCOES DA PELE E TECIDO SUBCUTANEO	4	31	23
ACIDENTES POR AGENTES QUIMICOS, FISICOS, MECANICOS	1	9	4
Total	454	21.118	18.298

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Para A83.8 – “Outras encefalites por vírus transmitidas por mosquitos”, observa-se situação análoga à das verrugas anogenitais. Este diagnóstico é um dos primeiros compatíveis para o procedimento 74300296 – “Meningoencefalite a vírus (pediatria)”. Pela Tabela 22, pode-se ver que este diagnóstico A83.8, juntamente com A83.0 – “Encefalite japonesa” e com A86 – “Encefalite viral não especificada”, representam em torno de 30% dos diagnósticos do procedimento em destaque em 2003, mas não haviam sido registrados em 2001. O diagnóstico mais freqüente para este procedimento (A87 – “Meningite viral”)

tem sua participação reduzida o período de 2001 a 2004, provavelmente devido ao crescimento destes outros diagnósticos (A83.8, A83.0 e A86).

Tabela 22 – Número de AIH por meningoencefalite a vírus (pediatria) por ano, segundo diagnóstico principal. Brasil, 2001, 2003 e 2004.

Diagnóstico Principal	2001	2003	2004
A83 Encefalite por vírus transmitidos por mosquitos	-	544	435
A83.0 Encefalite japonesa	-	394	291
A83.8 Outras encefalites por vírus transmitidas por mosquitos	-	139	119
A85 Outras encefalites virais, não classificadas em outra parte	-	74	55
A86 Encefalite viral, não especificada	-	871	711
A87 Meningite viral	4.831	2.983	2.602
B00 Infecções pelo vírus do herpes [herpes simples]	42	25	24
B01 Varicela	21	34	30
B02 Herpes zoster [Zona]	-	12	13
B05 Sarampo	45	3	1
B06 Rubéola	6	-	1
B26 Caxumba [Parotidite epidêmica]	4	7	6
B83 Outras helmintíases	69	16	28
Total	5.018	4.569	3.906

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Já no caso das enterites por salmonela, pode-se ver, na Tabela 23, que houve uma redistribuição dos diagnósticos das entero-infecções. Até 2001, havia uma concentração nos códigos A08 – “Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas” e A09 – “Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível”. Em 2003, passa a haver uma maior participação das demais categorias do grupo A00-A09 – “Doenças infecciosas intestinais”, o que pode estar significando uma melhoria na qualidade dos dados. Cabe observar que, novamente, o código A02.0 – “Enterite por salmonela”, é o primeiro compatível com os procedimentos de entero-infecções, ou seja, não há como medir o quanto o aumento do número de casos é devido à melhor codificação e o quanto é devido ao uso do primeiro código compatível, qualquer que seja ele.

Tabela 23 – Número de AIH por entero-infecções por ano, segundo diagnóstico principal. Brasil, 2001, 2003 e 2004.

Diagnóstico Principal	2001	2003	2004
A00 Cólera	267	-	-
A01 Febres tifóide e paratifóide	13	-	-
A02 Outras infecções por Salmonella	423	56.447	46.210
A03 Shigelose	53	5.091	5.212
A04 Outras infecções intestinais bacterianas	48.186	127.403	115.392
A05 Outras intoxicações alimentares bacterianas	1.161	260	260
A06 Amebíase	769	2.034	1.549
A07 Outras doenças intestinais por protozoários	270	4.425	5.153
A08 Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas	260.273	112.594	97.793
A09 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	217.211	249.124	231.739
Demais doenças	1.801	17	-
Total	530.427	557.395	503.308

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: procedimentos selecionados: “ENTERO INFECCOES (PEDIATRIA)”, “ENTERO INFECCOES (CLINICA MEDICA)” e “ENTERO INFECCOES EM LACTENTE”.

Os casos de varíola e poliomielite aguda constantes na Tabela 20 não parecem ter relação direta com a Tabela de Compatibilidade, pois já constavam indevidamente como diagnóstico em anos anteriores, na mesma ordem de grandeza. Já o aparecimento do A22.7 – “Septicemia carbunculosa (antrax)”, por ser de ocorrência rara, também pode ser creditado a ser um dos primeiros códigos compatíveis com os procedimentos de septicemia (pediatria) e septicemia (clínica médica).

A partir dos exemplos citados na referida nota técnica, há, portanto, as seguintes situações bem distintas:

- possível excesso de uso dos primeiros códigos de diagnósticos compatíveis com os procedimentos;
- desconcentração dos diagnósticos para os procedimentos, indicando, talvez, melhor codificação;
- alguns fenômenos observados não aparentam ter relação direta com a implantação da Tabela de Compatibilidade.

5.7.3. Diabetes mellitus

A Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2003) considera que existe uma epidemia mundial de diabetes em curso, com o crescimento do número de pacientes nos últimos anos e perspectiva de um aumento maior ainda nas próximas décadas. Destaca como fatores para este crescimento, principalmente em países em desenvolvimento, o crescimento demográfico, o envelhecimento da população, hábitos alimentares pouco saudáveis, a obesidade e estilos de vida sedentários. Além disso, há uma crescente incidência entre os indivíduos mais jovens de diabetes tipo 2, quando o corpo não responde adequadamente à ação da insulina produzida pelo pâncreas.

Uma das complicações da diabetes é a doença do “pé diabético”, resultante de mudanças nos vasos sanguíneos e nos nervos e levando, com frequência, a ulcerações nas extremidades e amputação. Por isso, a diabetes é a causa mais frequente de amputação não acidental das extremidades inferiores (OPAS, 2003). A necessidade de amputação pode indicar falta de controle da doença e de assistência ao paciente, já que uma intervenção intensiva pode prevenir o aparecimento ou atenuar a evolução do pé diabético (MILMAN

et al., 2001). Além de considerável fator de incapacidade, invalidez, aposentadoria precoce e mortes evitáveis, devem-se considerar também os gastos e as internações prolongadas com estas amputações, que causam grande prejuízo ao sistema público de saúde (MILMAN et al., 2001).

Na Tabela 24, pode-se verificar que, em 2001, os procedimentos dos grupos de tratamento cirúrgico dos membros inferiores corresponderam a 5,9% dos procedimentos em pacientes com diagnóstico principal de diabetes mellitus (E10-E14). Conforme o “National Institute of Health”⁴⁶, apud Gamba et al. (2004), a prevalência de amputações foi estimada em 10% entre pessoas com diabetes, nos Estados Unidos, em 1995. Portanto, esta proporção de tratamento cirúrgico dos membros inferiores em pacientes com diabetes pode ser considerada dentro da faixa de normalidade.

Ainda na Tabela 24, os demais procedimentos não constantes da Tabela de Compatibilidade correspondem a 5,8% dos casos, sendo 2,4% em diabetes insípido. Para 2003 e 2004, todos os procedimentos são de clínica médica ou relacionados a transplantes. Onde estão classificadas as amputações de pacientes diabéticos?

A Tabela 25 apresenta as internações para tratamento cirúrgico dos membros inferiores segundo o diagnóstico principal. Observe-se que há um grande aumento no capítulo I – “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, com concentração (quase total) na subcategoria A48.0 – “Gangrena gasosa”, que correspondia a 0,3% dos casos em 2001 e passa para 4,7% em 2003 e 5,0% em 2004. A diabetes mellitus, que correspondia a 3,1% dos casos em 2001, passa a zero nos demais anos.

É possível supor, portanto, que os casos de diabetes mellitus foram codificados como sendo gangrena gasosa, após a implantação da Tabela de Compatibilidade. Além disso, a subcategoria A48.0 é o primeiro diagnóstico compatível com vários dos procedimentos de tratamento cirúrgico dos membros inferiores: artrodese do tornozelo (tíbio-társica) em geral, amputação/desarticulação do pé ao nível do tarso, amputação da perna, amputação ou desarticulação do(s) pododáctilo(s), amputação da coxa, desarticulação ao nível da

⁴⁶ National Institutes of Health. **Diabetes in America**. Bethesda (MD), 1995.

coxo-femoral e desarticulação ao nível do joelho, o que pode ter induzido ao seu uso, como nos casos vistos anteriormente.

