

PRODUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA NAS INTERNAÇÕES EM CLÍNICA MÉDICA EM HOSPITAIS EM RIBEIRÃO PRETO-SP

PHYSICAL AND FINANCIAL PRODUCTION IN CLINICAL HOSPITALIZATIONS IN HOSPITALS IN RIBEIRAO PRETO-SP

PRODUCCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA EN LAS INTERNACIONES EN CLÍNICA MÉDICA EN HOSPITALES EN RIBEIRÃO PRETO-SP

GABRIELA DREM PICOLO¹
LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES²

Trata-se de investigação descritiva-exploratória com objetivo de identificar e descrever produção física e financeira dos procedimentos principais, em clínica médica, nas internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. A coleta de dados utilizou pesquisa documental em banco de dados oficiais sobre internações em cinco hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde, período 1996-2003. Houve incremento na produção física de procedimentos nas subespecialidades doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo e as subespecialidades de afecções neurológicas, doenças do sistema cardiovascular e afecções respiratórias consumiram a maior parte dos recursos financeiros. Constatamos a especialização de hospitais em algumas subespecialidades. O estudo não apresenta estimativas para os anos subseqüentes, entretanto, o incremento na produção física e financeira dos procedimentos em clínica médica, no município estudado, justifica análise crítica de quem faz a gestão do sistema local de saúde.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde; Sistemas de Informação Hospitalar; Hospitalização; Enfermagem.

This descriptive-exploratory research aimed to identify and describe the physical and financial production of the main procedures, in medical clinics, in processed hospitalizations paid by the Ribeirão Preto Municipal Health Secretariat. Data collection used documental research in official databases of five hospitals associated to the Unified Health System, between 1996 and 2003. The physical production of procedures in the following subspecialties increased: cardiovascular system diseases, respiratory problems and digestive system diseases. The subspecialties neurological and respiratory problems as well as cardiovascular system diseases consumed most of the financial resources. Specialization of hospitals in some subspecialties was evidenced. Although the study does not present estimates for the following years, the increase in the physical and financial production of clinical medicine procedures, in the city studied, justifies a critical analysis made by managers of the local health system.

DESCRIPTORS: Single Health System; Hospital Information Systems; Hospitalization; Nursing.

Se trata de investigación descriptiva-exploratoria con objetivo de identificar y describir la producción física y financiera de los procedimientos principales, en clínica médica, en las internaciones hospitalarias procesadas y remuneradas por la Secretaria Municipal de Salud de Ribeirão Preto-SP. La recogida de datos utilizó investigación documental en banco de datos oficiales acerca de internaciones en cinco hospitales asociados al Sistema Único de Salud, entre 1996 y 2003. Hubo incremento en la producción física de procedimientos en las subespecialidades de dolencias del sistema cardiovascular, afecciones respiratorias y enfermedades del aparato digestivo y las subespecialidades de afecciones neurológicas. Las enfermedades del sistema cardiovascular y afecciones respiratorias consumieron la mayor parte de los recursos financieros. Se constató la especialización de hospitales en algunas subespecialidades. El estudio no muestra estimativas para los años subsecuentes, sin embargo, el incremento en la producción física y financiera de los procedimientos en clínica médica, en el municipio estudiado, justifica un análisis crítico de quien realiza la gestión del sistema local de salud.

DESCRIPTORES Sistema Único de Salud; Sistemas de Información en Hospital; Hospitalization; Enfermería.

¹ Enfermeira graduada no Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (Bacharelado). Rua D. Pedro II, 506. Bairro Conserva. CEP 13466-000 Americana-SP. Brasil. E-mail: gdpicolo@yahoo.com.br

² Enfermeira, Prof^a Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP), pesquisadora do Centro de Estudos sobre Hospital e Enfermagem da EERP-USP. Orientadora. Av. Bandeirantes, 3900. EERP-DEGE-USP. Campus Universitário, CEP 14040-902. Ribeirão Preto-SP. Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

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 realizados pelo município tornam-se cada vez mais relevantes, de forma a permitir uma melhor utilização/alocação dos recursos financeiros disponíveis assumindo expressivo significado no sistema local de saúde⁽¹⁾.

