

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal –
semelhanças e diferenças”*

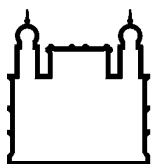
por

Rosana Pinto

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Rio de Janeiro, janeiro de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

*“Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal –
semelhanças e diferenças”*

apresentada por

Rosana Pinto

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Claudia Maria de Rezende Travassos
Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha
Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 15 de janeiro de 2010.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

P659 Pinto, Rosana
Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal
– semelhanças e diferenças. / Rosana Pinto. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
xvi, 162 f., tab.

Orientador: Mendes Júnior, Walter Vieira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Sistemas de Informação Hospitalar. 2. Grupos Diagnósticos
Relacionados. 3. Brasil. 4. Espanha. 5. Portugal. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.11

A meus pais, por tudo.
Ao Erich, por aquilo que faltava.
A Don (*in memoriam*) e Mel, por iluminarem minha vida.

Agradecimentos

A meus pais, Ana e José e minhas irmãs, Ana Lúcia, Ana Paula e Regina pelo suporte, pelo afeto e pela confiança. Perdoem-me pelo tempo que deixei de estar com vocês.

Ao meu querido companheiro Erich por estar sempre por perto e por ter me proporcionado a tranquilidade necessária para desenvolver este trabalho.

Ao amigo Giordano Cabral, pelo incentivo primeiro e pelo primeiro auxílio.

Ao Dr. Fernando Oliveira Lopes por sua generosidade em partilhar seu vasto conhecimento sobre o sistema de saúde de Portugal.

Ao meu orientador, Prof. Walter Mendes, por ter me auxiliado por esse longo caminho.

À professora Marina Ferreira de Noronha por seu doce auxílio.

Ao professor Miguel Murat Vasconcellos (*in memoriam*) e a professora Ilara Hämmerli

Sozzi de Moraes, coordenadores do curso e nossos principais incentivadores.

Ao DATASUS por ter me possibilitado fazer esse curso e por ter me proporcionado o tempo necessário a conclusão deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho por terem segurado a onda em minha ausência.

A meus amigos do curso que me proporcionaram momentos tão bons.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho,

o meu mais sincero obrigada.

Va, vis et deviens

Resumo

Objetivo: Proceder à comparação entre Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e os sistemas de informações hospitalares de Espanha e Portugal, utilizando como eixos de comparação os fatores que comprometem a qualidade da informação hospitalar no Brasil e limitam a sua utilização. **Metodologia:** Os principais procedimentos metodológicos adotados neste estudo foram a Revisão da Literatura e a Análise Documental. A Revisão a Literatura visou efetuar a caracterização do sistema de informações brasileiro e a extração de artigos científicos nacionais, dos principais limitantes a qualidade da informação hospitalar no Brasil. A Revisão da Literatura foi também utilizada para pesquisa na literatura científica internacional das principais características dos sistemas de informação de Espanha e Portugal. Através da Análise documental foram relacionadas as principais portarias relativas ao sistema de informações hospitalares brasileiro e complementada a pesquisa sobre os sistemas de informações hospitalares de Espanha e Portugal. **Resultados:** Foram localizados 35 artigos que direta ou indiretamente versam sobre a qualidade dos dados do SIH-SUS. Os limitantes à qualidade da informação do sistema brasileiro, selecionados para estudo, estão relacionados ao registro dos prontuários, à qualidade da informação clínica, à cobertura do sistema, às influências do sistema de pagamento, à subnotificação das internações e à identificação das reinternações e transferências do mesmo paciente. As principais constatações foram: (a) alguns limitantes à qualidade da informação no sistema brasileiro existem também nos sistemas internacionais, contudo, grande parte dos problemas aqui detectados, já foi solucionada por esses países. (b) problemas no registro dos prontuários, comum aos três países, estão relacionados à falta de valorização da informação e ao não estabelecimento de regras para seu preenchimento; (c) os sistemas de pagamento aos hospitais adotado por Brasil, Espanha e Portugal são bastante semelhantes. A maior diferença encontra-se na classificação; no Brasil é adotada a classificação por procedimentos e na Espanha e Portugal, a classificação de pacientes através da metodologia DRG; (d) a cobertura do SIH-SUS, embora não universal, é mais abrangente que a cobertura dos sistemas de informações hospitalares de Portugal e Espanha, cobrindo as internações hospitalares, domiciliares e em regime hospital-dia realizadas em hospitais gerais e especializados, de agudos, crônicos e psiquiátricos. (e) não foram obtidas informações sobre subnotificação nos sistemas internacionais. No SIH-SUS, esta acontece, principalmente, pelo não registro no sistema, de todas as internações ocorridas por unidades hospitalares cuja

remuneração não é baseada na produção de serviços e; pelo subsídio, pelas secretarias de saúde, de internações não contabilizadas pelo sistema, devido a limitações à emissão de AIHs ou a políticas que direcionam ou restringem a cobrança de determinados procedimentos; (f) nos sistemas de informação do Brasil e Espanha não é possível a identificação das reinternações e transferências nos registros que não identifiquem o paciente, em Portugal a identificação é limitada. **Considerações Finais:** Questões identificadas como críticas para a qualidade da informação do sistema de informações hospitalares brasileiro, décadas atrás, continuam impactando a informação do sistema atualmente. As portarias referentes à assistência hospitalar e ao SIH-SUS dizem respeito, em sua grande maioria, a modificações no mecanismo de reembolso; apenas um número bastante restrito destas, visa implementar melhorias na qualidade da informação do sistema. Os gestores do SIH-SUS no Ministério da Saúde necessitam compreender e valorizar as necessidades e problemas detectados pelos usuários do sistema, com atenção especial, aos problemas apontados pelos pesquisadores brasileiros, quando da implementação de modificações no sistema. É necessária também, uma aproximação dos sistemas de informações hospitalares internacionais, buscando conhecer como as questões críticas em nosso sistema foram equacionadas nestes sistemas, e como as soluções adotadas podem ser adaptadas a nossa realidade.

Palavras-Chave: Sistemas de informação hospitalar. Brasil. Espanha. Portugal. Grupos Diagnósticos Relacionados.

Abstract

Objective: This study aims to compare the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH-SUS) and hospital information systems in Spain and Portugal, with emphasis on the factors identified as limiting the quality and use of information produced by the SIH-SUS. **Methods:** The main methodological procedures used in this study were the Literature Review and Documentary Analysis. A Literature Review aimed to characterize Brazilian hospital information system and extraction the major limiting factors for the quality of Brazilian hospital information in national scientific articles. A Literature Review was also used for researching the international scientific literature for main characteristics of Spain and Portugal hospital information systems. The documentary analysis was adopted aiming to related main ordinances relating to the Brazilian hospital information system and complement the researching of Spain and Portugal hospital information systems. **Results:** We found 35 articles directly or indirectly related to SIH-SUS data quality. The limiting factors for the quality of Brazilian hospital information studied are related to the registration of medical records, quality of clinical information, system coverage, payment system influences, the underreporting of hospitalizations and the same patient identification of readmissions and transfers. The main findings were: (a) some limiting factors for the quality of information in Brazilian hospital information system are also in the international information systems, however, most of the problems identified here, has already been solved by these countries; (b) problems in the medical record registry exist in all three countries and they are related to lack of value of information and do not establish rules for its completion; (c) hospitals payment systems adopted by Brazil, Spain and Portugal are much similar. The biggest difference lies in the classification, in Brazil is adopted for the classification procedures and in Spain and Portugal, the classification of patients using DRG methodology; (d) SIH-SUS coverage is not universal, but is much more comprehensive than Spain and Portugal hospital information systems, covering hospital, domiciliary and day hospital regime in general and specialized hospitals and acute, chronic and psychiatric disorders. (E) it was not found information about underreporting in international hospital information systems. This happens in SIH-SUS mainly by the underreporting of all hospitalizations in the system for hospitals whose remuneration is not based on production of services, and the subsidy by the Secretarias de Saúde of admissions do not recorded by the system, due to limitations on the issuance of AIH or policies that direct or restrict the collection of certain procedures; (f) it is not possible to

identify readmissions and transfers on the records that do not identify the patient in the Brazil and Spain hospital information systems. In Portugal hospital information system the identification is limited. **Conclusion:** Issues identified as critical to the quality of information from hospital information system in Brazil, decades ago, are still impacting the system information nowadays. Ordinances relating to hospital and the SIH-SUS are relate mostly to changes in the reimbursement mechanism, only a very restricted number of them, aimed to implement improvements in the quality of the information system. The managers of the SIH-SUS in the Ministry of Health thus need to understand and appreciate the needs and problems encountered by users of the system, with special attention to the problems posed by Brazilian researchers, upon implementation of system modifications. We also need an approximation to the international hospital information systems, trying to understand how the critical issues in our system were equated with those systems, and how the adopted solutions can be adapted to our reality.

Keywords: Hospital Information Systems. Brazil. Spain. Portugal. Diagnosis Related Groups.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Indicadores demográficos. Brasil, Espanha e Portugal, 2006-2008	63
Tabela 2 – Indicadores socioeconômicos. Brasil, Espanha e Portugal, 2007-2008	64
Tabela 3 – Gasto em Saúde. Brasil, Espanha e Portugal, 2006	64
Tabela 4 – Mortalidade. Brasil, Espanha e Portugal, 2006-2008	65
Tabela 5 – Indicadores de Recursos. Brasil, Espanha e Portugal, 2005, 2007- 2009	65
Tabela 6 – Indicadores de Cobertura. Brasil, Espanha e Portugal, 2007	65

Lista de Quadros

Quadro 1- Comparativo entre os CMBD de Estados Unidos, Europa, Espanha e Portugal, 1974, 1981, 1986-1989	17
Quadro 2 - Comparação entre CMBD adotado por CISNS e CMBD estatal 1987, 2001	100
Quadro 3 - Fatores que comprometem a qualidade e limitam a utilização da informação hospitalar no Brasil, 1994-2008	122
Quadro 4 – Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - Principais características, 2008	126
Quadro 5 – Sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - Aspectos da informação, 2008	127
Quadro 6 – Sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal – A informação clínica, 2008	129
Quadro 7 – Sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - Limitações à qualidade da informação, 2008	130

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxo simplificado do Sistema de Informações Hospitalares espanhol	107
Figura 2 – Fluxo simplificado do Sistema de Informações Hospitalares de Portugal	120

Lista de Siglas

3M HIS	<i>3 M Health Information Systems</i>
ACS	Alto Comissariado da Saúde
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AID	<i>Agency for International Development</i>
AIIM	Associação Internacional de Informática Médica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
AP-DRG	<i>All Patient DRG</i>
APR-DRG	<i>All Patient Refined DRG</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
BWG	<i>Bio Medical Work Group</i>
CA	Comunidades Autônomas
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CBCD	Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CBO-R	Classificação Brasileira de Ocupações Resumida
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CID-9-MC	Classificação Internacional de Doenças, 9ª. Revisão – Modificação Clínica
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
CIH	Comunicação de Internação Hospitalar
CISNS	<i>Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud</i>
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Dados
CMBD-AAE	Conjunto Mínimo Básico de Dados da Atenção Ambulatorial Especializada
CNAE-R	Classificação Nacional de Atividades Econômicas Resumida
CÓDIGO	Codificação de Diagnósticos e Procedimentos
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CNCPHAC	Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CRI	Centros Regionais de Informática
CTF	Sistema de Controle de Teto Financeiro
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DGS	<i>Direcção-Geral da Saúde</i>
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
EMH	<i>Encuesta de Morbilidad Hospitalaria</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESCRI	<i>Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado</i>
FAA	Folha de Admissão e Alta
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCES	Ficha de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde
FCH	Ficha de Cadastro de Hospital
FCOE	Ficha de Cadastro de Órgão Emissor
FCT	Ficha de Cadastro de Terceiros
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FNS	Fundação Nacional de Saúde
HCFA	<i>Health Care Financing Administration</i>
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
IAH	<i>Informe de Alta Hospitalaria</i>
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAV	Índice Adicional de Valorização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	Índice do Casemix
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGAS	<i>Inspecção-Geral das Actividades em Saúde</i>
IGIF	Instituto de Gestão Financeira e Informática da Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INE	Instituto Nacional de Estatística (Portugal)
INE	Instituto Nacional de Estadística (Espanha)
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INGESA	<i>Instituto Nacional de Gestión Sanitaria</i>
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
INSALUD	<i>Instituto Nacional de Salud</i>

INTEGRASUS	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde
IR-DRG	International Refined DRG
IVD	Índice de Valorização de Desempenho
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
IVH-E	Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
GCG	Grandes Categorias Diagnósticas
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogêneos
GIH	Guia de Internação Hospitalar
GM	Gabinete do Ministro
GRCAIH	Sistema de Geração de Relatórios Contábeis de AIH
GRD	<i>Grupos Relacionados por el Diagnóstico</i>
MBDS	Minimum Basic Data Set
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NÚBIS	Núcleo Básico de Informação Sanitária
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPP	<i>Purchasing Power Parity</i>
PPP	Parcerias Público-Privadas
PSF	Programa de Saúde da Família
R-DRG	Refined DRG
RD	Reduzidas (Arquivo de Reduzidas do Movimento de AIHs)
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RIS	Rede de Informação para a Saúde
S-DRG	Severity DRG
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEDOM	<i>Sociedad Española de Documentación Médica</i>
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SGAIH	Sistema de Gerenciamento de AIHs
SH	Serviço Hospitalar
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SICE	Sistema de Classificação de Enfermos
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC	Sistema Integrado de Gestão de Listas de Inscritos para Cirurgia
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SIMAI	Sistema de Informação Médico-Administrativa no Internamento
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SIMS	Serviço de Informática do Ministério da Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAIH01	Sistema de Entrada de Dados do SIH-SUS
SISAIH05	Módulo de Integração de Arquivos dos Prestadores
SMIMAI	Sistema Mínimo de Informação Médico-Administrativa no Internamento
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informações Hospitalares
SP	Serviço Profissional
SPP	Sistema de Pagamento Prospectivo
SPR	Sistema de Pagamento Retrospectivo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCH	Unidade de Complexidade Hospitalar
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UE	União Européia
UHGIC	Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UPA	Unidade Ponderada de Assistência
US	Unidade de Serviço
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

LISTA DE TABELAS	V
LISTA DE QUADROS.....	V
LISTA DE FIGURAS	V
LISTA DE SIGLAS.....	VI
1. APRESENTAÇÃO	1
1.1. INTRODUÇÃO	1
1.2. ESTRUTURAÇÃO GERAL DO ESTUDO.....	6
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
2.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	7
2.1.1. A informação.....	7
2.1.2. Qualidade da Informação.....	9
2.1.3. Informação em saúde	11
2.1.4. Sistemas de Informação em Saúde (SIS).....	12
2.2. O CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DADOS (CMBD).....	14
2.3. OS DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG's)	18
2.3.1. O produto hospitalar.....	20
2.4. O BRASIL	21
2.4.1. Sobre o Brasil.....	21
2.4.1.1. Indicadores demográficos	21
2.4.1.2. Indicadores socioeconômicos	23
2.4.2. A saúde no Brasil.....	25
2.4.3. O sistema de saúde brasileiro	27
2.4.3.1. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	28
2.4.4. A organização do sistema de saúde brasileiro	30
2.4.5. O financiamento do sistema de saúde brasileiro	32
2.4.5.1. O financiamento dos hospitais brasileiros	33
2.5. A ESPANHA.....	36
2.5.1. Sobre a Espanha	36
2.5.1.1. Indicadores demográficos	36
2.5.1.2. Indicadores socioeconômicos	38
2.5.2. A saúde na Espanha.....	38
2.5.3. O sistema de saúde espanhol	40
2.5.3.1. A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS)	41
2.5.3.2. A organização do sistema de saúde espanhol	43
2.5.4. O financiamento do sistema de saúde espanhol.....	45

2.5.4.1. O financiamento dos hospitais espanhóis	46
2.6. PORTUGAL	48
2.6.1. Sobre Portugal.....	48
2.6.1.1. Indicadores demográficos	48
2.6.1.2. Indicadores socioeconômicos	50
2.6.2. A Saúde em Portugal.....	51
2.6.3. O sistema de saúde português	53
2.6.3.1. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	54
2.6.3.2. A organização do sistema de saúde português	56
2.6.4. O financiamento do sistema de saúde português	59
2.6.4.1. O financiamento dos hospitais portugueses.....	60
2.7. COMPARANDO INDICADORES DE BRASIL, ESPANHA, PORTUGAL.....	63
3. OBJETIVOS E METODOLOGIA	66
3.1. OBJETIVOS.....	66
3.1.1. Objetivo Geral	66
3.1.2. Objetivos Específicos	66
3.2. METODOLOGIA	67
3.2.1. Procedimentos metodológicos	67
4. RESULTADOS	69
4.1. O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH-SUS).....	69
4.1.1. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	69
4.1.2. A gênese do SIH-SUS - A Previdência Social	72
4.1.3. Os Aplicativos do SIH-SUS	76
4.1.5. O SIH-SUS e a legislação sobre a assistência hospitalar	80
4.1.5.1. O período de 1990 a 1999.....	82
4.1.5.2. O período de 2000 a 2008.....	89
4.2. O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DA ESPANHA	96
4.2.1. O desenvolvimento do CMBD espanhol.....	97
4.2.2. A implementação dos Diagnosis Related Groups na Espanha	102
4.2.3. Aplicativos do SIH espanhol.....	103
4.2.4. A codificação clínica na Espanha.....	104
4.2.5. O fluxo da informação hospitalar no SIH espanhol	105
4.3. O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DE PORTUGAL	107
4.3.1. O desenvolvimento dos Diagnosis Related Groups em Portugal	108
4.3.2. Principais Aplicativos do SIH português	111
4.3.3. Outros Aplicativos	114
4.3.4. A codificação clínica em Portugal	117
4.3.5. O fluxo da informação hospitalar no SIH português.....	119
4.4. OS FATORES QUE COMPROMETEM A QUALIDADE E LIMITAM A UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL.....	121

4.5. COMPARAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO HOSPITALARES DE BRASIL, ESPANHA E PORTUGAL	126
4.5.1. Limitantes à qualidade da informação.....	130
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
6. REFERÊNCIAS.....	138

1. Apresentação

1.1. Introdução

Em 2008, o Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos tendo se configurado no maior projeto de inclusão social do Brasil, o que permitiu o acesso de milhões de pessoas aos serviços de saúde, acesso este, antes restrito à capacidade contributiva do cidadão brasileiro. Em duas décadas de atividade, inegavelmente, muitos avanços aconteceram, não obstante, antigos desafios persistem e novos surgem a cada dia.

A própria consolidação da universalidade e da integralidade do SUS tem encontrado inúmeros obstáculos, a começar pela contribuição negativa advinda da separação original entre a saúde pública e a medicina previdenciária para a execução de ações integradas e para o fortalecimento da solidariedade social. Solidariedade, com a qual, a sociedade brasileira ainda não se comprometeu de todo (Baptista¹ 2007, Santos² 2009).

A consolidação do Sistema Único de Saúde, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e uma sólida base de apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil (Noronha et al.³, 2008).

O processo de construção do SUS universal é também constantemente minado, seja devido ao afastamento, pelo governo, de suas propostas e diretrizes legais (Santos², 2009), seja através do paradoxo da utilização do sistema privado por expressiva parcela da população, a qual ultrapassa os quarenta milhões de usuários (ANS⁴, 2009)*, o que reacende o debate sobre qual seria, de fato, a extensão do direito à saúde (Baptista¹, 2007).

* Total de Beneficiários da Assistência Médica em 12/2008 = 41.274.985 (ANS⁴, 2009).

A Constituição Federal estabeleceu o direito à saúde e uma política de proteção social que ainda não se transformou em realidade para todos os brasileiros (Baptista¹, 2007). Inúmeros desafios permanecem, seja na consolidação do processo de descentralização, seja para a promoção da equidade ou para a melhoria da qualidade da atenção. Tais desafios, para serem superados, necessitam da ação conjunta dos gestores de saúde das três esferas na formulação de políticas e no planejamento em saúde.

A informação em saúde é apontada pela literatura especializada como fundamental para subsidiar os gestores de saúde no processo decisório e na avaliação dos serviços e ações de saúde, objetivando o direcionamento político. (DATASUS⁵ 2004, Vidor⁶ 2004, Guimarães⁷ 2004, Bourret⁸ 2004, AbouZahr e Boema⁹ 2005, Camargo et al.¹⁰ 2007 Borba e Kliemann Neto¹¹ 2008, Bates¹² 2009).

A disponibilização de Sistemas de Informações em Saúde (SIS), embora não garanta, possibilita o fornecimento de informação confiável, relevante e acessível a todos os atores envolvidos - usuários, profissionais, prestadores de serviços, gestores, pesquisadores e sociedade civil -, permitindo a avaliação dos gastos e a obtenção do conhecimento necessário ao cuidado pessoal, ao apoio à prática profissional, ao controle social e administrativo, à avaliação das condições de saúde da população, à auditoria de prestadores e gestores, bem como ao planejamento de intervenções que objetivem a melhoria da qualidade da atenção (DATASUS⁵ 2004, Vidor⁶ 2004, Bourret⁸ 2004, AbouZahr e Boema⁹ 2005, Escrivão Jr.¹³ 2007, Borba e Kliemann Neto¹¹ 2008).

Entre os serviços de saúde, a atenção hospitalar ganha destaque por reunir os procedimentos de maior complexidade e custo (Zanetta¹⁴, 2003), o que tem feito com que as bases de dados secundários sobre as hospitalizações sejam o principal foco das mais diversas análises. E por tornarem disponíveis dados sobre a morbi-mortalidade hospitalar, além de dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e financeiros, são instrumento relevante para a avaliação, pesquisa, planejamento e gestão em saúde (Koizumi et al.¹⁵ 2000, Bittencourt et al.¹⁶ 2004).

O sistema de informações responsável pela captação das hospitalizações ocorridas no sistema público brasileiro é o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). O SIH-SUS é um sistema de informações de cunho administrativo e de âmbito nacional que visa o reembolso das hospitalizações ocorridas nos hospitais públicos e nos hospitais privados contratados pelo SUS. O SIH-SUS, por sua representatividade e abrangência, é a principal fonte de dados sobre a morbidade hospitalar no Brasil (Bittencourt et al.¹⁶ 2004, Carvalho¹⁷ 2009).

A ampliação do acesso às informações de saúde no Brasil, ocorrida a partir dos anos 90 e possibilitada pela disponibilização dos dados em formato eletrônico, permitiu o desenvolvimento e a proliferação de estudos diversos que utilizam a informação contida nas bases de dados do SIH-SUS e de outros sistemas de informação de base nacional, para a construção de suas análises.

Mesmo com a existência de limitações, a base de dados SIH-SUS vem sendo avaliada como de utilidade para aplicações diversas, tais como, estudos epidemiológicos (Veras e Martins¹⁸ 1994, Amaral et al.¹⁹ 2004, Escosteguy²⁰ 2005, Campos et al.²¹ 2007); avaliação da assistência prestada (Bittencourt et al.²² 2002, Mendes et al.²³ 2000, Melione e Mello Jorge²⁴, 2008); vigilância epidemiológica (Mendes et al.²³ 2000, Bittencourt et al.²² 2002, Melione e Mello Jorge²⁴, 2008); avaliação do desempenho da assistência hospitalar (Bittencourt et al.²⁵, 2008, Lobato et al.²⁶ 2008), entre outros.

Segundo Pinheiro e Coeli²⁷ (2007), a produção científica nacional contribui para a “*ampliação do debate sobre as limitações e potencialidades do SIH-SUS, o que possibilita a promoção de políticas de melhoria*”. Levin²⁸ (2006) alerta, no entanto, que políticas e normatizações da assistência à saúde, ao incentivar ou restringir certas práticas, podem gerar vieses e descontinuidades nos dados do SIH-SUS, os quais, se ignorados, podem prejudicar as análises que fazem uso desses dados.

A utilização dos dados do SIH-SUS e sua avaliação, com a importante contribuição da produção científica, ampliam o conhecimento sobre o sistema e sobre seus possíveis vieses e imprecisões, além de contribuírem para o seu aprimoramento. Contudo, mesmo que a produção científica sobre o SIH-SUS seja bastante extensa, poucos são os estudos que tem como objetivo a avaliação da qualidade da informação produzida.

A avaliação da qualidade da informação é tratada pela Ciência da Informação, de modo geral, através de duas abordagens: (1) a abordagem baseada no produto, a qual trata a “*informação como coisa*” e que objetiva a avaliação do sistema de informação, em uma perspectiva técnica, sendo a qualidade da informação apenas um dos critérios de avaliação; (2) a abordagem baseada no usuário, na qual o usuário, individual ou coletivamente, determina a qualidade ou valor da informação (Oleto²⁹, 2006).

A produção científica sobre a qualidade da informação do SIH-SUS é bastante reduzida. Existem estudos, no entanto, que expõem os problemas encontrados pelos pesquisadores ao manusearem os dados do sistema, possibilitando o conhecimento de como esse importante grupo de usuários utiliza e avalia a informação disponibilizada, as

falhas e problemas que detecta e os aspectos que devem ser melhorados na busca de uma melhor qualificação da informação e do sistema.

Este estudo utilizou como premissa, a concepção do usuário como determinante da qualidade e do valor da informação para buscar extrair de um grupo de usuários do SIH-SUS os fatores que comprometem a qualidade e limitam a utilização da informação proveniente do sistema, visando compará-lo com os sistemas de informações hospitalares de Espanha e Portugal, tendo como foco principal os aspectos do SIH-SUS que segundo esses usuários, são considerados mais críticos.

Para atingir a este objetivo foi necessário, inicialmente, buscar conhecer um pouco das características desses países, de seus sistemas de saúde, das modalidades de pagamento empregadas, buscando ampliar o conhecimento sobre o contexto no qual os sistemas de informações hospitalares estão inseridos.

O Brasil é o quinto maior país em extensão territorial do mundo, com 8,5 milhões de km² (IBGE³⁰, 2007). A população brasileira foi estimada no ano de 2008, em mais de 189 milhões de habitantes (IBGE³¹, 2008), cuja expectativa de vida vem aumentando significativamente, tendo chegado em 2007 a 72 anos (RIPSA³², 2009).

