

Nota Técnica 22

09 de novembro de 2021

MonitoraCovid-19 – ICICT / FIOCRUZ

O “represamento” do atendimento em saúde no SUS

Destaques

A comparação entre o período de janeiro de 2018 a junho de 2019 (pré epidêmico) com o período de janeiro de 2020 a junho de 2021 (após o início da epidemia) apresenta uma diferença de 1.7 milhões de internações, só de internações eletivas são 1.2 milhões.

Os dados de mortalidade apontam que nos períodos em que ocorreram os maiores volumes de óbitos por Covid-19 coincidem com os maiores volumes de óbitos por outras causas, e também coincidem com os menores volumes de atendimentos em diversos sistemas o que sugere o colapso e represamento dos problemas de saúde.

Os dados apontam que a queda em ações de prevenção e promoção de saúde já apresentava diminuição em períodos anteriores a epidemia de Covid-19, e se mantendo prejudicando ainda mais outros problemas de saúde.

O investimento massivo no SUS é necessário para identificação de problemas que não puderam ser diagnosticado e ainda é necessário monitorar a longo prazo os impactos indiretos que serão decorrentes da Covid-19, sobretudo em casos que não puderam ser atendidos em momento oportuno.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de Saúde. Essa definição se traduz na concepção de um sistema de informação que sistematize as questões referentes à demanda e acesso, subsidie o monitoramento e eventual reformulação de políticas e programas, atenda a estrutura organizacional do serviço de saúde e busque responder a

objetivos estratégicos em diferentes níveis administrativos e operacionais para tomada de decisão (SOUZA, 2011).

O primeiro sistema de saúde com efetiva abrangência nacional, de fato estabelecido, foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) instituído pelo Ministério da Saúde em 1975. O sistema dispõe de dados consolidados nacionalmente a partir de 1979. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças (CID; no presente momento na sua décima versão, CID-10). O documento básico, entrada dos dados no sistema, é a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente, gerenciada e distribuída pelo Ministério da Saúde. A declaração é preenchida por um médico, ou, na impossibilidade é realizada em cartório, diante de duas testemunhas. Esse documento é indispensável para o fornecimento da certidão de óbito em cartório de registro civil e para o sepultamento. As DO são coletadas pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde, em estabelecimentos de saúde e cartórios, sendo então codificadas e transcritas para um sistema informatizado (BRASIL, 2003).

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) foi concebido a partir de 1981 como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS. Com a universalização do sistema de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, o SAMHPS foi estendido em 1991 para todo o Sistema Único de Saúde – SUS, incluindo então os hospitais públicos municipais, estaduais e federais. O documento básico de alimentação do sistema é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que habilita a internação do paciente e gera planilhas referentes a valores de pagamento/ressarcimento dos procedimentos realizados. Além de informações sobre pagamento, o documento traz outros dados como informações sobre o paciente, procedimento realizado, causa de internação, além de informações relativas ao estabelecimento de saúde. Importante destacar que tanto para análise de situação de saúde da população como para análise do desempenho do SUS deve-se considerar que o sistema é fortemente influenciado pelas políticas públicas na área de atenção à saúde. Esse comportamento determina eventuais imprecisões ou mesmo distorções, que podem estar presentes nos achados resultantes da extração de dados do sistema. Com isso, os dados devem ser utilizados considerando devidamente as influências exógenas e endógenas do sistema (LEVIN, 2005).

O Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIAS/SUS) disponibiliza informações sobre atendimento ambulatorial e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. No SIA são disponibilizados dados da APAC (Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade), BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais) atendimentos domiciliares e psicossociais. O SIA vem sendo aprimorado para que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais nos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Além destes sistemas de informação a nível nacional, outros sistemas de informação em saúde contemplam dados importantes para avaliação da situação de saúde o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) que contempla dados sobre vacinação; o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe); o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que informa sobre recursos humanos, instalações e equipamentos de saúde; o Sistema de Informações de Saúde Suplementar (ANS Tabnet), que sistematiza com informações sobre beneficiários do setor privado (complementar) de saúde; entre outros sistemas. Os dados do setor privado, infelizmente não permitem a realização das análises que serão apresentadas na presente nota e impossibilita entender como se deu o processo de represamento de procedimentos e atendimentos em saúde no sistema complementar.