O acompanhamento das internações hospitalares deve merecer atenção diferenciada do gestor pelo volume e variedade de recursos materiais e humanos consumidos, pela complexidade da estrutura dos serviços hospitalares e, pela possibilidade de o gestor reestruturar a atenção básica para a prevenção e controle de doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatorios, ou seja, monitorar os dados relativos à produção de internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema local de saúde.

A demanda por internações hospitalares pode sofrer variações em decorrência de disponibilidade de serviços de atenção básica, de hospitais e do perfil sócio-demográfico-epidemiológico da população⁽²⁾.

O envelhecimento da população pode ter efeitos marcantes sobre os serviços de saúde e, as repercussões que advêm das associações da velhice com maior prevalência de doenças degenerativas e incapacidades diversas acarretam aumento na demanda por cuidados de pacientes crônicos: maior número de consultas, de exames laboratoriais, de medicamentos e de internações, assim como maior duração de cada internação, o que representa custos mais elevados⁽³⁾.

A julgar pela distribuição percentual de óbitos, nas capitais, no período de 1930-1988, houve no Brasil, uma redução pronunciada da mortalidade por doenças infecciosas, e, um aumento, também em termos percentuais, das doenças crônico-degenerativas e das causas externas decorrentes da violência e dos acidentes⁽³⁾.

No Brasil, nas últimas décadas, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados originados, de forma rotineira, pelos serviços de saúde, como ferramenta

na elaboração de políticas de saúde, no planejamento e gestão de serviços de saúde⁽⁴⁾.

Entre os bancos de dados administrativos de saúde disponíveis no país, encontra-se o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), desenhado para fins administrativos, é o único de abrangência nacional, que tem origem nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), as quais geram o pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, oferecendo vantagens para avaliação de qualidade por conterem grande volume de dados, disponíveis com proximidade da ocorrência da internação, reduzindo em muito o custo das avaliações. Com a vantagem de fornecer informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação hospitalar ampliar a possibilidade de produção de conhecimento no campo da saúde coletiva⁽⁴⁾.

Os bancos de dados, desenhados para fins administrativos, que contém as informações de faturamento hospitalar expandiram-se e passaram a incluir informações clínicas, possibilitando seu uso para a avaliação dos cuidados prestados aos pacientes. Estas bases de dados vêm sendo empregadas com o objetivo de gerar indicadores de resultados que representem um ponto de partida para avaliações mais detalhadas da qualidade da assistência hospitalar. Além disso, o estudo da tendência temporal das causas das internações permite levantar hipóteses sobre influências de transformações demográficas, epidemiológicas e de práticas médicas nas últimas décadas. Do mesmo modo, a análise espacial permite evidenciar desigualdades regionais na situação de saúde e no acesso à assistência hospitalar⁽⁵⁾.

O objeto de estudo desta investigação foram os grupos de procedimentos principais produzidos nas internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na especialidade de clínica médica. Tal opção decorre da importância da avaliação dos serviços de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), no qual especialidade de clínica médica representa expressivo contingente de internações, de pacientes cujas patologias podem demandar atenção também em outras esferas do sistema local de saúde e, ainda pela elevação da expectativa de vida da população brasileira que implica em aumento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis.

Particularmente, na gestão, O acompanhamento das internações hospitalares, na gestão do sistema local de saúde, deve merecer atenção diferenciada tanto pelo volume e variedade de recursos materiais e humanos consumidos, quanto pela complexidade da estrutura dos serviços hospitalares e também, pela possibilidade de o gestor reestruturar a atenção básica para a prevenção e controle de doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatórios, enfim, monitorar os dados das internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema de saúde local⁽⁶⁾.

