

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.3 NORMATIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS E O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS**

Os artigos 198 a 200 da Constituição Federal<sup>1</sup> e as Leis 8.080<sup>2</sup>, 8.142<sup>3</sup>, 8.689<sup>4</sup> formam o arcabouço legal do financiamento do SUS. Além destas leis, foram publicadas normas e Portarias Ministeriais que trazem elementos referentes ao financiamento do SUS. Mais especificamente, quanto ao pagamento dos prestadores da assistência hospitalar, através do sistema de informações hospitalares, há um conjunto de normas e portarias específicas, seqüencialmente publicadas que explicam a lógica de custeio deste serviço.

O formato de pagamento dos serviços da assistência hospitalar por produção de serviços prestados tem origem anterior ao surgimento do SUS, mais precisamente no Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Este sistema se caracterizava por operar via pré-autorização, pagamento por procedimento realizado, rateio dos valores entre os prestadores, valores únicos de procedimentos, existência do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) para hospitais com tecnologia mais complexa e auditoria permanente<sup>5</sup>. Com a universalização do acesso à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi extinto e suas dotações orçamentárias transferidas para o Fundo Nacional de Saúde<sup>4</sup>. A gestão SUS coube ao Ministério da Saúde<sup>4</sup>. O SAMHPS foi transformado em Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Este novo sistema de informações teve como instrumento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), válida para toda rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada<sup>6,7</sup>. É válido ressaltar, que foram incluídas no SIH/SUS outras modalidades de prestação dos serviços hospitalares como: hospitais filantrópicos e universitários que apresentavam particularidades quanto ao pagamento dos serviços hospitalares.

Aliada à mudança nos órgãos gestores e dos sistemas de informações do SUS, a nova Constituição Federal (CF) e a lei orgânica da saúde configuraram um novo arcabouço legal para a saúde no Brasil, onde foi incluída, à assistência hospitalar. A CF incluiu a saúde como integrante da Seguridade Social (SS) definida como um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Ao poder

público, coube a tarefa de organizar a SS com diversidade da base de financiamento e equidade na forma de participação do custeio. Para o financiamento do sistema de saúde recém criado, as principais fontes específicas incidiam sobre os recursos da União, estados e municípios e da sociedade, mediante tributação sobre a folha de salários, faturamento e lucro. No final da década de 90, foi instituída a Contribuição Provisória Sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), destinada ao custeio da saúde pública, da previdência social e do fundo de combate e erradicação da pobreza. Apesar de provisória este tributo perdurou até 2007<sup>8</sup>.

Em relação à participação de cada esfera do governo no custeio dos serviços de saúde, o artigo 198 da CF referiu que o financiamento da saúde compete às três esferas do governo, mas não forneceu informações suficientes para esta operacionalização. Por outro lado, este artigo determinou que a União, estados e municípios aplicassem anualmente em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da arrecadação de impostos<sup>1</sup>. Não foram estabelecidos neste documento os critérios norteadores do repasse de recursos entre as esferas de governo, ficando a cargo da Lei Complementar.<sup>1</sup>

Posteriormente, a publicação da Lei Orgânica da Saúde, explicitou que os recursos destinados a saúde fossem depositados em conta especial em cada esfera de governo sob a fiscalização dos conselhos de saúde (órgãos colegiados deliberativos de composição paritária e atuante na formulação e controle das políticas de saúde). Adicionalmente apresentou uma combinação de critérios para o estabelecimento de valores transferidos da União para estados, Distrito Federal e municípios. Segundo este documento, metade dos recursos destinados aos estados e municípios passou a ser proporcional ao porte populacional destes. E, características da rede de serviços de saúde, perfil epidemiológico e demográfico da população, desempenho técnico, econômico e financeiro, a participação da saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo foram critérios propostos para o cálculo do valor a ser repassado aos estados e municípios<sup>2</sup>

Como continuidade a normatização do financiamento do SUS as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para saúde e os normas para o repasse dos recursos do fundo nacional de saúde (FNS) para as demais

unidades geográficas foram gradativamente definidas. Os recursos do FNS repassados aos estados e municípios foram destinados ao custeio de determinadas ações em saúde, como: investimento na rede de serviços, na cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar, sendo 70% deste destinado aos municípios e o restante aos estados<sup>39</sup>. Contudo, esta transferência foi condicionada a comprovação da manutenção do fundo municipal de saúde, administrado pelo gestor único da saúde, da existência de relatório de gestão, comissão de plano de carreira, cargos e salários, plano municipal de saúde, plano plurianual, lei de diretrizes orçamentária e lei orçamentária anual aprovada no conselho municipal de saúde e no legislativo<sup>2,3</sup>.

