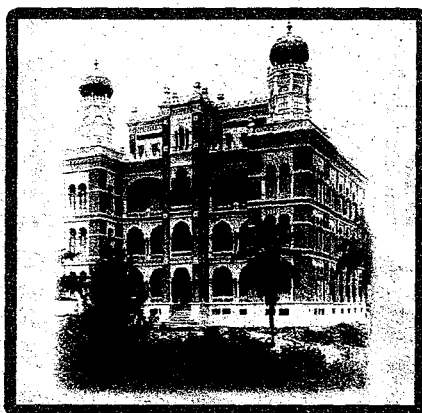


Fundação Oswaldo Cruz



Instituto Aggeu Magalhães

Departamento de Saúde Coletiva

Domício Aurélio de Sá

MONOGRAFIA

**Avaliação da universalidade do acesso à saúde
através dos sistemas de informações assistenciais do SUS
Brasil, 1995 e 1998.**

ORIENTADOR:

Prof. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

(043.42)"2000"
S111a
Ex.2

**Recife-PE
março de 2000**

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva**

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

**NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA**

DOMÍCIO AURÉLIO DE SÁ

**Avaliação da universalidade do acesso à saúde através
dos Sistemas de Informações Assistenciais do SUS -
Brasil, 1995 e 1998.**

Monografia apresentada como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista no
Curso de Pós-Graduação *latu senso* do Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Departamento de Saúde Coletiva
NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Orientação:

Prof. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Co-orientação:

Kátia Rejane de Medeiros

***Dedico este trabalho
a memória de meu PAI***

AGRADECIMENTOS

Sou eternamente grato:

Ao NESC, pelo acolhimento de todas as pessoas que constituem este “Lar”;

À Coordenação da Residência pela confiança, carinho e amizade na condução dessa jornada;

À Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, pela oportunidade para eu exercer com autonomia a principal função de um estagiário: a de aprendiz;

Aos colegas de curso pela amizade e convívio fraterno;

À equipe da Pesquisa dos Sistemas de Informações Assistenciais: Prof. Antônio Mendes, Kátia Medeiros, Fábio Lessa, Paulette Albuquerque, Sidney Farias, Tereza Campos e Tereza Maciel;

Especialmente, aos meus Orientadores: Prof. Antônio Mendes e Kátia Medeiros, que através do incentivo, amizade e confiança nas atribuições de responsabilidades, com intervenções sempre pertinentes, foram fundamentais, não só para a construção desse trabalho, mas para minha formação profissional.

A todos que contribuíram direto ou indiretamente, meu muito obrigado.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E TABELAS	iv
RESUMO.....	v
1. INTRODUÇÃO AO TEMA.....	6
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. Objetivo Geral	19
2.2. Objetivos Específicos.....	19
3. MATERIAIS E MÉTODOS	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1. Assistência Ambulatorial	23
4.2. Assistência Hospitalar.....	32
4.3. Gastos Totais com Assistência à Saúde	37
4.4. Considerações Gerais sobre a Assistência à Saúde no Brasil	39
5. CONCLUSÕES	41
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	42

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- Tabela - 1.** Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais Básicos em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.25
- Tabela - 2.** Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais Básicos por Habitante segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.....25
- Tabela - 3.** Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.27
- Tabela - 4.** Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade por Habitante segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.....27
- Tabela - 5.** Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.30
- Tabela - 6.** Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade por 1.000 Habitantes, segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.....30
- Tabela - 7.** Distribuição da Produção Total de Procedimentos Ambulatoriais segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.32
- Tabela - 8.** Disponibilidade de Leitos Hospitalares Existentes e Número de Internações em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.33
- Tabela - 9.** Distribuição Proporcional das Principais Causas de Internações Hospitalares por Regiões do País - Brasil, 1998.34
- Tabela - 10.** Distribuição das Internações Hospitalares por Procedimentos de Alta Complexidade segundo Regiões do País - Brasil, 1998.....36
- Quadro - 1.** Distribuição dos Gastos Totais com Assistência Hospitalar e Ambulatorial segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998.....38

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro tem passado por profundas transformações, em consequência da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, que adota como princípios fundamentais para sua consolidação, a universalidade, a equidade e a integralidade, formalizados na Constituição de 1988. Nestes termos, é pertinente verificar os avanços ocorridos em direção a efetivação destes princípios. Assim, este trabalho se propõe a avaliar a universalidade da assistência à saúde do SUS, nos vários níveis assistenciais. Como fonte de informações, utilizaram-se os dados registrados nos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH/SUS). A universalidade foi analisada através de indicadores de cobertura e concentração de procedimentos por habitante, observando a evolução do acesso aos diferentes tipos de assistência e níveis de complexidade distribuídas nas regiões do país em 1995 e 1998. Observaram-se avanços na produção ambulatorial e nos gastos totais com assistência à saúde. Entretanto, o crescimento não foi redistributivo, mantendo a concentração nas regiões Sul e Sudeste, principalmente nos procedimentos de maior custo/complexidade. Concluiu-se que, embora tenham ocorrido avanços no acesso ao sistema, sobretudo na atenção básica, os princípios constitucionais, da universalidade e da equidade, apesar dos avanços, ainda são objetivos a serem alcançados na assistência à saúde do país.

1. INTRODUÇÃO AO TEMA

O sistema de saúde brasileiro tem passado por transformações, em decorrência das grandes mudanças na política de saúde, que conduziram para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como princípios fundamentais para sua consolidação a universalidade, a equidade e a integralidade. Para contextualizar essas transformações, são descritos os principais pontos históricos que influenciaram as políticas de saúde a partir da década de 80: a crise econômica e política do país; a criação do SUS com as definições de princípios constitucionais e diretrizes para organização do sistema; os avanços e retrocessos para implantação das novas proposições; as regulamentações operacionais; as perspectivas de mudança do modelo assistencial; a necessidade de definição de prioridades através de diagnósticos situacionais; a importância de avaliar as ações implantadas; os sistemas de informações como fontes de dados para avaliações no setor saúde.

Os anos 80 foram de estancamento e de retrocesso econômico, sendo por isso considerados como a “década perdida”, com grandes pressões da dívida externa e da inflação. Os gastos sociais foram reduzidos por causa das políticas de ajuste fiscal, cujas conseqüências foram a deterioração dos serviços públicos e da qualidade de vida, além de uma desaceleração importante na melhoria dos indicadores de saúde, com ampliação das desigualdades regionais (Conh, 1997).

A recessão econômica e elevação dos custos da assistência médica, provocaram uma grave crise financeira e organizacional na Previdência Social. E como conseqüência, ocorreu queda de qualidade da assistência médica nos serviços públicos (Buss, 1995).

Segundo Gerschman (1995), o processo de transição à democracia trouxe a emergência de novos atores coletivos. Um amplo debate perpassou a sociedade, sobre a possibilidade de reverter as desigualdades sociais alarmantes. Nesse período, fortifica o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, como proposta política para reformulação do setor saúde.

O Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, com a ocupação de espaços nas instituições da saúde, permitida pelo processo de transição democrática. Na emergência da chamada “Nova República” em 1985, foi iniciado o processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde, com o aprofundamento da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), criada em 1982 e,

depois, com sua ampliação para o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 (Buss, 1995; Gerschman, 1995)

O projeto de Reforma Sanitária criticava o modelo dominante, de crescimento do setor privado financiado pelo setor público, que teria levado a deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde (Oliveira & Teixeira, 1986).

Este projeto reformulador foi conformado no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS em 1986, conseguindo hegemonizar a idéia de um sistema nacional de saúde público e sob o controle do Estado. Sendo apoiado pelo movimento social, o relatório da VIII CNS foi tomado como base pelos constituintes para elaboração do segmento da saúde da Constituição Nacional (Gerschman, 1995).

Assim, a Constituição promulgada em 1988, amplia o conceito de saúde e transforma em direito social de cidadania, ao instituir o princípio da universalidade no setor estabelecendo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Como forma de garantir este direito, é instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo princípios e diretrizes para uma atenção à saúde de forma integral, que garanta o acesso universal, a equidade, o controle social, a gestão única em cada nível de governo e a responsabilidade do Estado, pela saúde do cidadão (SUS, 1990).

Assim, o SUS é regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde – LOS (Leis 8080 e 8142). Com a criação do SUS, o princípio da universalidade ampliou o acesso à saúde para toda a população, que passou a ter os direitos, até então restritos aos contribuintes da Previdência Social (Giovanella & Fleury, 1995).

A universalização do atendimento é a garantia do acesso para toda a população. Mas para que o acesso de todos possa ser garantido efetivamente, a lei reconhece a necessidade de articulação com outros princípios, sobretudo com a equidade. Porque o princípio constitucional da equidade na forma de financiamento do SUS, possibilitará a implementação de dispositivos operacionais para ampliação da cobertura dos serviços (Faleiros, 1997).

Segundo Travassos (1997), a universalidade do acesso aos serviços de saúde também é uma condição fundamental para a equidade. Assim, a gratuidade no uso de serviços de

saúde é uma forma de universalizar a atenção. Entretanto, outros fatores como: transporte, espera para atendimento, custos dos medicamentos, etc., podem dificultar o acesso aos grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas com menor disponibilidade de serviços.

Como está expresso no Relatório da Conferência Internacional de Alma – Ata de 1978, a acessibilidade aos serviços de saúde, implica na prestação contínua e organizada de serviços para que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. Deve ser mensurada não só pelo seu aproveitamento ao nível comunitário como também pela medida em que podem ser resolvidos problemas mais complexos e pelo número de pacientes que requer tratamento mais especializado por parte dos outros níveis do sistema de saúde. Assim, quando proporcionam acesso integral e universal, os cuidados primários de saúde contribuem para assegurar a utilização racional de todo o sistema de saúde (OMS/Unicef, 1978).

Portanto, a universalidade do acesso aos serviços de saúde é fundamental para que se possa cumprir as prerrogativas constitucionais, de um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Dodge, 1997).

Para que os princípios do SUS, que são intimamente interligados, possam ser concretizados efetivamente, os serviços de saúde devem ser ofertados o mais próximo possível da população. Daí a necessidade da descentralização das ações de saúde e do poder de gestão para a esfera local, como estratégia para ampliação e organização do sistema de saúde.

Desta forma, a descentralização é uma diretriz do SUS utilizada como estratégia para a consecução dos princípios da universalidade, equidade e integralidade (Fleury, 1994). Mas para haver uma efetiva descentralização, implica uma redistribuição de poder decisório no espaço político-administrativo, ou seja, a distribuição de atividades sem a transferência de poder político não significa descentralização, mas apenas uma desconcentração (Tobar, 1991 *apud* Medeiros, 1998).