Vale ressaltar que, dos sistemas de informação citados, o SIM, CNES e o SIVEP-Gripe são universais, isto é, apresentam dados da rede pública e privada. O SIH, SIA/SUS e SI-PNI coletam e armazenam dados apenas da rede pública.

Análises

Foram utilizadas as informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dados do SIVEP-Gripe (por data do óbito) e do painel corona vírus (por data de divulgação) do Ministério da Saúde (<https://covid.saude.gov.br/>) sobre óbitos em Covid-19. As informações trazem a perspectiva do atendimento no período anterior ao processo pandêmico e como os indicadores se comportaram durante o processo pandêmico. A observação da queda de atendimento reflete o problema de represamento que o país terá que enfrentar para ao menos igualar os níveis de atendimento em períodos pré-pandêmicos.

Atendimentos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais

Os dados coletados no SIA se referem às ações de promoção e prevenção em saúde; procedimentos com finalidade diagnóstica; procedimentos clínicos; procedimentos cirúrgicos; transplantes; medicamentos; implantação de órteses, próteses e materiais especiais; e ações complementares de atenção à saúde. O acompanhamento destes dados permite avaliar como se deu a diminuição de atendimentos em vários aspectos do tratamento em saúde. A comparação com os dados de mortalidade evidencia situação de colapso no sistema de saúde no período pandêmico, não só parar o tratamento da Covid-19, mas para outros serviços de rotina do sistema.

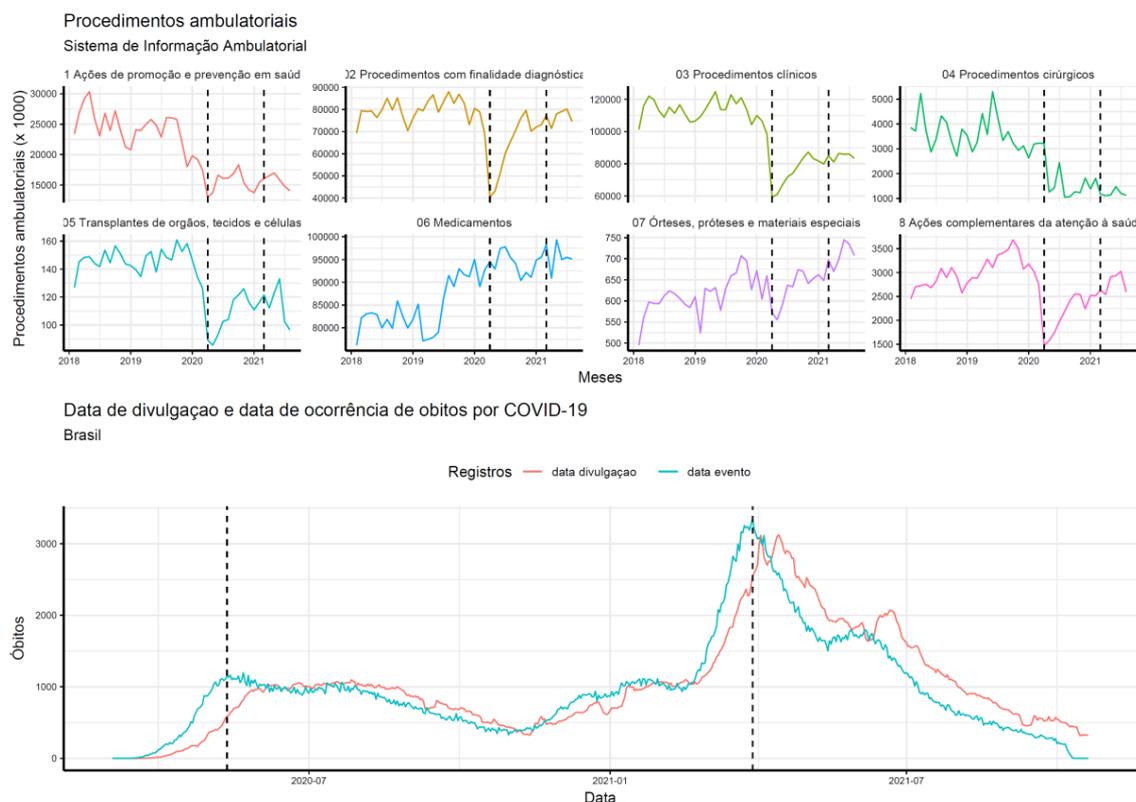


Figura 1 – Grupos de atendimentos (SIA) e evolução do total de óbitos por Covid-19 no Brasil.

