

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

COBERTURA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Marizélia Leão Moreira

Dissertação a ser apresentada para
obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública

sub-área: Regulação em Medicina
Supletiva, na Escola Nacional de
Saúde Pública da Fundação Oswaldo
Cruz.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Rio de Janeiro, 30 de março de 2004.

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

M838c Moreira, Marizélia Leão

Cobertura e utilização de serviços de saúde
suplementar no Estado de São Paulo. / Marizélia Leão
Moreira. Rio de Janeiro : s.n., 2004.

128 p., tab., graf., mapas

Orientador: Ribeiro, José Mendes

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional
de Saúde Pública.

1.Cobertura de serviços privados de saúde.
2.Assistência médica. 3.Hospitais. 4.Sistemas de
informação. I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.10425098161

AGRADECIMENTOS

A trajetória de execução desse estudo foi possibilitada pela iniciativa da ANS em capacitar seus técnicos mediante o desenvolvimento dos cursos Management Business Administration (MBA) e Mestrado Profissional em Regulação de Saúde Suplementar, ministrados pela Fundação Getúlio Vargas e Escola Nacional de Saúde Pública, iniciado em janeiro de 2002.

Agradeço ao fundamental apoio dos colegas do curso, em especial a Luzia e Líliliana, que sempre estiveram dispostas a repensar comigo as dúvidas impostas pelo novo aprendizado.

Para identificação do tema a ser estudado, foi fundamental o trabalho da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO), principalmente a busca incessante, coordenada por seu diretor Dr. João Luís Barroca de Andréa, de instrumentos destinados ao acompanhamento da assistência prestada pelas operadoras autorizadas a comercializar planos de saúde pela mesma diretoria.

Aos técnicos do DATASUS e ao Nestor por terem compartilhado a tarefa de identificar a base de dados do CIH, e tratá-la em conformidade ao plano de trabalho estabelecido com o orientador.

Aos colaboradores da Coordenação de Informações e demais áreas da DIPRO, pelo apoio e suporte no desenvolvimento de todo o estudo.

Aos técnicos dos níveis central e regional da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em gestão plena do sistema de saúde, pelo suporte quando foi necessário confirmar informações *in loco*.

Agradeço ao professor orientador Mendes, pelo incentivo e perseverança no acompanhamento da realização do estudo.

RESUMO

Este estudo promoveu a análise da assistência hospitalar financiada por convênios e informada ao Ministério da Saúde através do Comunicado de Internações Hospitalares (CIH), no Estado de São Paulo para o ano de 2002. Foi pesquisado o perfil de utilização na assistência hospitalar, com enfoque em dois eixos. O primeiro identificou a rede de prestadores, mapeando os hospitais que atendem o setor de saúde suplementar. O segundo eixo tratou da assistência prestada nas internações, identificando a distribuição das internações por sexo, faixa etária, diagnóstico principal, procedimentos e tipo de saída do hospital. No cumprimento dos objetivos, foram adotados procedimentos metodológicos de tratamento das bases de dados, necessárias para identificar o universo de hospitais do Estado e dimensionar a significância do grupo de hospitais estudados. Em seguida, analisado o grau de consistência dos dados do CIH, mediante a aplicação das regras utilizadas pelo DATASUS na validação dos dados de internação do setor público.

Para finalizar, vale destacar que esse estudo permitiu validar o CIH como ferramenta complementar às utilizadas pela ANS, no acompanhamento das atividades assistenciais das operadoras de planos privados de saúde, que a implementação de algumas variáveis permitirá sua compatibilização com banco corporativo da ANS, apontar que a integração das várias bases de dados públicas enriquece o conhecimento, permite análise e subsidia tomada de decisões acerca da regulação do setor de saúde suplementar.

Descritores: Cobertura de serviços privados de saúde. Assistência Médica. Hospitais. Sistemas de Informação.

ABSTRACT

This study analyzes the hospital care financed by private health insurance plans and the information sent to the Health Ministry collected from the State of São Paulo 2002 Hospitalization Bulletin Form (Comunicado de Internações Hospitalares – CIH). The research about the utilization profile of hospital care was based on two different approaches. The first one identified the providers network, pointing out the hospitals utilized by private health care organizations. The second approach evaluated hospitalization issues, identifying their distribution by sex, age, main diagnosis, clinical and surgical procedures and types of discharge. Methodological proceedings were adopted to analyze the database and map out the hospital services network of the whole state indicating the impact of those included in this study. In addition, the degree of consistence among CIH data was analyzed using the DATASUS rules to validate the hospitalization data from the public health system.

Finally, this study validates the CIH data as an auxiliary tool supporting those utilized by the National Agency of Private Health Insurance (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS) to evaluate the private health care services. Some other issues are also addressed about the implementation of variables which enable adapt CIH data to the ANS corporate database, pointing out how matching the public databases with the private ones would help to improve the health care system evaluation. These procedures help the analysis process, which subsidizes policy decision-making regarding the regulation of the private health sector.

Descriptors: Private Health Services Coverage. Medical Assistance. Hospitals. Information Systems.

ÍNDICE

1. - INTRODUÇÃO.....	1
1.1. - NOVOS MARCOS REGULATÓRIOS E A ATENÇÃO A SAÚDE NO BRASIL.....	6
1.2. - INFORMAÇÃO E A SAÚDE SUPLEMENTAR.....	21
2. - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
3. - RESULTADOS E ANÁLISE.....	46
3.1. - PERFIL DE UTILIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	46
3.1.1. - Rede Assistencial.....	46
3.1.2. - Assistência Hospitalar.....	78
3.1.2.1. Assistência Obstétrica e Neonatal.....	83
4. - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	87
5. - BIBLIOGRAFIA.....	91

Lista de Siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMS – Pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária
ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações
ANP – Agência Nacional de Petróleo
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BBS – Bulletin Board System
CAH – Coordenadoria de Assistência Hospitalar
CEAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEP – Código de Endereçamento Postal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGC – Cadastro Geral de Contribuintes
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIH – Comunicado de Internações Hospitalares
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CPT – Cobertura Parcial Temporária
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DESAS – Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde
DIPRO – Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
DLP – Doença e Lesão Pré-existente
FCES – Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
GS/SAS/MS – Gabinete do Secretário da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MBA – Management Business Administration
MP – Medida Provisória

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCDEN – Sistema de Acompanhamento do Programa de Controle de Endemias do Nordeste
PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RN – Resolução Normativa
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIP – Sistema de Informações de Produtos
SI-PACS – Sistema de Informação para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SI-PNI – Sistema de Informação Nacional de Imunização
SIS – Sistema de Informação de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados
TUNEP – Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Proporção de internações por fonte de financiamento e o número de internações no grupo de beneficiários e por habitante, por faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.....	63
TABELA 2 – Proporção de internações por fonte de financiamento e o número de internações no grupo de beneficiários e por habitante, por faixa etária da saúde suplementar – Estado de São Paulo – 2002.....	64
TABELA 3 – Internações de residentes fora do Estado de São Paulo, por fonte pagadora – Estado de São Paulo – 2002.....	66
TABELA 4 – Taxa de participação na assistência hospitalar, por região de saúde e fonte de financiamento – Estado de São Paulo – 2002.....	68
TABELA 5 – Índice de participação na assistência hospitalar, por região de saúde e fonte de financiamento – Estado de São Paulo – 2002.....	69
TABELA 6 – Índice de Eficácia na assistência hospitalar, por fonte de financiamento e regiões de saúde de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.....	72
TABELA 7 – Distribuição das internações financiadas por convênios, por município de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.....	74
TABELA 8 – Distribuição das internações financiadas por convênio, por grupo de diagnóstico, por região de saúde de ocorrência e residência – Estado de São Paulo – 2002.....	77
TABELA 9 – Internações por doenças do aparelho circulatório, financiadas por convênios, por regiões de saúde de ocorrência e residência – Estado de São Paulo – 2002.....	79
TABELA 10 – Internações por neoplasias, financiadas por convênios, por regiões de saúde de ocorrência e residência – Estado de São Paulo – 2002.....	80
TABELA 11 – Assistência hospitalar obstétrica, frequência absoluta e relativa, por faixa etária e fonte de financiamento – Estado de São Paulo – 2002.....	81
TABELA 12 – Taxas da assistência hospitalar obstétrica, por fonte de financiamento e faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.....	82

Lista de Quadros

QUADRO 1 – Itens das despesas assistenciais informadas no SIP, de acordo com o tamanho da operadora.....	28
---	----

QUADRO 2 – Dimensão da base de dados dos registros de interações com frequência absoluta e relativa – Estado de São Paulo – 2002.....	52
---	----

Lista de Figuras

FIGURA 1 – Validade das variáveis dos registros de internações financiadas por convênios, por região de saúde de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.....	50
FIGURA 2 – Distribuição dos hospitais, por município e região de saúde – Estado de São Paulo – 2002.....	53
FIGURA 3 – Distribuição dos hospitais com internações por convênios, por município e região de saúde – Estado de São Paulo – 2002.....	53
FIGURA 4 – Procedência dos pacientes internados pelo SUS – Estado de São Paulo – 2002.....	56
FIGURA 5 – Procedência dos pacientes internados por Convênio – Estado de São Paulo – 2002.....	56
FIGURA 6 – Pirâmide populacional – Estado de São Paulo – 2002.....	59
FIGURA 7 – Pirâmide de beneficiários com cobertura hospitalar, – Estado de São Paulo – 2002.....	59
FIGURA 8 – Internações por fonte de financiamento e faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.....	62
FIGURA 9 – Internações por fonte de financiamento e faixa etária da saúde suplementar – Estado de São Paulo – 2002.....	62

Lista de Anexos

ANEXO 1 – Comunicado de Internação Hospitalar.....	99
ANEXO 2 – Boletim da Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH-106).....	101
ANEXO 3 – Descrição de arquivos e tabelas.....	102
ANEXO 4 – Relação de procedimentos SIH/SUS de assistência obstétrica e neonatal.....	11
ANEXO 5 – Tabelas complementares:	1
TABELA 1 - Situação das variáveis dos registros de internações financiadas por convênios – Estado de São Paulo – 2002.	11
TABELA 2 - Distribuição dos registros de internações financiadas por convênios, com algum problema ¹ , por região de saúde de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.	4
TABELA 3 - Distribuição dos hospitais por fonte de financiamento de atendimento – Estado de São Paulo – 2002.....	115
TABELA 4 - Internações de residentes no Estado de São Paulo, por fonte de financiamento e região de saúde - Estado de São Paulo – 2002.....	6
TABELA 5 - Internações de residentes no Estado de São Paulo, por fonte de financiamento e região de saúde - Estado de São Paulo – 2002.....	11
TABELA 6 - População por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.	7
TABELA 7 - População por sexo e faixas etárias da saúde suplementar - Estado de São Paulo - 2002.....	118
TABELA 8 - Beneficiários residentes por sexo e faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.....	11
TABELA 9 - Beneficiários residentes por sexo e faixa etária da saúde suplementar – Estado de São Paulo – 2002.....	9
TABELA 10 - Taxa de internações ¹ por fonte de financiamento e local de residência – Estado de São Paulo – 2002.....	11
TABELA 11 - Internações de residentes no Estado de São Paulo, financiadas pelo SUS, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo – 2002.....	1
TABELA 12 - Internações de residentes no Estado de São Paulo, financiadas pelo SUS, por sexo e faixa etária da saúde suplementar - Estado de São Paulo – 2002.....	20
TABELA 13 - Internações de residentes no Estado de São Paulo, financiadas pelo SUS, por sexo e faixa etária da saúde suplementar - Estado de São Paulo – 2002.....	1
TABELA 14 - Internações de residentes no Estado de São Paulo, financiadas por convênios, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.....	21
TABELA 15 - Internações de beneficiários residentes no Estado de São Paulo, financiadas por convênios, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.....	1
TABELA 16 - Internações de beneficiários residentes no Estado de São Paulo, financiadas por convênios, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.....	21
TABELA 17 - Internações de beneficiários residentes no Estado de São Paulo, financiadas por convênios, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.....	122
TABELA 18 - Internações de beneficiários residentes no Estado de São Paulo, financiadas por convênios, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.....	1

da saúde suplementar - Estado de São Paulo - 2002.....	22
TABELA 14 - Internações financiadas por convênios, de residentes fora do Estado de São Paulo – Estado de São Paulo – 2002.....	1 23
TABELA 15 - Distribuição das internações financiadas por convênios, por sexo e região de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.....	1 24
TABELA 16 - Internações financiadas pelo SUS, com procedimentos obstétricos, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.....	1 25
TABELA 17 - Internações financiadas pelo SUS, com procedimentos de parto, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.....	126
TABELA 18 - Internações financiadas por convênios, com procedimentos obstétricos, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.....	1 27
TABELA 19 - Internações financiadas por convênios, com procedimentos partos, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.....	1 28

1. -INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa as internações financiadas por Planos Privados de Assistência à Saúde e registradas nos Comunicados de Internações Hospitalares (CIH) enviados ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) por Hospitais do Estado de São Paulo em 2002.

O interesse e a importância do proposto encontra justificativa nas diretrizes de gestão do Sistema de Saúde e na análise das competências atribuídas à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 quanto às atividades de fiscalizar o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários, epidemiológicos e de acompanhamento da assistência prestada a beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Atualmente, a ANS conta com o Sistema de Informações de Produtos (SIP), implantado pela Resolução RDC 85, de 21 de setembro de 2001, que coleta os dados sobre a assistência prestada a beneficiários pelas operadoras desde janeiro de 2002. Considerando a fase ainda inicial de regulamentação do setor e que para a implantação do SIP as operadoras tiveram que reorganizar seus sistemas de informações, o escopo do referido sistema restringe-se à coleta de dados em grupos de procedimentos.

No grupo de procedimentos da área de obstetrícia e neonatal, as internações são informadas com detalhamento pelas operadoras com mais de 100.000 beneficiários.

Em que pese a grande importância da sistematização do envio de dados das operadoras para o órgão regulador, dada pela implantação do SIP, o mesmo não permite um amplo acompanhamento epidemiológico da assistência hospitalar prestada a beneficiários de planos privados de saúde.

Para fazer face às suas competências legais, a ANS necessita de um sistema de informações que permita acompanhar a assistência hospitalar prestada a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, analisando a organização da rede prestadora e o perfil de utilização.

Moraes (1994) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como sendo um processo que envolve a coleta, o processamento, a análise e a transmissão da

informação necessária para se organizarem e operarem os serviços de saúde e também para investigá-los e planejá-los com vistas ao controle de doenças.

Carvalho e Eduardo (1998) mencionam que os Sistemas de Informação em Saúde podem ser classificados conforme sua natureza, em informações estatístico-epidemiológicas, administrativas e clínicas, sendo as estatístico-epidemiológicas as que permitem o conhecimento da mortalidade e suas causas, do padrão de morbidade da população ou de serviços e as relações da saúde da população com a demografia e aspectos sociais e econômicos, como por exemplo, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Já as informações administrativas são as não específicas do setor saúde, como por exemplo: controles de estoque, recursos humanos e financeiros, equipamentos e bens patrimoniais, como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. As informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que tem na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) o seu instrumento básico, apesar de coletar dados sobre a prestação de assistência à saúde são consideradas como administrativas pelo forte caráter financeiro, por serem passíveis de sofrerem viés em função de sua adequação às regras de faturamento das internações.

As informações clínicas referem-se a dados do cliente: sua identificação, problemas de saúde e diagnóstico médico, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos em geral subsidiam o desenvolvimento da medicina baseada em evidência. Sistemas como o de acompanhamento do pré-natal Sistema de Informação sobre o Pré-natal (SISPRENATAL) ou de hipertensos (HiperDIA) são, entre os sistemas de informações públicos, os que mais se aproximam dessa natureza de SI.

Portanto, a ANS necessita avançar na construção de um sistema de informações que sirva de base para acompanhar a assistência prestada a beneficiários, objeto maior do processo de regulamentação do setor.

Por outro lado, o Ministério da Saúde (MS), caminhando para a construção de um sistema de informações para acompanhar a atenção à saúde no Brasil, implantou o CIH, paralelo ao SIH/SUS, como instrumento de coleta de dados de todas as ocorrências de internações, em todas as unidades hospitalares do país, públicas e

privadas, integrantes ou não do SUS, para eventos não financiados com os recursos do SUS.

Para viabilizar a completa implantação do CIH, o MS conta com o Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de todos os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde do país e com a vinculação das atividades de renovação de alvará de funcionamento e tramitação de qualquer solicitação ao Ministério, à entrega do CIH.

Mais recentemente, o MS conseguiu junto ao governo federal a vinculação da apresentação do CIH à concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), conforme o estabelecido no artigo 3º § 7º do Decreto Federal 4.327, de 08.08.02.

Além das garantias acima citadas, o MS disponibiliza um aplicativo para coleta dos dados do CIH que são transmitidos pela rede Bulletin Board System (BBS) ao DATASUS para processamento. Ao adotar a mesma sistemática de recebimento do sistema de informações do atendimento público, o MS conta com uma rede de prestadores e de gestores, altamente descentralizada, para a coleta dos dados de internações financiadas por planos privados de saúde.

Na constituição do referencial teórico que ampara a pesquisa, foi revisada a bibliografia disponível e observada que praticamente não há estudo analisando as internações com financiamento não público, valendo ressaltar o trabalho que utilizou a base de dados de Ribeirão Preto para o período de 1986 a 1996 (Rocha, 1999).

Considerando que esse estudo teve por objetivo analisar o CIH como sistema de informação capaz de subsidiar as ações da ANS, discorreu-se sobre a relação do setor de saúde suplementar com os novos marcos reguladores e com o sistema de informações em saúde.

No relato da implantação de novos marcos da regulação do setor de saúde suplementar, apresentamos a evolução histórica da regulação do sistema de saúde no Brasil com visível avanço do sistema público, no sentido de definição de diretrizes e estabelecimento de estratégias que envolveram a participação das três esferas de governo além da participação da sociedade, organizada em Conselhos e Comissões de Saúde, seguida por breve descrição do processo de reforma do Estado que vem perpassando a regulação do sistema de saúde e, finalmente, a recente incorporação a

esse processo do setor de saúde suplementar. Além de descrever a criação do marco regulador do setor, identificamos as principais ações da ANS no sentido de alterar a situação de plena liberdade do mercado para uma atuação de responsabilidade pela assistência à saúde, comercializada através de planos privados de saúde.

A informação e a saúde suplementar foram tratadas com o levantamento e breve descrição dos sistemas de informações disponíveis nos diversos órgãos públicos, vinculados ou não ao setor de saúde, com ênfase em sua utilização pelo órgão regulador, em decisões que possam vir a impactar positivamente as condições de vida dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O CIH é um documento padronizado que registra os dados de identificação da unidade hospitalar e do paciente, procedimento médico-cirúrgico e diagnóstico, datas de internação e alta, tipo de alta e fonte de remuneração ou financiamento da internação.

O estudo da base de dados do CIH, do Estado de São Paulo, no ano 2002, permitiu o mapeamento da rede prestadora de serviços hospitalares e o perfil de utilização dos mesmos.

Na dimensão da rede prestadora de serviços foi possível levantar os hospitais que atendem o setor de saúde suplementar, construir a taxa de participação da região de saúde na assistência hospitalar a beneficiários de planos privados de saúde residentes, analisando a movimentação entre procedência de beneficiários e ocorrência das internações.

Na dimensão identificada como perfil de utilização, foi necessário conhecer primeiro o universo da população exposta à atenção hospitalar. Considerando as diferentes propostas de análise de estrutura etária, usual no campo da saúde pública e da saúde suplementar, os expostos foram identificados nos dois enfoques. O desenvolvimento do estudo possibilitou conhecer a distribuição das internações por sexo e faixa etária dos pacientes, capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID), tipo de saída e procedimentos. Este último, com ênfase nos procedimentos obstétricos.

Visando melhor atender o objetivo proposto, comparou-se o resultado encontrado com análise dos dados de internações financiadas por convênios com as obtidas em análise das financiadas pelo SUS.

O resultado permitiu validar o CIH como instrumento complementar ao SIP no acompanhamento da assistência prestada a beneficiários de planos privados de saúde e como instrumento para monitoramento das atividades assistenciais das operadoras.

Levantamento da bibliografia disponível demonstrou que, desde sua implantação o CIH não foi analisado e tendo em vista a diretriz do Ministério da Saúde de integração entre os diversos sistemas de informações em saúde, apresentamos algumas recomendações para sua utilização pela ANS, tais como implementação de variável que permita compatibilizar sua base de dados com banco de dados corporativo da ANS, padronização dos glossários e de medidas que venham a conferir maior confiabilidade aos dados informados e para os gestores de saúde a possibilidade de identificação de beneficiários atendidos pelo SUS mediante cruzamento das bases de dados do CIH e SIH/SUS.

1.1. - NOVOS MARCOS REGULATÓRIOS E A ATENÇÃO A SAÚDE NO BRASIL

A regulação do setor de Saúde Suplementar teve entre seus objetivos corrigir a seleção de risco praticada pelas operadoras e preservar a competitividade do mercado, conforme o disposto na Lei 9.656/98, operacionalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada em novembro de 1.999 através da Medida Provisória 1.928, convertida na Lei 9.961, de 28.01.00.

A forma de regulação do setor, através de uma autarquia especial, como a ANS, está associada ao processo de reforma do Estado, no Brasil, na década de 90, que enfatiza o fortalecimento da competitividade de mercado, garantias aos investidores, especialização dos órgãos governamentais, como agências autônomas e com gestão orientada a resultados, dando ênfase na administração com o modelo de derência matricial.

O objetivo da Reforma do Estado, segundo Przeworski (1998) é alterar seu *modus operandi* de forma que possa melhor atender às necessidades atuais.

Esta afirmação identifica a necessidade de redefinição do papel do Estado submetido a um processo de reforma. Buscou-se minimizar a participação do Estado na prestação de serviços, tornando-o menos executor e fortalecendo seu papel de promotor do desenvolvimento de alguns mercados com incapacidade de se auto-regularem. A reforma do Estado e o novo regime regulador alteram as relações com a sociedade e sua forma de intervir na economia.

Este processo buscou alterar a estrutura institucional, de forma a possibilitar sua atuação como agente normativo-regulador, descentralizando poder, criando as agências como entidades específicas para as atividades de regulação, identificando e divulgando os responsáveis pela definição de políticas e de acompanhamento do executivo.

Com o modelo de agências, segundo Ribeiro et al (2000), o Estado produz uma combinação de especialidade técnica e insulamento burocrático de seus dirigentes como forma de alterar sua relação com a sociedade com o objetivo de ganhar em *welfare* e buscando reduzir o risco de captura do regulador por agentes do mercado regulado.

Przeworski (1998) examina no processo de reforma do Estado três tipos de relação entre *principals* e *agents*: entre governos e agentes econômicos privados (regulação), entre políticos e burocratas (supervisão/ acompanhamento) e cidadãos e

governo (responsabilização), concluindo que o desempenho do Estado depende do desenho institucional dos mecanismos acima citados.

Portanto, a indução à responsabilidade ocorre através de um círculo de monitoramento entre políticos – cidadãos – burocracia.

Przeworski (1998) defende que, quando os mecanismos de responsabilização são bem concebidos, a economia de um Estado pode obter bons resultados, mesmo sendo intervencionista.

Na reforma do Estado do Brasil, esses mecanismos foram estabelecidos com a garantia de participação dos representantes do setor e dos usuários, no processo de definição de normas que regulamentam a atividade e com participação em Câmaras Setoriais, Consultas e Audiências Públicas.

No Brasil, mesmo com interação à agenda internacional de revisão da atuação do aparelho estatal, foi longo o processo de maturação da análise que identificou a falência do modelo intervencionista estatal e incapacidade do Poder Executivo de promover uma nova regulação, a partir de sua estrutura tradicional, bem como a incapacidade de alguns mercados de se auto-regularem. Costa (1998) avalia que até o lançamento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, em 1995, foi adotada uma reforma administrativa, como racionalização dos meios, quando deveria ter-se conduzido a reforma do Estado.

O diagnóstico do PDRAE identificava a crise da América Latina como uma crise de Estado, já que o mercado livre se tornou disfuncional para a sociedade pós-industrial, pois deixou de ser capaz de gerar empregos e financiar o *Welfare State*, fazendo-se necessária a intervenção do Estado para regular as relações entre a economia e a sociedade; preconizou a Reforma do Estado, orientada a obter maior agilidade e com capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência. Portanto, sendo o Estado menos executor, fazendo uso da privatização e terceirização como formas de diminuição do tamanho do Estado, buscando avanços na administração pública com introdução de gerenciamento baseado na avaliação de desempenho e com profissionalização do serviço público.

O PDRAE recomendava, ainda, a flexibilização dos monopólios e a concessão de serviços públicos à iniciativa privada e com criação de agências para o exercício das funções normativas e de regulação do Estado frente à atividade econômica.

A expectativa da reforma do Estado brasileiro é a de emergência de formas de competição política mais democráticas e com controles sociais mais efetivos, a fim de acompanhar suas ações de forma a não permitir que a intervenção do Estado na implementação de políticas distributivas, ainda que adequadamente regulada e orientada para setores específicos, permita o surgimento de distorções relacionadas com a arrogância burocrática, o poder concedente e a política populista, alerta Costa (1998).

O processo de regulação direta do setor de saúde inicia-se antes do processo de reforma do Estado, particularmente no final da década de 70, quando o governo reconhece o esgotamento do modelo de assistência médica por impossibilidade de sustentação financeira pela forma como se encontrava organizado. Após a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, em 1974, é proposto o Plano de Pronta Ação, que viabiliza o atendimento ambulatorial pelo setor privado. Os credenciamentos de consultórios, clínicas, serviços de apoio a diagnose e terapia ampliam os gastos assistenciais pela Previdência e, como o controle do pagamento por Unidade de Serviço é falho, amplia-se a incidência de fraudes, levando ao esgotamento do modelo.

Em 1981, pelo Decreto 86.329, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP que, visando a normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência à saúde, propõe o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. A partir de 1983, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH e a Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA substituem a forma de pagamento por Unidade de Serviço.

Data desse período a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, visando priorizar as ações primárias de saúde pelas redes municipal e estadual, descentralizar as decisões para as Comissões Interinstitucionais de Saúde (municipais e estaduais) com participantes das três esferas de governo, priorizar os serviços públicos e universitários, diferenciando os prestadores filantrópicos dos lucrativos e atender pessoas não previdenciárias.

A continuidade do processo organizativo, com certa dose de regulação do sistema de saúde, se deu com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, com ampla participação da sociedade, que teve como proposta a mudança do modelo vigente com criação do Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde – SUDS, com clara definição das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e, depois, com a promulgação da Constituição, em 1988, que estabeleceu a criação do SUS de caráter universal, integral e gratuito e estabeleceu que a atuação no setor, dos prestadores de natureza privada, seria regulada pelo Estado.

A implantação do SUS, apoiada fortemente por instituições de ensino e pesquisa e áreas técnicas governamentais, avançou rapidamente sendo seus fundamentos legais consolidados na Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS e a Lei 8.142, que regula a formação dos Conselhos e dos Fundos Municipal, Estadual e Federal de Saúde, ambas de 1990. Ainda em 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde.

A partir de então, com o suporte legal do SUS consolidado, passou para a agenda do setor a saúde, como direito social e dever do Estado, a universalidade do atendimento com integralidade das ações de saúde, a equidade no acesso, que passaria a contar com uma base sólida de financiamento através da Seguridade Social, adotando como estratégia de implantação a descentralização e o controle social, operacionalizado através dos Conselhos de Saúde (municipal, estadual e federal).

A Norma Operacional Básica (NOB) 01/91¹ indicou o início da descentralização, mas teve lenta adesão dos municípios que, junto com os Estados, atuaram como vendedores de serviços de saúde para o SUS, com maior aproveitamento da capacidade pública e conseqüente aumento de produção, mas o período de sua vigência foi marcado pela diminuição de recursos e com pagamento por produção.

Em 1993, após a queda do governo Collor, o Ministério da Saúde, numa política de aplicação ao estabelecido pela Lei, consubstancia um novo salto na regulação do sistema de saúde com a introdução da NOB 01/93, identificada como “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. A operação pactuada entre os três níveis de governo ocorreu com o funcionamento efetivo das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite e a implantação de modelos de gestão, incipiente, parcial e semiplena para municípios e estados, que identificavam o grau de descentralização e a extinção do INAMPS².

A mudança do modelo assistencial ocorreu em 1994 com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em ampliação do Programa de Agentes

¹ implantada pela Resolução 258 da presidência do INAMPS

² Portaria do Ministério da Saúde 545, de 20.05.93.

Comunitários de Saúde (PACS), existente desde 1991. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado por equipe multiprofissional, seguindo as diretrizes de integralidade e hierarquização e definindo território de atuação com cadastramento da clientela.

A descentralização da operação do Sistema de Informação Ambulatorial e a disponibilização de dados pelo DATASUS veio complementar os instrumentos do novo modelo de gestão.

Em 1996, o Ministério da Saúde aperfeiçoa o modelo de regulação vigente com a implantação da NOB 01/96, onde estabelece: dois níveis de gestão para municípios e estados (plena de atenção básica e gestão avançada), a transferência de recursos fundo a fundo, com introdução de critérios baseados em população ao já existente de serviços prestados e da Programação Pactuada e Integrada – PPI, como instrumento de planejamento, visando à adequação da necessidade de serviços aos recursos físicos e financeiros disponíveis.

O histórico descrito reforça a análise efetuada por Ribeiro et al (2000) de que a regulação do setor envolve inovar as estruturas tradicionais, enfatizando as relações entre os três níveis de governo, as relações de cada nível de governo com o setor privado ou semipúblico de prestação de serviço e os agentes no mercado, buscando obter resultados superiores, do ponto de vista social, nas relações entre a estrutura do aparelho estatal e com agentes no mercado.

O debate de regulação do setor de Saúde Suplementar avançou mais lentamente e somente do final de 1997 foi aprovado na Câmara Federal um projeto de lei que em junho de 1998 transformou-se na Lei 9.656, que ao dispor sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, iniciou propriamente o processo de regulação das atividades econômica e assistencial, visando garantir ao consumidor que as operadoras tivessem capacidade econômica e financeira para cumprir os contratos, implantar mecanismos de transparência e fomentar a competitividade do setor. Nessa lei, foram definidas as condições de ingresso, operação e saída das empresas interessadas em atuar ou já atuantes no setor.

