

PRODUÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SP

Lucieli Dias Pedreschi CHAVES^a
Maria Luiza ANSELMÍ^b

RESUMO

Internações hospitalares merecem atenção do gestor municipal pelo volume financeiro consumido e pela possibilidade de reorganizar o sistema local de saúde. Este estudo, descritivo transversal, caracteriza a produção de internações hospitalares, nos aspectos físicos e financeiros, entre 1996 e 2003, no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. As informações foram obtidas em fonte secundária, banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mostram incremento de 56% nas internações e 156,3% nos recursos financeiros no período. O maior crescimento ocorreu na especialidade de clínica cirúrgica (72,4%), na qual se concentram procedimentos de maior complexidade e incorporação tecnológica, que implicam remuneração financeira superior em relação a outras especialidades.

Descritores: Hospitalização. Sistema Único de Saúde. Recursos em saúde. Sistemas de informação hospitalar.

RESUMEN

Internaciones hospitalarias merecen atención del gestor municipal debido al volumen financiero consumido y la posibilidad de reorganizar el sistema local de salud. Este estudio descriptivo transversal caracteriza la producción de internaciones hospitalarias, en los aspectos físicos y financieros, entre 1996 y 2003, en la ciudad de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Las informaciones fueron obtenidas de fuente secundaria, banco de datos del Datasus, y mostraron incremento del 56% en las internaciones y el 156,3% en los recursos financieros durante el período. El mayor crecimiento ocurrió en la especialidad de clínica quirúrgica (72,4%), en la cual se concentran procedimientos de mayor complejidad e incorporación tecnológica, que implican remuneración financiera superior con relación a otras especialidades.

Descriptorios: Hospitalización. Sistema Único de Salud (BR). Recursos en salud. Sistemas de información en hospital.

Título: Producción de internaciones hospitalares por el Sistema Único de Salud en el municipio de Ribeirão Preto, SP.

ABSTRACT

Municipal managers need to dedicate special attention to hospitalizations, due to the financial volume they consume and to the possibility of reorganizing the local health system. This descriptive and cross-sectional study characterizes the production of hospitalizations, in physical and financial terms, between 1996 and 2003, in Ribeirão Preto, SP, Brazil. Data were obtained from a secondary data source, the Datasus database, and showed an increase of 56% in hospitalizations, and 156.3% in financial resources during this period. The largest growth occurred in the clinical surgery area (72.4%), which concentrates more complex and technological procedures, implying higher financial remuneration than in other specialties.

Descriptors: Hospitalization. National Health System (BR). Health Resources. Hospital information systems.

Title: Production of hospital admissions through the Unified Health System in the municipality of Ribeirão Preto, SP.

^a Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

^b Enfermeira, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de 1990 e, em particular, as Normas Operacionais Básicas (NOB) 1991, 1993, 1996 e, as Normas Operacionais Básicas de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/01) e de 2002 (NOAS 01/02) têm-se constituído nos instrumentos legais para a construção/organização/implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

Com as primeiras Normas Operacionais Básicas o papel do município foi realçado, entretanto, esta concepção inicial, ainda não foi totalmente incorporada ao cotidiano, seja pelas questões legais, por exemplo, a limitação ou redefinição de poder das diferentes esferas de governo, por dificuldades gerenciais ou de gestão do próprio município, pelas dificuldades em legitimar a participação popular nos processos decisórios ou seja ainda, pelas disputas de interesses entre o público e o privado.

O conjunto de ações previstas para o gestor local é transversalizado por processos permanentes de decisão e de avaliação, sustentados em dados/informações produzidos e organizados de forma sistematizada. Estes por sua vez necessitam contemplar as necessidades da população, a oferta de serviços/tecnologias e recursos, equilibrando aspectos epidemiológicos/técnicos e políticos.

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

Particularmente o acompanhamento da produção das internações hospitalares, deve merecer atenção diferenciada da gestão local tanto pelo volume e variedade de recursos materiais e humanos consumidos quanto pela possibilidade de o gestor estruturar a atenção básica para prevenção e controle de doenças, prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatórios, enfim, monitorar as internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema de saúde local.