No entanto, apesar da publicação destas leis, dúvidas referentes à operacionalização do financiamento da saúde persistiam, sobretudo quanto aos montantes destinado ao setor, aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros intergovernamentais. E neste contexto, a nova política de financiamento do SUS foi publicada<sup>9</sup>. Esta estabeleceu normas para o repasse de recursos federais entre as instâncias de governo, uniformizando a remuneração dos serviços nas unidades públicas e privadas. Como também, apresentou o quantitativo de AIH determinado para cada unidade geográfica como proporcional à população, cabendo às secretarias estaduais de saúde a distribuição entre municípios e prestadores, além de instituir uma reserva de AIH complementar para custear a alta complexidade<sup>9</sup>.

Novas definições referentes aos mecanismos de financiamento das ações de saúde, principalmente, da assistência hospitalar e ambulatorial<sup>10</sup> foram publicadas. O pagamento dos serviços prestados pela assistência ambulatorial e hospitalar foi associado à produção destes, mediante a comprovação através do preenchimento de formulários específicos do sistema de financiamento ambulatorial e hospitalar, operacionalizados, nesta ordem, através do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e SIH/SUS. Esta norma também apresentou a definição de tetos financeiros baseados na população de estados e municípios para transferência dos recursos<sup>10</sup>.

O teto quantitativo mensal da assistência hospitalar era equivalente a um duodécimo de 8% da população, enquanto para os estados correspondia a um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos dos municípios que não estivessem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena. Os tetos poderiam ser alterados pelas comissões bipartites, não podendo

ultrapassar o limite de 10 internações por habitante por ano no estado. Os tetos financeiros eram calculados a partir da média histórica do ano de 1992<sup>10</sup>.

Desde a implantação do SIH/SUS, tetos de recursos financeiros destinados à assistência hospitalar foram uma constante nos documentos normativos do SIH/SUS. Além da definição de tetos já relatados anteriormente,<sup>9,10</sup> na implantação deste sistema<sup>7</sup>, foram definidas quotas de AIH, a partir da média do total de internações realizadas nos últimos 12 meses<sup>11</sup>. Em 1995, novas restrições físicas, foram implantadas, como o limite de nove internações ao ano por habitante para cada estado<sup>12, 13</sup>. Em 2002, o cálculo para o estabelecimento do teto da assistência hospitalar considerou que 7% a 9% da população por local geográfico e ano, necessita de internação hospitalar. Neste mesmo documento, foram apresentados parâmetros médios para o tempo de permanência hospitalar por tipo de especialidade clínica.

Por outro lado, apesar da existência de tetos orçamentários limitantes, o SIH/SUS foi instrumento para implantação de políticas de assistência à saúde, mediante a concessão de incentivos, na forma de benefícios pecuniários, como adicionais financeiros, repasses de recursos fixos e reajustes nos valores de determinados procedimentos, destinados a adequação dos hospitais às políticas em vigor<sup>14</sup>. Como exemplos podem ser citados: fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa universitária em saúde<sup>13</sup>, índice de valorização hospitalar de emergência e os demais incentivos para operacionalizar a política de urgência e emergência<sup>15, 16</sup>, mesmo procedimento com diferente remuneração quando realizados em hospitais credenciados<sup>17, 18,19</sup>, à assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena<sup>20</sup>, a criação da câmara de compensação de alta complexidade e o fundo de ações estratégicas e compensação para o custeio da alta complexidade<sup>21</sup> e reajustes constantes dos valores de procedimentos de tabela.

E válido ressaltar, em relação aos reajustes de tabela, mais especificamente, para o intervalo de tempo entre os extremos temporais que este estudo analisou, ocorreram reajustes em todos os procedimentos da tabela do SIH\SUS em 2002<sup>22,23</sup>, 2003<sup>24</sup> e 2004<sup>25,26</sup>. Demais reajustes ocorridos neste período foram destinados a procedimentos específicos discriminados em portaria ministerial.

A próxima norma publicada apresentou mecanismos e fluxos de repasse, com redução progressiva do repasse de recursos por produção de serviços para

transferências diretas do fundo nacional de saúde aos fundos estaduais e municipais, além de apresentar o custeio das ações de vigilância sanitária e epidemiológica e controle de doenças<sup>27</sup>. Como exemplo da tentativa de redução do repasse pela lógica de serviços prestados pode ser citado o piso assistencial básico (PAB), que corresponde ao montante de recursos composto pela multiplicação de um valor per capita pela população de cada unidade geográfica, e, neste caso, destinado ao custeio de ações da atenção primária. Porém, a remuneração dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade permaneceu por produção. Como incentivo ao desenvolvimento de ações na AP destacou-se o repasse de recurso federal para o PSF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>27</sup>.