A Norma Operacional Básica (NOB 01/91) - instrumento regulador do processo de implementação do SUS - representou grande retrocesso na descentralização prevista na Lei Orgânica de Saúde. Na definição dos critérios de repasse de recurso, construiu-se um complexo sistema de financiamento centralizado, a partir do pagamento por produção sob a forma de convênios, transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em

meros prestadores de serviços (Gerschman, 1995). Caracterizando assim, apenas um processo de desconcentração de atividades, o que contraria os princípios constitucionais.

Deste modo, no decorrer do processo de implantação do SUS, ocorreram avanços e retrocessos com relação a política de saúde defendida pela Reforma Sanitária. Um grande avanço, foi sem sombra de dúvida, a universalização do acesso à saúde como direito social de todos, permitindo a inclusão de camadas populares no sistema (Paim, 1998).

Entre os retrocessos, o mais agrave refere-se a política de financiamento do setor. No momento de ampliação da cobertura houve grande retração de recursos, caracterizando uma contradição estrutural no sistema, como é analisada por Noronha & Levcovitz: “a chegada dos anos 90 marca o início de um novo declínio no financiamento público do setor...”. Ou seja, com a agudização da crise econômica, o governo faz a opção por reduzir os gastos com as políticas sociais. Dessa forma, a política de saúde universalizante vê-se a um dramático refluxo de recursos, voltando aos trágicos patamares de 1982 (Noronha & Levcovitz, 1994, p. 105).

Segundo Gerschman (1995), a legalização do setor não foi acompanhada pela efetivação da política, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal, sem que isto revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde para toda a população.

Nestes termos, a universalidade alcançada tem sido excludente, pois o movimento de inclusão de camadas populares não foi acompanhado por um mecanismo de financiamento adequado, e sim, de racionamento dos gastos, com a conseqüente deterioração da atenção prestada, levando a novas formas de exclusões de determinados seguimentos da sociedade que migraram para as diversas formas de seguros privados de saúde (Giovanella & Fleury, 1995).

Como tentativa de superação desse quadro, é elaborada a NOB 01/93 (Brasil, 1993a). Esta NOB, respaldada pelo movimento em torno do documento “A Ousadia de Cumprir a Lei”, promove uma reorganização no Ministério da Saúde, com extinção do INAMPS e reestruturação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS); aperfeiçoa os sistemas de informações assistenciais (SIH e SIA/SUS), com introdução de críticas e treinamento dos gestores para o controle e avaliação (Caleman, 1995). Também estabelece condições para a descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde, adotando a municipalização dos serviços e estabelecendo situações transitórias de gestão incipiente, parcial e semiplena; e

avança com relação ao financiamento do setor, definindo o critério populacional para o repasse dos recursos aos municípios (Bueno & Merhy, 1997).

23 Entretanto, ocorrem dificuldades para implementação das medidas normatizadas, principalmente em decorrência do financiamento, sendo que o processo de descentralização com a municipalização da gestão, só começa a avançar de fato no final de 1994 (Caleman, 1995).

Segundo Teixeira *et al* (1998), a descentralização prevista na NOB/93 não foi implementada efetivamente, devido a manutenção dos critérios de financiamento com base na capacidade de produção, resultando assim na concentração de recursos financeiros em regiões, estados e municípios com maior infra-estrutura que, conseqüentemente, apresentam maior capacidade de produção de serviços.

Assim, o sistema de saúde brasileiro, vivencia situações contraditórias. De um lado, o arcabouço legal conduz para um Estado fortalecido, com seu papel regulador e redistributivo para garantir as políticas sociais necessária para sua efetiva implantação. De outro, a prática do projeto neoliberal, que conduz para uma ampla reforma administrativa, de cunho racionalizador, onde o Estado só interfere quando o mercado não tem interesse de atuar (Campos, 1997a; Sóter, 1998).

Esses interesses contraditórios prejudicam a construção de modelos assistenciais organizados na lógica da efetiva implantação do SUS. Sendo que a dependência financeira do poder local aos governos estaduais e federal é o principal fator limitante do avanço da descentralização e da consolidação de um novo modelo de atenção à saúde (Merhy, 1991).

As dificuldades para efetivação da política de saúde do SUS, têm raízes na própria história de desigualdades das políticas econômicas e sociais, que sempre conduziram a construção do país. Sendo que, a organização dos serviços de saúde ocorre de forma assistemática, privilegiando os centros urbanos mais desenvolvidos e áreas consideradas estratégias para o interesse capitalista (Boldstein, 1989 *apud* Medeiros, 1998).

Analisando este processo, Buss conclui que

a distribuição da rede de serviços do Brasil é profundamente desigual quando se consideram as distintas regiões do país, as áreas urbanas ou rurais, as regiões ricas e pobres das cidades, determinado, junto com outros fatores socio-econômicos e culturais, uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelas diferentes populações e estratos sociais. (Buss, 1993, p. 6)

Vários estudos retratam as diversas formas de desigualdades entre as regiões do Brasil (Possas, 1989; Duchiate, 1995; Cohn, 1997). Entre essas desigualdades, observam-se as marcadas diferenças nas taxas de utilização de serviços de saúde, existindo uma relação perversa onde os grupos de menor renda *per capita* adoece mais, porém utilizam menos serviços de saúde (Buss, 1995; Elias, 1996; Travassos, 1997; Scatena & Tanaka, 1998; Silva, 1999).

A desigualdade diante dos riscos de agravos à saúde vem se acrescentar a decorrente das diferenças no sistema de financiamento da assistência à saúde e suas conhecidas conseqüências: repressão de demanda e restrições de procedimentos, que acabam determinando iniquidades (Yazlle Rocha *et al*, 1997).

A concentração dos investimentos em áreas mais afluentes, associado a má distribuição de renda, compromete a eficácia e eficiência da política de saúde no alcance de maior justiça social (Jardanovski & Guimarães, 1994).

A tônica da desigualdade e da iniquidade no acesso aos serviços públicos traduz a dinâmica das condições de ocupação do espaço. Certamente o acesso – do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços – é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e, sem dúvida, é um elemento fundamental contido no princípio da universalidade, tomando linearmente, que a oferta produz a demanda (Cohn *et al*, 1991).

Segundo Travassos, a organização local dos serviços impacta diretamente (reduzindo ou ampliando) o perfil de desigualdades entre os grupos sociais, “o tamanho relativo e a complexidade tecnológica da oferta de cada mercado de saúde [público ou privado], assim como a distribuição espacial desses serviços vai marcar o padrão de desigualdade social em cada estado e em cada município” (Travassos, 1997, p.329).

A falta de infra-estrutura e a desorganização dos serviços de saúde, são fatores que dificultam a estruturação de um novo modelo assistencial no âmbito local, principalmente, por está aliado a deficiência de gestão e escassez de recursos financeiros (Paim, 1998).

Para a estruturação de novos modelos assistenciais é necessária uma mudança na organização e funcionamento das instituições. Em vez de se preocuparem apenas com a oferta de serviços para uma demanda espontânea, teriam que proporcionar uma “oferta organizada” com reorientação da demanda num dado território, orientada por estudos

epidemiológicos que identifiquem os principais problemas de saúde na comunidade no nível local (Paim, 1993).

Entretanto, a construção de modelos assistenciais nunca se completa, se faz numa permanente interação de atores com intermediações entre os campos técnico e político. Portanto é sempre um processo de construção e reconstrução (Campos, 1996).

Segundo Campos (1997b), a construção de um modelo de atenção à saúde, que permita a universalidade do acesso, pressupõe uma ampliação da rede básica de saúde, de forma que esta funcione como porta de entrada do sistema, resolvendo 90% da demanda clínica, executando a maioria das ações de saúde pública, e que seja integrada aos outros níveis de atenção.

Com a proposta de reformulação do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro, o Ministério da Saúde edita uma nova norma para o SUS, a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 01/96. Esta normatização, que só entra em vigor em 1998, reforça as atribuições de competências entre União, estados e municípios, colocando o município como principal responsável pela oferta de serviços e ações de saúde, sobretudo com relação à atenção básica. Dessa forma, define duas formas de gestão municipal: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (Brasil, 1996).

Assim, ocorre grande adesão de municípios nessas formas de gestão, principalmente na gestão plena da atenção básica, atingindo 91,7% dos municípios brasileiros em 1998 (Vieira da Silva, 1999). Este fato se deve ao critério de financiamento, com aumento das transferências diretas da União para os municípios habilitados, com base na população residente (Bueno & Merhy, 1997).

Nestes termos, os gestores municipais com seus respectivos conselhos de saúde, passam a ter a responsabilidade de formular políticas, através da definição de prioridades no seu Plano de Saúde Municipal, permitindo a ampliação da cobertura da atenção básica (Fonseca, 1998).

A NOB/ 96, define os campos de atenção à saúde no âmbito do SUS, como um conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e ambientais. Dessa forma, são definidas como áreas de interesse da saúde: a assistência, as intervenções ambientais e as políticas externas ao setor (políticas macroeconômicas). Sendo que, a assistência à saúde, é responsável pelas atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, podendo ser prestada no âmbito

ambulatorial e hospitalar, como em outros espaços, especialmente no domiciliar (Brasil, 1996).

Para o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial são criadas, nesta normatização, modalidades de financiamento conforme os níveis de complexidade das ações.

43 { Assim, a assistência ambulatorial é subdividida em três níveis de complexidade: atenção básica, atenção especializada (média complexidade) e procedimentos de alto custo/complexidade. Na atenção básica, estão os procedimentos e ações custeados através do Piso da Atenção Básica (PAB); a assistência de média complexidade, tem seus procedimentos financiados pela Fração Assistencial Especializada (FAE); e os procedimentos de alto custo/complexidade, são custeados com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), todos formalizados por portarias do órgão competente do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Na assistência hospitalar, já existia, desde 1993, regulamentações definindo procedimentos de alta complexidade, para credenciamento de serviços das redes integradas de assistência de alta complexidade hospitalar, com custeio e acompanhamento especiais (Brasil, 1993b). Entretanto, ocorrem posteriormente a NOB/96, novas publicações de portarias com alterações, sobretudo com relação aos grupos de procedimentos.

{ Para Bueno & Merhy (1997), a NOB/ 96 embora apresente grandes avanços, ainda mantém equívocos que impedem um maior avanço na consolidação do SUS, principalmente, porque fere a autonomia dos municípios através de incentivos financeiros verticalizados para o custeio de programas, principalmente com o Programa de Agentes de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

{ Segundo os mesmos autores, o sucesso destes programas (principalmente a diminuição da mortalidade infantil) tem orientado o discurso do modelo ideal, como receita para todos processos de saúde-doença e não mais uma alternativa para se combater alguns problemas de saúde. Entretanto, a inversão de papéis destes instrumentos, além de não produzir impacto nos níveis de saúde da população em geral, se configura em uma “cesta básica” ou “medicina pobre para os pobres”, o que certamente aprofundará a crise do sistema, dando espaço para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Portanto, “apostar na

NOB/ 96, em termos de modelo de atenção e gestão do sistema, é apostar no projeto neoliberal...” (Bueno & Merhy, 1997).