Tabela 1 – Grupo de atendimentos período pré pandemia (01/01/2018 – 31/06/2019) pandemia (01/01/2020 – 31/06/2021).

Ano/mês atendimento	18/19	20/21	%
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	450.744.591	291.524.710	-35,3
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.419.336.493	1.236.482.184	-12,9
03 Procedimentos clínicos	2.037.133.703	1.481.019.025	-27,3

04 Procedimentos cirúrgicos	68.625.495	31.928.491	-53,5
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	2.603.727	2.080.749	-20,1
06 Medicamentos	1.456.778.458	1.696.439.964	16,5
07 Órteses, próteses e materiais especiais	10.602.061	11.684.178	10,2
08 Ações complementares da atenção à saúde	51.218.779	43.717.994	-14,6

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial, dados coletados em 01/11/2021.

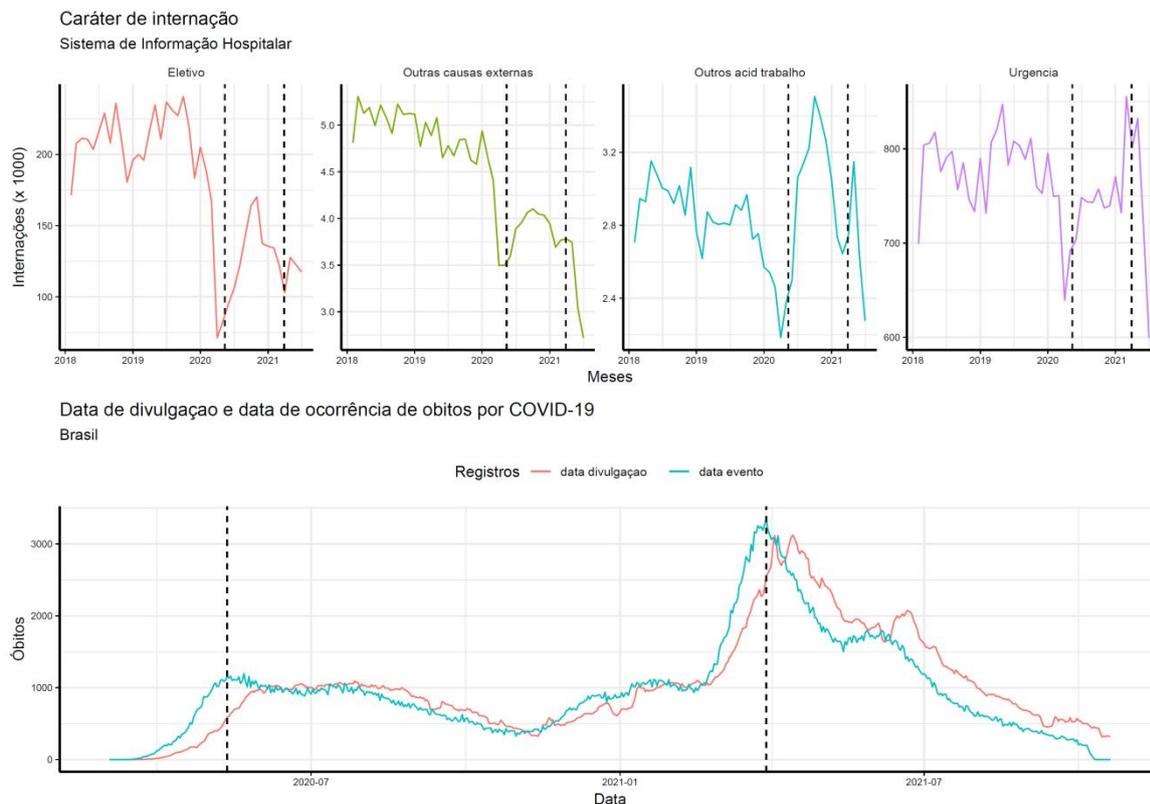
Na figura 1 e a tabela 1 é possível observar que todos os grupos, com exceção dos medicamentos, tiveram uma queda brusca logo após o início da pandemia, e depois, mesmo com aumento, não retornaram ao nível anterior. Em especial, os procedimentos cirúrgicos tiveram uma queda de 53% comparando os dois períodos. O grupo das ações de promoção e prevenção em saúde, os procedimentos clínicos estão muito abaixo dos números de antes da pandemia. Os transplantes e ações complementares de atenção à saúde tiveram uma melhor recuperação, mas ainda não retomaram ao patamar de antes da pandemia. O grupo das órteses, próteses voltaram ao normal com maior velocidade e estão em número maior que pré-pandemia. O grupo dos procedimentos com finalidade diagnóstica, mesmo considerando o aumento do número de testes para detecção de Covid-19, antes não contabilizados, continua em número menor que antes da pandemia. O grupo de medicamentos vem aumentando desde meados de 2019 e foi o único que teve uma tendência de subida durante todo o período da pandemia com um pico logo após o início do anúncio dos primeiros casos da doença com um aumento de 10% na comparação dos dois períodos.