No cenário atual brasileiro caracterizado pela intensa e pouco regulada incorporação tecnológica na área da saúde, resultando em crescentes gastos no setor; pelo aumento da complexidade dos casos e da elevação dos custos com internações; e, da crise dos hospitais que prestam serviços para o SUS, seja ele público, filantrópico ou privado devido à gestão não-profissional e ao desequilíbrio orçamentário faz-se prioritário o estudo das internações hospitalares faz-se prioritário⁽⁷⁾.

A variação na produção de procedimentos nas internações diz respeito à demanda/necessidade de saúde dos usuários, incorporação de tecnologias levando à especialização em procedimentos de alto custo; seleção de procedimentos com melhor remuneração; inclusão de procedimentos secundários que agregam valor ao procedimento principal da AIH. Tais aspectos, portanto, merecem ser investigados e analisados justificando esta pesquisa.

Acredita-se que embora os resultados deste estudo sejam específicos de um município, esta situação pode também refletir o cenário de internações hospitalares em clínica médica em outras localidades brasileiras de grande porte populacional e pólos regionais. Esta especialidade concentra procedimentos que agregam ações terapêutico-assistenciais que consomem expressivo montante financeiro, tais constatações justificam uma análise pormenorizada das internações hospitalares nesta especialidade e a realização deste estudo.

Sob esta perspectiva ampliada de gestão de internações hospitalares questiona-se:

Na especialidade de clínica médica quais os procedimentos principais foram produzidos e como eles se

distribuem entre os prestadores hospitalares de um município do interior paulista, em termos físicos e financeiros, no período 1996-2003?

Diante deste quadro, entende-se que é necessário conhecer detalhadamente os procedimentos produzidos na especialidade de clínica médica em cada prestador nas internações hospitalares pelo SUS, situação esta que até o momento não é uma realidade no sistema local de saúde. Tal conhecimento pode fornecer subsídios para a gestão local, caracterizando os grupos de procedimentos que sofreram incremento no período, contribuindo para a ordenação do sistema local de saúde centrada nas necessidades de saúde da população, na adequação da alocação e distribuição dos recursos financeiros e na melhoria da atenção à saúde da população.

OBJETIVO

Identificar e descrever a produção física e financeira dos grupos de procedimentos principais, em clínica médica, nas internações hospitalares processadas e remuneradas pela Secretaria Municipal de Saúde Ribeirão Preto (SMS-RP).

Trata-se de pesquisa de cunho descritivo, transversal, de base populacional, utilizando dados quantitativos.

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município situado na região nordeste do estado de São Paulo, em 2007, com população de 551.312 habitantes que chega a 1.214.712 quando considerada a população de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS-XIII)⁽⁸⁾. É um município-sede da região, pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, com destaque para a área da saúde.

Quanto à gestão em saúde, o município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Executa e gerencia a atenção básica, desenvolve ações preventivas e de promoção da saúde em unidades próprias; em nível secundário, provê condições para a atenção especializada e de maior complexidade em procedimentos diagnósticos e terapêuticos em unidades próprias, conveniadas e contratadas; e, em nível terciário viabiliza acesso a serviços de internação hospitalar contratados/conveniados. É previsto um fluxo de atendimento hierarquizado e regionalizado,

que parte das ações básicas disponíveis em nível ambulatorial para as ações especializadas realizadas em âmbito hospitalar⁽⁹⁾.

A organização do fluxo de atendimento ocorre por meio dos instrumentos de referência e contra-referência, além de existir uma Central de Regulação Médica que tem a finalidade de regular o fluxo de pacientes segundo as necessidades do usuário.

A SMS-RP mantém convênio/contrato pelo SUS com cinco hospitais, sendo quatro filantrópicos e um privado, totalizando 594 leitos, dos quais 282 são disponibilizados para o SUS.

Foram considerados campos de estudo desta pesquisa cinco hospitais gerais conveniados/contratados pelo SUS através da SMS-RP, a partir do seguinte critério: instituições que apresentaram ao longo do período de estudo uma demanda expressiva de procedimentos principais em internações na especialidade de clínica médica e, por consequência, consumiram valores significativos de recursos financeiros.