Tabela 24 – Número de AIH por diabetes mellitus (E10-E14) por ano, segundo procedimento realizado.

Brasil, 2001, 2003 e 2004.

Procedimento	2001	2003	2004
Procedimentos compatíveis	113.139	116.798	116.283
46804013 TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM	7	139	142
46805010 TRANSPLANTE DE PANCREAS APOS RIM	-	7	8
46806016 TRANSPLANTE DE PANCREAS ISOLADO	4	36	44
47810017 INTERCORRENCIA POS TRANSPLANTE	18	274	193
82300046 DIABETES SACARINO	3.241	3.672	3.774
82300135 OUTRAS DOENCAS ENDOCRINAS E METABOLICAS	2	39	28
82500053 DIABETES SACARINO	109.737	112.272	111.692
82500142 OUTRAS DOENCAS ENDOCRINAS E METABOLICAS	25	272	191
85500801 INTERNACAO DOMICILIAR COM EQUIPE HOSPITALAR	105	86	202
91800013 HOSPITAL-DIA - INTERCORRENCIA APOS TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA E OUTROS PR	-	1	1
91801010 HOSPITAL-DIA - INTERCORRENCIA APOS TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA E OUTROS PR	-	-	8
Procedimentos que podem ter qualquer diagnóstico	1.757	1.845	1.879
31000002 CIRURGIA MULTIPLA	114	-	-
71300007 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA PEDIATRICA	151	177	156
72500000 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA MEDICA	1.492	1.668	1.723
Procedimentos não compatíveis	15.182	39	48
Tratamento Cirúrgico de membros inferiores	7.644	2	-
39001172 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DO PE AO NIVEL DO TARSO	1.462	-	-
39003159 AMPUTACAO DA PERNA	1.749	-	-
39003175 AMPUTACAO OU DESARTICULACAO DO(S) PODODACTILO(S)	935	-	-
39004139 AMPUTACAO DA COXA	3.264	-	-
Outros tratamentos cirúrgicos de membros inferiores (*)	234	2	-
Outros procedimentos	7.538	37	48
38017016 CURATIVO(S) CIRURGICO(S) SOB ANESTESIA GERAL	128	-	-
38018012 DEBRIDAMENTO DA FASCEITE NECROTIZANTE	489	-	-
38023016 EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DA PELE E DO TECIDO	357	-	-
38025019 PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA - LESOES EXTENSAS PLANOS SUPERFICIAL	811	-	-
39003108 AMPUTACAO DO DEDO (CADA)	102	-	-
77500202 VASCULOPATIA PERIFERICA	177	-	-
80500234 INTERCORRENCIA - PACIENTE RENAL CRONICO (CLINICA MEDICA)	211	-	-
82300038 DIABETES INSIPIDO	117	-	1
82500045 DIABETES INSIPIDO	2.977	-	-
Outros procedimentos não constantes da Tabela de Compatibilidade (*)	2.169	37	47
Total	130.078	118.682	118.210

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: (*) os procedimentos que tiveram menos de 100 ocorrências em todos os anos selecionados foram agrupados em “Outros”.

Pesquisa feita nas bases de dados do SIH/SUS no diagnóstico secundário não trouxe informações mais detalhadas. Dos 10.469 casos neste código (A48.0) em 2003 e dos 11.324 em 2004, 91% não tiveram o diagnóstico secundário preenchido; apenas 413 e 452 internações, respectivamente, apresentam o diagnóstico secundário de diabetes mellitus.

Cabe salientar, finalmente, que a Classificação Internacional de Doenças reserva, no grupo de diabetes mellitus (E10-E14), subcategorias específicas para complicações circulatórias periféricas, incluindo gangrena (OMS, 2003, p.271):

As seguintes subdivisões de quarto caractere devem ser usadas com as categorias E10-E14:

- ...
- .5 Com complicações circulatórias periféricas
 Angiopatia periférica diabética† (I79.2*)
 Gangrena diabética
 Úlcera diabética
- ...

No entanto, pode-se verificar na Tabela de Compatibilidade que, para estas subcategorias, só são válidos os procedimentos de diabetes sacarino e de intercorrência pós-transplante (este apenas para E10.5), apesar de a CID indicar explicitamente os casos de gangrena diabética.

Tabela 25 – Número de AIH de tratamento cirúrgico dos membros inferiores⁴⁷, segundo diagnóstico primário.

Brasil, 2001, 2003 e 2004.

Diagnóstico primário (capítulos, grupos e subcategorias selecionadas)	2001	2003	2004
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	947	10.730	11.625
A30-A49 Outras doenças bacterianas	791	10.469	11.324
A48.0 Gangrena gasosa	630	10.469	11.324
II. Neoplasias (tumores)	5.025	2.253	2.017
III. Doenças do sangue e dos órgãos hemopoéticos e alguns transtornos imunitários	27	-	-
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7.700	2	2
E10-E14 Diabetes mellitus	7.644	2	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	243	262	414
VII. Doenças do olho e anexos	4	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.624	4.191	5.015
X. Doenças do aparelho respiratório	101	6	-
XI. Doenças do aparelho digestivo	48	2	-
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.066	196	182
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	58.272	65.121	66.757
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	137	1	1
XV. Gravidez, parto e puerpério	22	-	-
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	6	-	1
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8.624	9.141	8.974
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, NCOP	3.967	3.274	3.819
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	111.580	129.547	135.347
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	5.560	12	14
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2.544	11	3
Não preenchido	-	19	1
Total	210.510	224.768	234.172

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

5.7.4. Os resultados da implantação da Tabela de Compatibilidade

Consolidando as análises dos efeitos da adoção da Tabela de Compatibilidade sobre estas três situações, pode-se, então, destacar os seguintes pontos principais:

- provável uso excessivo e indevido dos primeiros códigos de diagnósticos compatíveis para os procedimentos;

⁴⁷ Foram considerados os grupos de procedimentos 39.112.03.9 até 39.117.05.7.

- desconcentração dos diagnósticos para os procedimentos, indicando, talvez, melhor codificação;
- eliminação de situações totalmente incompatíveis;
- eliminação de situações ambíguas, como as relativas aos códigos referentes à mãe ou à criança;
- possíveis falhas na Tabela de Compatibilidade, com a rejeição de situações reais, forçando ao uso de códigos “aceitáveis”.

Fato a destacar é que a crítica da compatibilidade é feita já no momento da digitação da AIH, no programa de entrada de dados (SISAIH01). Isto pode fazer com que, se o código do diagnóstico não for aceito, o operador entre com um código qualquer, constante da Tabela de Compatibilidade⁴⁸, sem maiores considerações sobre a fidedignidade dos dados. Nem o próprio gestor municipal ou estadual tem o poder de autorizar AIH com diagnósticos não constantes da Tabela de Compatibilidade.

Cabe considerar também que, para vários procedimentos, não são considerados compatíveis como diagnóstico as subcategorias “.9”, que normalmente indicam detalhamento não especificado da nosologia. Como exemplo, pode-se citar o procedimento de meningoencefalite a vírus (pediatria); para este, são compatíveis todas as encefalites transmitidas por mosquitos (A83.-), exceto a não especificada (A83.9), as meningites virais (A87.-), exceto a não especificada (A87.9) e assim por diante. Isto também pode induzir o codificador a utilizar qualquer subcategoria “aceitável”, se não constar da fonte de informação maior detalhamento da doença.

A Tabela de Compatibilidade introduziu fatores que tanto podem ter melhorado a codificação como diminuído a sua qualidade, distorcendo-os ainda mais. As conclusões das pesquisas quanto à confiabilidade dos dados, citadas anteriormente, também não mais podem ser aplicadas, já que as condições mudaram.