A Espanha está localizada, juntamente com Portugal, na Península Ibérica e é o segundo país em extensão da União Européia (UE), com 506 mil km² (*Ministério de la Presidencia*³⁴, 2009). A população espanhola, em 2008, foi estimada em pouco mais de 46 milhões de habitantes (INE³⁵, 2009). A expectativa de vida dos espanhóis é uma das maiores entre os membros da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), tendo chegado a 81 anos (OCDE³⁶, 2009).

Portugal possui cerca de 92 mil km² de extensão, e no ano de 2008, sua população foi estimada em 10,6 milhões de habitantes. A expectativa de vida da população portuguesa vem aumentando e no ano de 2007 atingiu os 78 anos (INE³⁸, 2009).

Espanha e Portugal possuem sistemas de saúde universais como o Brasil, os quais começaram a ser configurados na metade final dos anos 70. Nos dois países e no Brasil, o direito a saúde foi estabelecido no processo de redemocratização que se seguiu a um longo período ditatorial.

As fórmulas adotadas em um sistema de saúde para a obtenção e distribuição de recursos influenciam os atores e instituições partícipes, os quais têm sua ação estimulada ou restringida de acordo com a estrutura do sistema de saúde e seus incentivos (Santana³⁹, 2005). Segundo Hsiao⁴⁰ (2003), “*os incentivos financeiros influenciam fortemente a qualidade e a eficiência dos serviços hospitalares*”. A

organização das atividades e das equipes hospitalares é efetuada de acordo com a forma pela qual o hospital obtém seus recursos. E a adoção de incentivos adequados pode ter efeito positivo sobre a oferta e a utilização dos serviços de saúde.

A modalidade de pagamento adotada para reembolso das hospitalizações cria incentivos positivos e negativos que afetam o comportamento dos prestadores, influenciando fortemente a qualidade da informação captada pelos sistemas de informação.

No Brasil, o financiamento hospitalar é efetuado através do reembolso da produção de serviços ou através de orçamentação global ou mista. O modelo de pagamento adotado para o reembolso através da produção de serviços é o Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP) e a unidade de pagamento, o procedimento realizado.

O financiamento dos hospitais espanhóis e portugueses é efetuado através de orçamentação global. O sistema de pagamento adotado é também o prospectivo e a unidade de pagamento, o case-mix hospitalar.

O SIH-SUS foi estabelecido em 1991. Contudo, tem suas origens no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), implementado em todo o país entre 1983 e 1984 e, que por sua vez, havia substituído o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), criado em 1977, o qual objetivava o pagamento dos hospitais privados contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e o controle das fraudes.

Os atuais sistemas de informações hospitalares de Espanha e Portugal foram implementados em 1992 e 1989, respectivamente, e conformam bases de dados secundários, compostas por dados clínicos e administrativos, as quais tiveram como origem o Conjunto Mínimo de Dados (CMBD) estabelecido na Europa e relativo às hospitalizações ocorridas no âmbito de seus sistemas nacionais de saúde.

Segundo Oliván⁴¹ (1997), o CMBD é o “núcleo mínimo de informação sobre cada paciente” e corresponde a um conjunto mínimo de variáveis que devem ser recolhidas em cada hospitalização e que permitem a coleta de informação assistencial “válida, confiável, comparável e oportuna”.

Além do CMBD, Espanha e Portugal adotaram também, os *Diagnosis Related Groups* (DRGs) como medida de mensuração do *casemix* hospitalar. Portugal adotou os DRGs em 1989 e foi o primeiro país a adotá-lo na Europa, embora sua utilização para o estabelecimento dos orçamentos dos hospitais tenha se dado apenas em 1997. A Espanha passou a utilizar os DRGs em 1998.

Segundo Averill apud Noronha et al.⁴² (1991), os DRGs permitem “*correlacionar os tipos de pacientes atendidos pelo hospital, com os recursos consumidos durante o período de internação, criando grupos de pacientes coerentes do ponto de vista clínico e similares ou homogêneos quanto ao consumo dos recursos hospitalares*”.

Mesmo sendo funcionária do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e integrante da equipe de desenvolvimento do SIH-SUS, possuía uma visão bastante restrita do sistema. Uma visão restrita aos atributos tecnológicos e à vertente sistema de pagamento. Este estudo é o resultado da procura de distinção de aspectos e dimensões do SIH-SUS que incluam, mas não se restrinjam ao sistema de pagamento. É também, resultado da tentativa de aproximação dos sistemas de informações hospitalares de Espanha e Portugal, buscando a identificação das possíveis diferenças e semelhanças entre estes e o SIH-SUS e da existência dos mesmos limitantes à qualidade da informação do sistema brasileiro e de como estes países lidaram com eles.

1.2. Estruturação geral do estudo

Este estudo está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo (Apresentação), é feita uma pequena introdução aos temas que serão abordados.

No segundo capítulo (Contextualização) é feita a apresentação de temas de interesse do estudo.

No terceiro capítulo (Objetivos e Metodologia), são enumerados os objetivos deste estudo e descritos os principais procedimentos metodológicos adotados e fontes bibliográficas e documentais pesquisadas.

No quarto capítulo (Resultados), são apresentados os achados da revisão da literatura e da análise documental sobre o SIH-SUS e os sistemas de informação hospitalares de Espanha e Portugal, além da comparação entre os três sistemas.

No quinto Capítulo (Considerações Finais) são apresentadas as principais conclusões obtidas com o estudo.

2. Contextualização

2.1. Sistemas de informação

2.1.1. A informação

Nas últimas décadas, a informação tem assumindo um papel cada vez mais importante nos mais diversos campos da atividade humana. A informação, tal qual conhecemos, no entanto, ganhou relevância apenas a partir da Segunda Guerra Mundial e da difusão do uso de computadores (Capurro e Hjørland⁴³, 2007), embora a mercantilização da informação seja tão antiga quanto o capitalismo e, o uso pelo governo de informação coletada sobre as populações remonte a Roma e China antigas (Burke⁴⁴, 2003).

A informação possui conceituação em teorias diversas como na física, na termodinâmica, na teoria da comunicação, na psicologia, na cibernética entre outras ciências. *“Atualmente, quase toda disciplina científica utiliza o conceito de informação dentro de seu próprio contexto e com relação a fenômenos específicos”* (Bogdan apud e Capurro & Hjørland⁴³, 2007).

O surgimento da Ciência da Informação como disciplina tem suas origens na Cibernética, a qual se desenvolveu concomitantemente à Teoria Geral de Sistemas. A Cibernética, expressão criada em 1947 para designar *“todo o campo da então chamada teoria da comunicação e controle”*, possibilitou, através do método binário, o desenvolvimento dos computadores eletrônicos de processamento de dados (Branco⁴⁵, 2006).

A Teoria da Informação foi estruturada como uma área específica de investigação quando se concluiu que os estudos sobre a informação não poderiam ser restritos à transmissão de sinais, pois até então, o processo de comunicação era restrito ao conjunto de transmissor, receptor, canal, ruído e repertório de signos (compartilhados entre emissor e receptor). A Teoria da Informação surgiu então para tratar também do ambiente que cerca o receptor e da mensagem transmitida (Branco⁴⁵, 2006).

Com a Teoria da Informação foi reconhecida a subjetividade nos processos de transmissão de informação e comunicação e também que a informação só teria sentido ao reduzir a incerteza do receptor:

Não se pode definir a informação pelo que ela é. Somente se pode defini-la dizendo para que serve ... uma informação, em si, não é nada, não tem nada de informação se ninguém é informado ou se a informação recebida não é utilizável para aquele que a recebeu (Bonsack, 1996 apud Branco⁴⁵ 2006).

A Teoria da Informação, contudo, não teve vida longa, sobreviveu cerca de 10 anos, entre os anos 60 e 70, pois, desde seus primórdios foi alvo de duras críticas. Nesse período foi gestado o movimento, que, como crítica a Cibernética e à Teoria da Informação, originou a Ciência da Informação.

Segundo Otten apud Branco⁴⁵ (2006), os elementos que se configuraram como pilares para o surgimento da Ciência da informação foram: (a) o reconhecimento da natureza múltipla da Ciência da Informação e; (b) a aceitação da existência de diferentes conceitos de informação; (c) o reconhecimento entre a interdependência entre matéria, energia e informação; (d) a importância do processo da comunicação para a existência da informação.

A Ciência da Informação, que a princípio era orientada por uma visão mais objetiva tem se voltado para o estudo da relevância e interpretação como aspectos básicos do conceito da informação, objetivando avaliar as “*diferentes perspectivas que podem determinar, em um contexto particular, o que está sendo considerado informativo*” (Capurro e Hjørland⁴³, 2007).

Segundo Branco⁴⁵ (2006), um dos eixos centrais de discussão de abordagens da Ciência da Informação é o eixo técnico ou tecnológico, no qual o interesse principal são “*os processos de produção e recuperação da informação*” os quais têm relação direta com os progressos da informática. A informação é assim, vista como “*um fenômeno universal que se manifesta por uma variedade de atributos e sob diversas formas, que pode ser descrita tanto objetiva quanto subjetivamente e, que se comporta segundo algumas leis fundamentais*”.

Segundo Buckland⁴⁷ (1991), o termo informação é de natureza ambígua e utilizado em diferentes contextos, que possuem limites de uso indistintos e que adotam definições diversas e muitas vezes, pouco satisfatórias. Contudo, seus principais usos podem ser identificados, ordenados e caracterizados. O autor utilizando definições do Dicionário Oxford, atribui ao termo informação, três significados: (a) informação como processo – diz respeito ao ato de informar; da comunicação do conhecimento, fato, notícia ou ocorrência; (b) informação como conhecimento – diz respeito ao

conhecimento comunicado, sendo utilizada para designar o que é percebido em “*informação como processo*”: o conhecimento que é comunicado sobre assuntos, fatos ou eventos. (c) informação como coisa – diz respeito aquilo que é informativo: dados, documentos, textos.

Segundo o autor, uma característica-chave da “*informação como conhecimento*” é a sua intangibilidade: não é possível tocá-la ou mensurá-la de maneira direta, e para que seja comunicada é necessário que seja expressa, escrita ou representada de uma maneira física, como um sinal, texto ou comunicação. E uma vez expressa, escrita ou representada seria “*informação como coisa*”.

A “*informação como coisa*” está no âmbito do interesse do estudo dos sistemas de informação, pois é com este tipo de informação que estes lidam diretamente. Pois, mesmo que exista a intenção de informar (informação como processo), a transmissão da informação aos usuários (informação como conhecimento), o que armazenado e recuperado é a informação física (informação como coisa).

De acordo com Branco⁴⁵ (2006), com o desenvolvimento da informática nos anos 60 e 70 e até os anos 90, cometeu-se o erro de confundir “*técnica e tecnologia com tecnicismo*”, pois, a ampliação da coleta, processamento e armazenamento dos dados, possibilitada pelo progresso tecnológico, fez crer que o acúmulo de dados e informações seria suficiente para o aumento do conhecimento e a descoberta de soluções.

Segundo a autora, acreditou-se então que “*dado gera informação, que produz conhecimento que leva à ação*”, não sendo considerado o contexto político, econômico, social e cultural envolvido no processo de produção da informação.

2.1.2. Qualidade da Informação

... a qualidade é um desses substantivos abstratos, um desses constructos de entendimento rápido por meio do senso comum, mas de complexo entendimento, quando se busca definição mais rigorosa, quando, na construção de uma teoria se procura relacioná-lo a outras variáveis (Oleto²⁹, 2006).

Segundo Oleto²⁹ (2006), a Ciência da Informação ainda não chegou a uma definição consensual a respeito do conceito de qualidade da informação. Alguns

autores adotam o termo qualidade, como categoria geral e outros, preferem adotar a categoria valor (valor de uso) e a qualidade como um de seus aspectos. Segundo Paim et al.⁴⁷ (1996), o fato dos termos qualidade e valor serem utilizados como sinônimos demonstra a dificuldade na determinação de um termo que represente a categoria mais geral.

A Ciência da Informação trata a qualidade da informação através de duas abordagens: a abordagem baseada no produto e a abordagem baseada no usuário (Oleto²⁹, 2006).

Na abordagem baseada no produto, a informação é tratada como “coisa” e são avaliados o sistema de informação, seu projeto e conteúdo, em uma perspectiva técnica, de verificação da eficácia da recuperação da informação. A qualidade da informação é um dos critérios de avaliação. Na abordagem baseada no produto são tratadas as seguintes dimensões (ou atributos): abrangência, acessibilidade, atualidade, confiabilidade, objetividade, precisão e validade.

Na abordagem baseada no usuário, o usuário ou um grupo de usuários determinam, subjetivamente, a qualidade ou valor da informação. As dimensões da qualidade da informação geralmente atribuídas ao usuário são: (a) adequação da indexação e classificação, eficácia e eficiência da recuperação e; (b) impacto, relevância, utilidade, valor esperado, valor percebido e valor de uso.

A abordagem voltada para o usuário surgiu da crítica às limitações da abordagem objetivista, ao considerar apenas o “*lado técnico, da eficácia da recuperação da informação*”. Alguns autores, contudo, vêem dificuldades na abordagem da informação sob o ponto de vista do usuário, devido à sua subjetividade, o que traz limitações à qualquer tipo de medição. Esta parece, contudo, uma limitação inerente à qualidade informação, pois, conforme afirma Schwuchow apud Paim et al.⁴⁷ (1996), devido à natureza subjetiva da avaliação da qualidade da informação, não existe um critério de avaliação que seja simples, preciso e satisfatório.

Segundo Wang e Strong⁴⁸ (1996), os consumidores (usuários) da informação têm uma conceituação mais ampla do que seja qualidade da informação, podendo assim, melhor defini-la que os profissionais de sistemas de informação. Os autores utilizam o conceito “*fitness for use*”, o qual enfatiza a importância da obtenção do ponto-de-vista do usuário, e seu julgamento da adequação da informação ao seu uso. Os autores criaram estrutura hierárquica com as dimensões de qualidade do ponto de vista do usuário:

(a) Qualidade intrínseca: a informação deve possuir qualidade interna, própria. Diz respeito à credibilidade, acurácia, objetividade e reputação;

(b) Qualidade de acessibilidade: o acesso deve ser livre a quem este for atribuído. Diz respeito à acessibilidade e segurança.

(c) Qualidade contextual: a informação deve ser considerada no contexto da tarefa que a utiliza. Diz respeito ao valor adicionado, relevância, oportunidade (*timeliness*), completude e quantidade (quantidade apropriada de dados).

(d) Qualidade representacional: a informação deve ter boa representação. Diz respeito à concisão, consistência, entendimento e interpretabilidade.

2.1.3. Informação em saúde

Segundo Branco⁴⁹ (1996) a informação em saúde tem a finalidade de:

... identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento... as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.

A informação de interesse à saúde tem um escopo bastante amplo, não estando limitada à informação produzida pelo Ministério da Saúde (Vasconcellos et al.⁵⁰, 2002). Entre as fontes de informação em saúde no Brasil, estão os sistemas de informação do Ministério da Saúde, sistemas de informação de outras entidades públicas, censos e pesquisas do IBGE e de outras instituições.

Segundo Moraes⁵¹ (1993) há grande dificuldade na delimitação da abrangência das informações em saúde, pois com base o conceito ampliado de saúde, as informações em saúde abrangeriam aquelas relativas às condições gerais de vida e trabalho, tais como, alimentação, moradia, saneamento, etc. As instituições de saúde, contudo, trabalham com informações produzidas sob o paradigma biomédico, e por isso, preocupam-se, primordialmente, com dados clínicos, administrativos e de gestão de recursos humanos e financeiros.

Informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área de saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população (Moraes⁵¹, 1993).

De acordo com a autora, as informações em saúde podem significar um avanço na busca pela melhoria das condições/práticas de saúde. Contudo, apesar dos avanços tecnológicos nessa área, a falta de apropriação e não utilização do conhecimento faz com que o seu uso seja limitado, reforçando a lógica fragmentadora e a gestão pulverizada das informações.

Tradicionalmente, as informações sobre saúde no Brasil são bastante fragmentadas, resultado da atividade compartimentalizada das diversas instituições que atuam no setor (Conferência Nacional de Saúde 1992, apud Ministério da Saúde⁵³, 2009).

São vários os diagnósticos sobre a produção e a gestão da informação em saúde no Brasil: falta de integração entre as informações de saúde produzidas por instituições diversas; grande variedade de sistemas desarticulados e desintegrados; produção de informação duplicada, redundante e fragmentada; carência de infra-estrutura técnica e tecnológica; dificuldades de acesso e de disseminação das informações (DATASUS⁵ 2004, Branco⁴⁵ 2006).

2.1.4. Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

O sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (White, apud Branco⁴⁹, 1996)

A disponibilização de informação confiável, proveniente de dados sólidos, é vital para subsidiar profissionais, técnicos, tomadores de decisão e a sociedade. Os sistemas de informação são os responsáveis por gerar, analisar e disseminar tais dados. Poucos países têm conseguido desenvolver, contudo, sistema de informações que consigam suprir as necessidades dos diferentes tipos de usuários seja no nível local, regional ou nacional (OMS⁵² 2003, AbouZahr e Boerma⁹ 2005).

Dois momentos importantes marcaram a década de 70 como o período em que foi dado um grande impulso para o desenvolvimento das estatísticas de saúde no Brasil: em 1973, quando foi atribuída ao IBGE, a responsabilidade pelas estatísticas do registro civil e; em 1975, com a realização da primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informações de Saúde (Ministério da Saúde⁵³, 2009).

Nesta primeira reunião nacional foram aprovadas as diretrizes gerais dos Sistemas de Informação em Saúde e as funções do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais, como também, a criação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o primeiro dos grandes sistemas de abrangência nacional (Branco⁴⁵, 2006).

Os principais sistemas de informação em saúde de abrangência nacional foram criados entre o final dos anos 70 e início dos anos 80. Foi apenas a partir dos anos 90, entretanto, que houve um grande aumento do acesso à informação em saúde, o qual foi proporcionado pela disponibilização eletrônica das informações das bases de dados nacionais.

Os sistemas de informação de abrangência nacional têm sido voltados para diversas dimensões: epidemiológica, demográfica, de produção de serviços, entre outras. Construídos antes da criação do SUS e, portanto, sem a participação das demais esferas, acabam por não refletir as necessidades das instâncias locais e estaduais (Branco⁵⁹, 1996), fazendo com que estes não desempenhem o papel de grandes fornecedores de informação e funcionem apenas como coletores e repassadores de dados.

Os principais sistemas de informação em saúde de abrangência nacional são: o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

Os indicadores “escolhidos” tendem a refletir a própria concepção de Saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher esse ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de ser constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos (Comissão Nacional de Reforma Sanitária apud Moraes⁵¹, 1993).

Os sistemas de informação nacionais padronizaram “*a coleta, tratamento e disseminação dos dados, dotando o país de informações mais confiáveis comparáveis e ágeis*” (Almeida⁵⁴, 2004), no entanto, muitos problemas ainda persistem, tais como, a fragmentação ou a superposição de informações; a falta de padronização para a representação e a troca de dados e interoperabilidade entre as aplicações; a falta de integração e de articulação entre os sistemas nacionais e as diferentes fontes de informações de interesse à saúde (DATASUS⁵, 2004).

2.2. O conjunto mínimo básico de dados (CMBD)

Um hospital produz, rotineiramente, uma grande quantidade de dados clínicos, administrativos e financeiros, os quais, com a crescente utilização da tecnologia da informação na medicina, motivaram a multiplicação de sistemas de informação objetivando recolher e tratar esses dados e, o fornecimento de subsídios ao cuidado e à gestão hospitalar.

E mesmo que existam diferenças entre os países, como em suas políticas de saúde e financiamento hospitalar, existem métodos, características e necessidades comuns aos hospitais, o que torna possível a determinação de um conjunto mínimo de dados a partir dos registros hospitalares que possibilite a análise e a comparação entre hospitais e entre países (Roger e Francis⁵⁵, 1993).

Na maioria dos países europeus o aumento dos custos do cuidado a saúde, cujo principal componente são os custos hospitalares e o grande desenvolvimento da informática foram os motivadores para a busca da padronização dos registros dos pacientes.

O CMBD ou *Minimum Basic Data Set* (MBDS) é o conjunto mínimo de dados, com a maior extensão de uso que um sistema de informação pode disponibilizar (Comissão da Comunidade Européia^{*56}, 1989).

O objetivo do CMBD é a recuperação e armazenamento de informação clínico-administrativa que permita responder a crescente demanda por informação sanitária, já que estabelece critérios de comparabilidade e compatibilidade utilizando dados normalizados e com definições uniformes, considerados como dados modulares de fácil homogeneidade a nível nacional e internacional (*Ministerio de Sanidad y Consumo*⁵⁷).

As recomendações para a adoção do CMBD foram efetuadas pelas mais distintas associações e grupos de estudo pertencentes aos mais diversos órgãos na área da saúde:

- Em 1969, em Genebra na Suíça, o Grupo de Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu um Conjunto Mínimo de Dados a ser recolhido, pelos hospitais europeus, a partir do prontuário do paciente (Oliván⁴¹, 1997).
- Em 1973, em Luxemburgo, o *Committee for Information and Documentation in Science and Technology* (CIDST) delegou ao Bio Medical Work Group (BMWG) o desenvolvimento de um sistema de informações europeu baseado nos registos médicos (Roger e Francis⁵⁵, 1993).
- Nos Estados Unidos, em 1974, o *National Committee on Vital and Health Statistics* também estabeleceu um conjunto mínimo de dados para a alta hospitalar, o *Uniform Hospital Discharge Data Set*, com 14 itens e composto por um conjunto de dados administrativos e clínicos (Oliván⁴¹, 1997).
- Em 1981, em Bruxelas, na Bélgica, o Escritório Europeu da OMS, o Comitê Hospitalar da Comunidade Européia* e a Associação Internacional de Informática Médica (AIIM) organizaram o “*Workshop on Hospital Statistics for Population Based Health Care Epidemiology*” o qual, tendo como matriz a definição americana, apresentou uma proposta de um Conjunto Mínimo de Dados composto por 13 itens “*como base para a gestão, planificação e avaliação da assistência e dos serviços de saúde e para a investigação epidemiológica e clínica*” (Roger e Francis⁵⁵, 1993, Oliván⁴¹, 1997).

* Atual União Européia (EU).

- Em 1982, a Comissão para a Comunidade Européia recomendou o CMDB europeu oficialmente como base para a gestão, planejamento e avaliação do cuidado em saúde e serviços de saúde e para pesquisa epidemiológica e clínica.
- Em 1987, o *Council of Europe Committee of Ministers to Member States on Hospital Information Systems*^{*}, recomendou a adoção de diretrizes para a uniformização e padronização dos sistemas de informação dos países membros, as quais incluíam o Conjunto Mínimo de Dados Básicos. As recomendações para o CMDB foram as seguintes:
 - (1) Introdução do CMDB, conforme definido pela Conferência de Bruxelas, como uma base de dados médica a ser utilizada em sistemas de informações hospitalares para pesquisa clínica e epidemiológica e para comparação internacional;
 - (2) Uso dos 13 itens do CMDB para registro das hospitalizações e estudo da possível inclusão de itens adicionais;
 - (3) Estabelecimento de uma classificação confiável das doenças e de procedimentos, se a classificação recomendada não estiver disponível na linguagem do país;
 - (4) Disponibilização em nível nacional de informação confiável sobre os diagnósticos e procedimentos médicos efetuados.
 - (5) Tentativa de harmonização dos programas de treinamento, com garantia da confiabilidade da padronização dos dados coletados e processados e na interpretação e uso do resumo do prontuário médico.
 - (6) Introdução de programas educacionais no nível universitário, profissional e institucional;
- Em 1987, na Espanha, o *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS) aprova a proposta de criação do CMDB para as Altas Hospitalares no âmbito do Sistema Nacional de Saúde espanhol.

A grande vantagem do CMDB é que a partir de um pequeno número de variáveis é possível a obtenção de um grande número de indicadores, com a vantagem de que o número de variáveis coletadas não é restritivo, ou seja, a coleta não necessariamente, precisa se restringir às variáveis básicas originais, podendo haver acréscimos, de acordo com as necessidades a serem atendidas.

^{*} Recomendação n° 23 de 22 de outubro de 1987 (*Council of Europe*⁵⁸, 1987).

As principais diferenças entre os CMBD americano, europeu, espanhol e português podem ser verificados no Quadro 1.

Quadro 1- Comparativo entre os CMBD de Estados Unidos, Europa, Espanha e Portugal, 1974, 1981, 1986-1989.

	EUA (1974)	Europa (1981)	Espanha (1987)	Portugal (1986-1989)
1.	Identificação do Hospital	Identificação do Hospital	Identificação do Hospital	Identificação do Hospital
2.	Identificação do Paciente	Identificação do Paciente	Identificação do Paciente	Identificação do Paciente
3.	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
4.	Data de Nascimento	Idade	Data de Nascimento	Data de Nascimento
5.	Raça e Etnia	Estado Civil	Residência	Residência
6.	Residência	Residência	Financiamento	Estado Civil
7.	Data de Admissão	Mês e ano de Admissão	Data Internação	Data de Admissão
8.	Data da Alta	Tempo de Permanência	Motivo da Admissão	Data da Alta
9.	Circunstância da Alta	Circunstância da Alta	Diagnóstico Principal e Outros	Motivo da Alta
10.	Diagnósticos	Diagnóstico Principal	Procedimentos Cirúrgicos e Outros	Diagnósticos
11.	Procedimentos e Data	Outros Diagnósticos	Procedimentos Diagnósticos	Procedimentos
12.	Identificação do Médico	Procedimentos Cirúrgicos	Data da Alta	Identificação do Médico
13.	Identificação do Cirurgião	Outros Procedimentos	Circunstância da Alta	Financiamento
14.	Financiamento	-	Identificação do Médico Responsável pela Alta	-

Adaptado de Olivan⁴¹ (1997) e Reis Abreu⁵⁹(2002).

Notas: Correspondem à situação logo após a adoção do CMBD.

Todo potencial do CMBD pode ser perdido se a codificação clínica efetuada não mantiver certos níveis de qualidade. Calle et al.⁶⁰ (2001) em estudo objetivando a análise da qualidade da informação contida no CMBD de oito hospitais da região de Múrcia, constatou que a taxa de discordância entre a informação do prontuário e do CMBD foi bastante elevada, principalmente no que diz respeito aos dados clínicos, onde para 796 casos, houve 41,6% de discordância quanto ao diagnóstico principal.