A escolha do período de estudo (1996-2003) justifica-se porque coincide com o início da habilitação do município à gestão semiplena, quando Ribeirão Preto assumiu a responsabilidade pela gestão local do sistema de saúde, incluindo as internações nos hospitais conveniados/contratados pelo SUS e, por se constituir no mesmo período de estudo anterior cujos resultados evidenciaram o incremento de procedimentos produzidos em internações na especialidade de clínica médica.

A população de estudo foi constituída por todos os procedimentos principais das internações hospitalares processadas/pagas pela SMS-RP, através do SIH-SUS, na especialidade de clínica médica, segundo prestador para o período 1996-2003, no município estudado.

Foram critérios de inclusão no estudo: os procedimentos principais das internações em clínica médica regulados, realizados, autorizados, auditados por críticas do sistema de informação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), remunerados pela SMS-RP e que, portanto, atenderam as exigências preconizadas pelo SIH-SUS.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a pesquisa documental e o procedimento adotado constou de consulta a um banco de dados referente às interna-

ções hospitalares, formado a partir de informações oficiais da SMS-RP e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Nos referidos bancos de dados, foram coletados dados da produção mensal de AIH pagas na especialidade de clínica médica, particularmente detalhadas quanto aos procedimentos principais realizados e o respectivo pagamento autorizado para cada prestador, em seguida foram agrupados por ano.

Considerando o expressivo contingente de procedimentos, estes foram agrupados em subespecialidades seguindo a terminologia empregada pelo DATASUS: afecções neurológicas; doenças do sistema cardiovascular; afecções respiratórias; doenças do aparelho digestivo; afecções gastro-urinárias; doenças infecciosas e parasitárias; distúrbios nutritivos; tratamento clínico de tumores malignos; traumatismo e hospital dia; doenças endócrinas e metabólicas; doenças ósteo-musculo-articular; desidratação aguda; acidentes; doenças de pele; tecido celular e sistema linfático; hemoterapias e quimioterapia; anomalias congênitas e hereditárias; alergologia; envenenamentos e intoxicação.

Para análise foi utilizada estatística descritiva das variáveis estudadas adotando-se a distribuição percentual e a representação gráfica.

A discussão foi desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, qual seja a reorganização do sistema de saúde no município na perspectiva do SUS.

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP, sob n.º 0792/2007.

RESULTADOS

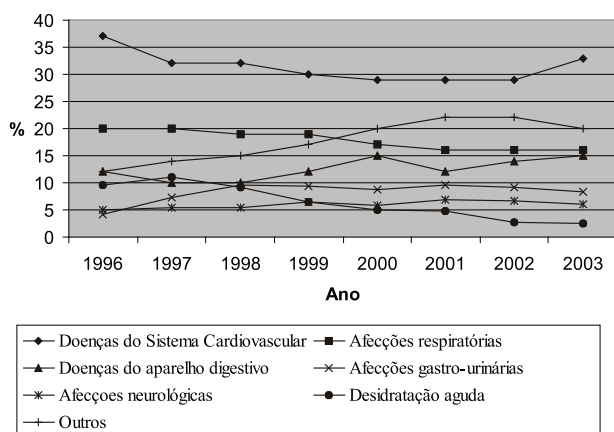
Nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto, no período de estudo, 1996 a 2003, foram processadas/pagas pelo SIH/SUS na especialidade de clínica médica 41.790 internações. Cabe destacar que nesta especialidade, as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis representam expressivo contingente de procedimentos.

A produção dos procedimentos principais das internações da especialidade de clínica médica, ano a ano, de

1996 (4.200 internações) a 2003 (6794 internações), evidencia que no período de oito anos houve um incremento global de 61,8% no total dos procedimentos produzidos.

Na Figura 1 apresentamos a distribuição percentual da produção física de procedimentos principais nas internações em clínica médica, segundo ano e subespecialidades.

Figura 1 – Distribuição percentual da produção física de procedimentos principais em internações cirúrgicas SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo ano e subespecialidade em clínica médica. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.