Internações (SIH)

Na análise dos dados de internação foi utilizada a variável “caráter de atendimento”, para avaliar o represamento de atendimentos, principalmente em procedimentos eletivos que podem ser programados e não apresentam urgência para realização. Analisando a figura 2, observa-se uma queda expressiva dos grupos de “procedimentos eletivos” num período pouco anterior ao início dos casos no país, e que embora apresente algum aumento com a queda dos óbitos de Covid-19, volta a apresentar queda em 2021. O grupo “outras causas externas” também apresentou diminuição que pode ser reflexo da diminuição da circulação das pessoas. Observa-se que após o primeiro pico de casos em outubro de 2020, ocorre novo aumento que pode ser reflexo da retomada da circulação de pessoas, e depois, novamente apresenta queda. No grupo “urgências” observa-se queda expressiva em 2020 e alta de atendimento em 2021, possivelmente derivado de casos de Covid-19. O grupo “outros acidentes de trabalho” podem

apresentar inconsistência mais significantes por conta da qualidade do registro. Os dados dos finais das séries devem ser utilizados com cautela, pois podem apresentar atraso no registro.

Figura 2 – Caráter de atendimento para internação (SIH) e evolução de óbitos por COVID-19 no Brasil.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar, dados coletados em 01/11/2021.

Em termos percentuais, a comparação entre o período pré epidêmico e epidêmico observa-se redução de 9,9% no total de internações, o que representa cerca de 1.7 milhões de registros a menos na comparação (figura 3). O capítulo I da CID-10 que comporta “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, no qual está a Covid-19 foi o único que apresentou aumento expressivo de cerca de 86%. Os capítulos XIII “Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo”, VII “Doenças do olho e anexos”, X “Doenças do aparelho respiratório”, VIII “Doenças do ouvido e da apófise mastóide” apresentaram diminuição de mais de 44% na comparação. Em termos absolutos além das doenças respiratórias (658 mil), o capítulo XI “Doenças do aparelho digestivo” apresentou redução de 476 mil registros.

Tabela 2 – Internações segundo capítulos da CID-10 e caráter de atendimento no período pré epidêmico e epidêmico.

JAN – JUN (2018/2019 X 2020/2021) - COVID-19	Eletivo			Urgência			Outros ac trab			Outras caus externas			Total		
	18/19	20/21	%	18/19	20/21	%	18/19	20/21	%	18/19	20/21	%	18/19	20/21	%
Total	3.700.824	2.433.829	-34,2	13.995.045	13.510.359	-3,5	53.153	51.789	-2,6	91.950	72.355	-21,3	17.841.019	16.068.376	-9,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	72.409	134.213	85,4	1.102.240	2.050.920	86,1							1.174.649	2.185.133	86,0
II. Neoplasias (tumores)	687.497	569.705	-17,1	572.829	553.279	-3,4							1.260.326	1.122.984	-10,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15.126	11.151	-26,3	145.489	125.144	-14,0							160.615	136.295	-15,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	50.789	27.693	-45,5	312.453	263.362	-15,7							363.242	291.055	-19,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	47.955	35.106	-26,8	294.486	257.637	-12,5							342.441	292.743	-14,5
VI. Doenças do sistema nervoso	78.663	50.667	-35,6	217.751	194.349	-10,7							296.414	245.016	-17,3
VII. Doenças do olho e anexos	166.219	103.116	-38,0	25.529	21.662	-15,1							191.748	124.778	-34,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	14.294	6.601	-53,8	15.794	10.197	-35,4							30.088	16.798	-44,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	319.965	196.948	-38,4	1.400.965	1.242.179	-11,3							1.720.930	1.439.127	-16,4
X. Doenças do aparelho respiratório	179.093	95.620	-46,6	1.585.074	1.009.895	-36,3							1.764.167	1.105.515	-37,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	705.425	336.555	-52,3	1.047.729	939.744	-10,3							1.753.154	1.276.299	-27,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	120.948	75.281	-37,8	282.392	229.313	-18,8							403.340	304.594	-24,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	165.860	86.838	-47,6	154.882	123.066	-20,5							320.742	209.904	-34,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	405.001	225.022	-44,4	860.578	718.154	-16,5							1.265.579	943.176	-25,5
XV. Gravidez parto e puerpério	109.319	102.233	-6,5	3.618.383	3.369.857	-6,9							3.727.702	3.472.090	-6,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	12.995	13.756	5,9	437.587	456.781	4,4							450.582	470.537	4,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	81.883	46.467	-43,3	47.823	46.646	-2,5							129.706	93.113	-28,2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	47.994	31.020	-35,4	261.050	247.232	-5,3							309.044	278.252	-10,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	225.312	168.712	-25,1	1.419.037	1.477.905	4,1	53.153	51.789	-2,6	91.950	72.355	-21,3	1.789.499	1.770.805	-1,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	194.077	117.125	-39,7	192.974	173.037	-10,3							387.051	290.162	-25,0