Na década de 2000, destacou-se o texto da Emenda Constitucional EC nº29<sup>28</sup> que abordou percentuais mínimos de recursos financeiros aplicados em ações de saúde. Nesta emenda, o montante de recursos da União destinado a saúde no ano 2000 corresponderia à totalidade do recurso empenhado em ações e serviços públicos de saúde, no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento e, no período de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Para estados e municípios a EC nº 29 determinou que 12% e 15%, respectivamente, do produto da arrecadação dos impostos e de recursos fossem direcionados ao custeio das ações de saúde.

Ainda na década 2000, mas especificamente em 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS)<sup>29</sup> que objetivou regulamentar a descentralização dos serviços de saúde, a partir da promoção da equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde. Questões referentes ao financiamento foram referidas em quatro dos treze objetivos específicos desta, ressaltando a intenção do MS em inverter a lógica do financiamento, até então, centrada na oferta de serviços, para as necessidades de saúde com maior equidade na alocação de recursos. Deste modo, o incremento das transferências diretas de recursos calculados em base *per capita* e a definição dos limites financeiros federais alocados para municípios com base na população e unidades assistenciais foram meios propostos para organizar o financiamento da saúde com base nas necessidades da população.

Ainda neste documento é evidente a intenção do MS no aumento da oferta de ações da atenção primária ao manter o PAB e introduzir o piso da atenção básica

ampliada – PAB ampliado, como o valor *per capita* destinado ao desenvolvimento de ações da atenção primária ampliada. Para os municípios sede de módulo assistencial o financiamento dos serviços ambulatoriais passou a ser *per capita* e o da assistência hospitalar a ser acordado na programação pactuada e integrada (PPI), conduzido pelo gestor estadual, respeitado o teto financeiro da assistência (TFA) de cada unidade da federação. Para os não qualificados, manteve-se a lógica de repasse por produção<sup>29</sup>.

Inovação no pagamento da assistência hospitalar para as internações ocorridas em unidades hospitalares públicas, sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, em municípios habilitados na gestão plena do sistema, consistiu na instituição da remuneração por cumprimentos de metas por meio da contratualização dos serviços oferecidos. Apesar da modificação da forma de pagamento, os municípios continuavam com a responsabilidade de registrar as internações no SIH/SUS. Os recursos financeiros para tal arranjo foram subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do município e ou estado, e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde. Mudanças ocorreram em relação ao cálculo para a definição dos tetos de recurso destinado ao custeio da assistência hospitalar, mas permaneceu o critério porte populacional de cada município e, portanto, o teto situou-se entre sete e nove internações por cem habitantes<sup>30</sup>

Em relação ao custeio da alta complexidade, mesmo com incentivo da regionalização hierarquizada<sup>29</sup> o governo federal continuou responsável pelo custeio deste serviço. Anos depois, foi instituída a modalidade de repasse de recursos federais aos demais níveis por meio de cinco blocos de financiamento, denominados de: bloco da atenção básica, da média e alta complexidade, da vigilância à saúde, da assistência farmacêutica, da gestão e de investimento<sup>31, 32</sup>.

Apesar de todo um aparato legal que subsidia o financiamento da saúde, com lógica coerente alicerçada em critérios, estudos apontam para a desproporção entre gastos públicos e suas conseqüências para o acesso e utilização universal dos serviços de saúde<sup>33</sup>, com questionamentos se a forma, prerrogativas e percentuais de repasse de recursos condizem com a proposta de mudança do modelo assistencial. Outros estudiosos e gestores do financiamento da saúde atribuem a insuficiência do recurso ao não cumprimento da legislação e normas apresentadas associado à ineficiência dos gastos públicos<sup>34</sup>.

Para o escopo deste trabalho a reflexão sobre a seqüência de leis que sustentam o financiamento da saúde favorece a compreensão da origem do recurso destinado ao pagamento total da assistência hospitalar. Diante das formas de repasse de recursos para o custeio da assistência hospitalar, descritas anteriormente, fica evidente que o gasto registrado no SIH/SUS com internações representa uma parte do gasto federal com este serviço. O rastreamento do restante deste gasto não é possível, ainda, com os sistemas de informações de saúde vigentes. Portanto, o gasto com ICSAP aqui investigado corresponde àquele registrado no SIH/SUS e, a reflexão do processo evolutivo do financiamento da saúde é útil para o conhecimento de fatores relacionados a esta evolução que possam ter influenciado o registro das internações no período de estudo.

## 2.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RESULTADOS E DIFICULDADES

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado, em 1994, inicialmente em pequenos municípios com precárias condições de vida e saúde, como estratégia de reversão do modelo assistencial em caráter substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Desde a criação, o PSF vem apresentando uma grande expansão e, em 2006, o Ministério da Saúde através do Pacto pela Vida, reforçou o papel deste programa no SUS, ao definir como prioridade a consolidação e qualificação deste como modelo de atenção primária (AP) e centro ordenador das redes de atenção à saúde<sup>35</sup>. E, recentemente, o PSF foi mais uma vez reafirmado enquanto modelo de AP com a publicação da revisão de suas diretrizes e normas<sup>36</sup>.