Para a prestação da assistência à saúde, definiu-se a exigência de cobertura de todas as doenças previstas na CID – 10^a revisão. A viabilização dessa exigência de

cobertura assistencial se materializou com a previsão de que todas as empresas atuantes no setor passaram a ser obrigadas a oferecer um modelo de plano de saúde, denominado Plano Referência, como demonstração de capacidade de atender integralmente à necessidade de assistência à saúde do beneficiário. A exigência de oferecimento do Plano Referência traduziu a necessidade de acompanhamento específico da assistência à saúde e, conseqüentemente, o papel a ser desempenhado pelo Ministério da Saúde.

Considerando a impossibilidade do setor de oferecer e da população em adquirir exclusivamente plano de cobertura total, permitiu-se a comercialização de planos com coberturas inferiores, respeitando limites que caracterizam a segmentação assistencial oferecida, porém com cobertura integral na segmentação ambulatorial ou hospitalar.

O cerne da Lei 9.656 traz a regulação do setor para ser operacionalizada num sistema bipartite, onde o Ministério da Fazenda regula a atividade econômica e financeira e o Ministério da Saúde, a assistência à saúde.

No Ministério da Fazenda, a regulação era operada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com base nas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). No Ministério da Saúde, a regulação foi operada pelo Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

A lei 9.656 vigente é o resultado de agregações e supressões de propostas ocorridas em 44 Medidas Provisórias (MP), sendo a vigente a MP 2.177-44.

A MP 1685-3 institui Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) criado pela Lei 9.656 com atuação prevista na definição, regulamentação e controle da prestação de serviços de saúde suplementar e, no âmbito do CONSU, vinculando a este, a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, composta por representantes do governo, das operadoras, dos prestadores e dos consumidores.

O marco regulador representado pela Lei 9.656 entrou efetivamente em vigor noventa dias após a data de sua publicação, operacionalizado pelo DESAS, à medida que o CONSU formulava e editava as resoluções necessárias à implantação das regras de regulação do setor que, apesar de existir há cerca de 30 anos, não tinha sido normatizado em nenhum de seus aspectos de definição ou operação.

Antes da regulamentação, o setor tinha livre atuação, sendo as operadoras regidas pela legislação de empresas, comercializando planos caracterizados pela livre

definição da cobertura assistencial e de reajustes, frequentes rompimentos unilaterais de contratos e forte presença de seleção de riscos.

A regulação, vale ressaltar, trata mas não suprime o que o setor tem como característica: a presença de falhas de mercado, onde a assimetria de informações faz toda a diferença. “Quando a informação para a escolha não existe ou é assimetricamente distribuída entre firmas e consumidores: profissionais e clientes, define-se a situação de falha de mercado” (Costa, 2001. p.196)

Outro problema do setor é identificado como sendo o risco moral (*moral hazard*). Segundo Costa (2001), essa questão aparece refletida no crescimento da cobertura da atenção à saúde, quando os pacientes não arcam com todos os custos marginais do excesso de utilização e no incentivo ao excesso de oferta de serviços médicos, quando um terceiro ator é responsável pelo pagamento dos serviços que os médicos definem para os pacientes.

A criação das agências visa instituir, de forma mais independente, a regulação, mediante emissão de normas referentes à atividade econômica do setor, formulação de proposições políticas setoriais, de normas a serem convertidas em lei e fiscalização, observando as regras do processo administrativo.

Com as agências, há uma transferência do poder normativo da sua sede tradicional, sob o amparo constitucional para Agência Nacional de Telecomunicações -ANATEL e Agência Nacional de Petróleo - ANP e polêmica nos casos das demais agências, amparadas no Artigo 174 da Constituição Federal de 1988. De toda forma, baseia-se na discricionariedade técnica que se fundamenta na racionalidade e razoabilidade que prevalece sobre a discricionariedade político-administrativa e busca promover o equilíbrio do mercado regulado.

Na busca do equilíbrio do mercado, as agências controlam a qualidade dos serviços e monitoraram os preços, arbitram conflitos, fiscalizam a atividade econômica regulada e aplicam sanções cabíveis, exercem o papel de ouvidor das denúncias ou reclamações e protegem os direitos dos usuários.

Entre os princípios norteadores de sua atuação, destacamos: legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência, finalidade, razoabilidade, proporcionalidade, igualdade e publicidade.

A instalação das agências é caracterizada por independência e autonomia: são autarquias especiais, com fontes de recursos independentes e têm poder decisório, seus dirigentes têm estabilidade funcional e são indicados pelo Presidente da República, após prévia aprovação do Senado Federal.

Essa independência vem a constituir o insulamento burocrático, percebido por Nunes (1997) como uma estratégia para contornar o clientelismo através da criação de ilhas de racionalidade e de especialização técnica, mas que, para Ribeiro et al (2000), repercute na diversidade de atividades reguladoras identificada pela presença de organismos que, mesmo com estruturas revisadas por legislação recente, influenciam decisões governamentais e, como exemplo, cita os Tribunais de Contas dos Estados e da União.

As agências são controladas pelo Congresso Nacional, Poder Judiciário e financeiramente pelo Tribunal de Contas; algumas têm Contrato de Gestão contendo indicadores de desempenho, formas de execução dos compromissos pactuados, mecanismos de publicidade e de controle social

Analistas identificam que as agências correm riscos de comprometer o desempenho de suas funções, dentre os quais o de captura pelos setores regulados ou pelos administrados, autonomia excessiva em face das dificuldades de controle por parte do Poder Público ou o engessamento do mercado em decorrência de excessiva regulação.

Após a regulamentação, o setor de saúde suplementar caracteriza-se por uma organização funcional em que as operadoras necessitam de autorização para funcionamento, mediante cumprimento de algumas exigências, entre quais destacamos a constituição de reservas para garantia de operação, seguem regras uniformes e estão sujeitas à intervenção e liquidação.

No cumprimento da atividade fim, ou seja, prestação de assistência à saúde, o avanço é bastante significativo, com destaque para a obrigatoriedade de assistência integral à saúde, proibição da seleção de risco, proibição da rescisão unilateral dos contratos, definição e limitação das carências e com reajustes controlados.

Para Oliveira (2001), mesmo não estando definido o modelo ideal de uma boa agência reguladora, suas características devem incluir seis elementos, iniciando pela *independência* e, portanto, com alteração na cultura de centralização administrativa,

insulamento das instâncias de decisões técnicas das pressões políticas, diminuindo incertezas que resultam em maior custo de capital, impedindo que a instabilidade iniba o crescimento. A independência não impede a implementação de política setorial, a participação do executivo, fundamental na escolha dos dirigentes. A existência de dirigentes com mandato fixo e não coincidente com os titulares da instância executiva federal, estadual e municipal leva a uma maior estabilidade da regulação.

Além da independência, é fundamental a *transparência* pautando todas as atividades da agência dada por mecanismos de consulta ou audiência pública e tendo a internet como ferramenta fundamental; a *prestação de contas à sociedade* traduzida em contratos de gestão ou outras formas de acompanhamento; a definição de *limites de competência* evitando que a agência se ocupe da edição de um vasto conjunto de normas e dando clareza ao objeto de controle por parte da sociedade; autonomia financeira e gerencial de forma a garantir a independência de ação e, finalizando, defende que as agências disponham de quadro de excelência técnica garantindo legitimidade, especialmente no Judiciário, das decisões administrativas.

Barros (2003) avalia que a imprensa nacional já percebeu a importância das agências reguladoras para a sociedade. O objetivo central das agências é moderar a influência política sobre as empresas de prestação de serviços de interesse público que precisam de regras estáveis para funcionar de forma eficiente, defendendo, para tanto, duração fixa dos mandatos de seus dirigentes, com reciclagem parcial a cada período de governo.

Da complexidade identificada na reforma do Estado, Ribeiro et al (2000) define que o foco da regulação converge para dois pontos básicos: a contratação, com desdobramento do processo de trabalho em unidades mensuráveis de avaliação de desempenho e na vinculação das ações reguladoras a políticas voltadas para a ampliação da qualidade.

Na contratação, argumenta Santos (2003), a assinatura de um contrato de gestão não diminui em nada a autonomia da agência, tendo em vista ser essa dada pelo legislativo e fortalece sua autonomia, à medida que deixa mais clara sua competência reguladora. Defende, ainda, que, como instrumento de controle social, possibilita aperfeiçoar a gestão e o desempenho das agências.

Para Santos (2003), o contrato de gestão, mesmo que não suficiente, é um meio de efetuar a análise custo e benefício das agências reguladoras para os contribuintes e usuários dos serviços regulados, amplamente utilizado nos EUA e na Nova Zelândia como forma de assegurar maior responsabilização perante o Parlamento e a sociedade. Além do contrato de gestão, Santos defende o respeito à autonomia das agências em benefício da estabilidade do marco regulador, além da transparência na gestão e o compromisso com o atendimento do interesse público.

A atual configuração do *locus* regulador é dada pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em janeiro de 2000, que assume todas as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar. Vinculada ao Ministério da Saúde, incorpora ao processo de trabalho as vantagens desse modelo, proposto no movimento de Reforma do Estado, de maior poder de atuação, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, dispondo de arrecadação própria, decisões tomadas por colegiado dos diretores, que têm mandatos fixos, com poder legal de implantação efetiva de suas normas e tendo suas ações norteadas por um Contrato de Gestão assinado com o Ministério da Saúde.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar tem por “finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Artigo 3º)³

Compete à ANS propor políticas e diretrizes para a regulação do setor de saúde suplementar, inclusive zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A discussão de sustentabilidade financeira das empresas do setor de saúde suplementar, que antes da Lei era estritamente econômica,

passou a incorporar aspectos assistenciais, tendo sido estabelecida uma cobertura mínima, vinculada a uma relação de procedimentos e eventos em saúde, proibindo a exclusão de doenças, limitação de dias de internação e de número de procedimentos. Estes novos padrões almejam estruturar o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde.

³ Lei 9.961 de 28.01.00

O estabelecimento de normas de regulação desse mercado trouxe, ainda, o impedimento da seleção de risco que, aliada às condições acima citadas e à padronização assistencial dos planos, permitiu a comparabilidade entre os planos comercializados.

Mediante as condições estabelecidas, é possível aumentar a clareza da modalidade de plano comprado com explicitação nos contratos dos mecanismos de regulação de uso. (Lei 9.961, art. 4º, inc. VII)⁴.

Ainda dentre as competências da ANS, direcionadas à prestação da assistência à saúde a beneficiários de planos privados de saúde, destacamos a preocupação com a quantidade e qualidade dos serviços prestados e a integração com as bases de dados do SUS.

Em 2001, portanto depois da implantação da ANS e de ações de regulação do setor de saúde suplementar, o Ministério da Saúde implanta a Norma Operacional da Assistência à Saúde⁵, que introduz o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de planejamento regionalizado, visando garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde.

No modelo assistencial vigente, implementa o pólo assistencial, conjunto de municípios onde um, identificado como sede do pólo, é habilitado em gestão plena do Sistema Municipal que assume o papel de referência para os demais municípios do pólo, para qualquer nível de atenção. A proposta de regionalização engloba o estabelecimento de prioridades e cada pólo, ou região, com elaboração de um Plano Diretor de Investimentos, estabelecimento de fluxos de referência controlado por uma Central de Regulação.

A gestão da Atenção Básica é ampliada com a inclusão do estabelecimento de metas para manter o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes, para buscar a eliminação da hanseníase e manter programas de atenção à saúde da criança, da mulher e da saúde bucal.

As ações de controle, avaliação e regulação da assistência foram desenhadas contemplando atividades de avaliação da organização do sistema de saúde, de seu modelo de gestão e de organização da relação com prestadores de serviço, buscando a qualidade de assistência e a satisfação dos usuários, definindo resultados e

⁴ Lei de criação da ANS de 28.01.00

⁵ Portaria do Ministério da Saúde 95, de 26.01.01

estabelecendo avaliação do impacto das ações sobre a saúde da população. Ocorre a introdução do contrato de gestão como instrumento de acompanhamento de hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo e inicia-se o cadastramento nacional dos usuários do SUS, através do Cartão SUS.

A NOAS 01/01 trata, ainda, das regras de desabilitação do município ou Estado, da condição de gestor do Sistema de Saúde em sua esfera de governo, complementando, assim, o ciclo de vida de uma norma de regulação. As regras de desabilitação envolvem não só o atendimento às rotinas administrativas como também os indicadores de impacto da condição de saúde da população.

Na introdução do Plano de Regionalização e do Plano Municipal de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada, com claras regras de financiamento e organização da prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade, não fez referência à população coberta por planos privados de assistência a saúde, desconsiderando, portanto, que parte da população financia parte significativa de sua assistência ambulatorial e hospitalar.

A partir da criação da ANS, o setor passou a contar com instâncias de debate e validação das normas de regulação, além da Câmara de Saúde Suplementar, com Câmaras Técnicas para discussão de temas objetos de normas específicas e a Consulta Pública, por meio da qual a participação na elaboração de normas é ampliada para toda a sociedade.

Dentre as ações da ANS na regulação do setor, destacamos estabelecimento do rol de procedimentos mínimos a serem cobertos pelos planos de saúde, para atendimento aos diagnósticos da CID-10^a revisão e regras de ressarcimento do atendimento a beneficiários, prestados com custo para o SUS. Na habilitação para comercialização de planos de saúde implantou a Nota Técnica como instrumento de demonstração das regras de estabelecimento de preço do plano de saúde. O aumento de mensalidade tem sido estabelecido utilizando uma metodologia desenvolvida em Câmara Técnica, que contou com ampla participação de representantes do mercado, de consumidores e prestadores. Recentemente, a ANS vem normalizando as relações das operadoras com a rede de prestadores.

A transparência da situação do setor foi dada, entre outras ações, pela padronização de registro por competência contábil no lugar do regime de caixa e determinação de publicação do balanço.

A Agência utilizou o mecanismo de Consulta Pública para estender à sociedade o debate sobre: identificação dos procedimentos de alta complexidade relativos a Doença ou Lesão Preexistente (DLP) e definição da Cobertura Parcial Temporária (CPT); garantias financeiras, alienação de carteiras, envio de informações de cadastro de beneficiários e da assistência prestada, contratação de entidades hospitalares na prestação de serviços, diversificação dos ativos das operadoras para aceitação como garantidores, a proibição da exigência de caução por parte dos prestadores de serviços, comercialização de produto exclusivamente odontológico de contratação individual e familiar em regime misto de preço, limites para adoção de variação de preços por faixa etária em atendimento ao estabelecido pelo Estatuto do Idoso, a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.

O Disque-ANS configura-se num efetivo canal de comunicação com a sociedade em geral, mas particularmente com os clientes de planos privados de assistência à saúde e num instrumento de análise do setor pela Agência, pois permite identificar rapidamente as situações que trilham o caminho da situação crítica para o setor. Atualmente, a Agência retorna à sociedade as situações identificadas pela demanda ao Disque-ANS, dando publicidade, pela internet, ao índice de reclamações com o objetivo de informar à sociedade a relação das empresas com maiores porcentagens de reclamações com indícios de irregularidade.

Para Ribeiro *et al* (2000), uma boa política reguladora compartilha a regulação estatal com a auto-regulação, traduzida na especialização das agências para a atividade de intervenção normativa e na indução de conduta responsável das empresas atuantes no mercado regulado.

Na monitoração da assistência, a ANS propõe métodos de responsabilização da empresa operadora, na prestação de serviços oferecidos a seus beneficiários, combinando a relação custo e benefício à implementação de um modelo gerencial que atue na promoção, prevenção e cura, através da vigilância à saúde e não simplesmente da prática de reduzir custos.

O modelo de avaliação proposto pela DIPRO pretende que a prática gerencial modifique a forma de prestação de serviços para que seus efeitos gerem intervenções capazes de modificar o quadro de saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, ou que, pelo menos, permita identificar as dificuldades em alterar os indicadores de prestação de serviços.

Em apresentação no Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde⁶, a ANS definiu modelos assistenciais como sendo as formas específicas de organização e de articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade, destacando que os mesmos podem ocorrer com os seguintes enfoques:

Tecnológico quando o desenvolvimento dos procedimentos é centrado em práticas curativas, com fragmentação da linha de cuidado, com alto custo, tendo o trabalho do médico isolado e com muito maquinário, apresentando baixa responsabilidade do gestor no cuidado e orientado pela lógica de demanda e oferta.

Enquanto que um enfoque *humanista* desenvolve a assistência centrada no usuário, incorpora práticas de prevenção e de promoção à saúde, adota uma linha de cuidado contínua, com trabalho em equipe de saúde com resolubilidade, com alta responsabilidade do gestor do cuidado e tem custo adequado ao cuidado à saúde por ser pautado pela lógica da necessidade.

Na busca permanente da garantia da prestação da assistência à saúde com qualidade, busca-se informação assistencial e de morbi-mortalidade através do Sistema de Informações dos Produtos – SIP.

Inicialmente, o SIP destaca a solicitação dos indicadores maternos neonatal, tendo em vista a prioridade do tema no Governo Federal, com estabelecimento de programa para o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde – SUS e também da sociedade, mediante a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna, em andamento no Congresso Nacional, por ocasião da implantação do SIP.

Através do SIP, para acompanhamento da assistência materno neonatal, a ANS dispõe de indicadores de prestação de serviços de atendimento pré-natal: taxa de internações por gravidez terminada em abortamento e taxa de internações por

⁶ Promovido pelo Conselho Nacional de Saúde no dia 29.08.01, em Brasília

transtornos maternos relacionados à gravidez, de atendimento ao parto: taxas de parto normal, de parto cesáreo, de atendimento ao recém-nascido, por pediatra, na sala de parto, de nascido a termo, de prematuridade, do coeficiente de natimortalidade, no atendimento ao pós-parto, taxa de utilização de UTI / CTI neonatal e taxa de incidência de complicações no período de puerpério. Da avaliação da assistência materna, dispõe dos indicadores taxa e coeficiente de Mortalidade Materna.

Para Azevedo (1991), no acompanhamento da assistência, é fundamental a utilização de um sistema de informação que dê conta de gerar indicadores de prestação e/ou de saúde. Para a ANS, o sistema de informação deve ser capaz de permitir ao responsável técnico da operadora e ao agente regulador dimensionar a assistência e inferir sobre a qualidade da mesma.

O caminho trilhado pelo órgão regulador demonstra o quão livre o setor de saúde suplementar atuava no mercado. Empresas que se submetiam apenas à legislação relativa ao seu tipo societário, passaram a cumprir exigências que envolvem o registro para funcionamento, constituição de garantias e as sujeitam a processos de intervenção e liquidação.

1.2. - INFORMAÇÃO E A SAÚDE SUPLEMENTAR

Atualmente há consenso de que sistema de informações é instrumento do comportamento institucional, não só como prática de mercado, onde a competição faz com que haja melhor organização dos competidores, como também como instrumento colocado a serviço de determinada política, sendo estruturado para subsidiar tomada de decisões de ampla abrangência ou muito específica ou justificando as não-decisões no sentido de avanço ou manutenção da situação dada.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a informação ocupa espaço estratégico de conhecimento do mercado de empresas que comercializam planos privados de assistência à saúde⁷, no ciclo das atividades de regulação, emissão de normas para presença de operadoras⁸ no mercado, acompanhamento do impacto nas condições de saúde dos beneficiários⁹ e retroalimentação do processo de emissão de normas. Portanto, o sistema de informações para a ANS deve ser utilizado para conhecer, inovar e avaliar o setor.

Para tanto, há que superar a fragmentação presente nos Sistemas de Informações de Saúde (SIS) decorrentes de sua implantação por competência administrativa, o que leva a criação de SIS por áreas específicas, como por exemplo: assistência hospitalar ou por autorização de pagamento a procedimentos de alta complexidade, para abranger o universo de estrutura; operação, financiamento e assistência prestada pelo setor de forma a obter uma visão global do setor.

Antes de discorrer sobre as informações em saúde, potencialmente disponíveis para uso do setor de Saúde Suplementar, apresentamos as conceituações e regras presentes na elaboração de um SIS, fundamentais para garantir sua especificidade.

⁷ Plano privado de assistência à saúde: prestação ou cobertura de serviços de assistência à saúde, garantidos por pré ou pós-pagamento de mensalidade diretamente pelo indivíduo contratante e/ou por pessoa jurídica à qual esteja vinculado por adesão ou vínculo empregatício, com acesso a atendimento por profissionais de serviços próprios, ou de livre escolha em unidades integrantes ou não de rede credenciada, pago ao prestador pela operadora com ou sem participação do beneficiário ou por reembolso.

⁸ Operadora de planos privados de assistência à saúde é toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros, incluindo as operadoras de seguros privados de assistência à saúde, constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica (Brasil, 2000).

⁹ Beneficiário é o titular de um plano privado de assistência à saúde e seus dependentes.

A informação tem a sua definição ainda em construção e vários autores têm discutido esse conceito, mas há consenso de que mais útil quanto mais permitir apoiar uma ação, subsidiar uma decisão ou quando reduz o grau de incerteza dessa ação.

Dessa forma, a informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de conhecimento da realidade sócio-econômico, demográfica e epidemiológica para o planejamento, gestão, organização e avaliação dos diversos níveis de atuação de um sistema de saúde.

Para Carvalho e Eduardo (1998), “*Sistema de Informação (SI)* pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêm informação de suporte à organização” (p.5). Um SI processa dados, utilizando os mais variados recursos tecnológicos disponíveis, apresentando-os no formato estabelecido pelo usuário. Na elaboração de um SI é intrínseca a definição de seu objetivo, que norteia o relacionamento das partes que o compõem, dando organicidade ao mesmo. Portanto, quando ocorre mudança em uma de suas partes, com muita probabilidade ocorrem mudanças em todas as outras partes do sistema. Há uma relação de causa e efeito entre as diferentes partes do sistema.

Carvalho e Eduardo (1998) citam que os Sistemas de Informação podem ser classificados segundo diversas categorias de acordo com seus objetivos: de *planejamento estratégico*, quando subsidiam decisões que norteiam os rumos da organização; de *controle gerencial*, quando ampliam o uso efetivo e eficiente dos recursos da organização; e de *controle operacional*, quando atendem às necessidades decorrentes da execução das rotinas de funcionamento da organização.

“Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizarem e operarem os serviços de saúde e, também, para investigá-los e planejá-los com vistas ao controle de doenças”, segundo o Escritório da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Europa. (Moraes, 1994. p.26).

O mecanismo que responde pelo SI, portanto, deverá estar presente em toda a estrutura que atua de forma integrada no suporte do processo de prestação de serviço, visando gerar as informações necessárias para o processo de tomada de decisão de condução do sistema de saúde.

Vários autores definem as operações básicas de um SIS como sendo a formulação de indicadores, a coleta dos dados, o processamento dos dados e a produção da informação. A produção da informação consiste em: confronto dos indicadores com os padrões existentes, análise das discrepâncias e detecção das causas prováveis das discrepâncias.

Moraes (1994) menciona que um Sistema de Informações em Saúde deve ter resposta para as seguintes perguntas: Por que se registra esta informação? Para que será utilizada? Quem a utilizará? Como será empregada? Por quanto tempo será útil esta informação?

Para Carvalho e Eduardo (1998), SIS é um sistema informativo sobre a doença dos indivíduos e seu perfil na comunidade, sobre suas causas, sobre o processo de tratamento e seus resultados, como impacto das ações sobre a saúde da população ou de grupos de risco. Assim, a implantação de um SIS requer equipe multiprofissional, sendo fundamental contar com a opinião dos profissionais usuários.

Mota e Carvalho (1999) definem que o planejamento e implantação de um SI devem estabelecer os objetivos e funções para todos os níveis de usuários da organização e atributos necessários para desempenho eficaz ao sistema, contemplando o monitoramento do processo, avaliação da qualidade dos dados e a disseminação das informações geradas após tratamento dos dados coletados.

Carvalho e Eduardo (1998) mencionam, ainda, que os Sistemas de Informação em Saúde podem ser classificados conforme a natureza das informações:

- ♦ *Sistemas de Informações Estatístico-epidemiológicas* quando referentes à mortalidade e morbidade da população, aspectos demográficos, sociais e econômicos relacionados com a saúde da população;
- ♦ *Sistemas de Informações Administrativas* quando referentes às rotinas de controle de recursos, e
- ♦ *Sistemas de Informações Clínicas* quando referentes aos dados clínicos, subsidiando a decisão de tratamento ou acompanhamento problemas de saúde.

Carvalho (1997) faz uma revisão dos cinco maiores sistemas de informações do Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de

Informações Hospitalares (SIH), discute os pontos positivos e os problemas detectados, elenca os indicadores extremamente úteis à priorização de problemas de saúde, concluindo pela necessidade de compatibilização entre os mesmos, de forma a facilitar um rápido relacionamento entre os distintos bancos de dados.

Carvalho (1998) também elenca e comenta a riqueza das bases de dados públicas, ampliando o escopo com a incorporação do Sistema de Informação Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SI-PACS), Sistema de Acompanhamento do Programa de Controle de Endemias do Nordeste (PCDEN) e outros.

Porém, não foi identificada na literatura disponível uma análise sobre a potencialidade das bases de dados públicas, como instrumentos das ações de regulação de saúde suplementar, em complementação aos sistemas implantados pela ANS.

A ANS vem, desde sua criação, implantando rotinas de coleta de dados junto às operadoras, visando apoiar o processo de regulação do setor de saúde suplementar que, se juntado aos sistemas de informações públicos, ampliarão sua utilização, contribuindo para a integração dos mesmos e para a gestão do sistema nacional de saúde.

No estabelecimento de um sistema de informações do setor, a ANS age em consonância ao estabelecido na Lei 9.961, de 28.01.00, artigo 4º (Brasil, 2000) que prevê sua utilização estabelecer parâmetros e indicadores para acompanhamento da assistência prestada por empresas que comercializam planos de saúde.

Dos gestores de bases de dados públicos destacamos o Ministério da Saúde (MS) com as informações de assistência à saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), órgão responsável pelo sistema estatístico nacional, que executa censos, inquéritos e pesquisas, por domicílios e outras, quantificando e qualificando a base populacional brasileira.

O cadastro de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, aprimorado pela resolução RN 17 (ANS,2002a), permite traçar o perfil da população com acesso a esse setor de assistência à saúde, por sexo e faixa etária, distribuição geográfica de residência e de adesão por classificação de empresa operadora, segmentação assistencial e tipo de financiamento. Mesmo considerando que nesse cadastro o dado é coletado por contrato, titular e dependentes, o que pressupõe duplicidade de informação para o beneficiário de mais de um contrato, é possível,

mediante tratamento dos dados, analisar o perfil dos usuários com o perfil dado pela base populacional disponibilizada pelo IBGE e identificar a cobertura da população com acesso ao setor. Deste cruzamento, é possível identificar tendências no financiamento da assistência, perfil de utilização de serviços e de seleção adversa.

Essa base é também importante como instrumento de identificação dos beneficiários que receberam assistência à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente são identificados apenas os que receberam assistência médico-hospitalar, com pagamento efetuado pelo SIH, sistema do MS, mas já há estudos para ampliar a pesquisa incorporando a identificação de atendimentos de procedimentos de alta complexidade, também remunerados pelo SUS. O cruzamento dessas bases de dados permitiu a implantação da rotina de ressarcimento ao SUS por procedimentos ambulatoriais dispensados a beneficiários, que independente de ter acesso a esse sistema como toda a população brasileira, repassa a uma empresa privada os recursos pelo seu financiamento. O ressarcimento ocorre pelo não-cumprimento por parte da operadora de seu contrato com o beneficiário e não pelo atendimento pelo SUS.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) executada pelo IBGE é realizada anualmente nos períodos intercensitários e identifica perfis da população brasileira, de natureza demográfica e socioeconômica. Em 1998, a PNAD introduziu questões sobre cobertura, acesso e financiamento da saúde suplementa.

A Pesquisa AMS, executada pelo IBGE, não tem periodicidade definida: é realizada através de entrevista e abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país coletando dados sobre a estrutura e produção do setor saúde. Na última pesquisa, em 2002, a AMS incorporou questões oferta de serviços para o setor de saúde suplementar e a produção de serviços financiados por convênios.

A incorporação da análise da base de dados fornecida pela pesquisa AMS é extremamente rica para a ANS, porque permite identificar onde há estrutura disponível para que planos privados de assistência à saúde ofereçam a seus beneficiários o rol mínimo de procedimentos estabelecido pela ANS. Para as operadoras, essa base de dados também pode se mostrar bastante útil na definição de áreas de atuação, bem como na organização da rede prestadora de serviços, permitindo que a mesma não ocorra simplesmente em função da oferta, como comumente tem sido identificado.

O Sistema de Informação Ambulatória (SIA), particularmente as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), constituem bases de dados públicas de interesse para o setor de saúde suplementar. Primeiro porque através da APAC é possível identificar o atendimento de beneficiários e implementar o processo de ressarcimento dos valores dessas despesas ao SUS e, segundo, por permitir identificar a rede prestadora de procedimentos de alta complexidade e, conseqüentemente, a possibilidade de atendimento pelas operadoras desses procedimentos estabelecidos no rol de procedimentos. Neste sentido, a pesquisa AMS parece atender melhor a esse propósito por sua abrangência. De toda forma, são instrumentos que se complementam.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em fase final de implantação pelo Ministério da Saúde, abrange todas as unidades de saúde do país, qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde coletiva ou individual. O CNES substitui a Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde que coletava dados das unidades de saúde prestadoras do SUS. Esse cadastro é efetuado e mantido com ações integradas desenvolvidas por gestores do SUS – federal, estaduais e municipais, técnicos da área de vigilância sanitária e certificação do processo de cadastramento por instituições externas ao Ministério da Saúde.

O CNES identifica a unidade, suas características por natureza, gestão, tipo de atendimento, registra o vínculo com o SUS, a expedição do alvará pela vigilância sanitária, tipo de unidade, instalações físicas para a assistência de urgência e emergência, ambulatório, centro cirúrgico, centro obstétrico e unidade neonatal; serviços de apoio, tais como SAME, lavanderia, central de esterilização, banco de leite, e outros; serviços especializados de diagnose, de assistência, de terapia, apoio à recuperação e outros; comissões tais como de ética médica e de enfermagem, controle de infecção hospitalar, revisão de prontuários, análise de óbitos, investigação epidemiológica e outras; descrição dos equipamentos, identificação de coleta seletiva de rejeitos; caracterização dos serviços de diálise, radioterapia, quimioterapia, hemoterapia, serviços de referência a esses vinculados e os aspectos de formalização de instalação e funcionamento do serviço: leitos por especialidade e leitos complementares de UTI adulto, infantil e neonatal, unidades intermediária e de isolamento.