O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) disponibilizado pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pode ser utilizado pelo setor de avaliação e controle, possibilitando a organização de informações que podem subsidiar o gestor, em nosso caso específico, em nível municipal, no processo de gestão em saúde.

Na perspectiva do processo de reorganização do sistema local de saúde, as normativas que vêm sendo implementadas, desde a NOB-SUS/93 até a NOAS 01/02, definem e delimitam o papel a ser desempenhado pelo gestor local no que diz respeito às ações avaliação e controle desenvolvidas na área hospitalar e respectivo financiamento. Assim, entendemos que conhecer, acompanhar e monitorar a produção de internações hospitalares no âmbito do município fornece subsídios importantes aos processos decisórios da gestão local quanto à alocação de recursos e reordenação do sistema de saúde neste espaço específico.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo descrever a produção de internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo (SMS-RP), através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), nos aspectos físicos e financeiros, no período de 1996 a 2003, para as especialidades de clínica cirúrgica, clínica médica, obstetria e pediatria.

3 METODOLOGIA

A investigação foi desenvolvida segundo uma modalidade quantitativa do tipo descritivo e retrospectivo. O período de estudo (1996-2003) foi escolhido porque coincide com o início da habilitação do município à gestão semi-plena, quando Ribeirão Preto, SP, assumiu a responsabilidade pela gestão local do sistema de saúde, incluindo as internações nos hospitais conveniados/contratados pelo SUS.

Foram selecionados para campo de estudo desta pesquisa cinco hospitais gerais conveniados/contratados pelo SUS através da SMS-RP, a

partir do seguinte critério: instituições que apresentavam ao longo do período de estudo uma demanda expressiva de internações em pelo menos uma das quatro especialidades básicas: clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria e, por consequência, consumiam valores significativos de recursos financeiros do Teto Financeiro da Assistência.

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

Para análise destes dados, foi utilizada a estatística descritiva das variáveis estudadas, adotando-se distribuição de frequências e valores médios; os resultados estão apresentados em gráficos e tabelas e a discussão pautou-se no referen-

cial teórico adotado, qual seja a reorganização do sistema de saúde no município na perspectiva do SUS.

O trabalho desenvolveu-se de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽²⁾.

4 RESULTADOS

A internação em cada hospital se faz conforme a capacidade operacional, disponibilidade de vagas, especificidades na estrutura de atendimento de cada hospital e da conformação do sistema de saúde lóco-regional, demanda dos usuários que pode ser espontânea, particularmente nos casos de urgência ou, referenciada com indicação de vaga pela Central Única de Regulação Médica. Na Tabela 1 apresentamos a distribuição da população estudada nos cinco hospitais para cada ano de estudo.

Tabela 1 – Produção de internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

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

Fonte: Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

Verificamos que no período de 1996 a 2003 a SMS-RP remunerou um total de 160.612 internações (100%), havendo no período, um aumento global da ordem de 55,96 % de AIH.

Com exceção do Hospital A, nos demais hospitais, no período de 1998 a 2002, foi crescente a frequência de internações. Os Hospitais B e C, ambos filantrópicos concentraram cerca de 2/3 das internações pelo SUS no período, uma vez que a capacidade instalada desses dois hospitais totaliza 70,8 % de leitos disponíveis para o SUS sob gestão municipal. No ano de 1998 houve a in-

clusão do Hospital E no sistema de saúde local, inicialmente estruturado para atender apenas casos de obstetrícia e, posteriormente, foram incluídas outras especialidades dentre elas clínica médica, cirúrgica e pediátrica. A inserção deste novo hospital levou a uma reordenação de leitos de obstetrícia nos demais prestadores, particularmente no Hospital C.

Embora no período se observe um incremento de aproximadamente 56% no número de internações pagas nos hospitais estudados, a população do município de Ribeirão Preto, SP, e da Di-

reção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DIR-XVIII) teve crescimento de 15,7 % e 14,5 %, respectivamente⁽³⁾.

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

A análise da utilização de serviços de saúde, notadamente das internações hospitalares, é um assunto importante para o Brasil, face ao grande volume de recursos empregados e à proposta do SUS de atender a população brasileira de forma equitativa⁽⁴⁾.