Vega⁶¹ (2003) em um estudo para a utilização da classificação DRG na alta de pacientes de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), envolvendo 500 casos, procedeu a comparação entre o agrupamento efetuado na alta de UTI com o agrupamento efetuado na alta hospitalar dos mesmos pacientes, concluindo que 19,99% dos DRGs apresentaram erros de codificação (originados do CMBD) e, em 27,17% a codificação foi efetuada com dados insuficientes.

Outros estudos, no entanto, têm apontado a importância do CMBD como instrumento para o planejamento e a gestão clínica (Caminal et al.⁶², 2004) ou como

fonte de dados para detecção de casos de determinadas doenças (Cid et al.⁶³, 2006). E mesmo necessitando aprimoramentos, a qualidade da codificação dos dados é normalmente, considerada boa.

2.3. Os Diagnosis Related Groups (DRG's)

Os *Diagnosis Related Groups* (DRG) foram desenvolvidos por John Fetter e colaboradores na Universidade de Yale, nos Estados Unidos entre os anos 60 e 70, com o objetivo de definir o produto hospitalar para o monitoramento da utilização de serviços e avaliação da qualidade da atenção hospitalar (Noronha et. al ⁶⁴, 2004).

Segundo Bentes et al.⁶⁵ (1996), os *Diagnosis Related Groups* podem ser definidos como:

... um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogêneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, o que explicaria seu consumo de recursos no hospital.

Para a construção dos DRGs, inicialmente, todos os principais códigos de diagnósticos foram divididos em Grandes Categorias Diagnósticas (GCD), as quais foram subdivididas em grupos com base em valores de variáveis associadas ao tempo de permanência. Uma grande amostra, com resumos de alta de cerca de 500 mil hospitalizações, foi explorada, visando à identificação das variáveis que teriam efeito mais significativo no consumo de recursos, medido pelo tempo de permanência. As variáveis mais explicativas foram o diagnóstico principal, os diagnósticos secundários, as intervenções cirúrgicas e a idade (Urbano e Bentes⁶⁶, 1994).

Em seguida, as variáveis foram testadas, através de um programa estatístico para a identificação daquelas que para cada GCD explicassem o comportamento do tempo de permanência. As variáveis eram aceitas ou rejeitadas de acordo com seu poder de redução de variância dentro do grupo formado. Na seqüência, foi efetuada validação clínica para que os grupos formados, estatisticamente, fossem também coerentes, clinicamente. O processo teve como resultado a formação de 333 grupos obtidos a partir de 54 GCDs (Urbano e Bentes⁶⁶, 1994).

A segunda versão da classificação DRG foi finalizada em 1977. A terceira, produzida no final de 1978, foi uma adaptação para a utilização com o Sistema de Pagamento Prospectivo (SSP) adotado para os hospitais de agudos do estado de *New Jersey*, Estados Unidos (Urbano e Bentes⁶⁶, 1994).

Visando reduzir o alto gasto hospitalar no sistema público americano, o *Medicare* contratou a equipe de Yale para reformular os DRGs com a utilização da Classificação Internacional de Doenças, 9ª. Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC), cuja versão, lançada em 1979, continha diversos melhoramentos em relação aos sistemas de codificação anteriores. Uma nova versão foi produzida e em 1983, adotada pelo *Medicare* (Urbano e Bentes⁶⁶ 1994, Averill et al.⁶⁷, 1998).

A partir de 1983, com adoção da classificação DRG pelo *Medicare*, novas versões e modificações foram desenvolvidas, testadas e adotadas em várias partes do mundo. Estas modificações levaram à criação de variações, como o *Refined DRG* (R-DRG), *All Patient DRG* (AP-DRG), *Severity DRG*(S-DRG), *All Patient Refined DRG* (APR-DRG), *International Refined DRG* (IR-DRG) (Averill et al.⁶⁷, 1998).

O AP-DRG foi desenvolvido após avaliação para a utilização da classificação DRG no estado de Nova York, em 1987, em uma população não pertencente ao *Medicare*. Como a classificação DRG se provou inadequada, a empresa *3M Health Information Systems* (3M HIS) foi contratada para desenvolver as modificações necessárias à adequação à esse grupo de pacientes e assim, surgiu o AP-DRG (Averill et al.⁶⁷, 1998).

Os AP-DRG, segundo Vertress⁶⁸ (1999), foram criados para “*captar os pacientes que tenham uma enfermidade mais severa, com maior risco de morte, com maior dificuldade de tratamento, com prognósticos mais pobres ou com maior necessidade de intervenções*”.

Entre as modificações introduzidas pelos AP-DRG estão a reestruturação da GCD neonatal e a inclusão de uma GCD para a infecção em HIV*. O AP-DRG introduziu também outras modificações, afetando principalmente aos pacientes pediátricos (Averill et al.⁶⁷, 1998).

O AP-DRG é o sistema de classificação de pacientes utilizado correntemente na Espanha e em Portugal.

* *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana.

2.3.1. O produto hospitalar

Segundo Urbano e Bentes⁶⁶ (1994), o Produto hospitalar é o “... o conjunto específico de outputs que cada doente recebe em função das suas necessidades e como parte do processo de tratamento definido pelo médico”. A medição da produção hospitalar, contudo, não é tarefa simples, pois, segundo os autores:

... doentes recebem, individualmente, diferentes quantidades de bens e serviços, dependendo da gravidade da sua doença e do processo de tratamento definido pelo médico; isto implica, pelo menos em teoria, que o hospital tenha tantos produtos diferentes, quantos os doentes que trata. É este o aspecto crucial da dificuldade de medir a produção do hospital (Urbano e Bentes⁶⁶, 1994).

A classificação de doentes em DRGs, contudo, parte da premissa de que, como existem características comuns entre os pacientes (demográficas, diagnósticas e terapêuticas), as quais são determinantes para o consumo de recursos, poder-se-ia conhecer e gerir os produtos hospitalares se fosse possível o agrupamento de pacientes com características clínicas comuns e perfil de consumo semelhante, desde que esses grupos pudessem dar conta de toda a variabilidade de tipos de pacientes (Veras et al.⁶⁹ 1990, Urbano e Bentes⁶⁶ 1994).

A unidade de pagamento em um modelo de financiamento em DRGs é o *casemix*. O doente é classificado em um dos grupos existentes, cuja quantidade, depende da versão do software utilizado. Esses grupos são constituídos por variáveis clínicas (diagnóstico principal, diagnóstico secundário, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos) e características do paciente, como idade, sexo, além do destino após a alta (Bentes et al.⁶⁵, 1996).

Existem divergências sobre qual deveria ser o suporte ideal para a coleta de informação em um sistema de classificação de pacientes. Enquanto autores como Fetter, defendem a utilização dos resumos de alta, outros, acreditam que adicionalmente aos resumos, deveriam ser utilizados outros elementos presentes nos prontuários, tais como informações sobre sinais vitais e resultados de exames complementares (Costa et al.⁷⁰, 2008).

A cada DRG é atribuído um peso relativo ou coeficiente de ponderação, o qual mede a complexidade da doença:

A cada DRG está associado um coeficiente de ponderação, denominado de peso relativo, que não é mais do que uma medida que reflete os recursos empregues esperados com o tratamento de um doente típico desse DRG, expresso em termos relativos face à intensidade dos recursos utilizados pelo doente médio (Costa et al.⁷⁰, 2008).

O doente típico (médio) do DRG possui um coeficiente de ponderação igual a 1,0. Quando um DRG tem um coeficiente de ponderação igual a 2,0 significa que o consumo médio de recursos do doente daquele DRG é duas vezes maior que o do doente médio (Bentes et al.⁶⁵, 1996).

A composição dos DRGs de cada hospital é expressa genericamente através de seu índice de case-mix. Segundo Fetter et al. apud Noronha et al.⁶⁴ (2004), a casuísta ou *casemix* é “a proporção relativa de diferentes tipos de pacientes que um hospital trata ...”.

O Índice do *Casemix* (ICM) é o “coeficiente de ponderação da produção de um hospital, refletindo sua relatividade face aos outros” (Freitas⁵⁵, 2006). O ICM é determinado através da seguinte fórmula:

$$ICM = \frac{\Sigma(\text{número de saídas dos DRGs} \times \text{peso dos DRGs})}{\text{número total de saídas}}$$

2.4. O Brasil

2.4.1. Sobre o Brasil

2.4.1.1. Indicadores demográficos

O Brasil ou República Federativa do Brasil é uma república federativa presidencialista composta por 26 estados, um Distrito Federal e segundo a Estima Populacional dos Residentes nos Municípios de 2009 (IBGE⁷¹, 2009), 5.565 municípios, distribuídos em uma área de 8,51 milhões de km² de extensão, o que torna o Brasil, o maior país da América Latina e o 5º país no mundo em extensão territorial.

Dos doze países sul-americanos, os únicos que não possuem terras contíguas com o Brasil são Chile e Equador (Brasil⁷², 2007).

Na Estimativa Populacional dos Residentes nos Municípios do Instituto do ano de 2008, a população brasileira era de 189,6 milhões de habitantes (IBGE³¹, 2008). Em 2009, segundo esta mesma estimativa, a população brasileira chegou a 191,5 milhões de habitantes. O Estado de São Paulo é o mais populoso com 41,4 milhões de habitantes e; tanto o município menos populoso, Borá, quanto o mais populoso, São Paulo*, localizam-se no estado (IBGE⁷¹, 2009).

A população brasileira não se distribui de forma uniforme pelas regiões do país. No ano de 2007, 57% da população residia nas regiões Sul e Sudeste, regiões que juntas ocupam, 18% do território brasileiro. A região Norte, que ocupa 45% do território, conta com apenas 8% da população. As regiões Nordeste e Centro-Oeste ocupam, cada uma, 18% do território e abrigam, respectivamente 28% e 7% da população (RIPSA³², 2009).

A maioria da população brasileira é composta por mulheres. No Brasil, em 2007, para cada 100 mulheres havia 96,6 homens. E exceto na região Norte, onde, para cada 100 mulheres havia 102,3 homens; em todas as regiões, o número de mulheres supera o número de homens (RIPSA³², 2009).

A taxa de crescimento populacional** vem decrescendo. No período de 1991 a 2000 esteve em torno de 1,6%. No período de 2001 a 2007 gira em torno de 1,5%. A redução tem sido mais acentuada nas regiões Norte e Centro-Oeste (RIPSA³², 2009).

A redução da taxa de crescimento populacional é devida, principalmente, à diminuição na taxa de fecundidade***. Em 2000, as mulheres brasileiras, tinham em média 2,4 filhos. Em 2006, a média nacional caiu para dois filhos. A redução tem sido mais intensa na região Norte (de 3,2 para 2,4 filhos) e na região Nordeste (de 2,7 para 2,2 filhos) (RIPSA³², 2009).

A taxa bruta de natalidade**** também vem decrescendo em todas as regiões brasileiras. No ano de 2000, foi de 21,2 nascidos vivos por mil habitantes. Em 2006, a taxa foi de 17,1 nascidos vivos. Na distribuição por regiões, as maiores taxas

* O Município de Borá possui 837 habitantes e o Município de São Paulo 11 milhões de habitantes (IBGE⁷¹, 2009).

** Percentual de incremento médio anual na população residente, em determinado espaço geográfico, no período considerado (RIPSA³², 2009).

*** Número médio de filhos vivos, tidos por mulher, no final de seu período reprodutivo, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

**** Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

concentram-se nas regiões Norte (21,7) e Nordeste (20,4). As menores taxas são encontradas nas regiões Sul (23,9) e Sudeste (15,0) (RIPSA³², 2009).

A taxa bruta de mortalidade* vem decrescendo no Brasil. A taxa nacional de 6,4 óbitos por mil habitantes, em 2000, foi reduzida para seis óbitos em 2006. Em 2006, a região Nordeste apresenta a maior taxa (6,5) e a região Centro-Oeste, a menor (4,7) óbitos (RIPSA³², 2009).

A expectativa de vida ao nascer** dos brasileiros vem aumentando em todas as regiões e para ambos os sexos, tendo sido estimada, em 2007, em 69 anos para homens e 77 anos para as mulheres. A menor expectativa de vida entre as regiões se encontra na região Nordeste (66 anos homens e 73 anos mulheres); a maior é encontrada na região Sul (71 anos homens e 78 anos mulheres). Apesar da menor média, a região Nordeste, contudo, foi a que no período de 1991 a 2007, apresentou o maior número de anos de vida média ganhos, em um total de 6,9 anos (RIPSA³², 2009).

2.4.1.2. Indicadores socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)*** do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), classifica o Brasil no ano de 2007, na 75^a posição entre os 182 países com dados disponíveis, com um IDH de 0,813, o que o inclui entre os países de desenvolvimento humano elevado (PNUD⁷³, 2007).

Embora esteja entre os países classificados como de desenvolvimento humano elevado, conforme é possível verificar nos dados demonstrados a seguir, o Brasil continua sendo um dos países onde as desigualdades continuam preocupantes.

A taxa de analfabetismo**** vem sendo reduzida significativamente em todo o país. Em 2001, a taxa nacional foi de 12,4%. Em 2007 foi reduzida para 10%. Existem,

* Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

** Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

*** O IDH combina indicadores como renda, educação e saúde em um único índice, classificando os países em quatro grupos: Desenvolvimento Humano Muito Elevado (IDH de 0,900 ou superior), Desenvolvimento Humano Elevado (IDH de 0,800 a 0,899), Desenvolvimento Humano Médio (IDH de 0,500 a 0,799) e Desenvolvimento Humano Baixo (IDH inferior a 0,500) (PNUD⁷³, 2007).

**** Percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler ou escrever ao menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente, da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

no entanto, grandes diferenças entre as regiões brasileiras. Em 2007, a menor taxa foi a da região Sul, onde o total de analfabetos era de 4,9% dos homens e 5,9% das mulheres. Nesse mesmo ano, na região Nordeste, o total de pessoas maiores de 15 anos, não alfabetizados, chegava a 21,7% dos homens e 18,3% das mulheres (RIPSA³², 2009).

A proporção de pobres* vem sofrendo redução, tendo passado de 41,5% em 1995, para 32,2% em 2007. Nas regiões Norte e Nordeste, a proporção de pobres também foi reduzida, mas, continuando ainda, bastante elevada (46,5%, Nordeste e 54,7%, Norte). As regiões Sul e Sudeste são as regiões que possuem menores taxas (18%, Sul e 20,6%, Sudeste) (RIPSA³², 2009).

Em relação à razão da renda**, em 2007, 20% dos mais ricos apresentavam rendimentos 20 vezes maiores que os 20% mais pobres. Em uma análise por regiões, as maiores disparidades se encontram nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, pois, enquanto na região Sul, os mais ricos têm rendimentos 14 vezes maiores que os mais pobres, na região Nordeste, este valor é superior à média brasileira, sendo 21 vezes maior. Na região Centro-Oeste o rendimento dos mais ricos é 19 vezes superior (RIPSA³², 2009).

O estado do Acre é aquele que possui a maior disparidade de renda no Brasil (33 vezes maior). Dos dez estados brasileiros com maiores disparidades de renda, oito estão localizados na região Nordeste, sendo Alagoas, o estado com a maior disparidade (26 vezes maior). A menor disparidade é encontrada no estado de Santa Catarina (11 vezes maior) (RIPSA³², 2009).

A taxa de desemprego*** no Brasil sofreu acréscimo em todas as regiões no período de 1999 a 2003, passando de 6,2%, em 1993 para 9,7%, em 2003. No período de 2003 a 2007, a taxa foi reduzida em todas as regiões, e o total de desempregados recuou para 8,0%, em 2007 (RIPSA³², 2009).

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita***** aponta a desigualdade existente entre as regiões brasileiras. Em 2006, no Nordeste o valor foi de R\$ 6.029,45, o que corresponde a um pouco menos da metade do PIB *per capita* nacional (R\$12.688,27) e apenas 36% do PIB *per capita* da região Sudeste (R\$16.911,67) (RIPSA³², 2009).

* Percentual da população residente com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

** Número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição de renda (20% mais ricos) é maior que o quinto inferior (20% mais pobres) na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

*** Percentual da população, economicamente ativa, que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

**** Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado ((RIPSA³², 2009).

Em 2006, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS³³, 2008), o PIB *per capita* brasileiro foi de 8.700 dólares internacionais (PPP)*.

Os indicadores demonstram que, nesta década, a situação socioeconômica dos brasileiros vem melhorando. As disparidades regionais, contudo, continuam grandes. As regiões Norte e, principalmente a região Nordeste, que historicamente apresentam os piores índices, continuam na retaguarda em todos os indicadores selecionados.

2.4.2. A saúde no Brasil

No Brasil, a transição epidemiológica não tem mostrado o mesmo padrão dos países industrializados. No atual perfil epidemiológico da população brasileira tem havido a predominância das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, a reemergência de doenças infecciosas, o aparecimento de novas doenças infecto-contagiosas e o crescimento dos agravos relativos às causas externas (Schramn⁷⁵ 2004, Vecina Neto e Malik⁷⁶ 2007).

O aumento das doenças crônico-degenerativas, resultante do envelhecimento da população, demanda à adoção de serviços mais complexos e maior utilização de recursos tecnológicos, o que contribui para o aumento dos gastos em saúde (Schramn⁷⁵ 2004, Vecina Neto e Malik⁷⁶ 2007).

Em 2006, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS³³, 2008), o gasto total em saúde no Brasil foi de 7,5% do Produto Interno Bruto (PIB) e o gasto em saúde *per capita* foi de 765 dólares internacionais (PPP), destes, a parcela pública foi de 367 dólares internacionais (PPP) e o percentual privado do total do gasto foi de 52,1%.

A mortalidade infantil** vem diminuindo no Brasil e vários fatores têm contribuído para a sua redução, tais como: a melhoria das condições de vida da população; o declínio da fecundidade; obras de saneamento básico e medidas para educação das mães. No Brasil, no ano de 2006, ocorreram 20,7 óbitos por mil nascidos vivos. Os índices continuam, no entanto, bastante elevados na região Nordeste, onde em 2006, o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos foi

* *Purchasing Power Parity* (Paridade de Poder de Compra). Unidade Econômica Hipotética com o mesmo poder aquisitivo que em dólares americanos para uma mesma referência temporal (Carvalho⁷⁴, 2007).

** Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

estimado em 29,8. A região Sul, apresentou a menor taxa, com 13,3 dos óbitos por mil nascidos vivos (RIPSA³², 2009).

Em 2006, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas representaram mais de 60% dos óbitos no país, correspondendo a 32%, 16,5%, 13,6%, respectivamente, da mortalidade proporcional pro grupos de causas*. As doenças do aparelho circulatório são as maiores causas de óbito em todas as regiões do Brasil (RIPSA³², 2009).

Em 2009, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) existem no Brasil, 7.807 estabelecimentos com internação no país. Destes, 6.083 são vinculados ao SUS (3.135 estabelecimentos privados contratados e 2.948 são estabelecimentos municipais, estaduais e federais no âmbito do SUS) e 1.724 privados sem vínculo com o SUS (DATASUS⁷⁷, 2009).

O número de leitos hospitalares** vem sendo reduzido, tendo passado de 3,7 por mil habitantes em 1990, para 2,4 em 2005. Os leitos privados apresentaram maior redução passando de 2,8 leitos para 1,6. Os leitos públicos foram reduzidos de 0,9 para 0,8. O número de leitos hospitalares SUS***, passou de 3,15 por mil habitantes, em 1997 para 1,96 em 2007. Esse decréscimo tem ocorrido em todas as regiões do país (RIPSA³², 2009).

O número de profissionais de saúde, por mil habitantes, em 2007, no país, teve a seguinte distribuição: 1,7 médicos, 0,9 enfermeiros e 1,2 odontólogos. A maior concentração dessas categorias profissionais é encontrada nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (RIPSA³², 2009).

O número médio de consultas médicas ambulatoriais SUS em 2007 correspondeu, na média nacional, a 2,6 por habitante, com aproximadamente 486 mil consultas realizadas. O maior número de consultas por habitante ocorreu na região Sudeste (2,9 consultas por habitante) e o menor número, na região Norte (2,2 consultas por habitante) (RIPSA³², 2009).

O número de internações hospitalares financiadas pelo SUS apresenta uma constante tendência de queda. Em 1997, era na ordem de 7,4 internações por cem habitantes; em 2007, esse número foi reduzido para seis internações. A região com maior número de internações financiadas SUS foi a região Sul (6,7), e a com menor número, a região Sudeste (5,4) ((RIPSA³², 2009).

* Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA³², 2009).

** Número de leitos públicos e privados vinculados ou não ao SUS (RIPSA³², 2009).

*** Número de leitos hospitalares públicos ou privados vinculados ao SUS (RIPSA³², 2009).

A proporção de partos cesáreos no total de partos diminuiu no período de 1994 a 2000 em quase todas as regiões, exceto nas regiões Nordeste e Sul que passaram de 25,6% e 41,7%, em 1994, para 26,7% e 42,4%, em 2000, respectivamente. A média nacional, no período, aumentou de 37,7% para 38,9%. A partir do ano de 2000, a proporção de partos cesáreos apresentou elevação em todas as regiões do país. E em 2006, a média brasileira ficou em 45,9% e, superam o percentual de 50%, as regiões Centro-Oeste (51%), Sul (51,5%) e Sudeste (53,3%). Nas regiões Norte e Nordeste o percentual foi de respectivamente 36,4% e 35,6% (RIPSA³², 2009).

2.4.3. O sistema de saúde brasileiro

O Sistema de saúde brasileiro é um composto por dois subsistemas: o subsistema público e o subsistema privado. O subsistema público é formado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter universal, acesso gratuito e financiamento público e; pelos planos de saúde restritos a servidores públicos civis e militares e cujo financiamento é efetuado através de recursos públicos e de contribuição dos servidores (OPAS⁷⁸, 2008).

O subsistema privado é formado pela Saúde Suplementar composta por planos e seguros de saúde voluntários, individuais ou coletivos, financiados por empregadores e empregados ou pelas famílias e; o desembolso direto, onde acesso ao serviço de saúde é efetuado através de pagamento no ato da prestação de serviços (OPAS⁷⁸, 2008).

A Constituição Federal de 1998 (Brasil⁷⁹, 1988), em seu art. 199, assegurou à iniciativa privada, liberdade para participação na provisão de serviços de saúde: “*As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos*”.

O sistema de saúde no Brasil foi estruturado com elementos públicos e privados devido à existência anterior à criação do SUS, de um setor privado bastante sólido que assegurou sua participação tanto na prestação de serviços, quanto na oferta de seguros privados (Santos et al.⁸⁰, 2008).

2.4.3.1. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1923, a Lei Elói Chaves* criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) no Brasil e se configurando em uma grande evolução na história da previdência social brasileira. As Caixas funcionavam como um seguro social e eram, em geral, vinculadas a empresas de maior porte e, administradas por empregados e empregadores, sem a participação do Estado na administração ou no financiamento. “*Com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado*” (Baptista¹, 2007).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados durante o governo Vargas, substituíram as CAPS, e foram o passo inicial para a criação de um sistema de proteção social no Brasil. Cada IAP era composto por determinada categoria profissional, como marítimos, ferroviários, industriários, entre outros. Os IAPs passaram a contar com a participação do Estado em sua administração, controle e financiamento. Os benefícios oferecidos pelos IAPs eram diferenciados de acordo com o poder econômico de cada categoria profissional (Baptista¹, 2007).

A assistência médico-hospitalar era disponibilizada através dos IAPs, apenas aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, e por alguns poucos estabelecimentos pertencentes a estados e municípios. Os que dispunham de recursos tinham como opção o setor privado lucrativo; os sem recursos tinham que contar com a assistência ofertada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em áreas como saúde mental, tuberculose e outras; além da assistência gratuita disponibilizada por entidades filantrópicas (Baptista¹, 2007).

Com a reorganização do Estado após o Golpe Militar de 1964, algumas mudanças ocorrem no sistema de saúde brasileiro, como por exemplo, a ênfase na assistência médica, o crescimento do setor privado lucrativo e a incorporação de novos grupos de trabalhadores à assistência previdenciária (Baptista¹, 2007). A assistência médica previdenciária, até então efetuada pelos serviços próprios dos Institutos, passa, a partir de 1964, a ser efetuada também por terceiros contratados, o que marca o início do processo de priorização destes serviços, em detrimento dos serviços próprios (Oliveira e Teixeira⁸², 1989).

* Decreto legislativo 4.682 de 24 de janeiro de 1923.

Em 1966, com a unificação dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)*, a participação dos trabalhadores nas instituições previdenciárias foi gradativamente eliminada. A uniformização dos benefícios gerou insatisfações devido à queda na qualidade do atendimento ocorrida após a unificação (Baptista¹, 2007).

A legislação da época refletia o novo redirecionamento: O Decreto-Lei 200 de 25 de fevereiro de 1967 (Brasil⁸³, 1967) que dispõe sobre a organização da Administração Federal e a Reforma Administrativa promovidas pelo Governo Militar, definiu que cada Ministério deveria deixar a cargo do setor privado, o maior número possível de funções executivas, restringindo-se, quando possível, à normatização. A Constituição Federal de 1967, na redação dada pela Emenda Constitucional de 01 de 17 de outubro de 1969 (Brasil⁸⁴, 1969), em seu art. 170, determinava que competiria de forma preferencial as empresas privadas, a organização e a exploração das atividades econômicas (Oliveira e Teixeira⁸², 1989).

Nos anos 70, se inicia processo de expansão na cobertura e, alterações na legislação da Previdência Social incluíram uma série de novos benefícios e beneficiários, aproximando-se do que Oliveira e Teixeira⁸² (1989) consideram como um “*modelo da seguridade social*”.

Após o fim da ditadura militar, busca-se a reconstrução da democracia no país. O governo da Nova República se inicia em 1985, e em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de técnicos, gestores e usuários para a discussão da reforma do sistema de saúde. O relatório final aprovado pela Conferência destaca a “*Saúde como Direito*” (conceito ampliado de saúde) e o “*Direito à Saúde*” (com acesso universal e igualitário) (Baptista¹, 2007).

Na Assembléia Nacional Constituinte em 1988, o relatório da VIII Conferência foi utilizado para as discussões sobre as reformas na Saúde. Houve resistências, mas o Sistema Único de Saúde foi aprovado (Baptista¹, 2007).