A AP corresponde ao primeiro nível do sistema de serviços de saúde, é a porta de entrada preferencial ao sistema, com ações orientadas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, a partir da integração de serviços<sup>37</sup>. Enquanto modelo de AP, o PSF é considerado política prioritária nas três esferas do SUS. Quanto à assistência ao paciente, o PSF atua com abordagem familiar e comunitária, no trabalho de equipes multiprofissionais, segundo os princípios da integralidade da assistência e humanização das práticas e na adstrição de clientela, possibilitando a responsabilização da equipe de saúde pelo acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em uma área delimitada e o estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre equipe de saúde e comunidade<sup>36</sup>.

No que diz respeito à posição de política prioritária, podem ser citados como evidências de incentivos do MS para a consolidação do PSF: o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família<sup>38</sup>, viabilizando investimentos financeiros voltados para a adequação da rede de serviços em grandes municípios<sup>4</sup>; a implementação do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da PSF (AMQ), estabelecendo diretrizes que orientam as práticas, organização e funcionamento dos serviços<sup>39</sup> e o estudo de meta-avaliação que avaliou os estudos de linha de base do PROESF.<sup>40</sup>

Mesmo com a posição alcançada no SUS, investimentos do MS e, embora responsável pela maior expansão da rede de serviços públicos de saúde registrada até a atualidade no Brasil, cobrindo mais de 50% da população, a almejada reversão do modelo assistencial está longe de se completar, coexistindo um modelo assistencial convencional, hospitalocêntrico, ainda fortemente hegemônico, e o



modelo de vigilância à saúde<sup>41</sup>. Por outro lado, há relatos da efetividade do PSF na ampliação do acesso do usuário ao sistema de saúde, na mudança das práticas dos profissionais, no adequado manejo e controle de doenças crônicas, na evitabilidade de internações e óbitos e, portanto, nas condições de saúde da população brasileira.

A realização de práticas de saúde na comunidade, entre elas atividades de educação em saúde e atividades grupais, maior capacidade para o manejo de enfermidades crônicas e uso de protocolos foram achados mais freqüentes nas unidades de saúde da família em comparação à unidade de atenção básica tradicional<sup>42</sup>. Além destes, podem ser citados: a oferta de ações de saúde e utilização destas, contato por ações programáticas, maior incentivo e orientação à amamentação<sup>43</sup>, ampliação do acesso do usuário ao sistema de saúde<sup>44</sup> como resultados mais adequados no PSF, quando comparado com unidades de atenção básicas tradicionais, no Nordeste e Sul do Brasil.<sup>45</sup>

Ainda quanto aos benefícios do PSF para a saúde, estudos demonstram redução na taxa de mortalidade infantil associada ao indicador de cobertura e consolidação do PSF<sup>46, 47,48</sup> e, evidências recentes apontam para a redução das internações hospitalares associadas à implantação e expansão deste programa nacionalmente<sup>49</sup>. Outra questão importante foi o avanço na integração do PSF à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial de acesso ao sistema de saúde<sup>50</sup>.

Por outro lado, precária estrutura física, insumos limitados, equipes incompletas<sup>51</sup>, barreiras arquitetônicas<sup>52</sup>, vínculos empregatícios precários<sup>45</sup>, baixa cobertura do PSF, deficiências de gestão, coordenação, financiamento e a persistência da prática médico assistencialista no trabalho das equipes de saúde da família<sup>44</sup> foram os pontos frágeis relatados em estudos que avaliaram o PSF no Brasil.

Apesar das dificuldades na reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico, e das barreiras para a consolidação do PSF, a expansão deste conseguiu produzir efeitos benéficos nas condições de saúde da população. Tal intervenção, tida como prioridade nos documentos normativos, mais uma vez, é reafirmada como modelo de AP pelo gestor federal do SUS, através da publicação recente da PT GM 2.488 de 21 de outubro de 2011 que estabeleceu, entre outras decisões, a revisão de diretrizes e normas para organização da estratégia de saúde da família. E, tal cenário de resultados positivos, reconhecimento e reafirmação, enquanto, modelo de

AP e da persistência de fragilidades a serem superadas, suscita mais estudos investigativos sobre os efeitos deste na saúde das coletividades e construção do SUS.

## 2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diversos autores têm usado indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde. O conceito de problemas de saúde sensíveis aos cuidados ambulatoriais teve origem nos Estados Unidos no início da década de 90, com os indicadores “*ambulatory care sensitive conditions*” (ACSC) e “*avoidable hospitalizations*”<sup>53</sup> e a proporção de internações hospitalares por condições sensíveis tem sido utilizada como marcador de resultado da qualidade dos cuidados primários de saúde<sup>54</sup> e como indicador de acesso ao cuidado ambulatorial<sup>55,56</sup>.