Embora os estudos referidos acima e os dados relativos ao Brasil e ao estado de São Paulo para o período estudado apontem diminuição de internações, o comportamento desta atividade vem crescendo em Ribeirão Preto, SP. Entre as possíveis hipóteses que explicam o incremento no número de internações no período, destacamos: a crescente demanda de usuários dos municípios da região para utilização de serviços hospitalares em Ribeirão Preto; a migração de usuários do sistema de saúde suplementar para o público; a implementação de forma mais rigorosa do sistema de referência e contra-referência como instrumento de regulação adotado pelo hospital público estadual existente no município, enquanto na gestão local, esse mesmo mecanismo tem sido pouco fortalecido e sustentado para efetiva regulação das internações hospitalares.

Enfim, entendemos que este aumento importante e progressivo merece um acompanhamento sistematizado com ações de avaliação e controle, na busca de explicações para subsidiar a proposição de ações estratégicas. A julgar pelo crescimento contínuo da produção de internações não há evidências que tal medida esteja sendo adotada.

As transformações nos padrões epidemiológicos e demográficos da população requerem um novo paradigma, com profissionais capazes de identificar e hierarquizar as necessidades sociais de saúde, organizando os instrumentos disponíveis em modelos tecnológicos de intervenção com avaliação do impacto dessa intervenção na saúde⁽⁵⁾.

Acompanhar aspectos quanti-qualitativos da produção de internações de cada hospital fornece subsídios para o processo de planejamento do sistema local de saúde, uma vez que é possível identificar a sazonalidade em que ocorrem e assim podem indicar distorções no sistema local de atenção ambulatorial, no fluxo de pacientes e na demanda de população externa ao município.

O fato de Ribeirão Preto ser referência para serviços de maior complexidade para vinte e cinco municípios pertencentes à DIR-XVIII deve ser considerado no planejamento do sistema local de saúde. Trata-se de informação importante uma vez que na elaboração do Teto Financeiro da Assistência onde estão incluídos os recursos para pagamento de internações considera-se esta abrangência populacional.

Os serviços ofertados, os recursos disponibilizados, a localização geográfica, o fato de ser um renomado centro de formação/prestação de serviços de saúde, atrai pacientes de outras localidades do estado de São Paulo, bem como de outros estados.

Quanto à procedência dos usuários, no período de estudo, observamos um expressivo decréscimo de internações de pacientes de outras DIR e o predomínio de usuários procedentes de Ribeirão Preto, SP, e de outros municípios da DIR XVIII, tal situação é condizente com uma organização de fluxo que prioriza a regionalização.

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

Consideramos importante lembrar que estes dados, embora oficiais, podem não refletir necessariamente o perfil de procedência dos pacientes, uma vez que no ato da internação não é exigida do usuário qualquer comprovação de residência no município de Ribeirão Preto, SP, ou sua região de residência.

Ao setor de avaliação e controle compete ação de verificação da procedência dos pacientes internados nos hospitais conveniados/contratados, buscando formas de comprovar o cumpri-

mento do fluxo de atendimento, para evitar distorções que possam comprometer a equidade da atenção. Não se trata de recusar atendimento, mas de utilizar os níveis e complexidades de atenção disponíveis no sistema de forma hierarquizada, regionalizada, equânime, no sentido também de racionalizar recursos.

Somado a isto deve ser feito um trabalho intenso junto aos prestadores na organização do sistema de saúde local, discutindo e esclarecendo limitações, possibilidades e alternativas de uso racional dos recursos disponíveis para internação, embasada nas necessidades e demandas da população, na análise da produção de internações a partir de informações do SIH-SUS ou outro sistema de informação que venha a ser adotado e assim construir uma real parceria que permita cumprir metas e condições contratuais entre o gestor e o prestador, bem como possibilite ao gestor reorganizar a atenção básica.

Enfim, a formalização da relação entre o gestor e o prestador deve assegurar um sistema local de saúde centrado nos princípios do SUS, garantindo o direito de atendimento a todo cidadão de forma organizada segundo os princípios organizativos do SUS e garantindo um aporte financeiro dentro da lógica de financiamento existente no sistema que prevê atendimento a uma população de referência e não simplesmente o pagamento pela produção com livre demanda.