Paim (1998), considera a existência de três modalidades de compreensão do SUS: além do SUS democrático defendido no movimento de Reforma Sanitária e do SUS formal que foi constituído, surge com força crescente à defesa do SUS para os pobres, com assistência primária focalizada, seguindo as recomendações da política compensatória do Banco Mundial. Assim, o projeto neoliberal trata a saúde na lógica do mercado e orienta os serviços públicos para os pobres, por intermédio de determinadas ações básicas de saúde. Dessa forma, o que aparenta ser uma colaboração, pode na realidade se transformar em negação de uma proposta maior para a consolidação do sistema.

Segundo Medeiros (1998), os serviços básicos de saúde representam grande importância para ampliação da oferta e universalização do acesso, mas são insuficientes para superar os problemas de organização da rede de saúde, segundo padrões de necessidades da população, uma vez que o acesso aos demais níveis de complexidade não é assegurado.

Para a garantia de um atendimento integral, não é possível dissociar a atenção primária da assistência hospitalar e da realização de exames ou tratamentos em serviços complementares (Scatena & Tanaka, 1998).

Neste sentido, para que a situação do sistema de saúde brasileiro possa ser mais equânime, compreendendo a saúde como direito do cidadão, se faz necessário: aumentar a disponibilidade de recursos financeiros; melhorar a utilização dos recursos já existentes, através de uma política redistributiva de recursos entre esferas de governo; e promover uma organização da rede local de serviços de saúde, garantindo a universalidade do acesso, por meio de melhor distribuição espacial e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais (Travassos, 1997).

Dessa forma, o desafio para o setor saúde, consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da população, ou seja, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos, numéricos, organizacionais (Dussault, 1992).

Na atual conjuntura de insuficiência de recursos financeiros, como o SUS poderá avançar para a concretização de tamanhos desafios? A resposta a esta pergunta certamente apontará, como primeiro passo, para a necessidade de definição de prioridades (Giraldes, 1995). Mas para realização dessa estratégia de definição de prioridades, faz-se necessário o

conhecimento da real situação de saúde. Sendo que este diagnóstico situacional, pode ser construído através de diversos tipos de indicadores.

Os indicadores podem ser categorizados como: de eficiência (utilização de recursos da melhor maneira possível), de eficácia (alcance de melhores resultados possíveis) e de efetividade (obtenção de transformações concretas na situação de saúde) (Moraes, 1994; Fiocruz *et al.*, 1998).

Na saúde, os indicadores de eficiência podem ser exemplificados através da avaliação da estrutura do sistema (produtividade, capacidade instalada, capacidade operacional e distribuição dos gastos); os de eficácia são exemplificados através da avaliação de processo de trabalho em saúde (cobertura, concentração de procedimentos e resolatividade); e os de efetividade, através de indicadores de mortalidade, morbidade, demográficos, sócio-econômicos e ambientais), refletindo avaliação de resultados (Fiocruz *et al.*, 1998).

Sabendo das desigualdades existentes no Brasil e da grande carência de informações (Lebrão, 1997), parece pertinente avaliar a realidade da assistência à saúde no país após a implantação do SUS como política nacional de saúde.

Para Giovanella & Fleury (1995), “pouco ainda se conhece sobre a efetividade da reestruturação do sistema de atenção e a real distância entre as formulações legais e constitucionais e universalização do direito à atenção”. Travassos também afirma que “não existem, até o presente, dados que possam avaliar o impacto da criação do SUS nas desigualdades em saúde e no consumo de serviços de saúde. Esse fato indica a urgente necessidade de construir-se um novo inquérito nacional sobre o tema” (Travassos, 1997).

Neste sentido, os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são fontes fundamentais para a construção dos diversos tipos de indicadores, que poderão fornecer diagnósticos da realidade de saúde do país, podendo subsidiar o planejamento e a definição de prioridades na política de saúde (Carvalho, 1997).

A mesma autora ressalta que, a utilização sistemática desses sistemas de informações, possibilitará um contínuo aperfeiçoamento, através do conhecimento e avaliação de suas abrangências e desempenhos. Além de permitir a produção de diferentes tipos de informações, por meio de adaptações na forma de exploração dos bancos de dados (Carvalho, 1997).

Segundo Almeida (1998), os sistemas de informações mais utilizados são o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, principalmente, por estarem vinculados ao repasse de recursos financeiros. Entretanto, as informações desses sistemas para análise da situação de saúde ou para o planejamento de atividades, ainda são pouco utilizadas. Sendo que, a razão principal dessa subutilização está vinculada a falta de recursos humanos capacitados para a obtenção de indicadores que permitam a avaliação dos serviços de saúde cobertos por estes sistemas.

Assim, apesar da grande carência de informações, existem no Brasil muitas bases de dados sem uma adequada exploração. Os sistemas assistenciais do SUS (SIH/SUS e SIA/SUS) são exemplo dessa subutilização, apesar de disponibilizarem um grande número de variáveis referentes a mais de 80% das ações da assistência à saúde em todo o território nacional (Levicovitz & Pereira, 1993; Carvalho, 1997).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) foi efetivamente implantado a partir de 1993, quando a Autorização de Internação Hospitalar – AIH em meio magnético (principal instrumento do sistema) foi implantada em todo o território nacional (Levicovitz & Pereira, 1993). Existem no sistema dois tipos de AIH's: a AIH tipo 1, para as internações normais e a AIH tipo 5 para internações de longa duração de pacientes crônicos.

As AIHs contêm um conjunto de variáveis agrupadas por categorias, referentes a identificação do paciente, além da caracterização do hospital e da assistência prestada. Portanto, dispõem de informações sobre: o número de leitos e clínicas disponíveis; os serviços e procedimentos realizados; os meios diagnósticos e terapêuticos; as causas principal e associadas da internação; o tempo de internação; o destino do paciente; e os valores gastos como a internação (Levicovitz & Pereira, 1993).

Assim, segundo (Carvalho, 1997), o SIH/SUS possibilita a construção de indicadores de desempenho da rede hospitalar para avaliação do sistema de saúde, permitindo a análise dos gastos, a oferta e consumo de serviços, a cobertura da assistência hospitalar, o perfil de morbidade hospitalar, entre outros indicadores.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) também é informatizado, e engloba todos os procedimentos da assistência à saúde que não necessita de internação. Sua operacionalização é amplamente descentralizada nos estados e, principalmente, nos

municípios (Marques, 1998). Este sistema só foi implantado efetivamente no âmbito nacional a partir de 1995 (Carvalho, 1997).

65 O SIA/SUS contém o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que informa mensalmente os tipos e as quantidades de procedimentos realizados. Também possui dados cadastrais: a Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), com a caracterização das unidades e dos gestores; e a Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO), contendo dados sobre o quantitativo de procedimentos programados, identificados e agrupados por ações básicas, serviços especializados e atendimentos por níveis de complexidades.

Segundo Carvalho (1997), o SIA/SUS contém o conjunto de ações desenvolvidas na assistência ambulatorial de toda a rede do SUS, com os quantitativos de procedimentos e seus valores, criticados e aprovados pelos gestores locais. Sendo, portanto, uma importante fonte de informações sobre o desempenho dos gestores na seleção e implementação de prioridades assistenciais, além de permitir avaliações da oferta de serviços de saúde através de indicadores de cobertura e concentração de atividades.

Como desvantagem do sistema, a mesma autora ressalta que a ausência de identificação individual do paciente, inviabiliza a informação para a vigilância epidemiológica, entretanto, não prejudica a avaliação de cobertura e concentração de determinadas ações, podendo-se inferir que a demanda é essencialmente local ou regional, o que dispensa a identificação do fluxo de demanda (Carvalho, 1997).

Nestes termos, os sistemas de informações assistenciais do SUS, permitem uma análise do perfil de oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais em determinado grupamento populacional-geográfico, através de indicadores de cobertura e concentração de atividades, além de possibilitar avaliações dos gastos realizados pelo sistema de saúde (Carvalho, 1997). Assim, estes sistemas são fundamentais para o acompanhamento e a avaliação do processo de implementação das políticas de saúde no país.

69 Vieira da Silva (1999), defende que o processo avaliativo seja realizado por etapas em ordem de prioridade, realizando como primeiro passo, análises mais gerais e quantitativas, através do monitoramento de determinadas características ou atributos. O resultado desse monitoramento inicial poderá ser utilizado como indicadores para a realização de estudos pontuais com investigações mais complexas, a exemplo das análises de implantação e avaliações de qualidade das ações.

As principais características ou atributos relacionados com as práticas de saúde e de sua organização são: a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acesso e equidade); o efeito das ações (eficácia e efetividade); os custos (eficiência); a adequação das ações à tecnologia disponível (qualidade); e os relacionados com a percepção dos usuários (satisfação, aceitabilidade) (Vieira da Silva & Formigli, 1994).

Segundo Vieira da Silva (1999), na prática é inviável monitorar todos esses atributos, por isso, a autora propõe a seleção de dois atributos, considerados nucleares no processo de avaliação das ações de saúde: a cobertura e a efetividade. Sendo que, o monitoramento da cobertura das ações de saúde é pré-requisito para o acompanhamento de sua efetividade. Porque uma cobertura inadequada é fator limitante para a consecução dos demais atributos, ou seja, compromete a efetividade e a qualidade das ações. Entretanto, pode existir elevada cobertura e baixa efetividade ou a existência de efeitos inesperados, que poderão ser elucidados posteriormente.

A cobertura corresponde à proporção da população que é beneficiada por determinadas ações (Rossi & Freeman, 1993 *apud* Vieira da Silva, 1999). Portanto, no Sistema Único de Saúde, a cobertura é indicador de universalidade, uma vez que a população alvo do sistema corresponde ao universo de brasileiros.

Vieira da Silva também observa a importância da distinção entre a “cobertura potencial”, que está relacionada com as possibilidades de utilização, pela existência de serviços (infra-estrutura) e “cobertura real” que é resultante do trabalho efetivamente realizado, o acesso para a utilização dos serviços existentes (Saberón, 1998 *apud* Vieira da Silva, 1999).

Dessa forma, a oferta de serviços caracteriza a capacidade instalada, indicando a cobertura potencial, enquanto a produção realizada é um indicador da cobertura real, podendo ser determinada pela concentração de atividades de saúde por habitante.