A ANS, no estabelecimento das normas de habilitação para comercialização de um plano privado de assistência à saúde, através da resolução RDC 4 (ANS, 2000a)

dispõe, como rotina de registro do plano, o fornecimento da rede hospitalar de atendimento. Essa rede é uma proposta da operadora para início de venda do plano, e à medida que vai-se constituindo a carteira de beneficiários¹⁰, a operadora adequa a rede de hospitais informando à ANS as inclusões ou solicitando o redimensionamento da mesma. O CNES é, potencialmente, um instrumento de análise desse pedido, por permitir verificar o grau de compatibilidade entre as unidades substituídas ou a distribuição geográfica das unidades em relação à distribuição dos beneficiários.

Iniciando o processo de acompanhamento da assistência prestada a beneficiários, a ANS implantou o Sistema de Informação de Produtos (SIP) junto às operadoras (ANS, 2001b), com coleta trimestral de dados consolidados, a partir do 1º trimestre de 2002 e como instrumento gerencial de ação indutora na mudança da prática das operadoras, em relação a sua responsabilidade em modificar o quadro de saúde de seus beneficiários, ou ao menos para sinalizar a existência de problemas que impeçam alteração nas condições de saúde dos beneficiários.

Para envio dos dados do SIP, as operadoras foram categorizadas de forma que as de maior número de beneficiários enviem um maior número de dados, sendo que todos são informados por tipos de planos e grupos de beneficiários.

Para envio do SIP, as operadoras agrupam os dados assistenciais conforme o descrito no quadro 1.

¹⁰ Carteira de beneficiários é o conjunto de beneficiários da operadora.

QUADRO 1

Itens das despesas assistenciais informadas no SIP, de acordo com o tamanho da operadora.

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM DE DESPESA	
	com < 100.000 beneficiários	com > 100.000 beneficiários
1.	Total de internações	Total de internações
1.1.		Nº de diárias – quarto e enfermaria
1.2.		Nº de diárias – UTI e unidade semi-intensiva
1.3.	Nº de parto normal	Nº de parto normal
	a.Nº de parto cesáreo	Nº de parto cesáreo
	b.Nº de atendimento ao recém nascido na sala de parto	Nº de atendimento ao recém nascido na sala de parto
1.4.	Nº de nascidos vivos prematuros	Nº de nascidos vivos prematuros
1.5.	Nº de nascidos vivos a termo	Nº de nascidos vivos a termo
1.6.	Nº de nascidos mortos	Nº de nascidos mortos
1.7.		Nº de internações por gravidez terminada em aborto
1.8.		Nº de internações por transtornos maternos relacionados à gravidez
1.9.		Nº de internações por complicações no período de puerpério

FONTE: MS/ANS – Resolução RDC 85

O SIP vem cumprindo o papel de sistematizar a relação entre as operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e a ANS, no acompanhamento dos serviços prestados, porém não é suficiente para detalhar o perfil de utilização na assistência hospitalar do setor de saúde suplementar.

Neste contexto, identificou-se que estudo da base de dados das internações financiadas pelo SUS disponibiliza dados individuais, possibilitando agregações por locais de ocorrência e procedência, sexo e faixa etária, procedimentos e diagnósticos. Entre outras variáveis, contribui para o conhecimento do perfil de morbidade e de utilização de serviços da população brasileira e, por analogia, subsidia a análise do setor de saúde suplementar.

Considerando o disposto na Lei 9.656 (Brasil, 1998) e na Resolução CONSU 7/98 (Brasil, 1998) quanto ao fornecimento de informações dos pacientes cuja atenção é custeada por planos e seguros privados de assistência à saúde e que o processo de

planejamento e regulação da assistência à saúde requer o conhecimento mais amplo e profundo possível dos perfis nosológico e epidemiológico da população brasileira, o Ministério da Saúde implantou o Comunicado de Internação Hospitalar (CIH).

O CIH, instituído através da Portaria GM 221/99 é, desde julho/99, o instrumento de coleta de dados de todas as ocorrências de internações, em todas as unidades hospitalares do país, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, para eventos não financiados com os recursos do SUS. Para os eventos financiados pelo SUS, o instrumento de informações é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O registro dos dados do CIH é efetuado em aplicativo fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em sua rede Bulletin Board System (BBS). O envio mensal dos dados pela unidade hospitalar obedece aos mesmos prazos e fluxos definidos para a AIH.

Para viabilizar a completa implantação do CIH, o Ministério da Saúde conta com o CNES que vem cadastrando todos os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde do país e vinculou sua entrega ao repasse de recursos às unidades integrantes do SUS e às unidades não integrantes, à renovação do alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária e para a tramitação de qualquer solicitação ao Ministério.

Mais recentemente, o MS conseguiu junto ao Governo Federal a vinculação da apresentação do CIH à concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), conforme o estabelecido no artigo 3º § 7º do Decreto Federal 4.327 de 08.08.02.

O CIH é um documento padronizado que registra os dados de: identificação da unidade hospitalar e do paciente, procedimento médico-cirúrgico e diagnóstico, datas de internação e alta, tipo de alta e fonte de remuneração ou financiamento da internação.

Pelo exposto, o CIH credencia-se para complementar as informações necessárias ao acompanhamento da assistência hospitalar do setor suplementar, em função não somente de coletar dados que permitem traçar o perfil de morbidade hospitalar, procedência e caracterização dos beneficiários usuários, como também de dimensionar e caracterizar a rede de serviços utilizada pelo setor.

A tomada de decisão baseada em dados coletados e tratados por terceiros pressupõe uma prévia avaliação de sua confiabilidade e das rotinas de segurança adotadas no processo desde a coleta até a disponibilização, visando diminuir o grau de

incerteza em sua utilização. A atual tecnologia da informação oferece condições para uma eficiente coleta, transmissão, guarda, tratamento e disponibilização das informações, através de *hardware* e *software* que desempenham as tarefas de processamento de informações.

No caso de informações sobre internações, tanto do SIH como do CIH, o prontuário médico é a fonte básica de informação.

A Resolução 1.331/1989 (CFM,1989) considera que o prontuário consiste em um conjunto de documentos padronizados e ordenados, proveniente de várias fontes, destinadas aos registros dos cuidados profissionais prestados ao paciente. Possui propósito pessoal e interpessoal. Serve para o paciente, a instituição, os profissionais de saúde e para a sociedade como um todo.

É utilizado para planejamento, análise e avaliação dos cuidados do paciente e como meio de comunicação entre profissionais de saúde que assistem ao paciente, podendo ser utilizado como instrumento para fins científicos de estudo e pesquisa em algumas instituições.

Segundo Fortes (1998), o prontuário é legalmente propriedade física dos estabelecimentos de saúde, mas comporta informações que estão no campo do direito moral e legal dos pacientes.

A importância da guarda e manutenção é evidenciada quando a falta de informações pode resultar em danos para o paciente durante o acompanhamento no serviço ou mesmo posteriormente.

Hossne (1992) cita caso em que paciente de 35 anos, com dores abdominais há dois dias, com sinais de peritonite no abdome direito. A história clínica não é típica, porém é sugestiva de apendicite aguda. Informa o doente que há um ano foi operado de urgência, em outro hospital. Segundo o médico, a suspeita diagnóstica era de pancreatite ou apendicite aguda. O paciente não sabe informar se foi retirado o apêndice. Ao se procurar informação adicional no hospital onde fora realizada a operação, não se encontrou a descrição da intervenção. Casos como esse demonstram prejuízos ao paciente. Há um prejuízo iatrogênico para o paciente e um deslize ético do médico e da instituição.

Para Fortes (1998), esta é uma das razões pelas quais entende que a adequação dos prontuários nos estabelecimentos de saúde deve ser vista como uma das variáveis a ser observada na avaliação da qualidade dos serviços.

Hossne (1992) declara que não basta fazer boa anamnese e bom exame físico; é preciso registrá-los no prontuário.

Para o profissional médico, o prontuário do cliente é uma peça integrante de sua atividade profissional, com todas as implicações profissionais, legais e éticas decorrentes de seu uso. A não-elaboração do prontuário pelo médico no atendimento ao cliente incorre em falta grave prevista no artigo 69, capítulo V do Código de Ética Médica, “É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente” (CFM, 1988).

Os demais profissionais, de igual maneira, respondem diretamente pela parte que lhes cabe. De maneira geral, a responsabilidade incide sobre os profissionais de saúde que atendem o paciente e, indiretamente, sobre o Diretor do Hospital ou Chefe do Serviço.

As regionais do Conselho Federal de Medicina têm estabelecido como obrigatória a criação de comissões de revisão de prontuário médico nas unidades de saúde onde se presta assistência médica, com a atribuição de avaliar a elaboração do prontuário.

Cabe à Comissão de Prontuários elaborar as normas e estabelecer padrões para a confecção do prontuário e submetê-lo à administração para sua aprovação. O regimento do hospital deve conter as atribuições e sanções para os casos de não-cumprimento.

Segundo Rebelo et. al (1993), no Brasil, a prática de fazer anotações pessoais sobre o atendimento prestado ao paciente é muito anterior ao início dos serviços de documentação. Em 1943, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criou o primeiro Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), com o objetivo de, pela primeira vez no país, apresentar um padronizado prontuário do cliente e, desde então, com a evolução dos conhecimentos da administração, aumentam o valor e a importância dos prontuários e arquivos organizados.

Os temas de confiabilidade, segurança e integração de diversas bases de dados estão a cada dia mais presentes na agenda dos gestores do sistema de saúde por

representar um aumento na qualidade de gerência dos serviços e na atenção à saúde. Neste contexto, ocorre a discussão de implantação do prontuário eletrônico do paciente e do cartão único.

A ANS regula um setor que opera em regime de concorrência e muitos dos dados recebidos não devem estar normalmente disponíveis e passíveis de acesso pelos concorrentes e disso decorre a necessidade de um compromisso entre informações para subsidiar o acompanhamento da assistência e o sigilo sobre essas mesmas informações.

O Decreto 4.553 (Brasil, 2002a), de 27.12.02, dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de interesse da segurança da sociedade e do Estado e determina que “o acesso a dados ou informações sigilosos é restrito e condicionado à necessidade de conhecer”. A finalidade institucional da ANS deixa clara sua necessidade de conhecer o setor para promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras e suas relações com prestadores e consumidores.

Em consonância à necessidade de informações para acompanhar a assistência e a necessidade de manutenção de sigilo sobre as mesmas, a ANS implantou o SIP com a coleta de dados agregados por tipo de plano, tendo previamente, pela resolução RDC 64 (ANS, 2001a) disposto sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde e reiterado os esforços de manutenção do sigilo na resolução RN 21 (ANS, 2002b) que dispõe sobre a proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde e alteração da resolução RDC 24 (ANS, 2000b), acrescentando os dispositivos de definição de penalidades para o descumprimento das normas sobre sigilo. Esse conjunto de normas demonstra que a ANS caminha no sentido de assegurar o sigilo das informações de pacientes.

A integração entre as bases de dados assistenciais da saúde suplementar e do SUS permitirá ao Ministério da Saúde definir diretrizes para o setor privado e promover melhorias no SUS, estabelecer políticas e estratégias voltadas às ações de proteção e promoção à saúde da população.

2. -PROCEDIMENTOS MÉTODOLÓGICOS

No estudo das internações ocorridas no Estado de São Paulo, em 2002, particularmente as financiadas por convênios e informadas ao Ministério da Saúde através do Comunicado de Internações Hospitalares (CIH), foi possível mapear a distribuição das internações na rede prestadora de serviços hospitalares; identificar o perfil de utilização por sexo e faixa etária e os municípios onde o residente beneficiário não dispõe da assistência hospitalar, bem como analisar a distribuição das internações por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID -10ª revisão) por grupos específicos de procedimentos, tendo por base a tabela do SUS e tipo de saída do hospital.

O estudo possibilitou, ainda, analisar a estrutura da base de dados do CIH sugerindo a introdução de variáveis e ajustes, visando constituir um subsistema de acompanhamento da assistência prestada e do monitoramento das operadoras, de forma que o mesmo complemente o Sistema de Informações de Produtos – SIP na atividade de acompanhamento da assistência prestada a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, efetuada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Para análise das internações ocorridas no Estado de São Paulo em 2002, recorreu-se principalmente às bases de dados públicas compostas por todos os Comunicados de Internações Hospitalares – CIH e das Autorizações de Internações Hospitalares – AIH's pagas, do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, sendo este processo constituído em 3 etapas:

1. Seleção dos Comunicados de Internações Hospitalares e adequação da estrutura de seu arquivo com o das AIH's do Estado de São Paulo, com data de saída no período de 01.01.2002 a 31.12.2002;
2. Análise da consistência dos registros dos CIH de internações remuneradas por convênios, e
3. Mapeamento das internações ocorridas no Estado de São Paulo em 2002, com ênfase nas financiadas por convênios.

Internações remuneradas por *convênios*, englobam as custeadas por planos de saúde, financiados total ou parcialmente, por entidades públicas ou privadas; e

internação é considerada, neste estudo, como o período que uma pessoa fica em ambiente hospitalar para assistência à saúde.

A principal fonte de dados para a realização desse estudo constituiu-se na base de dados dos Comunicados de Internações Hospitalares – CIH, uma fonte secundária de informações disponibilizada pelo Ministério da Saúde que coleta dados de todas as ocorrências de internações, em todas as unidades hospitalares do país, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, para eventos não financiados com os recursos do SUS, cujo *layout* consta no anexo 1 p.99.

A coleta dos dados do CIH é efetuada em aplicativo fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde, através DATASUS em sua rede BBS. O CIH é um documento padronizado que registra os dados de: identificação da unidade hospitalar e do paciente, procedimento médico-cirúrgico e diagnóstico, datas de nascimento, internação e saída, tipo de saída e fonte de remuneração ou financiamento da internação. Na identificação do procedimento é utilizada a tabela do SIH/SUS.

Dos arquivos do CIH apresentados no período entre janeiro/2002 e março/2003, foram selecionados os registros com data de ocorrência entre 1º de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2002.

Dos arquivos reduzidos de AIHs pagas apresentadas no período de janeiro/2002 a março/2003, foram selecionados os registros de AIH tipo 1 (normal), que identifica o evento internação, com data de ocorrência no período analisado. A *data de apresentação* é identificada pelo mês e ano em que o hospital envia ao DATASUS, os arquivos das AIHs e do CIH.

As AIHs podem ser apresentadas no período de vigência da série numérica utilizada para sua identificação e os CIH não têm prazo estipulado para apresentação, podendo ser apresentados em competência atual, registros de ocorrências de vários meses anteriores. Por esse motivo, trabalhou-se na apresentação de janeiro a março/2003, para garantir o maior número de registros de ocorrência no ano 2002.

Outra fonte utilizada no estudo foi um cadastro de hospitais, identificado nesse estudo como HOSPITAIS, originado de bases de dados públicas e do cadastro da rede hospitalar das operadoras de planos privados de saúde, cedidos pela ANS, mediante assinatura de termo de responsabilidade

Para elaboração do cadastro de hospitais, recorreu-se a um levantamento de hospitais presentes no arquivo com o movimento do CIH, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, no cadastro de hospitais do SIH/SUS e na rede hospitalar das operadoras, com planos de segmentação hospitalar habilitados para comercialização pela ANS. Os hospitais com movimento no CIH, não constante em nenhum outro dos cadastros citados, foram identificados em pesquisa no cadastro do Ministério da Fazenda, a partir do CNPJ do hospital.

A existência de hospitais com movimento no CIH e sem registro nos cadastros disponíveis ocorre porque o aplicativo que coleta o dado do CIH não transmite ao DATASUS a razão social e município de localização do hospital e porque o CNES ainda não cobre 100% dos hospitais não vinculados ao SUS e, portanto, dos hospitais que comunicam internações remuneradas por convênios.

A situação dos hospitais presentes no levantamento e que não apresentaram movimento de internação, seja pelo CIH ou pelo SUS, foi identificada por consulta ao cadastro do Ministério da Fazenda, a partir do CNPJ do hospital e às Regionais de Saúde, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, através de correspondência eletrônica.

Foram analisadas 976.913 internações financiadas por convênios, do total de 3.283.556 internações realizadas no Estado de São Paulo, com data de ocorrência entre 1º de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2002, apresentadas no período de competência compreendido entre janeiro/2002 a março/2003.

Os dados dos CIH's estudados originaram-se dos arquivos de CISP0201 a CISP0303, disponibilizados pelo DATASUS, na rede BBS, identificados por CIUFAAMM onde:

- CI – indica Comunicado de Internação Hospitalar - CIH
- UF – a Unidade Federada de ocorrência dos CIH, selecionados UF = SP
- AA – ano de apresentação do CIH, selecionados 02 e 03
- MM – mês de apresentação do CIH, selecionados 01 a 12

O arquivo CIUFAAMM apresenta as seguintes variáveis:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do hospital que comunica a internação, registrado ainda como Cadastro Geral de Contribuinte;
- Código IBGE do município de localização do hospital;
- Sigla de identificação da Unidade Federada de residência do beneficiário;
- Código de Endereçamento Postal – CEP do beneficiário;
- Data de nascimento do beneficiário;
- Sexo do beneficiário, onde:
 - “M”, “m” e 1 = Masculino
 - “F”, “f” e 3 = Feminino
- Nº do Cartão Nacional de Saúde
- Código do procedimento realizado com base na tabela SIH/SUS vigente à época da internação;
- Código do diagnóstico principal com base na CID 10ª revisão;
- Código do diagnóstico secundário com base na CID 10ª revisão;
- Dia, mês e ano da internação;
- Dia, mês e ano da saída do beneficiário;
- Código do tipo de saída conforme descrição contida no anexo 2;
- Código da fonte de financiamento da internação, onde:
 - “P”, “p” e 1 = pagamento particular
 - “C”, “c” e 2 = pagamento por convênio
- Sigla de identificação da Unidade Federada de localização do hospital;
- Mês e ano de competência da internação;

Na coleta de dados, o campo CNPJ que identifica o hospital é consistido mediante cálculo do dígito verificador. Com tabelas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, são consistidos os campos: município e unidade federada de residência do paciente, procedimento realizado, diagnóstico principal e secundário, tipo de saída, sexo e fonte de remuneração. São ainda consistidos os cruzamentos entre as variáveis procedimento e diagnóstico com o sexo do paciente. Os campos datas de nascimento, de internação e de saída são consistidos quanto ao formato data.

Considerando que o DATASUS não revalida os dados oriundos do CIH por ocasião de sua incorporação à base de dados nacional, que não há garantias que os mesmos sejam enviados com a consistência constante no aplicativo distribuído para a coleta e a necessidade de identificar o grau de confiabilidade dos mesmos, houve por bem reavaliá-los.

Para tanto, a base de dados CIH foi validada mediante repetição da aplicação das rotinas de consistências empregadas pelo DATASUS no aplicativo de coleta dos dados¹¹.

Foram reavaliados os campos: CGC do hospital, município de residência do paciente, procedimento, sexo, diagnósticos principal e secundário, motivo de saída, datas, dias de permanência e os relacionamentos entre procedimento e idade do paciente, procedimento e sexo do paciente, diagnóstico e sexo do paciente.

O campo sigla de identificação da Unidade Federada de localização do hospital não foi utilizado no estudo por não ter sido consistido na coleta. Utilizou-se o código IBGE do município de localização do hospital, cujas duas primeiras posições identificam a Unidade Federada do hospital, visto que esse campo é obtido no cadastro de hospitais, a partir do CNPJ do hospital, e por isso considerado de maior qualidade.

Foi identificada e corrigida a informação incorreta no campo de código do município de residência de 1.844 registros, registrado como 421600, correspondente ao município de São Carlos, do Estado de Santa Catarina, quando pela análise do CEP de residência do paciente (13560xxx) foi possível identificar que se tratava do município São Carlos, do Estado de São Paulo (código IBGE = 354890)

- ♦ *Registro sem problema* é o registro que não apresentou inconsistência nos campos pesquisados
- ♦ *Registro com problema* é o registro que teve invalidado pelo menos um dos campos pesquisados.
- ♦ *Taxa de registros com problema* é o percentual do número de registros com problema em relação ao total de registros.
- ♦ *Taxa de registros sem problema* é o percentual do número de registros sem problema em relação ao total de registros.

Para desenvolvimento do estudo, a estrutura da base de dados foi ampliada com inclusão das variáveis: dias de internação, idade dos pacientes e as de validade das

¹¹ no aplicativo CIH, o DATASUS adota os mesmos critérios utilizados para tratamento dos dados de internações financiadas pelo SUS

variáveis reavaliadas, gerando o arquivo identificado como CIHSP02C, cujo *layout* e atributos encontram-se descrito no anexo 3 pp. 102-110.

- ♦ *Dias de internação* é o número resultante da operação data de saída – data de internação. Para as internações com data de entrada igual à de saída, foi considerado como 1 dia de internação.
- ♦ *Idade*, calculada a partir da data de nascimento e de internação, de acordo com o seguinte algoritmo:

Idade em anos quando o número de dias ≥ 365

idade = $\frac{\text{número de dias}}{365}$, considerado apenas o número inteiro.

Idade em meses quando o número de dias ≥ 30 e < 365

idade = $\frac{\text{número de dias}}{30}$, considerado apenas o número inteiro.

Idade em dias quando o número de dias < 30

Idade inválida, quando o número de dias for negativo.

ou número de dias = 0 e motivo de alta diferente de 71 (alta da parturiente com permanência do recém nascido)

sendo:

1. número de dias = data de internação – data de nascimento
2. *idade* assim identificada:
 - 0 = inválida
 - 2 = dias
 - 3 = meses
 - 4 = anos

Para mapear a distribuição das internações ocorridas no Estado de São Paulo, 2002, ampliou-se o arquivo de cadastro de hospitais, identificado como HOSPITAIS, com inclusão das variáveis de registro das consolidações das internações por local de residência dos pacientes, assim agrupados: residentes no próprio município de ocorrência da internação, residentes em outros municípios da mesma região de saúde, residentes em municípios de outras regiões de saúde e residentes em outros Estados.

- ♦ *Taxa de internação por região de saúde de ocorrência* é o percentual do número de internações da região de saúde de localização do hospital em relação ao total de internações ocorridas do Estado.
- ♦ *Taxa de internação por região de saúde de residência* é o percentual do número de internações de pacientes residentes na região de saúde em relação ao total de internações de residentes no Estado, ocorridas no próprio Estado.
- ♦ *Índice de Participação da Região de Saúde* é dado pela relação entre a taxa de participação da Região de Saúde, no total de internações ocorridas no Estado e a taxa de participação da Região de Saúde, no total de internações de residentes do Estado ocorridas no próprio Estado.
- ♦ *Razão de registros com problemas* é a relação da taxa de registros do hospital com problemas com a taxa do hospital no total de registros do Estado.
- ♦ *Posto da Região de Saúde* é a posição dada pelo ordenamento em forma decrescente do índice analisado.
- ♦ *Índice de eficácia (IE)*, é um indicador que relaciona o resultado líquido das invasões (I) e evasões (E), ou seja (I-E) com o total de eventos envolvendo um determinado município (I+E), utilizando a fórmula $I-E/I+E$. O indicador varia entre -1 e +1. Os valores próximos a +1 indicam grande eficácia: o município recebe um número de pacientes não residentes muito maior que o número de pacientes que procuram a atenção fora do município. Valores próximos a -1 indicam pouca eficácia: o município recebe um número de pacientes não residentes muito menor que o número de pacientes residentes que procuram atenção fora do município. A análise desse indicador em conjunto com a análise do volume de invasão e evasão e de portes populacionais permite identificar a importância da região de saúde. (UNICAMP, 2002)
- ♦ *Município de ocorrência* é o município de localização do hospital que realiza a internação.

Na análise das internações obstétricas e atendimento neonatal, foram selecionados, da tabela de procedimentos do SIH/SUS, os registros com procedimentos que indicam assistência realizada após um abortamento, em intercorrências durante a

gravidez, de assistência no período premonitório e ao parto, procedimentos realizados durante o parto, em decorrência de complicações, partos normais e cesáreos e complicações ocorridas após o parto, relacionadas no anexo 4 p. 111.

As internações consideradas obstétricas foram analisadas com os seguintes indicadores:

- ♦ *Taxa de parto normal* é o percentual de internações por partos normais em relação ao total de internações por partos, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.
- ♦ *Taxa de parto cesáreo* é o percentual de internações por partos cesáreos em relação ao total de internações por partos, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.
- ♦ *Taxa de gravidez interrompida* é o percentual de internações por procedimentos que indicam gravidez terminada em abortamento em relação ao total de internações por partos, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.
- ♦ *Taxa de intercorrências na gravidez* é o percentual de internações por procedimentos que indicam intercorrências ocorridas durante a gravidez em relação ao total de internações por partos, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.
- ♦ *Taxa de atendimento de recém-nascido na sala do parto* é o percentual do total de internações de procedimentos que indicam atendimento do recém-nascido na sala do parto em relação ao total de internações de partos, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.
- ♦ *Taxa de complicações no parto* é o percentual do total de internações com procedimentos realizados em decorrência de complicações ocorridas durante a realização do parto em relação ao total de internações por partos, por fonte

de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.

- ♦ *Taxa de complicações após o parto* é o percentual do total de internações com procedimentos realizados em decorrência de complicações ocorridas após a realização do parto em relação ao total de internações por partos, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.
- ♦ *Taxa de laqueadura tubária* é o percentual do total de internações com procedimentos que indicam a realização de laqueadura tubária concomitante à cesariana em relação ao total de partos hospitalares, por fonte de financiamento da internação e faixa etária, ocorridos no Estado de São Paulo em 2002 e informados ao Ministério da Saúde.

O estudo foi realizado com as informações sobre internações ocorridas no Estado de São Paulo, que possui 645 municípios organizados no setor saúde desde 1986¹² em regionais responsáveis pela coordenação das atividades de prestação de serviços de assistência à saúde no âmbito de determinada área geográfica.

Desde 1995¹³, a estrutura estadual do setor saúde encontra-se organizada em 24 regionais, sendo cinco coordenadas pela Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo e 19 pela Coordenadoria de Saúde do Interior, correspondendo a 39 e 606 municípios respectivamente, agregando em suas atribuições a avaliação das ações de saúde realizadas pelos sistemas locais de saúde, incluindo a prestação de serviços gerenciada pelos municípios, em consonância às diretrizes de gestão estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

No Estado de São Paulo, encontram-se 22% da população Brasil, com grau de urbanização de 93,4%, em 2000, superior ao verificado no Brasil como um todo, que era de 81,2%¹⁴.

Na análise da distribuição, pode-se verificar que 48% estão na região da Grande São Paulo, sendo 27,7% no município de São Paulo. Nos 606 municípios que compõem as regiões do interior, estão 52% da população do Estado, sendo que Campinas, Sorocaba e Santos são as mais populosas.

¹² Decreto Estadual 25.519, de 17/07/86, publicado no DOE v.96, n. 134, 18/07/86

¹³ Decretos Estadual 40.082 e 40.083, de 15/05/95, publicados no DOE v.105, n.91, 16/05/95

¹⁴ Fundação IBGE, Censo Demográfico de 2000.

Ainda quanto à análise populacional do Estado, adotando o critério de agrupamento em 15 (quinze) faixas etárias, usualmente utilizada nas análises de dados demográficos, verificou-se que a distribuição etária, demonstra um baixo peso relativo das crianças de 0 a 14 anos em relação ao total da população do Estado e relevante participação das faixas etárias mais velhas. Essa informação confirma a tendência citada por Melo Jorge (2000) do processo de mudança demográfica, que vem ocorrendo no país desde 1950, com diminuição da natalidade, que explica o estreitamento na base da pirâmide e de envelhecimento da população, visto pela discreta queda nas faixas etárias seguintes.

Para análise comparativa da população total do Estado, com os habitantes beneficiários de planos privados de saúde, foram elaboradas as pirâmides etárias, de acordo com as 10 (dez) faixas etárias definidas pela ANS¹⁵, em adequação da estratégia reguladora ao estabelecido pelo recente Estatuto do Idoso¹⁶.

As faixas etárias adotadas, decorrentes da adequação acima citada, diferem das disponibilizadas pelos órgãos que divulgam dados demográficos e foi necessário recompô-las. Para tanto, essas faixas etárias foram compostas com os dados por idade, obtidos no censo de 2000, identificadas suas proporções na população total. A proporção da faixa etária no total da população do censo foi aplicada no total da população estimado para 2002, obtendo-se, assim, os dados para análise comparativa da distribuição por faixa etária dos habitantes em geral com o grupo beneficiário de planos privados de saúde, no Estado de São Paulo, ano 2002.

Como estimativa populacional, foi utilizado o dado disponibilizado no *site* do DATASUS, calculados a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários.

Os dados de beneficiários de planos de saúde foram fornecidos pela ANS, obtidos a partir do cadastro de beneficiários¹⁷, informados até fevereiro de 2003, considerando data de adesão inferior a 01.07.02 e data de cancelamento superior a 30.06.02. A classificação de residência no Estado de São Paulo foi obtida pelo nome ou CEP do município de residência informado no cadastro.

¹⁵ Resolução RN 63, de 22.12.03, publicada no DOU de 24/12/03.

¹⁶ Lei 10.741, de 01.10.03.

¹⁷ Resolução RDC 3, de 20.01.00, publicada no DOU de 24/01/00.

O cadastro de beneficiários, vale ressaltar, destina-se à coleta de dados de titulares e dependentes em contratos de planos de saúde, havendo vários registros de uma mesma pessoa, quando essa tem acesso a vários planos de saúde. Ocorre ainda que, por a coleta ocorrer em função de contratos, é possível que a identificação de residência dos beneficiários de planos coletivos empresariais seja dada pela localização da empresa que responde pelo contrato.

Para efeito desse estudo, a seleção dos beneficiários com cobertura na assistência hospitalar foi dada mediante a exclusão dos beneficiários com planos contratados após a Lei 9.656/98, com as segmentações assistenciais: ambulatorial ou exclusivamente odontológico.

A partir de dezembro de 2002¹⁸, a rotina de incorporação dos dados do cadastro de beneficiário passou a contar com recursos de validações dos dados informados pelas operadoras, melhorando a qualidade dos dados recebidos, mas que não alteram a situação de duplicidade na informação de um mesmo beneficiário ou na localização de sua residência.

Optou-se, porém, por trabalhar com esses dados por avaliar que constituem a melhor aproximação da realidade de acesso a planos de saúde pela população do Estado de São Paulo.