⁴⁸ O programa de entrada de dados do SIH/SUS exhibe, sob comando do operador, a lista dos diagnósticos aceitos para o procedimento digitado.

Finalmente, deve-se tentar ponderar os ganhos e as perdas introduzidos com a Tabela de Compatibilidade. Em 2001, o número de AIH de partos cesáreos com diagnósticos posteriormente considerados incompatíveis foi de 2.586 (Tabela 19, página 80, itens em itálico), representando 0,4% de todos os partos cesáreos. Será que os resultados que aparecem após a adoção da tabela, como o fato de as verrugas anogenitais serem o diagnóstico para 3% dos partos cesáreos em 2003 e 2,4% em 2004, são melhores que as distorções até então existentes? A perda de informação quanto às amputações provocadas pela diabetes são justificadas pela não mais ocorrência de 2.902 casos⁴⁹ (Tabela 25, página 90) – 1,4% do total – em capítulos incompatíveis com o tratamento cirúrgico de membros inferiores?

5.8. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O SIH/SUS operava, desde seu início no âmbito previdenciário, com um cadastro próprio de hospitais, gerado a partir das Fichas de Cadastramento Hospitalar (FCH). Esta era um documento bastante simples, contendo apenas as informações essenciais à operação do SIH/SUS: nome da instituição, seu número no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)⁵⁰ (usado para identificar o estabelecimento no SIH/SUS), endereço, natureza, dados bancários, número de leitos existentes e contratados segundo especialidade (clínica cirúrgica, clínica médica, cuidados prolongados – crônicos, clínica psiquiátrica, fisiologia, clínica pediátrica, reabilitação e clínica psiquiátrica – hospital dia).

Durante a década de 1980, o Ministério da Saúde chegou a operar o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CES) (BRASIL, 1993), porém suas últimas informações referem-se ao ano de 1988, não sendo mais atualizado desde então.

O IBGE tem em sua linha de pesquisas a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS). Esta apresenta dados relativos ao número de estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, condição de funcionamento, categoria, regime e tipos de atendimento e

⁴⁹ Foram considerados os capítulos III, V, VII, VIII, X, XI, XIV, XV, XVI e XXI como incompatíveis com tratamento cirúrgico de membros inferiores, por apresentarem nenhum ou poucos casos em 2003 e 2004. O capítulo IV não foi considerado nesta lista pela sua importância na análise e o capítulo XX pelo seu relacionamento com o capítulo XIX.

⁵⁰ Como visto na nota 31 (página 64), originalmente era utilizado o número do Cadastro Geral de Contribuintes (CGC).

prestação de serviços segundo a modalidade financiadora, bem como dados sobre o pessoal ocupado, volume de leitos e de internações⁵¹. A pesquisa foi executada anualmente de 1976 a 1990.

Em 1991, o Ministério da Saúde e o então Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento instituem um grupo de trabalho, através da Portaria Interministerial MS/MEFP nº 377, de 3 de maio de 1991, composto por representantes do Ministério da Saúde, da Fundação Nacional de Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, do INAMPS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com o objetivo de compatibilizar os diversos cadastros existentes dentro do próprio Ministério e o do IBGE.

O grupo apresentou uma proposta de criação do Sistema Unificado de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SUCES) (BRASIL, 1991), para elaboração de uma base cadastral unificada, tendo como ênfase a padronização de conceitos entre as diversas instituições e a definição dos atributos básicos dos estabelecimentos de saúde e suas mantenedoras: identificação, localização, esfera administrativa, natureza institucional, tipo de estabelecimento, regime, classe de atividade, especialidade e condição de funcionamento. Foram definidos, também, os demais módulos que deveriam constituir o cadastro unificado: capacidade instalada, unidades de serviço/atividades, recursos humanos, recursos financeiros e serviços produzidos.

Embora o SUCES tenha sido elaborado a partir de um trabalho conjunto do Ministério da Saúde, de suas entidades vinculadas e do IBGE, a proposta foi adotada apenas por este último, no âmbito da AMS, na pesquisa de 1992 (não houve a de 1991). Esta pesquisa somente foi a campo novamente nos anos de 1999 e 2002, passando a existir um grande hiato nas informações sobre a rede assistencial nacional, tanto pública como privada. Devido à legislação que rege o IBGE relativamente à divulgação de suas pesquisas, as

⁵¹ IBGE. **Estatísticas de Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2002**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/default.shtm>, acesso em 19 out. 2005.

informações da AMS não podem ser repassadas ao Ministério da Saúde de forma identificada, limitando, portanto, o seu uso como cadastro⁵².

No âmbito do Ministério da Saúde, prosseguiram os esforços na criação de um novo cadastro unificado. A Portaria MS/GM nº 1.890, de 18 de dezembro de 1997 cria a Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (FCES) e determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares e serviços auxiliares de diagnose e terapia do SUS, a partir de 03 de fevereiro de 1998, por parte das Secretarias Estaduais e Municipais habilitadas. Em consonância, a Portaria MS/SAS nº 9, de 23 de janeiro de 1998, regulamenta a atualização do cadastro, determinando sua implantação em junho de 1998.

Tal fato no entanto não ocorre, devido a fragilidades e inconsistências nas informações geradas pelo recadastramento feito, conforme detectado pela Secretaria de Controle Interno, pelo Tribunal de Contas da União, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS e pelo Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas da SAS⁵³. Em 13 de março de 2000, é editada a Portaria MS/GM nº 277, que institui grupo de trabalho na SAS para revisão da FCES e definir diretrizes para o cadastramento; como resultado, em 03 de outubro do mesmo ano, é editada a Portaria MS/SAS nº 376, determinando novo cadastramento de:

- estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS;
- estabelecimentos hospitalares não contratados ou conveniados com o SUS; e
- estabelecimentos ambulatoriais, pessoas jurídicas, não vinculados ao SUS, que realizam procedimentos de alta complexidade (patologia clínica, radiologia, terapia renal substitutiva, radioterapia etc.).

É estabelecido que o novo cadastro formado a partir da nova FCES, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passe a vigorar a partir de janeiro de 2001, extinguindo-se as demais fichas de cadastramento vigentes. Carvalho (2004) destaca que o

⁵² Para mais detalhes sobre a pesquisa AMS, podem ser consultados Carvalho (2004), as páginas do IBGE sobre a mesma (nota 51) e as do Datasus (disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/amsopcao.htm>, acesso em 01 nov. 2005).

⁵³ Conforme consta nos “Considerandos” da Portaria MS/SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000. Sobre o relatório do Tribunal de Contas da União, Carvalho (2004) destaca a sua influência na revisão dos cadastros de estabelecimentos de saúde.

conjunto de formulários da AMS 1999 serviu de base para a formulação do conjunto de formulários e conseqüentemente de dados das FCES.

Finalmente, em agosto de 2003, após sucessivas prorrogações da entrada em vigor (Portaria MS/SAS nº 142, de 3 de junho de 2003, ratificada pela Portaria MS/SAS nº 202, de 21 de julho de 2003), o CNES passa a ser a base de dados sobre a qual o SIH/SUS opera, em substituição à FCH.

O CNES incorpora diversas melhorias em relação à situação anterior, passando a ser efetivamente uma base de dados da rede assistencial, tanto pública como privada, incorporando um grande conjunto de informações sobre os estabelecimentos⁵⁴. No entanto, provoca uma quebra na série histórica da rede assistencial, assim como na de produção de serviços.