Segundo Menicucci⁸⁵ (2007), a Constituição Federal de 1988 ao introduzir importantes mudanças no setor de saúde brasileiro, tais como, o direito à saúde e a definição de seus princípios e diretrizes, rompe com o “*caráter meritocrático da assistência à saúde*”, incorporando a idéia da cidadania e garantindo o acesso universal aos serviços e ações de saúde, rompendo assim também, com os princípios que davam sustentação às políticas anteriores.

* Decreto-Lei 72 de 21 de novembro de 1966 (Brasil⁸¹, 1966).

Segundo a autora, a criação do SUS foi a consolidação e institucionalização de um processo de expansão gradativa da cobertura pública de saúde que já se evidenciava muito antes de sua criação, através da progressiva incorporação de novos contingentes de trabalhadores, como os trabalhadores rurais, em 1971; as empregadas domésticas, em 1972 e os autônomos, em 1973. A expansão gerada pela formalização da universalização não foi suficiente, contudo, para incorporar todos os cidadãos à assistência pública, pois, considerável parcela da população já havia optado pela assistência privada (Menicucci⁸⁵, 2007).

A criação do SUS se deu através da promulgação da Lei 8.080 ou Lei Orgânica da Saúde*, aprovada parcialmente, e que objetivava a regulamentação do SUS, determinando seus objetivos, atribuições e formas de financiamento, além da regulamentação do setor privado e dos processos de descentralização, hierarquização e regionalização e a participação popular.

A Lei 8.080 foi complementada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil⁸⁶, 1990) do mesmo ano, que definia propostas vetadas na lei anterior, tais como, o financiamento e a participação popular. Ambas as leis, contudo, deixaram lacunas para a sustentação do SUS, principalmente no que diz respeito ao financiamento e à descentralização das ações de saúde (Baptista¹, 2007).

2.4.4. A organização do sistema de saúde brasileiro

Os princípios que norteiam o SUS são a universalidade – garantia do direito de acesso ao sistema e serviços de saúde; a integralidade – garantia de atendimento das necessidades de saúde, independente da complexidade exigida e; a equidade – diminuição das desigualdades em saúde, com atenção às diferenças existentes. O SUS é organizado segundo as diretrizes de: (a) descentralização com direção única nas três esferas de governo; (b) regionalização; (c) hierarquização e; (d) participação da comunidade (Matta⁸⁷, 2007).

Segundo a Lei 8.080 (Brasil⁸⁸, 1990), o Sistema Único de Saúde é o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

* Lei 8.080 de 19 de setembro 1990 (Brasil⁸⁸, 1990).

O modelo institucional e decisório do SUS é composto no nível nacional pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Tripartite formada pelas representações de gestores estaduais (CONASS), municipais (CONASEMS); no nível estadual é composto pelo Conselho Estadual de Saúde, Secretarias Estaduais e Comissão Bipartite e a representação dos gestores municipais (COSEMS); no nível municipal é formada pelo Conselho Municipal e pelas Secretarias Municipais (Noronha et al.³, 2008).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela “*organização e elaboração dos planos e políticas públicas voltada para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros*” e tem entre suas responsabilidades a determinação da política nacional de saúde, a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde, a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva; além competências na área de informação em saúde e a pesquisa científica e tecnológica na área da saúde (Brasil⁸⁹, 2009).

O Ministério da Saúde possui três órgãos de “*assistência direta e imediata ao Ministro do Estado*”: Gabinete, Secretaria Executiva e Consultoria Jurídica. Possui ainda seis “*órgãos específicos singulares*”: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalho, além de órgãos colegiados e entidades vinculadas (Brasil⁸⁹, 2009).

A direção do Sistema Único de Saúde é “*única em cada esfera de governo*”, cabendo aos gestores nas três esferas o exercício de suas funções e o cumprimento de suas responsabilidades de forma compartilhada (Noronha et al.³, 2008).

Aos gestores de saúde, nas três esferas compete a participação no planejamento dos sistemas e serviços de saúde; a formulação da política nacional de saúde, a realização de investimentos para a redução das desigualdades e; a avaliação do sistema de saúde em suas esferas (Noronha et al.³, 2008).

O Ministério da saúde tem entre suas atribuições a normatização e a coordenação geral do sistema, além da prestação de auxílio técnico e financeiro aos estados e municípios. Aos gestores estaduais cabe o planejamento do sistema estadual e regionalizado e a prestação de auxílio técnico e financeiro aos municípios. Os gestores municipais têm a responsabilidade pela gestão, gerenciamento, execução e regulação dos serviços de saúde em sua região (Noronha et al.³, 2008).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada através da Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 (Brasil⁹⁰, 2000) com o objetivo “*promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País*”.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado no final de 1993, como estratégia prioritária para a reorganização da atenção à saúde no Brasil. Segundo Gerschman e Santos⁹¹ (2006), em decorrência do programa e, no decorrer da década de 90 e início dos anos 2000, houve redução de 12% na oferta de leitos SUS; um número superior a 400 novos pequenos hospitais públicos* surgiram, o que pode significar a multiplicação de hospitais de baixa resolubilidade; os setores privados voltaram o interesse para a oferta serviços de alta complexidade, melhor remunerados; os estabelecimentos filantrópicos passaram a oferecer planos de saúde próprios, sem a regulação da ANS.

2.4.5. O financiamento do sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é financiado através de recursos públicos e recursos privados. De acordo com a OMS³³ (2008), em 2006, o financiamento público correspondeu a 49% do gasto total em saúde e o financiamento privado a 51%.

O financiamento público é composto por recursos da União, Estados e Municípios. Segundo a Constituição, o financiamento das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema público deve ser efetuado de forma partilhada pelas três esferas. A Emenda Constitucional 29 de 13 de setembro de 2000 definiu os percentuais mínimos de participação da União, Estados e Municípios (OPAS⁷⁸, 2008). Esses percentuais mínimos, contudo, não vêm sendo cumpridos pela União, Estados e Municípios (Campelli e Calvo⁹², 2007).

O financiamento privado é composto por recursos das empresas e das famílias. As empresas participam com o custeio de seguros e planos de saúde de seus empregados. O gasto familiar é mais concentrado nos grupos de maior renda (OPAS⁷⁸, 2008).

* Em sua maioria com menos de 30 leitos.

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD⁹³, 2003) no suplemento de Saúde, estimou, para uma população de 176 milhões, um total de 43,2 milhões de brasileiros* cobertos por planos de saúde, o que corresponde a 24,6% da população.

Segundo a pesquisa os pagamentos dos planos privados eram efetuados através de planos coletivos aconteciam em 50,1% dos casos e em 49,8% o pagamento era feito através de planos individuais, diretamente à operadora. O co-pagamento acontecia em 24,5% dos planos de saúde, sendo mais frequentes para planos com oferta apenas de consultas médicas (46,1%) em relação aos planos com oferta apenas de internações hospitalares (14,7%).

2.4.5.1. O financiamento dos hospitais brasileiros

Até 1964, a assistência médica previdenciária era ofertada basicamente pelos serviços próprios dos institutos, e, mesmo havendo compra de serviços médicos, esta não acontecia de forma expressiva. Com a crise financeira dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a necessidade da adoção de novas formas de prestação de serviços e de regulação, os institutos são unificados e o INPS criado, passando este a priorizar a contratação de serviços (Oliveira e Teixeira⁸², 1989). Segundo Baldijão⁹⁵ (1992), nos anos seguintes à unificação, a maior parcela do gasto em saúde foi destinada à contratação de serviços privados (Baldijão⁹⁵, 1992).

O pagamento dos serviços contratados era efetuado “... *através de Unidades de Serviço (US) que representavam a unidade de remuneração para os profissionais de saúde, os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e demais custos do serviço em saúde.*” (Ministério da Previdência Social/INAMPS apud Baldijão⁹⁵, 1992).

Em 1976, o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH) foi implantado visando “*agilizar a fase de revisão das contas hospitalares que ainda eram realizadas manualmente*”. O SNCPCH manteve como remuneração dos prestadores o sistema de pagamento retrospectivo e a Unidade de Serviço (Baldijão⁹⁵, 1992).

* Em dezembro de 2003, a ANS contabilizava apenas 35.880.069 beneficiários de planos de saúde no Brasil (ANS⁴, 2009). A ANS não considera a assistência à saúde ofertada por clínicas e laboratórios populares e planos não registrados na ANS, como os ofertados por entidades filantrópicas (Santos e Gerschman⁹⁴, 2004).

Em 1977, dentro da estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS)*, do qual faziam parte, além de outras instituições, o INPS, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e, os recém-criados, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), responsáveis pela assistência médica e pela administração financeira, respectivamente.

O SINPAS foi instituído num contexto em que a crise da previdência social, que vinha se configurando desde a unificação do sistema previdenciário, sofria um aprofundamento. O panorama era complexo: crise econômica internacional aliada a uma política econômica interna fortemente recessiva e concentradora de renda; uma política de saúde privilegiadora do complexo médico-hospitalar privado... deterioração da rede pública; permanência da contribuição dos segurados como fonte principal de sustentação financeira do sistema previdenciário... (Branco⁴⁵, 2006).

Até a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) ocorrida entre 1983 e 1984, os hospitais contratados recebiam pelos serviços prestados aos segurados através das Unidades de Serviço (Oliveira e Teixeira⁸² 1989, Baldijão⁹⁵, 1992).

Em 1977, ocorre a reestruturação do Ministério da Previdência e Assistência Social, o INAMPS passa a ser o órgão responsável pela assistência médica previdenciária. O INAMPS mantém a política de contratações do INPS e crises financeiras se sucedem (Baldijão⁹⁵, 1992).

As críticas ao modelo de pagamento da assistência-médica previdenciária eram muitas e os custos crescentes. Procuram-se soluções para a racionalização e reorganização dos serviços de saúde. Várias propostas surgem e entre elas o Plano CONASP que propôs a adoção do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), já em testes no Sul do país, em todo o Brasil (Baldijão⁹⁵, 1992).

Em 1983/84, é implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) em substituição ao SCNPCH. Com o SAMHPS é introduzida a AIH (Baldijão⁹⁵, 1992). Os hospitais contratados passam então, a ser

* Lei nº 6.439 de 01 de setembro de 1977.

remunerados prospectivamente, com o estabelecimento de uma Tabela de Procedimentos cujos valores são baseados em custos médios dos procedimentos obtidos no modelo anterior (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

Até então, os hospitais públicos eram financiados por “*por meio de repasses não periódicos de recursos realizados por suas instituições “mantenedoras” – os Ministérios da Saúde, da Educação e da Previdência, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde -, previamente definidos e vinculados a orçamentos globais* (Carvalho¹⁷, 2009).

Objetivando o aumento da produtividade e a obtenção de informação sobre a produção dos hospitais públicos (Carvalho¹⁷, 2009), em 1990, o pagamento prospectivo fixo por procedimento é estendido aos hospitais públicos conforme determinação da Portaria GM/MS nº 896 de 29 de junho (Ministério da Saúde do Brasil⁹⁷, 1990).

Através da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS SUS 01/2001) é estabelecido que as unidades hospitalares públicas sob a gerência de um nível de governo e gestão de outro - habilitado em gestão plena do sistema -, deixem, preferencialmente, de ser remuneradas por produção e passem a ser remuneradas de acordo com metas estabelecidas. Desta forma, os hospitais federais do Rio de Janeiro, mesmo apresentando produção de AIHs, passaram a ser remunerados através de orçamentação.

Em 2004, iniciou-se um processo de Contratualização de hospitais, com o estabelecimento da orçamentação global ou mista como forma de custeio. O primeiro foi criado o Programa de Estruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Saúde no âmbito do SUS*, contemplando os hospitais de ensino federais; em seguida, no mesmo ano, iniciou-se o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Pequeno Porte** para hospitais públicos ou filantrópicos com 5 a 30 leitos e; o Programa de Reestruturação de Ensino no âmbito do SUS***. E por fim, em 2005, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS****.

* Portaria Interministerial MEC/MS 1.006 de 27 de maio de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil⁹⁸, 2004).

** Portaria GM/MS 1.044 de 01 de junho de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil⁹⁹, 2004).

*** Portaria GM/MS 1.702 de 17 de agosto de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁰⁰, 2004).

**** Portaria SAS 1.721 de 21 de setembro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁰¹, 2005).

2.5. A Espanha

2.5.1. Sobre a Espanha

2.5.1.1. Indicadores demográficos

A Espanha ou Reino de Espanha é uma monarquia parlamentarista localizada no Sudoeste da Europa, na Península Ibérica, cuja extensão é de 506 mil km², o que a coloca entre os cinquenta países com maior extensão territorial no mundo. Além da área continental, conta ainda com os arquipélagos das Canárias (Atlântico) e de Baleares (Mediterrâneo), outras ilhas menores e as cidades autônomas de Ceuta e Melilla ao norte do continente africano (*Ministerio de la Presidencia*³⁴, 2009).

A Constituição espanhola de 1978 reconheceu e garantiu o direito à autonomia das nacionalidades e regiões que integram a nação espanhola, o que levou à criação das 17 Comunidades Autônomas e das cidades autônomas de Ceuta e Melilla, provocando grande transformação na organização territorial do Estado espanhol, advindo da repartição do poder político e administrativo com essas instâncias autônomas (*Ministerio de la Presidencia*³⁴, 2009).

A Espanha é um dos países mais descentralizados do mundo. O processo de descentralização e transferência de competências às regiões espanholas foi iniciado em 1981, com a autonomia da Catalunha; em 1984, foi a vez da Andaluzia e do País Basco; em 1987, a Comunidade Valenciana; em 1990, Navarra e Galícia; em 1994, Ilhas Canárias. O processo foi concluído em 2001, com a autonomia das últimas dez regiões (Principado de Astúrias, Cantábria, La Rioja, Múrcia, Aragão, Castela-La Mancha, Extremadura, Ilhas Baleares, Madrid e Castela e Leão) (Durán et al.¹⁰², 2006).

Segundo o *Instituto Nacional de Estadística* (INE³⁵, 2009), a população total espanhola estimada para o ano de 2008, foi de aproximadamente, 46,2 milhões de pessoas, dos quais, 22,8 milhões (49,5%) são homens e 23,3 milhões (50,5%) são mulheres. Para cada 100 mulheres existem 98 homens no país. Os habitantes de outras nacionalidades correspondem a 5,3 milhões (11,4%).

As Comunidades Autônomas com maior número de habitantes são Andaluzia, com 8,2 milhões; Catalunha, com 7,4 milhões e; Madrid com 6,3 milhões. A comunidade autônoma com o menor número de habitantes é a de La Rioja com 317,5 mil habitantes (INE³⁷, 2009).

No total, o território espanhol é dividido em 8.112 municípios, e destes, apenas seis (0,07%) possuem população superior a 500 mil habitantes; 2.750 (33,9%) possuem população entre 101 e 500 habitantes e, 1.036 municípios (12,8%) possuem população inferior a 101 habitantes (INE³⁵, 2009). Em 2003, 78% da população vivia nas cidades (Durán et al.¹⁰², 2006).

Em 2007, a taxa de natalidade foi de 11 nascidos vivos por mil habitantes, o que colocou a Espanha em 12º lugar entre os países membros da OCDE (INE³⁷, 2009). A maior taxa de natalidade se encontra na cidade autônoma de Melilla (16,3) e a menor no Principado de Astúrias (7,4) (INE³⁵, 2009).

Em 2007, a taxa de fecundidade no país foi de 1,4 filhos por mulher. As maiores taxas se encontram nas cidades autônomas de Ceuta e Melilla (2,1 filhos) e a menor taxa, no Principado de Astúrias (1 filho). Em geral, as mulheres espanholas têm adiado a maternidade, sendo a idade média para a primeira gestação de 30,8 anos (INE³⁷, 2009).n

A taxa de mortalidade obteve elevação, passando de 8,4 óbitos em 2006, para 8,6 óbitos por mil habitantes em 2007. A menor taxa foi registrada na Cidade Autônoma de Melilla (6,3 óbitos) e a maior no Principado de Astúrias (12 óbitos).

O crescimento vegetativo da população espanhola, em 2007, foi de 2,4 por mil habitantes, inferior ao registrado em 2006, em torno de 2,5 por mil habitantes (INE³⁷, 2009).

Segundo a OCDE, em 2006, a expectativa de vida na Espanha foi de 81,1 anos, superior em dois anos da média dos países membros (79 anos). Apenas o Japão, Suíça, Austrália, Islândia e Itália têm maiores expectativas de vida (OCDE³⁶, 2009). Em 2007, foi estimada em 78 anos para homens e, 84 anos para mulheres. Para cada dez falecidos maiores de 65 anos no país, sete são homens. As mulheres espanholas são as mais longevas da União Européia e os espanhóis dividem com os holandeses o terceiro lugar no ranking de longevidade, só perdendo para suecos e chipriotas (INE³⁷, 2009). O total de pessoas maiores de 65 anos é de 16,7% da população (INE³⁵, 2009).

2.5.1.2. Indicadores socioeconômicos

Em 2007, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Espanha, está na 15ª posição entre os 182 países analisados, com um IDH de 0,955, o que o inclui entre os países de desenvolvimento humano muito elevado (PNUD⁷⁴, 2007).

Segundo os *Indicadores Sociales* de 2008 (INE¹⁰³, 2008), a população espanhola, em 2007, estava distribuída nos seguintes níveis de escolaridade: 2,2% da população é formada por analfabetos; 8,9% da população não possui qualquer tipo de educação formal; 20,8% da população possui apenas a educação primária; 44,7% da população possui educação secundária; e 22,8% da população possui curso superior.

Segundo a *Encuesta de Condiciones de Vida* (INE¹⁰⁴, 2009), na Espanha, no ano de 2008, os 20% mais ricos apresentam rendimentos 5,4 vezes maiores que os 20% mais pobres.

A taxa de desemprego no país, em 2003, foi de 11,4% (Durán et al.¹⁰², 2006), em 2008 sofreu uma ligeira redução, tendo passando para 11,3% (INE¹⁰⁴, 2009).

Em 2006, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS³³, 2008), o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* espanhol foi de 28.200 dólares internacionais (PPP)*.

2.5.2. A saúde na Espanha

A partir dos anos 70, os indicadores de saúde espanhóis vêm melhorando constantemente, graças a melhorias nas condições de vida, intervenções na saúde pública e progressos no cuidado médico.

Em 2006, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS³³, 2008), o gasto total em saúde na Espanha foi de 8,1% do Produto Interno Bruto (PIB) e o gasto em saúde *per capita* foi de 2.388 dólares internacionais (PPP), destes, a parcela pública foi de 1.732 dólares internacionais (PPP) e o percentual privado do total gasto foi de 27,5%.

Segundo a OCDE³⁶ (2009), os gastos com saúde, em 2007, foram de 8,5% do PIB, valor inferior a média dos países membros da OCDE (8,9%). A Espanha também está abaixo da média, em termos de proporção do PIB gasto em saúde *per capita*, o qual

* *Purchasing Power Parity* (Paridade de Poder de Compra).

foi de 2.671 dólares internacionais (PPP). O gasto *per capita* no período, na média dos países da OCDE foi de 2.964 dólares internacionais (PPP). O setor público financiou 71,8% do gasto em saúde, um pouco abaixo, contudo, da média dos países membros da OCDE (72,8%).

A taxa de mortalidade infantil decresceu bastante nas últimas décadas, tendo passado de 20,9 óbitos por mil nascidos vivos em 1970 (Durán et al.¹⁰², 2006), para 3,5 óbitos por mil nascidos vivos em 2007. A menor taxa foi a da Comunidade Autônoma da Catalunha com 2,6 óbitos por mil nascidos vivos; as maiores taxas, no País Basco (4,3) e na cidade autônoma de Ceuta (8,8) (INE¹⁰⁵, 2009).

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte no país e corresponderam, em 2007, a mais de 32% dos óbitos. Em seguida vieram as neoplasias malignas com 26,8% dos óbitos e as doenças do aparelho respiratório com 11,4 (INE³⁷, 2009).

Segundo o *Catálogo Nacional de Hospitales (Ministerio de Sanidad y Política Social*¹⁰⁶, 2009) existiam no país em 2008, 804 hospitais. Destes, 313 são hospitais de dependência funcional pública* (248 hospitais SNS e 65 outros hospitais de dependência funcional pública) e 491 são hospitais privados (70 hospitais privados sem fins lucrativos, 345 com fins lucrativos e 26 hospitais de outras dependências funcionais).

Em 2006, o número de leitos de agudos era de 2,5 por mil habitantes, abaixo da média dos países membros da OCDE de 3,8 leitos. Em muitos países da OCDE, assim como na Espanha, a média de leitos hospitalares vem decaindo. Essa redução coincide com a diminuição do tempo permanência nos hospitais e o aumento do número de cirurgias executadas em regime de hospital-dia ou em ambulatórios (OCDE³⁶, 2009).

Segundo a *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (Ministerio de Sanidad y Política Social*¹⁰⁷, 2007), em 2007, havia 2,51 leitos públicos e 1,01 leitos privados por 1.000 habitantes no país. No mesmo ano foram realizadas no país mais de 77 milhões de consultas médicas, em um total de 1,7 consultas por habitante.

Em 2008, o número de leitos hospitalares era de, aproximadamente, 161 mil no país, destes, 33,5% são privados e 66,5% são de administração pública, sendo 57,4%

* Hospitais públicos dependentes das administrações públicas: Administração Geral do Estado, Administrações das Comunidades Autônomas ou das entidades que integram a administração local e hospitais de dependência privada pertencentes a Rede de Utilização Pública (XHUP) na Catalunha e hospitais no restante do país com *concierto sustitutorio (Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁸, 2009).

pertencentes ao SNS e 9,1% pertencentes a outros tipos de administração pública. O maior número de leitos se encontra na comunidade autônoma da Catalunha (20,5%) e o menor número, em La Rioja (0,4%) e na cidade autônoma de Melilla (0,1%) (*Ministerio de Sanidad y Política Social*¹⁰⁶, 2009). A rede pública disponibiliza 66,5% do total de leitos e 78% das incubadoras, 62,7% das salas cirúrgicas e 61,6% das salas de parto (*Ministerio de la Presidencia*³⁴, 2009).

Em 2007, foram registradas 117,5 hospitalizações por mil habitantes, destas, 74,7% (87,8 internações) foram no SNS (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁸, 2007). A principal causa de hospitalização entre as mulheres correspondeu a gravidez, partos e puérperas (24,4%), excluindo estas causas, 53,4% das internações foram de homens (INE³⁷, 2009). A proporção de partos cesarianos no total de partos no país, nos hospitais SNS foi de 22,3% e nos hospitais privados foi de 36,4% (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁸, 2007).

Em 2007, segundo os Indicadores Chave do Sistema Nacional de Saúde¹⁰⁸ (2007), em 2007, para cada mil habitantes havia 1,6 médicos na atenção especializada e 0,7 na atenção primária; para o mesmo número de habitantes havia 2,8 de enfermeiros na atenção especializada e 0,6 enfermeiros na atenção primária.

2.5.3. O sistema de saúde espanhol

O sistema de saúde espanhol é composto pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), de cobertura quase universal e financiamento público; sistemas mutualistas*, com provisão pública ou privada e; seguros privados voluntários (Durán et al.¹⁰², 2006).

As principais características do SNS são a universalidade, com livre acesso a quase todos os habitantes; financiamento público, principalmente através de taxas; diferentes serviços de saúde compondo uma estrutura nacional e; gestão descentralizada para as 17 Comunidades Autônomas (Durán et al.¹⁰² 2006, *Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁹ 2008).

* Seguros de saúde de funcionários públicos civis dos Ministérios da Defesa, Justiça e Administração Pública (Durán et al.¹⁰², 2006), cujos beneficiários podem optar pela provisão pública (SNS) ou privada dos serviços de saúde (seguradoras privadas) (Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) é, portanto, um conjunto coordenado dos serviços de saúde da administração do Estado e das Comunidades Autônomas, que integra todas as funções e prestações sanitárias, que de acordo com a lei, são de responsabilidade dos poderes públicos (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁹, 2008).

A cobertura do SNS foi expandida de 81,7% da população em 1978, para 99,5% em 2005. A parcela da população não incluída (0,5%) é formada por pessoas com altos rendimentos e profissionais liberais, os quais não participam do Sistema de Seguridade Social. A inclusão no SNS está ligada à inclusão no mercado de trabalho ou ao Sistema de Seguridade Social e, não à cidadania ou a residência no país (Durán et al.¹⁰² 2006, Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007). Em 2004, o seguro privado cobria aproximadamente, 15% da população espanhola (Durán et al.¹⁰², 2006).

Nas últimas décadas, o SNS tem passado por constantes reformas focalizando aspectos diversos do sistema, tais como, a cobertura; a atenção primária; a saúde pública, entre outros. As reformas dos anos 80 tiveram como foco principal a racionalização do sistema e a contenção de custos. As reformas iniciadas anos 90 visaram melhorias no gerenciamento e focalizaram o mercado interno e a competição (Durán et al.¹⁰², 2006).

2.5.3.1. A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

As primeiras legislações sobre seguro social na Espanha objetivavam o atendimento das necessidades de saúde dos trabalhadores da indústria na forma de um seguro compulsório, o qual foi estendido ao restante população ativa no início da década de 1970. Essas legislações são a origem do Sistema Nacional de Saúde espanhol. (Rodríguez et. al.¹¹¹, 1999).

O sistema de Seguridade Social era financiado pelos trabalhadores e seus empregadores e gerenciado através de uma estrutura centralizada. No final dos anos 70, “cobria cerca de 81% da população, financiava 70% de todo o cuidado e mantinha 26% dos melhores e mais eficientes hospitais” (De Miguel apud Rodríguez et al.¹¹¹, 1999).

A responsabilidade pelos serviços públicos de saúde era atribuição do governo central, o qual tratava dos problemas de saúde em geral. Problemas específicos eram

deixados para outras redes de cuidado, tais como, os hospitais gerais de propriedade dos municípios e províncias - que se dedicavam a serviços de caridade e ao tratamento das doenças infecciosas -; os serviços de saúde mental em hospitais psiquiátricos providos pelos governos locais; assistência aos funcionários militares do Ministério da Defesa; hospitais universitários e; serviços de saúde prisional (Durán et al.¹⁰², 2006).

O sistema de Seguridade Social foi reestruturado durante os primeiros anos da democracia espanhola*. Em 1977, programas de saúde, departamentos e centros foram integrados sob a responsabilidade do recém-criado Ministério da Saúde e da Seguridade Social (Durán et al.¹⁰², 2006).