A análise dos dados permite identificar que a participação da região metropolitana da Grande São Paulo é maior na distribuição de beneficiários (59%) do que na da população (48%) e nas regiões do interior, mesmo Campinas mantendo a primeira posição. Nas duas distribuições, aparecem as regiões São José dos Campos, com 5%, e Ribeirão Preto, com 3%, índice de concentração de beneficiários maiores que o de população. Dos 645 municípios do Estado, 643 têm beneficiários de planos de saúde. Os municípios sem beneficiários são: Arco-Íris e Florínea.

Na análise da distribuição por sexo, verifica-se a mesma proporcionalidade, com ligeiro predomínio do sexo feminino, principalmente na faixa de 59 anos e mais, tanto na população residente como em beneficiários de planos de saúde.

A distribuição etária dos dois grupos, população e beneficiários, guarda relação nas faixas intermediárias onde ocorrem variações de um ou dois pontos percentuais. É nas extremidades que se verifica uma significativa divergência. A faixa etária de 0 a 18

¹⁸ Resolução RN 17, de 11 de novembro de 2002.

anos possui maior concentração no grupo de beneficiários (28%), provavelmente constituído por dependentes dos titulares de planos de saúde, enquanto que na população é de 19%. No grupo de 59 anos e mais, se verificou situação inversa, sendo 10% no grupo de beneficiários e 17% na população em geral. Essa situação favorece o pacto geracional, entendido como a sustentação do plano com financiamento da última faixa etária, de 59 anos e mais, pela primeira faixa etária, de pessoas com até 18 anos.

Desde a década de 1970, o Estado de São Paulo registra as altas hospitalares, a princípio através dos Boletins da Coordenadoria de Assistência Hospitalar CAH-101 e CAH-102, instrumentos processados pela então Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde. A obrigatoriedade, do envio sistemático dessas informações, foi dada em 1978 pelo art.522 do Decreto 12.342¹⁹, para hospitais e estabelecimentos congêneres, os laboratórios de análises clínicas e outros serviços médicos e assistenciais de qualquer natureza. A portaria 62 de 26 de dezembro de 1978 definiu as unidades que deveriam remeter, mensalmente, o Boletim de Coleta de Dados Hospitalares.

No final da década de 80, os Boletins CAH-101 e CAH-102 foram unificados, resultando no Boletim de Altas Hospitalares CAH-106, ficando mantida a gerência da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. Esse histórico na coleta de dados de internações é talvez o principal motivo do Estado ter a maior e mais regular cobertura no país, do Comunicado de Internação Hospitalar, implantado pelo Ministério da Saúde, e que coleta as mesmas variáveis dos boletins existentes no Estado de São Paulo. A implantação do CIH, no Estado de São Paulo, substituiu a coleta de dados pelo boletim identificado como CAH-106.

As informações coletadas pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS e do Comunicado de Internações Hospitalares – CIH, constituem uma base única das internações realizadas em toda a rede hospitalar do país, independente da fonte de remuneração dessa assistência.

Dado que o SIH/SUS já teve seu potencial de instrumento de gerência e gestão em saúde amplamente analisado, o estudo apresenta seus dados apenas para dar conhecimento do universo das internações no Estado, destacando a potencialidade do

¹⁹ Decreto nº 12.342 de 27 de setembro de 1978.

CIH no conhecimento de assistência hospitalar do país, com ênfase para as internações financiadas por convênios.

3. -RESULTADOS E ANÁLISE

3.1. - PERFIL DE UTILIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Perfil de utilização entendido como a rede prestadora de serviços, o conjunto de procedimentos, diagnósticos, tipos de saídas, relacionados ao sexo e faixa etária do paciente.

Os resultados apresentados, em caráter exploratório, são indicadores de saúde, em especial da prestação de serviços de saúde, com enfoque na cobertura da rede hospitalar e perfil de utilização desses serviços pela saúde suplementar.

Para Carvalho e Eduardo (1998), indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidas a partir dos sistemas de informação utilizados para mensurar atividades realizadas ou o grau de risco de um evento, ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer e intervir para alcançar metas e objetivos.

3.1.1. -REDE ASSISTENCIAL

No levantamento da rede hospitalar do Estado de São Paulo, foram identificados 981 serviços registrados junto aos sistemas operacionalizados pelo DATASUS e ANS. A identificação foi resultado da integração das seguintes bases de dados públicas: Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os registros de internações no CIH e a informação da rede de hospitalar de planos privados de assistência à saúde registrados na ANS.

No confronto desse levantamento com o movimento de internações informados ao Ministério da Saúde, no SIH/SUS e CIH, identificaram-se 149 unidades sem atendimento em 2002. Pesquisa realizada junto à Receita Federal, através do número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) demonstrou que duas unidades pertenciam ao Estado do Tocantins e não de São Paulo, como consta no cadastro analisado, duas unidades possuíam CNPJ inválidos, 17 estão com o cadastro inativo junto à Receita Federal e constam no cadastro para possibilitar análises históricas das bases de dados de internações, 20 unidades possuem atividade não compatível com atendimento hospitalar, sendo muitas vezes vinculadas à educação, muito

provavelmente em consequência de alteração de entidades mantenedoras de unidades que passaram a contabilizar em seus próprios CNPJ o movimento hospitalar, sendo justificadas suas presenças nos cadastros, em face da possibilidade de que durante determinado período tenha internado com financiamento do Ministério da Saúde.

Identificaram-se, ainda, 19 unidades não hospitalares, algumas com atividades em administração em geral e até de imóveis. Essa situação de unidades não hospitalares foi confirmada junto às Diretorias Regionais por correspondência eletrônica.

Desconsiderando-se as 60 unidades erroneamente cadastradas, **concluiu-se que o universo de unidades hospitalares do Estado de São Paulo, em 2002, era composto de 921 unidades.** das quais, 22 caracterizadas como unidades mistas e 67 como unidades hospitalares, não informaram movimento de internações, do ano de 2002, ao Ministério da Saúde. Portanto, a evasão de dados nesse estudo pode ser da ordem de 7%, visto ser possível que as unidades mistas não mais realizassem internações, que foi comum durante a vigência das Ações Integradas de Saúde (AIS).

A base de dados de internações no Estado de São Paulo, em 2002, é composta pelo movimento de 832 hospitais, que numa análise direta demonstra a cobertura deste estudo em 90%. Se considerarmos que as unidades mistas têm suas atividades restritas ao atendimento ambulatorial, podemos inferir que este estudo tem cobertura de 90% a 93% das unidades hospitalares do Estado.

Segundo o IBGE (2002), o Estado de São Paulo possuía 962 estabelecimentos com atendimento de internação, número próximo a 921 encontrado pelo estudo, considerando a metodologia e período de coleta dos dados.

No confronto do conjunto de 921 unidades que constituiu a rede hospitalar do Estado de São Paulo, com a base de dados da ANS, foram identificados 161 registradas como operadoras e 74 de propriedade de operadoras. Portanto, 235 (25,7%) das unidades hospitalares do Estado possuem vínculo com empresas que operam planos privados de assistência à saúde. Destas, 135 e 61 respectivamente, informaram movimento, perfazendo 196 hospitais e as restantes 39, não informaram ao Ministério da Saúde, qualquer movimento de atendimento hospitalar. Este dado confirma, parte da evasão relatada anteriormente.

Segundo IBGE (2002), o Estado de São Paulo contou com 192 estabelecimentos com plano próprio, enquanto este estudo identificou 196 hospitais

com vínculo de propriedade com operadoras de planos de saúde. O confronto desses dois dados valida o estudo sob o ponto de vista de cobertura e, permite inferir a necessidade de avaliar a rede hospitalar, registrada pelas operadoras, junto a ANS.

Os 196 hospitais que atenderam por convênio se concentravam nas seguintes regiões de saúde: 51 (26,0%) na região representada pelo município de São Paulo, 22 (11,2%) na região de Campinas, 17 (8,7%) na de Santo André, 16 (8,2%) na de Piracicaba e, em menor número, em outras regiões de saúde do Estado. Ainda dos 196, verificou-se que 135 atuam como operadoras e se localizavam principalmente nas regiões de São Paulo 22 (16,3%), região de Campinas 19 (14,1%), região de Piracicaba 15 (7,7%) e, em menor número, nas regiões de Ribeirão Preto, São João da Boa Vista e Sorocaba, cada uma com presença de nove hospitais/operadoras. **Essas análises indicam concentração de atuação, de unidades diretamente vinculadas a operadoras, no município de São Paulo e na região de Campinas.**

Após a identificação da rede hospitalar que compõe a base de dados, passou-se à análise da validade de seus registros.

A reavaliação dos registros que compõem a base de dados desse estudo, originária do CIH, mediante reaplicação da rotina de consistência de dados utilizada pelo DATASUS, **permitiu identificar um alto grau de consistência** dos mesmos, conforme consta da tabela 1 do anexo (p.114) e que descrevemos a seguir.

Para melhor compreensão, agrupamos as variáveis em três conjuntos, sendo o primeiro composto pelas variáveis obrigatórias, que constituiu o subconjunto: CNPJ do Hospital, motivo de cobrança²⁰, diagnósticos, município de residência, procedimento realizado e sexo do paciente, no qual a validade foi verificada mediante o confronto direto com tabelas específicas e o subconjunto de datas. O primeiro apresentou variação de consistência de 99,9% a 100,0% e o segundo de 99,5% a 99,8%.

O segundo conjunto foi composto pela variável diagnóstico secundário, de registro não obrigatório e indicado para registrar o código da CID – 10ª revisão em internações por causa externa (capítulo XX)²¹. Na análise dessa variável, identificou-se registro em 16,4 % das internações, com validade de 99,8%. Dos 565 hospitais analisados, 275 (48,7%) informaram o diagnóstico secundário, distribuídos em todos os

²⁰ motivo de cobrança é o motivo de saída do paciente do hospital

²¹ definido na Portaria SAS/MS 213 de 11.05.99, publicada no DOU de 12.05.99, seção I.

capítulos da CID 10ª revisão, em média de 20,5% das internações classificadas em cada capítulo, com coeficiente de variação de 0,9%. Nas internações do capítulo XX, que trata das causas externas, o diagnóstico secundário foi informado em 24,1%.

As regiões de saúde da Grande São Paulo concentram o maior número de registros com a informação de diagnóstico secundário, 69,4% dos registros do Estado e média de 21,8 nos registros de cada região, enquanto as regiões do interior apresentam 30,6% e 16,4% respectivamente. Cerca de 99,8% dos diagnósticos secundários informados foram validados com a tabela de Classificação Internacional de Doenças – CID 10ª revisão. Não foi analisada a correlação do procedimento com a informação de diagnóstico principal.

Dos diagnósticos secundários informados, apenas 0,2% dos registros estavam inválidos, localizados na região de São José do Rio Preto. Os 83,3% de registros sem essa informação são explicados pela não-obrigatoriedade da coleta e concentrados nas regiões de saúde do interior.

Dado que o registro do diagnóstico secundário além de não ser obrigatório é indicado apenas para identificação da causa externa da internação, optou-se por não aprofundar sua análise neste estudo, reservando para uma segunda etapa, quando será possível aprofundar o conhecimento do perfil de morbidade, analisando a relação com o diagnóstico principal do evento.

O terceiro conjunto foi composto pelo cruzamento entre os dados de procedimento com os de registro do diagnóstico principal, idade e sexo que foi validado com auxílio de regras definidas pelo Ministério da Saúde para pagamento das internações financiadas pelo SUS. As citadas regras, mesmo não fazendo parte do conjunto normativo do CIH, representam um protocolo de assistência hospitalar, adotado pelo Ministério da Saúde. Nesse conjunto, a inconsistência no cruzamento de procedimento e idade foi de 6,6%, com concentração de 2,8% nas internações ocorridas no município de São Paulo.

A análise de cruzamento entre diagnóstico e o sexo do paciente identificou 100,0% de validade, quando aplicada a rotina de verificação utilizada pelo DATASUS e que cerca de 25,0% dos registros referiam a procedimentos cujos cruzamentos com idade e sexo não são validados pelo DATASUS no processamento do SIH/SUS, como diagnóstico e/ou primeiro atendimento nas diversas clínicas. A incidência do

procedimento identificado como “procedimento não constante na tabela do SIH/SUS” foi de 4,0%.

Essa constatação permite inferir que a coerência entre sexo do paciente e diagnóstico informado independe da rotina de pagamento e que a rotina de pagamento dos convênios difere da adotada no SUS, podendo pagar procedimentos que no SUS não são prestados em ambiente hospitalar.

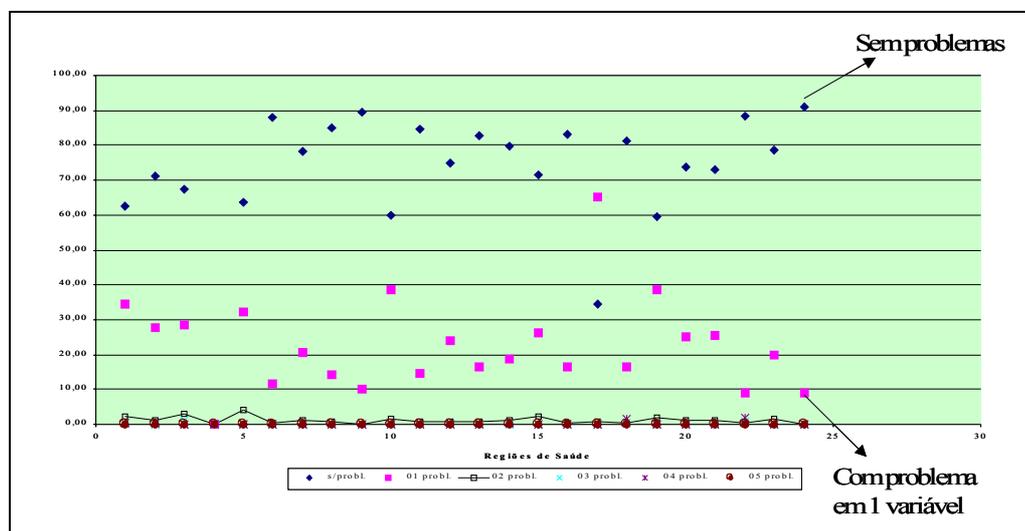
A análise de dias de permanência identificou que 99,3% das internações tiveram a duração no intervalo aceito pelo sistema público.

O CIH registra os procedimentos das internações com base na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS que, apesar de não ser a base para o pagamento das internações financiadas por convênios, é bastante difundida entre os hospitais, visto que **64,0% dos hospitais analisados também atendem ao SUS.**

Nesse conjunto, a validade das variáveis demonstrou pequena concentração dos registros, com alguma variável inválida: na região de saúde de Moji das Cruzes, 0,01% em motivo de cobrança, 0,02 %, em diagnóstico principal e 0,01% na variável sexo; na região/município de São Paulo, 0,08% em data de alta, 0,25% em data de internação, 0,25% em data de nascimento e 0,04% no cruzamento entre procedimento e sexo.

FIGURA 1

Validade das variáveis dos registros de internações financiadas por convênios, por região de saúde de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

A fim de caracterizar a validade do conjunto de registro de cada região de saúde, adotou-se o índice de dissimilaridade (Borrel, 1977), analisando a distribuição dos registros, percentualmente e através do cálculo de um índice de frequência relativa, calculando a proporção de registros com problemas de cada região de saúde, no total de registros de internações financiadas por convênios no Estado. O cálculo desse índice terá valor igual a 1,0 se a proporção de internações na região for igual à proporção de registros de internações com problemas na mesma região. Valores acima de 1,00 indicam a maior concentração de registros com algum tipo de problema, enquanto os valores abaixo de 1,00 indicam um menor peso dos registros com problemas para a região.

Dessa forma, conforme demonstra a tabela 2 do anexo (p.115), verificou-se que o maior índice de registros com problemas (2,1) ocorreu na região de saúde de Registro, que teve a menor participação nos registros do estudo (0,1%). Ao estender essa análise para municípios, identificou-se que os maiores índices de registros com problemas ocorreram fora da região de Registro, em cidades com baixo volume de internações: Aparecida do Oeste e Pilar do Sul com 3,2, Promissão com 3,2 e Ribeirão Pires com 2,4.

Na análise por hospitais, verificou-se que 421 hospitais (78,0%) apresentaram índice de registros com algum problema inferior a 1,0, o que indica que a maioria dos registros foi totalmente validada. Não se identificou tendência de sazonalidade na ocorrência de registro com problema.

Embora não seja possível atestar a veracidade dos dados, pois se trata de uma base de dados secundária, a análise demonstrou a viabilidade do estudo do CIH, visto que as inconsistências encontradas são proporcionalmente baixas em relação ao volume de registros estudados.

No estudo, tanto na análise baseada em variáveis isoladas como a que utilizou o cruzamento de variáveis, não houve influência do nível de inconsistências, por ser proporcionalmente muito baixo no volume de registros estudados. No desenvolvimento do estudo, optou-se por analisar os registros válidos em cada eixo de análise, por exemplo: todos os registros na análise global das internações, desconsiderando os 0,04% de registros com a variável diagnóstico principal inválida, quando se analisou a morbidade do serviço.

Transposta a etapa de análise de consistência das variáveis que compuseram a base de dados do estudo, foram dimensionadas as internações ocorridas do Estado de São Paulo, em 2002, por fontes de financiamentos, visando quantificar o universo do estudo.

Os dados coletados pelos sistemas de informações SIH/SUS e CIH permitiram a análise das internações financiadas com os seguintes recursos: os alocados ao SUS, independente da esfera de gestão, as custeadas com recursos orçamentários das Secretarias Municipais (SMS) e Estaduais de Saúde (SES), com recursos dos próprios hospitais e mediante pagamento particular do paciente, como demonstra o quadro 2.

QUADRO 2

Dimensão da base de dados dos registros de internações, frequência absoluta e relativa – Estado de São Paulo – 2002.

BASE DE DADOS DO ESTUDO	ESTADO	FONTE DE FINANCIAMENTO					
		SES	SMS	CONV.	PART.	GRAT.	SUS
Hospitais ¹	832	63 (7,6%)	36 (4,3%)	565 (67,7%)	532 (63,8%)	135 (16,2%)	628 (75,3%)
Município de Ocorrência ²	374	56 (15,0)	22 (5,9)	283 (75,7)	273 (73,0)	80 (21,4)	374 (100,0)
Município de Residência ³	2.780	493 (17,7)	180 (6,5)	1.604 (67,7)	1.089 (39,2)	305 (11,0)	2.473 (89,0)
Internações	3.283.556 (100,0%)	48.578 (1,5)	8.159 (0,2)	976.913 (29,8)	68.619 (2,1)	19.166 (0,6)	2.162.114 (65,8)
Int. resid.- Est. São Paulo	3.249.762 (100,0)	48.154 (1,5)	8.125 (0,3)	968.035 (29,8)	66.350 (2,0)	19.029 (0,6)	2.140.069 (65,9)
Int. resid.- outros Estados	33.299 (100,0)	423 (1,3)	34 (0,1)	8.412 (25,3)	2.256 (6,8)	129 (0,4)	22.045 (66,2)
Int. residência ignorada	495 (100,0)	1 (0,2)	0 -	466 (94,1)	13 (2,6)	8 (1,6)	0 -

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

NOTAS:

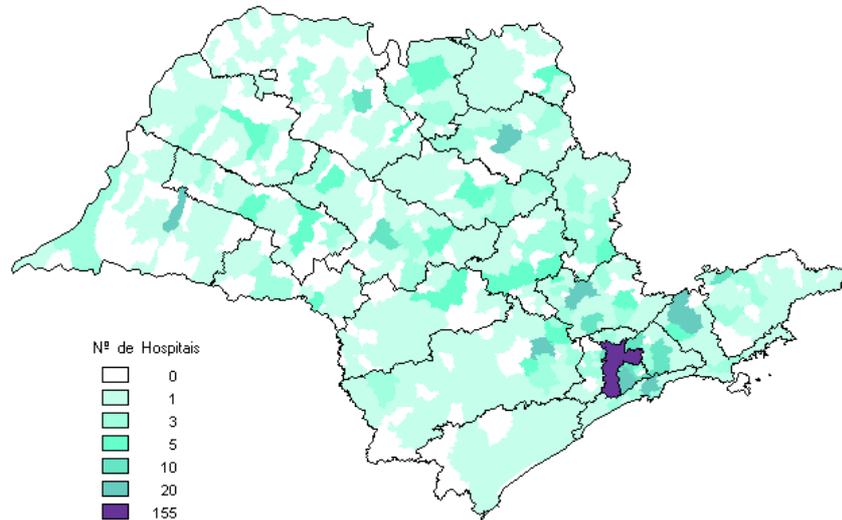
- ¹ Hospitais atenderam a mais de uma fonte de financiamento.
- ² Número de municípios de localização dos hospitais.
- ³ Número de municípios de residência dos pacientes internados.

O volume de internações no Estado de São Paulo em 2002 ultrapassou os três milhões e ocorreram em 374, que possuem pelo menos um hospital, dos 645 municípios do Estado. O financiamento por convênio, responsável por 29,8% das internações, esteve presente em 75,7% dos municípios que internaram e em 67,7% dos hospitais.

Os 832 que informaram movimento encontram-se instalados em 58,0% dos 645 municípios do Estado. Essa rede foi majoritariamente utilizada pelo SUS, que financiou internações em todos os municípios em que há esse tipo de serviço, seguido pelos convênios conforme ilustram as figuras 2 e 3.

FIGURA 2

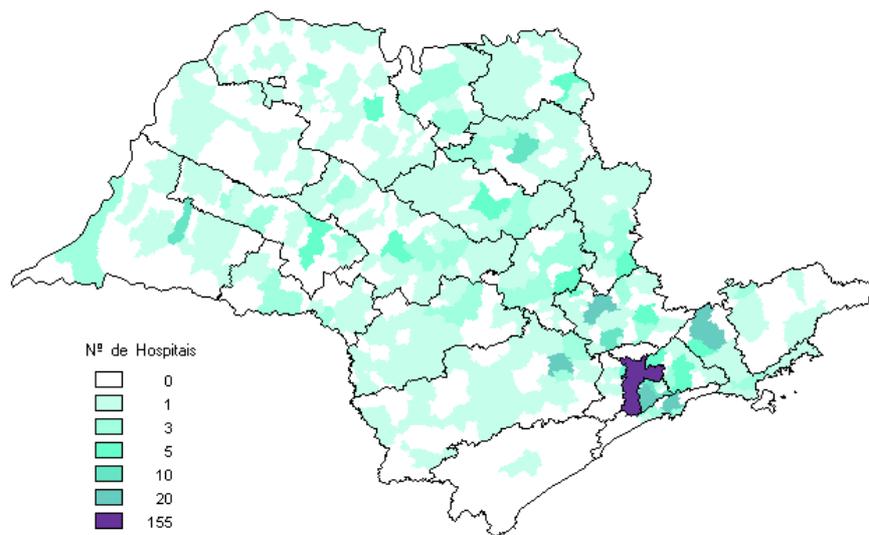
Distribuição dos Hospitais por município e região de saúde – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: RDSP E CISP (adaptado para esse estudo)

FIGURA 3

Distribuição dos Hospitais com internações por convênios, por município e região de Saúde – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: CISP (adaptado para esse estudo)

A análise mais detalhada desses dados permitiu identificar que dos 832 hospitais que informaram ocorrências, 361 enviaram informações de internações através do SIH/SUS e do CIH, 267 só pelo SIH/SUS e 204 informaram somente através do CIH, o que nos dá que 24,5% dos hospitais do Estado não atendem pelo SUS. Totalizaram-se 628 hospitais atendendo pelo SUS e 565 com financiamento por convênios.

Nos grandes centros populacionais, há uma maior concentração de hospitais que atendem por financiamento de convênios. As regiões da Grande São Paulo tiveram 27,1% dos hospitais que atenderam por convênios e 22,8% com atendimentos pelo SUS. Nas regiões do interior houve um maior número de hospitais atendendo pelo SUS (77,2%) contra 72,9% internando com financiamento de convênios, conforme pode ser verificado na tabela 3 do anexo 5 (p.116).

Seguindo a lógica identificada para as regiões da Grande São Paulo, também no interior, as regiões de saúde mais populosas abrigam um maior número de hospitais com internações financiadas por convênios, destacando-se Campinas, São José do Rio Preto, Sorocaba e Bauru.

Na análise da distribuição das internações ocorridas, identificou-se preponderância do setor público²² em larga escala: foram financiadas pelo SUS 65,8% do total. A presença do Estado como financiador, através da Secretaria de Estado da Saúde – SES é de 1,5 % enquanto que as Secretarias Municipais de Saúde contribuíram financiando 0,3% das internações.

As internações com financiamento de recursos municipais ocorrem em apenas 22 municípios, 5,9% dos que contam com hospital, porém identifica-se uma grande invasão, pois atenderam a 180 municípios em 2002, **demonstrando a utilização de recurso municipal para atender pacientes de vários municípios.**

O atendimento hospitalar com financiamento particular acompanha o remunerado por convênios, estando presente em 273 municípios e 532 hospitais.

A área de influência dos dois sistemas de financiamento, SUS e convênios, nas internações ocorridas no Estado é ampla. O SUS financia internações ocorridas em 374 municípios, atendendo pacientes de 6,6 vezes esse número de municípios e os convênios atendem a proporção de 5,7 vezes o número de municípios nos quais utiliza hospital. **Particularmente, chama a atenção essa “invasão” de internações**

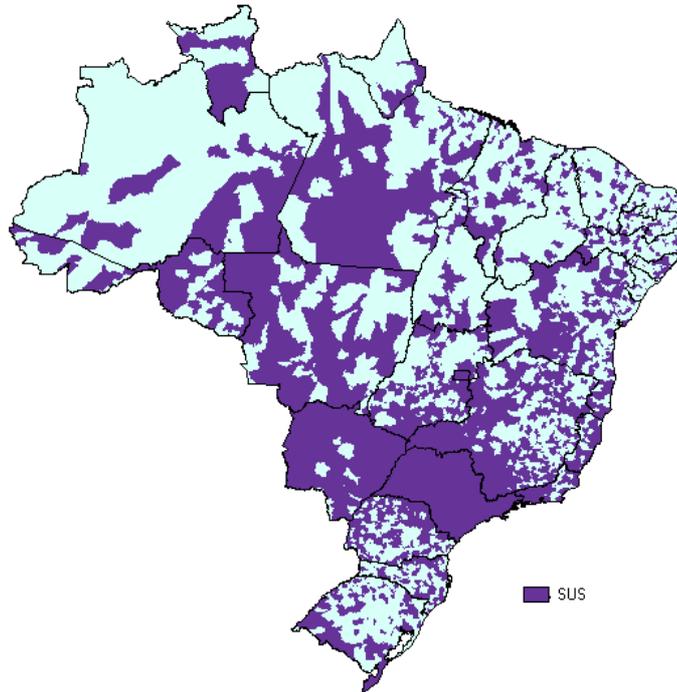
²² Setor Público é formado pelo SUS, SES e SMS.

financiadas por convênios, visto não ser esperado que o beneficiário adquira um plano de saúde para ser atendido fora de seu município de residência e deve ser objeto de estudos futuros, visando identificar suas causas e possíveis impactos.

Apesar de o número de internações de pacientes de outros Estados ser em torno de 1%, o número de municípios envolvidos, como demonstra a figuras 4 e 5, pode indicar a necessidade de investimento em estrutura de assistência hospitalar fora do Estado de São Paulo ou no processo de trabalho da rede atual.

FIGURA 4

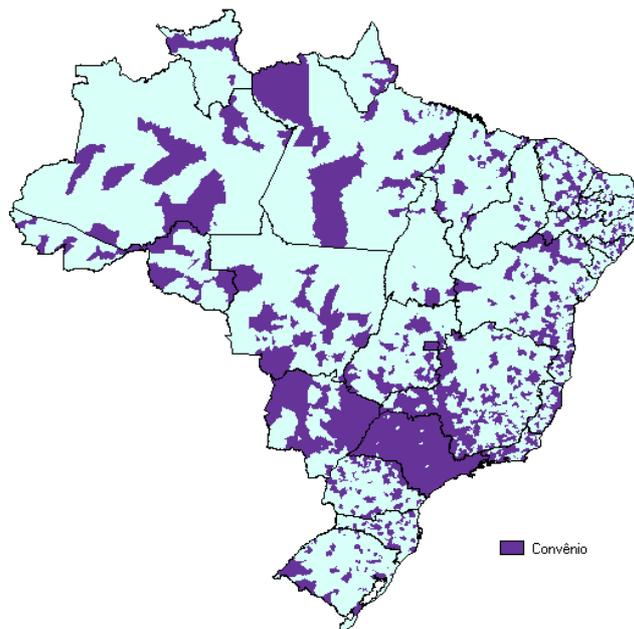
Procedência dos pacientes internados pelo SUS - Estado de São Paulo - 2002.



FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP.

FIGURA 5

Procedência dos pacientes internados por Convênio - Estado de São Paulo - 2002.



FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

Para iniciar a análise do perfil de utilização da assistência hospitalar prestada no Estado de São Paulo em 2002, financiada pelo SUS e por convênio, entendeu-se necessário esclarecer a estrutura etária que normalmente envolve esse tipo de análise, no campo da saúde pública e da saúde suplementar.

Na saúde pública, é usual a classificação da idade em 15 faixas etárias, sendo a primeira constituída pela população de 0 a 4 anos e a última com as pessoas de 70 anos e mais. Já na saúde suplementar, por adequação das normas reguladoras ao Estatuto do Idoso e pela necessidade de acompanhamento atuarial dos planos de saúde, trabalha-se com 10 agrupamentos, sendo o primeiro composto por beneficiários de 0 a 18 anos e a última, os de 59 anos e mais. Em ambos os campos de estudo, os intervalos intermediários são de cinco anos.

Considerando a diferença de focos de análises acima exposta, optou-se por apresentar os resultados gerais deste estudo nos dois conjuntos de faixas etárias, sendo especificado quando apresentado no formato objeto do setor de saúde suplementar.

Para melhor compreensão dos resultados encontrados, analisamos o universo de expostos à assistência hospitalar que a saúde pública identifica como sendo a população do universo analisado, no caso o Estado de São Paulo. Na saúde suplementar, expostos são os beneficiários que adquiriram um plano com cobertura hospitalar e estejam em condições administrativas²³ de usufruir a assistência.

Quanto à estrutura da população do Estado e do grupo de beneficiários (figuras 6 e 7), organizada pela ótica da saúde pública, observou-se que as pirâmides apresentam-se com estreitamento nas bases, atingindo as três primeiras faixas etárias, na população do Estado, demonstrando a diminuição da natalidade nos últimos quinze anos. Na distribuição etária do grupo de beneficiários o estreitamento atinge as quatro primeiras faixas, correspondente à faixa dos dependentes de titulares de planos de saúde.