Primeiramente, a forma de identificação do estabelecimento é alterada: na FCH, o estabelecimento era identificado pelo seu número no CNPJ (antigo CGC). No CNES, os estabelecimentos passam a ter um número de identificação próprio (o número CNES). Com o objetivo de manter a compatibilidade, os dados do CNES são enviados para o SIH/SUS utilizando ou o CNPJ ou o número CNES antecedido de “77777”, como se fosse um CNPJ. Com isso, alguns hospitais são identificados até julho de 2003 por um código e a partir de agosto por outro, o que pode dificultar (mas não impedir) algumas análises sobre hospitais específicos. Além disso, alguns hospitais passam a ser identificados nominalmente no SIH/SUS pela sua entidade mantenedora ou pela razão social. Em compensação, a mudança de propriedade do estabelecimento, tanto público com privado, não provoca mais a mudança de seu código identificador (como visto no item 5.4.4), se estiver sendo utilizado o código CNES.

Alteração com maiores implicações na análise das séries históricas é, no entanto, a redefinição da natureza jurídica dos estabelecimentos. O CNES adota, conforme a Portaria MS/SAS nº 176, de 2 de julho de 2003, normas da Receita Federal identificando os estabelecimentos por esfera administrativa, natureza da organização e retenção de tributos,

⁵⁴ Para mais detalhes sobre a estrutura do CNES, as informações coletadas, formas de disseminação, fluxo do processamento, problemas existentes e vantagens de sua implantação, consultar Carvalho (2004).

além de indicativo de atividade de ensino com residência na área de saúde. Porém, com o objetivo de não alterar substancialmente o SIH/SUS (e também o SIA/SUS) e, ao mesmo tempo, viabilizar o processamento do mesmo com base no CNES, é criada uma tabela de conversão entre os códigos de natureza utilizados nos seus documentos de entrada, a FCH, do SIH/SUS e a FCES, do CNES (Quadro 5),

Quadro 5 – Equivalência entre os códigos da FCH e da FCES

FCH		FCES			
Cód	Tipo prestador/natureza	Cód	Esfera	Cód	Retenção
20	Privado com fins lucrativos	4	Privada	14	Estabelecimento privado lucrativo – pessoa jurídica
22	Privado optante pelo SIMPLES	4	Privada	13	Estabelecimento privado lucrativo (SIMPLES)
30	Público Federal	1	Federal	10	Estabelecimento público
40	Público Estadual	2	Estadual	10	Estabelecimento público
50	Público Municipal	3	Municipal	10	Estabelecimento público
60	Privado sem fins lucrativos	4	Privada	12	Estabelecimento sem fins lucrativos
61	Filantropico com CNAS* válido	4	Privada	11	Estabelecimento filantropico
80	Sindicato	4	Privada	15	Estabelecimento sindical

Fonte: Portaria MS/SAS nº 176, de 2 de julho de 2003.

* CNAS: Certificado Nacional de Assistência Social.

Os demais códigos de natureza utilizados no SIH/SUS são extintos.

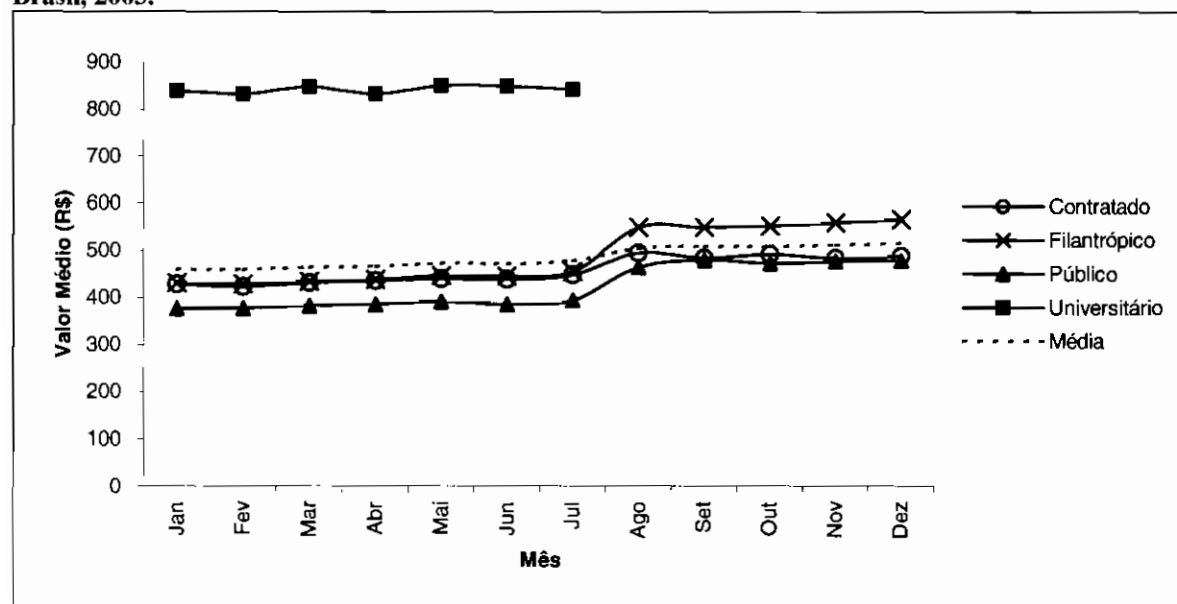
Conforme pode ser visto na Tabela 14 (página 65), a partir de agosto de 2003 não mais existem as seguintes naturezas: nos públicos, as categorias “Próprio”, “Federal Verba Própria”, “Estadual Verba Própria”; nos filantrópicos, a categoria “Filantropico isento de IR e CSLL”; e, principalmente, todos os universitários, que são redistribuídos entre as categorias que persistiram. Observando-se o Gráfico 12 e a Tabela 14 (página 65), pode-se ver que a redistribuição dos hospitais universitários leva a um pequeno aumento na participação dos hospitais filantrópicos e um maior aumento na participação de hospitais públicos. Isto não quer dizer que os hospitais universitários, com ou sem FIDEPS, deixaram de ter este atributo, apenas que não há mais categorias específicas para os mesmos. Pode-se observar no Gráfico 13 e na Tabela 26 que, a partir de agosto de 2003, há um aumento maior no valor médio pago aos hospitais públicos e filantrópicos do que para os contratados e para a média geral, como pode ser visto pela inclinação das linhas do gráfico.

No SIH/SUS, vários atributos sobre os hospitais (condição universitária, participação do FIDEPS, retenção de tributos, “verba própria”) deixam de fazer parte da informação sobre natureza ou regime do hospital e passam a constar nos atributos SIPAC dos hospitais – arquivos do tipo SH. Os seguintes códigos SIPAC se referem à condição do hospital como universitário e também sua situação em relação à retenção de tributos:

- 430: Hospitais que não geram créditos
- 460: Hospitais isentos de tributos
- 470: Hospitais que só descontam COFINS
- 480: Hospitais universitários
- 490: Hospitais universitários com FIDEPS

Os atributos referentes à condição de hospital universitário (480 e 490), combinado com a natureza, agora passam a permitir separar os hospitais universitários em públicos (federais ou estaduais) ou universitários, porém ainda não há poder discriminatório quanto à sua vinculação a universidades. No entanto, é possível pesquisar no sítio do CNES⁵⁵ a sua condição de atividade de ensino e pesquisa (ficha do módulo básico): unidade universitária, unidade escola superior isolada, unidade auxiliar de ensino ou unidade sem atividade de ensino.

Gráfico 13 – Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 2003.



Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: Gráfico elaborado a partir da Tabela 26.

⁵⁵ Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cnes>, acesso em 01 nov. 2005.

Tabela 26 – Valor médio de AIH por natureza, segundo mês de competência. Brasil, 2003.