Merece destaque também o tempo médio de internação que pode indicar a complexidade do caso assim como levar ao questionamento da real necessidade de internação ou da viabilidade de atendimento em outro nível de atenção.

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

No Brasil, em 1999, esse tempo era de 5,98 dias; no estado do Rio de Janeiro este valor era de 8,92 dias, em São Paulo 7,15 dias, em Rondônia 3,64 dias⁽⁶⁾.

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

A tabela SIH-SUS prevê para pagamento da AIH o cumprimento de um tempo mínimo de permanência, que varia segundo o procedimento que está sendo faturado. Interessante ressaltar que nos últimos anos ajustes têm sido feitos na tabela SIH-SUS em função da incorporação de novas tecnologias que possibilitam uma recuperação do paciente em menor tempo de internação.

Um segundo aspecto analisado neste estudo diz respeito aos valores financeiros despendidos com internações hospitalares. A Figura permite uma visualização da variação financeira das internações pagas em AIH, entre prestadores a cada ano de estudo.

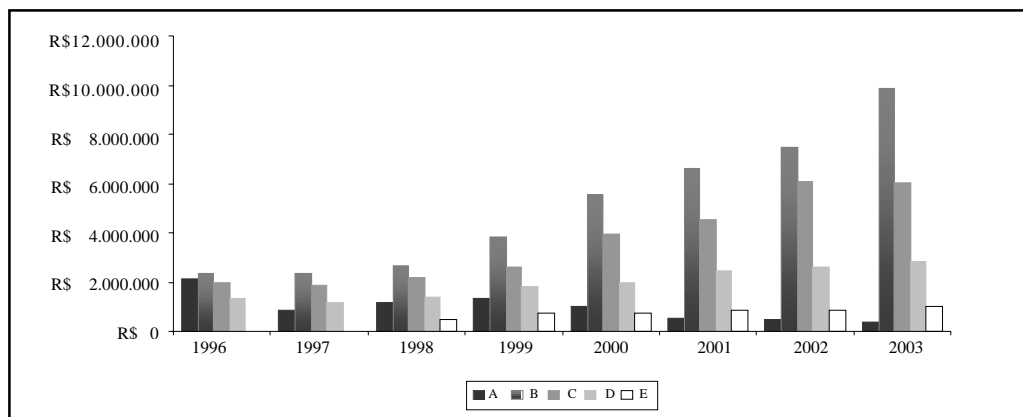


Figura – Valores financeiros (em R\$) de internações pagas pelo SUS através da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, segundo hospital e ano. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

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

No período de 1996 a 2003, o Hospital B percebeu 41,6% dos valores financeiros pagos para todos os hospitais estudados. Neste mesmo prestador, de 1998 a 2001, os valores financeiros recebidos para internações hospitalares cresceram a cada ano. Em contrapartida o prestador A, em 1996 recebia 27,2% do montante financeiro total, ano a ano reduziu sua participação, sendo que no ano de 2003 do total de recursos destinados à internação pelo SUS consumiu apenas 1,8%.

Nos Hospitais B e C, os valores financeiros despendidos em internações cresceram de modo diferenciado quando comparados aos demais hospitais. Ambos são hospitais filantrópicos cuja produção concentra-se nas especialidades de clínica médica e cirúrgica. No período de estudo apresentaram importante crescimento de internações e juntos respondem por 71,3 % do consumo de recursos financeiros. A concentração da produção de internações e consumo de recursos financeiros justifica o acompanhamento pormenorizado desta produção, articulando possíveis fatores explicativos para a ampliação de recursos financeiros despendidos com as internações bem como o monitoramento do cumprimento do contrato/convênio vigente.

A redução de gastos com internações hospitalares deve ser considerada pelos gestores para estruturação de serviços ambulatoriais em especialidades cuja prevenção de doenças e tratamento/controle de pacientes crônicos pode evitar ou diminuir a necessidade de internação⁽⁷⁾.

Na Tabela 2 temos um comparativo entre a variação física e financeira da produção das internações nos hospitais estudados no período de 1996-2003.