Fonte: SMS-RP

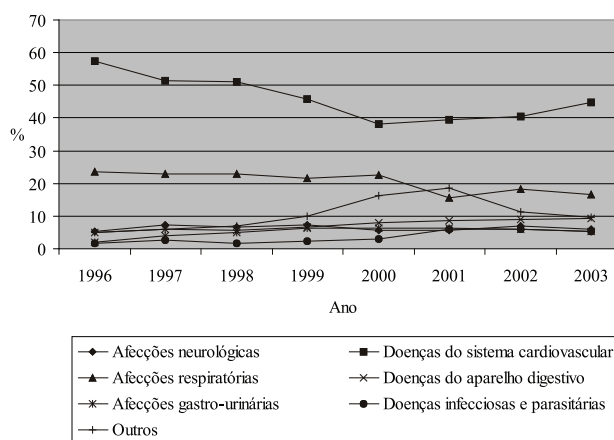
Quando analisadas individualmente as subespecialidades, verificamos que doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo são responsáveis por, respectivamente, 31,1%, 17,5% e 12,8% da produção e, juntas concentram 61,4% das internações no período.

As maiores variações na produção ocorreram entre os anos de 1998 e 1999 crescendo cerca de 24,8%, diminuindo em 2000 e 2001 em cerca de 7,6% e voltando a crescer em 2002 em cerca de 13,3%.

A produção financeira referente aos procedimentos principais das internações da especialidade de clínica de clínica médica, ano a ano, de 1996 (R\$ 1.076.337,28) a 2003 (R\$ 2.900.147,28), indica que no período de oito anos houve um incremento global de 169% nos recursos monetários empregados para pagamento de procedimentos.

Os percentuais dos valores financeiros despendidos com os procedimentos principais nas internações hospitalares nas subespecialidades de clínica médica estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição percentual da produção financeira de procedimentos principais em internações cirúrgicas SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo ano e subespecialidade cirúrgica. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.



Fonte: SMS-RP

As subespecialidades de afecções neurológicas, doenças do sistema cardiovascular e afecções respiratórias foram responsáveis por, respectivamente, 44,1%, 27% e 11,8% dos gastos no período, totalizando 82,9% dos recursos financeiros consumidos. Merece destaque o fato de as afecções neurológicas, no tocante à frequência de procedimentos, serem a quinta subespecialidade mais frequente e a primeira no montante de recursos financeiros, indicando um grupo de procedimentos cujos valores de remuneração são mais elevados em relação aos demais.

É possível com a tabela acima visualizar a produção de procedimentos em cada hospital evidenciando a vocação da instituição nas diferentes subespecialidades.

No hospital A, os procedimentos nas subespecialidades doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo a 30,8%, 20,1% e 11,1% respectivamente. O hospital B apresenta expressiva produção em doenças do sistema cardiovascular, doenças do aparelho digestivo e afecções respiratórias, que totalizam respectivamente, 34,0%, 16,0% e 13% da produção. No hospital C a produção concentra-se doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo, que correspondem por 27,3%, 21,3% e 15% dos procedimentos realizados. Para o hospital D os procedimentos em afecções gastro-urinárias representam 62,0% da produção e, doenças cardiovasculares 22,0%. O

hospital E concentra sua produção em procedimentos com afecções gastro-urinárias, sendo 100%.

Tabela 1 – Distribuição percentual da produção física de procedimentos principais em internações de clínica médica processadas/pagas pelo SMS-RP, segundo prestadores e subespecialidades médica. Ribeirão Preto-SP, 1996-2003.