Os principais problemas do sistema de saúde espanhol, no início da transição para a democracia eram: (a) a variedade de redes de cuidado à saúde de diferentes departamentos, sem coordenação e organização; (b) o pouco desenvolvimento do cuidado primário e preventivo; (c) a não universalidade da cobertura e a existência de desigualdades no acesso (Freire apud Durán et al.¹⁰², 2006).

Em 1978, através do Real Decreto Lei 36 de 16 de novembro de 1978 (Espanha¹¹², 1978) foi criado o *Instituto Nacional de Salud* (INSALUD), como órgão responsável pela administração dos serviços de saúde do Sistema de Seguridade Social. Em dezembro, do mesmo ano, a Constituição Espanhola (Espanha¹¹³, 1978) estabeleceu a todos os espanhóis, o direito à saúde; a responsabilidade estatal por sua garantia e; a determinação de uma estrutura organizacional regional (Durán et al.¹⁰², 2006).

Em 1986, a Lei Geral da Saúde** criou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu seus objetivos gerais, tendo em vista o desenvolvimento dos princípios constitucionais de universalidade e gratuidade, com financiamento majoritariamente público; estabeleceu também, as competências das administrações públicas, e determinou a criação do *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS) (Rodríguez et al.¹¹¹, 1999).

A Lei Geral da Saúde foi a transição formal de um sistema de seguridade social para um modelo de sistema nacional de saúde, com a adoção progressiva da mudança de contribuições sobre a folha de pagamento para os impostos gerais. Foi permitido, contudo, que os fundos mutualistas, de financiamento público, que cobriam apenas funcionários civis continuassem a funcionar.

* O ano de 1975 é considerado como ano inicial da transição para a democracia no país.

** Lei 14 de 25 de abril de 1986 (Espanha¹¹⁴, 1986).

2.5.3.2. A organização do sistema de saúde espanhol

Na Espanha, o cuidado à saúde é de responsabilidade compartilhada entre a Administração do Estado e as Administrações Regionais (Comunidades Autônomas), com legislação nos dois níveis. Em assuntos que não são de competência exclusiva do Estado, a legislação regional tem o mesmo status legal (Durán et al.¹⁰², 2006).

A Lei Geral da Saúde estabelece as competências do Estado e das Comunidades Autônomas, determinando as matérias que são de responsabilidade exclusiva do Estado ou de responsabilidade exclusiva das Comunidades Autônomas, bem como, aquelas que são de competência partilhada ou concorrente.

No nível central, o antigo *Ministerio de Sanidad y Consumo*, atual *Ministerio de Sanidad y Política Social**, é responsável por algumas áreas estratégicas, incluindo a coordenação geral e a legislação básica de saúde; o financiamento do sistema e a regulação dos aspectos financeiros da seguridade social; a definição dos benefícios garantidos pelo SNS; a Saúde internacional** e acordos internacionais de saúde; legislação farmacêutica, entre outros (Durán et al.¹⁰², 2006).

As Comunidades Autônomas (CA) são responsáveis pelo planejamento das ações de saúde em suas regiões, bem como, pela organização de seus sistemas de saúde e pela prestação da assistência à saúde. Determinação constitucional dotou as CA de responsabilidade sobre a saúde pública e sobre os serviços de saúde pré-existentes. Cada Comunidade Autônoma criou seu serviço de saúde funcionando sob o governo regional ou autoridade de saúde (Durán et al.¹⁰² 2006, Sánchez-Martínez et al.¹¹⁵, 2006).

A saúde pública e o planejamento em saúde foram transferidos para as comunidades autônomas entre 1981 e 2002. Até 2000, sete regiões haviam tido suas competências transferidas, as quais juntas cobriam cerca de dois terços da população espanhola. O Instituto Nacional de Saúde (INSALUD) era o órgão responsável pelo gerenciamento efetivo de grande parte dos serviços de saúde nas restantes dez regiões.

Em 2002, além da transferência de competências às dez Comunidades Autônomas remanescentes, através do Real Decreto 840 de 02 de agosto de 2002 (Espanha¹¹⁶, 2002) foi criado o *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria* (INGESA) e o INSALUD foi extinto. A INGESA herdou a gestão dos direitos e obrigações do

* Real Decreto 542 de 7 de abril de 2009.

** “Vigilância e controle dos possíveis riscos para a saúde derivados da importação ou trânsito de mercadorias y do trânsito de viajantes” (Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰⁹, 2008).

INSALUD, ficando responsável pela gestão de saúde das Cidades Autônomas de Ceuta e Melilla (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁹, 2008).

O CISNS, criado pela Lei Orgânica da Saúde*, é o órgão responsável pela coesão do sistema de saúde. Suas funções e composição foram definidas pela da Lei de Coesão e Qualidade do SNS**, segundo a qual o CISNS é um órgão:

... permanente de coordenação, cooperação, comunicação e informação dos serviços de saúde, entre eles e com a Administração do Estado, e tem a finalidade de promover a coesão do Sistema Nacional de Saúde através da garantia efetiva dos direitos dos cidadãos em todo o território do Estado (Espanha¹¹⁴, 1986).

A função de coordenação do CISNS diz respeito à busca a meios que permitam a comunicação, a homogeneidade técnica e a ação conjunta das autoridades comunitárias e as estatais, objetivando a integração do sistema de saúde (*Ministerio de Sanidad y Política Social*¹¹⁷, 2009).

Os acordos do CISNS são aprovados por consenso e se traduzem em recomendações, pois não existe hierarquia entre o governo central e as comunidades autônomas nas matérias em que houve a transferência de competências (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁹, 2008).

Cada Comunidade Autônoma é subdividida em Áreas de Saúde, responsáveis pelo gerenciamento das instalações, programas e serviços de saúde dentro de sua área geográfica, a qual deve cobrir entre 200 e 250 mil habitantes. As Áreas de Saúde subdividem-se em Zonas Básicas de Saúde, organizadas em torno de uma Equipe de Atenção Primária. Os médicos generalistas desempenham o papel de *gatekeeper*, funcionando como o primeiro contato entre o paciente e o sistema de saúde. São responsáveis por referenciar pacientes para os serviços especializados (Durán et. al¹⁰² 2006).

A atenção especializada que é prestada em hospitais, em regime de internação e nos Centros de Especialidades, de forma ambulatorial. O modelo de provisão da atenção especializada varia entre as comunidades autônomas (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁹ 2008, Rodríguez et al.¹¹¹ 1999).

* Lei 14 de 25 de abril de 1986 (Espanha¹¹⁴, 1986).

** Lei 16 de 28 de maio de 2003 (*Ley de cohesión y calidad del SNS*) (Espanha¹¹⁸, 2003).

As entidades de seguro privado oferecem um quadro fechado de profissionais e instituições e é facultado ao beneficiário, o direito de escolher o provedor da assistência. Algumas companhias de seguro de saúde possuem suas próprias instalações, contudo, a prática mais comum é o estabelecimento de convênios com o sistema público competências (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹⁰⁹, 2008).

Os seguros podem ser individuais ou coletivos, voluntários ou compulsórios. As mutualidades públicas formam um conjunto de usuários importante e, correspondem a 35% dos inscritos em seguro privado (Murilo¹¹⁹, 1998). As mutualidades permitem que seus integrantes escolham entre a provisão pública e a provisão privada em saúde (Durán et. al ¹⁰² 2006).

As consultas médicas, as consultas ambulatoriais, as hospitalizações e exames diagnósticos são de acesso gratuito aos usuários do sistema público. O serviço farmacêutico exige participação em torno de 40%, estando isentos os pensionistas, pessoas com deficiências permanentes e grupos especiais, como pacientes soropositivos (Durán et. al ¹⁰² 2006).

2.5.4. O financiamento do sistema de saúde espanhol

O sistema de saúde espanhol é um sistema de financiamento misto, cujos recursos provêm de fontes públicas e privadas. As mais importantes fontes de financiamento são os impostos, as contribuições para a seguridade social e prêmios de seguro privado (Rodríguez et al.¹¹¹, 1999).

Em 1986, a Espanha fez a transição de um sistema de seguro social, com financiamento baseado no rendimento, para um sistema nacional de saúde, com financiamento baseado em impostos. Até 1989, contudo, o SNS ainda utilizava os recursos do Sistema de Seguridade Social (Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

O financiamento privado é composto por três fontes: pagamentos “*out-of-pocket*” * para o setor privado, pagamentos “*out-of-pocket*” para o sistema público e, seguros de saúde voluntários (Durán et al.¹⁰² 2006).

Através da Lei 21 de 27 de dezembro de 2001 (Espanha¹²⁰, 2001) foi aprovado o novo sistema de financiamento das Comunidades Autônomas e cidades com estatuto de autonomia a ser praticado a partir de 2002. Os impostos são a base do financiamento,

* pagamentos do próprio bolso.

representando, 94,1% dos recursos totais. As Comunidades Autônomas recebem um total de 89,8%, a Administração Central 3% e as cidades com estatuto de autonomia, Ceuta e Melilla (0,01%).

O financiamento das Comunidades Autônomas é efetuado através de um sistema de capitação, existindo ainda dois fundos adicionais: o Fundo de Coesão cuja gestão é do *Ministerio de Sanidad y Consumo** e o Programa de Incapacidade Temporária (Ministerio da *Sanidad y Consumo*¹⁰⁹, 2008).

2.5.4.1. O financiamento dos hospitais espanhóis

Até 1990, o cuidado hospitalar na Espanha era financiado retrospectivamente sem negociação prévia com o financiador (INSALUD) ou com os serviços regionais de saúde. A partir dos anos 90 foi adotado o financiamento prospectivo baseado na atividade (Durán et. al¹⁰² 2006).

O Contrato-Programa, instituído em 1992, visava instrumentalizar a separação entre a função compradora e a função provedora no cuidado à saúde, com o objetivo de incentivar a eficiência e estimular a competência entre os provedores. Foi adotado inicialmente pelos hospitais administrados pelo INSALUD, em seguida, pela atenção primária. A partir de 2002, teve adoção generalizada com a transferência das competências aos serviços regionais de saúde das Comunidades Autônomas (Manjavacas¹²¹,1998).

Com os Contrato-Programa foi introduzida, como método de financiamento, a orçamentação global com a contratação de volume de atividade (Cornejo¹²¹, 2004). Os serviços regionais de saúde, para a complementação da oferta de serviços podem estabelecer contratos específicos para as atividades prestadas por unidades privadas.

Para determinar o financiamento dos hospitais públicos administrados pelo INSALUD foi utilizada em 1991, uma unidade agregada a Unidade Ponderada de Assistência (UPA) adaptada do sistema utilizado pela Comunidade Autônoma da Catalunha (Durán et. al ¹⁰², 2006). A UPA equivalia a uma diária e foi criada objetivando considerar as diferenças entre os custos da atividade hospitalar; as diferenças no consumo de recursos e os diferenciais entre os hospitais (Manjavacas¹²¹, 1998).

A UPA apresentava alguns problemas, pois seu valor era acrescido quando o consumo de recursos era incrementado, seja através do aumento do número de diárias ou da admissão de pacientes de ambulatório (Cornejo¹²¹, 2004).

Em 1998 surgem os Contratos de Gestão. A UPA foi abandonada e foi adotada a Unidade de Complexidade Hospitalar (UCH). A UCH não representa uma diária e objetiva medir a atividade hospitalar segundo sua complexidade. Para obter as UCH foram utilizados os DRGs: “*obtendo um peso médio para cada hospital que reflete o seu grau de complexidade. Multiplicando-se todas as altas hospitalares do hospital pelo peso médio, se obtém a produção do hospital em UCH*”.

Segundo o Informe Anual do Sistema Nacional de Saúde (*Ministerio de Sanidad y Consumo*¹²³, 2005), enquanto em relação aos *conciertos* com a atividade privada a realização dos serviços contratados é cobrada de forma rigorosa, o mesmo não acontece com o Contrato-Programa (ou Contrato de Gestão) e as unidades públicas, onde as penalizações financeiras são mínimas, não existindo possibilidade real de negociação por parte dos gestores de saúde.

Os Contratos não podem ser cancelados e não é possível exigir seu cumprimento por mecanismos legais. O Contrato entre o órgão financiador e o hospital contém apenas o conjunto de serviços que os hospitais devem suprir aos pacientes em uma área de saúde, durante um ano; assim como, o volume de atividade acordada e metas de qualidade, como por exemplo, tempo de permanência nas emergências, percentual de cesarianas, entre outras (Sánchez-Martínez et al.¹¹⁵, 2006).

Segundo Sánchez-Martínez et al.¹¹⁵ (2006), o sistema adotado para financiamento dos hospitais espanhóis não é, propriamente, um método de compra de serviços, mas, apenas, um método de atribuição de orçamentos aos hospitais, pois não existe a separação clara entre comprador e provedor e o risco financeiro não é transferido aos provedores. A separação clara entre as funções de financiamento e provisão acontece apenas na Comunidade Autônoma da Catalunha.

2.6. Portugal

2.6.1. Sobre Portugal

2.6.1.1. Indicadores demográficos

Portugal ou República Portuguesa é uma república semipresidencialista localizada no Sudoeste da Europa, na Península Ibérica. Possui a extensão total de 92,15 mil km² e sua área continental é composta por cinco regiões* e 18 distritos, divididos em 308 municípios e 4.257 freguesias. Conta ainda, com duas regiões autônomas: o Arquipélago dos Açores** e o Arquipélago da Madeira*** (Portugal¹²⁴ 2009, Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia¹²⁵, 2007).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE³⁸, 2009), a população residente em Portugal, em 2008, foi estimada em 10,6 milhões de habitantes, incluindo as regiões autônomas. Cerca de 52% da população portuguesa é composta por pessoas do sexo feminino, onde para cada 100 mulheres, existem 93 homens.

A densidade demográfica é bastante alta nas áreas costeiras, onde os principais centros urbanos estão localizados. As principais cidades são Lisboa, com população de 520 mil pessoas e O Porto com 233 mil. As áreas metropolitanas dessas duas cidades abrigam, contudo, 38,4% da população portuguesa (Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia¹²⁵, 2007). Em 2007, 59% da população portuguesa vivia nas áreas urbanas (Banco Mundial¹²⁷, 2009).

A emigração é um fator importante na demografia portuguesa do século XX. Os fluxos migratórios no pós-guerra, principalmente para o Brasil e colônias africanas e; nos anos 60 e 70, para a Europa, principalmente França, tiveram conseqüências sobre o crescimento da população, “*deformando a estrutura da população e acentuando o desequilíbrio na proporção entre os sexos, já que captura maior número de mulheres que homens*” (Evangelista apud Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia¹²⁵, 2007).

Um processo gradual de recuperação da população portuguesa iniciou-se após 1974, com o aumento das taxas de fecundidade e diminuição da mortalidade, juntamente com o retorno de portugueses provenientes de colônias africanas e outros

* Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

** Composto por nove ilhas (Portugal¹²⁴, 2009).

*** Composto por sete ilhas, duas principais, e um conjunto de ilhas desabitadas, as Desertas e as Selvagens (Portugal¹²⁴, 2009).

países da Europa. No início dos anos 90, um novo processo imigratório foi iniciado, originado de países africanos de língua portuguesa e de países como o Brasil e do Leste Europeu (Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia¹²⁵, 2007).

O número de imigrantes legais cresceu, de aproximadamente 51 mil em 1980, para um pouco menos de 275 mil no ano de 2005 (Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia¹²⁶, 2007). Segundo o INE³⁸ (2009), em 2007, o número de imigrantes legais chegou a 402 mil, representando 3,8% da população residente.

A taxa de crescimento da população portuguesa tem se reduzido. Em 2008, a média nacional foi de 0,09%; A região autónoma de Açores possuía a maior taxa (0,32%) e o continente português, a menor (0,08%). A taxa de fecundidade também vem sendo reduzida, tendo passado de 1,4 filhos (2004), para 1,37 filhos (2008), abaixo da taxa de reposição da população (INE³⁸, 2009).

A taxa bruta de natalidade foi reduzida de 11,2 nascidos vivos por mil habitantes, em 1998 para 9,8 nascidos vivos, em 2008 (INE³⁸, 2009). Além da redução da taxa de natalidade, vem aumentando o número de mulheres que se tornam mães tardiamente. A média de idade para primeira gestação é de 28 anos (Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia¹²⁵, 2007).

A taxa bruta de mortalidade tem decrescido nas últimas décadas, tendo passado de 10,5 óbitos por mil habitantes em 1998, para 9,8 óbitos por mil habitantes em 2008 (INE³⁸, 2009).

A expectativa de vida ao nascer dos portugueses vem aumentando e passou de 74 anos para os homens e 81 anos para as mulheres (2004) para 75 anos homens e 82 anos mulheres (2007). A proporção de idosos na população é de 17,6%. A longevidade é maior entre idosos do sexo feminino que representam 10,3% da população, os idosos do sexo masculino representam 7,36% da população (INE³⁸, 2009).

A população portuguesa apresenta tendência de diminuição devido ao aumento da proporção de pessoas na faixa de 65 anos ou mais e, a diminuição da população com idade inferior aos 15 anos, mesmo com o acréscimo proporcionado pela imigração (INE³⁸ 2009, Barros e Simões¹²⁷, 2007).

2.6.1.2. Indicadores socioeconômicos

Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Portugal está em 2007 na 34ª posição entre os países analisados, com um IDH de 0,909 e entre os países com índice de desenvolvimento humano muito elevado (PNUD⁷³, 2007).

A taxa de analfabetismo* no país é elevada, girando em torno de 9,0% da população. A menor taxa é a do continente português (8,9%), e a maior, a da região autónoma da Madeira (12,7%). Portugal está na 15ª posição em relação à educação da população entre os países membros da Comunidade Europeia. Cerca de 44% dos jovens abandonam os estudos antes ou imediatamente após o período de educação compulsória** (INE³⁸ 2009, Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia¹²⁵ 2007).

Segundo o indicador de distribuição de rendimentos S80/S20***, em 2008, a parcela da população representante dos 20% mais ricos apresentava rendimento 6,1 vezes maiores que os 20% mais pobres (INE³⁸, 2009). Segundo o Observatório das Desigualdades¹²⁸ (2009)****, Portugal é o segundo país com maior nível de desigualdade na União Europeia, sendo suplantado apenas pela Letônia. Na média dos países membros da União Europeia, em 2005, período da análise, o rendimento dos 20% mais ricos era de 4,8 vezes o rendimento dos mais pobres. Em Portugal, o rendimento dos 20% mais ricos era 6,8% maior. O estudo afirma, contudo, que para esse tipo de análise devem ser considerados também, os rendimentos não-monetários recebidos pela população, os quais, dependendo do setor populacional que os receba, podem exercer o efeito de redução ou de agravamento das desigualdades.

A taxa de desemprego no país, em 2002, foi calculada em 6,1% da população. No final de 2006, sofreu elevação, passando a 8,2% (Barros e Simões¹²⁷, 2007). Em 2008, a taxa na média dos trimestres do ano ficou em 7,6% (INE³⁸, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS³³, 2008), o PIB *per capita*, de Portugal, no ano de 2006 foi de 19.960 dólares internacionais (PPP)*****.

* População residente, com dez anos ou mais, que não sabe ler ou escrever (INE³⁸, 2009).

** A compulsoriedade da educação escolar é de nove anos e a frequência compulsória termina aos 16 anos de idade (INE³⁸, 2009).

*** Indicador de desigualdade na distribuição do rendimento igual a porcentagem entre a proporção do rendimento total recebido pelos 20% da população com maiores rendimentos e a parte do rendimento auferido pelos 20% de menores rendimentos (INE³⁸, 2009).

**** Instituição do quadro do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

***** *Purchasing Power Parity*.

2.6.2. A Saúde em Portugal

A localização geográfica, as condições climáticas e outros fatores favoráveis, juntamente com a redução da taxa de natalidade têm produzido em Portugal, novos padrões de morbidade e de mortalidade, os quais têm contribuído para o aumento da expectativa de vida da população portuguesa (Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia¹²⁵, 2007).

Temas importantes para a saúde em Portugal dizem respeito à expectativa de vida ascendente da população e ao crescimento das doenças associadas ao envelhecimento, como também, a fatores de risco ambiental, que exercem impacto negativo sobre a saúde das populações; problemas relacionados a estilos de vida pouco saudáveis; a doenças infecciosas e parasitárias, como as influências pandêmicas; problemas emergentes, como o bioterrorismo; o aparecimento de novas doenças como a SARS e; a preocupação com a emergência de bactérias resistentes à antibióticos (Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia¹²⁵, 2007).

Em 2006, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS³³, 2008), o gasto total em saúde em Portugal representou 10% do PIB, sendo o gasto total em saúde *per capita* de 2.080 dólares internacionais (PPP), destes, o total da parcela pública foi de 1.494 dólares internacionais (PPP). O percentual de gasto privado, no gasto total de saúde foi de 28,2%.

A mortalidade infantil tem sido reduzida paulatinamente no país. Em 1980, a taxa de mortalidade em crianças de até um ano, era de 24,2 óbitos por mil nascidos vivos. Um pouco mais de duas décadas e meia após, em 2006, foi reduzida a 3,3 óbitos (OCDE¹²⁹, 2009), mesma taxa encontrada em 2008 (INE¹³¹, 2009).

No ano de 2008, do total de mortes, 32,3% foram relativas à doenças do aparelho circulatório e 22,9% foram devidas às neoplasias malignas. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório, contudo, tem diminuído em termos absolutos nas últimas décadas, o oposto do que vem acontecendo com as neoplasias malignas. (INE¹³¹, 2009).

Em 2007, havia no país um total de 198 hospitais, destes, 99 são oficiais* (88 públicos e 11 não-públicos) e 99 privados (49 com fins lucrativos e 50 sem fins

* Hospital que é administrado pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: Público – administrado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde; Militar – administrado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar – administrado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional – administrado pelo Ministério da Justiça (INE¹³³, 2005).

lucrativos) (INE¹³¹, 2009); 377 Centros de Saúde (34 com internação*) e, 1.760 extensões de centros de saúde (INE³⁸, 2009).

O número de internações, em 2007, foi de 117,8 por mil habitantes, no país. O menor número foi obtido na região autónoma da Madeira (115,4) e o maior, no continente (117,7) (INE³⁸, 2009). A proporção de partos cesarianos no total de partos no país, nos hospitais SNS foi de 32%, em 2006 (Ministério da Saúde de Portugal¹³², 2007).

Em 2007, o número de leitos por mil habitantes era de 3,5, sendo a maior oferta na região autónoma de Açores (7,2), e a menor, no continente (3,3) (INE³⁸, 2009). Em 2007, o número leitos em hospitais de agudos foi de 2,8 por mil habitantes, abaixo da média OCDE de 3,8 por mil habitantes (OCDE¹²⁹, 2009).

O número de consultas médicas foi, em 2007, 4,1 por habitante. A menor taxa foi obtida na região da Madeira (3,0) e a maior, no continente português (4,1) (INE³⁸, 2009).

O número de profissionais de saúde trabalhando para o SNS cresceu 24% nos últimos dez anos. As profissões técnicas mais especializadas cresceram, na média, mais, que aquelas com menor especialização (*Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia*¹²⁵, 2007). Em 2007, havia 3,5 médicos para mil habitantes, um pouco acima da taxa média da OECD de 3,1 médicos (OCDE¹²⁹, 2009).

Algumas áreas se ressentem da falta de médicos no país, pois estes se distribuem de forma desigual, concentrando-se, principalmente, nas áreas urbanas. O número de enfermeiros aumentou de 2,8, em 1990, para 5,1, em 2007, continuando, entretanto, ainda bastante longe da média da OCDE de 9,6 enfermeiros, por mil habitantes (OCDE¹²⁹, 2009).

A distribuição geográfica dos principais grupos profissionais é desigual, com acentuada concentração (72,1%) nos hospitais. Nos centros de saúde estão concentrados 28,9% dos médicos e 19,8% dos enfermeiros (OCDE¹³⁰, 2009). Os profissionais que trabalham para o setor público prestam também, serviços para o setor privado (*Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia*¹²⁵, 2007).

Grande parte dos equipamentos de alta tecnologia médica está localizada fora dos hospitais. O setor privado tem o predomínio em diversos tipos de serviços de

* Os Centros de Saúde podem incluir unidades de internamento destinadas aos doentes em convalescimento de altas hospitalares precoces; doentes com necessidade de cuidados paliativos ou doentes com necessidade de vigilância, impossibilitados de cuidado no próprio domicílio; doentes em episódios agudos de doenças crônicas; doentes em reabilitação após doença aguda ou após fase aguda de doença crônica (Portugal¹³⁴, 1999).

tecnologia médica, como aparelhos de tomografia computadorizada e de ressonância magnética. O número de unidades de ressonância magnética em Portugal, em 2007, estava na faixa de 8,9 unidades por milhão de habitantes, abaixo da taxa da OCDE (11 por milhão). O número de aparelhos de tomografia computadorizada estava na faixa de 26 unidades por milhão de habitantes e acima da média da OCDE (20,2 por milhão) (OCDE¹³⁰²⁹, 2009).

Segundo a Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia ¹²⁵(2007) nas últimas três décadas houve uma clara melhora no estado de saúde da população portuguesa, como resultado do progresso verificado na economia e nas condições sociais da população, mas, também, pela melhoria dos serviços de saúde e pela implementação de novos programas de saúde. A consolidação e a reestruturação dos modelos de organização e gerenciamento do SNS resultaram em um aumento dos financiamentos em saúde, com melhorias na infra-estrutura e no acesso a medicamentos e em investimentos em tecnologia da informação e tecnologias médicas.

2.6.3. O sistema de saúde português

O sistema de saúde português é composto por um mix público e privado de financiamento e provisão do cuidado à saúde, onde coexistem: (a) o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com cobertura universal e financiamento através de impostos; (b) os subsistemas de saúde compulsórios e; (c) os seguros privados voluntários (Oliveira e Bevan¹³⁵ 2003, Barros e Simões¹²⁷ 2007).