A Tabela 2 evidencia que para os Hospitais B, C, D e E o crescimento da produção financeira é muito superior à variação da produção física. No Hospital C, a produção física cresceu 27,9% e a financeira 203,7%, ou seja, a produção de internações não cresceu na mesma proporção que os recursos financeiros empregados para remuneração das AIH.

Tabela 2 – Variação física e financeira (%) de produção de internações SUS pagas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, segundo hospital. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

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

Fonte: Divisão de Avaliação Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

A ampliação de gastos em saúde e as limitações das fontes geradoras de recursos são temas freqüentes em discussões acerca do Sistema Único de Saúde. No Brasil como um todo, de 1996 a 2002, o volume de recursos financeiros consumidos em internações hospitalares sofreu um aumento de aproximadamente 70% enquanto a produção física de internações diminuiu 1,9%⁽³⁾.

A recomposição da tabela SIH-SUS vem ocorrendo a partir do final dos anos 90, para segmentos específicos entre eles: neurocirurgia, unidade de terapia intensiva, assistência ao parto e recém-nato, urgência e emergência. Estas áreas foram elencadas como prioritárias pelas três esferas de governo e são responsáveis pela variação positiva dos gastos em saúde⁽⁵⁾. Tal fato pode explicar os resultados da Tabela 2.

A possibilidade de incremento no faturamento conforme as peculiaridades de cada caso e ainda, as limitações do sistema de informação em estabelecer critérios eletrônicos de glosa para as situações acima descritas requer ações efetivas de controle e avaliação da relação entre necessidades do paciente, capacidade instalada nos hospitais, gastos, assistência prestada pelo hospital na internação e faturamento, a fim de acompanhar a utilização racional dos recursos, evitando distorções no sistema local de saúde.

Particularmente, a operacionalização destas ações compete ao setor de avaliação e controle e, no que tange às internações hospitalares este acompanhamento abarca desde a ordenação do fluxo de usuários até uma detalhada revisão técnica das contas para comprovar a adequação dos

procedimentos elencados e valores faturados confrontando com o atendimento prestado ao usuário.

O acompanhamento da produção física e financeira de internações, como já dissemos anteriormente, constitui-se em importante atribuição do gestor do sistema local de saúde, entretanto, consideramos que é imprescindível o detalhamento desta produção segundo as diferentes especialidades, a saber, clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. As particularidades de cada uma delas quanto à complexidade dos casos, a tecnologia incorporada à assistência, tempo médio de internação, as necessidades da população para cada uma delas, os recursos disponíveis nos hospitais, os valores financeiros empregados, justificam a importância de um olhar mais particularizado para cada especialidade.

No período de estudo foram pagas 67.040 AIH na especialidade de clínica cirúrgica, o equivalente a 41,7% do total de AIH pagas (160.612) e, embora a dinâmica de produção varie entre prestadores, o volume de AIH é crescente nesta especialidade. Quanto ao aspecto financeiro o menor valor médio de AIH apurado no período foi de R\$ 183,92, em 2001, no Hospital E e, o maior valor médio de AIH foi R\$ 6.963,82, em 2002, no Hospital A.

Vários procedimentos pertencentes à especialidade de clínica cirúrgica apresentam graus de incorporação tecnológica e complexidade que implicam em remuneração financeira superior a outras especialidades. Tal fato estimula os prestadores a privilegiarem/selecionarem com certa preferência a realização destes procedimentos. Outra particularidade da clínica cirúrgica diz respeito a uma demanda que em geral não poderia ser atendida em outro nível de atenção dentro do sistema de saúde que não o hospital.

Na especialidade de clínica médica, entre 1996 e 2003, no município estudado, foram pagas pelo SUS 42.284 AIH, representando 26,3% do total de AIH pagas (160.612) no período, sendo a produção nesta especialidade concentrada nos Hospitais B e C. Nesta especialidade o maior valor médio AIH apurado no período foi de R\$ 461,99, no Hospital C, em 2003 e, o menor valor, R\$ 172, 10, foi pago ao Hospital E, em 2003.