Na Europa, observa-se uma preocupação dos autores em relação à correta composição e validação da lista de morbidades sensíveis à atenção primária<sup>57 54 58</sup>. Nos Estados Unidos, os estudos são direcionados a comparações entre usuários portadores de seguros de saúde e os não portadores de seguro saúde, ao tipo de seguro saúde, ao custo destas internações para seguros saúde, à análise por gênero e etnia e ao efeito dos serviços de saúde de atenção primária nas internações potencialmente evitáveis<sup>59, 60, 61, 62, 63, 64</sup>.

No contexto brasileiro, foi criado o indicador composto Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) a partir de uma lista de problemas de saúde para os quais ações efetivas no nível da atenção primária, tais como prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, diminuiria o risco de internações<sup>65</sup>.

Redução de 24% na taxa de ICSAP, no Brasil, sendo esta mais rápida quando comparada à redução na taxa por internações não sensíveis à atenção primária foi identificada. Maiores reduções na taxa ICSAP foram alcançadas quando os dados foram analisados por região e estados. E, quanto maior cobertura do PSF menor taxa de ICSAP foi detectada mesmo quando controlada por variáveis confundidoras<sup>49</sup>.

Em relação às internações por enfermidades crônicas sensíveis à atenção primária foi identificada redução na taxa de internação por estas doenças superior ao declínio na taxa de internação por outras causas não sensíveis à atenção primária. E, nos municípios com alta cobertura do PSF, as taxas de internação por condições sensíveis crônicas foram 13% menor quando comparadas a esta mesma

taxas em municípios com baixa cobertura do PSF mesmo com outros fatores controlados<sup>66</sup>.

Além da análise de tendência das taxas de ICSAP, há questionamentos quanto aos determinantes das internações por condições sensíveis à atenção primária. Portanto, Nedel et al, 2011, propôs que as taxas de ICSAP são distalmente determinadas pela situação socioeconômica do paciente, em nível intermediário, pela organização dos serviços de saúde (disponibilidade, barreiras de acesso e modelo de atenção) e, no nível proximal, por indicadores de desempenho do sistema de saúde.

Neste sentido, estudos recentes têm analisado os fatores que estariam associados a um maior risco de hospitalização por condição sensível à atenção primária avaliando os efeitos do modelo de atenção primária à saúde e, no Brasil, do PSF<sup>67, 68, 69,70</sup>. Dentre os fatores analisados destacam-se: ocorrência de internação prévia, visitas regulares as unidades de saúde, atenção à saúde não realizada por equipe de saúde da família (ESF), internação solicitada por médicos que não atuam na ESF,<sup>67</sup> disponibilidade de leitos hospitalares, acesso e qualidade da atenção primária, residir em áreas cobertas pela ESF e tempo de funcionamento da unidade de saúde<sup>66</sup>.

Outra proposta de análise das ICSAP é a investigação da prevalência de específicas morbidades sensíveis à atenção primária e dos fatores associados a ocorrência destas internações. Elevado número e taxa de internação por determinadas doenças da lista de condições sensíveis à atenção primária faz com que estas sejam consideradas como principais causas de ICSAP. Deste modo, internações por gastroenterites infecciosas, pneumonias e asma foram às principais causas de internação sensível à atenção primária no Brasil no período de 1999 a 2006<sup>51</sup>.

Diante das evidências científicas sobre a relação entre atenção primária e assistência hospitalar mensurada através do indicador ICSAP, e, apesar do esforço dos pesquisadores em adaptarem propostas metodológicas às informações disponíveis, construção de modelos teóricos explicativos e as demais formas de investigação das ICSAP discutidas, faltam informações sobre o impacto econômico no SUS desta relação.

## 2.4 ESTUDOS SOBRE GASTOS COM SAÚDE

O incremento dos gastos com assistência à saúde, nos últimos quarenta anos, em países industrializados, indica a necessidade de análise dos fatores associados a este aumento.<sup>71, 72, 73</sup> Para análise do gasto SUS com assistência hospitalar e, sobretudo para compreensão de quais gastos é possível mensurar e evitar, é necessário distinguir o gasto do governo federal com assistência sanitária de outros custos, tais como a perda de salário pelo paciente e sua família, alimentação, roupas e artigos especiais. A esses se somam o custo da invalidez e o custo social.<sup>74</sup>

Deste modo, assumindo custo como valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços<sup>74, 102</sup>, questões metodológicas referente ao estudo deste necessitam ser coerentes com a terminologia e classificação do estudo de custos da saúde. Assim, os custos introduzidos pelos problemas de saúde podem ser categorizados em: custos diretos que podem ser visíveis, custos indiretos (visíveis e invisíveis) e psicológicos. Os custos diretos referem-se àqueles diretamente incorridos na provisão de relevantes serviços de saúde (diagnóstico e cura) e os atribuíveis de alguns serviços sociais. Quando os custos diretos são discriminados nos orçamentos formais dos serviços de saúde são denominados de diretos visíveis<sup>75</sup>.