Os subsistemas de saúde são seguros de saúde públicos ou privados compulsórios, ligados à atividade profissional, com cobertura total ou parcial e financiados por contribuições de empregadores e empregados (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

Os seguros de saúde voluntários foram introduzidos em Portugal na década de 90. Em 2004, 51% dos clientes possuíam planos de seguro individual e 49% dos clientes, plano de seguro de grupo (Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

Os subsistemas e seguros voluntários funcionam de forma complementar ao SNS e aproximadamente, 20% da população portuguesa possui cobertura pelos

subsistemas de saúde públicos ou privados e, cerca de 9% da população possui seguro de saúde voluntário (Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

A provisão privada tem maior representatividade no cuidado ambulatorio, em laboratórios clínicos, em serviços de radiologia e imagem e em produtos farmacêuticos (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

2.6.3.1. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Até o reconhecimento do direito à saúde em 1971, não havia a obrigação governamental para a provisão de serviços de saúde à população portuguesa. E até a criação do SNS em 1979, aqueles com melhores condições financeiras arcavam com os custos dos serviços de saúde que necessitassem e, os mais pobres recorriam aos hospitais de caridade. A responsabilidade estatal era restrita à saúde dos funcionários públicos civis e a intervenções de saúde pública para controle de doenças infecciosas e na área de saúde mental, além de programas específicos de cuidado preventivo, saúde materno-infantil e controle de doenças infecciosas (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

O cuidado a saúde era provido de forma independente e descoordenada pelos hospitais do Estado^{*}; Casas de Misericórdia^{**}; postos médicos da Seguridade Social; serviços de saúde pública^{***}; médicos municipais^{****}; serviços especializados para saúde materno-infantil, tuberculose, doenças psiquiátricas; além do setor médico privado, principalmente na oferta de serviços de ambulatório (Barros e Gomes¹³⁷ 2002, Barros e Simões¹²⁷ 2007).

Com a Reforma Gonçalves Ferreira, implementada a partir do Decreto-Lei 431 de 27 de setembro de 1971 (Portugal¹³⁸, 1971), é dado o primeiro passo para a criação do Serviço Nacional de Saúde. Com a Reforma, o direito à saúde é reconhecido e é atribuída ao Estado a responsabilidade pela integração das atividades de saúde e de assistência. A Reforma não foi completamente implementada, mas, trouxe, contudo, inovações importantes, como a priorização da prevenção e a tentativa de integração da

* Hospitais de ensino e hospitais públicos criados no séc. XVIII que objetivavam a suplementação da provisão do cuidado em saúde ofertado pela caridade (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

** Entidades privadas sem fins lucrativos, com afiliação religiosa e voltadas para a caridade (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

*** Programas nacionais de tuberculose, leprosários e saúde mental (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

**** Os primeiros foram nomeados em 1860 para prover serviços curativos aos pobres (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

política de saúde no contexto mais amplo das políticas sociais (Barros e Gomes¹³⁶ 2002, Barros e Simões¹²⁷ 2007).

Após a reforma, muitas das dificuldades prévias permaneceram, tais como, a não universalização da cobertura; a distribuição desigual dos recursos humanos e dos serviços de saúde pelo país; a inexistência de coordenação entre os serviços de saúde e os provedores; as múltiplas fontes de financiamento; a disparidade dos benefícios entre os grupos sociais; a discrepância entre a legislação, a política de saúde e a real provisão de serviços; a baixa remuneração dos profissionais de saúde, entre outros. Apenas com a revolução de 25 de abril de 1974* e a redemocratização do país, houve a conjunção das condições políticas e sociais que possibilitaram a criação do SNS (Barros e Gomes¹³⁶ 2002, Viegas et al.¹³⁸ 2006).

O processo que culminou com a criação do sistema de saúde público, iniciou-se ainda em 1974, com a nacionalização dos hospitais distritais e centrais pertencentes às Casas de Misericórdia. Em 1976, através do “*despacho Arnault*” foi permitido o acesso aos postos de Previdência Social a todos os cidadãos. O governo assumiu a responsabilidade sobre mais de 2.000 unidades de postos de saúde espalhados pelo país, anteriormente operados pelo sistema de Seguridade Social e para uso exclusivo dos beneficiários e de suas famílias. A partir de então, a Seguridade Social ficou restrita ao pagamento de benefícios e outros serviços sociais (Barros e Gomes¹³⁶ 2002, Ministério da Saúde de Portugal¹³⁹ 2005).

Em 1976, foi promulgada a nova Constituição, a qual estabelecia em seu art. 64 que “*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*” e que o direito à saúde seria realizado através “*de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*” (Portugal¹⁴⁰, 1976). Com a Revisão Constitucional de 1989**, o texto passou a “*... através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*” (Portugal¹⁴¹, 2005).

O SNS foi criado através da Lei 56 de 15 de setembro de 1979 (Portugal¹⁴², 1979), a qual estabeleceu o controle centralizado e o gerenciamento descentralizado do sistema, com órgãos no nível central, regional e local (Barros e Simões¹²⁷, 2007). A Lei estabelece também, a provisão pelo SNS de serviços de saúde primários e especializados (diferenciados), compreendendo a promoção, a prevenção e a vigilância à saúde, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação médica e social.

* A Revolução dos Cravos.

** Lei 01 de 08 de julho de 1989.

Em 1980, medidas começam a ser adotadas visando controlar os de gastos públicos em saúde. As taxas moderadoras são introduzidas através do Despacho 57 de 29 de dezembro de 1980, objetivando “*moderar a utilização exagerada ou abusiva dos serviços de saúde*”. As taxas moderadoras para serviços auxiliares de diagnose e terapia, em regime de ambulatório; atendimentos de urgência; consultas em hospitais e centros de saúde foram definidas através do Decreto-Lei 54 de 11 de abril de 1992 (Barros e Gomes¹³⁵ 2002, Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

As taxas moderadoras são cobradas pelas instituições de cuidado à saúde ou pelas administrações regionais de saúde, fazendo parte da receita dessas instituições. Estão isentos das taxas moderadoras um grupo bastante amplo de usuários, tais como, pacientes que estejam em determinadas situações clínicas, pertençam a grupos de risco ou que estejam em situação economicamente desfavorável (Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

Com a Lei de Bases da Saúde, Lei 48 de 24 de agosto de 1990 (Portugal¹⁴³, 1990) são definidas as diretrizes da política de saúde, as entidades intervenientes no Sistema de Saúde, a estrutura e financiamento do SNS.

2.6.3.2. A organização do sistema de saúde português

O Ministério da Saúde português, segundo a Lei Orgânica do Ministério da Saúde*, tem a responsabilidade pelo gerenciamento no nível central do sistema de saúde e pela implementação e a avaliação de políticas de saúde. Suas principais funções são a regulação, auditoria, planejamento e gerenciamento do SNS, além da regulação, auditoria e inspeção do setor privado.

Integram o Serviço Nacional de Saúde todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, as unidades locais de saúde e os centros de saúde e seus agrupamentos. (Portugal¹⁴⁴, 2006).

* Decreto-Lei 212 de 27 de outubro de 2006 (Portugal¹⁴⁴, 2006).

As instituições de saúde sob a administração direta e funcionando hierarquicamente sob o Ministério da Saúde, são: Alto Comissariado da Saúde (ACS), *Inspecção-Geral das Actividades em Saúde* (IGAS), Secretaria-Geral (SG), *Direcção-Geral da Saúde* (DGS), Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (Portugal¹⁴³, 2006).

As instituições públicas de saúde da administração indireta são: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED); Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Instituto Português do Sangue, Instituto da Droga e Toxicodpendência, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Administrações Regionais de Saúde (ARS)* (Portugal¹⁴⁴, 2006).

A ACSS, antigo Instituto de Gestão Financeira e Informática da Saúde (IGIF), tem como funções a administração dos recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do SNS; a definição da política, regulação e planeamento de saúde junto com as ARS, principalmente na contratação de serviços de saúde (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) têm a função de garantir em sua área geográfica de atuação, a prestação de cuidado à saúde adequada às necessidades e os recursos disponíveis. Entre as responsabilidades das ARS estão a supervisão e o controle dos hospitais e o gerenciamento do atendimento primário provido pelos centros de saúde. Cada ARS recebe um orçamento para o provimento cuidado à saúde a uma população definida. A sua autonomia sobre fixação de orçamentos e gastos é limitada ao cuidado primário, pois os orçamentos hospitalares são alocados pela administração central saúde (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

As Unidades Integradas de Saúde foram criadas através do Estatuto do SNS** e objetivam uma melhor articulação entre os centros de saúde e hospitais. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)***, criados em 2008, são órgãos com autonomia administrativa nos quais são agrupados um ou mais centros de saúde. Objetivam a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Portugal¹³⁹, 2008).

* São cinco ARS: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

** Decreto-Lei 11 de 15 de janeiro de 1993 (Portugal¹⁴⁵, 1993).

*** Decreto-Lei 28 de 22 de fevereiro de 2008 (Portugal¹⁴⁶, 2008).

De acordo com o Estatuto do SNS (Portugal¹⁴⁴, 1993), as ARS podem firmar contrato ou convenção* com médicos não pertencentes ao SNS ou com pessoas jurídicas privadas para a prestação de cuidados de saúde. Os subsistemas de saúde são remanescentes do sistema de Seguridade Social anterior ao SNS e que persistem na forma de seguros de saúde compulsórios vinculados à categoria profissional ou ocupacional. Nos subsistemas, o cuidado a saúde é efetuado diretamente ou através de contrato com provedores públicos, privados ou ambos. Os subsistemas, geralmente, são limitados aos membros de determinada profissão e suas famílias. Até 2005, existiam diversos subsistemas no setor público destinados a categorias específicas de funcionários civis e militares, contudo foram convertidos em um único subsistema para a padronização dos benefícios. No setor privado existem subsistemas vinculados a empresas na área de telecomunicações, bancária, serviços postais, entre outros (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

Os subsistemas de saúde e os seguros de saúde reembolsam os hospitais SNS pela utilização, por seus beneficiários, dos serviços do SNS. O reembolso dos serviços de cirurgia ambulatorial e hospitalares é baseado na lista de preços dos DRGs** e o reembolso dos serviços ambulatoriais é efetuado na base de pagamento por ato. Os seguros de saúde podem utilizar outras formas de reembolso, como por exemplo, o reembolso posterior, por serviço de saúde pago diretamente pelo paciente (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

O cuidado primário em Portugal é organizado em torno dos Centros de Saúde. Os pacientes registram-se com o médico generalista do centro de saúde mais próximo de sua residência. O médico generalista funciona como um *gatekeeper*, direcionando os pacientes para os hospitais públicos ou médicos especialistas, caso seja necessário (Guichard¹⁴⁷, 2004).

Nas últimas décadas a saúde em Portugal tem passado por reformas, as quais, desde meados dos anos 90, têm buscado a adoção de um modelo de contratação pública para país. Entre as principais medidas que foram adotadas objetivando a melhoria do desempenho do sistema de saúde, estão: as parcerias público-privadas na administração hospitalar; mudanças nas regras de gerenciamento dos hospitais na busca de abordagens mais empreendedoras; iniciativas na área de medicamentos farmacêuticos, como a

* “Contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde, ou as administrações regionais de saúde e as pessoas privadas, singulares ou coletivas, que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde; (Portugal¹⁴⁸, 1998).

** As listas de preços dos DRGs são estabelecidas através de portarias e dizem respeito os valores a serem reembolsados ao SNS pelos subsistemas de saúde.

adoção de genéricos, liberação de preços e, a não exigência de prescrição; alterações regulares nos co-pagamentos pelos serviços prestados de saúde pública, reorganização da rede de serviços; definição de um plano nacional de saúde; reforma do cuidado primário (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

Em 2002, ocorreu a transformação de 34 grandes hospitais públicos portugueses em sociedades anônimas, os Hospitais S.A. Essa medida visava à adoção de regras de mercado na gestão hospitalar, sem, contudo, transferir do Estado a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde (Guichard ¹⁴⁷ 2004, Barros e Simões¹²⁷, 2007).

No mesmo ano foram instituídas as Parcerias Público-Privadas (PPP) que vem sendo utilizadas no país como um mecanismo para a provisão e contratação de serviços de saúde e abrangem tanto a atenção primária como a atenção especializada. No setor hospitalar, a iniciativa privada foi convidada a participar de forma múltipla da gestão e do financiamento dos hospitais, tal como na concepção, construção, financiamento, manutenção de uma nova unidade de saúde (hospitalar ou centro de saúde), como também de sua gestão e exploração, entre outros tipos de configuração (Simões¹⁴⁹, 2004)

Em 2005, foi adotada uma nova figura jurídica, a Entidade Pública Empresarial (EPE) em substituição figura dos S.A., sem, contudo, que houvesse mudanças efetivas nas regras de gerenciamento anteriores. A maior inovação foi a introdução dos Contratos-Programa, através do quais os hospitais passam a ser remunerados por orçamentação anual e assumem o compromisso de cumprir determinados níveis de atividade (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

2.6.4. O financiamento do sistema de saúde português

O financiamento do sistema de saúde português é efetuado por uma combinação de recursos públicos e privados. O SNS é financiado por impostos sobre o rendimento e sobre o consumo. Os subsistemas são financiados por contribuições de empregados e de empregadores, o que inclui o Estado como empregador. O financiamento privado contribui com uma parte significativa do financiamento, principalmente, através de co-pagamentos (taxas moderadoras) ou pagamentos “out-of-pocket” efetuados pelos pacientes (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

O Estado participa indiretamente do financiamento dos subsistemas públicos através de transferências do Orçamento do Estado e da oferta de benefícios fiscais e, dos subsistemas e seguros privados, através de subsídios. A participação do Estado acontece também através do mecanismo de “*opting-out*” no qual o Ministério da Saúde e empresas públicas ou privadas, acordam que estas assumam a responsabilidade pelo pagamento integral dos cuidados à saúde de seus funcionários, recebendo do SNS como contrapartida, um valor de capitação anual (Ministério da Saúde de Portugal¹¹⁰, 2007).

Existem, ainda, outros tipos de fundos relativos a seguros para o não-desembolso de recursos no momento da prestação dos serviços, estes, contudo, não têm grande expressão. (Barros e Simões¹²⁷, 2007).

2.6.4.1. O financiamento dos hospitais portugueses

Até o início dos anos 80, o financiamento dos hospitais portugueses era efetuado através de transferência de recursos do Orçamento do Estado e os hospitais eram reembolsados por seus custos, tendo como base o seu orçamento histórico, através da análise das contas do ano anterior, com o acréscimo de um percentual de reajuste (Mateus¹⁵⁰, 2004). Como os hospitais podiam determinar o tempo de permanência dos pacientes e a provisão de serviços, não havia o incentivo adequado para a melhoria da eficiência (Lima e Whyne¹⁵¹, 2003).

Em 1981, foi adotado um novo sistema de pagamento parcialmente ligado à atividade produtiva, no qual a partir do número de doentes admitidos nas especialidades eram elaborados os orçamentos. Os serviços hospitalares eram remunerados através de diferentes taxas para cada especialidade clínica que variavam com o tempo de permanência e a taxa de ocupação. Os procedimentos de diagnose e terapia eram pagos por seu preço de custo, incentivando a utilização em excesso e a escolha de procedimentos mais caros (Urbano et al.¹⁵², 1993).

Em 1984, iniciam-se os estudos para a implementação de um modelo de pagamento prospectivo com a utilização dos DRGs para o financiamento hospitalar.

Em Portugal, a produção hospitalar possui duas vertentes: a produção referente ao atendimento aos beneficiários do sistema público e a produção referente aos beneficiários dos subsistemas.

Em 1990, a classificação DRG passou a ser utilizada para efetuar o reembolso pelo atendimento efetuado pelos hospitais SNS aos beneficiários dos subsistemas (entidades financiadoras). Os valores reembolsáveis ao SNS pelas entidades financiadoras são estabelecidos através de portarias e calculados utilizando a classificação DRG e correspondem a todos os serviços prestados durante o período de internação, tanto na enfermaria quanto nas Unidades de Cuidado Intensivo e incluem Serviços Profissionais, Serviços Hospitalares e Serviços de Diagnose e Terapia (SADT) (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵³, 2009).

A utilização dos DRGs para o pagamento aos hospitais SNS pelo atendimento aos beneficiários do sistema público começou a ser efetuado a partir de 1997, com parte do valor sendo estabelecido através de custos históricos e parte com a utilização dos DRGs. Apenas a partir de 2004, com o estabelecimento dos Contratos-Programa, o componente dos orçamentos hospitalares relativo aos serviços hospitalares passou a utilizar apenas os DRGs.

O Contrato-Programa, exclusivo para hospitais SNS, é estabelecido através de um processo de negociação onde participam: a ACSS, como órgão pagador, os Departamentos de Contratualização das ARS, como órgão negociador e o hospital (prestador). Através dos Contratos-Programa são definidos os valores a serem repassados pela ACSS ao hospital e determinadas as linhas de produção contratadas, bem como os objetivos a serem atingidos pelo hospital (Costa et al.⁷⁰, 2008).

A produção contratada respeita apenas aos beneficiários do SNS, não considerando os cuidados prestados a utentes* dos serviços de saúde das Regiões Autónomas, de subsistemas públicos e privados e de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁴, 2005).

O orçamento hospitalar é composto de dois componentes: (a) a produção realizada nas diferentes linhas de produção (internação, consulta ambulatorial, urgência, hospital-dia, doentes crónicos, serviço domiciliário e permanência em lar do Instituto Português de Oncologia) e; (b) montante de convergência – “*genericamente, a diferença entre os proveitos operacionais e custos operacionais do hospital*”, ajustada em função da verba total disponível e que se destina a cobrir o défice operacional do hospital

* pacientes

durante um ano e cuja natureza é transitória e decrescente (Costa et al.⁷⁰ 2008, Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁶ 2008).

A produção relativa às hospitalizações é calculada em função do número de doentes equivalentes* e do índice de *case-mix* por tipo de DRG (médico ou cirúrgico).

Outro componente é a Produção Marginal, a qual diz respeito a diferenças apuradas entre a produção contratada e executada. A produção marginal é paga em até 10% da atividade contratada para todas as linhas de produção, exceto para Ambulatório e as cirurgias programadas, que não possuem limites; se execução for inferior a 50% em cada linha de produção, nenhum pagamento é efetuado; para a urgência são pagos 50% dos custos fixos de unidades contratadas e não produzidas (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁶, 2008).

Com a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), através de Resolução do Conselho de Ministros 79 de 24 de junho de 2004, objetivando “reduzir o tempo médio de espera por uma cirurgia e de controlar o tempo máximo de espera” foi reintroduzida a modalidade de produção remunerada por unidade produzida (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁷, 2005).

O financiamento das cirurgias programadas é composto pela produção base, produção adicional e produção marginal. A Produção Base (A) é contratada através dos Contratos-Programa e considera histórico de produção do hospital (em DRGs) e a capacidade instalada. A Produção Adicional (B) é aquela contratada nos hospitais SNS, correspondendo à produção além da capacidade tradicional de execução do hospital.

As Cirurgias Programadas também podem ser contratadas em estabelecimentos privados, através de convenções, correspondendo, nestes estabelecimentos, a toda a produção cirúrgica programada de beneficiários do SNS. A produção marginal é a diferença positiva ou negativa entre a produção contratada (A+B) e a produção

* “Um doente equivalente corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo DRG. O número de doentes equivalentes corresponde ao total de episódios de internação obtidos com a conversão dos dias de internação dos episódios excepcionais ao tempo médio de internação dos episódios normais do respectivo DRG. Um episódio de curta duração é convertido em equivalente dividindo os dias de internamento pela demora média do respectivo DRG. Para a conversão de um episódio de longa duração em doentes equivalentes considera-se, para além de um doente equivalente, a razão entre 60% dos dias de internamento decorridos entre o limiar superior e o limiar máximo e a demora média do respectivo DRG” (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁴, 2005).

executada. A produção adicional se inicia apenas após a execução de toda a produção base.

Os hospitais recebem mensalmente, o correspondente a um duodécimo do montante calculado, considerando a produção base e a adicional. Ao final do ano são executados acertos e deduções por não cumprimento das cláusulas acordadas.

2.7. Comparando indicadores de Brasil, Espanha, Portugal

Nas tabelas a seguir é possível comparar alguns dos principais indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde de Brasil, Espanha e Portugal.

No que diz respeito à demografia, o Brasil é bastante distinto de Espanha e Portugal, principalmente em relação à extensão territorial e ao contingente populacional. O território brasileiro é 16 vezes maior que o território espanhol e, a população brasileira é 18 vezes superior à população portuguesa.

A taxa de natalidade no Brasil é bastante elevada em comparação à Espanha e Portugal. Portugueses e espanhóis são mais longevos que os brasileiros, e, estes últimos, possuem expectativa de vida superior aos brasileiros em nove anos para os homens e sete anos para as mulheres.

Na Tabela 1 podem ser observados os indicadores demográficos dos três países.

Tabela 1 – Indicadores demográficos. Brasil, Espanha e Portugal, 2006-2008

Países	Área/ milhões km ²	População		Fecundidade, Natalidade e Mortalidade				Expectativa de Vida		
		Ano	milhões /hab	Ano	Taxa Fecundidade	Taxa Natalidade	Taxa Mortalidade	Ano	Sexo	
									M	F
Brasil	8,500	2008	189,6	2006	2,0	17,1	6,0	2007	69	77
Espanha	0,506	2008	46,2	2007	1,4	11,0	8,6	2007	78	84
Portugal	0,092	2008	10,6	2008	1,4	9,8	9,8	2007	75	82

Fonte: IBGE³¹ (2008), RIPS³² (2009), Ministério de la Presidência³⁴ (2009), INE³⁵ (2009), INE³⁷ (2009), Portugal¹²⁵ (2009), INE³⁸ (2009)

O Brasil, apesar das reconhecida disparidade na distribuição da renda e a grande desigualdade social, possui índice de desenvolvimento humano (IDH) elevado, tendo em 2007, sido classificado na 75ª posição entre os países analisados. Espanha (15ª posição) e Portugal (34ª posição) foram classificados como países de desenvolvimento humano muito elevado.

A taxa de analfabetismo em Portugal é muito alta, mesmo com um período de nove anos de educação compulsória.

O PIB *per capita* brasileiro é bastante inferior ao PIB *per capita* de Espanha e Portugal. Segundo dados da OMS³³ (2008), em 2006, o PIB *per capita* brasileiro era cerca três vezes menor que o espanhol e duas vezes menor que o português.

Na Tabela 2 estão demonstrados alguns dos indicadores socioeconômicos de Brasil, Espanha e Portugal.

Tabela 2 – Indicadores socioeconômicos. Brasil, Espanha e Portugal, 2007-2008.

Países	IDH		Analfabetismo		Razão Renda ^[1]		Desemprego		PIB <i>per capita</i>	
	Ano	Índice	Ano	Taxa	Ano	N	Ano	Taxa	Ano	US\$ (PPP)
Brasil	2007	0,813	2007	10,0	2007	20,0	2007	8,0	2006	8.700
Espanha	2007	0,955	2007	2,2	2008	5,4	2008	11,3	2006	28.200
Portugal	2007	0,909	2008	9,0	2008	6,1	2008	7,6	2006	19.960

Fonte: PNUD⁷³ (2009), RIPSAs³² (2009), OMS³³ (2008), INE¹⁰⁴ (2009), INE³⁸ (2009)

Notas: ^[1] Razão da Renda: Brasil indicador S90/S10), Espanha e Portugal indicador S80/S20

Na Tabela 3 estão relacionados os gastos em saúde dos três países do ano de 2006, segundo a OMS³³ (2008). O gasto total em saúde brasileiro, neste ano, foi o mais baixo entre os países. O gasto em saúde *per capita* no Brasil foi três vezes inferior ao gasto em saúde *per capita* espanhol. O Brasil tem o maior gasto privado, sendo este superior a 50% do gasto total. Espanha e Portugal têm gasto privado inferior a 30% do gasto total em saúde.

Tabela 3 – Gasto em Saúde. Brasil, Espanha e Portugal, 2006.

Países	Gasto total em Saúde (% PIB)	Gasto em Saúde <i>per capita</i> US\$	Gasto público em saúde <i>per capita</i> US\$ (PPP)*	Gasto privado (% gasto total)
Brasil	7,5	765	367	52,1
Espanha	8,1	2.388	1.732	27,5
Portugal	10,0	2.080	1.494	28,2

Fonte: OMS³³ (2008)

Na tabela 4 estão relacionados os principais indicadores de mortalidade de Brasil, Espanha e Portugal. A mortalidade infantil no Brasil ainda é preocupante, estando na faixa de 20,7 óbitos por mil nascidos vivos e cerca de sete vezes maior que as taxas espanhola e portuguesa. Os brasileiros, assim como, os espanhóis e portugueses morrem principalmente de doenças do aparelho circulatório e de neoplasias malignas.

Tabela 4 – Mortalidade. Brasil, Espanha e Portugal, 2006-2008.

Países	Mortalidade Infantil		Mortalidade por grupos de causas		
	Ano	Óbitos	Ano	Doenças Ap. Circulatório	Neoplasias Malignas
Brasil	2006	20,7	2006	32,0	16,5
Espanha	2007	3,5	2007	32,0	26,8
Portugal	2008	3,3	2008	32,3	22,9

Fonte: RIPSA³² (2009), INE¹⁰⁵(2009), , INE³⁷(2009), INE¹³¹ (2009)

O número de hospitais no Brasil é bastante superior ao número de hospitais em Espanha e Portugal. Houve uma queda do número de leitos na última década nos três países, contudo, o Brasil possui número menor de leitos por mil habitantes que Espanha e Portugal. O número de médicos e enfermeiros por mil habitantes no Brasil também é bastante inferior aos dois países, com maior diferença em relação ao número de enfermeiros.

Na tabela 5 estão relacionados os principais indicadores de recursos de saúde no Brasil, Espanha e Portugal.

Tabela 5 – Indicadores de Recursos. Brasil, Espanha e Portugal, 2005, 2007- 2009.

	Hospitais				Leitos/mil hab				Profissionais/mil hab		
	Ano	Total	Públicos	Privados	Ano	Total	Públicos	Privados	Ano	Médicos	Enfermeiros
Brasil	2009	7.807	6.083 ^[1]	1.724	2005	2,4	0,8	1,6	2007	1,7	0,9
Espanha	2008	804	313 ^[2]	491	2007	3,5	2,5	1,0	2007	2,3	2,8
Portugal	2007	198	99	99	2007	3,5	2007	3,5	5,1

Fonte: DATASUS⁷⁷ (2009), RIPSA³² (2009), Ministério de Sanidad y Política Social¹⁰⁶ (2009), Ministério de Sanidad y Política Social¹⁰⁷ (2007), INE¹⁰⁸ (2009), INE³⁸ (2009), OCDE¹³⁰ (2009)

Notas: ^[1] Hospitais vinculados ao SUS (públicos e privados)

^[2] Hospitais de dependência funcional pública

Na tabela 6 estão relacionados alguns indicadores de cobertura de Brasil, Espanha e Portugal. Comparativamente, o percentual de cesarianas no total de partos no sistema público brasileiro é bastante superior ao de Portugal e um pouco mais que o dobro do percentual de cesarianas da Espanha.