Em clínica médica concentram-se procedimentos que demandam expressivo volume de

cuidados assistenciais de profissionais da saúde em detrimento de recursos tecnológicos. Considerando que no valor financeiro pago na AIH está computada a alimentação, hotelaria, medicamentos, serviços profissionais médicos e de outras categorias, exames de apoio, diagnose e terapêuticos, podemos dizer que a Tabela SIH-SUS privilegia a remuneração de procedimentos que empregam maior volume de equipamentos e outros aparatos tecnológicos do que as ações especificamente de natureza assistencial.

Os resultados relativos à especialidade de clínica médica que mostram crescimento percentual inferior à especialidade cirúrgica podem ser questionados levando-se em conta determinadas características populacionais, entre elas, o envelhecimento e o crescimento de doenças crônicas não-transmissíveis, que geram demandas por atenção à saúde no âmbito hospitalar.

Diante dos baixos valores de remuneração das internações em clínica médica cabe ao gestor criar mecanismos de remuneração diferenciada ou até estabelecer metas contratuais que pactuem entre gestor e prestador atendimento proporcional entre as diversas especialidades, segundo as necessidades da população, criando a oportunidade de um faturamento mais equilibrado para o prestador e promovendo uma relação de equidade entre gestor e prestador que além de atender os pressupostos do SUS, possibilita melhor atenção ao usuário.

Para as internações hospitalares, de modo especial, aquelas de clínica médica, é preciso que o setor de avaliação e controle acompanhe o perfil das patologias que geram as internações no sentido de distinguir aquelas desnecessárias e, portanto, passíveis de controle ambulatorial.

No município, de 1996 a 2003, foram pagas 37.325 AIH na clínica obstétrica, o equivalente a 23,2 % das AIH pagas (160.612); dentre os prestadores estudados constatamos que o Hospital D, durante todo o período de estudo, não teve internação pelo SUS nesta especialidade e, o Hospital A apresentou produção apenas no ano de 1996. O menor valor médio de AIH pago foi de R\$ 78,37, para o Hospital C, em 2003 e, o maior pago no período foi de R\$ 594, 93, no Hospital E, em 2003. A partir de 1998 o Hospital E começou a fazer parte do sistema local de saúde. Inicialmente atendia apenas pacientes de clínica obstétrica, à épo-

ca houve uma reorganização das referências para internação em obstetrícia que desde então se concentra nos Hospitais B e E.

Para a especialidade de obstetrícia seria possível implantar outra forma de atenção, como por exemplo, as casas de parto, estabelecimentos de saúde de menor complexidade, com custo de instalação e manutenção mais baixas, destinados à realização de partos normais em gestantes de baixo risco.

De 1996 a 2003 foram pagas 13.963 AIH na especialidade de pediatria, correspondendo a 8,7% das AIH pagas (160.612), a produção apresentou flutuações expressivas e concentrou-se predominantemente nos Hospitais B, C e D, no pe-

ríodo de estudo. O menor valor médio de AIH foi de R\$ 40,38, foi pago em 2000 para o Hospital A e, o Hospital C recebeu o maior valor R\$ 1.154,97, em 1999.

Cumpramos ressaltar que na especialidade de pediatria a reorganização do sistema de saúde e a adoção de políticas de atenção diferenciada à saúde da criança e do adolescente podem estar interferindo na produção de internações hospitalares.

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

Tabela 3 – Incremento percentual no número de internações e no valor médio da AIH pagas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto entre 1996 e 2003, segundo especialidade médica e hospital. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

Hospital	Especialidade							
	Clínica Cirúrgica		Clínica Médica		Obstetrícia		Pediatria	
	Nº (ρ%)	R\$ (ρ%)	Nº (ρ%)	R\$ (ρ%)	Nº (ρ%)	R\$ (ρ%)	Nº (ρ%)	R\$ (ρ%)
A	-93,1	135,3	-49,8	-18,1	0	0	-88,8	-91,1****
B	152,7	92,8	121,7	56	32,4	77	9,9	111,7
C	115,1	85,6	70,7	57,9	-99,9	-43,6**	-66,4	45,1
D	1,6	61,3	-12,9	120,7	0	0	114	113,6
E	952,7*	3,3	0	0	27	36,4***	0	0
Total	72,4	54,1	60,7	24,5	31,6	104,9	31,4	83,4

Fonte: Divisão de Avaliação Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), 1996-2003.