Nas faixas seguintes, ou seja, de 20 a 59 anos, o grupo de beneficiários apresenta uma participação ligeiramente maior que essas mesmas faixas ocupam na distribuição etária da população. Tal fato provavelmente reflete a presença majoritária de planos de saúde no tipo de contratação coletiva, adquirido por empresas como benefício adicional para os empregados.

²³ não estar cumprindo carência de cobertura ou inadimplente.

A participação das faixas etárias de 60 a 69 anos é levemente maior na população em geral e, proporcionalmente, o grupo de “70 anos e mais” é maior no grupo de beneficiários. Essa análise pode reforçar o discurso usual das operadoras de planos de saúde de que as pessoas mais velhas ficam mais tempo nos planos de saúde em função do alto custo da assistência para os idosos e dificuldade de acesso a leitos com financiamento público em alguns locais.

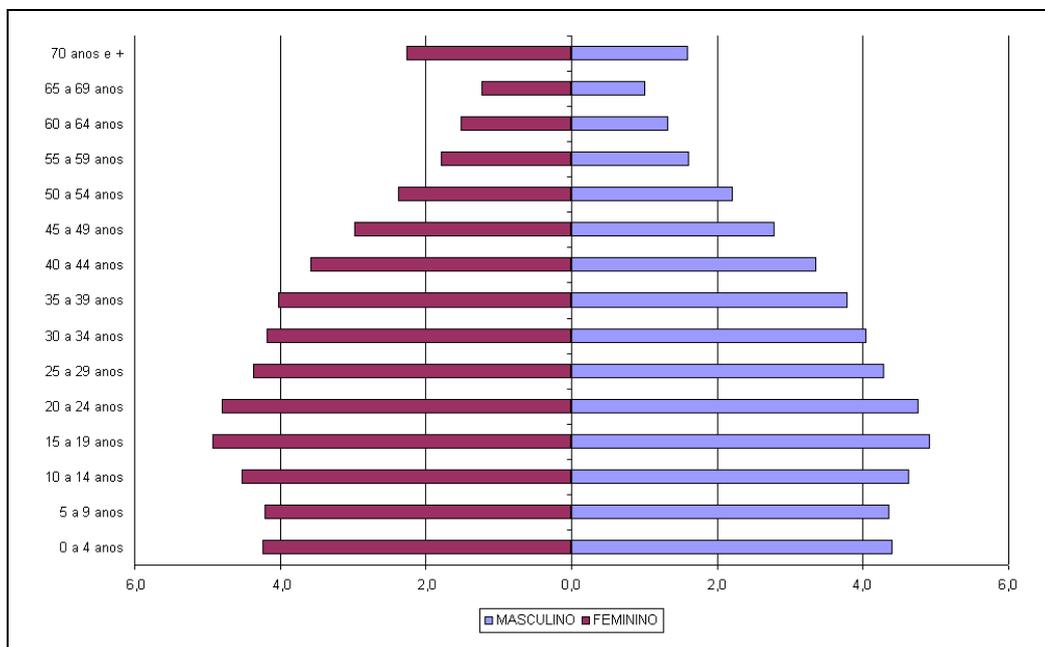
Quando analisamos os mesmos grupos, população em geral e beneficiários, na estrutura etária preconizada pelo setor de saúde suplementar, apresentados nas tabelas 3 a 6 do anexo (p.118-119), a maior participação dos beneficiários mais idosos não é percebida, pois o grupo de “59 anos e mais” tem participação de 9,94% na saúde suplementar e 16,60% na população.

A análise da distribuição por sexo indicou maior participação do sexo feminino do grupo de beneficiários em todas as faixas etárias acima de 5 anos, sendo que no total representa 53,16%.

Do acima exposto, identificamos que a estrutura etária utilizada pela ANS não interfere na análise da distribuição por sexo, mas o resultado da análise da composição etária da população e do grupo de beneficiários indicou que, mesmo sendo necessário à ANS o acompanhamento da distribuição de assistência e despesa nas dez faixas etárias preconizadas, é importante a decomposição em intervalos mais detalhados, pois o mesmo poderá indicar o direcionamento do mercado de saúde suplementar e adiantar a previsão de seus efeitos.

FIGURA 6

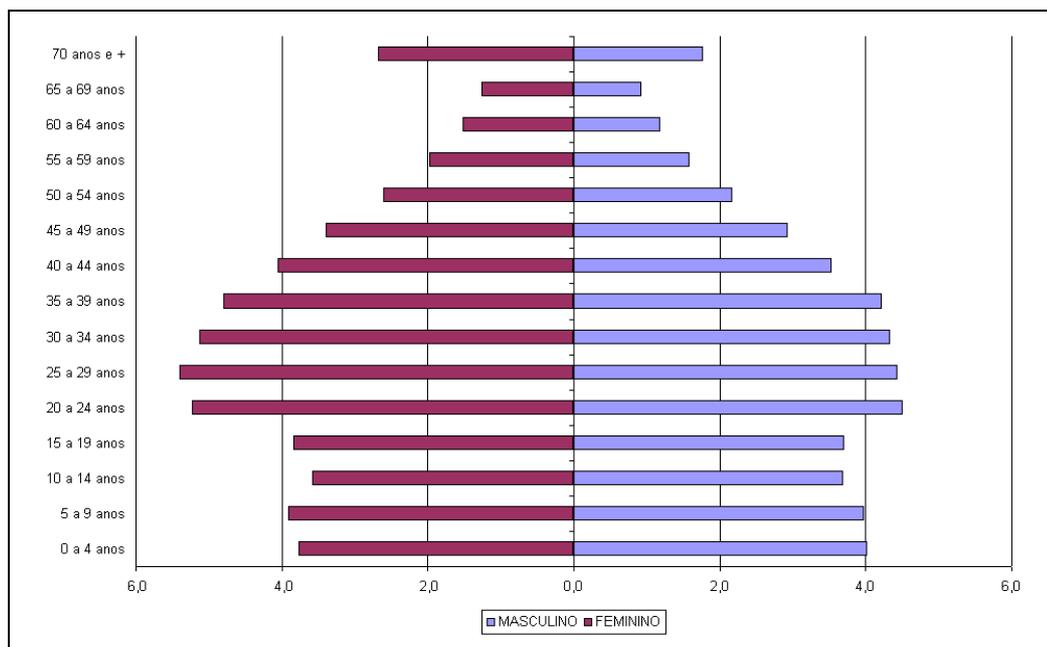
Pirâmide populacional – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: IBGE – Censo 2000 e Projeções Estimativas 2002

FIGURA 7

Pirâmide de beneficiários com cobertura hospitalar – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: MS/ANS – Cadastro de Beneficiários

A análise comparativa da distribuição da população (38.177.734 habitantes), com o número estimado de beneficiários residentes do Estado, com cobertura hospitalar (15.906.470 beneficiários), por regiões de saúde indicou que a proporcionalmente a distribuição de beneficiários não acompanha exatamente a proporção da população do Estado na região.

Identificou-se maior proporção de beneficiários no município de São Paulo e na região de São José dos Campos, que pode ser decorrente da concentração de empresas de grande porte que oferecem planos de saúde aos empregados. Essa situação também pode ter, como explicação parcial, que o número de beneficiários é obtido no cadastro informado mensalmente pelas operadoras à ANS e trata-se do registro de contratos; portanto, quem é titular de um plano de saúde e dependente de outro, ou ainda, possui um plano oferecido pela empresa e outro particular, é informado mais de uma vez, elevando a concentração na região e sua participação em relação à distribuição da população.

Das demais regiões de saúde localizadas no interior, destacam-se Campinas com a mesma participação na distribuição da população e do grupo de beneficiários residentes no Estado, Piracicaba, Araraquara e Franca, que abrigam sede de cooperativas médicas que comercializam planos de saúde.

A identificação do município de residência do beneficiário pode estar sofrendo o viés do tipo de contratação, ou seja, a tendência de informar o município da empresa que é sede do contrato coletivo com a operadora de planos de saúde, como sendo o município de residência do beneficiário.

A análise da distribuição da população e de beneficiários por região de saúde indicou que, em algumas regiões, a proporção do grupo de beneficiários é maior, quando comparada à proporção da população no total do Estado, mas essa informação pode ter sofrido o viés da forma de captura do dado de residência do beneficiário.

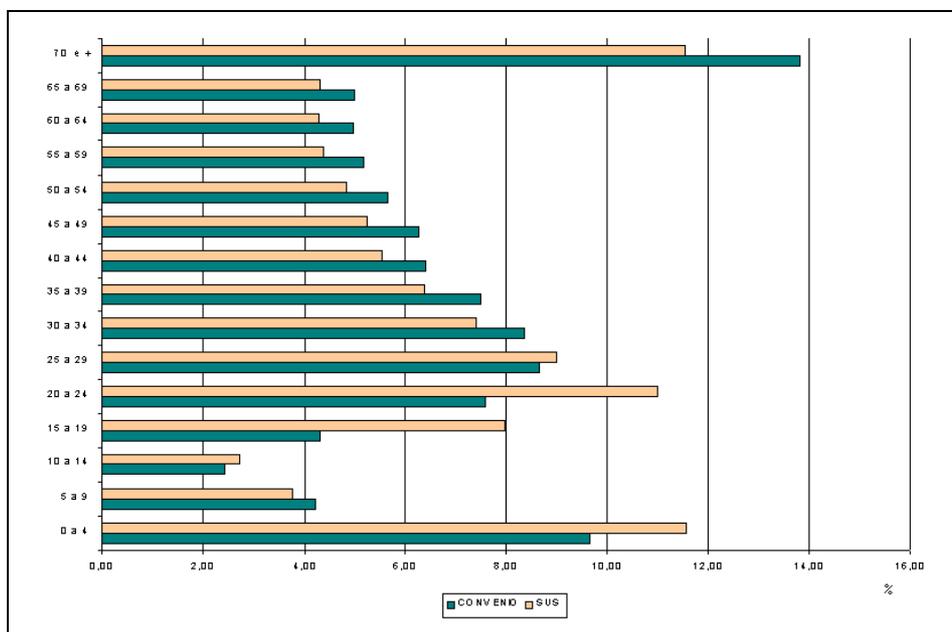
A alteração do cadastro de beneficiário, em curso pela ANS, qualificará o processo de captura do dado que origina essa informação, permitindo obter subsídios para o estabelecimento de normas e parâmetros de dimensionamento da rede prestadora de serviços assistenciais. A análise histórica, da correta distribuição geográfica dos beneficiários, permitirá identificar a tendência desse mercado e a necessidade de investimentos na estrutura de serviços.

As figuras 8 e 9 apresentam a distribuição das internações financiadas pelo SUS e por convênios nas faixas etárias usuais, na saúde pública e na saúde suplementar, com base nas tabelas 10 a 13 do anexo (p.121-122). Sua análise permitiu observar que, nas duas opções de classificação etária, há predominância de internações financiadas pelo sistema público e que entre o mais velhos, o setor privado internou proporcionalmente mais.

Independentemente dos fatores vinculados à estrutura hospitalar, disponível nos dois sistemas e as regras de acesso aos mesmos, que concorrem para essa situação, supomos que a maior participação de convênios, na faixa mais idosa, pode ser reflexo da distribuição etária da população e de beneficiários, onde foi identificada uma proporção maior de idosos no setor privado.

FIGURA 8

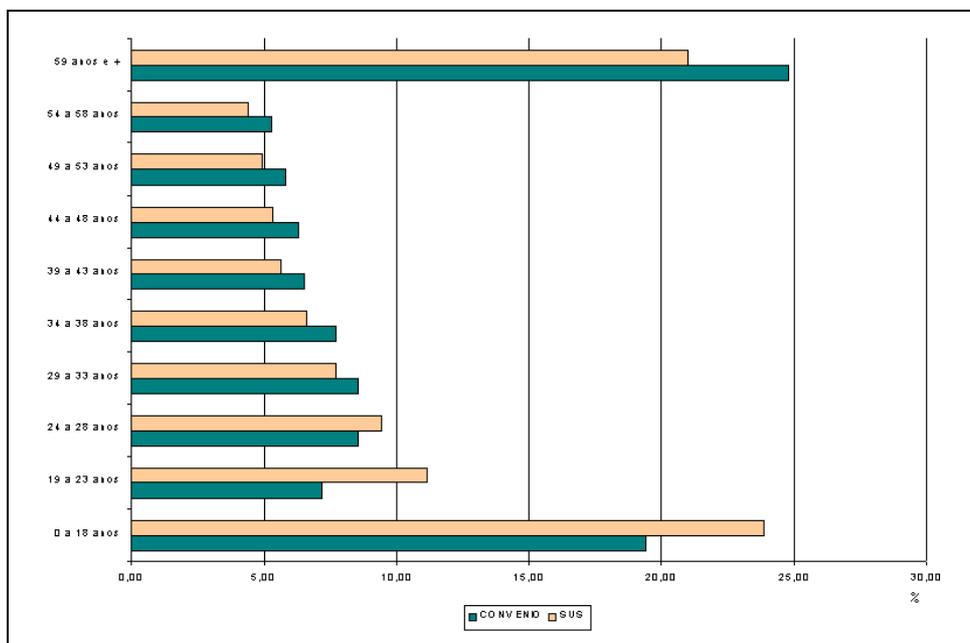
Internações por fonte de financiamento e faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: MS/SE/DATASUS/RDSP2002 e CISP (adaptado para esse estudo).

FIGURA 9

Internações por fonte de financiamento e faixa etária da saúde suplementar – Estado de São Paulo – 2002.



FONTE: MS/SE/DATASUS/RDSP2002 e CISP (adaptado para esse estudo).

TABELA 1

Proporção de internações por fonte de financiamento e o número de internações no grupo de beneficiários e por habitante, por faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.

FAIXA ETÁRIA	% CONV	% SUS	RAZÃO ¹	Nº INTER. BENE ²	Nº INTER. HAB. ³
0 a 4 anos	9,66	11,58	0,83	7,11	7,51
5 a 9 anos	4,21	3,77	1,12	3,07	2,45
10 a 14 anos	2,44	2,74	0,89	1,92	1,66
15 a 19 anos	4,31	7,98	0,54	3,28	4,56
20 a 24 anos	7,58	11,00	0,69	4,47	6,48
25 a 29 anos	8,65	9,01	0,96	5,05	5,85
Subtotal	36,85	46,08	0,80	4,82	4,75
30 a 34 anos	8,37	7,41	1,13	5,08	5,08
35 a 39 anos	7,50	6,38	1,18	4,76	4,58
40 a 44 anos	6,41	5,55	1,16	4,82	4,48
45 a 49 anos	6,27	5,23	1,20	5,66	5,08
50 a 54 anos	5,66	4,82	1,17	6,75	5,88
55 a 59 anos	5,17	4,37	1,18	8,28	7,18
60 a 64 anos	4,97	4,28	1,16	10,49	8,43
65 a 69 anos	4,99	4,32	1,16	13,11	10,80
70 anos e +	13,81	11,56	1,20	17,79	16,83
Subtotal	63,15	53,92	1,17	7,21	6,62
TOTAL	100,00	100,00	1,00	5,74	5,61

FONTE: MS/SE/DATASUS – Estimativa populacional
 MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para o estudo)
 MS/ANS – Cadastro de Beneficiários

NOTAS:

¹. É dada pela relação entre a porcentagem de internações financiadas por convênios e pelo SUS.

². É o número médio de internações financiadas por convênios, por 100 beneficiários residentes no Estado de São Paulo, com cobertura hospitalar, estimados pelo cadastro de beneficiários informado à ANS, baseado em contratos de planos de saúde.

³. É o número médio de internações financiadas pelo SUS, por 100 habitantes na população residente no Estado de São Paulo.

TABELA 2

Proporção de internações por fonte de financiamento e o número de internações no grupo de beneficiários e por habitante, por faixa etária da saúde suplementar - Estado de São Paulo - 2002.

FAIXA ETÁRIA	% CONV.	% SUS	RAZÃO ¹	Nº INTER. BENEF. ²	Nº INTER. HAB. ³
0 a 18 anos	19,41	23,87	0,81	3,90	7,11
19 a 23 anos	7,15	11,14	0,64	4,34	5,42
24 a 28 anos	8,53	9,43	0,90	5,01	5,94
29 a 33 anos	8,54	7,68	1,11	5,15	4,28
34 a 38 anos	7,71	6,58	1,17	4,87	4,60
39 a 43 anos	6,51	5,64	1,16	4,77	3,53
44 a 48 anos	6,30	5,32	1,18	5,52	4,94
49 a 53 anos	5,80	4,92	1,18	6,61	4,15
54 a 58 anos	5,26	4,43	1,19	8,04	6,85
59 anos e +	24,78	21,00	1,18	14,39	7,16
TOTAL	100,00	100,00	1,00	5,77	5,66

FONTE: MS/SE/DATASUS – Estimativa populacional
 MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para o estudo)
 MS/ANS – Cadastro de Beneficiários

NOTAS:

¹. É dada pela relação entre a porcentagem de internações financiadas por convênios e pelo SUS.

². É o número médio de internações financiadas por convênios, por 100 beneficiários residentes no Estado de São Paulo, com cobertura hospitalar, estimados pelo cadastro de beneficiários informado à ANS, baseado em contratos de planos de saúde.

³. É o número médio de internações financiadas pelo SUS, por 100 habitantes na população residente no Estado de São Paulo.

Os dados apresentados na tabela 1, confirmam que no Estado de São Paulo, em 2002, os convênios internaram proporcionalmente de 13 a 20% mais que o SUS nas faixas etárias acima de 30 anos e **novamente a classificação etária preconizada pela saúde pública permite identificar um sutil predomínio na faixa de “70 anos e mais”, demonstrando que em análises históricas se permitirá identificar tendências, refletir a evolução de expostos à assistência, a transição epidemiológica e a organização dos serviços de saúde.**

Mesmo considerando que a ANS só recentemente implantou a obrigatoriedade da informação de tipo de plano no cadastro de beneficiários e estimando o número de beneficiários expostos à assistência hospitalar²⁴, verificou-

²⁴ do cadastro atual foram descontados o número de beneficiários com planos de assistência ambulatorial e os exclusivamente odontológicos.

se que a taxa de internação de beneficiários é próxima à do SUS, sendo 5,7% e 5,6%, respectivamente, o que pode significar que no Estado de São Paulo não há grandes diferenças de acesso à assistência hospitalar.

Os dados do estudo demonstram que o número médio de internações pagas pelo SUS, por 100 habitantes, na população residente no Estado de São Paulo foi de 5,6. Porém, quando agregamos as internações ocorridas com financiamento de outras fontes, esse número passa a 8,5 o que demonstra outra situação de acesso à assistência hospitalar. Se, descontarmos da população residente, o número estimado de beneficiários com assistência hospitalar, o número médio de internações sobe para 10,2.

Os resultados acima descritos nos levam a defender a integração das bases de dados públicas e introdução de mecanismos de qualificação das informações, visando otimizar a utilização da estrutura existente de forma a racionalizar recursos e impactar positivamente nas condições de saúde e até de vida da população brasileira.

TABELA 3

Internações de residentes fora do Estado de São Paulo, por fonte pagadora - Estado de São Paulo - 2002.

ESTADOS	SUS		CONVÊNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Acre	101	0,5	35	0,4
Alagoas	189	0,9	175	2,1
Amapá	73	0,3	40	0,5
Amazonas	214	1,0	160	1,9
Bahia	738	3,4	672	8,0
Ceará	116	0,5	154	1,8
Distrito Federal	253	1,2	232	2,8
Espírito Santo	302	1,4	251	3,0
Goiás	431	2,0	140	1,7
Maranhão	275	1,3	345	4,1
Mato Grosso	544	2,5	130	1,6
Mato Grosso do Sul	2.017	9,2	591	7,0
Minas Gerais	11.650	52,9	2.386	28,4
Pará	238	1,1	459	5,5
Paraíba	436	2,0	126	1,5
Paraná	1.598	7,3	691	8,2
Pernambuco	117	0,5	204	2,4
Piauí	71	0,3	38	0,5
Rio de Janeiro	1.306	5,9	838	10,0
Rio Grande do Norte	174	0,8	140	1,7
Rio Grande do Sul	220	1,0	136	1,6
Rondônia	374	1,7	100	1,2
Roraima	85	0,4	101	1,2
Santa Catarina	377	1,7	193	2,3
Sergipe	59	0,3	50	0,6
Tocantins	87	0,4	25	0,3
Total	22.045	100,0	8.412	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

Como já citado anteriormente, a área de abrangência da assistência hospitalar do Estado de São Paulo englobou em 2002, 2.781 municípios, cerca de 50% dos municípios do país. Tanto nas internações financiadas pelo SUS como por convênios, cerca de 1,0% foi de pacientes procedentes de outros Estados, atendidos em 60% dos hospitais com movimento no período. Mesmo não sendo em volume significativo, pode ser indício de desigualdade na capacidade resolutiva dos Estados, mas é provável que o acesso geográfico tenha peso significativo na transição de pacientes para atendimento no Estado de São Paulo.

Conforme demonstra a tabela 3, dos Estados que mais demandam pacientes para o Estado de São Paulo, destacou-se no setor público o Estado de Minas Gerais (52,9%), Mato Grosso do Sul (9,2%), Paraná (7,3%) e Rio de Janeiro (5,9%). Nas internações financiadas por convênios, Minas Gerais manteve a posição ao responder por 28,4%, seguido pelo Rio de Janeiro com 10,0%, Paraná e Bahia com 8,2% e 8,0% respectivamente.

Observou-se que os pacientes de Estados não acessaram a rede hospitalar instalada no Estado de São Paulo na mesma proporção. A procura por atendimento financiado pelo SUS foi maior por Estados limítrofes de São Paulo, provavelmente por questão de acesso. Já nas internações financiadas por convênios, a demanda oriunda dos Estados limítrofes teve menor participação com aumento de envio de pacientes por outros Estado do país.

A análise das internações financiadas por convênios de residentes de fora do Estado de São Paulo permitiu identificar a concentração de 50% em apenas 13 hospitais, sendo oito próprios de empresa operadora de planos privados de assistência à saúde e 52% das internações ocorreram no município de São Paulo. A distribuição por sexo indicou ligeira predominância do sexo masculino (54%). Com a distribuição por faixas etárias identificou-se que 29% dos pacientes tinham mais que 59 anos, sendo 13% com mais de 70 anos. **Neoplasias e doenças do aparelho circulatório responderam por 58% das internações de beneficiários de outros Estados.**

Das internações ocorridas na região de saúde de Ribeirão Preto, 75% são de beneficiários oriundos de Minas Gerais e 13% de Roraima, igualmente distribuídas nas faixas etárias, prevalecendo os grupos diagnósticos de doenças do aparelho circulatório e neoplasias e com ligeira predominância do sexo feminino.

A presença de hospital com vínculo²⁵ com operadoras no atendimento de pacientes de outros Estados é uma constante, sendo que estes têm maior participação na região de Campinas, onde dos 13 hospitais que internaram pacientes residentes em outros Estados, oito têm vínculo com operadoras de planos de saúde.

Ainda na região de Campinas, verificou-se que 63% eram procedentes de Minas Gerais e 11%, do Estado do Rio de Janeiro, predominantemente com atendimento nos grupos

²⁵ Vínculo caracteriza-se por ser hospital e operadora ou da operadora.

de diagnósticos de neoplasias e de doenças do aparelho circulatório, 57% do sexo feminino, 32% na faixa etária de 0-18 anos e 23% com mais de 59 anos.

TABELA 4

Taxa de participação na assistência hospitalar, por região de saúde e fonte de financiamento - Estado de São Paulo - 2002.

REGIÃO DE SAÚDE	SUS		CONVÊNIO	
	OCOR. ¹	RES. ²	OCOR. ¹	RES. ²
01 - S.Paulo	23,6	21,4	37,0	34,6
02 - Santo André	3,8	4,3	9,8	8,8
03 - Moji das Cruzes	4,5	5,2	2,6	3,1
04 - Franco da Rocha	0,8	1,0	0,0	0,4
05 - Osasco	4,8	5,7	3,0	4,9
06 - Araçatuba	2,5	2,6	0,8	0,9
07 - Araraquara	2,6	2,8	2,8	3,0
08 - Assis	1,5	1,7	0,8	0,8
09 - Barretos	1,6	1,6	1,2	1,3
10 - Bauru	4,0	3,6	2,8	2,8
11 - Botucatu	1,9	1,9	0,6	0,6
12 - Campinas	9,4	9,2	10,0	9,7
13 - Franca	1,7	1,8	1,9	2,0
14 - Marília	2,6	2,6	1,4	1,5
15 - Piracicaba	3,4	3,5	3,0	3,3
16 - Presidente Prudente	2,4	2,5	1,8	1,8
17 - Registro	0,6	0,7	0,1	0,1
18 - Ribeirão Preto	3,9	3,6	4,1	3,8
19 - Santos	3,8	3,9	6,1	6,3
20 - S.João da Boa Vista	2,8	3,0	3,2	3,2
21 - S.José dos Campos	2,6	2,7	1,4	1,4
22 - S.José do Rio Preto	6,0	5,9	1,3	1,3
23 - Sorocaba	5,8	5,9	3,5	3,8
24 - Taubaté	3,3	3,1	0,7	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

NOTAS:

¹. Percentual das internações ocorridas em hospitais localizados na região de saúde em relação ao total de internações ocorridas no Estado de São Paulo.

². Percentual das internações de pacientes residentes na região de saúde em relação ao total de internações de residentes no Estado de São Paulo, ocorridas no próprio Estado.

TABELA 5

Índice de participação na assistência hospitalar, por região de saúde e fonte de financiamento - Estado de São Paulo - 2002.

REGIÃO DE SAÚDE	PARTICIPAÇÃO DA REGIÃO ¹	
	SUS	CONV.
01 - S.Paulo	1,11	1,07
02 - Santo André	0,90	1,13
03 - Moji das Cruzes	0,87	0,83
04 - Franco da Rocha	0,79	0,00
05 - Osasco	0,84	0,63
06 - Araçatuba	0,96	0,98
07 - Araraquara	0,93	0,94
08 - Assis	0,90	1,00
09 - Barretos	1,03	0,96
10 - Bauru	1,12	1,02
11 - Botucatu	1,01	0,90
12 - Campinas	1,02	1,03
13 - Franca	0,94	0,95
14 - Marília	0,99	0,98
15 - Piracicaba	0,96	0,90
16 - Presidente Prudente	0,97	1,00
17 - Registro	0,94	0,83
18 - Ribeirão Preto	1,08	1,08
19 - Santos	0,96	0,97
20 - S.João da Boa Vista	0,96	0,98
21 - S.José dos Campos	0,96	0,97
22 - S.José do Rio Preto	1,02	1,02
23 - Sorocaba	0,98	0,91
24 - Taubaté	1,06	0,92

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

NOTA:

¹ Índice de Participação da Região de Saúde é dada pela relação entre a taxa de participação da Região de Saúde no total de internações ocorridas no Estado e a taxa de participação da Região de Saúde no total de internações de residentes do Estado ocorridas no próprio Estado.

As tabelas 4 e 5 demonstram a distribuição do volume das internações ocorridas no Estado de São Paulo em 2002 e sua análise permitiu identificar que a Região de São Paulo, que é constituída pelo município de São Paulo, foi majoritária nas internações, independente da fonte pagadora e proporcionalmente mais significativa no atendimento por convênios em que respondeu por 37,0% contra 23,6% no SUS.

Na Região de Saúde de Franco da Rocha não foi comunicada nenhuma internação financiada por convênio. As 3.972 internações de pacientes beneficiários de

convênios, residentes nessa região, ocorreram em outras regiões do Estado, levando-se à pressuposição de que os residentes desta região têm acesso a esse tipo de assistência por planos coletivos, adquiridos pelas empresas em que trabalham, localizadas fora de Franco da Rocha.

No sistema público observou-se maior índice de participação, no volume de internações de pacientes procedentes de outras regiões, nas regiões mais populosas, como São Paulo (11%) e nas regiões que possuem reconhecidos serviços de assistência vinculados a hospitais universitários ou serviços especializados. É o caso de Bauru, com 12% de atendimento acima do número de residentes da região internados. Nessa região localiza-se no município de Jaú um hospital especializado em oncologia e em Bauru um atendimento de reabilitação de lesões lábios-palatais. Na mesma situação, observou-se a atuação de Ribeirão Preto e Taubaté, com 8,0% e 6,0%, respectivamente, e que possuem reconhecidos hospitais universitários.

No sistema privado, algumas regiões apresentaram maior participação quando comparadas com o setor público. É o caso de São Paulo, que internou 23,6% no SUS e 37,0% por convênios, Santo André que no SUS respondeu por 3,8% e 9,8% quando analisado o volume de internações financiadas por convênios. Santos também teve maior participação nas internações por convênios.

A região de saúde de Campinas tem a mesma participação proporcional nas internações SUS e por convênios, acompanhando o desempenho demonstrado na distribuição da população e grupo de beneficiários.

Para analisar o comportamento dos serviços hospitalares, utilizou-se o Índice de Participação dado pela relação entre a taxa de participação da Região de Saúde no total de internações ocorridas no Estado e no total de internações de residentes no Estado e ocorridas no próprio Estado. O resultado igual a zero indicará a total ausência de oferta, como no caso da região de Franco da Rocha; resultado igual a um indicará o mesmo grau de participação entre a ocorrência e a procedência do paciente, e resultado superior a um indicará maior participação nas internações de pacientes residentes em outras regiões.

Comparando-se o movimento de pacientes no atendimento pelo SUS e por convênios, identificou-se com alta participação no volume de internações do Estado,

nos dois sistemas de financiamento: São Paulo, Bauru, Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

Regiões com relativa **carência** de leitos para os dois sistemas, provavelmente **em algumas especialidades**: Mogi das Cruzes, Araçatuba, Araraquara, Franca, Marília, Santos, São João da Boa Vista e São José dos Campos.

Identificada movimentação de pacientes de convênios para atendimento fora da região em proporção maior que no atendimento SUS, nas regiões de: Osasco, Piracicaba, Registro, Sorocaba e Franco da Rocha, em que os beneficiários são todos internados em outras regiões de saúde.

Nas regiões de saúde de Santo André, Assis e Presidente Prudente, houve falta de atendimento hospitalar para pacientes do SUS, enquanto em Barretos e Botucatu a falta foi sentida pelos pacientes de convênios.