Tabela 6 – Indicadores de Cobertura. Brasil, Espanha e Portugal, 2007.

Países	Internações/ mil hab	Consultas/hab	% Cesarianas ^[2]
Brasil	60,0 ^[1]	2,6 ^[1]	45,9 ^[3]
Espanha	117,5	1,7	22,3
Portugal	117,8	4,1	32,0

Fonte: RIPSA³² (2009), Ministério de Sanidad y Política Social¹⁰⁷ (2007), Ministério da Saúde de Portugal¹³³ (2007), INE³⁸ (2009),

Notas: ^[1] Dados de internações e consultas ambulatoriais relativos ao SUS ,

^[2] % cesarianas referente ao sistema público

^[3] % cesarianas referentes ao ano de 2006

3. Objetivos e Metodologia

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo Geral

Comparar o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) com sistemas de informações hospitalares internacionais, com ênfase nos aspectos que comprometem a qualidade da informação hospitalar no Brasil e limitam a sua utilização.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Descrever as principais características do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS);
- Descrever os principais atos normativos relacionados ao sistema de informações hospitalares brasileiro e à assistência hospitalar;
- Descrever as principais características dos sistemas de informação sobre informações hospitalares de Espanha e Portugal;
- Identificar os fatores que comprometem a qualidade da informação hospitalar no Brasil e limitam a sua utilização;
- Identificar as principais diferenças e semelhanças entre a experiência brasileira e a internacional em sistemas de informações hospitalares.

3.2. Metodologia

3.2.1. Procedimentos metodológicos

Este é um estudo de natureza descritiva que utiliza como principais procedimentos metodológicos a Revisão da Literatura e a Análise Documental.

A revisão da literatura objetivou descrever os sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal e identificar os fatores, que segundo os pesquisadores brasileiros limitam a qualidade e a utilização plena da informação do sistema.

Para a descrição dos sistemas de informações dos três países foram utilizadas como fontes bibliográficas artigos de periódicos científicos brasileiros, espanhóis e portugueses, além de dissertações e teses de instituições de pós-graduação na área de saúde do Brasil, Espanha e Portugal, disponíveis na internet.

Para a identificação dos fatores que limitam a qualidade da informação do sistema de informações brasileiro foi utilizada como fonte bibliográfica a Biblioteca Eletrônica SciELO, em pesquisa por palavras-chave, onde foram utilizados os seguintes descritores: “SIH-SUS”, “AIH”, “INFORMAÇÃO e SAÚDE” e “HOSPITALIZAÇÃO e SUS”. As referências bibliográficas dos artigos* foram acrescentadas à pesquisa.

A análise documental visou conhecer a legislação que trata sobre o SIH-SUS e a assistência hospitalar, em geral, bem como, complementar os achados da revisão da literatura sobre os sistemas de informações hospitalares de Espanha e Portugal.

Para a obtenção da legislação sobre o SIH-SUS e assistência hospitalar foi consultada a informação disponível na página do Ministério da Saúde no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=960. A página abriga portarias relativas à Assistência a Saúde do período de 1998 a 2009.

Foi consultada também, a legislação disponível na página do Sistema Nacional de Auditoria no endereço: <http://sna.saude.gov.br/> e no Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), no endereço: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/>

Para consultas auxiliares sobre a Legislação Federal foi consultada a página da Presidência da República no endereço: <http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>.

As principais páginas investigadas relativas à Espanha, foram:

- *Ministério de Sanidad y Política Social* em <http://www.msc.es/>;
- *Instituto Nacional de Estadística (INE)* em <http://www.ine.es/>;

* apenas as referências relativas a outros artigos.

- *Portal de Salud de la Comunidad de Andalucía* em <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>
- *Portal de Salud Castilla y León*, em <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad>
- *Base de datos de Legislación* – para pesquisas relativas à legislação espanhola em http://noticias.juridicas.com/base_datos/.

As principais páginas investigadas relativas a Portugal, foram:

- Portal da Saúde, página do Ministério da Saúde em <http://www.portaldasaude.pt/portal;>
- Administração Central da Saúde (ACSS) em [http://www.acss.min-saude.pt/;](http://www.acss.min-saude.pt/)
- Instituto Nacional de Estatística (INE), no endereço www.ine.pt;
- Associação Portuguesa de Informática Médica em <http://apim.med.up.pt>;
- *Diário da República Eletrónico*, para pesquisas sobre a legislação portuguesa em <http://www.dre.pt/index.html>.

Os documentos utilizados neste estudo são todos de carácter público e possuem livre acesso, não sendo alvo de considerações éticas. As bases de dados acessadas são também de carácter público e de livre acesso, exceção apenas para a Base de Conhecimentos em Sistemas de Informação em Medicina (InterSIM)* de Portugal, atualmente descontinuada e, cujo conteúdo está sendo transferido para o Portal de Codificação e dos GDH**, a qual foi permitido o acesso excepcional, durante o período de transição e, cujas informações também não são alvo de considerações éticas.

A pesquisa compreendeu o período de 1980 a 2008. Este período foi utilizado como parâmetro inicial, não tendo sido descartados artigos de períodos anteriores ou posteriores, julgados pertinentes.

Os idiomas das fontes bibliográficas e dos documentos analisados são o português, o espanhol e o inglês. Os dois primeiros por serem os idiomas dos países pesquisados, o último por ser o idioma da maioria das publicações internacionais sobre saúde.

* <http://intersim2.med.up.pt>

** <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

4. Resultados

4.1. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

O SIH-SUS é um sistema de informações de abrangência nacional que conforma uma base de dados administrativos que registra as hospitalizações realizadas em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS. O SIH-SUS fornece dados sobre a internação, o paciente, a unidade de saúde e os recursos financeiros envolvidos, sendo responsável pelo pagamento anual de cerca de 11,6 milhões* de internações.

O SIH-SUS é hoje, a principal fonte de informações sobre a morbi-mortalidade hospitalar, além de ser o principal instrumento para o reembolso das hospitalizações ocorridas no sistema público brasileiro.

O SIH-SUS tem como gestor, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o responsável pelo desenvolvimento e manutenção do sistema, além a consolidação, manutenção e disponibilização de sua base de dados (Ministério da Saúde do Brasil¹⁵⁸, 1999).

4.1.1. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um resumo de alta hospitalar e o principal documento do SIH-SUS.

A AIH pode ser de dois tipos: AIH 1 (AIH inicial), a qual permite a cobrança de no máximo, 45 diárias e a AIH 5 (AIH de Continuidade ou AIH de Longa Permanência), utilizada para pacientes psiquiátricos ou crônicos que necessitam de tratamento continuado. A AIH 5 permite a cobrança de no máximo, 30 diárias.

A AIH de Continuidade possui o mesmo número da AIH Inicial. E podem ser cobradas, após a AIH inicial, a cada mês, nova AIH de Continuidade até o término do período de hospitalização do paciente, sem a necessidade da emissão de nova AIH 1.

* Média das AIHs pagas dos anos de 2005 a 2008 (DATASUS¹⁵⁹, 2009).

Segundo a Portaria SAS/MS 113 de 04 de setembro de 1997 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁰, 1997), estão previstos, dois tipos de internamento: (a) o internamento eletivo e; (b) o internamento de urgência/emergência.

Uma internação eletiva se inicia com uma consulta em estabelecimento ambulatorial e a emissão do Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (Laudo de AIH) justificando a necessidade da intervenção. O Laudo pode ser emitido por um médico, cirurgião-dentista ou obstetra. O prazo entre a autorização (emissão da AIH) e a internação, não pode ser superior a 15 dias, exceto para a especialidade de obstetrícia (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶¹, 2007).

A internação de emergência tem início com a chegada do usuário ao estabelecimento de saúde. O Laudo emitido para a internação de emergência deve ser preenchido pelo médico responsável pela mesma e, encaminhado em até dois dias úteis ao órgão competente para emissão da autorização (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶¹, 1997). A versão de Junho de 2009 do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶², 2009), informa, contudo, que a autorização deve ocorrer em até 72 horas após a internação.

O Laudo da AIH contém informação de identificação do paciente e da anamnese; resultado do exame físico e de exames complementares; diagnóstico inicial e o diagnóstico definitivo, além das justificativas para a internação. O Laudo deve ser preenchido em duas vias, uma das vias é enviada ao Gestor local para autorização e a outra é anexada ao prontuário do paciente (Ministério da Saúde¹⁶², 2009).

A Portaria SAS/MS 743 de 22 de dezembro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶³, 2005) excluiu os quatro modelos de laudos, anteriormente existentes: Laudo Médico para Emissão de AIH; Laudo Médico para Solicitação de Mudança de Procedimento e Procedimentos Especiais; Laudo de Enfermagem para Emissão de AIH de Parto Normal e; Laudo Médico para Comunicação de Agravado Relacionado ao Trabalho; substituindo-os por apenas dois modelos: Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar e, Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimentos e de Procedimentos Especiais.

Esses laudos foram novamente modificados, para inclusão de novos campos, como a “Raça/Cor do Paciente”, bem como a substituição, exclusão e alteração de outros, conforme determinação da Portaria SAS/MS 719 de 28 de dezembro de 2007 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁴, 2007).

A numeração da AIH, até março de 2006, possuía 10 dígitos. Através da Portaria SAS/MS 648 de 28 de outubro de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁵, 2004), o

Ministério da Saúde definiu que a mudança para 13 dígitos se daria na competência março de 2005, ou quando da implantação efetiva da descentralização do processamento das AIHs. Como o sistema não foi implantado na época prevista, a adoção da nova numeração aconteceu apenas em de abril de 2006.

A nova estrutura da série numérica da AIH foi estabelecida pelo Ministério da Saúde através da Portaria SAS/MS 567 de 13 de outubro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁶, 2005) e tem a seguinte composição:

- (a) primeiro e segundo dígitos: código numérico da Unidade da Federação, de acordo com a codificação do IBGE. Exceção para as séries numéricas da CNRAC, iniciadas com os dígitos 99;
- (b) terceiro e quarto dígitos: dois últimos algarismos do ano de referência (09 para 2009);
- (c) quinto dígito: 1- AIH -; 3- AIH de CNRAC; 5- AIH de Cirurgia Eletiva;
- (d) sexto até o décimo primeiro dígito: numeração crescente de 0000001 a 9.999.999.
- (e) décimo terceiro dígito: dígito verificador, calculado através do aplicativo “DR SYSTEM”.

A responsabilidade da definição da série numérica das AIH é incumbência dos estados e Distrito Federal, os quais devem distribuí-las aos municípios por faixa numérica, tendo como base a Programação Pactuada e Integrada (PPI). O Ministério da Saúde se encarrega da definição das séries numéricas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e da Política Nacional de Cirurgias Eletivas (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁶, 2005).

O controle e a geração automática da numeração das autorizações ambulatoriais e hospitalares, em conformidade com a série numérica da Unidade da Federação, podem ser efetuados, através do aplicativo Módulo Autorizador, desenvolvido pelo DATASUS. A apresentação do Módulo Autorizador e a regra de formação do código do órgão emissor foram estabelecidas na Portaria Conjunta SE/SAS 23 de 21 de maio de 2004 (Brasil¹⁶⁷, 2004).

Através da Portaria SAS/MS 472 de 22 de agosto de 2008 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁸, 2008) é estabelecida a validade da AIH para quatro meses após o mês da alta do paciente, para a primeira apresentação da AIH. E para seis meses após o mês de alta do paciente, se a AIH for apresentada e rejeitada em um dos quatro primeiros meses após a alta.

4.1.2. A gênese do SIH-SUS - A Previdência Social

Como acontece com a maioria dos sistemas de pagamento, também os predecessores SIH-SUS foram desenvolvidos e implantados com o objetivo de racionalizar despesas (Carvalho¹⁷, 2009).

A Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV)* foi criada em 1974, visando a organização das áreas de informação e informática da Previdência Social e tendo como principal atribuição a gestão das informações de seguridade e de assistência médica do recém-criado ministério (Oliveira e Teixeira⁸² 1989, Branco⁴⁵ 2006). Até 1976, contudo, a análise e o pagamento das internações hospitalares dos hospitais contratados eram efetuados de forma manual pelo INPS (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

Em 1977, foi implantado o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), desenvolvido pela DATAPREV, visando proceder ao processamento informatizado das contas hospitalares para o ressarcimento aos hospitais privados contratados e, adicionalmente, subsidiar o controle e auditoria sobre as internações (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

No SNCPCH, as informações referentes às hospitalizações eram registradas na Guia de Internação Hospitalar (GIH) e os valores atribuídos dos atos médicos constavam da Tabela de Honorários Médicos, expressos em Unidades de Serviço (US). As GIHs eram preenchidas nas unidades hospitalares e enviadas para digitação e processamento na DATAPREV. Segundo Baldijão⁹⁵ (1992):

... constava deste instrumento o diagnóstico do agravo à saúde – que gerava diversos procedimentos -, o qual deveria ser codificado pela Classificação Internacional de Doenças, criando-se assim, a base de um sistema de coleta padronizado no âmbito nacional sobre morbidade hospitalar, para a rede contratada.

As glosas eram freqüentes, assim como as denúncias de fraudes. Caso sentissem-se prejudicados, os hospitais podiam solicitar a análise das faturas, a qual era executada por técnicos do INAMPS, de forma manual (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

* A DATAPREV foi criada pelo Decreto-Lei 6.125 de 04 de novembro de 1974 (Brasil¹⁶⁹, 1974). Sua denominação foi alterada para Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social através da Medida Provisória 2.216 de 31 de agosto de 2001.

O Modelo de Pagamento adotado pelo SNCPCCH é Sistema de Pagamento Retrospectivo (SPR), com ressarcimento efetuado ato a ato, operacionalizado através da comparação da fatura apresentada pelo hospital com um gabarito, o qual estabelecia os valores máximos a serem pagos de acordo com o procedimento realizado ou diagnóstico (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

O Sistema de Pagamento Retrospectivo incentiva ao gasto desnecessário (Veras¹⁷⁰, 1992) e a utilização das Unidades de Serviço “... possibilitava um superfaturamento por parte dos serviços privados, com prejuízo do atendimento médico prestado, colocando em risco o sistema financeiro da instituição (Oliveira e Teixeira⁸², 1989).

Os problemas do SNCPCCH eram muitos: baixa confiabilidade das informações fornecidas pelos prestadores; elevado número de operações efetuadas manualmente; dificuldade no controle dos valores gastos com a assistência médica pelo INAMPS; freqüentes denúncias de fraude; constantes divergências entre os prestadores e o INAMPS; e também, a complexidade do preenchimento da GIH.

Segundo Santos & Merhy¹⁷¹ (2006), a opção pelo pagamento por procedimento com utilização da Unidades de Serviço, como adotado pelo SNCPCCH, fez parte de um processo de regulação*, o qual, já existia nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Essa regulação foi sendo cada vez mais intensificada, tendo se acelerado com a criação do INPS e com a opção pela contratação privada. E prosseguiu com o INAMPS, com a expansão da rede contratada e na regulação exercida sobre a produção e gastos da assistência médica, a qual, quanto maior a crise financeira vivida pela instituição, mais era aprofundada.

A lógica da produção de serviços foi direcionada pela lógica de pagamento: “As revisões administrativas, glosas, autorizações definiram o que podia ou não ser feito e padronizaram a operação dos prestadores” (Santos e Merhy¹⁷¹, 2006).

Os primeiros estudos para o desenvolvimento de um novo sistema de informação para a assistência hospitalar foram iniciados em 1979. E em 1981, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) foi implantado como experiência piloto na cidade de Curitiba, Paraná, e em seguida, foi estendido ao restante do estado. A experiência durou dois anos e gerou vários ajustes e adaptações (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

* Segundo Santos e Merhy¹⁷¹ (2006), Regulação no texto é vista como “a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde”.

Em 1982, foi lançado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP), objetivando o maior controle das despesas médicas em face à crise da previdência. Entre as medidas propostas no Plano estava a extensão do SAMHPS ao restante do país, o que aconteceu, efetivamente, apenas entre 1983 e 1984 (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

Um dos marcos regulatórios do período foi a edição da Portaria 3.046 de 20 de julho de 1982 através da qual foram estabelecidos os parâmetros de cobertura e de produtividade do INAMPS através de limitação no quantitativo dos serviços prestados (Santos e Merhy¹⁷¹, 2006).

O SAMHPS trouxe algumas inovações: (a) Tabela de Procedimentos dividida em Procedimentos Clínicos e Procedimentos Cirúrgicos; (b) valores diferenciados para pagamento dos serviços hospitalares e profissionais; (c) sistema de pontuação para cada ato; (d) sistemática de atribuição de Índice de Valorização Hospitalar (IVH) (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

Com o SAMHPS foi adotado um novo documento para registro das internações, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com as seguintes funções: autorização da internação para a realização de procedimento clínico ou cirúrgico; identificação do paciente; registro dos procedimentos médicos e de diagnose e terapia; documento para faturamento (Carvalho¹⁷, 2009).

O SAMHPS foi projetado para a utilização do IVH como fator de valorização do desempenho dos hospitais e de incremento dos valores da Tabela de Procedimentos. O estabelecimento dos índices do IVH foi efetuado considerando os seguintes fatores: (a) a área física; (b) equipamentos e instalações; (c) recursos humanos e; (d) indicadores de desempenho dos hospitais. A idéia original previa que os indicadores de desempenho tivessem maior peso como elemento de valorização hospitalar (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

Uma importante diferença entre o SNCPC e o SAMHPS é que com este último foi adotado o Modelo de Pagamento Prospectivo, operacionalizado através da adoção de remuneração fixa e pré-determinada para os procedimentos médicos da Tabela de Procedimentos definida pelo Ministério da Saúde, cujos valores tiveram como base os seus custos médios de seis meses de produção no modelo anterior.

Segundo Veras¹⁷⁰ (1992), a adoção do Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP) objetiva o aumento da eficiência dos hospitais. Teoricamente, estes seriam incentivados a funcionar de forma mais eficiente, pois, independente dos recursos efetivamente

consumidos por cada paciente em sua estada hospitalar, receberiam um valor fixo, o que os incentivaria a diminuir os custos para a obtenção de melhores resultados.

Inicialmente, a Tabela de Procedimentos era composta por 2.300 procedimentos. Como essa lista era longa e de difícil manuseio, a tabela foi revista e os procedimentos foram agrupados em 260 grupos, definidos por códigos de acordo com o órgão, segmento corporal ou especialidade médica.

Os grupos passaram assim, a ser a unidade de pagamento do sistema. Os valores médios dos procedimentos de cada grupo foram calculados com base nas admissões ocorridas na primeira metade de 1983 (Veras¹⁷⁰, 1992). Cada grupo de procedimentos possuía três componentes: Serviço Hospitalar (SH), Serviço Profissional (SP) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) e; três atributos: (a) número de pontos do ato médico; (b) número de pontos de anestesia e (c) número de dias de permanência.

Os valores dos honorários profissionais e dos serviços de diagnóstico e terapia passaram a ser calculados a partir do número de pontos atribuídos aos procedimentos (rateio).

Em 1986, o SAMHPS foi estendido hospitais filantrópicos e beneficentes (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993). Em 1987, o SAMHPS é estendido aos Hospitais Universitários e de Ensino e, através da Portaria Interministerial 15 de 22 de maio de 1987 (Brasil¹⁷², 1987) é criado o Índice de Valorização de Desempenho (IVD), composto do IVH, atribuído de acordo com critérios de complexidade, resolutividade, integração à rede de serviços e perfil dos recursos humanos formados e, dos Índices Adicionais de Valorização (IAVs) atribuídos segundo características de regionalização assistencial e participação nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

Ainda esse ano, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)^{*} e a transferência progressiva das funções executivas do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Outra medida foi a transferência da gestão operacional do SAMHPS às SES, que ficaram encarregadas da distribuição dos formulários de AIH, da autorização das internações, do controle e avaliação dos hospitais e da recepção e envio das AIHs à DATAPREV (Levcovitz e Pereira⁹⁶, 1993).

* Decreto 94.657 de 20 de junho de 1987.

4.1.3. Os Aplicativos do SIH-SUS

O SIH-SUS é um sistema modular composto por um conjunto de aplicativos que possuem funções diferentes e que se destinam a níveis de gestão também diferentes os quais são: (a) Módulo de Entrada de dados, no nível local (hospitais); (b) Módulo Processamento, no nível regional (secretarias estaduais e municipais de saúde) e; Módulo de Recepção, no nível central (DATASUS/MS). A configuração atual do SIH-SUS é recente, tendo sido construída a partir da descentralização do processamento do sistema aos gestores locais*, ocorrida em abril de 2006. Os atuais módulos do SIH-SUS possuem as seguintes funções:

- Módulo de Entrada de Dados (ou Captação de dados da AIH) - composto pelo aplicativo SISAIH01, geralmente localizado no setor de faturamento dos hospitais. Através do SISAIH01 são coletados os dados relativos às hospitalizações e gerado o arquivo com a produção do hospital para envio às secretarias municipais ou estaduais de saúde;

- Módulo Processamento, composto pelo aplicativo Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), o qual pode ser “*centralizado nas secretarias ou descentralizado nas regionais, núcleos ou distritais*”. Através do SIHD, os arquivos de produção proveniente dos hospitais sob a gestão da secretaria municipal ou estadual são integrados, as AIHs criticadas e valoradas e gerado o arquivo para o sistema financeiro e para envio ao DATASUS.

- O Módulo de Recepção é responsável pelo recebimento da remessa (produção) dos estados e municípios e pela atualização da base de dados nacional.

O SIH-SUS conta também, com o Módulo Autorizador, de uso não obrigatório, que se destina aos órgãos emissores de APAC e AIH e que possibilita o controle da numeração das AIHs, o cadastro de autorizadores, além da execução de algumas críticas de compatibilidade entre os Procedimentos solicitado e autorizado com o diagnóstico principal, a faixa etária e o sexo. O Módulo Autorizador foi disponibilizado segundo determinação da Portaria SAS/MS 567 de 13 de outubro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁶, 2005).

No SISAIH01, as AIHs podem ser digitadas ou importadas (do Módulo Autorizador ou programa semelhante), de outro sistema de cadastramento de AIHs

* Portaria GM/MS 821 de 04 de maio de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷³, 2004).

(sistema próprio)* e também do próprio SISAIH01, no caso de descentralização da digitação na entrada de dados. Na rotina de Consistência são efetuadas críticas relativas ao cumprimento das regras da Tabela de Procedimentos (compatibilidades entre Procedimentos e Diagnósticos, Procedimentos e OPM, idade, sexo, tempo de permanência, entre outras). A rotina de Consistência objetiva a execução de todas as críticas no nível local. Algumas críticas, contudo, só podem ser executadas nas secretarias, tais como as relativas ao Cadastro do CNES, existência de homônimos entre diferentes hospitais e de utilização de leitos.

A rotina de Apuração da Prévia permite que se conheça, antecipadamente e de forma mais fiel possível, o valor da produção do hospital, dos profissionais e dos terceiros lançados nas AIHs. Para que esse cálculo seja possível são utilizados os valores estabelecidos pela Tabela de Procedimentos e aplicadas as regras para a valoração de AIHs. Os procedimentos que possuem Incremento**, contudo, necessitam de verificação no cadastro do CNES, não sendo possível o seu cálculo no nível local.

A rotina de Exportação gera o arquivo a ser enviado às secretarias municipais ou estaduais. Esse arquivo é gerado com um código de segurança para que o arquivo não seja manipulado após a geração. O arquivo é enviado mensalmente às secretarias municipais e estaduais segundo cronograma estabelecido.

No SIHD a rotina de importação permite a incorporação à base de dados do sistema do movimento (produção) de AIHs dos hospitais sob a gestão da secretaria ou das regionais, no caso de descentralização do processamento. São também importados os arquivos provenientes de cadastro do SCNES (profissionais, terceiros, leitos, habilitações), as tabelas nacionais (CID10, CBO, Nacionalidade, entre outras) e a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

Na rotina de Gerenciamento de Informações é possível executar bloqueios, liberações e cancelamentos de AIHs. As AIHs bloqueadas podem ser liberadas dentro do próprio processamento ou em processamento posterior. As AIHs canceladas, após encerrada a competência e envio dos dados ao DATASUS, contudo, não mais podem ser liberadas. O sistema efetua bloqueios automáticos em AIHs de homônimos, de parto sem a execução (e cobrança) de testes de VDRL, AIHs de Agravos de

* Para que os sistemas próprios, tanto de autorização, quanto de digitação de AIHs possam gerar arquivos para entrada de dados no SISAIH01. São disponibilizados na página do SIHD (<http://sihd.datasus.gov.br>) o layout do arquivo de integração entre o Módulo Autorizador e o SISAIH01 e o layout do arquivo texto para importação para o SISAIH01.

** Procedimentos com incremento: possuem percentuais associados na Tabela de Procedimentos que são aplicados sobre o Serviço Ambulatorial (SIA-SUS) e sobre o Serviço Hospitalar ou Serviço Profissional (SIH-SUS) das AIHs de acordo com a habilitação do hospital.

Notificação Compulsória, entre outros, os quais podem ser liberados por médico autorizador cadastrado no sistema.

Na rotina de Crítica são efetuadas, basicamente, as mesmas críticas já efetuadas na Entrada de Dados e outras relativas ao Cadastro do CNES, homônimos e de utilização de leitos. No SIHD, as críticas que provocam rejeição de AIHs permitem que esta seja reapresentada após acertos e aprovada, com duas exceções: quando a AIH já constar do BD nacional (como aprovada ou cancelada) ou ainda quando já se esgotaram as diárias para a alocação de leitos*.

Na rotina de Valoração, as AIHs que não foram rejeitadas pela crítica são valoradas e são calculados os valores a receber dos prestadores. O Encerramento gera o arquivo para envio ao DATASUS e o arquivo para o financeiro. O arquivo gerado para envio ao DATASUS possui todas as AIHs processadas, sejam elas aprovadas ou rejeitadas.

Ao contrário do SISAIH01, o processamento do SIHD exige a geração de uma nova versão do aplicativo a cada mês. Assim, uma nova versão é lançada a cada mês, mesmo que não tenham havido alterações nas rotinas do sistema.