Legenda: ρ% = incremento percentual no período 1996-2003.

$$\rho\% = \frac{N - N_0}{N_0} \times 100$$

N0

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

* = entre 2000 e 2003; ** = entre 1996 e 1999; *** = entre 1998 e 2003; **** = entre 1998 e 2000.

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

Para o conjunto de hospitais e especialidades, a de clínica médica é aquela que apresenta o menor incremento no valor médio de AIH (24,5%). Enquanto o hospital A reduziu aproximadamente em 50% o número de internações, o B e o C, incrementaram suas atividades nessa área em 121,7% e 70,7% respectivamente. O destaque cabe ao hospital D que mesmo reduzindo internações nessa especialidade (-12,9%) apresenta um crescimento do valor médio de AIH de 120,7%. A análise para esta situação mereceria ser aprofundada conhecendo as particularidades e especificidades dos usuários atendidos nessa instituição e os procedimentos desenvolvidos.

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

Quanto à especialidade de pediatria, os hospitais B e D mostram crescimento do valor médio de AIH acima de 100%. Uma possível explicação para essa situação foi a implantação, a partir de 1998, da política ministerial de reclassificação de leitos de unidade de terapia intensiva infantil, o que impulsionou essas instituições a reorganizarem e ampliarem os leitos nesse setor⁽⁸⁾.

4 CONCLUSÕES

A produção de internações hospitalares, no município de Ribeirão Preto, SP, no período estudado, sofreu considerável variação tanto nos aspectos físicos como financeiros, sendo que o crescimento financeiro foi superior ao físico. O incremento de produção é diferenciado entre prestadores e entre as especialidades de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica. Pudemos evidenciar que o crescimento é mais acentuado na especialidade de clínica cirúrgica onde se concentram procedimentos que agregam maior tecnologia e maior valor de remuneração segundo a Tabela SIH-SUS, portanto representa, para o prestador, um segmento de interesse em razão do aporte financeiro empregado.

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

Os resultados obtidos no estudo diferenciam-se daqueles encontrados seja para o estado de São Paulo como para o Brasil, uma vez que em Ribeirão Preto, SP, o incremento tanto físico como financeiro das internações foi superior.

Consideramos como possíveis explicações para o incremento no número de internações no

período, a crescente demanda de usuários dos municípios pertencentes à região de Ribeirão Preto, SP; aumento do fluxo de usuários que anteriormente tinham acesso ao sistema de saúde suplementar; a reorganização da oferta de serviços de internação do hospital público estadual que fica no município; e ainda, um controle pouco efetivo da produção de internações pela Secretaria Municipal de Saúde.

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

Entendemos que acompanhar, concomitantemente a produção quantitativa e o respectivo aporte financeiro para pagamento da produção de internações hospitalares gera um conjunto de informações que devidamente sistematizadas e articuladas às políticas de atenção à saúde e de financiamento, representam uma ferramenta importante para a gestão do sistema local com potencialidade para identificar e articular as reais necessidades e demandas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília (DF); 2001.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997
- 3 Ministério da Saúde (BR). Residentes por município. Brasília (DF): DATASUS; 2003. Disponível em: URL: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em: 23 mar 2005.
- 4 Castro VCG. A porta de entrada do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do estado do Rio de Janeiro [dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 170 f.
- 5 Degani VC. Vigilância à saúde: uma breve reflexão sobre a saúde individual e coletiva. Revista Gaúcha de Enfermagem 1999;20(n esp):49-57.

- 6 Nunes LA, organizador. SUS: o que precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
- 7 Cotta RMM, Muniz JR, Mendes FF, Cotta Filho JS. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. Saúde em Debate 1999;23(53):54-62.
- 8 Secretaria Municipal da Saúde (Ribeirão Preto). Relatórios de produção de internações hospitalares. Ribeirão Preto; 2003.

Endereço da autora/Author's address:

Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Rua Benjamin Stauffer, 540, apt° 21
Jardim Irajá
14.020-350, Ribeirão Preto, SP
E-mail: dpchaves@eerp.usp.br

Recebido em: 05/01/2006

Aprovado em: 06/06/2006