A análise acima se baseou nas internações ocorridas e registradas nos sistemas SIH/SUS e CIH, que não possibilita a análise da demanda da população beneficiária ou não de planos de saúde que não conseguem acesso à assistência hospitalar, seja por limite de recursos financeiros disponíveis ou por barreiras impostas por mecanismos de regulação.

O Índice de Participação não é sensível às compensações de “invasões” ou “evasões” de pacientes, decorrentes da especificidade dos serviços existentes ou necessários. Porém, pelo exposto, avaliamos que pode ser utilizado pelos gestores, público e privado, como indicativo de organização dos serviços, estabelecimento de prioridades, destinação de recursos e avaliação dos processos de assistência.

TABELA 6

Índice de Eficácia na assistência hospitalar, por fonte de financiamento e regiões de saúde de ocorrência - Estado de São Paulo - 2002.

REGIÕES DE SAÚDE	SUS	CONVÊNIOS
01 S.Paulo	0,6	0,4
02 Santo André	-0,5	0,4
03 Moji das Cruzes	-0,5	-0,4
04 Franco da Rocha	-0,6	-1,0
05 Osasco	-0,6	-0,7
06 Araçatuba	-0,5	-0,1
07 Araraquara	-0,8	-0,8
08 Assis	-0,8	0,1
09 Barretos	0,2	-0,4
10 Bauru	0,7	0,4
11 Botucatu	0,2	-0,5
12 Campinas	0,4	0,4
13 Franca	-0,5	-0,7
14 Marília	0,0	-0,2
15 Piracicaba	-0,4	-0,5
16 Presidente Prudente	-0,5	0,1
17 Registro	-0,7	-0,9
18 Ribeirão Preto	0,8	0,8
19 Santos	-0,5	-0,6
20 S.João da Boa Vista	-0,3	-0,1
21 S.José dos Campos	-0,4	-0,2
22 S.José do Rio Preto	0,5	0,2
23 Sorocaba	-0,1	-0,4
24 Taubaté	0,5	-0,6

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

NOTA:

Índice de eficácia é dado pela fórmula: $I-E/I+E$.

onde:

I = Invasões de pacientes procedentes de outras regiões

E = Evasões de pacientes internados em outras regiões

O índice de eficácia foi utilizado para identificar os aglomerados de saúde (UNICAMP,2002), com a finalidade de subsidiar a organização dos SUS, mediante a identificação “pólos” classificados em níveis de polarização (alta, média e baixa) e de abrangência espacial (interestadual, intraglomerados, intra_aglomerado). Sua incorporação nesse estudo permitiu validar sua aplicabilidade para o setor de saúde

suplementar e por conseguinte poderá ser utilizado como facilitador na integração de agendas entre a saúde pública e a saúde suplementar.

A análise do índice de eficácia das regiões de saúde permitiu confirmar os resultados apontados pelo índice de participação da região nas internações ocorridas no Estado. **Manteve-se na posição de rede instalada disponível, além do uso para a própria região, o município de São Paulo, as regiões de saúde de Bauru, Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.**

As regiões de saúde de Santo André, Assis e Presidente Prudente tem problemas para internar seus residentes com financiamento pelo SUS, mas tem rede para internações por convênios. Ao contrário, **as regiões de Barretos, Botucatu e Marília, internaram residentes pelo SUS mas os beneficiários de convênios, residentes nestas regiões, buscaram internações em outras regiões.**

Foram ainda, identificadas **11 regiões de saúde em que beneficiários e a população dependente do SUS buscaram assistência hospitalar em outras regiões.** As regiões nesta situação são as seguintes: Moji das Cruzes, Osasco, Araçatuba, Araraquara, Franca, Piracicaba, Registro, Santos, São João da Boa Vista, São José dos Campos e Sorocaba.

A região de saúde de Franco da Rocha não ofereceu atendimento a beneficiários de convênios na própria região.

Vale ressaltar que esse índice é quantitativo e pode estar compensando oferta ou demanda em determinada especialidade. Para uma análise completa de estrutura de serviços hospitalares do Estado, faz-se necessário incluir uma avaliação qualitativa, Porém, avaliou-se que o índice de eficácia é um indicativo a ser considerado no dimensionamento da rede de hospitais necessária à assistência de beneficiários ou não de planos privados de assistência à saúde.

TABELA 7

Distribuição das internações financiadas por convênios, por município de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.

MUNICÍPIO OCORRÊNCIA	INTERNAÇÕES			POSTO NO ESTADO ¹
	Nº	%	% ACUM.	
São Paulo*	361.941	37,0	37,0	1
Santos*	52.598	5,4	42,4	2
Campinas*	51.307	5,3	47,6	3
Santo André*	51.092	5,2	52,9	4
São Bernardo do Campo	29.109	3,0	55,8	5
Jundiaí	23.205	2,4	58,2	6
Ribeirão Preto*	21.782	2,2	60,5	7
Sorocaba*	20.681	2,1	62,6	8
Osasco*	19.419	2,0	64,6	9
Guarulhos	17.619	1,8	66,4	10
Presidente Prudente*	14.196	1,5	67,8	11
Bauru*	10.953	1,1	68,9	12
Piracicaba*	9.730	1,0	69,9	13
Franca*	9.065	0,9	70,9	14
Jacareí	7.843	0,8	71,7	15
Limeira	7.799	0,8	72,5	16
São Carlos	7.535	0,8	73,2	17
Araraquara*	7.444	0,8	74,0	18
São Caetano do Sul	7.189	0,7	74,7	19
Moji-Guaçu	7.081	0,7	75,5	20
São João da Boa Vista*	6.191	0,6	76,1	21
Moji das Cruzes*	6.158	0,6	76,7	22
Sertãozinho	5.877	0,6	77,3	23
Oswaldo Cruz	5.001	0,5	77,8	24
Jaboticabal	4.581	0,5	78,3	25
Barueri	4.550	0,5	78,8	26
Jaú	4.394	0,5	79,2	27
Atibaia	4.170	0,4	79,6	28
Diadema	4.129	0,4	80,1	29
Sub Total	782.639	80,1		
Outros 254 municípios	194.274	19,9		
TOTAL	976.913		100,0	

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

NOTAS:

* Municípios sede de região de saúde.

¹. Posição dada pelo ordenamento por volume de ocorrências.

A tabela acima demonstra que dos 29 municípios que respondem por cerca de 80% das internações, 50% dos municípios são sede de regiões de saúde, onde se pressupõe haver um parque hospitalar instalado de maior capacidade e complexidade,

havendo outros com destaque exclusivamente na complexidade, como Jaú, em que o Hospital Amaral Carvalho, referência nacional em oncologia, teve internações financiadas por convênios de pacientes procedentes de 128 municípios.

E outros, como São Bernardo do Campo, Jundiaí e São Caetano do Sul, onde é conhecida a presença de empresas de grande porte que provavelmente oferecem planos de saúde a seus empregados

3.1.2. -ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Ao iniciar a análise da assistência hospitalar financiada por convênios, utilizando-se de comparações com o perfil de utilização no SUS, faz-se necessário o conhecimento sobre a distribuição dos expostos nos dois sistemas de atendimento. Ao SUS está exposta toda a população do país, independente de locais de residência e localização do hospital que atende.

Já no setor privado, encontra-se exposto todo beneficiário que tiver cumprido o prazo de carência²⁶ estabelecido no contrato de aquisição do plano de saúde e estiver com o pagamento atualizado ou com atraso não superior a 60 dias no ano²⁷. A rede de serviços também é estabelecida em contrato, porém na assistência hospitalar é facultada a substituição do hospital, mediante aviso aos beneficiários e autorização da ANS quando implicar redimensionamento²⁸.

²⁶ carência: prazo máximo de 24 horas para urgência e emergência, 300 dias para parto a termo, 180 dias para os demais casos, exceto para doenças e lesões pré-existentes que pode chegar a 24 meses, conforme estabelecido nos art. 11 e 12 da Lei nº 9.656/98.

²⁷ conforme o estabelecido no art. 13, inciso II da Lei nº 9.656/98.

²⁸ conforme o estabelecido no art. 17 da Lei nº 9.656/98.

TABELA 8

Distribuição das internações financiadas por convênio¹, por grupo de diagnóstico, por região de saúde de ocorrência e residência – Estado de São Paulo – 2002.

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS	OCORRÊNCIA ²		RESIDÊNCIA ³	
	Nº	%	Nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	34.217	3,5	34.009	3,5
II. Neoplasias (tumores)	69.731	7,1	67.690	7,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5.395	0,6	5.325	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	29.761	3,1	29.522	3,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	5.272	0,5	5.052	0,5
VI. Doenças do sistema nervoso	18.630	1,9	18.399	1,9
VII. Doenças do olho e anexos	13.716	1,4	13.564	1,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6.508	0,7	6.468	0,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	129.668	13,3	127.626	13,2
X. Doenças do aparelho respiratório	113.259	11,6	112.388	11,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	104.449	10,7	103.494	10,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13.076	1,3	12.998	1,4
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	44.723	4,6	44.190	4,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	105.321	10,8	104.317	10,8
XV. Gravidez, parto e puerpério	129.479	13,3	128.814	13,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	9.444	1,0	9.404	1,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6.656	0,7	6.446	0,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	58.599	6,0	58.283	6,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	59.585	6,1	58.962	6,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.590	0,4	3.579	0,4
XXI. Contatos com serviços de saúde	15.380	1,6	15.208	1,6
U99 CID 10ª Revisão não disponível	50	0,0	50	0,0
TOTAL	976.509	100,0	965.788	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para o estudo).

NOTAS:

¹ Registros de internações com a variável diagnóstico principal válida.

² Municípios de localização do hospital em que ocorrem internações.

³ Municípios de residência dos pacientes internados.

Na análise das internações, por local de ocorrência e grupos de diagnósticos, verificou-se a maior incidência no grupo de doenças do aparelho circulatório, junto com o grupo de diagnóstico de gravidez, parto e puerpério, indicando destaque no sistema de referência de assistência hospitalar. Já a análise por local de residência identificou, em primeiro lugar, como esperado, que o grupo de atendimento obstétrico é a primeira causa de internações entre os residentes no Estado de São Paulo, acompanhando o perfil de assistência hospitalar financiada pelo setor público.

O grupo de diagnóstico de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, na análise por residência, encontra-se numa posição acima do de

ocorrência, podendo ser decorrente da negativa de cobertura pelos convênios, comum em planos comercializados antes da Lei 9.656.

Os demais grupos de diagnóstico ocupam a mesma posição na distribuição por ocorrência e por residência

A busca de semelhanças e diferenças entre a assistência prestada no setor público e por convênios identifica o município de São Paulo, atendendo um volume maior de residentes em outras localidades, mas sem uma especificação que indique especialidade e distribuídos proporcionalmente em todos os grupos de diagnósticos, indicando que São Paulo é referência por capacidade instalada e não por deter exclusividade em algum tipo de assistência.

TABELA 9

Internações por doenças do aparelho circulatório, financiadas por convênios, por regiões de saúde de ocorrência e residência – Estado de São Paulo – 2002.

REGIÃO DE SAÚDE	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO			
	OCORRÊNCIA		RESIDÊNCIA	
	Nº	%	Nº	%
01 - São Paulo	48.313	37,3	43.119	33,3
02 - Santo André	11.371	8,8	10.957	8,5
03 - Moji das Cruzes	2.865	2,2	3.625	2,8
04 - Franco da Rocha	0	0,0	393	0,3
05 - Osasco	2.469	1,9	4.168	3,2
06 - Araçatuba	949	0,7	986	0,8
07 - Araraquara	3.775	2,9	3.754	2,9
08 - Assis	1.225	1,0	1.260	1,0
09 - Barretos	1.401	1,1	1.500	1,2
10 - Bauru	3.620	2,8	3.646	2,8
11 - Botucatu	791	0,6	886	0,7
12 - Campinas	12.128	9,4	11.719	9,0
13 - Franca	2.575	2,0	2.710	2,1
14 - Marília	2.320	1,8	2.289	1,8
15 - Piracicaba	3.316	2,6	3.656	2,8
16 - Presidente Prudente	2.992	2,3	2.944	2,3
17 - Registro	140	0,1	175	0,1
18 - Ribeirão Preto	5.286	4,1	4.676	3,6
19 - Santos	10.607	8,2	10.933	8,4
20 - S.João da Boa Vista	4.425	3,4	4.754	3,7
21 - S.José dos Campos	1.400	1,1	1.473	1,1
22 - S.José do Rio Preto	2.235	1,7	2.066	1,6
23 - Sorocaba	4.584	3,5	4.951	3,8
24 - Taubaté	822	0,6	986	0,8
Sub Total - Residentes Est.SP	129.609	100,0	127.626	98,5
Residentes em outros Estados			1.983	1,5
TOTAL	129.609	100,0	129.609	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

TABELA 10

Internações por neoplasias, financiadas por convênios, por regiões de saúde de ocorrência e residência – Estado de São Paulo – 2002.

REGIÃO DE SAÚDE	NEOPLASIAS			
	OCORRÊNCIA		RESIDÊNCIA	
	Nº	%	Nº	%
01 - São Paulo	36.961	53,0	31.753	45,6
02 - Santo André	5.357	7,7	5.397	7,7
03 - Moji das Cruzes	692	1,0	1.315	1,9
04 - Franco da Rocha	0	0,0	239	0,3
05 - Osasco	1.584	2,3	2.848	4,1
06 - Araçatuba	396	0,6	497	0,7
07 - Araraquara	952	1,4	1.156	1,7
08 - Assis	297	0,4	405	0,6
09 - Barretos	310	0,4	334	0,5
10 - Bauru	1.679	2,4	1.328	1,9
11 - Botucatu	122	0,2	219	0,3
12 - Campinas	6.995	10,0	6.159	8,8
13 - Franca	667	1,0	778	1,1
14 - Marília	443	0,6	538	0,8
15 - Piracicaba	1.010	1,5	1.308	1,9
16 - Presidente Prudente	951	1,4	1.031	1,5
17 - Registro	29	0,0	83	0,1
18 - Ribeirão Preto	2.363	3,4	2.012	2,9
19 - Santos	4.322	6,2	4.628	6,6
20 - S.João da Boa Vista	1.181	1,7	1.598	2,3
21 - S.José dos Campos	583	0,8	630	0,9
22 - S.José do Rio Preto	512	0,7	570	0,8
23 - Sorocaba	2.186	3,1	2.616	3,8
24 - Taubaté	123	0,2	248	0,4
Sub Total - Residentes Est.SP			67.690	97,1
Residentes em outros Estados			2.025	2,9
TOTAL	69.715	100,0	69.715	

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

3.1.2.1. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL

A assistência hospitalar obstétrica e neonatal no Estado de São Paulo em 2002, financiada pelo SUS e por convênios, foi majoritariamente prestada pelo setor público, que respondeu ao financiamento de 79,5% dos eventos, sendo 20,5% remunerados por convênios, o que demonstra uma menor cobertura de planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, visto que no total de internações, 30% são de convênios.

TABELA 11

Assistência hospitalar obstétrica, frequência absoluta e relativa, por faixa etária e fonte de financiamento – Estado de São Paulo – 2002.

FAIXA ETÁRIA	ATÉ 14 ANOS	15 A 49 ANOS	50 ANOS e +	TOTAL
CONVÊNIOS				
Partos Normais	376 (1,4%) 36,2%	26.028 (98,5) 26,8	19 (0,1) 24,4	26.423 (100,0) 26,9
Partos Cesáreos	663 (0,9) 63,8	71.105 (99,0) 73,2	59 (0,1) 75,6	71.827 (100,0) 73,1
Total de Partos	1.039 (1,1) 100,0	97.133 (98,9) 100,0	78 (0,1) 100,0	98.250 (100,0) 100,0
SUS				
Partos Normais	2.602 (1,0) 73,5	259.499 (99,0) 68,1	55 (0,0) 76,4	262.156 (100,0) 68,1
Partos Cesáreos	936 (0,8) 26,5	121.695 (99,2) 31,9	17 (0,0) 23,6	122.648 (100,0) 31,9
Total de Partos	3.538 (0,9) 100,0	381.194 (99,1) 100,0	72 (0,0) 100,0	384.804 (100,0) 100,0
GERAL				
Partos Normais	2.978 (1,0) 65,1	285.527 (98,9) 59,7	74 (0,0) 49,3	28.8579 (100,0) 59,7
Partos Cesáreos	1.599 (0,8) 34,9	192.800 (99,1) 40,3	76 (0,0) 50,7	194.475 (100,0) 40,3
Total de Partos	4.577 (0,9) 100,0	478.327 (99,0) 100,0	150 (0,0) 100,0	483.054 (100,0) 100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

TABELA 12

Taxas da assistência hospitalar obstétrica, por fonte de financiamento e faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.

TAXAS OBSTÉTRICAS	FONTE DE FINANCIAMENTO	FAIXA ETÁRIA			TOTAL
		0 a 14	15 a 49	50 e +	
Taxa de partos normais	Convênio	36,2	26,8	24,4	26,9
	SUS	73,6	68,1	76,4	68,1
Taxa de partos cesáreos	Convênio	63,8	73,2	75,6	73,1
	SUS	26,4	31,9	23,6	31,9

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

Desde 1998²⁹, o Ministério da Saúde vem desencadeando ações no sentido de controlar a taxa de partos cesáreos. A princípio, limitando a proporção de partos a ser custeada pelo SUS na modalidade cesariana e, mais recentemente, reconhecendo peculiaridades de algumas instituições que, por serem de referência e de maior complexidade assistencial, realizam um número maior destes procedimentos do que o limite proposto, vem buscando novas formas de redução dos partos cirúrgicos.

Em meados do ano 2000³⁰, considerando também a necessidade de incrementar o papel regulador das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, no que diz respeito à assistência ao parto, sua organização em níveis crescentes de complexidade e seu necessário envolvimento no esforço coletivo de reduzir a prática do parto cirúrgico, estabeleceu o "Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas".

O "Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas" possibilitou ao gestor definir estratégias para que a redução ao patamar de 25% da taxa de parto cesáreo, ocorra até 2007 e a manutenção por dois anos consecutivos após o alcance da meta, permite ao gestor estabelecer suas metas de redução deste percentual para os anos subseqüentes. Durante o período de vigência do Pacto, é facultado ao gestor autorizar pagamento a hospitais com taxas superiores à preconizada, em função do papel estratégico que o mesmo ocupa na assistência materna ou, em seguimento a um cronograma de redução gradual.

O Estado de São Paulo, através de sua Secretaria Estadual de Saúde, assinou com o Ministério da Saúde o "Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas" e tem até

²⁹ MS/GM/Portaria 2.816, de 29.05.98 que limita partos cesáreos.

³⁰ MS/GM/Portaria 466, de 10.05.00 – estabelece o "Pacto para Redução das Taxas Cesarianas".

2007 para reduzir, de 35% para 25% a taxa de partos cesáreos. Os gestores que não assinaram o Pacto, trabalharam em 2002 com o limite de cesáreas de 27% por hospital³¹.

O esforço do setor público em ampliar a cobertura de partos normais é demonstrado nesse estudo, visto que 68,1% dos partos realizados pelo SUS foram normais, enquanto que no setor privado, apenas 26,9% das gestações a termo culminaram em partos normais. Nos partos financiados por convênios, houve 73,1% de cesarianas, sendo essa taxa crescente nas faixas etárias analisadas, nas internações por convênios, divergente da situação encontrada no SUS, em que há um volume maior de cesarianas na faixa etária intermediária, o que pode indicar a incidência de gestante de risco, considerando que no SUS a taxa de cesárea é mais baixa.

O atendimento ao recém-nascido na sala de parto não foi analisado nesse estudo, porque na assistência pelo SUS a realização desse procedimento está vinculada à configuração operacional do hospital; já nos convênios é determinada pela configuração do plano de assistência adquirido pela paciente. A Lei 9.656/98, que regulamenta a assistência por planos privados, inclui esse procedimento como obrigatório na segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia, não rege os contratos firmados antes de 1998, que ainda atendem cerca de 60% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Nesse contexto, é muito interessante a medida que incentiva a migração dos beneficiários que atualmente a ANS desencadeou através do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de planos firmados antes da Lei para a cobertura atual, visto ser o atendimento de vital importância na detecção precoce de problemas de formação.

Apresentado nas tabelas 16 a 19 do anexo 5 (p.125-128), os dados detalhados da assistência obstétrica, cuja análise permitiu identificar que do total de internações obstétricas, as com procedimentos pós-abortamento significaram 10,1% no SUS e 8,5% nos convênios, sendo que nos dois sistemas aconteceram majoritariamente na faixa etária de 15 a 49 anos, 98,8 no SUS e 97,7% nos convênios. Cerca de 2% ocorreram em consequência de gravidez tubária. A ocorrência de internações por intercorrências na gravidez foi maior no setor privado, cerca de 15,8% do número de partos, enquanto que no setor público essa taxa foi de 11,4%.

³¹ MS/GM/Portaria 179 de 29.01.02 – define limite de cesáreas em 27% para os hospitais vinculados a gestores que não assinaram o “Pacto para Redução das Taxas Cesarianas”.

Os partos de gestantes de alto risco responderam por 5,1% dos partos no SUS e apenas por 0,2% dos financiados por convênios, sendo que no SUS teve presença superior nos partos cesáreos (8,5%). Quando o financiamento é por convênio, observou-se maior ocorrência em partos normais (0,4%) contra 0,1% dos partos cesáreos.

As taxas acima precisam ser mais bem analisadas, para avaliar a atenção materna oferecida pelos dois setores, confirmando ou não de que no setor privado o acesso ao pré-natal é adquirido com o plano de saúde e vem acompanhado por atendimento multidisciplinar e avaliações por especialistas, sempre que necessário. E no setor público, a dimensão da falta de estrutura para o atendimento a gestante de alto risco, além de problemas no processo de atendimento.

O registro de complicações ocorridas durante o parto foi de 0,5% no SUS e 0,09% nos convênios, ambos com concentração na faixa etária de 15 a 49 anos. A princípio, dispendo de boa estrutura de serviços e contando com profissionais qualificados, é possível disponibilizar atendimento ao pré-natal e ao parto, de forma a não ocorrer problemas durante o parto. Por isso, parece-nos importante agregar mais informações sobre o perfil das pacientes atendidas, para avaliar a atenção a gestante oferecida pelos dois sistemas. Análise semelhante é dada pelas taxas de complicações após o parto, sendo 0,09% no SUS e 0,04% nas internações financiadas por convênios.

A análise dos procedimentos que caracterizam a assistência hospitalar obstétrica e neonatal demonstrou que o CIH é um instrumento importante na complementação do acompanhamento a esse tipo de assistência, implantado pela ANS, através do Sistema de Informações de Produtos, por permitir calcular as taxas para avaliação assistencial preconizadas pela ANS, com o ganho adicional de que as mesmas podem ser elaboradas por faixa etária e espaço geográfico de ocorrência do evento e de residência da paciente.

4. -CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Do universo de 921 unidades hospitalares ativas, pelos cadastros do Ministério da Saúde e Receita Federal, contou-se com informações de 832. Considerando o número de unidades mistas, que podem não estar prestando assistência hospitalar, podemos inferir que este estudo tem cobertura de 90% a 93% das unidades hospitalares do Estado.

Validado por pesquisa do IBGE (2002) que contou 192 estabelecimentos com plano próprio, o estudo identificou 196 hospitais com vínculo de propriedade com operadoras de planos de saúde. Isso significou 35% dos hospitais que internaram com financiamento de convênios.

A reavaliação dos registros que compõem a base de dados desse estudo, originária do CIH, mediante reaplicação da rotina de consistência de dados utilizada pelo DATASUS, permitiu identificar um alto grau de consistência dos mesmos.

O volume de internações no Estado de São Paulo em 2002 ultrapassou os três milhões e ocorreram em 374, que possuem pelo menos um hospital, dos 645 municípios do Estado. O financiamento por convênio, responsável por 29,8% das internações, esteve presente em 75,7% dos municípios que internaram e em 67,7% dos hospitais.

Na análise da distribuição das internações ocorridas, identificou-se o Estado e municípios financiando internações com recursos próprios, sendo demonstrado a utilização de recurso municipal para atender pacientes de vários municípios.

A distribuição do atendimento hospitalar com financiamento particular acompanha, em número de hospitais e municípios, o atendimento remunerado por convênios.

A abrangência dos dois sistemas de financiamento, SUS e convênios, é muito ampla, mas chama a atenção o volume de internações de beneficiários residentes fora do município de localização do hospital e deve ser objeto de estudos futuros, visando identificar suas causas e possíveis impactos.

Apesar de o número de internações de pacientes de outros Estados ser em torno de 1%, o número de municípios envolvidos pode indicar a necessidade de investimento em estrutura de assistência hospitalar fora do Estado de São Paulo ou no processo de trabalho da rede atual.

Identificado que mesmo sendo necessário à ANS, o acompanhamento da distribuição de assistência e despesa nas dez faixas etárias preconizadas para o setor, é importante a decomposição em intervalos mais detalhados, pois o mesmo poderá indicar o direcionamento do mercado de saúde suplementar, decorrente do envelhecimento de alguns grupos de beneficiários e adiantar a previsão de seus efeitos.

A análise da distribuição da população e de beneficiários por região de saúde indicou que, em algumas regiões, a proporção do grupo de beneficiários é maior, quando comparada à proporção da população no total do Estado, mas essa informação pode ter sofrido o viés da forma de captura do dado de residência do beneficiário.

A alteração do cadastro de beneficiários, em curso pela ANS, qualificará o processo de captura do dado que origina essa informação, permitindo obter subsídios para o estabelecimento de normas e parâmetros de dimensionamento da rede prestadora de serviços assistenciais. A análise histórica, da correta distribuição geográfica dos beneficiários, permitirá identificar a tendência desse mercado e a necessidade de investimentos na estrutura de serviços.

Os dados do estudo demonstraram que o número médio de internações pagas pelo SUS, por 100 habitantes, na população residente no Estado de São Paulo foi de 5,6, enquanto que nos convênios, a média foi de 5,7, indicando não haver grandes diferenças de acesso pelos dois sistemas.

Porém, quando agregamos ao SUS, as internações com financiamento de outras fontes, esse número passa a 8,5 o que demonstra uma outra situação da assistência hospitalar. Se, descontarmos da população residente, o número estimado de beneficiários com assistência hospitalar, o número médio de internações sobe para 10,2.

Mesmo considerando a dificuldade em quantificar o número de beneficiários com cobertura de assistência hospitalar, defendemos a integração das bases de dados públicas e introdução de mecanismos de qualificação das informações, visando otimizar a utilização da estrutura existente de forma a racionalizar recursos e impactar positivamente nas condições de saúde e de vida da população brasileira.

A análise dos procedimentos que caracterizam a assistência hospitalar obstétrica e neonatal demonstrou que o CIH é um instrumento importante na complementação do acompanhamento a esse tipo de assistência, implantado pela ANS, através do Sistema de Informações de Produtos, por permitir calcular as taxas para avaliação assistencial

preconizadas pela ANS, com o ganho adicional de que as mesmas podem ser elaboradas por faixa etária e espaço geográfico de ocorrência do evento e de residência da paciente.

O estudo, realizado em caráter exploratório, não analisou todas as variáveis disponíveis, mas dada a importância para acompanhamento da assistência recomendamos que futuramente seja analisado o perfil de utilização dos serviços, com base no procedimento realizado, motivo de saída e diagnóstico secundário.

Embora o CIH não tenha sido criado com a função de subsidiar as atividades de regulação do setor de saúde suplementar, o desenvolvimento do estudo aqui proposto permitiu validar esse recurso e apresentá-lo como instrumento útil para o acompanhamento da assistência prestada a beneficiários de planos de saúde, além de reconhecer sua potencialidade para a criação de um sistema de monitoramento das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Um dos pontos identificados por este estudo foi o de que o conhecimento obtido pela análise dos dados coletados pelo CIH poderá subsidiar a atividade reguladora exercida pela ANS, entre os quais destacamos o dimensionamento da rede prestadora de serviços hospitalares, visando à proximidade geográfica entre o hospital e o beneficiário coberto pela assistência hospitalar e sua adequação à complexidade dos serviços oferecidos pelos planos à necessidade do beneficiário coberto pela assistência hospitalar.

O resultado obtido permite, ainda, propor que o conhecimento do perfil de morbidade hospitalar incentive a implementação de protocolos de atendimento que busquem melhorar o processo de atenção à saúde, com rotinas de prevenção e promoção da saúde de forma a impactar positivamente nas condições de vida e saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Desde sua implantação, porém, o CIH ainda não havia sido analisado. Em vista disso, considerando a especificidade do objeto de regulação dado pela saúde suplementar, fazemos as recomendações que se seguem, com o objetivo de otimizar a utilização desse recurso pela ANS:

- ♦ Compatibilização da base de dados do CIH com a base de dados da rede prestadora de serviços, registrada nos planos de saúde com segmentação hospitalar, através da implementação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –

CNES na solicitação à ANS, do registro de planos de saúde com segmentação hospitalar.

Essa medida permitirá à ANS monitorar a participação da rede de prestadores cadastrados pelas operadoras na prestação da assistência a beneficiários de planos de saúde.

- ♦ Compatibilização da base de dados do Comunicado de Internação Hospitalar – CIH com o Sistema de Informações de Produtos – SIP, mediante a implementação no CIH da variável de identificação da fonte pagadora, sendo CGC para pessoas jurídicas e CPF para pessoas físicas, e padronização dos glossários dos dados coletados e rotinas de tratamento dos mesmos, de tal forma a ser possível analisar a assistência prestada com dados oriundos das operadoras, através do SIP, e da rede prestadora, através do CIH, tendo a identificação da operadora como variável comum às duas bases;
- ♦ Capacitação de recursos humanos em estudos epidemiológicos de serviços prestados.

A validação do CIH e a demonstração de viabilidade de sua integração com outras bases de dados públicas reforçam a importância da diretriz do Ministério da Saúde em integrar as bases de dados públicas que, num esforço conjunto dos gestores possam ser qualificadas e utilizadas como ferramentas nas decisões próprias de cada esfera e setor, como também subsidiar a definição de estratégias de implantação do SUS.

Quando da incorporação do CIH à base de dados da ANS, recomendamos que as estratégias de viabilização dessa medida incorporem os gestores estaduais e municipais, com a finalidade de proporcionar um ganho geral para o sistema de saúde do país.

5. -BIBLIOGRAFIA

Akutsu L, Pinho, J.A.G. Sociedade da informação, accountability e democracia delegativa: investigação em portais de governo no Brasil. *Rev.Adm.Pública*. Rio de Janeiro. 36(5): 723-45. set/out.2002.

Almeida C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília; IPEA; nov. 1998. 81 p.