Mês	Contratado	Filantrópico	Público	Universitário	Média
Janeiro	429,25	431,63	377,57	839,30	460,41
Fevereiro	423,86	429,33	377,94	833,01	458,28
Março	431,56	433,60	383,04	847,98	464,12
Abril	435,30	438,04	386,00	832,29	465,40
Mai	439,28	446,84	392,17	851,22	472,64
Junho	438,81	445,52	386,65	849,70	471,64
Julho	447,71	454,78	394,65	841,70	477,78
Agosto	494,13	549,11	464,02	-	503,73
Setembro	483,47	549,20	480,02	-	508,27
Outubro	491,60	552,88	472,35	-	508,67
Novembro	483,97	559,23	476,63	-	511,10
Dezembro	488,29	566,22	478,38	-	515,92
Total	456,50	491,64	426,33	842,21	484,64

Fonte: MS/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: Valores em Reais.

Portanto, ao analisar séries históricas de internações hospitalares, considerando a natureza do prestador, deve-se adotar cuidados especiais se o período em estudo atravessar este ponto de corte – agosto de 2003, pela incompatibilidade dos critérios utilizados. Como foi visto, a consulta aos códigos SIPAC dos estabelecimentos hospitalares torna-se necessária para pesquisar a condição dos mesmos em relação à retenção de tributos e condição de universitário. A pesquisa direta ao CNES fornece informações mais detalhadas sobre todos os atributos dos hospitais, porém apenas a sua situação mais recente. Para trabalhar com as séries históricas, é conveniente que sejam consultados os arquivos de Cadastro Hospitalar (tipo CH) e de SIPAC dos hospitais (tipo SH) dos períodos correspondentes aos das AIH, já que as características e condições dos hospitais podem variar ao longo do tempo.

6. Considerações Finais e Recomendações

Relataram-se aqui diversas situações em que ocorrem modificações significativas nas normas e regulamentações do SUS que levam a alterações na sistemática do SIH/SUS e, conseqüentemente, nas informações dele derivadas.

Este estudo não procurou esgotar, absolutamente, todas as situações. Todo o conjunto de políticas públicas, não só de saúde, afeta o desempenho do sistema. O sucesso de algumas, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a distribuição de medicamentos antiretrovirais, certamente levou a um menor número de hospitalizações pelas doenças associadas a estes programas. A melhoria da atenção primária, através de programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), também pode levar à diminuição ou à mudança no perfil das hospitalizações, pelo menos nas áreas onde o programa está firmemente estabelecido. A análise dos indicadores do SIH/SUS permite verificar com certa facilidade os efeitos da implantação destas políticas⁵⁶.

A implantação de incentivos e restrições (itens 5.2 e 5.3) introduz fatores que alteram os indicadores do SIH/SUS. Cuidados devem ser tomados, pois estudos que não considerem estes fatores podem chegar indevidamente a conclusões de que tenha havido mudança no desempenho do sistema de saúde ou nas condições de vida da população.

Foi observado como a mudança da classificação dos dados do sistema, como no caso da natureza do prestador, diagnóstico do paciente, caráter da internação, reclassificação de procedimentos etc. (itens 5.4 e 5.5, entre outros), pode levar a variações nos indicadores obtidos do sistema.

A ampliação da cobertura do sistema – expansão para a rede filantrópica, universitária e pública (itens 4.2, 4.3 e 5.1), igualmente leva a variações nos indicadores, pela mudança do perfil do universo da população atendida.

⁵⁶ Podemos citar como exemplo o ocorrido após a primeira Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo, em abril/maio de 1992, com a queda ocorrida no número de hospitalizações por esta doença nos meses seguintes.

Fato importante a observar é que, tanto no SAMHPS como no início da operação do SIH/SUS (itens 4.1 e 5.1), as transferências federais relativas à assistência hospitalar para estados, municípios e prestadores eram quase que totalmente baseadas na produção de serviços, o que era objeto de profunda discussão entre os gestores, a academia e formuladores das políticas de saúde.

Paulatinamente, parte destas transferências passou a ser feita fundo a fundo, com a implantação das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), e vários incentivos foram desvinculados da produção, passando a ter valores fixados em função da qualificação do estabelecimento ou dos compromissos assumidos com os gestores estaduais e municipais. Com isso, nem todos os dispêndios relativos à assistência hospitalar ficam registrados no SIH/SUS, o que deve ser considerado em análises dos gastos com assistência hospitalar. Também gastos efetuados diretamente pelos estados e municípios não são contabilizados neste sistema.

Questionamento importante é se as práticas recomendadas ou as condições exigidas estão sendo efetivamente seguidas e não apenas informadas para cumprir a regulamentação. Isto está inserido dentro de uma questão mais ampla, relacionada com os reais objetivos e capacidades de um sistema de informações. A regulação, o controle e a avaliação da assistência hospitalar não podem ser deixados para serem resolvidos apenas pelo sistema de informações; este não tem como resolver todas estas questões, mas deve estar apto a fornecer subsídios, alertas e indicadores que subsidiem os gestores e a sociedade no controle e avaliação do sistema, assim como no planejamento das atividades e no levantamento de necessidades e demandas.

Especificamente em relação à codificação das doenças, destacam-se dois aspectos principais. Primeiramente, na busca de uma suposta perfeição (implantação da Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal, item 5.7), foram introduzidos condicionantes e vieses que podem ter prejudicado a qualidade das informações registradas. Em segundo lugar, fica evidente a necessidade de um bom treinamento no uso da Classificação Internacional de Doenças. Conforme o professor Ruy

Laurenti⁵⁷, existe uma “tradição” que considera a capacitação no uso da CID em morbidade muito mais fácil do que em mortalidade. No entanto, pudemos ver que não é bem assim. Questões específicas devem ser mais bem tratadas no treinamento dos codificadores em morbidade hospitalar, como nos casos apresentados de partos, causas externas e diabetes. Além das questões de conteúdo, a estratégia de treinamento é fundamental. Como chegar a todos os hospitais e seus codificadores? É necessário um programa contínuo de treinamento, dada a natural rotatividade de pessoal na área. No caso de estabelecimentos públicos, a situação pode ser até mais crítica, devido à precariedade das relações de trabalho atualmente existentes em grande parte deles. O treinamento à distância é uma alternativa possível, para a qual há necessidade de material didático de excelente qualidade.

Fator importante que não foi analisado, objeto de freqüentes denúncias e auditorias, é o referente a possíveis fraudes a que o sistema está sujeito, com o objetivo de aumento do faturamento dos estabelecimentos hospitalares. Apesar de contínuos aprimoramentos do sistema, brechas sempre existirão. Além disso, o sistema está estruturado para, em geral, efetuar críticas sobre o conteúdo de cada AIH, sendo que determinadas situações devem ser aceitas, mesmo que improváveis ou raras. Porém, no momento que o volume destas situações foge de um comportamento previsto, o sistema poderia alertar para a necessidade de verificação ou auditoria. O exemplo da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, deve ser lembrado: a taxa de mortalidade hospitalar nesta clínica estava crescendo continuamente, acima de qualquer padrão⁵⁸. Somente quando houve denúncia pela imprensa foi tomada uma atitude, que levou ao fechamento da clínica.

Esta é uma situação em que fica evidente como as informações que podem ser obtidas do sistema são pouco utilizadas na gestão do sistema de saúde, como já havia observado Moraes (1994). O aparecimento de novas distorções provocadas pela implantação da Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal (item 5.7), sem que tenha havido considerações críticas, também revela o pouco uso das informações.

⁵⁷ Em depoimento pessoal ao autor, através de correspondência eletrônica.

⁵⁸ Conforme consultas às bases de dados do SIH/SUS, em vários meses o número de AIH pagas deste hospital com óbito como motivo de alta ultrapassava a razão de 8 em cada 100 AIH, chegando a atingir 14.25 em 100 AIH em maio de 1996.

Como exemplo oposto, temos a situação em que auditorias, analisando os dados do SIH/SUS, detectaram o excesso de cirurgias múltiplas apresentadas, levando a um reforço nas críticas do sistema, como as indicadas no Memorando nº 17 do INAMPS, de 09 de junho de 1993. Com isso, o número de cirurgias múltiplas caiu, do primeiro para o segundo trimestre de 1993, à metade; a queda foi contínua, estabilizando-se a partir de 1996 num patamar correspondente a 25% do nível inicial.⁵⁹.