Subespecialidades	Hospital					Total
	A	B	C	D	E	
	%	%	%	%	%	%
Doenças do sistema cardiovascular	30,8	34,0	27,3	22,0	0	31,0
Afecções respiratórias	20,1	13,0	21,3	4,4	0	17,6
Doenças do aparelho digestivo	11,1	16,0	15,0	3,9	0	12,8
Afecções gastro-urinárias	5,6	7,9	6,5	62,0	100,0	8,5
Afecções neurológicas	6,2	7,5	3,4	1,5	0	6,1
Desidratação aguda	2,7	9,7	10,3	2,8	0	5,7
Tratamento de tumores malignos	6,9	3,2	0,4	0	0	4,7
Doenças infecciosas e parasitárias	4,2	1,4	1,7	1,3	0	3,0
Distúrbios nutritivos	4,9	0,7	0,3	0	0	2,9
Traumatismo e Hospital-Dia	1,6	2,8	4,5	1,7	0	2,3
Doenças ósteo-músculo-articular	2,4	2,7	4,2	0	0	2,3
Doenças endócrinas e metabólicas	2,5	0,7	3,9	0,4	0	2,0
Acidentes	0,8	0,1	0,4	0	0	0,9
Envenenamentos e intoxicações	0,1	0,1	0,4	0	0	0,1
Doenças da pele, tec. Cel. Subcutâneo	0,1	0,1	0,3	0	0	0,1
Alergologia	0	0,1	0,1	0	0	0
Hemoterapias e quimioterapia	0	0	0	0	0	0
Anomalias Congênitas e hereditária	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: SMS-RP

A análise da produção financeira, considerando a representação de cada subespecialidade no montante geral da produção e quanto cada hospital consome evidencia que alguns hospitais são responsáveis por expressiva parcela financeira em determinadas subespecialidades. Para o hospital A as subespecialidades afecções neurológicas (58,2%), doenças do sistema cardiovascular (18,5%) e afecções respiratórias (10,1%) concentram respectivamente 86,8% do faturamento em internações em clínica médica.

No hospital B as subespecialidades afecções respiratórias (12,5%), doenças do sistema cardiovascular (55,5%) e afecções neurológicas (8,1%) respondem por 76,1% dos recursos financeiros percebidos em internações médicas. Para o hospital C os gastos com as doenças

do sistema cardiovascular e afecções respiratórias respondem por 67,9% nas internações. A sub-especialidade afecções gastro-urinárias representam 50,3% do faturamento no hospital D. O hospital E conta com 100% dos gastos em afecções gastro-urinárias.

Tabela 2 – Produção financeira de procedimentos principais em internações SUS processadas/pagas pela SMS-RP, segundo prestadores e subespecialidade médica. Ribeirão Preto, 1996-2003.

Subespecialidades	Hospital					Total
	A	B	C	D	E	
	%	%	%	%	%	%
Afecções neurológicas	58,2	8,1	5,7	1,5	0	44,1
Doenças do sistema cardiovascular	18,5	55,5	37,0	34,0	0	27,0
Afecções respiratórias	10,1	12,5	30,8	5,7	0	11,7
Doenças do aparelho digestivo	3,2	9,2	8,7	2,8	0	4,6
Afecções gastro-urinárias	1,4	4,6	3,4	50,0	100,0	3,3
Doenças infecciosas e parasitárias	3,2	1,4	3,2	2	0	2,9
Distúrbios Nutritivos	1,9	1,8	0,3	0,4	0	1,7
Tratamento clínico de tumores malignos	1,6	1,8	0,1	0	0	1,5
Traumatismos e Hospital-Dia	0,4	1,8	2,5	1,1	0	0,9
Doenças endócrinas e metabólicas	0,7	0,6	3,3	0,7	0	0,9
Doenças Ósteo-Músculo-Articular	0,4	0,8	1,8	0	0	0,6
Desidratação Aguda	0,2	1,2	2,5	1,2	0	0,5
Acidentes	0,2	0,5	0,3	0,1	0	0,2
Doenças da pele, tec. Cel. Subcutâneo,e linfático	0	0	0,3	0	0	0
Envenenamento e intoxicações	0	0,1	0,1	0,1	0	0
Hemoterapias e Quimioterapia	0	0	0	0	0	0
Anomalias congenitas e hereditárias	0	0	0	0,2	0	0
Alergologia	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: SMS-RP

DISCUSSÃO

Em face da disponibilidade limitada de recursos financeiros para custear a atenção à saúde, a crescente demanda das necessidades de saúde da população, a possibilidade de racionalizar o uso de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros em cada esfera de atenção, as diretrizes do SUS quanto à integralidade e hierarquização, tem emergido a discussão acerca da parcela de participação do hospital no sistema de saúde, bem como as alternativas viáveis de atenção em outros serviços de saúde, neste sentido o olhar pormenorizado para a produção de internações hospitalares pode ser de grande utilidade para reordenar o sistema local de saúde.