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar, dados coletados em 01/11/2021.

A Covid-19 teve a capacidade de colapsar sistemas de saúde, e um dos reflexos mais evidentes desse processo é a avaliação do excesso de mortalidade provocado pela doença, sobretudo nos períodos de maior ocorrência de óbitos quando o sistema teve graves problemas para atender toda a população. Os picos de óbitos observados em 2020 e em 2021 coincidem com o colapso e a diminuição do atendimento por causas não Covid-19 durante o processo epidêmico. A figura 3 apresenta os dados do Sistema de Informação de Mortalidade no período de 2018 a abril de 2021 (dados preliminares para 2020 e 2021). Observa-se que a maioria das causas de mortalidade apresenta aumento expressivo durante as piores fases da epidemia, o que pode indicar a situação de desassistência em saúde por conta da ocupação da rede hospitalar pela Covid-19.

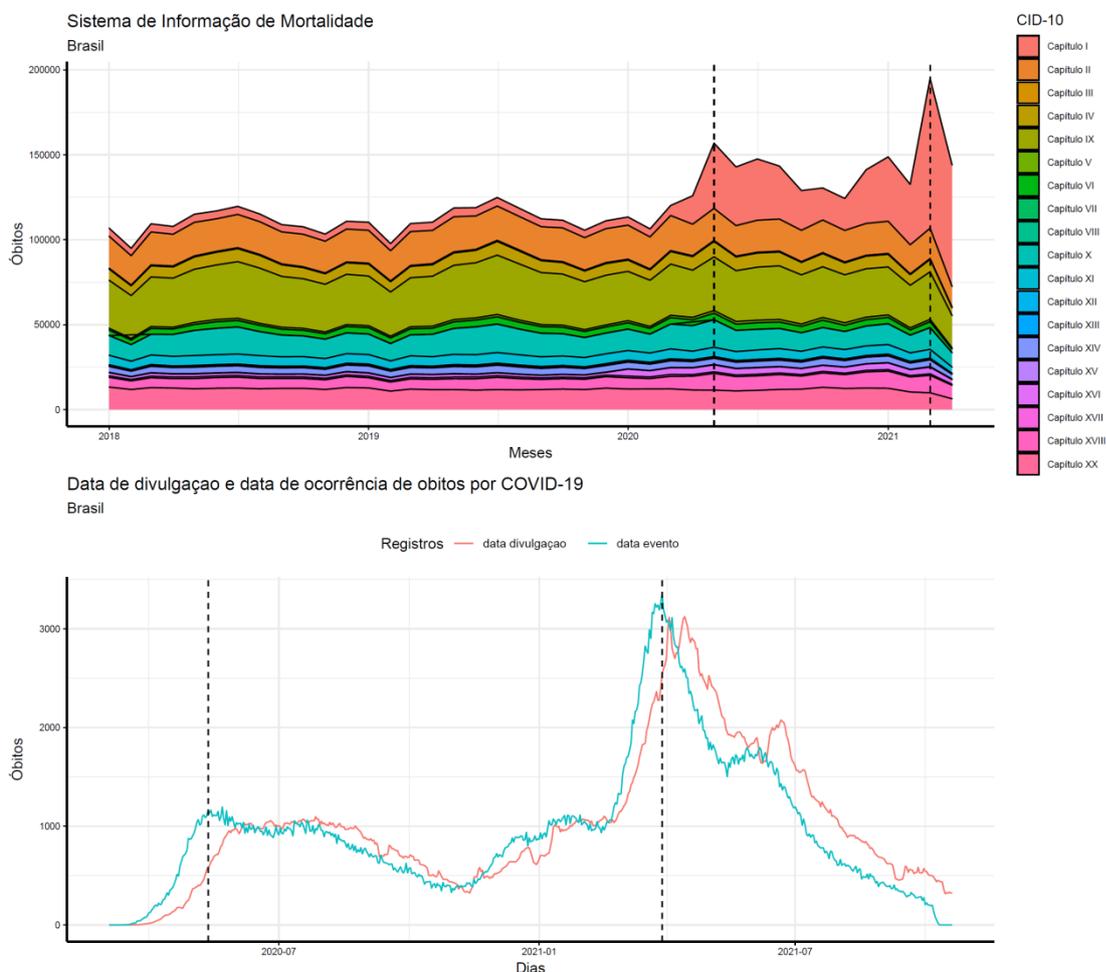


Figura 3 – Óbitos segundo capítulos CID-10 do Sistema de Informação de Mortalidade e óbitos por Covid-19.

Conclusões

A observação de dados de diferentes sistemas de informação ajuda a entender o cenário de desassistência em saúde que o país enfrentou durante a epidemia de Covid-19, e o enorme passivo de atendimentos que ficaram represados e teremos que enfrentar. O indicador de excesso de mortalidade que dá uma dimensão mais real dos óbitos diretos e indiretos pela doença destaca que nos períodos onde ocorreu o maior volume de óbitos pela doença também parece ser o período com o maior volume de óbitos por outras causas.

A queda do número de atendimentos de internação pode ter influenciado tanto no excesso de mortes observado, quanto pode trazer outros problemas em longo prazo. Um exemplo é a queda dos atendimentos por glaucoma e catarata que são cirurgias eletivas e que realizadas no momento oportuno evitam o agravamento da doença, mas que, sem tratamento pode trazer impactos indiretos como a cegueira. Sendo reflexo do represamento de atendimentos nos períodos mais críticos da epidemia.