Nestes termos, este trabalho se propõe avaliar a universalidade da assistência à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde nas regiões do país, através de indicadores de cobertura e concentração de atividades, construídos a partir dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, o que poderá trazer subsídios para a verificação do cumprimento dos princípios constitucionais do direito à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a universalidade da assistência à saúde do SUS, nas regiões do Brasil, através do acesso aos diferentes níveis de complexidade registrados nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Hospitalares (SIH/SUS) em 1995 e 1998.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os níveis de complexidade na assistência ambulatorial e hospitalar através da seleção de grupos de procedimentos considerados representativos desses níveis de complexidades assistenciais;
- Descrever a distribuição e cobertura da assistência hospitalar segundo a disponibilidade de leitos, número de internações e perfil de morbidade nas regiões do país;
- Analisar a evolução do acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar, nas regiões do país, entre 1995 e 1998;
- Descrever a distribuição dos gastos com assistência à saúde do SUS segundo o tipo de assistência realizada nas regiões do país.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo realizado foi descritivo do tipo transversal, com exploração de dados secundários do Ministério da Saúde – MS. Foram utilizados os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS), como fonte de informações para avaliação de variáveis da assistência à saúde prestada pelo SUS, nas regiões do país, referentes aos anos de 1995 e 1998.

Analisou-se a evolução da assistência à saúde nos anos 1995 e 1998, por serem pólos de um período com efetiva consolidação dos dois sistemas de informações utilizados, permitindo assim a realização de comparações entre os dados ambulatoriais e hospitalares.

Na exploração dos bancos de dados assistenciais, foram utilizados os arquivos de produção ambulatorial do SIA/SUS (PABR. DBF) e os arquivos de produção e cadastro hospitalar do SIH/SUS (RDBR. DBF e VHBR.DBF), ambos consolidados pelo gestor nacional em CD ROM (DATASUS).

Para a construção de tabulações foram utilizados o *software* Tabwin (DATASUS/MS) e planilhas do Microsoft Excel.

Na avaliação do acesso e universalidade da assistência à saúde, considerou-se a cobertura assistencial, medida através da concentração de procedimentos por habitante (produção/ habitante/ ano). O número de habitantes utilizado corresponde a população, residente na região, estimada pelo IBGE para o mesmo ano da produção.

Para a **Assistência Ambulatorial**, trabalhou-se a produção dos principais *grupos de procedimentos* selecionados segundo níveis de complexidade, além da distribuição da *produção total* de procedimentos ambulatoriais. A produção ambulatorial corresponde a frequência de procedimentos nas regiões do país, referentes a 1995 e 1998.

Os grupos de procedimentos de cada nível de complexidade foram definidos de acordo com a legislação do SUS em vigor (NOB/96) que subdivide a assistência ambulatorial em: atenção básica, atenção especializada (média complexidade) e alta complexidade/custo. Para a definição dos atos/procedimentos que melhor caracterizassem esses níveis de atenção à saúde, foram realizados ensaios exploratórios dos bancos de dados dos sistemas, além de consultas às portarias do Ministério da Saúde referentes ao assunto em tela.

Posteriormente, selecionou-se um conjunto de procedimentos considerados representativos de cada um desses grupos, para a realização de análises mais específicas dentro dos níveis de complexidade e que, ao mesmo tempo, permitissem comparações entre 1995 e 1998, com a finalidade de avaliar o processo evolutivo do acesso ao sistema de saúde.

A preocupação para a construção desses grupos padronizados, deveu-se principalmente, as constantes alterações na tabela de procedimentos do SIA/SUS e a existência de um grande volume de atos/procedimentos que determinam variações no interior dos próprios grupos, quando estes são classificados por níveis de complexidade.

Dessa forma, para o grupo de procedimentos da atenção básica, foram selecionados o total de consultas médicas, os procedimentos das ações de vigilância epidemiológica, imunizações e atos não médicos (AVEIANM), com exceção daqueles agrupados no FAE, e os procedimentos de odontologia básica.

Para o grupo de média complexidade, optou-se pelos procedimentos de patologia clínica (pesquisa sorológica, hormônios, imunologia e microbiologia); radiodiagnóstico (abdome, mamografia, tomografias simples, exames contrastados e especializados); ultrasonografia (ecografias); e tomografia computadorizada.

Quanto ao grupo de procedimentos de alta complexidade, foram analisados: a diálise (tratamento renal substitutivo); quimioterapia; radioterapia; medicina nuclear (diagnose e terapia); ressonância magnética; e angiografias.

Visando avaliar a assistência ambulatorial no conjunto, como também para observar a consistência dos grupos selecionados, analisou-se a produção total de procedimentos ambulatoriais registrada no sistema.

Para a **Assistência Hospitalar**, avaliou-se a evolução da *oferta de leitos* e do *número de internações gerais* entre 1995 e 1998. Também foram analisados o perfil de morbidade hospitalar e a distribuição das internações por procedimentos de *alta complexidade* nas regiões do país, em 1998.

A oferta de leitos foi avaliada através do cadastro hospitalar, considerando o número de leitos existentes em cada região, referente ao mês de junho de cada ano estudado.

Com relação ao número de internações gerais, considerou-se a frequência de AIHs pagas referentes aos anos de competências (1995 e 1998).

Para conhecer o atual perfil de morbidade hospitalar, utilizou-se a frequência de internações gerais por Capítulo de CID nas regiões do país, referente a 1998. Ressalta-se que neste ano foi adotado pelo SIH/SUS a 10ª revisão da Codificação Internacional de Doenças (CID – 10), com modificações dos Capítulos da versão anterior (CID – 9), que era utilizada até 1997.

Com relação a análise da distribuição das internações de alta complexidade, também trabalhou-se apenas o ano de 1998, devido as grandes mudanças realizadas pelo Ministério da Saúde, na definição dos procedimentos correspondentes a esse nível de classificação. As inclusões de vários procedimentos e exclusões de outros, tornou incompatível a comparação entre os anos de 1995 e 1998. E mesmo para 1998, foi necessária a realização de algumas adaptações, com base em portarias ministeriais referentes ao tema, para definir os grupos de procedimentos considerados de alta complexidade.

Assim, foram considerados como procedimentos de alta complexidade no SIH/SUS aqueles constantes na Portaria GM/MS Nº 3.409, de 05/08/98 (Brasil, 1998), que define os grupos de procedimentos hospitalares de alta complexidade (transplantes e retransplantes, câncer, cardiologia, malformação lábio palatal, ortopedia, implante dentário ósteo-intergrado, neurocirurgia e tratamento de epilepsia).

Como a referida portaria só passou a vigorar em agosto de 1998, foram incluídos os procedimentos pertencentes aos grupos citados na mesma, que estavam em vigor até o mês de julho daquele ano, mesmo que tenham sido extintos pela portaria ministerial em questão. Também incluiu-se, os novos procedimentos que foram incorporados àqueles grupos através de portarias publicadas entre setembro e dezembro de 1998.

Os gastos totais com assistência à saúde foram analisados à parte, para possibilitar uma melhor comparação entre os tipos de assistência, considerando sua distribuição proporcional, os valores médios e o total de gastos por habitante. Na assistência hospitalar, os gastos com internações correspondem ao valor total no ano de competência, referente a 1995 e 1998, e na assistência ambulatorial, os gastos totais referem-se ao valor aprovado para os anos analisados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliar a universalidade do acesso ao Sistema Único de Saúde – SUS, seguiu-se um plano de análise obedecendo as atuais estruturas organizacionais da assistência à saúde no país. Assim, conforme descrito na metodologia, foram analisadas as características da assistência ambulatorial e hospitalar segundo níveis de complexidade em ordem crescente, e os gastos com assistência ambulatorial e hospitalar, foram analisados posteriormente na mesma oportunidade para facilitar comparação entre os tipos de assistência.

Assim em cada tópico específico de análise, procurou-se avaliar a concentração das atividades por habitante/ano, da seguinte forma: observou-se, inicialmente, a evolução geral no país entre os anos de 1995 e 1998; em seguida, realizou-se comparações entre as regiões e outras análises mais específicas; e, finalmente, realizou-se comentários gerais sobre os principais resultados.

4.1. Assistência Ambulatorial

Neste tópico, foram analisadas a produção da assistência ambulatorial, através dos grupos selecionados para representar os níveis de complexidades em ordem crescente (atenção básica, média complexidade, alta complexidade) e, posteriormente, a distribuição da produção total de procedimentos ambulatoriais.

No grupo de procedimentos da **atenção básica**, houve um incremento de 40% na produção do país entre 1995 e 1998, passando de 3,2 para 5,2 procedimentos por habitante (Tabelas – 1 e 2). A evolução ocorreu em todas as regiões com uma certa semelhança para o conjunto de procedimentos. O Centro-Oeste e o Nordeste foram as regiões que apresentaram os maiores crescimentos *per capita* no país, enquanto as regiões Sul e Norte tiveram os menores crescimentos no período. Em consequência, o Nordeste melhorou sua produção em relação a média nacional, equilibrando-se com as regiões Sul e Sudeste, e a região Norte permanecendo em posição inferior às demais regiões e a média nacional.

Com relação a cada grupo de procedimentos básicos, ocorreu variação significativa entre as regiões do país. O número de consultas médicas decresce em todo o país (de 1,9 para 1,8 consultas por habitante), permanecendo a região Sudeste com a maior concentração (2,1 consultas por habitante) e o Norte com a menor (1,1 por habitante). As maiores mudanças ocorreram no grupo de AVEIANM, que triplicou a produção em todo o

Brasil (de 1,1 para 3,2 procedimentos por habitante), havendo uma redistribuição entre as regiões, ou seja, menor crescimento nas regiões Sul e Sudeste, e maior nas outras regiões. Destacando-se neste grupo, as regiões Centro-Oeste e Nordeste com uma concentração de procedimentos superior a média nacional (4,3 e 3,5 *per capita*, respectivamente) e o Sudeste que apresentou a menor concentração do país, com 2,8 procedimentos *per capita*. No grupo da odontologia, o aumento da produção foi muito pequeno no período estudado (0,14 para 0,16 procedimentos *per capita*). As regiões Nordeste e Norte apresentaram as menores concentrações, com 0,12 procedimentos por habitante, enquanto as regiões Sul e Sudeste tiveram valores superiores a média nacional.

De modo geral, observa-se um grande incremento de procedimentos com redistribuição inter-regional, podendo inferir que houve avanços com relação ao acesso da população às ações assistenciais do sistema, sugerindo a existência de universalidade neste nível de atenção à saúde.

Entretanto, quando os grupos específicos de procedimentos da atenção básica são observados separadamente, percebe-se grandes diferenças na distribuição entre as regiões do país. Sendo que os avanços ocorridos nas regiões mais pobres (Norte e Nordeste), são naqueles procedimentos mais simples, pertencentes ao grupo de AVEIANM, não ocorrendo redistribuição em consultas médicas e odontologia básica.