Azevedo, Antonio Carlos. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev.Saúde Pública*. 1991; 25:64-71.

Bahia, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):329-339, 2001.

Barbieri, Ana Rita; Hostale, Virginia Alonso. Relações entre a regulação e controle na reforma adminiostrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. *Rev.Adm.Pública*. Rio de Janeiro 36(2):181-93. mar/abr. 2002

Barreto M.L., Carmo E.H. *Situação da saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde*. *Informe Epidemiológico do SUS*. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. CENEPI. jul-dez.1994.7-34.

Barros, Luiz Carlos Mendonça. *As Agências reguladoras e a terceirização do governo*. Folha de São Paulo. 14.03.2003.

Borrell, C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: *Condições de Vida e Situação de Saúde* (Barata.R.B., org.) pp 167-195, Rio de Janeiro: Abrasco.1997

Brasil. 1995. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração e Reforma do Estado, Brasília, 86 p.

Brasil. Decreto nº 4.553, de 17 de dezembro de 2002a. Dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de interesse da segurança da sociedade e do Estado, no âmbito da Administração Pública Federal e dá outras

providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/decreto/2002/> Acesso em 30 nov. 03.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. Brasil / IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p.

Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 29 nov. 2003.

Brasil. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução nº 7, de 04 de novembro de 1998. Informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas na Lei nº 9.656/98. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/>. Acesso em 29.nov.2003.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução RDC 4, de 18 de fevereiro de 2000a. Altera a rotina de registro provisório de produtos. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/> . Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Resolução RDC 24, de 13 de junho de 2000b. Aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Alterada pela RN 24 de,15 de janeiro de 2003 e RN 50, de 31 de outubro de 2003. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/>. Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Resolução RDC 64, de 10 de abril de 2001a. Designa médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/> . Acesso em 29 nov. 2003.

_____.Resolução RDC 85, de 21 de setembro de 2001b. Institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Alterada pelas RN 02, de 21 de fevereiro de 2002, Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/> . Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Resolução RN 17 de 11 de novembro de 2002a. Normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras. Revoga a RDC 3. Alterada pela RN 37, de 05 de maio de 2003 e RN 53 de 14 de novembro de 2003. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/> . Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Resolução RN 21 de 12 de dezembro de 2002b. Proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde e altera a RDC nº 24, de 13 de junho de 2000. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/> . Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Resolução RN 42 de 04 de julho de 2003. Requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência a saúde e prestadores de serviços hospitalares. Alterada pela RN 49, de 21 de outubro de 2003. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislação/> . Acesso em 29 nov. 2003.

_____. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. 264 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 76)

_____. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002, 264 p.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Regulamentação dos Planos de Saúde*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [Apresentado no Simpósio dos Planos de Saúde; 2001 ago. 28-29; Brasília] (Reuniões e Conferências; 14)

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre o *Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)*. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. 88 p. (Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Grupo Especial para a Descentralização. *Uso e disseminação de informações em saúde; subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS*. Oficina de Trabalho; relatório final/Ministério da Saúde;

Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; Abrasco, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual de preenchimento de autorização de internação hospitalar (AIH). Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 1990. 42 p.

_____. Manual do SIH/SUS. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. 2000. 68 p.

_____. Portaria 1.890 de 18 de dezembro de 1997. Determina a atualização do Cadastro de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT).

_____. Portaria 231 de 08.12.98. Trata do Cadastro de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT).

_____. Portaria GM 221 de 24.03.99. Publicada no DOU nº 57, Seção I, p.15 de 25.03.99. Dispõe sobre o Comunicado de Internação Hospitalar

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Portaria 213 de 11.05.99. publicada do DOU de 12.05.99, seção I. Dispõe sobre o Comunicado de Internação Hospitalar

_____. Portaria 9 de 23.01.98. Trata do Cadastro de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT).

_____. Portaria 1.002 de 20.12.2002 Dispõe sobre o Comunicado de Internação Hospitalar

_____. Portaria 9 de 23.01.98. Trata do Cadastro de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT).

Campos A.M., Ávila J.P.C., Silva Jr. D.S.. Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 34(5):29-46, set/out.2000.

Carandina, Luana. Estudos de morbidade: usos e limites. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2):65-66. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

Carvalho G., Rosemberg C.P., Buralli K. Avaliação de ações e serviços de saúde. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. jan/fev. 2000; v. 24 (1):72-88

Carvalho, A. O.; Eduardo M. B. P. *Sistemas de informação em saúde para municípios*. São Paulo; Instituto para o Desenvolvimento da Saúde / Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar / Banco Itaú; 1998. 98 p. (Saúde & Cidadania, v. 6)

Carvalho, Déa Mara. Grandes sistemas Nacionais de Informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico SUS*, v(4), out/dez/1997, p.7-46

Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2): 115-117. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

César C.L.G., Figueredo G.M., Westphal M.F., Cardoso M.R.A., Costa Z. de A., Gattás V.L. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev.Saúde Publica*. 1996; 30(2):153-160,

César, Chester Luiz Galvão. O enfoque de risco na programação em saúde. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2):67-70. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

Chauí, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1995, cap.7 As ciências.p 247-287

Conselho Federal de Medicina (CFM). *Código de ética médica*: resolução CFM nº 1246/88. 3. ed. Brasília, 1996. 96 p.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.331 de 1989.

Contandriopoulos, A.P. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. cap. 2-3, 35-74p.

Costa N. R., Ribeiro J. M., Silva P.L.B, Melo M.C. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, nº 35 (2), p.193-228, mar/abr, 2001

Costa, Frederico Lustosa. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. in: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 32 (4), p. 71-82,. jul/ago, 1998

Costa, N.R. et all. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 35(2):193-228, mar/abril. 2001.

Demo, P. *Introdução à metodologia da ciência*. São Paulo:Atlas, 1988, p.113-118

Dever, G.E. Alan. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.

Farias, Luís Otávio. *Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):405-416, 2001.

Ferreira, A. B. H. *Dicionário Aurélio Eletrônico Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Lexikon. versão 3.0. nov.1999.

Figueredo, Luiz Fernando. *Perspectivas de mercado e autoprogramas de saúde terceirizados em entidades fechadas de previdência privada*. ABRAPP. Revista do Congresso. [20º Congresso Brasileiro dos Fundos de Pensão. Previdência e desenvolvimento: ações integradas; 1999 out. 04-07; São Paulo]

Fortes, P. A. de Carvalho. *Ética e Saúde*. São Paulo. EPU. 1998. 119 p.

Gane, Chris; Sarson, Trish. *Análise estruturada de sistemas*. Rio de Janeiro. LTC. 1993. 257 p.

Gouvêa C.S. D., Travassos C., Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil – 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, 31 (6): 601-17, 1997

Henriques, Cláudio Maierovich Pessanha. A epidemiologia e as práticas de saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2):119-121. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

Hossne, W. S. Prontuário médico: aspectos éticos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 75-79, abr./jun. 1992.

Lane, Jan-Erik. Public Sector Reform: Only deregulation, privatization and marketization?. In: Public Sector Reform

Laurenti R. et al. *Estatísticas de Saúde*. São Paulo: EPU, 1985. 186 p

Laurenti R. *Necessidades de saúde da população. Evolução e tendências*. In: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 1979-1994: 15 anos do programa de aprimoramento profissional. p.18-24 [Seminário comemorativo. Fundação do Desenvolvimento Administrativo; 1995, São Paulo]

Laurenti, R. *A importância do perfil epidemiológico na gestão dos planos de saúde*. [Palestra proferida na ABRASPE; 1999 fev 23; São Paulo]

Laurenti, R. *Pesquisas na área de classificação de doenças*. *Saúde e Sociedade*. 1994; 3(2): 112-126.

Laurenti, R; Buchalla, Cássia Maria. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. *Cad.Saúde Pública*; Rio de Janeiro, 15(4):685-700, out-dez. 1999

Lebrão M.L. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Revista de Saúde Pública*, 12: 234-49, 1978

Lebrão M.L. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*; 33(1): 55-63, 1999.

Lebrão M.L. Estatísticas Hospitalares. In: *Estudos de Morbidade*. São Paulo. EDUSP; 1997. p.29-45

Lebrão, M.L. Classificações de doenças em morbidade. In: *Estudos de Morbidade*. São Paulo. EDUSP; 1997. p.29-45

Lebrão, M.L. Estudos de morbidade: usos e limites. *Saúde de Sociedade*. 1995; 4(1/2):51-57. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

Levcovitz E, Lima L.D., Machado, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291, 2001.

Loverdos, Adrianos. *Auditoria e análise de contas médicos-hospitalares*. São Paulo: Editora STS, 1997. 95 p.

- Mathias T.A.de F, Soboll, M.L.de M.S. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 32 (6):526-32, 1998
- Mathias, T.A.F, & Soboll, M.L. de M.S. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. *Revista de Saúde Pública*, 30: 224-32, 1996.
- Melo Jorge, M.H.P. *As Condições de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2000.
- Mezzomo, A. A. Redução de custos e o serviço do prontuário do paciente. *Hospital Administração e Saúde.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 59-62, mar./abr. 1992.
- Moraes, I.H.S. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994
- Mota, E. Carvalho, D. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. *Epidemiologia e saúde*. 5.ed.Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.505-521.
- Noronha, Marina Ferreira de. *Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os diagnosis related groups*. São Paulo; s.n.;2001. [318]p. Tese apresentada a universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor.
- Novaes, H.Maria Dutilh; Tanaka, Oswaldo Y. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2): 111-113. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]
- Novaes, Hillegonda Maria D, Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev.Saúde Pública*. out. 2000; 34(5)
- Nunes, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.:Brasília, 1997
- Oliveira, G. Características de uma boa agência reguladora. *Folha do Estado de São Paulo*. São Paulo. 29.09.01.
- Oliveira, L.C.M. de B. As agências reguladoras e a terceirização do governo. *Folha do Estado de São Paulo*. São Paulo. 14.03.03.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Doenças*. 10ª revisão Centro da OMS para Classificação de Doenças. São Paulo. EDUSP. 1997.

- Pereira, M.G. Serviços de saúde. In: *Epidemiologia: teoria e prática*. cap. 23 513-537. Guanabara.Koogan
- Pinheiro I.A. Motta, P.C.D. A condição de autarquia especial das agências reguladoras e das agências executivas e as expectativas sobre a qualidade da sua gestão. *Rev. Adm.Pública*. Rio de Janeiro. 36(3):459-83. maio/jun. 2002.
- Portela, M.C. et al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde SIH/SUS Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4). Rio de Janeiro, Oct/Dec. 1997.
- Przeworski, Adam. Sobre o desenho do Estado: Uma perspectiva agente x principal. in: Bresser Pereira, L.C., Spink, P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998. 39-73
- Rebello, M. S.; Rodríguez, P. C.; Fonseca, C. F.; Rebello, P. A. P. Importância do registro em prontuário para implantação de um sistema de informações. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 115-117, jul./set. 1993.
- Ribeiro, J.M, Costa, N.R. e Silva, P.L.B. Políticas de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface.Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu. nº 6. fev/2000.
- Rocha, Juan Stuardo Yazlle; Simões, Breno José Guanais. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996, *Rev. Saúde Pública*;33(1):44-54, 1999,
- Santos, I. S. *Planos privados de assistência a saúde no mundo do trabalho* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; s.n; 2000. 128 p. tab, graf.
- Santos, L.A. Contratos de Gestão e agências reguladoras. *Folha do Estado de São Paulo*. São Paulo. 05.12.03
- Tanaka O. Y., Melo, C. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. *Rev.Adm.Pública*. Rio de Janeiro 36(2):195-211.mar/abr.2002

Tomita N.E. Estudos de morbidade: usos e limites. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2):59-63. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

UNICAMP, NESUR/I.E., NEPO. *Aglomerados de Saúde: São Paulo*. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

Viana, S.M. et all. *Medindo desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS. IPEA, 2001. 224 p.

Waldman E.A.. A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo, *Mundo Saúde*, São Paulo, 24(1):10-8, jan-fev. 2000

Yazlle Rocha, J.S. Do caos mercantilista à racionalidade de saúde: a reconstrução do processo assistencial. *Saúde e Sociedade*. 1995; 4(1/2):123-125. [apresentado no I Encontro Paulista de Epidemiologia; 1995 mar 09-11; São Paulo]

Zucchi P. *Seguro saúde no Brasil: tendências de consumo* . Dissertação (Doutorado) . Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n; 2002. 148 p.

Anexos

ANEXO - 1. Comunicado de Internação Hospitalar

Coleta de Dados do Hospital

CGC _____
Nome _____
UF _____

Coleta de Dados da Internação

MS/SE/DATASUS/CTI	SISCIH01 1.03	Data do Registro
----- Internação -----		
Competência ____/____/____		
Prontuário _____	Data da Internação ____/____/____	
----- Dados da Paciente -----		
Nome _____		
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo ____	CNS _____
Logr. _____	Nº _____	Compl. _____
Código IBGE do Município _____	UF ____	CEP _____ - ____
----- Dados da Internação -----		
Data da Saída ____/____/____	Diag. Princ. ____	Diag. Sec. ____
Proc. Realiz. ____-____-____-____	Fonte Remu ____	Tipo de Alta _____

ANEXO - 3.Descrição de arquivos e tabelas

Arquivo: CIHSP02C

Conteúdo: Comunicados de Internações Hospitalares – CIH, referentes às internações remuneradas por convênios, no Estado de São Paulo, em 2002

Fonte: 1. arquivo CISPAAMM disponibilizado pelo DATASUS/MS na rede BBS e
2. variáveis criadas para viabilizar o estudo.

Layout:

1. LAYOUT DOS ARQUIVOS CISPAAMM OBTIDOS NA BBS			
CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CGC_HOSP	C	14	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Hospital que envia o CIH.
COD_MUN	C	6	Código IBGE do município de residência do paciente.
UF_PAC	C	2	Sigla de identificação da Unidade Federada de residência do paciente.
CEP	C	8	Código de Endereçamento Postal da residência do paciente .
DATA_NASC	C	8	Dia, mês de ano de nascimento do paciente, no formato DDMMAAA.
SEXO	C	1	Código de identificação do paciente 3, F ou f = feminino 1, M ou m = masculino
CNS	C	11	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.
PROC_REA	C	8	Código do procedimento realizado com base na tabela de procedimentos do SIH/SUS.
DIAG_PRI	C	4	Código do diagnóstico principal com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão.
DIAG_SEC	C	4	Código do diagnóstico secundário com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão. Campo não obrigatório.
DATA_INTER	C	8	Dia, mês de ano de internação do paciente, no formato DDMMAAA.
DATA_ALTA	C	8	Dia, mês de ano de saída do paciente, no formato DDMMAAA.
TIPO_ALTA	C	2	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS.
FONTE_REM	C	1	Código de identificação da fonte de remuneração da internação P, p e 1 = particular C, C e 2 = convênio 3 = gratuito 4 = financiado/SES 5 = financiado/SMS
UF_HOSP	C	2	Sigla de identificação da Unidade Federada de localização do Hospital
COMPET	C	6	Mês e ano de competência, no formato MMAAAA
FREQ	N	5	
UF	C	50	

Arquivo: CIHSP02C (continuação)

2. CAMPOS ACRESCIDOS AOS ARQUIVOS CISPAAMM OBTIDOS NA BBS			
CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
MUNIC_MOV	C	6	código IBGE do município de localização do hospital, obtido no arquivo HOSP_CIH, através do campo CGC_HOSP
MUNIC_RES	C	6	preenchido com o conteúdo do campo COD_MUN
PERM	N	5	número de dias que o paciente permaneceu internado
PERM_SUS	N	5	preenchido com o dado da tabela DAIH050 através do PROC_REA
ADPERM	C	1	preenchido com o dado da tabela DAIH050 através do PROC_REA
COD_IDADE	C	1	classificação do campo idade em: 0 = ignorada; 2 = dias; 3 = meses e 4 = anos
IDADE	N	2	a idade do beneficiário na data de internação
MORTE	N	1	preenchido mediante relacionamento com a tabela CIH_COBR através do campo TIPO_ALTA. S= c/óbito N = s/óbito
GESTAO	C	1	preenchido mediante relacionamento com a tabela HOSP_CIH, através do campo CGC_HOSP
NATUREZA	C	2	ser preenchido mediante relacionamento com a tabela HOSP_CIH
MÊS_ANO	C	6	mês e ano de saída do beneficiário internado
COBRANCA	C	2	preenchido com campo TIPO_ALTA
DIAG_PRINC	C	4	preenchido com o campo DIAG_PRI
DIAG_SECUN	C	4	preenchido com o campo DIAG_SEC
VL_TUNEP	N	13,2	valor do procedimento preenchido por relacionamento com a tabela TUNEP através do código do procedimento realizado.
V_CGC_HOSP	C	1	consistido com a tabela HOSP_CIH S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_MUNIC_RES	C	1	consistido com a tabela CADMUN S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_CEP	C	1	consistido com a tabela de CEP/BRASIL S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_CEP_RES	C	1	consistido o município de residência mediante relacionamento do campo COD_MUN, do arquivo CIHSP02C e o campo CD_MUNICIP da tabela TAB_CEP. S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação ou quando o campo V_CEP = N
V_DT_NASC	C	1	inferior ou igual à data de internação e inferior à data de alta S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_SEXO	C	1	válido para os valores 1, 3, F ou f, M ou m S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_PROC_REA	C	1	consistido PROC_REA com a tabela DAIH050 S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação

Arquivo: CIHSP02C (continuação)

2. CAMPOS ACRESCIDOS AOS ARQUIVOS CISPAAMM OBTIDOS NA BBS			
CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
V_PROC_SEX	C	1	consistido PROC_REA e SEXO com a tabela DAIH050, considerando os códigos aceitos para o campo SEXO. S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação ou quando V SEXO = N ou V PROC_REA = N
V_PROC_IDA	C	1	consistido PROC_REA e o intervalo para IDMIN e IDMÁX da tabela DAIH050 S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação ou quando V IDADE = N ou V PROC_REA = N
V_PROC_CID	C	1	consistido cruzamento entre os campos proc-rea e cid_prin com o arquivo DAIH060. S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação quando o proc_rea não tiver em DAIH060.
V_DT_INTER	C	1	igual ou superior à data de nascimento S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_DT_ALTA	C	1	igual ou superior à data de internação S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_FONTE_RE	C	1	válida para os valores: 1, 2, 3, 4, 5, P, C, p, c, S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_COMPET	C	1	consistido com mês e ano de saída S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_DIAS_PER	C	1	inválido quando data de internação ou de alta for inválida S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_IDADE	C	1	inválido quando data de nascimento ou de alta for inválida S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação ou quando V DT_NASC = N ou V DT_INTER = N
V_COBRANCA	C	1	validado com a tabela de motivos de saída S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_DIAG_PRINC	C	1	validado com a tabela CID S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
V_DIAG_SECUN	C	1	validado com a tabela CID S = consistido/válido N = inconsistente/inválido 0 = s/informação
PROBL_REG	C	1	Validação das 13 variáveis analisadas S = Sim N = Não

Arquivo: HOSP_CIH

Conteúdo: Identificação dos hospitais do Brasil

Fonte: Cadastro de Internação Hospitalar – CIHSP em dezembro/02

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES em maio/03³²

Tabela de hospitais do Sistema de Registro de Produtos de Saúde – RPS

Arquivo: CIHSP02C

Layout:

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CGC_HOSP	C	14	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Hospital
RAZAO	C	50	Razão Social do Hospital
NATUREZA	C	2	Natureza jurídica do hospital junto ao DATASUS, quando houver
GESTAO	C	1	Gestão do hospital pelo SUS, quando houver
RSAUDCOD	C	4	Código da região de saúde
MUNIC_MOV	C	6	Código IBGE do município de localização do hospital
HOSP_OPER	C	1	Flag de indicação da situação do hospital como propriedade de operadora de plano de saúde S – indicação de propriedade no cadastro de rede do plano na ANS N- indicação de não propriedade no cadastro de rede do plano na ANS O – indicação de hospital de propriedade de operadora e registrado como operadora na ANS
TOTAL	N	6	Total de internações do hospital
OCOR_RES	N	6	Total de internações do hospital de pacientes residentes no mesmo município do hospital
RES_REG	N	6	Total de internações do hospital de pacientes residentes em outros municípios da região de saúde do hospital
RES_O_R	N	6	Total de internações do hospital de pacientes residentes em outras regiões de saúde que não a do hospital
RES_O_E	N	6	Total de internações do hospital de pacientes residentes em outros estados
RES_M_I	N	6	Total de internações do hospital de registros em que o campo município de residência seja inválido

³² utilizado para identificação dos hospitais sem vínculo com o SUS visto que o CIH registra apenas o CNPJ.

Arquivo: HOSP_CIH (continuação)

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
T_OCOR_RES	N	6,2	Taxa de internações de pacientes residentes no mesmo município do hospital = $OCOR_RES / TOTAL * 100$
T_RES_REG	N	6,2	Taxa de internações de pacientes residentes na mesma região de saúde do hospital = $RES_REG / TOTAL * 100$
T_RES_O_R	N	6,2	Taxa de internações de pacientes residentes em outras regiões de saúde que não a do hospital = $RES_O_R / TOTAL * 100$
T_RES_O_E	N	6,2	Taxa de internações de pacientes residentes em outros estados = $RES_O_E / TOTAL * 100$
T_RES_M_I	N	6,2	Taxa de internações de pacientes em municípios de residência não identificados = $RES_M_I / TOTAL * 100$
T_INT_M	N	8	Total de internações ocorridas no município de localização do hospital
T_INT_R_M	N	8	Total de internações de pacientes residentes no município de localização do hospital.
T_INT_O_M	N	8	Total de internações de pacientes residentes nos demais municípios da região de saúde
T_INT_O_R	N	8	Total de internações de pacientes residentes nas demais regiões de saúde, que não a do hospital
T_INT_O_E	N	8	Total de internações de pacientes residentes em outros estados
P_MUN	N	3	Posição do hospital no total de internações de pacientes residentes no município de localização do hospital
P_O_M	N	3	posição do hospital em relação aos outros hospitais nas internações de residentes do município
P_O_R	N	3	posição do hospital em relação outros hospitais da região de saúde, nas internações de pacientes residentes em outras regiões
P_O_E	N	3	posição do hospital em relação a outros hospitais que internaram pacientes residentes em outros estados.

Tabela: CADMUN

Conteúdo: Cadastro de Municípios

Fonte: DATASUS

Layout³³:

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CADMUN	C	6	Código IBGE de identificação do município.
MUNNOME	C	50	Nome do município
RSAUDCOD	C	4	Código de identificação da região de saúde na UF

Tabela: CADRSAUD

Conteúdo: Cadastro de Região de Saúde

Fonte: DATASUS

Layout:

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
RSAUDCOD	C	4	Código de identificação da Região de Saúde
RSAUDNOME	C	50	Nome da Região de Saúde
RSAUDNOMEX	C	50	Nome da Região de Saúde – em letras maiúsculas
RSAUDABREV	C	25	Abreviação do nome da Região de Saúde
UFCOD	C	2	Código IBGE de identificação da UF da Região
MSAUDCOD	C	4	Código da macro região

³³ Descrita apenas a parte do arquivo utilizada nesse estudo.

TABELA: CIH_COBR**Conteúdo:** Cadastro dos motivos de saída**Fonte:** CIH/SUS**Layout:**

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CD_COBR	C	2	Código do motivo de saída
MORTE	C	1	Flag de indicação de saída por óbito, sendo: S = sim e N = Não
DE_COBR	C	60	Descrição do motivo de saída

CD_COBR	DE_COBR
11	Alta - curado
12	Alta - melhorado
13	Alta - inalterado
14	Alta - a pedido
15	Alta - internado para diagnóstico
16	Alta - administrativa
17	Alta - por indisciplina
18	Alta - por evasão
19	Alta - para complementação em regime ambulatorial
41	Óbito - com necropsia até 24 horas da internação
42	Óbito - com necropsia até 48 horas da internação
43	Óbito - com necropsia após 48 horas da internação
44	Óbito - da parturiente com necropsia com permanência do recém nascido
51	Óbito - sem necropsia até 24 horas da internação
52	Óbito - sem necropsia até 48 horas da internação
53	Óbito - sem necropsia após 48 horas da internação
54	Óbito - da parturiente sem necropsia com permanência do recém nascido
71	Alta - da parturiente com permanência do recém nascido

Tabela: DAIH050**Conteúdo:** Consistências de procedimento e diagnóstico**Fonte:** SIH/SUS**Layout:**

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CODIGO	C	8	código do procedimento
DESCR	C	74	descrição do procedimento
TEMPO	C	3	tempo de permanência médio
VAL11	N	12,2	SH
VAL12	N	12,2	SP
VAL13	N	12,2	SADT
PTOSATO	N	8	pontos dos atos para o cirurgião
PTOSANEST	N	19	ponto do anestesista, não é mais utilizado
SEXO	C	1	Indicação de consistência do procedimento com o sexo 1 = válido para o sexo masculino 3 = válido para o sexo feminino 5 = válido para ambos os sexos
IDMIN	N	2	idade mínima para execução do procedimento
IDMAX	N	2	idade máxima para execução do procedimento
VERSAO	C	2	controle interno
RESULT	C	8	controle interno
ADPERM	C	1	admissão de permanência a maior 1 = admite 2 = não admite
GRUPO	C	8	código do grupo de procedimento

Tabela: DAIH060**Conteúdo:** Identificação dos diagnósticos permitidos para cada procedimento**Fonte:** SIH/SUS**Layout:**

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CODIGO	C	8	Código do procedimento
CID10	C	4	Código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças – 10ª. revisão

Tabela: DCIH500

Conteúdo: Identificação de consistências de diagnóstico e sexo

Fonte: aplicativo CIH/SUS

Layout:

CAMPO	TIPO	TAM.	DESCRIÇÃO
CID10	C	4	Código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças – 10 ^a . revisão
OPC	C	1	<i>Flag</i> de indicação de que o diagnóstico refere-se a doença de notificação compulsória, sendo: + = sim
CAT	C	1	Indicação se campo CID10 indica um grupo de diagnóstico, sendo S = sim e N = não
SUBCAT	C	1	Indicação se campo CID10 indica um subgrupo de diagnóstico, sendo S = sim e N = não
DESCR	C	50	Descrição do código do diagnóstico
RESTRSEXO	C	1	indicação de restrição do diagnóstico em relação do sexo do paciente, sendo 1= restrição ao sexo feminino 3 = restrição ao sexo masculino 5 = sem restrição para ambos os sexos

ANEXO - 4.Relação de procedimentos de assistência obstétrica e neonatal

PROCEDIMENTOS PÓS-ABORTO:

Curetagem pós-aborto	35014016
Cirurgia da prenhez ectopica	35008016
Esvaziamento uterino pós-aborto p/aspiração manual	35088010

INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ:

Cerclagem do colo uterino	35018011
Intercorrência obstétrica em gestante de alto risco	35031018
Intercorrência obstétrica.em atendimento secundário	35032014
Infecção ap.genital durante gravidez	69000018
Infecção da parede abdominal pós-cesariana	69000034
Peritonite pós-cesariana	69000042
Pré-eclampsia grave	69000050
Eclampsia	69000069
Hiperemese gravídica (forma média)	69000077
Hiperemese gravídica (forma grave)	69000085
Infecção do parto e do puerpério	69000093
Falso trabalho de parto	69000107
Ameaça de aborto	69000115
Rotura prematura das membranas	69000123
Gravidez molar sem parto	69000131
Hemorragias da gravidez	69000140
Trabalho de parto prematuro	69000204
Intercorrências clínicas da gravidez gestante alto risco	69500010
Intercorrências clínicas c/ atendimento secundário gestante alto risco	69500029

ASSISTÊNCIA AO PARTO:

Assistência no período premonitório e ao parto normal	35086017
Assistência no período premonitório e ao parto normal	35087013

COMPLICAÇÕES NO PARTO:

Laparotomia para histerorrafia	35012013
Embriotomia	35013010
Tratamento cirúrgico da inversão uterina aguda pós-parto	35015012
Redução manual da inversão uterina aguda pós-parto	35016019
Descolamento manual da placenta	35017015
Sutura de lacerações do trajeto pélvico	35019018

PARTOS NORMAIS:

Parto normal	35001011
Parto com manobras	35006013
Parto com eclampsia	35007010
Parto normal com atendimento do recém nascido na sala de parto	35021012
Parto com eclampsia com atendimento do recém nascido na sala de parto	35023015
Parto com manobras com atendimento do recém nascido na sala de parto	35024011
Parto normal – exclusivamente para hospitais amigos criança	35025018
Parto normal em gestante de alto risco	35027010
Parto normal sem distocia realizado por enfermeira (o) obstetra	35080019

PARTOS CESÁREOS:

Cesariana	35009012
Cesariana com atendimento do recém nascido na sala de parto	35022019
Cesariana – exclusivamente para hospitais amigos da criança	35026014
Cesariana em gestante de alto risco	35028017
Cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesáreas sucessivas	35082011
Cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesáreas sucessivas	35083018
Cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesáreas sucessivas	35084014
Cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesáreas sucessivas	35085010

COMPLICAÇÕES APÓS O PARTO:

Histerectomia puerperal	35011017
-------------------------	----------

ATENDIMENTO DO RECÉM NASCIDO NA SALA DE PARTO:

Atendimento de RN na sala do parto	95001018
Atendimento ao RN na sala do parto II	95002022
Atendimento de RN de baixo peso 71300120	
Parto normal com atendimento do RN na sala do parto 35021012	
Parto com eclampsia com atendimento do RN na sala do parto 35023015	
Parto com manobras com atendimento do RN na sala do parto 35024011	
Parto normal – exclusivamente para hospitais amigos da criança	35025018
Cesariana com atendimento do RN na sala do parto	35022019
Cesariana – exclusivamente para hospitais amigos da criança	35026014

ANEXO - 5. Tabelas complementares:

TABELA 1

Situação das variáveis dos registros de internações financiadas por convênios – Estado de São Paulo – 2002.