As conclusões e os problemas levantados não inviabilizam, absolutamente, a utilização das informações provenientes do SIH/SUS. O que está sendo destacado são alguns cuidados que devem ser tomados na análise dos indicadores e no tratamento dos dados do sistema.

Assim, análises que utilizem as séries históricas devem, obrigatoriamente, levar em consideração as modificações, tanto do SUS como do SIH/SUS, para que possam chegar a conclusões mais precisas. Como foi visto em várias situações citadas neste trabalho, descontinuidades nas séries históricas efetivamente mostram modificações das políticas e da operação do sistema.

Finalmente, devemos considerar que a facilidade de acesso, a disponibilidade, a oportunidade e rapidez de atualização das informações do SIH/SUS são fatores positivos do sistema. Em várias situações, é possível analisar o efeito de determinada ação pouco após a sua implantação. A agilidade de obtenção dos dados e indicadores pode eventualmente compensar eventuais incorreções e imprecisões nas informações disponíveis.

⁵⁹ Conforme consultas às bases de dados do SIH/SUS, observa-se as seguintes médias trimestrais de internações por cirurgia múltipla: 1º trimestre de 1992 ao 1º trimestre de 1993: 44.400; demais trimestres de 1993: 21.000; 1994: 18.000; 1995: 14.000; a partir de 1996: entre 8.500 e 12.500.

Referências bibliográficas

Livros e artigos

BALDIJÃO, M. F. de A. Sistemas de informação em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 6, n.4, p. 21-28, out./dez. 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Classificação Internacional de Doenças: Edição Reduzida da Revisão de 1975**. Rio de Janeiro: Dataprev, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretório de Bases de Dados de Interesse da Saúde**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

_____. _____. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1997.

_____. **Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde: SUCES**. Rio de Janeiro: Datasus/Fiocruz/IBGE, 1991. (mimeo)

_____. **Movimento de Autorização de Internação Hospitalar – Anual/2002**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. 1 CD-ROM.

_____. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Manual do SIH_SUS DEZ04.zip](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Manual%20do%20SIH_SUS_DEZ04.zip). Acesso em 01 de out. 2005.

BUSS, P. M. Assistência Hospitalar no Brasil (1984-1991): Uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 5-45, mar./abr. 1993.

CARVALHO, C. A. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: seu desenvolvimento, implantação e uma proposta para sua manutenção**. 2004.

Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, D. M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 7-46, out./dez. 1997.

_____. Sistemas de Informações e Alocação de Recursos: Um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.435-444, 2001.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1992, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.319-328, 2001.

GAMBA, M. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.3, p.399-404, jun. 2004.

GRASSI, P. R.; LAURENTI, R. Implicações da Introdução da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças em Análise de Tendência da Mortalidade por Causas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.7 n. 3 p. 43-47, jul./set. 1998.

JORGE, M. E. Sobre a CID-10 e sua comparação com a CID-9. **Psychiatry on Line Brazil**, v.1, n.1, jul. 1996. Disponível em <http://www.polbr.med.br/arquivo/cid10.htm> (parte 1) e <http://www.polbr.med.br/arquivo/cid102.htm> (parte 2); acesso em 14 out. 2005.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n. 6, p.407-417, dez. 1991.

_____. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.4, supl., p.55-58, ago. 1997.

LEBRÃO, M. L.; JORGE, M. H. P. M; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.4, supl., p.26-37, ago. 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH): Uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil – 1983-1991**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 57.

LEVIN, J.; SANTOS, N. M. G. O Sistema de Informações da Previdência Social – O sistema SINTESE. **Revista Previdência em Dados**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11-16, out./dez. 1985.

LEVY, S. Contribuições para o estudo do sistema de coleta de dados sobre morbidade. **Revista Previdência em Dados**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 19-20, jan./mar. 1988.

LYRA, T. M. et al. Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação imunopreveníveis. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n. 2, p. 87-110, mai./jun. 2000.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n. 6, p. 526-532, dez. 1998.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n. 2, p. 67-86, mai./jun.2000.

MENDES, A. C. G. et al. Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças de veiculação hídrica. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n. 2, p. 111-124, mai./jun. 2000.

MENDES, A. C. G. et al. Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças de transmissão vetorial. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n. 2, p. 125-136, mai./jun. 2000.

MILMAN, M. H. S. A. et al. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.45, n.5, p.447-451, out. 2001.

MORAES, I. H. S. **Informações de Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania**. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec ABRASCO, 1994.

MOTA, E. L. A.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda – MEDSI, 2003, p. 605-628.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (org.). **Saúde e Sociedade no Brasil – Anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO, UERJ/IMS e RELUME DUMARÁ, 1994.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Revisão 1975**, v.1, São Paulo: Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/Organização Pan-Americana de Saúde; 1985.

_____. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão**, v.1, 9ª ed. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp; 2003.

_____. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão**, v.2. Manual de Instrução. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp; 1994.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

PEREIRA, C. R. A. Relação Público-Privado no Contexto da Reforma do Estado e da Descentralização em Saúde: o Caso do Setor Privado de Serviços de Saúde Vinculados ao SUS. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

POSSAS, C. A. P. et al. Intoxicações e envenenamentos acidentais no Brasil: uma questão de saúde pública. **Revista Previdência em Dados**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-18, jan./mar. 1988.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

SANTO, A. H. Equivalência entre revisões da Classificação Internacional de Doenças: causas de morte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p.21-28, fev. 2000.

SILVA JUNIOR, J. B. et al. Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças transmitidas entre pessoas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n. 2, p. 137-162, mai./jun.2000.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-355, jul./set. 1994.

Legislação consultada (em ordem de emitente e data)

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 07 mar. 1990.

_____. Lei nº 8.028, de 12 de abril de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo. Brasília, DF, 13 abr. 1990.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo. Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, mai. 1987.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria MPAS/GM nº 3.046, de 20 de julho de 1982. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jul. 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. Portaria Interministerial MS/MEFP nº 377, de 03 de maio de 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, mai. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Conjunta MS/SAS MEC/SES nº 1, de 16 de agosto de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 17 ago. 1994.

_____. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, abr. 2004.

_____. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 31 mai. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 174, de 09 de novembro de 1995. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 06 dez. 1995.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Instrução Normativa SRF/STN/SFC nº 04, de 18 de agosto de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, ago. 1997.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Instrução Normativa SRF nº 27, de 05 de março de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 896, de 29 de junho de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 02 jul. 1990.

_____. Portaria MS/GM nº 1.481, de 31 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, dez. 1990.

_____. Portaria MS/SNAS nº 15, de 08 de janeiro de 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 10 jan. 1991.

_____. Portaria MS/SNAS nº 16, de 08 de janeiro de 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jan. 1991.

_____. Portaria MS/GM nº 118, de 29 de janeiro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jan. 1993.

_____. Portaria MS/SAS nº 32, de 16 de fevereiro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 17 fev. 1993.

_____. Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 24 mai. 1993.

_____. Portaria MS/SAS nº 165, de 08 de dezembro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 09 dez. 1993.

_____. Portaria MS/SAS nº 95, de 09 de junho de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 13 jun. 1994.

_____. Portaria MS/GM nº 1.113, de 15 de junho de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 16 jun. 1994.

_____. Portaria MS/SAS nº 155, de 14 de setembro de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 15 set. 1994.

_____. Portaria MS/GM nº 1.832, de 03 de novembro de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 03 nov. 1994.

_____. Portaria MS/GM nº 272, de 01 de março de 1995. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 6 mar. 1995.

_____. Portaria MS/SAS nº 15, de 02 de março de 1995. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 3 mar. 1995.

_____. Portaria MS/GM nº 1.692, de 14 de setembro de 1995. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 18 set. 1995.