A evolução apenas no grupo de AVEIANM, possivelmente seja reflexo da política nacional de incentivos a ações programáticas voltadas, principalmente, ao controle de endemias e redução da mortalidade infantil nas regiões mais carentes. Entre estas ações, as de maiores destaques são: as atividades para o controle de endemias, principalmente vetoriais e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, que realizam atividades simples de prevenção de doenças, através de visitas domiciliares.

O Programa de Saúde da Família – PSF, ainda não mostra resultados regionais com relação às consultas médicas, o que deve ocorrer no nível municipal ou estadual, onde este tenha maior cobertura.

Em síntese, o aumento e redistribuição de procedimentos na atenção básica, limita-se ao grupo de AVEIANM, persistindo as diferenças inter-regionais com relação às consultas médicas e odontologia, onde as regiões Norte e Nordeste são desfavorecidas frente as demais regiões do país, demonstrando que as conquistas alcançadas com relação aos princípios propostos pelo SUS, ainda são pequenas, inclusive neste nível de assistência.

Países

Tabela – 1
Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais Básicos em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	GRUPOS DE PROCEDIMENTOS						TOTAL	
	Consultas Medicas		Aveianm		Odontologia		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
NORTE	13.754.823	13.310.557	13.920.456	35.687.672	1.316.160	1.528.207	28.991.439	50.526.436
NORDESTE	72.263.535	70.947.923	59.120.598	160.610.294	5.220.419	5.834.641	136.604.552	237.392.858
SUDESTE	148.063.417	148.087.871	60.358.124	196.331.456	10.279.008	13.210.994	218.700.549	357.630.321
SUL	45.024.775	43.920.403	33.482.611	74.718.683	4.024.021	4.645.219	82.531.407	123.284.305
CENTRO - OESTE	19.238.741	18.660.447	13.740.384	46.884.498	1.333.645	1.831.913	34.312.770	67.376.858
BRASIL	298.345.291	294.927.201	180.622.173	514.232.603	22.173.253	27.050.974	501.140.717	836.210.778

Fonte: SIA/SUS

Tabela – 2
Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais Básicos por Habitante segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	GRUPOS DE PROCEDIMENTOS						TOTAL	
	Consultas Medicas		Aveianm		Odontologia		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
NORTE	1,233	1,121	1,247	3,007	0,118	0,129	2,598	4,257
NORDESTE	1,607	1,549	1,315	3,506	0,116	0,127	3,037	5,182
SUDESTE	2,234	2,147	0,911	2,847	0,155	0,192	3,299	5,186
SUL	1,947	1,818	1,448	3,093	0,174	0,192	3,568	5,104
CENTRO - OESTE	1,873	1,697	1,338	4,264	0,130	0,167	3,340	6,128
BRASIL	1,915	1,823	1,159	3,178	0,142	0,167	3,216	5,168

Fontes: SIA/SUS e IBGE

No grupo de **média complexidade** (Tabelas – 3 e 4), de modo geral, houve uma estabilidade na produção assistencial de 1995 para 1998, mantendo uma concentração de 0,2 procedimentos por habitante no país. Entre as regiões, ocorreu uma melhoria na distribuição, com aumento no Norte e Nordeste e uma ligeira diminuição nas demais regiões. Entretanto, as regiões Sudeste e Sul permaneceram com uma concentração de procedimentos *per capita* superior a média nacional.

Analisando cada grupo de procedimentos de média complexidade, separadamente, observa-se algumas diferenças regionais. O grupo de procedimentos de patologia clínica, mantém-se praticamente estável, com uma concentração de 1,16 procedimentos *per capita* no país, apesar de demonstrar uma pequena tendência de redistribuição, com incrementos no Norte e Nordeste e reduções nas demais regiões. A produção de ultra-sonografia teve um crescimento em todo o país, mantendo as proporções entre regiões. Neste grupo, observa-se uma distribuição atípica entre as regiões, onde o Nordeste apresenta grande consumo, superando o Sudeste na concentração *per capita*. Já a produção da região Sul, é semelhante a do Norte, ambas bastante inferiores a média nacional. Quanto ao grupo radiodiagnóstico, a produção nacional é mantida em 0,014 procedimentos por habitante, observando um pequeno aumento na região Sudeste, estabilidade no Norte, e decréscimos nas outras regiões. Com relação ao grupo da tomografia computadorizada, ocorreu aumento de produção em números absolutos em todo o país, mas na concentração procedimentos por habitantes, só houve crescimento significativo nas regiões Norte e Centro-Oeste. Neste grupo, existe uma grande concentração na região Sudeste, que possui o dobro da produção *per capita* das regiões Sul e Centro-Oeste, e o triplo do Norte e Nordeste.

Dessa forma, observa-se na assistência ambulatorial de média complexidade, uma persistência das diferenças entre as regiões, apesar de apresentar uma pequena tendência redistributiva em patologia clínica e ultra-sonografia. Os procedimentos desse grupo são concentrados nas regiões Sudeste e Sul, principalmente, aqueles de custos mais elevados (radiodiagnóstico e tomografia computadorizada).

A concentração *per capita* de ultra-sonografia no Nordeste, é surpreendente quando comparada com as demais regiões. Este fato sugere uma melhor análise com dados mais desagregados e construção de parâmetros conforme as reais necessidades da população, porque o número de consultas médicas da região não é um indicativo que possa justificar essa produção, parecendo haver exageros de consumo.

Tabela – 3

Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	GRUPO DE PROCEDIMENTOS								TOTAL	
	Patologia Clínica		Ultrasonografia		Radiodiagnóstico		Tomografia Comput.		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
NORTE	1.525.808	1.720.998	130.031	188.746	50.595	57.663	14.279	25.768	1.720.713	1.993.175
NORDESTE	4.361.306	4.598.760	1.738.077	1.886.614	379.649	329.522	88.992	106.551	6.568.024	6.921.447
SUDESTE	13.653.206	13.644.416	2.019.552	2.366.459	1.263.619	1.417.439	371.589	419.209	17.307.966	17.847.523
SUL	4.209.390	4.372.404	291.498	327.095	376.569	370.376	74.058	75.546	4.951.515	5.145.421
CENTRO - OESTE	1.657.435	1.646.705	219.890	242.052	142.174	115.090	24.100	35.415	2.043.599	2.039.262
BRASIL	25.407.145	25.983.283	4.399.048	5.010.966	2.212.606	2.290.090	573.018	662.489	32.591.817	33.946.828

Fonte: SIA/SUS

Tabela – 4

Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade por Habitante segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	GRUPO DE PROCEDIMENTOS								TOTAL	
	Patologia Clínica		Ultrasonografia		Radiodiagnóstico		Tomografia Comput.		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
NORTE	0,137	0,145	0,012	0,016	0,005	0,005	0,001	0,002	0,154	0,168
NORDESTE	0,097	0,100	0,039	0,041	0,008	0,007	0,002	0,002	0,146	0,151
SUDESTE	0,206	0,198	0,030	0,034	0,019	0,021	0,006	0,006	0,261	0,259
SUL	0,182	0,181	0,013	0,014	0,016	0,015	0,003	0,003	0,214	0,213
CENTRO - OESTE	0,161	0,150	0,021	0,022	0,014	0,010	0,002	0,003	0,199	0,185
BRASIL	0,163	0,161	0,028	0,031	0,014	0,014	0,004	0,004	0,209	0,210

Fontes: SIA/SUS e IBGE

No grupo de procedimentos ambulatoriais de **alta complexidade** (Tabelas– 5 e 6), houve um incremento de 28,4% na produção nacional entre 1995 e 1998, passando de 56,5 para 76,0 procedimentos por 1000 habitantes. Embora tenha ocorrido crescimento em todas as regiões, observa-se que a alta complexidade ambulatorial concentra-se nas regiões Sudeste e Sul, sendo essa concentração intensificada no período. Em 1995 o Sudeste representava 53,3% da produção nacional, passando para 58,2% em 1998, enquanto na região Nordeste, houve uma redução proporcional de 4,6% com relação ao total do país, no mesmo período.

A evolução entre cada grupo de alta complexidade foi bastante diferenciada. A concentração de procedimentos de angiografias só aumentou no Sudeste, ficando com o dobro da média nacional, enquanto que nas outras regiões houve redução no consumo desse serviço. Na ressonância magnética, que não era paga pelo SUS em 1995, observou-se em 1998, uma concentração desses procedimentos nas regiões Sudeste e Sul, e nenhuma produção no Norte. No grupo da diálise, houve um grande incremento em todas as regiões do país, dobrando a produção nacional de 22,4 para 44,7 procedimentos por mil habitantes, mas as regiões Sudeste e Sul, permanecem com a concentração desses procedimentos, com concentração superior a 60 procedimentos por mil habitantes, que corresponde ao dobro da regiões Centro-Oeste e Nordeste, e sete vezes em relação a região Norte. Na medicina nuclear, com exceção da região Nordeste, que reduziu a produção, houve incrementos no restante do país, mas o Sudeste mantém a grande concentração desses procedimentos. Quanto ao grupo da radioterapia, houve uma pequena redução na produção nacional, com crescimentos apenas nas regiões Norte e Centro-Oeste, provocando uma pequena melhoria na distribuição entre as regiões do país, embora o Sudeste possua uma concentração de procedimentos por mil habitantes bastante superior a média nacional. E, finalmente, no grupo da quimioterapia, observou-se uma redução de procedimentos por habitantes no Sul e Sudeste, e acréscimos nas demais regiões. Como no grupo anterior, ocorre uma tendência de redistribuição inter-regional, mas as regiões Sul e Sudeste ainda permanecem com uma concentração de procedimentos por habitante superior a média nacional.

Segundo Carvalho (1997), para uma melhor avaliação da alta complexidade ambulatorial seria essencial a visualização dos fluxos de demandas, informação não disponível no SIA/SUS pela ausência de registro individual do paciente. Como estratégia para solucionar esse problema, a Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS, criou a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC, sendo incorporado

progressivamente no sistema o registro individual do paciente similar ao SIH/SUS, o que permitirá análises mais consistentes quando a base de dados APAC for consolidada e disponibilizada.

Entretanto, no nível de agregação por região, os fluxos de demandas têm menor influencia, valendo a pena correr os riscos de fazer algumas observações ou até mesmo inferências com relação a cobertura desse nível de assistência entre as regiões do país.

Assim, observa-se no grupo de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, uma extrema concentração nas regiões Sudeste e Sul, e uma tendência de agravamento dessa concentração, com exceção apenas para os tratamentos de radio/quimioterapia, o que indica não só a ausência de universalidade neste nível de assistência, mas também, a existência de grandes iniquidades entre as regiões.