Diversas situações causam impacto sobre o hospital devendo ser consideradas na análise das perspectivas e tendências para este serviço, quais sejam: o perfil demográfico tendo o envelhecimento como uma de suas características centrais; o perfil epidemiológico com a diminuição da mortalidade por doenças infecto-contagiosas, o aumento da mortalidade decorrente de doenças crônico-degenerativas e causas externas; a acentuada incorporação tecnológica; a medicalização; o fracionamento do cuidado levando a acentuada especialização; a baixa resolubilidade dos serviços de saúde⁽¹⁰⁾.

No perfil epidemiológico atual, a representatividade das doenças crônico-degenerativas pode justificar a expressiva demanda nas subespecialidades de clínica médica. As condições crônicas atualmente constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e as tendências para os países em desenvolvimento prevêem uma situação similar. As tendências epidemiológicas indicam que haverá aumento das condições crônicas em todo o mundo. Tais condições vêm crescendo em ritmo acelerado, sem distinção de região ou classe social. As condições não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer⁽¹¹⁾.

Para que ocorra uma diminuição nesses índices é necessário um trabalho articulado entre a comunidade e as instituições de saúde, no sentido de promover a continuidade e organização, garantir a qualidade por meio de liderança e incentivos, capacitar o pessoal da área de saúde, usando sistemas de informação e apoiando o autogerenciamento e a prevenção⁽¹¹⁾.

Os sistemas de informação constituem um pré-requisito para um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas. Eles podem ser utilizados para monitorar as tendências de saúde, as taxas de natalidade e mortalidade, os processos clínicos de atenção, a implementação de normas e regulamentações, dentre outras coisas⁽¹¹⁾. Neste sentido entendemos que as informações disponibilizadas pela SIH-SUS podem representar importante ferramenta para o gestor local proceder

ao acompanhamento da produção de internações hospitalares e reordenar o sistema local de saúde.

Cabe destacar que é relevante introduzir a análise de fatores econômicos, na gestão em saúde, como uma possibilidade de ampliar a qualidade da atenção à saúde e a capacidade social de responder às necessidades/demandas da população⁽¹²⁾.

Aspectos financeiros podem influenciar o crescimento da produção de internação subestimando as reais necessidades de saúde da população, valorizando subespecialidades com remuneração maior, cujos procedimentos necessitam da incorporação de equipamentos materiais e tecnologias, nas quais os próprios prestadores podem ser mais seletivos para internações que representem maior possibilidade de faturamento, em detrimento de subespecialidades que exigem maior volume de procedimentos relacionados ao processo de cuidar profissional⁽¹⁾.

Nos serviços prestados pelo SUS, os pagamentos penalizam procedimentos mais simples, sejam clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais. Comparando valores de pagamento da tabela SIH-SUS e da Tabela da Associação Médica Brasileira é possível constatar que em ambas, os procedimentos cirúrgicos são os mais bem remunerados e, os procedimentos/tratamentos clínicos de doenças mais prevalentes na população como, por exemplo, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e diabetes, recebem uma remuneração inferior⁽¹³⁾.

Em clínica médica concentram-se procedimentos que demandam expressivo volume de cuidados assistenciais de profissionais de saúde em detrimento de recursos tecnológicos. Considerando que no valor financeiro pago está computada a alimentação, hotelaria, medicamentos, serviços profissionais médicos e de outras categorias, exames de apoio, diagnose e terapêuticos, pode-se 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⁽¹⁾.