_____. Portaria MS/GM n. 1.311, de 12 de setembro de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 16 set. 1997.

_____. Portaria MS/SAS nº 142, de 13 de novembro de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 17 nov. 1997.

_____. Portaria MS/GM nº 1.890, de 18 de dezembro de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, dez. 1997.

_____. Portaria MS/SAS nº 5, de 22 de janeiro de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jan. 1998.

_____. Portaria MS/SAS nº 9, de 23 de janeiro de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 05 fev. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 02 jun. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 2.925, de 09 de junho de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 15 jun. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.016, de 19 de junho de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 22 jun. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.017, de 19 de junho de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 22 jun. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.018, de 19 de junho de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 22 jun. 1998.

_____. Portaria MS/SAS nº 94, de 16 de julho de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 jul. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.409, de 05 de agosto de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 09 ago. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.459, de 14 de agosto de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 17 ago. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.477, de 20 de agosto de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 21 ago. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.482, de 20 de agosto de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 21 ago. 1998, republicado em 25 ago. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 3.982, de 01 de dezembro de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 02 dez. 1998.

_____. Portaria MS/GM nº 479, de 15 de abril de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 16 abr. 1999.

_____. Portaria MS/GM nº 531, de 30 de abril de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 03 mai. 1999.

_____. Portaria Conjunta MS/SAS/SE nº 1, de 05 de maio de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 07 mai. 1999.

_____. Portaria Conjunta MS/SAS/SE nº 2, de 21 de maio de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 24 mai. 1999.

_____. Portaria MS/GM nº 865, de 03 de julho de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 07 jul. 1999.

_____. Portaria MS/GM nº 1.163, de 14 de setembro de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 15 set. 1999.

_____. Portaria MS/GM nº 277, de 13 de março de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, mar. 2000.

_____. Portaria MS/GM nº 569, de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 08 jun. 2000, republicado em 18 ago. 2000.

_____. Portaria MS/GM nº 572, de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 08 jun. 2000, republicado em 14 nov. 2000.

_____. Portaria MS/GM nº 466, de 14 de junho de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 15 jun. 2000.

_____. Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, out. 2000.

_____. Portaria MS/GM nº 132, de 31 de janeiro de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 01 fev. 2001.

_____. Portaria MS/GM nº 426, de 04 de abril de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 05 abr. 2001.

_____. Portaria MS/GM nº 604, de 24 de abril de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 26 abr. 2001, republicado em 10 mai. 2001.

_____. Portaria MS/GM nº 627, de 26 de abril de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 27 abr. 2001, republicado em 23 mai. 2001.

_____. Portaria MS/GM nº 1.413, de 30 de agosto de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 31 ago. 2001.

_____. Portaria MS/SAS nº 579, de 20 de dezembro de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 26 dez. 2001.

_____. Portaria MS/GM nº 179, de 29 de janeiro de 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 30 jan. 2002.

_____. Portaria MS/GM nº 878, de 08 de maio de 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 10 mai. 2002.

_____. Portaria MS/GM nº 1.839, de 09 de outubro de 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 11 out. 2002.

_____. Portaria MS/SAS nº 142, de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jun. 2003.

_____. Portaria MS/SAS nº 176, de 02 de julho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jul. 2003.

_____. Portaria MS/SAS nº 202, de 21 de julho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jul. 2003.

_____. Portaria MS/SAS nº 214, de 15 de junho de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 21 jun. 2004.

_____. Portaria MS/GM nº 1.702, de 17 de agosto de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 18 ago. 2004.

_____. Portaria MS/SAS nº 766, de 21 de dezembro de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 22 dez. 2004, republicado em 18 ago. 2000.

BRASIL. INAMPS. Resolução INAMPS nº 227, de 27 de julho de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 31. jul. 1990.

_____. Memorando Circular Inamps nº 501-004.3/17/93, de 09 de junho de 1993. Disponível em http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_mostra_doc.cfm?filename=\leg_FF387915-DF18-4BC9-BE76A78ECA8C7256.doc&CFID=137617&CFTOKEN=21073495; acesso em 28 dez. 2005.

_____. Norma Operacional Básica/SUS Nº 1: NOB SUS 01/91. Resolução INAMPS nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, jan. 1991.

O glossário a seguir define os principais termos utilizados no SIH/SUS, conforme o Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (BRASIL, 2005) e no arquivo de ajuda (em formato *Help para Windows*) RD.HLP, contido no arquivo compactado RDTAB.ZIP, disponível em <http://www.datasus.gov.br/tabwin/rdtab.zip> acesso em 18 nov. 2005.

Atos Médicos: procedimentos realizados durante a internação; para este atributo, são especificados o código do ato (constante da tabela de procedimentos), a identificação do prestador, o tipo de prestador, o tipo de ato e o número de atos realizados.

Campo Procedimentos Especiais (Médico Auditor): É o campo da AIH utilizado para mudança de procedimento, politraumatizado, cirurgia múltipla, tratamento da aids, cirurgia múltipla de lesões lábio-palatais, busca ativa de doador de órgãos, procedimentos seqüenciais em neurocirurgia e ortopedia, cirurgias plásticas seqüenciais pós-gastroplastia e outros.

Caráter da Internação: Atributo que descreve a forma de internação, conforme a tabela:

- 1 Eletivo – A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de parto, emitida para gestantes, que têm validade até a data do parto.
 - 1.1 Eletivo Atendimento em Hospital-dia.
 - 2.0 Urgência/Emergência em Hospital de Referência – A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 horas úteis após a internação.
 - 2.1 Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência – Atendimento em Hospital-dia.
 - 2.6 Quadro compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa em Hospital de Referência Urgência/Emergência
 - 2.7 Quadro compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência

- 2.8 Quadro compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
- 2.9 Quadro compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto ou de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
- 3 Urgência/Emergência (caráter de internação extinto)
- 4 Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado.
- 4.1 Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado em regime de Hospital-dia.
- 5 Urgência/Emergência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 horas úteis após a internação.

Causas Externas:

- 6 Quadro compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa.
- 7 Quadro compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho.
- 8 Quadro compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho
- 9 Quadro compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho.

Competência: Período de competência do faturamento da AIH. Corresponde, basicamente, ao mês anterior ao da apresentação e, de uma maneira geral, às AIH que apresentaram alta no próprio mês de competência. No período de competência, pode haver ainda AIH atrasadas ou AIH de longa permanência, que são apresentadas de 30 em 30 dias.

Diagnóstico Principal: Diagnóstico, segundo a Classificação Internacional de Doenças, que levou à internação.

Diagnóstico Secundário: Diagnóstico complementar, segundo a Classificação Internacional de Doenças. De acordo com o procedimento, o caráter da internação ou o diagnóstico principal, pode ser obrigatório, segundo determinados critérios.

Especialidade: clínica do hospital onde foi feita a internação, conforme a tabela:

- 1: Cirurgia
- 2: Obstetrícia
- 3: Clínica Médica
- 4: Pacientes sob cuidados prolongados (inclui os casos conhecidos como Fora de Possibilidade Terapêutica, termo não mais utilizado)
- 5: Psiquiatria
- 6: Tisiologia
- 7: Pediatria
- 8: Reabilitação
- 9: Psiquiatria em Hospital-dia

Local da Internação: Município de localização do hospital.

Local de Residência: Município de residência do paciente.

Natureza: Classificação do hospital segundo sua forma de relação com o SUS, conforme a tabela a seguir. Observe-se que nem todas as categorias são ainda válidas, já que algumas foram extintas quando da implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Regime Público:

- 10: Hospital próprio (pertencentes ao extinto INAMPS).
- 30: Hospital federal.
- 31: Hospital federal com verba própria.
- 40: Hospital estadual.
- 41: Hospital estadual com verba própria.
- 50: Hospital municipal.

Regime privado:

- 20: Hospital contratado: privados não filantrópicos e não universitários
- 22: Hospital contratado, optante pelo regime de impostos "SIMPLES".