Tabela – 5
Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade em Números Absolutos segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	GRUPOS DE PROCEDIMENTOS												TOTAL	
	Angiografias		Ressonância		Diálise		Medicina Nuclear		Radioterapia		Quimioterapia		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
NORTE	155	137	-	-	42.832	105.456	712	2.454	115.962	148.009	7.021	10.373	166.682	266.429
NORDESTE	7.520	6.192	-	161	645.587	944.895	39.912	33.221	1.093.881	973.953	114.638	126.865	1.901.538	2.085.287
SUDESTE	32.352	46.529	-	17.834	1.976.671	4.424.362	186.228	220.214	2.424.277	2.216.998	246.628	232.961	4.866.156	7.158.954
SUL	7.714	5.529	-	3.647	660.586	1.455.799	26.735	27.931	675.320	586.996	100.183	102.165	1.470.538	2.182.067
CENTRO - OESTE	3.253	3.136	-	779	168.744	297.847	8.119	15.439	189.837	249.410	28.564	32.862	398.517	599.473
BRASIL	50.994	61.579	-	22.421	3.494.420	7.228.359	261.706	299.259	4.499.277	4.175.366	497.034	505.226	8.803.431	12.292.210

Fonte: SIA/SUS

Tabela – 6
Distribuição de Grupos de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade por 1000 Habitantes segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	GRUPOS DE PROCEDIMENTOS												TOTAL	
	Angiografias		Ressonância		Diálise		Medicina Nuclear		Radioterapia		Quimioterapia		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
NORTE	0,01	0,01	-	-	3,84	8,89	0,06	0,21	10,39	12,47	0,63	0,87	14,94	22,45
NORDESTE	0,17	0,14	-	0,00	14,35	20,63	0,89	0,73	24,32	21,26	2,55	2,77	42,28	45,52
SUDESTE	0,49	0,68	-	0,26	29,82	64,16	2,81	3,19	36,57	32,15	3,72	3,38	73,41	103,81
SUL	0,33	0,23	-	0,15	28,56	60,27	1,16	1,16	29,20	24,30	4,33	4,23	63,58	90,34
CENTRO - OESTE	0,32	0,29	-	0,07	16,43	27,09	0,79	1,40	18,48	22,68	2,78	2,99	38,79	54,52
BRASIL	0,33	0,38	-	0,14	22,43	44,68	1,68	1,85	28,87	25,81	3,19	3,12	56,50	75,98

Fontes: SIA/SUS e IBGE

Como não foi trabalhado o universo de procedimentos por níveis de complexidade, na análise anterior, mas apenas uma seleção dos principais grupos de procedimentos considerados representativos dos níveis de complexidade, considerou-se conveniente fazer uma análise geral da produção ambulatorial, tanto para ter o conhecimento global, permitindo uma avaliação mais consistente, como também para avaliar a própria metodologia de seleção daqueles grupos de procedimentos.

Assim, na Tabela – 7, consta a **produção total** de procedimentos ambulatoriais. Observa-se nesta tabela, um pequeno aumento, em números absolutos, na produção ambulatorial do país no período estudado, exceto na região Sul que, ao contrário, apresentou redução. Entretanto, na concentração de procedimentos por habitante, houve uma discreta redução na média nacional de 7,90 para 7,86 procedimentos *per capita*, com acréscimos apenas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Deste modo, o Nordeste, que teve o maior incremento no período, aproximou-se da região Sul, caracterizando uma tendência de redistribuição entre as regiões do país, embora as regiões Sudeste e Centro-Oeste, ainda permaneçam com concentrações superiores a média nacional, e o Norte, mantenha-se bastante inferior as demais regiões.

O comportamento da produção total de procedimentos ambulatoriais (Tabela – 7), demonstra que a seleção de grupos de procedimentos por níveis de complexidade (Tabelas de 1 a 6) não perdem a sensibilidade, conservando as mesmas tendências e observações gerais, como demonstra nas duas formas de análise (geral ou por níveis de complexidade) uma evolução da produção ambulatorial nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (Tabelas – 1 e 2) e (Tabela - 7), e ganha em especificidade quando revela que os avanços se devem aos incrementos na produção nacional dos procedimentos de alta complexidade, principalmente nas regiões Sudeste e Sul (Tabelas – 5 e 6), e nas demais regiões só ocorreram avanços efetivos na atenção básica, mais especificamente, no grupo de AVEIANM (Tabela – 1 e 2), de onde origina o destaque para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, nesta última análise (Tabela – 7).

Portanto, a metodologia utilizada para a seleção de grupos de procedimentos ambulatoriais por níveis de complexidade, mostrou-se como uma boa alternativa para o monitoramento do processo implantação e implementação de atividades assistenciais do SUS, permitindo uma avaliação mais consistente da realidade do sistema de saúde.

Tabela – 7
Distribuição da Produção Total de Procedimentos Ambulatoriais segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	PRODUÇÃO AMBULATORIAL			
	1995		1998	
	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB
NORTE	68.240.769	6,12	71.498.867	6,02
NORDESTE	299.762.434	6,67	335.789.234	7,33
SUDESTE	574.372.610	8,66	590.018.298	8,56
SUL	203.983.256	8,82	182.487.060	7,56
CENTRO - OESTE	84.521.425	8,23	91.461.414	8,32
BRASIL	1.230.880.494	7,90	1.271.254.873	7,86

Fontes: SIA/SUS e IBGE

Obs.: P/HAB = Número de procedimentos por habitante

4.2. Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar é analisada através da oferta de leitos, distribuição das internações gerais e de alta complexidade, além da caracterização do perfil de morbidade hospitalar, através das principais causas de internações gerais, nas regiões do país.

Observa-se na Tabela – 8, que a oferta de leitos hospitalares por habitante ainda é bastante desigual entre as regiões do país. Nas regiões Sudeste, Sul e Cento-Oeste a disponibilidade de leitos é superior a média nacional (3 leitos por mil habitantes), enquanto na região Norte, essa oferta é bastante inferior, apesar de ocorrer uma redução dessa diferença entre 1995 e 1998.

Na produção hospitalar, ocorreu um decréscimo no número de internações em todo o país, reduzindo de 13,3 milhões em 1995 para 12,3 milhões em 1998. A relação de internações/habitante/ano, também foi reduzida de 8,5% para 7,5%, neste intervalo de período. Entre as regiões, a distribuição tornou-se mais equilibrada, apenas a região Sul apresentou internações superior a 8% da população em 1998 (Tabela – 8).

A redução do número de internações é consequência da alteração do teto físico-financeiro através da Portaria do Ministério da Saúde (SAS/MS Nº 015 de 02/03/95) que

reduz o padrão de necessidade de internação anual de 10% para 9% da população (Brasil, 1995).

As internações, em todo o país, estão bem abaixo do teto de 9% da população. Talvez, em decorrência das proposições contidas na política do SUS, que tem como prioridade as ações preventivas e assistência básica, implementadas no nível municipal através da política de descentralização, ou devido ao maior controle e avaliação das autorizações de internação hospitalar (AIH), reduzindo o número de internações desnecessárias, embora ainda existam demandas reprimidas em todo o país, percebidas nas filas de espera por leitos hospitalares, causando superlotação das urgências/emergências.

Segundo Cecílio (1997), os antigos problemas de acesso para atendimento na assistência hospitalar, ainda não foram resolvidos porque não ocorreu efetivamente uma mudança no modelo assistencial do país, permanecendo uma má distribuição espacial dos leitos, uma demanda espontânea desorganizada e a existência de serviços não resolutivos com má qualidade no atendimento. Assim, a organização da rede básica de atenção à saúde como porta de entrada do sistema ainda não se concretizou, e as urgências/emergências dos hospitais ainda são a porta de entrada para grande parte da população, que busca a resolução dos seus problemas nas diversas formas possíveis.

Tabela – 8
Disponibilidade de Leitos Hospitalares Existentes e Número de Internações segundo Regiões do País - Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO	LEITOS EXISTENTES				INTERNAÇÕES			
	1995		1998		1995		1998	
	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB	Nº	P/100 HAB	Nº	P/100 HAB
NORTE	18.422	1,65	23.421	1,97	841.572	7,54	851.147	7,17
NODESTE	122.481	2,72	128.553	2,81	3.895.741	8,66	3.602.382	7,86
SUDESTE	203.455	3,07	222.233	3,22	5.556.477	8,38	4.904.227	7,11
SUL	80.695	3,49	77.035	3,19	2.109.030	9,12	2.020.358	8,36
CENTRO-OESTE	34.677	3,38	38.890	3,54	872.244	8,49	870.518	7,92
BRASIL	459.730	2,95	490.132	3,03	13.275.06	8,52	12.248.632	7,57

Fontes: SIH/SUS e IBGE

Obs.: P/HAB = Número de leitos por habitante e P/100HAB = Número de internações por 100 habitantes.

Na tabela – 9, observa-se que as principais causas de internações por capítulo de CID em todo o país, são do grupo gravidez/parto/puerpério e doenças do aparelho respiratório, respectivamente. Nas posições intermediárias existem diferenças entre as regiões. As doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que ocupa a sexta posição nacionalmente, são a terceira causa no Norte e Nordeste. No Sudeste, como terceira causa de internações estão os transtornos mentais, sendo que na média nacional este capítulo ocupa a quinta posição. Nas outras regiões e na média do país, na terceira causa de internação está as doenças do aparelho circulatório. Para os demais capítulos, a distribuição entre as regiões, ocorre de forma semelhante.

Portanto, observa-se tanto na média nacional, como nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que o perfil de morbidade hospitalar apresenta características do processo de “transição epidemiológica”, enquanto no Norte e Nordeste, ocorre uma sobreposição de causas “antigas e novas” (persistência de DIP e inclusão de doenças crônico-degenerativas e lesões por causas externas), o que corrobora com outros estudos realizados com diversas fontes de informações (Possas, 1989; Barreto *et al*, 1997; Carvalho *et al*, 1998).

Tabela – 9
Distribuição Proporcional das Principais Causas de Internações Hospitalares por Regiões do País - Brasil, 1998

CAUSA (Cap. CID-10) - %	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C.-OESTE	BRASIL
Gravidez Parto e Puerpério (XV)	31,22	26,25	22,67	19,27	24,49	23,89
Doenças Ap. Respiratório (X)	14,90	16,06	12,80	21,77	18,73	15,81
Doenças Ap. Circulatório (IX)	4,41	6,16	10,22	9,95	8,68	8,47
Doenças Ap. Digestivo (XI)	8,52	6,89	7,28	8,64	8,72	7,58
Transtornos Mentais (V)	0,84	4,77	10,80	6,35	5,39	7,21
Doenças Infec. e Parasit. (I)	13,19	10,32	4,82	5,24	5,84	7,16
Doenças Ap. Geniturinário (XIV)	8,50	6,90	5,43	5,65	5,97	6,15
Lesões /C. Externas (XIX e XX)	6,25	3,72	5,83	4,64	4,84	4,97
Neoplasias (II)	1,66	2,33	3,26	3,27	2,24	2,81
Doenças End./Met/Nutric. (IV)	1,65	2,43	2,68	1,84	2,06	2,35
Afecções P. Perinatal (XVI)	1,69	1,55	1,78	2,23	1,75	1,78
Outros Capítulos	7,16	12,63	12,42	11,15	11,29	11,83
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH/SUS

Na tabela – 10, observa-se que o número de procedimentos de **alta complexidade hospitalar** no país, em 1998, foi de 280.176 internações. Este número representou 2,29% do total de internações e 12,42% dos gastos com internações no país. A média nacional foi de 1,73 internações por mil habitantes, com principais destaques para os grupos de neurocirurgia, câncer, cardiologia e ortopedia.