Os custos originados indiretamente das conseqüências da doença e, ou, seqüelas desta, morte, função reduzida são categorizados como custos indiretos. Quando estes são medidos em termos de perda da produção econômica ou perdas da possibilidade de consumo podem ser custos indiretos visíveis. Quando os custos refletem o impacto psicossocial trazido por um problema de saúde ou estigma são tidos como custos psicológicos<sup>75</sup>.

Os autores que se propuseram a analisar os custos da atenção hospitalar por meio do SIH/SUS, o fizeram como uma aproximação do conceito de custo direto, ou utilizaram os dados Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS/SUS) na tentativa de estimar o custo com assistência à saúde a partir do somatório dos valores pagos por serviço prestado com valores declarados como gastos com saúde. Outra abordagem dos estudos de custos da saúde consiste na apropriação e contabilidade de todos os custos envolvidos na assistência à saúde através de planilhas de custos. Nos estudos analisados não foi verificada uma padronização da terminologia custo ou gasto, de acordo com a metodologia empregada, tão pouco, uma discussão conceitual destes termos e a falta de

adequação a estes critérios como a diversidade de metodologias empregadas dificultam a comparação dos resultados destes estudos.

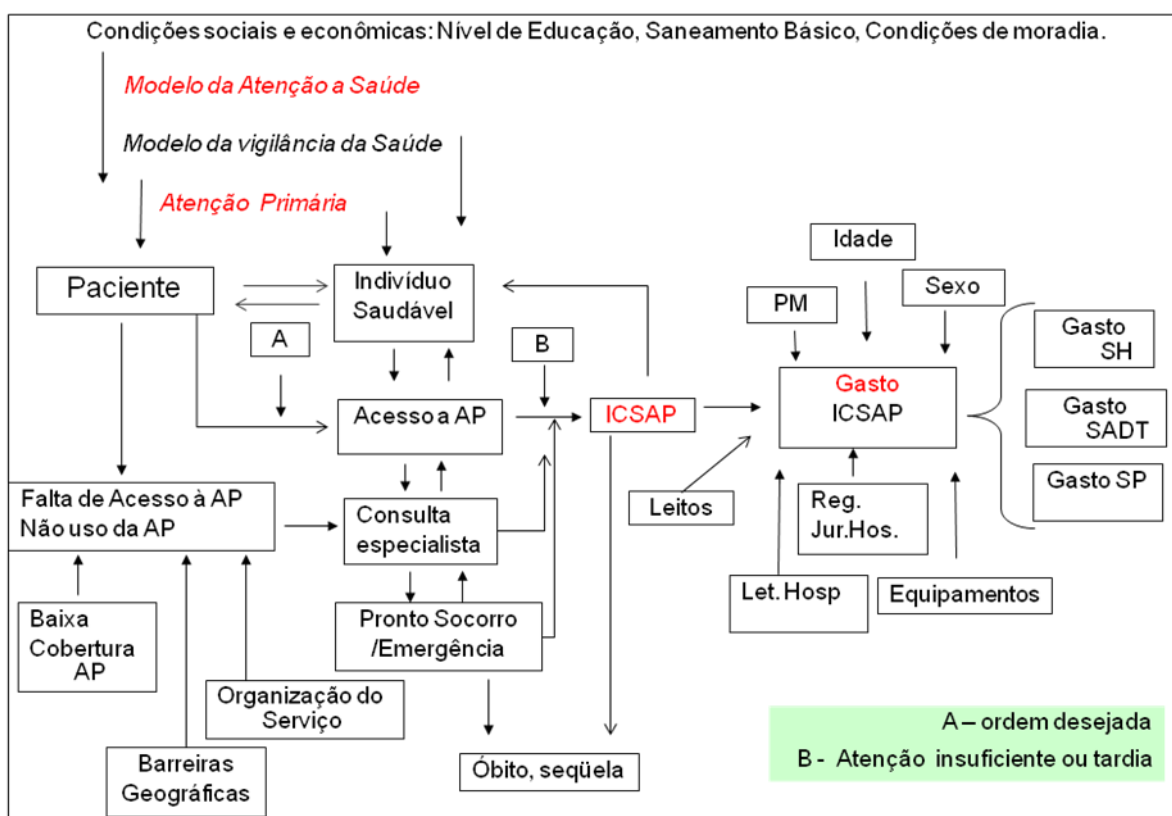
As pesquisas brasileiras sobre custos da assistência à saúde, em sua maioria, abordaram o custo das internações por causas externas e transplantes de órgãos<sup>76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86</sup>, com enfermidades crônicas específicas<sup>87,88,89</sup>, por grupos etários<sup>90,91</sup>, com doenças endêmicas<sup>92,93</sup> e estudos que avaliaram o custo efetividade de determinadas intervenções<sup>94,95</sup>.