- 60: Hospital filantrópico: privados com esta característica.
- 61: Hospital filantrópico, isento de tributos e contribuições sociais, conforme a Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal.
- 63: Hospital filantrópico, isento de Imposto de Renda e contribuição sobre o lucro líquido, conforme a Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal.
- 80: Hospital de sindicato.

Regime universitário:

- 70: Hospital universitário de ensino (privados ou públicos).
- 90: Hospital universitário de pesquisa (privados ou públicos).
- 91: Hospital universitário de pesquisa, isento de tributos e contribuições sociais, conforme a Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal.
- 93: Hospital universitário de pesquisa isento de Imposto de Renda e contribuição sobre o lucro líquido, conforme a Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal.
- 92/94: Hospital de ensino e pesquisa privado.

Prestadores ou Terceiros: Prestadores de serviços aos hospitais, tais como profissionais médicos, profissionais não-médicos, laboratórios, estabelecimentos terapêuticos etc., que executam os atos médicos ou procedimentos especiais.

Procedimento Realizado: Procedimento médico (constante da tabela de procedimentos) realizado na internação. Normalmente corresponde ao procedimento solicitado no laudo médico e autorizado. Em situações determinadas, pode haver a mudança do procedimento em relação ao que foi solicitado.

Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT): Parcela da remuneração da internação correspondente aos valores dos procedimentos de diagnóstico e terapia (exames, por exemplo). Pode ser paga ao próprio estabelecimento, a terceiros ou a ambos, de acordo com o tipo de prestador.

Serviços Hospitalares (SH): Parcela da remuneração da internação correspondente aos valores de diárias, taxas de sala, materiais hospitalares e medicamentos. Pago ao próprio estabelecimento hospitalar.

Serviços Profissionais (SP): Parcela da remuneração da internação correspondente aos valores dos serviços profissionais (cirurgiões, anestesistas, pediatras etc.). Pode ser paga ao próprio estabelecimento, a terceiros ou a ambos, de acordo com o tipo de prestador.

Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC): Atributo que descreve se o estabelecimento está habilitado a executar determinados procedimentos e atos (cirurgia cardíaca, transplantes, neurocirurgia etc.) ou se possui características especiais (atendimento de urgência/emergência, hospital “Amigo da Criança”, centro de referência à saúde do idoso etc.). O nome SIPAC continua a ser utilizado, porém, no contexto do CNES, é denominado de “Habilitações”.

Tipo de AIH: Atributo que identifica o tipo de formulário AIH, conforme a tabela:

- 1: AIH normal ou inicial.
- 7: Idêntica à AIH tipo 1, passou a ser utilizada quando foi implantada a AIH em meio magnético.
- 5: É utilizado para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados e Assistência Domiciliar Geriátrica. Depois de autorizada a permanência do paciente pelo Órgão Gestor, o hospital deverá emitir a AIH-5, que receberá a mesma numeração da AIH-7 que deu origem à internação.
- 3: Não mais utilizada; era usada em formulários quando havia mais atos médicos ou procedimentos especiais do que a AIH de tipo 1 ou 7 comportava.

Tipo de ato: tipo de ato médico realizado, conforme a tabela:

- 01: Cirurgião ou Obstetra
- 02: Primeiro Auxiliar Cirúrgico
- 03: Segundo Auxiliar Cirúrgico
- 04: Terceiro Auxiliar Cirúrgico
- 05: Demais Auxiliares Cirúrgicos
- 06: Anestesista
- 07: Consulta Clínica
- 08: Anatomia Patológica

- 09: Assistência Ventilatória
- 10: Cardioversão
- 11: Fisioterapia
- 12: Hemoterapia
- 13: Inaloterapia
- 14: Medicina Nuclear
- 15: Patologia Clínica
- 16: Radiologia
- 17: Radioterapia
- 18: Traçados Diagnósticos
- 19: Órtese, Prótese e Materiais Especiais
- 20: Atendimento ao Recém-Nato na Sala de Parto
- 21: Diária de UTI Especializada
- 22: Taxa de Sala de Transplante
- 27: Neurocirurgia
- 30: SADT Transplante
- 31: Cirurgião Transplante
- 32: SADT pós-transplante
- 33: Medicamentos para Intercorrências pós-transplantes
- 34: Diária de Acompanhante para Idoso e Diária de Cuidados Intermediários Neonatal
- 35: Analgesia para Realização de Parto
- 36: Pediatra 1ª Consulta
- 37: Incentivo ao Parto – Componente I
- 38: Nutrição Enteral
- 39: Anestesia para Paciente Queimado
- 40: Retirada de Órgãos – Interestadual
- 41: Intercorrência Paciente Médio e Grande Queimado
- 42: Retirada de Órgãos – Intermunicipal
- 44: Processamento/Preservação Órgão para Transplante
- 45: Notificação de Causas Externas e de Agravos Relacionados ao Trabalho
- 46: Incentivo ao Registro Civil de Nascimento
- 47: Hemodiálise – Pessoa Jurídica
- 48: Instalação de Cateter Venoso – Longa Permanência – Pessoa Jurídica

- 49: Perfusionista
- 50: Retirada de Enxerto Ósseo Autógeno
- 51: Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- 51: Teste para o Projeto Nascer – Maternidades
- 52: Inibição da Lactação em Puérperas HIV positivo
- 53: Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco
- 54: SADT Cardiovascular

Tipo ou Vínculo do Prestador ou Terceiro: Tipo de vínculo do prestador ou terceiro com o hospital, conforme a tabela a seguir. Observe-se que esta tabela tem semelhanças com a de tipo de ato, mas refere-se a situações distintas.

- 1: Órtese, Prótese e Materiais Especiais
- 2: Hemoterapia
- 3: SADT próprio do hospital
- 4: Profissional com vínculo empregatício
- 5: Cooperativa de médicos
- 6: Atendimento ao Recém Nato na sala de parto (pessoa física)
- 7: Profissional autônomo
- 8: SADT sem vínculo com o hospital
- 13: SADT (próprio) transplante
- 14: Profissional (sem vínculo) transplante
- 15: SADT transplante (terceiros)
- 16: Atendimento ao Recém Nato na sala de parto (pessoa jurídica)
- 17: Profissional (com vínculo) transplante
- 18: Diária de UTI especializada
- 19: Medicamentos para intercorrências pós-transplantes
- 20: Diária de Acompanhante para Idoso e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
- 21: Analgesia para realização de parto (pessoa física)
- 22: Analgesia para realização de parto (pessoa jurídica)
- 23: Pediatra 1ª consulta (pessoa física)
- 25: Incentivo ao parto - componente I
- 24: Pediatra 1ª consulta (pessoa jurídica)

- 25: Incentivo ao parto - componente I
- 26: Nutrição enteral
- 28: Anestesia em queimados (profissional com vínculo)
- 29: Anestesia em queimados (profissional sem vínculo)
- 30: Profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde
- 31: Intercorrência do paciente médio e grande queimado
- 34: Processamento/preservação de órgãos para transplante
- 35: Notificação de causas externas e de agravos relacionados ao trabalho
- 36: Incentivo ao registro civil de nascimento
- 37: Hemodiálise – Pessoa jurídica
- 38: Instalação de Cateter Venoso Longa Permanência – Pessoa jurídica
- 39: Perfusionista – Pessoa Jurídica
- 40: Perfusionista – Pessoa Física
- 41: Retirada de Enxerto Ósseo Autógeno
- 42: Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- 42: Teste para o Projeto Nascer - Maternidades
- 43: Inibição da Lactação em Puérperas HIV positivo
- 44: Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco (Pessoa Física)
- 45: Profissional Autônomo sem Cessão de Crédito
- 46: Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco (Pessoa Jurídica)
- 47: SADT Cardiovascular (próprio)
- 48: SADT Cardiovascular (Terceiro)