Com relação as regiões do país, observa-se uma concentração da alta complexidade hospitalar, em todos os grupos de procedimentos, nas regiões Sul e Sudeste, com 2,11 e 2,21 internações por mil habitantes, respectivamente. No polo oposto, estão as regiões Norte (0,74) e Nordeste (1,10) com as menores concentrações de procedimentos de alta complexidade do país, representando, respectivamente, um terço e a metade da produção por habitante do Sudeste. Entre os grupos de procedimentos, a ortopedia é o melhor distribuído entre as regiões, e os grupos dos transplantes/retransplantes, da cardiologia e do tratamento de câncer, são os mais concentrados no Sul e Sudeste. A região Centro-Oeste com 1,63 internações por mil habitantes, apresenta-se, no geral, mais equilibrada com relação a média nacional.

Como foi observado anteriormente, as diferenças do perfil de morbidade hospitalar entre as regiões, não justificam a grande concentração da assistência de alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste, uma vez que as causas de internações apenas variam de posições, mais ocorrem em todo o país. Essa concentração, é melhor explicada pelas iniquidades nas políticas de saúde do país, que historicamente privilegiaram as regiões mais desenvolvidas na lógica de mercado. Assim, de acordo com Carvalho *et al.* (1998), os “riscos desiguais de adoecer e morrer” entre classes sociais são reflexos das iniquidades sociais no país. Dessa forma, portanto, os efeitos não podem justificar as causas.

Embora não tenha sido possível analisar a evolução no intervalo entre 1995 e 1998, devido a impossibilidade metodológica, causados pelas grandes alterações ocorridas neste nível assistencial, percebe-se que essas mudanças são reflexos das tentativas de adaptações do sistema de saúde às inovações tecnológicas. Essas inovações que ocorrem com grande dinamismo, requerendo infra-estruturas e recursos humanos altamente especializados, muitas vezes fatores limitantes para maiores avanços do sistema público de saúde, nas regiões menos desenvolvidas, principalmente quando os recursos financeiros são escassos.

Assim as mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, ainda não foram suficientes para promover avanços na distribuição de serviços de alta complexidade, permanecendo grandes iniquidades entre as regiões do país.

Considerando os princípios constitucionais, em que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, na atual conjuntura de grandes desigualdades regionais, é necessário a adoção de políticas governamentais equânimes, para a organização de redes de saúde com referências regionais, que garantam o acesso e atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste sentido, a legislação do SUS prevê a necessidade da distribuição espacial dos serviços de forma a garantir o acesso e a resolutividade, através da regionalização e hierarquização da rede assistencial, para a utilização racional dos recursos disponíveis.

Tabela – 10
Distribuição das Internações Hospitalares por Procedimentos de Alta Complexidade segundo Regiões do País - Brasil, 1998

ALTA COMPLEXIDADE	NORTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL		CENTRO OESTE		BRASIL	
	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB	Nº	P/HAB
TRANSPLAN/RETRANSP.	18	0,00	261	0,01	1.816	0,03	706	0,03	147	0,01	2.948	0,02
CÂNCER	1.391	0,12	13.291	0,29	35.514	0,51	13.145	0,54	3.873	0,35	67.214	0,42
CARDIOLOGIA	470	0,04	8.651	0,19	31.910	0,46	12.863	0,53	4.535	0,41	58.429	0,36
M. F. LÁBIOPALATAL	99	0,01	815	0,02	19.404	0,28	732	0,03	473	0,04	21.523	0,13
ORTOPEDIA	2.161	0,18	9.166	0,20	18.157	0,26	7.461	0,31	2.471	0,22	39.416	0,24
IMPLANTE DENTÁRIO	-	-	-	-	340	0,00	-	-	-	-	340	0,00
NEUROCIRURGIA	4.591	0,39	18.336	0,40	44.749	0,65	15.879	0,66	6.208	0,56	89.763	0,55
TRAT.DE EPILEPSIA	-	-	-	-	219	0,00	124	0,01	200	0,02	543	0,00
TOTAL	8.730	0,74	50.520	1,10	152.109	2,21	50.910	2,11	17.907	1,63	280.176	1,73

Fontes: SIH/SUS e IBGE

Obs.:P/HAB = Número de internações por 1000 habitantes

4.3. Gastos Totais com Assistência à Saúde

Neste tópico, são avaliadas as despesas totais com assistência à saúde, observando a evolução dos gastos *per capita* nas regiões do país e a distribuição proporcional desses gastos entre a assistência ambulatorial e hospitalar, com seus respectivos valores médios, no intervalo de tempo de 1995 e 1998.

As gastos totais com assistência à saúde no Brasil foram de 7,8 bilhões de reais em 1998 (Quadro - 1), um incremento de 1,3 bilhões de reais com relação a 1995. Os gastos *per capita* anuais passaram de R\$ 41,79 para R\$ 48,69. Este incremento foi distribuído entre a assistência ambulatorial e hospitalar de forma semelhante, com uma pequena vantagem para os atendimentos ambulatoriais (0,7%), que consumiram 51,7% do total das despesas com assistência em 1998.

O aumento dos gastos na assistência hospitalar, no período, é consequência dos maiores custos das internações, observados pelo acréscimo de R\$ 70,43 no valor médio por internação, embora tenha ocorrido uma redução significativa do número de internações. Enquanto na assistência ambulatorial, ocorre um incremento de R\$ 0,50 nos valores médios por procedimentos, além do aumento do número de procedimentos realizados, já descrito em outra oportunidade.

Com relação às regiões, houve incrementos em todas as regiões do país, com aumento dos gastos *per capita*, embora esse crescimento não tenha sido redistributivo, ou seja, as diferenças regionais são mantidas ou mesmo ampliadas entre 1995 e 1998, concentrando-se, principalmente no Sul e Sudeste. Assim é possível classificar o país, de acordo com a distribuição dos gastos em três grupos: o Norte com valor inferior a R\$ 30,00; o Nordeste e Centro-Oeste na faixa de R\$ 40,00; e o Sul e Sudeste acima de 50 reais por habitante/ano.

Essas desigualdades regionais, também são percebidas na distribuição do valor médio das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais, demonstrando uma concentração da alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste.

Observou-se, também, entre as regiões, uma discreta redução proporcional das despesas hospitalares com relação a assistência ambulatorial. Sendo a região Sul uma exceção, que mantém a tendência de gastar com internações hospitalares valores superiores a 50% das despesas assistenciais.

Quadro - 1
Distribuição dos Gastos Totais com Assistência Hospitalar e Ambulatorial segundo Regiões do País -
Brasil, 1995 e 1998

REGIÃO / ANO		INTERNAÇÕES HOSPITALARES			ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS			TOTAL DE GASTOS		
		VALOR	V. MÉDIO	%	VALOR	V. MÉDIO	%	VALOR	V / HAB	%
NORTE	1995	128.721.858,76	152,95	48,38	137.335.916,44	2,01	51,62	266.057.775,20	23,84	100
	1998	172.856.270,45	203,09	49,51	176.288.831,86	2,47	50,49	349.145.102,31	29,42	100
NORDESTE	1995	781.511.808,43	200,61	50,68	760.564.806,22	2,54	49,32	1.542.076.614,65	34,29	100
	1998	919.155.869,56	255,15	49,30	945.115.637,21	2,81	50,70	1.864.271.506,77	40,69	100
SUDESTE	1995	1.483.235.536,17	266,94	46,58	1.701.200.464,58	2,96	53,42	3.184.436.000,75	48,04	100
	1998	1.738.341.166,06	354,46	45,30	2.098.801.000,10	3,56	54,70	3.837.142.166,16	55,64	100
SUL	1995	583.353.509,64	276,60	53,08	515.648.222,94	2,53	46,92	1.099.001.732,58	47,52	100
	1998	712.222.725,71	352,52	54,66	590.803.030,09	3,24	45,34	1.303.025.755,80	53,95	100
CENTRO - OESTE	1995	215.614.924,99	247,20	51,38	204.022.659,27	2,41	48,62	419.637.584,26	40,85	100
	1998	265.650.172,19	305,16	50,67	258.666.902,20	2,83	49,33	524.317.074,39	47,69	100
BRASIL	1995	3.192.437.637,99	240,48	49,03	3.318.772.069,45	2,70	50,97	6.511.209.707,44	41,79	100
	1998	3.808.226.203,97	310,91	48,34	4.069.675.401,46	3,20	51,66	7.877.901.605,43	48,69	100

Fontes: SIH/SUS, SIA/SUS e IBGE

Obs.: Valor = Total de gastos em R\$ e V/HAB = Valores gastos por habitante

4.4. Considerações Gerais sobre a Assistência à Saúde no Brasil

A assistência à saúde no Brasil, no período analisado, caracterizou-se pela redução do número de internações hospitalares e crescimento da produção ambulatorial, com destaque para os procedimentos do grupo AVEIANM e para os grupos de alta complexidade, justificando o incremento de gastos na assistência ambulatorial. Já o aumento de gastos na assistência hospitalar, deveu-se a elevação do valor médio por internação.

Com relação a distribuição entre as regiões, observou-se grandes diferenças. De modo geral, ocorre uma tendência redistributiva na assistência ambulatorial e hospitalar mais simples, e uma concentração da assistência de alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste. Este comportamento é refletido na distribuição das despesas entre as regiões, ampliando as desigualdades com relação aos gastos *per capita* a favor das regiões mais desenvolvidas.

A concentração da assistência de maior complexidade e de recursos financeiros nas regiões Sul e Sudeste, no período estudado, é consequência dos critérios de financiamento com base na capacidade de produção, previstos nas regulamentações anteriores à atual NOB 01/96, que só entrou em vigor em 1998. Como foi observado por Teixeira *et al* (1998), em análise da NOB 01/93 com relação ao processo de descentralização das ações de saúde.

A existência de grandes desigualdades na concentração de atividades de saúde e de recursos financeiros entre as regiões, demonstram a permanência das iniquidades do sistema, e essas diferenças são crescentes conforme aumenta a complexidade das ações assistenciais.