O incremento da produção de internações em determinadas subespecialidades além dos aspectos relativos à necessidade de saúde da população, a vocação, organização e estruturação de cada hospital, representa também uma possibilidade de aumentar receitas, uma lógica admi-

nistrativa dos serviços no sentido de garantir sua sustentação financeira. Cabe destacar que o hospital pertence a uma categoria de prestadores de serviço que no mercado de produção, apresenta produto de valor social e os recursos empregados, finalidades e missão muito peculiares, portanto não podem ser analisados/administrados somente sob a ótica econômica, na perspectiva de compra e venda de produto⁽¹⁾.

Soma-se a esta situação o fato que conhecer as causas de incapacidades e morte pode ajudar a prolongar a vida humana e subsidiar o planejamento de ações de saúde⁽¹⁴⁾.

Entendemos que o acompanhamento da produção de internações hospitalares possibilita não apenas reordenar o sistema local de saúde, mas também redimensionar a participação do hospital neste sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que o processo de descentralização do sistema de saúde se implanta, amplia a importância do papel do gestor municipal na utilização e alocação adequada de recursos financeiros, de modo a otimizar o montante monetário disponível para atender às necessidades de saúde da população, nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

A complexidade crescente dos sistemas de saúde, a incorporação tecnológica acentuada, os recursos financeiros limitados frente às necessidades de saúde ilimitadas, requer processos sistemáticos de avaliação por parte do gestor.

As condições crônicas que representam importante contingente de procedimentos em clínica médica estão crescendo em ritmo alarmante exigindo estratégias focadas para a atenção em diferentes níveis de atenção e não apenas na atenção hospitalar.

De modo geral, no período de estudo, houve um incremento nos procedimentos principais nas internações de clínica médica e a produção se concentra nas subespecialidades de doenças do sistema cardiovascular, afecções respiratórias e doenças do aparelho digestivo. Quando aos recursos financeiros empregados para remuneração das internações as subespecialidades de afecções neurológi-

cas, doenças do sistema cardiovascular e afecções respiratórias são responsáveis por 82,9% dos recursos monetários despendidos no período.

A análise da produção física e financeira indica a especialização dos hospitais em algumas subespecialidades. Tal situação pode decorrer da vocação do hospital, de sua organização de recursos humanos e materiais, mas também é possível que interesses financeiros justifiquem esta especialização.

A constituição histórica de um modelo de organização de sistemas de saúde hospitalocêntricas, reforça a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de saúde. Somando a isto o atendimento a pessoas gravemente enfermas dá maior visibilidade a estas instituições, inclusive sob a perspectiva dos usuários. Entretanto, sistematicamente vem sendo redefinido o papel dos hospitais nos sistemas locais de saúde.

Embora o estudo não apresente estimativas para os anos subsequentes, o comportamento das diferentes subespecialidades ou os diferentes prestadores hospitalares do município, acredita-se que no processo de gestão, particularmente no que diz respeito à produção de ações na área hospitalar, pressupõe-se objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda, ou seja, faz-se necessário ter uma avaliação contínua deste segmento do sistema local de saúde, tal situação requer processos de avaliação aprimorados que levem em conta o perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população, a capacidade e condições técnico-operacionais dos serviços hospitalares, sejam eles próprios, conveniados ou contratados, a qualificação de seus profissionais, dentre outros.

REFERÊNCIAS

1. Chaves LDP. Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003 [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
2. Chaves LDP, Anselmi ML. Produção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(4):82-91.

3. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Bittencourt SA. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(1):19-30.
5. Amaral ACS. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1617-26.
6. Picolo GD, Chaves LDP, Azevedo ALCS. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2009; 11(2):395-402.
7. Castro MSM. A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
8. Datasus: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Residentes por município. Brasília: Ministério da Saúde. [citado em 2007 jan 12]. Disponível em: <http://www.DATASUS.gov.br>.
9. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2005-2008. Ribeirão Preto; 2005. [citado 2007 jan12]. Disponível em: <http://www.marp.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>.
10. Vecina G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-39.
11. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2002. 105 p.
12. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
13. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC; 2001.
14. Fabrício SCC, Rodrigues RAP Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene*. 2008; 9(2):3-9.

RECEBIDO: 13/04/2009

ACEITO: 30/09/2009