De uma forma geral, os estudos brasileiros, sobre gastos em saúde, independente da abordagem conceitual ou proposta metodológica adotada, investigaram o gasto com determinado serviço de saúde com o intuito de mensurar o impacto econômico do gasto público com problemas de saúde potencialmente evitáveis, seja através de políticas públicas de saúde resolutivas ou intervenções direcionadas. Além de apresentar propostas para redução dos gastos com saúde. Apesar de não ter sido encontrado estudo sobre gasto com ICSAP, objeto deste estudo, tal gasto também é abordado na perspectiva da evitabilidade mediante ações do programa de saúde da família.

### 3 MODELO EXPLICATIVO

Esta dissertação traz elementos teóricos da determinação social do processo saúde e doença, do modelo da vigilância da saúde, da atenção primária e da economia da saúde. Como as condições de vida e trabalho dos indivíduos estão relacionadas com a situação de saúde destes, portanto fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de fatores risco e das enfermidades em um grupo populacional<sup>96</sup>.

Figura 1 – Modelo explicativo do gasto com internações por condições sensíveis a atenção primária.



Fonte: Adaptado de Caminal e Casanova, 2003. A: Ordem desejada; B: AP Insuficiente ou tardia; \*AP: Atenção Primária, \*\*PM: Permanência Média, \*\*\*SH: Serviços Hospitalares, \*\*\*\*SADT: Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, \*\*\*\*\*SP: Serviços Profissionais, \*\*\*\*\* Natureza Jurídica do Hospital: Natureza Jurídica do Hospital.

Deste modo, as melhorias nas condições de saúde da população ultrapassam o horizonte de atuação dos serviços médicos sanitários, na medida em que, estas só se tornam permanente quando oriunda de medidas que superem as restrições impostas pelo contexto econômico e social no qual a população encontra-se inserida.

Uma vez que saúde é algo determinada socialmente, o modelo de atenção que rege o sistema de saúde deve considerar os determinantes sociais da saúde na

organização das práticas dos serviços destinadas à prevenção e cura das enfermidades. Pode-se definir modelo de atenção como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas <sup>97</sup>.

No Brasil, coexistem dois tipos de modelos assistenciais: um modelo convencional, centrado na atenção individual, no tratamento da doença, sendo o hospital o representante da rede dos serviços de saúde, e o modelo alternativo, o da vigilância da saúde, voltado para práticas de prevenção e promoção da saúde centrado na população e que tem a atenção primária como porta de acesso ao sistema de saúde <sup>98</sup>.

A AP tem como propósitos garantir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos, promover a integralidade da atenção, desenvolver relações de vínculo e co-responsabilização entre equipe de saúde e população adscrita. O desenvolvimento da AP se dá por meio do exercício de práticas gerenciais sanitárias democráticas e participativas, dirigidas às populações de territórios bem delimitados<sup>1</sup>. Portanto, a AP pode ser considerada como base de um sistema de saúde racional <sup>100, 101</sup>, na medida em que representa a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, além de, quando bem organizada ser capaz de responder por 85% das necessidades de saúde da população.

O modelo de atenção primária adotado nacionalmente consiste no PSF. As ações desenvolvidas pelo PSF têm como objetivo a evitabilidade das doenças, cura e direcionamento do paciente aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde. Quando o paciente tem acesso deficiente ou tardio ou não tem acesso às ações da AP, devido à baixa cobertura do PSF, dificuldades geográficas, falhas e organização do acesso aos serviços e, o agravamento do estado de saúde deste ocorre, surge à necessidade do serviço especializado, na maioria dos casos a internação hospitalar.

As internações por condição sensível à atenção primária produzem gastos que poderiam ter sido evitados caso o usuário tivesse acesso às intervenções eficientes e resolutivas no nível da AP. Portanto, seria esperado que o aumento da oferta dos serviços primários (expansão da cobertura do PSF) reduzisse os gastos com a assistência hospitalar por condições sensíveis à atenção primária. É evidente que um gasto desnecessário merece atenção, pois, representa o uso indevido dos recursos econômicos disponíveis, sendo importante a análise de possíveis fatores determinantes deste.



Assumindo a economia da saúde como ramo da economia aplicado ao estudo, organização, funcionamento e financiamento do setor saúde. Neste ramo, gasto é a contrapartida financeira que a entidade faz destinada à obtenção de um bem ou serviço qualquer, almejando receitas <sup>101</sup> que no caso dos serviços de saúde a receita corresponde à saúde da população. Na prática gastos podem ocorrer de três formas: investimentos, custos e despesas <sup>9</sup>.