Considerando que a universalidade do acesso é fundamental para a implantação da equidade na utilização dos serviços de saúde (Jardanovski & Guimarães, 1994; Faleiros, 1997; Travassos, 1997), conclui-se que esses princípios constitucionais, ainda não foram consolidados no Sistema Único de Saúde, porque o acesso efetivo não foi garantido nem mesmo na atenção básica como um todo.

Percebe-se que as dificuldades para a efetiva consolidação do SUS, são principalmente em decorrência do financiamento insuficiente do setor, o que corrobora com as observações disponíveis na literatura (Levcovitz & Pereira, 1993; Giovanella &

Fleury, 1996; Bueno & Merhy, 1997; Paim, 1998). A escassez de recursos prejudica tanto a ampliação da cobertura, como a qualidade das ações de saúde realizadas. Entretanto, segundo Medici (1995), se for adotado o princípio da equidade, é possível promover uma melhoria dos serviços de saúde, mesmo com custos controlados.

O princípio da equidade no financiamento prevê a provisão de mais recursos para os mais necessitados (Kadt & Tasca, 1993). Dessa forma, para que as desigualdades regionais possam ser reduzidas, faz-se necessário a intervenção do Estado através de políticas econômicas e sociais, que adotem o princípio da equidade, na alocação de mais recursos para as regiões menos desenvolvidas. Ou seja, uma discriminação positiva para promover um desenvolvimento redistributivo com justiça social. Concordando com Faleiros (1997), “ficar na naturalização das desigualdades é institucionalizar a barbárie”.

5. CONCLUSÕES

Embora os resultados apresentem algumas limitações para o aprofundamento das análises, a exemplo do pequeno intervalo de tempo estudado e a ausência de parâmetros para avaliação da cobertura do SUS de acordo com as necessidades da população, no geral, fornecem informações que são bastante sugestivas com relação ao desenvolvimento da assistência à saúde no país. Assim, pode-se concluir que:

- Na atenção básica, houve grandes avanços apenas na produção do grupo AVEIANM, que apresentou um crescimento redistributivo entre as regiões do país;
- A produção ambulatorial de alta complexidade aumentou significativamente no país, mas o aumento aconteceu nas regiões Sul e Sudeste, levando a um agravamento da concentração;
- O número de internações gerais no país foi reduzido, havendo também uma diminuição nas diferenças regionais com relação ao número de internações por habitante. Essas reduções são conseqüências do reajuste no teto financeiro em 1995, que foi reduzido de 10% para 9% da população, mas também pela intensificação das prioridades na política nacional para assistência básica, além do aprimoramento do sistema hospitalar para o controle e avaliação;
- Existe uma grande concentração das internações de alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste. O aumento dos valores médios por internação entre 1995 e 1998, são indicativos do crescimento desse nível de assistência no país, concentrando-se no Sul e Sudeste;
- Ocorre aumento dos gastos com assistência à saúde, elevando os valores *per capita* em todas as regiões. Observa-se que o crescimento das despesas é conseqüência da elevação do valor médio por internação hospitalar, como também do aumento da produção e do valor médio por procedimento na assistência ambulatorial;
- Os sistemas de informações assistenciais do SUS, demonstraram ser boas fontes de informações para a avaliação de atividades de saúde no país;

- A seleção de grupos de procedimentos representativos dos níveis de complexidade assistenciais mostrou-se como uma boa alternativa para o monitoramento de atividades como indicadores “sentinelas” do processo de construção do SUS;
- De modo geral, a evolução do sistema de saúde no período não foi redistributiva, mantendo assim as grandes desigualdades regionais. Observa-se mais especificamente, uma tendência de distribuição dos procedimentos mais simples e concentração daqueles de maior complexidade;
- As diferenças regionais são indicativas da existência de desigualdades no interior dessas regiões, sugerindo a realização de estudos com dados desagregados por estados e municípios;
- Embora tenha ocorrido avanços no acesso ao sistema, sobretudo na atenção básica, os princípios constitucionais, da universalidade e da equidade, apesar dos avanços, ainda são objetivos a serem alcançados na assistência à saúde do país;
- Serão de grande utilidade, a realização de estudos para a definição de parâmetros de cobertura das diversas atividades do sistema de saúde, com base nas reais necessidades da população, permitindo a determinação da existência ou não de universalidade das ações, pela suficiência ou insuficiência de cobertura em cada região.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALMEIDA, Márcia F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, a.7, n.3, p.28-33, jul./set. 1998.
- BARRETO, Maurício. L. *et al.* Saúde da população brasileira: mudanças, superposição e padrões de desigualdade. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.45-60.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. p. 91-95: Título 8 - Da Ordem Social. Seção 2 – Da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993a. 67p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria nº 065, de 06 de maio de 1993. Resolve definir as áreas que irão compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade e dá outras providências. Brasília, 1993b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria nº 015, de 02 de março de 1995. Resolve alterar os tetos financeiros utilizados para a remuneração das internações hospitalares (SIH/SUS), tendo como índice 9% da população/ano e dá outras providências. Brasília, 1995.
- _____. Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Resolve aprovar preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral à saúde da população. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 170, p. 17064 - 17071, 2 set. 1996. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.409, de 05 de agosto de 1998. Resolve instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (CNCPHAC), para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para Alta Complexidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 149, p. 59, 6 ago. 1998. Seção 1. Republicada no D.O. n. 194, p.7, 9 out. 1998. Seção 1.
- BUENO, Wanderley S.; MERHY, Emerson E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. **Saúde em Debate**, Londrina, [1997].
- BUSS, Paulo M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, a. 2, n. 2, p. 4-42, mar./abr. 1993.
- _____. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, Maria E. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 61-101.

- CALEMAN, Gilson; DUCCI, Luciano; MOREIRA, Marizélia L. **Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar SUS**. Brasília: OPAS/OMS, 1995. 55p.
- CARVALHO, Déa M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, a. 6, n. 4, p.7-46, out./dez. 1997.
- CARVALHO, Eduardo F. *et al.* O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, Terezina, v. 1, n. 2, p. 107-119, jul./dez. 1998.
- CAMPOS, Gastão W. S. Sobre la reforma de los modelos de atencion: un modo mutante de hacer salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 293-312,.
- _____. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. 220p.
- _____. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sônia (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b. p. 113 – 124,
- CECÍLIO, Luiz C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, 1997.
- COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. 165p.
- COHN, Amélia. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.77-93.
- DODGE, Raquel E. F. A equidade, a universalidade e cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça. **Bioética**, Brasília, v.5, n.1, p.77-85, 1997.
- DUCHIADE, Milena P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, Maria C. (Org.). **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 14-56.
- DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.8-19, abr./jun. 1992.
- ELIAS, Paulo E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: CONH, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996. 117 p.
- FALEIROS, Vicente P. Prioridade *versus* escassez de recursos em saúde. **Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 35-40, 1997.

- FLEURY, Sônia. **Eqüidade e reforma sanitária no Brasil. Saúde em Debate**, Londrina, n. 43, p. 44-52, jun. 1994.
- FONSECA, Cláudio D. **Implantando o SUS, construindo políticas públicas no país. Textos básicos – módulo 1**, do Curso de capacitação de gestores municipais do sistema de saúde de Pernambuco (CCGM – SUS/PE). Recife, 1998. Organizado pelo Nesc/CPqAM/Fiocruz.
- FIOCRUZ; UnB; Finatec. **Gestão operacional de sistemas e serviços de saúde**, unidade 3, sistema de informações. Rio de Janeiro, 1998 (mimeo).
- GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 189 p.
- GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sônia. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.
- GIRALDES, Maria R. **Distribuição de recursos num sistema público de saúde**. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M. (Orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. p.167-90.
- JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, Paulo C. V. **Eqüidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. Saúde em Debate**, Londrina, n.42, p.4-10, mar. 1994.
- KADT, Emanuel; TASCA, Renato. **Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. 107 p.
- LEBRÃO, Maria L. **Estudos de Morbidade**. São Paulo: USP, 1997. 146p.
- LEVCOVITZ, Eduardo; PEREIRA, Telma R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH): Uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil. 1983-1991**. Rio de Janeiro: UER/IMS, 1993. 83 p. (Série Estudo em Saúde Coletiva nº 57).
- MARQUES, Ana L. **O papel do controle e avaliação frente à municipalização das ações e serviços de saúde**. Textos básicos – módulo 1, do Curso de capacitação de gestores municipais do sistema de saúde de Pernambuco (CCGM – SUS/PE). Recife, 1998. Organizado pelo Nesc/CPqAM/Fiocruz.
- MEDEIROS, Kátia R. **Modelos assistenciais e eqüidade em saúde: o caso do município de Camaragibe-PE**. Recife, 1998. 194 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Nesc/CPqAM/Fiocruz.
- MEDICI, André C. **Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde**. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M. (Orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. p.23.
- MERHY, Emerson E. **A lei orgânica de saúde é orgânica a quem? Saúde em debate**, Londrina, n. 32, p. 17–18, 1991.

- MORAES, Ilara H. S. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p. 19-29.
- NORONHA, José C.; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro: Abrasco/IMS-UERJ, 1994. p.73-111.
- OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA, Sônia M. F. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1986.
- OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde.** Alma-Ata, Rússia, 1978.
- PAIM, Jairnilson S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Z. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 455-466.
- _____. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí,** Terezina, v.1, n.2, p.120-132, jul./dez. 1998.
- POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e sociedade: herogeneidade estrutural e saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- SÓTER, Ana P. **A implantação de uma nova prática de atenção à saúde: limites e possibilidades.** Textos básicos – módulo 1, do Curso de capacitação de gestores municipais do sistema de saúde de Pernambuco (CCGM – SUS/PE). Recife, 1998. Organizado pelo Nesc/CPqAM/Fiocruz.
- SCATENA, João H. G.; TANAKA, Oswaldo Y. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos?. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 7-25, jul./ago. 1998.
- SILVA, Marlúcia V. **A política de saúde em tempos de reforma: a operacionalização do SUS no Governo de Fernando Henrique Cardoso 1995-1996.** Recife, 1999. 262 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) – UFPE.
- SUS - Sistema Único de Saúde. Constituição Federal – Seção II; Lei Orgânica de Saúde nº 8.080; Lei nº 8.142; Decreto nº 99.438; Carta de Fortaleza. Brasília: CONASEMS, 1990. 28p. (Publicações Técnicas nº 2).
- TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jairnilson S.; VILASBÔAS, Ana L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS,** Brasília, a. 7, n. 2, p. 7-27, abr./jun. 1998.
- TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.
- VIEIRA DA SILVA, Ligia M.; FORMIGLI, Vera L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

VIEIRA DA SILVA, Ligia M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

YAZLLE ROCHA, Juan S.; SIMÕES, Breno J. G.; GUEDES, Geraldo. L. M. Assistência hospitalar como indicador de desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 479-87, 1997.