As ações de promoção e prevenção em saúde já vinham apresentando tendência de queda em períodos anteriores ao processo epidêmico. Os transplantes de órgãos, tecidos e células, os procedimentos com finalidade diagnóstica, os procedimentos cirúrgicos e os procedimentos clínicos também tiveram uma queda significativa. Já medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais tiveram aumento durante o período analisado.

Os dados utilizados nessa nota podem apresentar incompletude, sobretudo nos meses mais recentes. Contudo, trazem a dimensão do problema que o SUS passa a enfrentar, mesmo supondo que a demanda de serviços de saúde para Covid-19 se mantenha em níveis baixos. Caso a doença volte a apresentar incremento durante esse processo de retomada dos serviços, mesmo em níveis baixos, podemos observar novamente o aumento da mortalidade em situação de desassistência. Alguns municípios e estados já iniciaram alguns mutirões e direcionamento de recursos para diminuir o passivo deixado pela epidemia, mas estratégias mais coordenadas a níveis regionais e nacional podem otimizar esses recursos, que já são escassos, além de trazer ganhos imediatos a saúde da população.

O represamento dos atendimentos no SUS influenciou diretamente nos óbitos indiretos observados pela doença, e muito provavelmente deve trazer grandes dificuldades a nova rotina de atendimento do SUS que necessitará de investimentos para ao menos retomar os níveis pré epidêmicos. A falta de políticas de promoções e prevenção em saúde, principalmente na atenção básica e nas equipes de saúde da família, que já ocorre há algum

tempo no Brasil, foi um grande problema no desempenho final do país no enfrentamento da Covid-19 e pode acentuar o prejuízo no tratamento de outras doenças que não puderam ser atendidas durante a epidemia.

Referências

BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. In: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 set. 1975. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015original.htm> Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2003). Portaria nº: 20, de 3 de outubro de 2003.

SOUZA, M de. Sistema de información de salud: conceptos básicos e implicaciones para las políticas de salud, International Standards for Civil Registration and Vital Statistics Systems. New York, 2011.

LEVIN, Jacques. A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.