Investimento é o gasto cujo valor deve ser registrado no ativo, por proporcionar benefícios para a entidade no futuro. Já o custo seria o gasto cuja expressão física é consumida no processo de elaboração de outro bem ou serviço <sup>9</sup>, ou seja, o valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços <sup>74,102</sup>. Despesa é o gasto que não é utilizado na transformação e produção do produto final, sendo consumida na mesma forma física em que é adquirida e, geralmente, de forma imediata. Tais conceitos são aplicados às empresas privadas de fins lucrativos que tem por objetivo a geração de uma receita orçamentária com a máxima redução de custos. Nos serviços de saúde não há a necessidade de geração de receita monetária, mas sim alocar de forma eficiente a totalidade do recurso financeiro, subsidiando o desenvolvimento de ações eficientes e duradouras de prevenção, cura e reabilitação, melhorando condições de vida e saúde da coletividade.

É válido ressaltar que os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária representam potenciais economias de recurso público, uma vez que existe uma intervenção em nível nacional direcionada a evitabilidade das internações e, conseqüentemente, do gasto com estas. Portanto, é de fundamental importância a identificação dos fatores associados ao gasto federal com ICSAP.

Todavia, alguns fatores como idade, sexo, permanência média em dias de internação, natureza jurídica do hospital entre outros, vem sendo relatados como preditores dos gastos com assistência hospitalar.

O envelhecimento da população que leva a substituição das doenças agudas infecciosas pelas doenças crônicas degenerativas e, conseqüentemente, o uso de tecnologias mais sofisticadas e dispendiosas <sup>73</sup>, melhor qualificação dos profissionais de saúde que resulta em maiores remunerações para os recursos humanos, o papel do Estado em tutelar à saúde como direito do cidadão, <sup>74</sup> causas demográficas (crescimento populacional), organização, estrutura e cobertura do sistema de

atenção à saúde<sup>71</sup>, Produto Interno Bruto (PIB)<sup>73</sup> são fatores explicativos do aumento do gasto sanitário.

As curvas dos gastos em saúde, em função da idade, mostram maiores gastos nas faixas etárias iniciais e finais da vida. Portanto, indivíduos nos primeiros anos de vida e os idosos apresentam maior necessidade dos serviços de saúde e conseqüentemente, nestas idades observam-se maiores gastos para a manutenção, prevenção e tratamento da saúde<sup>103</sup>.

Nos estudos dos gastos públicos com as causas externas, o tempo de permanência em dias de internação foi auto-explanatório, uma vez que o paciente que permaneceu mais dias internado no hospital provavelmente, apresentou agravamento do estado de saúde o que produziu a necessidade de tecnologias mais sofisticadas, conduzindo ao aumento do gasto com a internação hospitalar<sup>104</sup>

Distinção por sexo no acesso e utilização dos serviços de saúde é um resultado comum, pois, mulheres adultas procuram mais pelos serviços de saúde do que homens e, portanto, acabam conseguindo maior acesso a estes<sup>105</sup>. A ocorrência das internações por condições sensíveis a atenção primária como as reduções nestas taxas também ocorrem de forma diferente entre os sexos, sendo observada uma redução maior no sexo feminino<sup>13</sup>. Portanto, tais distinções podem interferir nos gastos com ICSAP.

Em relação à natureza/regime dos hospitais, há evidências de que maiores gastos com internações hospitalares ocorrem em hospitais universitários devido à didática destes hospitais e a preocupação com procedimentos especializados e instrumentais mais apurados<sup>106</sup>.

O progresso tecnológico e as inovações em saúde influenciam os gastos com os serviços de saúde. O surgimento de técnicas mais precisas ou mais seguras no diagnóstico da doença, desenvolvimento de equipamentos mais eficientes, mudanças qualitativas de insumos interferem no tempo destinado à assistência, como também, no gasto com esta, além de, exigir maior qualificação do profissional de saúde no manuseio de novas tecnologias<sup>107</sup>.

Também é válido ressaltar que quanto mais treinado e especializado o profissional de saúde mais os atos médicos de consulta, prevenção e visitas comuns na AP diminuem em relação aos atos mais técnicos de especialistas, cirúrgicos ou radiológicos refletindo na remuneração dos serviços prestados por estes profissionais<sup>108</sup>.

Por fim, o conhecimento de possíveis fatores associados aos gastos com ICSAP permitirá a construção de argumentos que, uma vez arrefecida a fase de um discurso

centrado no controle de gastos, possa-se perceber os contornos de um novo movimento de reformas setoriais, no qual seja dada ênfase à atenção primária e a integração dos serviços.