VARIÁVEIS	VÁLIDAS	% VÁLIDAS	NÃO VÁLIDAS	% NÃO VÁLIDAS	S/INF.	% S/INF.	TOTAL
Obrigatórias							
CNPJ do Hospital	976.913	100,0	0	0,0	0	0,0	976.913
motivo de cobrança ¹	976.828	99,9	84	0,0	1	0,0	976.913
diagnóstico principal	976.509	99,9	404	0,0	0	0,0	976.913
município de residência	976.459	99,9	454	0,0	0	0,0	976.913
procedimento realizado	976.913	100,0	0	0,0	0	0,0	976.913
sexo	976.907	100,0	6	0,0	0	0,0	976.913
data de alta	974.691	99,8	2.222	0,2	0	0,0	976.913
data de internação	972.348	99,5	4.565	0,5	0	0,0	976.913
data de nascimento	972.820	99,6	4.093	0,4	0	0,0	976.913
Cruzadas							
procedimento x diagnóstico	728.759	74,6	0	0,0	248.154	25,4	976.913
procedimento x idade	912.165	93,4	64.578	6,6	170	0,0	976.913
procedimento x sexo	975.924	99,9	989	0,1	0	0,0	976.913
Não obrigatória							
diagnóstico secundário	160.817	16,5	1.602	0,2	814.494	83,3	976.913

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para o estudo).

NOTA: ¹ Motivo de cobrança é o motivo de saída do paciente do hospital.

TABELA 2

Distribuição dos registros de internações financiadas por convênios, com algum problema¹, por região de saúde de ocorrência – Estado de São Paulo – 2002.

REGIÃO DE SAÚDE DE OCORRÊNCIA	REGISTROS				POSTO ³ DO ÍNDICE FREQ.REL.
	% REGISTROS	% C/PROBL NO ESTADO	% C/ PROBL NA REGIÃO	ÍNDICE FREQ.REL. ²	
01 - São Paulo	37,1	45,5	37,6	1,2	3
02 - Santo André	9,9	9,3	29,0	0,9	6
03 - Moji das Cruzes	2,6	2,8	32,5	1,1	5
04 - Franco da Rocha	0,0	0,0	0,0	0,0	
05 - Osasco	3,0	3,6	36,5	1,2	4
Grande São Paulo	52,6	61,2	35,7	1,2	
06 - Araçatuba	0,9	0,3	12,1	0,4	19
07 - Araraquara	2,8	2,0	21,8	0,7	11
08 - Assis	0,8	0,4	14,9	0,5	18
09 - Barretos	1,2	0,4	10,5	0,3	21
10 - Bauru	2,9	3,7	40,2	1,3	2
11 - Botucatu	0,6	0,3	15,3	0,5	17
12 - Campinas	10,0	8,2	25,0	0,8	10
13 - Franca	1,9	1,1	17,4	0,6	15
14 - Marília	1,4	0,9	20,1	0,7	13
15 - Piracicaba	2,8	2,6	28,6	0,9	7
16 - Presidente Prudente	1,8	1,0	17,0	0,6	16
17 - Registro	0,1	0,3	65,7	2,1	1
18 - Ribeirão Preto	4,1	2,5	18,7	0,6	14
19 - Santos	6,1	8,0	40,3	1,3	2
20 - S.João da Boa Vista	3,2	2,7	26,4	0,9	9
21 - S.José dos Campos	1,4	1,2	26,9	0,9	8
22 - S.José do Rio Preto	1,3	0,5	11,7	0,4	20
23 - Sorocaba	3,6	2,5	21,5	0,7	12
24 - Taubaté	0,7	0,2	9,2	0,3	22
Interior	47,4	38,8	25,1	0,8	
TOTAL	100,0	100,0	30,7	1,0	

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para o estudo).

NOTAS:

- ¹. Apresentou inconsistência ao menos em uma das variáveis obrigatórias.
- ². Índice FREQ.REL. é dado pela razão entre a porcentagem de registros com problemas na região e a porcentagem de registros com problemas no Estado.
- ³. Posto é a posição dada pelo ordenamento do Índice da frequência relativa.

TABELA 3

Distribuição dos hospitais por fonte de financiamento de atendimento – Estado de São Paulo – 2002.

Região de Saúde de Ocorrência	SUS		CONVÊNIO	
	Nº	%	Nº	%
01 S.Paulo	81	12,9	100	17,7
02 Santo André	18	2,9	28	5,0
03 Moji das Cruzes	19	3,0	13	2,3
04 Franco da Rocha	7	1,1	0	0,0
05 Osasco	18	2,9	12	2,1
Grande São Paulo	143	22,8	153	27,1
06 Araçatuba	25	4,0	13	2,3
07 Araraquara	22	3,5	20	3,5
08 Assis	16	2,5	15	2,7
09 Barretos	16	2,5	12	2,1
10 Bauru	34	5,4	31	5,5
11 Botucatu	20	3,2	16	2,8
12 Campinas	51	8,1	51	9,0
13 Franca	14	2,2	15	2,7
14 Marília	30	4,8	19	3,4
15 Piracicaba	19	3,0	22	3,9
16 Presidente Prudente	26	4,1	24	4,2
17 Registro	11	1,8	1	0,2
18 Ribeirão Preto	25	4,0	26	4,6
19 Santos	15	2,4	16	2,8
20 S.João da Boa Vista	25	4,0	24	4,2
21 S.José dos Campos	17	2,7	22	3,9
22 S.José do Rio Preto	50	8,0	39	6,9
23 Sorocaba	45	7,2	36	6,4
24 Taubaté	24	3,8	10	1,8
Interior	485	77,2	412	72,9
TOTAL	628	100,0	565	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CIHSP (adaptado para esse estudo).

TABELA 4

Internações de residentes no Estado de São Paulo, por fonte de financiamento e região de saúde - Estado de São Paulo – 2002.

Região de Saúde de Ocorrência	SUS		CONVÊNIO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01 S.Paulo	505.487	23,6	357.585	36,9	863.072	27,8
02 Santo André	83.206	3,9	95.782	9,9	178.988	5,8
03 Moji das Cruzes	96.727	4,5	25.574	2,6	122.301	3,9
04 Franco da Rocha	16.195	0,8	0	0,0	16.195	0,5
05 Osasco	104.292	4,9	29.672	3,1	133.964	4,3
Grande São Paulo	805.907	37,7	508.613	52,5	1.314.520	42,3
06 Araçatuba	53.445	2,5	7.971	0,8	61.416	2,0
07 Araraquara	55.993	2,6	27.321	2,8	83.314	2,7
08 Assis	32.195	1,5	7.184	0,7	39.379	1,3
09 Barretos	33.604	1,6	11.854	1,2	45.458	1,5
10 Bauru	83.585	3,9	27.486	2,8	111.071	3,6
11 Botucatu	41.334	1,9	5.582	0,6	46.916	1,5
12 Campinas	200.501	9,4	97.118	10,0	297.619	9,6
13 Franca	37.153	1,7	18.299	1,9	55.452	1,8
14 Marília	55.189	2,6	13.915	1,4	69.104	2,2
15 Piracicaba	72.594	3,4	28.479	2,9	101.073	3,3
16 Presidente Prudente	51.351	2,4	16.875	1,7	68.226	2,2
17 Registro	13.253	0,6	1.153	0,1	14.406	0,5
18 Ribeirão Preto	82.352	3,8	39.827	4,1	122.179	3,9
19 Santos	81.673	3,8	59.308	6,1	140.981	4,5
20 S.João da Boa Vista	61.342	2,9	30.563	3,2	91.905	3,0
21 S.José dos Campos	56.116	2,6	13.198	1,4	69.314	2,2
22 S.José do Rio Preto	126.909	5,9	12.737	1,3	139.646	4,5
23 Sorocaba	125.589	5,9	33.694	3,5	159.283	5,1
24 Taubaté	69.984	3,3	6.858	0,7	76.842	2,5
Interior	1.334.162	62,3	459.422	47,5	1.793.584	57,7
TOTAL	2.140.069	100,0	968.035	100,0	3.108.104	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP e CIHSP (adaptado para esse estudo).

TABELA 5

População por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 4 anos	1.676.763	4,4	1.619.092	4,2	3.295.855	8,6
5 a 9 anos	1.661.620	4,4	1.608.428	4,2	3.270.048	8,6
10 a 14 anos	1.765.059	4,6	1.727.120	4,5	3.492.179	9,1
15 a 19 anos	1.875.000	4,9	1.879.954	4,9	3.754.954	9,8
20 a 24 anos	1.812.588	4,7	1.833.208	4,8	3.645.796	9,5
25 a 29 anos	1.636.528	4,3	1.670.010	4,4	3.306.538	8,7
30 a 34 anos	1.539.526	4,0	1.593.968	4,2	3.133.494	8,2
35 a 39 anos	1.443.776	3,8	1.537.163	4,0	2.980.939	7,8
40 a 44 anos	1.279.480	3,4	1.365.815	3,6	2.645.295	6,9
45 a 49 anos	1.061.207	2,8	1.134.617	3,0	2.195.824	5,8
50 a 54 anos	843.547	2,2	907.888	2,4	1.751.435	4,6
55 a 59 anos	614.869	1,6	681.405	1,8	1.296.274	3,4
60 a 64 anos	502.291	1,3	580.668	1,5	1.082.959	2,8
65 a 69 anos	385.139	1,0	468.972	1,2	854.111	2,2
70 anos e +	607.072	1,6	864.961	2,3	1.472.033	3,9
TOTAL	18.704.465	49,0	19.473.269	51,0	38.177.734	100,0

FONTE: IBGE (Censo 2000).

MS/SE/DATASUS: estimativa para 2002.

TABELA 6

População por sexo e faixas etárias da saúde suplementar - Estado de São Paulo - 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 18 anos	3.653.653	9,6	3.605.093	9,4	7.258.746	19,0
19 a 23 anos	2.216.961	5,8	2.227.252	5,8	4.444.213	11,6
24 a 28 anos	1.700.615	4,5	1.729.504	4,5	3.430.119	9,0
29 a 33 anos	1.918.260	5,0	1.957.734	5,1	3.875.994	10,2
34 a 39 anos	1.501.488	3,9	1.590.509	4,2	3.091.997	8,1
39 a 43 anos	1.684.678	4,4	1.763.151	4,6	3.447.829	9,0
44 a 48 anos	1.122.391	2,9	1.203.210	3,2	2.325.602	6,1
49 a 53 anos	1.255.869	3,3	1.310.850	3,4	2.566.719	6,7
54 a 58 anos	663.830	1,7	734.031	1,9	1.397.861	3,7
59 anos e +	2.969.855	7,8	3.368.798	8,8	6.338.653	16,6
TOTAL	18.687.601	48,9	19.490.133	51,1	38.177.734	100,0

FONTE: IBGE (Censo 2000).

MS/SE/DATASUS: estimativa para 2002.

TABELA 7

Beneficiários residentes por sexo e faixa etária – Estado de São Paulo – 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 4 anos	676.552	4,0	635.707	3,8	1.312.259	7,8
5 a 9 anos	667.659	4,0	658.600	3,9	1.326.259	7,9
10 a 14 anos	619.128	3,7	604.343	3,6	1.223.471	7,3
15 a 19 anos	622.718	3,7	647.657	3,8	1.270.375	7,5
20 a 24 anos	757.446	4,5	881.487	5,2	1.638.933	9,7
25 a 29 anos	744.936	4,4	910.057	5,4	1.654.993	9,8
30 a 34 anos	728.162	4,3	863.525	5,1	1.591.687	9,4
35 a 39 anos	709.106	4,2	809.123	4,8	1.518.229	9,0
40 a 44 anos	594.516	3,5	683.514	4,1	1.278.030	7,6
45 a 49 anos	492.497	2,9	572.836	3,4	1.065.333	6,3
50 a 54 anos	364.861	2,2	439.323	2,6	804.184	4,8
55 a 59 anos	265.559	1,6	333.709	2,0	599.268	3,6
60 a 64 anos	198.224	1,2	255.879	1,5	454.103	2,7
65 a 69 anos	154.011	0,9	211.191	1,3	365.202	2,2
70 anos e +	297.881	1,8	451.101	2,7	748.982	4,4
TOTAL	7.893.256	46,8	8.958.052	53,2	16.851.308	100,0

FONTE: MS/ANS - Cadastro de Beneficiários.

TABELA 8

Beneficiários residentes por sexo e faixa etária da saúde suplementar – Estado de São Paulo – 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 18 anos	2.447.653	14,5	2.390.951	14,2	4.838.604	28,7
19 a 23 anos	745.797	4,4	856.643	5,1	1.602.440	9,5
24 a 28 anos	747.775	4,4	908.515	5,4	1.656.290	9,8
29 a 33 anos	732.207	4,3	880.303	5,2	1.612.510	9,6
34 a 38 anos	718.821	4,3	820.581	4,9	1.539.402	9,1
39 a 43 anos	616.523	3,7	710.525	4,2	1.327.048	7,9
44 a 48 anos	515.030	3,1	594.783	3,5	1.109.813	6,6
49 a 53 anos	389.510	2,3	464.294	2,8	853.804	5,1
54 a 58 anos	282.840	1,7	353.605	2,1	636.445	3,8
59 e + anos	697.100	4,1	977.852	5,8	1.674.952	9,9
TOTAL	7.893.256	46,8	8.958.052	53,2	16.851.308	100,0

FONTE: MS/ANS - Cadastro de Beneficiários.

TABELA 9

Número de internações¹ por fonte de financiamento e local de residência – Estado de São Paulo – 2002.

FONTE FINANCIADORA	RESIDÊNCIA ²					
	ESTADO DE SÃO PAULO			OUTROS ESTADOS		
	HOSPITAIS	MUN. RES.	INTERNAÇÕES	HOSPITAIS	MUN. RES.	INTERNAÇÕES
SES	63	387	48.154	21	106	423
SMS	36	157	8.125	6	23	34
Convênio	565	634	968.035	284	970	8.412
Particular	531	614	66.350	201	473	2.256
Gratuito	134	237	19.029	17	68	129
SUS	628	645	2.140.069	324	1.825	22.045
INTERNAÇÕES	832	645	3.249.762	496	2.139	33.299

FONTE: MS/SE/DATASUS – CADMUN, RDSP e CISP (adaptado para esse estudo).

NOTAS:

- ¹. Registro de internações com as variáveis “município” e “fonte pagadora” válidas.
- ². Municípios de residência dos pacientes internados.

TABELA 10

Internações de residentes no Estado de São Paulo, financiadas pelo SUS, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo – 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		IGN.	TOTAL	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%
0 a 4 anos	138.866	56,1	108.699	43,9	0	247.565	11,6
5 a 9 anos	47.712	59,5	32.535	40,5	0	80.247	3,8
10 a 14 anos	32.422	55,9	25.586	44,1	0	58.008	2,7
15 a 19 anos	34.136	19,9	137.135	80,1	1	171.272	8,0
20 a 24 anos	46.415	19,6	189.972	80,4	0	236.387	11,1
25 a 29 anos	46.178	23,9	147.382	76,1	0	193.560	9,0
30 a 34 anos	49.084	30,9	109.964	69,1	1	159.049	7,4
35 a 39 anos	53.306	39,0	83.354	61,0	0	136.660	6,4
40 a 44 anos	55.020	46,4	63.575	53,6	0	118.595	5,5
45 a 49 anos	56.170	50,3	55.429	49,7	0	111.599	5,2
50 a 54 anos	53.496	52,0	49.406	48,0	1	102.903	4,8
55 a 59 anos	50.611	54,4	42.406	45,6	0	93.017	4,4
60 a 64 anos	49.168	53,9	42.076	46,1	0	91.244	4,3
65 a 69 anos	48.617	52,7	43.587	47,3	0	92.204	4,3
70 anos e +	117.247	47,3	130.512	52,7	0	247.759	11,6
TOTAL	878.448	41,1	1.261.618	59,0	3	2.140.069	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP.

TABELA 11

Internações de residentes no Estado de São Paulo, financiadas pelo SUS, por sexo e faixa etária da saúde suplementar - Estado de São Paulo – 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		IGN.	TOTAL	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%
0 a 18 anos	244.545	48,0	265.207	52,0	1	509.753	23,8
19 a 23 anos	45.869	19,2	193.476	80,8	0	239.345	11,2
24 a 28 anos	45.992	22,7	156.564	77,3	0	202.556	9,5
29 a 33 anos	48.253	29,3	116.510	70,7	1	164.764	7,7
34 a 38 anos	52.759	37,4	88.209	62,6	0	140.968	6,6
39 a 43 anos	54.363	45,1	66.150	54,9	0	120.513	5,6
44 a 48 anos	56.608	49,9	56.866	50,1	0	113.474	5,3
49 a 53 anos	54.072	51,5	50.888	48,5	1	104.961	4,9
54 a 58 anos	50.947	54,0	43.463	46,0	0	94.410	4,4
59 anos e +	225.040	50,1	224.285	49,9	0	449.325	21,0
TOTAL	878.448	41,1	1.261.618	59,0	3	2.140.069	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP.

TABELA 12

Internações de beneficiários residentes no Estado de São Paulo, financiadas por convênios, por sexo e faixa etária - Estado de São Paulo - 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 4 anos	54.132	58,0	39.216	42,0	93.348	9,6
5 a 9 anos	24.084	59,2	16.612	40,8	40.696	4,2
10 a 14 anos	13.689	58,2	9.824	41,8	23.513	2,4
15 a 19 anos	14.383	34,5	27.278	65,5	41.661	4,3
20 a 24 anos	19.479	26,6	53.785	73,4	73.264	7,6
25 a 29 anos	19.117	22,9	64.443	77,1	83.560	8,6
30 a 34 anos	19.844	24,6	60.990	75,5	80.834	8,4
35 a 39 anos	21.831	30,2	50.490	69,8	72.321	7,5
40 a 44 anos	21.484	34,8	40.172	65,2	61.656	6,4
45 a 49 anos	22.238	36,9	38.029	63,1	60.267	6,2
50 a 54 anos	21.360	39,3	32.943	60,7	54.303	5,6
55 a 59 anos	20.733	41,8	28.872	58,2	49.605	5,1
60 a 64 anos	20.908	43,9	26.712	56,1	47.620	4,9
65 a 69 anos	21.811	45,5	26.080	54,5	47.891	5,0
70 anos e +	56.560	42,5	76.651	57,5	133.211	13,8
Ignorada	1.714	40,0	2.571	60,0	4.285	0,4
TOTAL	373.367	38,6	594.668	61,4	968.035	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

NOTA: Beneficiários com cobertura em assistência hospitalar.

TABELA 13

Internações financiadas por convênios, por sexo e faixa etária da saúde suplementar - Estado de São Paulo - 2002.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 18 anos	102.652	54,8	84.709	45,2	187.361	19,4
19 a 23 anos	19.264	27,9	49.880	72,1	69.144	7,1
24 a 28 anos	19.164	23,2	63.289	76,8	82.453	8,5
29 a 33 anos	19.491	23,6	63.064	76,4	82.555	8,5
34 a 38 anos	21.589	29,0	52.778	71,0	74.367	7,7
39 a 43 anos	21.428	34,2	41.235	65,8	62.663	6,5
44 a 48 anos	22.187	36,6	38.375	63,4	60.562	6,3
49 a 53 anos	21.774	39,1	33.926	60,9	55.700	5,8
54 a 58 anos	20.665	41,0	29.792	59,0	50.457	5,2
59 anos e +	103.439	43,4	135.049	56,6	238.488	24,6
ignorado	1.714	40,0	2.571	60,0	4.285	0,4
TOTAL	373.367	38,6	594.668	61,4	968.035	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para esse estudo).

NOTA: Beneficiários com cobertura em assistência hospitalar.

TABELA 14

Internações financiadas por convênios¹, de residentes fora do Estado de São Paulo – Estado de São Paulo – 2002.

REGIÃO DE SAÚDE	Nº	%
01 - São Paulo	4.356	49,1
02 - Santo André	427	4,8
03 - Moji das Cruzes	45	0,5
04 - Franco da Rocha	0	0,0
05 - Osasco	74	0,8
Regiões de Saúde da Grande São Paulo	4.902	55,2
06 - Araçatuba	304	3,4
07 - Araraquara	21	0,2
08 - Assis	264	3,0
09 - Barretos	71	0,8
10 - Bauru	328	3,7
11 - Botucatu	9	0,1
12 - Campinas	832	9,4
13 - Franca	115	1,3
14 - Marília	34	0,4
15 - Piracicaba	358	4,0
16 - Presidente Prudente	237	2,7
17 - Registro	0	0,0
18 - Ribeirão Preto	488	5,5
19 - Santos	52	0,6
20 - S.João da Boa Vista	325	3,7
21 - S.José dos Campos	77	0,9
22 - S.José do Rio Preto	285	3,2
23 - Sorocaba	116	1,3
24 - Taubaté	60	0,7
Regiões de Saúde do Interior	3.976	44,8
TOTAL	8.878	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para o estudo).

NOTA: ¹ Internações com a variável “município de residência” válida.

TABELA 15

Distribuição das internações financiadas por convênios, por sexo e região de ocorrência
– Estado de São Paulo – 2002.

REGIÃO DE SAÚDE DE OCORRÊNCIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01 - S.Paulo	143.161	37,9	218.780	36,5	361.941	37,1
02 - Santo André	37.444	9,9	58.765	9,8	96.209	9,9
03 – Moji das Cruzes	9.568	2,5	16.051	2,7	25.619	2,6
04 - Franco da Rocha	0	0,0	0	0,0	0	0,0
05 – Osasco	10.520	2,8	19.226	3,2	29.746	3,0
Grande São Paulo	200.693	53,2	312.822	52,2	513.515	52,6
06 – Araçatuba	3.015	0,8	5.260	0,9	8.275	0,9
07 - Araraquara	10.593	2,8	16.749	2,8	27.342	2,8
08 – Assis	2.853	0,8	4.595	0,8	7.448	0,8
09 – Barretos	4.496	1,2	7.474	1,3	11.970	1,2
10 – Bauru	11.239	3,0	16.575	2,8	27.814	2,9
11 – Botucatu	2.103	0,6	3.488	0,6	5.591	0,6
12 – Campinas	35.941	9,5	62.009	10,4	97.950	10,0
13 – Franca	6.795	1,8	11.619	1,9	18.414	1,9
14 – Marília	5.795	1,5	8.154	1,4	13.949	1,4
15 – Piracicaba	11.223	3,0	16.313	2,7	27.536	2,8
16 - Presidente Prudente	6.188	1,6	10.924	1,8	17.112	1,8
17 – Registro	463	0,1	690	0,1	1.153	0,1
18 - Ribeirão Preto	15.336	4,1	24.979	4,2	40.315	4,1
19 – Santos	23.230	6,2	36.130	6,0	59.360	6,1
20 - S.João da Boa Vista	11.799	3,1	19.089	3,2	30.888	3,2
21 - S.José dos Campos	4.774	1,3	8.501	1,4	13.275	1,4
22 - S.José do Rio Preto	5.173	1,4	7.804	1,3	12.977	1,3
23 – Sorocaba	13.346	3,5	21.765	3,6	35.111	3,6
24 – Taubaté	2.532	0,7	4.386	0,7	6.918	0,7
Interior	176.894	46,9	286.504	47,8	463.398	47,4
Total	377.587	100,0	599.326	100,0	976.913	100,0

FONTE: MS/SE/DATASUS - CISP (adaptado para o estudo).

TABELA 16

Internações financiadas pelo SUS, com procedimentos obstétricos, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	0 a 14 ANOS	15 a 49 ANOS	50 ANOS E +	TOTAL
PROCEDIMENTOS PÓS-ABORTO	487	47.738	71	48.296
Curetagem pós-aborto	484	46.732	69	47.285
Cirurgia da prenhez ectópica	2	860	0	862
Esvaziamento uterino pós aborto p/aspiração man	1	146	2	149
INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ	547	43.293	14	43.854
Cerclagem do colo uterino	1	749	0	750
Intercorrência obst.gestante de alto risco	1	25	0	26
Intercorrência obst.em atendimento secundário	0	7	0	7
Infecção ap.genital durante gravidez	29	2.024	0	2.053
Infecção da parede abdominal pós-cesariana	6	407	2	415
Peritonite pós-cesariana	0	15	0	15
Pré-eclampsia grave	18	2.911	0	2.929
Eclampsia	5	428	0	433
Hiperemese gravídica (forma média)	33	2.719	1	2.753
Hiperemese gravídica (forma grave)	11	916	0	927
Infecção do parto e do puerpério	8	913	0	921
Falso trabalho de parto	65	4.252	0	4.317
Ameaça de aborto	121	8.531	3	8.655
Rotura prematura das membranas	26	1.365	1	1.392
Gravidez molar sem parto	1	58	0	59
Hemorragias da gravidez	21	1.929	2	1.952
Trabalho de parto prematuro	192	15.042	5	15.239
Intercor.clinicas gravidez gestante alto risco	7	969	0	976
Intercor.clinicas atend.sec.gestante alto risco	2	33	0	35
ASSISTÊNCIA AO PARTO	0	130	0	130
Assist.período premonitório e ao parto normal	0	3	0	3
Assist.período premonitório e ao parto normal	0	127	0	127
COMPLICAÇÕES NO PARTO	24	1.970	2	1.996
Laparotomia para histerorrafia	1	27	0	28
Embriotomia	0	10	0	10
Trat.cirúrgico inversão uterina aguda pós-parto	1	8	0	9
Redução manual inversão uterina aguda pós-parto	0	10	0	10
Descolamento manual da placenta	2	322	0	324
Sutura de lacerações do trajeto pélvico	20	1.593	2	1.615
PARTOS NORMAIS	2.602	259.499	55	262.156
PARTOS CESÁREOS	936	121.695	17	122.648
COMPLICAÇÕES APÓS O PARTO	0	100	0	100
Histerectomia puerperal	0	100	0	100
TOTAL DE PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	4.596	474.425	159	479.180

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP.

TABELA 17

Internações financiadas pelo SUS, com procedimentos de parto, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	0 a 14 ANOS	15 a 49 ANOS	50 ANOS E +	TOTAL
PARTOS NORMAIS	2.602	259.499	55	262.156
Parto normal	2.005	218.301	45	220.351
Parto com manobras	190	10.644	3	10.837
Parto com eclampsia	0	17	0	17
Parto normal c/atend.do RN na sala de parto	0	0	0	0
Parto com eclampsia c/atend.RN na sala de parto	0	0	0	0
Parto com manobras c/ atend. RN na sala de part	0	0	0	0
Parto normal-exclus.p/hospitais amigos criança	215	20.614	6	20.835
Parto normal em gestante de alto risco	180	8.896	1	9.077
Parto normal s/distocia real.p/enferm.obstetra	12	1.027	0	1.039
PARTOS CESÁREOS	936	121.695	17	122.648
Cesariana	771	98.743	10	99.524
Cesariana c/atend.do RN na sala de parto	0	0	0	0
Cesariana - exclus.p/hospitais amigos da crianç	58	9.860	0	9.918
Cesariana em gestante de alto risco	105	10.396	3	10.504
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	1	1.641	3	1.645
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	0	0	0	0
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	1	325	0	326
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	0	730	1	731

FONTE: MS/SE/DATASUS – RDSP.

TABELA 18

Internações financiadas por convênios, com procedimentos obstétricos, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	0 a 14 ANOS	15 a 49 ANOS	50 ANOS E +	TOTAL
PROCEDIMENTOS PÓS-ABORTO	80	10.223	156	10.459
Curetagem pós-aborto	80	9.979	156	10.215
Cirurgia da prenhez ectópica	0	244	0	244
Esvaziamento uterino pós aborto p/aspiração man	0	0	0	0
INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ	109	14.301	111	14.521
Cerclagem do colo uterino	2	451	7	460
Intercorrência obst.gestante de alto risco	0	3	0	3
Intercorrência obst.em atendimento secundário	0	3	0	3
Infecção ap.genital durante gravidez	12	365	30	407
Infecção da parede abdominal pós-cesariana	1	29	3	33
Peritonite pós-cesariana	0	4	0	4
Pré-eclampsia grave	4	547	27	578
Eclampsia	0	132	0	132
Hiperemese gravídica (forma média)	7	1.818	3	1.828
..Hiperemese gravídica (forma grave)	3	527	0	530
Infecção do parto e do puerpério	5	75	2	82
Falso trabalho de parto	11	1.124	4	1.139
Ameaça de aborto	15	3.310	3	3.328
Rotura prematura das membranas	0	130	0	130
Gravidez molar sem parto	0	21	0	21
Hemorragias da gravidez	3	281	26	310
Trabalho de parto prematuro	46	5.430	4	5.480
Intercor.clinicas gravidez gestante alto risco	0	33	2	35
Intercor.clinicas atend.sec.gestante alto risco	0	18	0	18
ASSISTÊNCIA AO PARTO	6	196	1	203
Assist.período premonitório e ao parto normal	5	136	1	142
Assist.período premonitório e ao parto normal	1	60	0	61
COMPLICAÇÕES NO PARTO	2	80	14	96
Laparotomia para histerorrafia	1	35	12	48
Embriotomia	0	2	0	2
Trat.cirúrgico inversão uterina aguda pós-parto	0	1	1	2
Redução manual inversão uterina aguda pós-parto	0	0	0	0
Descolamento manual da placenta	0	34	0	34
Sutura de lacerações do trajeto pélvico	1	8	1	10
PARTOS NORMAIS	376	26.028	19	26.423
PARTOS CESÁREOS	663	71.105	59	71.827
COMPLICAÇÕES APÓS O PARTO	0	27	13	40
Histerectomia puerperal	0	27	13	40
TOTAL DE PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	1.236	121.960	373	123.569

FONTE: MS/SE/DATASUS – CISP (adaptado para esse estudo).

TABELA 19

Internações financiadas por convênios, com procedimentos partos, por faixa etária - Estado de São Paulo-2002.

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	0 a 14 ANOS	15 a 49 ANOS	50 ANOS E +	TOTAL
PARTOS NORMAIS	376	26.028	19	26.423
Parto normal	251	18.655	12	18.918
Parto com manobras	9	753	1	763
Parto com eclampsia	2	349	0	351
Parto normal c/atend.do RN na sala de parto	111	1.190	1	1.302
Parto com eclampsia c/atend.RN na sala de parto	3	4.648	0	4.651
Parto com manobras c/ atend. RN na sala de part	0	221	0	221
Parto normal-exclus.p/hospitais amigos criança	0	59	0	59
Parto normal em gestante de alto risco	0	99	5	104
Parto normal s/distocia real.p/enferm.obstetra	0	54	0	54
PARTOS CESÁREOS	663	71.105	59	71.827
Cesariana	332	66.556	52	66.940
Cesariana c/atend.do RN na sala de parto	331	4.396	7	4.734
Cesariana - exclus.p/hospitais amigos da crianç	0	85	0	85
Cesariana em gestante de alto risco	0	50	0	50
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	0	11	0	11
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	0	0	0	0
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	0	2	0	2
Cesariana c/laqueadura tubária pac.c/ces.sucess	0	5	0	5

FONTE: MS/SE/DATASUS – CISP (adaptado para esse estudo).