No Módulo de Recepção são feitas algumas validações sobre a consistência do arquivo enviado pelas secretarias e relativas à AIHs já carregas no Banco Nacional. Se problemas não forem detectados, a remessa (produção) é validada e carregada na base nacional. O resultado do processamento, indicando, para cada remessa, a aprovação ou rejeição é enviado à lista da descentralização e aos endereços eletrônicos cadastrados no sistema pelos gestores.

* O número de leitos SUS cadastrado no CNES multiplicado pelo número de dias do mês determina o total de diárias disponíveis para o mês. As diárias vão sendo decrementadas de acordo com o as diárias lançadas nas AIHs, a cada mês. Quando este valor chega a zero ou quando total de diárias existente é menor que o número de diárias lançado na AIH, esta é rejeitada, sem possibilidade de aprovação.

4.1.4. A codificação clínica no Brasil

O Brasil é um dos centros colaboradores da Organização Mundial de Saúde para a Família das Classificações Internacionais. O Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), criado em 1976, detém os direitos de tradução da CID-10 para a Língua Portuguesa. O CBCD foi formado por um convênio entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo (USP) e faz parte do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo¹⁷⁴, 2008).

As principais funções do CBCD* são: *“traduzir para seu idioma, adaptar, publicar, divulgar as Classificações que fazem parte da Família de Classificações Internacionais da OMS nos países de sua língua”*, como também, *“assessorar os países no desenvolvimento e uso de classificações relacionadas à saúde, assim como todos os usuários da OMS”*.

Com a criação do CBCD foi possível a formação de pessoal para a classificação e codificação das causas de morte no Brasil. O CBCD participou da criação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e colabora com seu desenvolvimento, no apoio às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no uso da CID e na produção de material didático e capacitação de recursos humanos. (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo¹⁷⁴, 2008).

No Brasil, a CID-10 é utilizada pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) desde 1996, de acordo com determinação contida na Portaria GM/MS 1.832 de 1994. Para a morbidade hospitalar e ambulatorial esta classificação passou a ser utilizado em 1998, com a edição da Portaria GM/MS 1.311 de 12 de setembro de 1997 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷⁵, 1997).

As Causas de Morte são preenchidas pelo médico a partir do Atestado Médico contido na Declaração de Óbito e são classificadas e codificadas de acordo com regras de seleção estabelecidas pela OMS, sendo obrigatória a informação sistemática pelos países membros desta organização. Não há obrigatoriedade em relação à Morbidade, havendo apenas a recomendação para que sejam desenvolvidos sistemas de informação de morbidade que subsidiem a prevenção e controle de agravos, a identificação dos riscos de saúde e as pesquisas clínicas**.

* Disponível no endereço <http://www.fsp.usp.br/~cbcd/>

** Comunicação pessoal com a Professora Nair Navarro

Os predecessores do SIH-SUS já utilizavam a Classificação Internacional de Doenças. No SNCPC, contudo, cerca de 60% dos diagnósticos apresentavam inconsistências. No SAMHPS a CID-9 foi adotada em 1979, sem que houvessem sido feitas, contudo, recomendações ou críticas mais específicas para a sua utilização (Levin²⁸, 2006).

Segundo Navarro et al.¹⁷⁶ (2005), a correta classificação e codificação são fundamentais para que as informações em morbidade possam ir ao encontro de sua finalidade:

Informação sobre morbidade apresenta uma forma de conhecimento do quadro sanitário e dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Deve orientar o suprimento dos órgãos do setor saúde da visão e do instrumental epidemiológico, a definição dos dados e das informações a serem coletados e processados, podendo ainda subsidiar o campo da pesquisa operacional em saúde (Navarro et al.¹⁷⁶, 2005).

Na década de 90, Vera e Martins¹⁸ (1994) apontavam os problemas existentes na codificação clínica no Sistema de Informações Hospitalares brasileiro. Após duas décadas, o diagnóstico parece o mesmo: qualidade das variáveis influenciada pela não vinculação da informação diagnóstica à informação de pagamento; sub-registro da variável diagnóstico secundário, insuficiência de campos para registro de comorbidades e complicações; codificação efetuada por profissionais não habilitados no uso da CID, pois, mesmo com a oferta de cursos para a formação de pessoal de nível médio em codificação, é pouco o interesse dos gestores nesta formação.

4.1.5. O SIH-SUS e a legislação sobre a assistência hospitalar

As bases de dados secundários, como o SIH-SUS, reúnem dados administrativos, demográficos, financeiros e clínicos de milhões de pacientes a um custo de aquisição bastante reduzido, o que potencializa a sua utilização em estudos epidemiológicos, em análises sobre o uso de recursos hospitalares, bem como para a programação, gerência e avaliação da assistência hospitalar.

A informação gerada pelo SIH-SUS é altamente influenciada por normatizações da assistência hospitalar e por políticas públicas da atenção à saúde que direta ou indiretamente atuam sobre o sistema, bem como por incentivos e restrições estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que objetivam estimular ou coibir determinadas práticas. Segundo Levin²⁸ (2006), essas influências vem acontecendo desde a concepção do sistema, podendo provocar distorções e imprecisões, o que impõe que as análises que utilizam seus dados levem em consideração esses fatores e que se tenha *“uma visão clara e objetiva de quais informações estão disponíveis, sua evolução e como utilizá-las”*. Assim, as análises efetuadas sobre o SIH-SUS devem considerar a sua permeabilidade a esses e outros fatores.

O SIH-SUS foi alvo, em período de menos de dois anos de duas mudanças estruturais, a primeira em 2006, como consequência da descentralização do sistema aos gestores municipais e estaduais e a segunda, em 2008, com a adoção da nova Tabela de Procedimentos. Em ambas as situações, foram modificadas rotinas centrais do sistema, o que fez com que este ficasse instável durante certo período de tempo, o que seria esperado em um sistema de sua complexidade.

Acertos e ajustes foram sendo efetuados nos meses seguintes, até que o sistema voltasse à estabilidade anterior. Foi também necessária a adaptação dos gestores às novas responsabilidades e funcionalidades do sistema, bem como de todos os usuários, às especificidades da nova tabela. Os vieses que estas duas normatizações e os consequentes ajustes no sistema provocaram nos seus dados são desconhecidos e, dependem em grande parte, de como as dificuldades foram absorvidas pelos níveis locais e regionais. Qualquer análise sobre os dados fornecidos pelo sistema em períodos posteriores a grandes alterações deve considerar, portanto, possíveis vieses nos dados.

A legislação que versa sobre a assistência hospitalar e sobre o Sistema de Informações brasileiro é bastante extensa, sendo composta, em sua maioria, por portarias emitidas pelo Ministério da Saúde. Não foi possível localizar a legislação completa relacionada ao sistema, principalmente, aquela anterior ao ano 1990, contudo fez-se o possível para relacionar aquelas que maiores influências exerceram sobre o seu funcionamento sistema.

4.1.5.1. O período de 1990 a 1999

A década de 90 teve início com uma série de mudanças no cenário político brasileiro, a começar com a posse do primeiro presidente eleito através do voto direto após vinte anos de ditadura militar*. As mudanças ocorridas nesse período, tanto na política brasileira, quanto nas políticas de assistência à saúde contribuíram para moldar o SIH-SUS tal como ele é hoje.

Iniciava-se o processo de normatização do SUS o qual sofreu diversos reveses, a Lei Orgânica da Saúde** recebeu vetos importantes do novo presidente, tais como os relativos à transferência direta e automática de recursos a estados e municípios e a instituição das conferências e conselhos de saúde. A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil⁸⁶, 1990), no entanto, foi sancionada com disposições sobre as transferências de recursos financeiros e a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde. (Branco⁴⁵, 2006).

Em 1990, o INAMPS é transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde*** e no mesmo, ano, segundo a Portaria GM/MS n° 896 de 29 de junho (Ministério da Saúde do Brasil⁹⁷, 1990) este é incumbido de implantar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o SIH-SUS, além de estender a utilização deste último aos hospitais públicos.

O Ministério da Saúde regulamentou a Portaria GM/MS 896 através da Resolução INAMPS n° 227 de 29 de julho de 1990 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷⁷, 1990), determinando a implantação do SIH-SUS a partir de 01 de agosto de 1990 e tendo como base o SAMHPS e a AIH. Com a Resolução 227 foram estabelecidos também, os critérios para a implantação do SIH-SUS nos hospitais públicos, além da determinação que para a remuneração destes, seriam utilizadas as tabelas do SAMHPS com a fixação de IVH inicial de 1,20, até posterior classificação.

Com a Portaria SNAS/MS n° 15 de 08 de janeiro de 1991 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷⁸, 1991) foi determinada a extinção progressiva do IVH, com incorporação de seu valor à Tabela de Procedimentos. Os Adicionais de Valorização dos Hospitais Universitários**** também são extintos e é criado o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS),

* Fernando Collor de Mello, eleito em 1989.

** Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil⁸⁸, 1990).

*** Decreto 99.060 de 07 de março de 1990.

**** Criados pela Portaria Interministerial MEC/MPAS 15 de 22 de maio de 1987 (Brasil¹⁷², 1987).

exclusivamente para os hospitais universitários e com adicionais diferenciados, de acordo com a atividade de ensino exercida. Segundo Levin²⁸, a implantação do FIDEPS “*provocou o decréscimo do valor médio das AIH dos hospitais universitários de ensino... Já os hospitais universitários de pesquisa (com FIDEPS) se diferenciam ainda mais dos anteriores, apresentando valor médio de suas AIH em torno do dobro do valor médio geral (período de 1990 a 1992)*”.

Através do Decreto 100 de 16 de abril de 1991 é criada a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que incorporou parte do pessoal e equipamentos da DATAPREV. O DATASUS assume, então, o papel da DATAPREV na manutenção e desenvolvimento do SIH-SUS.

Através da Norma Operacional Básica 01/91 (NOB-SUS 01/91) reeditada pela Resolução INAMPS 273 de 17 de julho de 1991 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷⁹, 1991) é estabelecido o quantitativo de 10% da população dos municípios*, para a emissão de AIH (teto físico). Destes, 8% são destinados aos municípios que atendam aos critérios estabelecidos para as transferências diretas e automáticas e os 2% restantes ficam sob a responsabilidade dos estados, assim como os 10% referentes aos municípios que não atendam aos critérios.

Ao estipular condições para o repasse de recursos aos municípios são impostos empecilhos à operacionalização da descentralização do sistema de saúde, contrariando dispositivos da Lei 8.080. A NOB 01/91 e outras portarias editadas no período reforçam a tendência centralizadora da política adotada pelo novo governo (Levcovitz et al.¹⁸⁰ 2001, Branco⁴⁵ 2006).

O Ministério da Saúde através da Portaria SNAS/MS n° 16 de 08 de janeiro de 1991 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸¹, 1991), já havia extinguido as tabelas de procedimentos e de remuneração da assistência hospitalar, implantando tabela única como base para pagamento de todos os prestadores, independente da natureza jurídica ou do vínculo com o SUS.

A remuneração com base na produção de serviços se transforma na principal forma de repasse de recursos. Medidas como a unificação das tabelas de procedimentos hospitalares, a extensão da remuneração dos hospitais privados aos públicos, a criação e ampliação dos sistemas de informação visam o acompanhamento da produção e a criação de subsídios ao controle e avaliação (Levcovitz et al.¹⁸² 2001, Branco⁴⁵ 2006).

* Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

... a implantação do SUS sofria entraves financeiros por conta da redução na distribuição dos recursos do orçamento da Seguridade Social, que de 30,31% em 1989, passou a 23% em 1990 e 1991, e a 22% em 1992 (Ministério da Saúde do Brasil⁴⁵, 2006).

Através da NOB-SUS 01/92, editada pela Portaria SNAS/MS 234 de 07 de fevereiro de 1992 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸⁴, 1992), o Ministério da Saúde determina a descentralização do SIA-SUS, mas mantém o SIH-SUS centralizado e estabelece a obrigatoriedade da apresentação da AIH em meio magnético.

A sistemática para apresentação da AIH em disquete foi estabelecida na Portaria SNAS/MS 254 de 16 de abril de 1992 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸³, 1992). O estabelecimento da AIH em disquete (SISAIH01) representou uma grande inovação ao permitir que as AIHs, antes enviadas ao processamento central através de formulário em papel, pudessem ser enviadas por meio eletrônico.

Inicialmente, apenas os hospitais com movimento igual ou superior a 300 AIHs mensais* estavam obrigados a apresentar a produção em meio eletrônico. Somente em 1994, por determinação contida na Portaria SAS/MS 69 de 13 de maio de 1993 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸⁴, 1993), tornou-se obrigatória a apresentação da produção hospitalar eletronicamente para todos os hospitais no âmbito do SUS.

Além da descentralização da digitação e do processamento das AIHs, até então centralizados, no SISAIH01 foram incorporadas críticas na entrada de dados os valores de prévia de faturamento passaram a ser fornecidos aos hospitais. Uma série de outros aplicativos foi desenvolvida visando fornecer aos gestores municipais e estaduais instrumentos para a manipulação desses dados, entre estes estavam: O Programa de Gestão Financeira (PGFAIH), o Sistema de Gerenciamento de AIHs (SGAIH), Geração de Relatórios Contábeis de AIH (GRCAIH), Sistema de Controle de Teto Financeiro (CTF), Módulo de Crítica do Gestor (SISAIH02), Módulo de Integração de Arquivos dos Prestadores (SISAIH05). Outros aplicativos utilizados eram a Ficha de Cadastro de Hospital (FCH), Ficha de Cadastro de Terceiros (FCT).

Com a Portaria GM/MS 118 de 29 de janeiro de 1993 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸⁵, 1993), o Ministério da Saúde autoriza o DATASUS a tornar disponíveis os dados do SIH-SUS, permitindo assim, a ampliação do acesso à informação do sistema.

Ainda em 1993 e, após o impeachment do presidente Collor, o Conselho Nacional de Saúde, em reunião extraordinária, formulou, através do documento

* Portaria SNAS/MS 293 de 22 de junho de 1992.

“Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, proposta para a descentralização do sistema de saúde brasileiro, a qual serviu de subsídio para a NOB-SUS 01/93.

As determinações da NOB-SUS 01/93, editada pela Portaria GM/MS 545 de 20 de maio de 1993 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸⁶, 1993), visaram aprimorar e ampliar as condições de gestão nas três esferas de governo.

O teto físico anual para a emissão de AIH para os municípios continuou a ser o correspondente a 8% de sua população e para os estados, o correspondente a 2% da população acrescido dos quantitativos dos municípios não inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena. O teto financeiro passa a ter como base a média do ano de 1992 multiplicado pelo quantitativo de AIHs e corrigido com a mesma proporção que a tabela de procedimentos.

Os estados em quaisquer das condições de gestão e os municípios em gestão semiplena ficam responsáveis pelo envio das informações sobre a produção hospitalar para a alimentação do banco de dados nacional do SIH-SUS, conforme determinação contida na Portaria SAS/MS 199 de 03 de novembro de 1994 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸⁷, 1994). O envio da produção dos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente e parcial fica sob a responsabilidade dos respectivos estados.

O INAMPS é extinto através da Lei 8.689 de 27 de julho de 1993 (Brasil¹⁸⁸, 1993).

Através da Portaria GM/MS 1.286 de 26 de outubro de 1993 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁸⁹, 1993) é estabelecido que *“ao deixar a unidade hospitalar contratada, o paciente ou seu responsável receberá um demonstrativo, por escrito, dos valores pagos pelo SUS pelo atendimento prestado”*.

No demonstrativo deveriam constar os dados de identificação do hospital, o tempo de permanência, o número da AIH, e valores relativos aos serviços prestados. A Portaria SAS/MS 74 de 04 de maio de 1994 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁰, 1994) estende a obrigatoriedade de emissão do comprovante a todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS, sejam elas públicas ou privadas. Para cumprir as determinações da Portaria 74 foi incorporado no SISAIH01 um novo relatório.

A emissão de demonstrativos de alta com a relação dos procedimentos realizados e seus valores é uma prática comum em outros países* e pode configurar-se em um controle importante.

* Na Espanha, o Informe de Alta hospitalar é obrigatório desde 1984.

Em 1994, o Ministério da Saúde visando à promoção do aleitamento materno cria o incentivo “Hospital Amigo da Criança”. A normatização dessa iniciativa foi efetuada através da Portaria GM/MS 1.113 de 15 de junho de 1994 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹¹, 1994). A Portaria SAS/MS 155 de 14 de setembro de 1994 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹², 1994) determina as condições necessárias à adesão a essa iniciativa. Segundo Levin²⁸ (2006), como consequência da adoção dessa medida, entre 1994 e 2004, houve “*contínuo crescimento da proporção de partos em hospitais classificados como ‘Amigos da Criança’*”.

Em 1995, novas restrições são impostas à emissão de AIH pelo Ministério da Saúde que através da Portaria GM/MS 272 de 01 de março de 1995 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁵, 1995) estabelece que devido ao “*significativo excesso de internações hospitalares cobrados pelo SUS*”, o novo limite anual de emissão de AIH para os estados passa a ser 9% da população do estado.

A Portaria SAS/MS 15 de 02 de março de 1995 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁴, 1995) contempla entre suas determinações que a partir de julho de 1995, o teto financeiro e os quantitativos de AIH sejam estabelecidos com base na Programação Físico-Financeira Integrada, elaborada pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em cada estado.

Através da Portaria GM/MS 1.692 de 14 de setembro de 1995 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁵, 1995) um novo incentivo é criado, trata-se do Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), o qual incide sobre os valores do SH, SP, SADT e sobre os Procedimentos Especiais da AIH, não podendo ser pago cumulativamente ao FIDEPS.

A Portaria GM/MS 2.203 de 05 de novembro de 1996 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁶, 1996) edita a NOB-SUS 01/96, a qual estabelece duas condições para habilitação para os municípios (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal) e duas para os estados (gestão avançada e gestão plena). Atribui a estados e municípios habilitados em gestão plena a prerrogativa de complementação do pagamento de prestadores e de valores de procedimentos.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) é estabelecida para a codificação diagnóstica no SIH-SUS a partir de janeiro de 1998, através de determinação contida na Portaria GM/MS 1.311 de 12 de setembro de 1997 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷⁵, 1997).

Com a Portaria SAS/MS 142 de 13 de novembro de 1997 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁷, 1997) são determinadas as regras de preenchimento da AIH quando o

motivo que levou a internação for relacionado a Causas Externas, a partir de 01 de janeiro de 1998 e, a adoção do CID-10.

A limitação para o percentual de cesarianas foi estabelecida através da Portaria GM/MS 2.816 de 29 de maio de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁸, 1998). A portaria contém determinação para que seja implantada crítica no programa de digitação de AIH limitando o percentual de cesarianas em relação ao número total de partos, por hospital. A Portaria SAS/MS 94 de 16 de julho de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁹⁹, 1998) contém determinação para que sejam rejeitadas as AIH que ultrapassarem esse limite. Novos limites são estipulados através da Portaria GM/MS 865 de 03 de julho de 1999 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁰, 1999).

Em 1998, são implantados os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. Através da Portaria GM/MS 2.925 de 09 de junho de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰¹, 1998) são estabelecidos os critérios para a inclusão dos hospitais no sistema e os procedimentos passíveis de cobrança.

Com a instituição desse incentivo, as unidades integrantes do sistema em atendimento de urgência e emergência recebem um adicional de 50% sobre os valores da AIH. O incentivo não é cumulativo com o IVH-E e não incide sobre um conjunto de procedimentos determinados pela portaria.

A Portaria GM/MS 2.925 é revogada através da Portaria GM/MS 479 de 15 de abril de 1999 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰², 1999), a qual cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e estabelece critérios para a inclusão dos hospitais nos sistemas.

Ainda em 1998, um novo incentivo é criado: o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, através da Portaria GM/MS 3.016 de 19 de junho de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰³, 1998).

No mesmo ano, foram editadas diversas portarias sobre o Atendimento à Gestante de Alto Risco, tais como: GM/MS 3.017 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁴, 1998) e GM/MS 3.018 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁵, 1998), também de 19 de junho, e GM/MS 3.477 de 21 de agosto de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁶, 1998) e GM/MS 3.482 de 05 de agosto de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁷, 1998), as quais contém determinações sobre critérios para a inclusão no programa, criação de procedimentos, entre outros.

Com a Portaria GM/MS 3.409 de 05 de agosto de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁸, 1998) é instituída a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (CNCPHAC) para tratamento de pacientes que necessitam de assistência de alta complexidade não existente em seus municípios.

A Portaria GM/MS 3.825 de 03 de novembro de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁹, 1998) estabelece a restrição de 25% da frequência total para procedimentos de Cirurgia Cardíaca efetuados através da Câmara de Compensação.

As Portarias GM/MS 3.409 e GM/MS 3.825 foram revogadas pela Portaria GM/MS 3.982 de 01 de dezembro de 1998 (Ministério da Saúde do Brasil²¹⁰, 1998) que, no entanto, mantém a maior parte das determinações das portarias anteriores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) foi criado através de disposição da Portaria GM/MS 531 de 30 de abril de 1999 (Ministério da Saúde do Brasil²¹¹, 1999), objetivando o pagamento dos procedimentos de alta complexidade da Câmara Nacional de Compensação e de ações consideradas estratégicas.

A definição dos gestores dos sistemas de informação de base nacional foi efetuada através da Portaria GM/MS 130 de 12 de fevereiro de 1999 (Ministério da Saúde¹⁵⁸, 1999). O gestor designado para o SIH-SUS foi a Secretaria de Atenção à Saúde. As atribuições dos gestores dos sistemas são: *“definição de variáveis, fluxos de informação, críticas e agregações de dados; estabelecimento de diretrizes, estratégias, cronogramas de capacitação e apoio técnico aos demais níveis gestores do SUS...”*.

Ao DATASUS couberam as seguintes atribuições: (a) o estabelecimento de *“padrões de captação e transferência eletrônica de informação de saúde”*; (b) coordenação do *“desenvolvimento de aplicativos informacionais”*; (c) consolidação e manutenção das *“bases de dados nacionais”*. (d) asseguramento do *“acesso eletrônico às bases de dados nacionais”*.

Através da Portaria GM/MS 221 de 24 de março de 1999 (Ministério da Saúde do Brasil²¹², 1999), o Ministério da Saúde determinou que a partir de 1 de julho de 1999, *“todas as unidades hospitalares ... públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, passem a informar ao Ministério da Saúde..., a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independente da fonte de remuneração do serviços prestados”*.

Foi criada assim, a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) para a coleta de dados das internações hospitalares não-remuneradas pelo SUS. Com a criação da ANS* em 2000, esta recebeu a atribuição de proceder à integração da informação da Saúde

* Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 (Brasil⁹⁰, 2000).

Suplementar com as informações do SUS. Em 2005, a CIH passa a ser utilizada no âmbito da ANS*.

4.1.5.2. O período de 2000 a 2008

Através da Portaria SAS/MS 51 de 11 de fevereiro de 2000 (Ministério da Saúde do Brasil²¹³, 2000) é estabelecido que a partir de fevereiro daquele ano, as séries numéricas de AIH serão distribuídas também por meio eletrônico e que os estados só poderiam utilizar série numérica própria e pré-determinada pelo MS. Segundo a portaria, os estados confeccionavam e utilizavam formulários de AIH com numeração fora da série numérica fornecida pelo MS o que ocasionava problemas de ordem financeira e operacional.

O prazo para a apresentação da AIH foi estabelecido em três meses a contar da data da alta do paciente através da Portaria SAS/MS 117 de 10 de abril de 2000 (Ministério da Saúde do Brasil²¹⁵, 2000). As análises do Ministério haviam detectado AIHs com data de internação e alta em anos anteriores ao ano do processamento.

Através das Portarias GM/MS 569 (Ministério da Saúde do Brasil²¹⁶, 2000), GM/MS 570 (Ministério da Saúde do Brasil²¹⁷, 2000) e GM/MS 572 (Ministério da Saúde do Brasil²¹⁸, 2000) de 01 de junho de 2000, é criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com o estabelecimento de incentivo para os hospitais que prestam serviços obstétrico a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-Natal; são instituídos também, o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal através de adesão dos municípios e o Componente III, operacionalizado através de lançamento de procedimento específico. Determina que todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidade realizar o exame de VDRL na gestante.

O Pacto para a Redução de Taxas de Cesarianas, de adesão opcional, é estabelecido através da Portaria GM/MS 466 de 14 de junho de 2000 (Ministério da Saúde do Brasil²¹⁹, 2000). Este é um pacto firmado entre o MS e os estados, no qual é estabelecido limite estadual para a execução de partos cesarianos. Os percentuais são variáveis por unidade da federação. A não adesão ao pacto implicaria na manutenção das normas previstas na portarias GM/MS 2.816 de 29 de maio de 1998 (Ministério da

* Resolução Normativa nº 113 de 13 de outubro de 2005 (ANS²¹⁴, 2005).

Saúde do Brasil¹⁹⁸, 1998) e GM/MS 865 de 03 de julho de 1999 (Ministério da Saúde do Brasil²⁰⁰, 1999).

A Portaria GM/MS 426 de 04 de abril de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²²⁰, 2001) redefine os limites de cesarianas em 30% para o primeiro semestre e 27% para o segundo semestre de 2001. O limite de 27% é ainda válido para os estados que não aderiram ao pacto.

É importante destacar que a adesão dos estados ao Pacto significou na prática, a possibilidade de lançamento ilimitado de partos cesáreos, pois para estes, o controle deixou de ser efetuado no programa SISAIH01, permanecendo a crítica apenas para os estados que não aderiram ao Pacto.

Segundo Levin²⁸(2006), a limitação no percentual de cesarianas foi efetiva ao diminuir as cesarianas registradas no SIH-SUS no período de 1998 a 2004. Contudo, não é possível afirmar que esse percentual foi reduzido de fato. Acredita-se que um grande número de cesarianas deixou de ser informado ou estas foram informadas como parto normal, distorcendo a informação captada pelo SIH-SUS

Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)³² (2009), o percentual de cesarianas para o ano de 2006 no território brasileiro esteve em torno de 45,9%. E em três regiões brasileiras (Sudeste, Sul e Centro-Oeste) ultrapassaram os 50%.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é criado por determinação contida na Portaria SAS/MS 403 de 20 de outubro de 2000 (Ministério da Saúde do Brasil²²¹, 2000). O CNES estabeleceu o cadastramento dos estabelecimentos de saúde através da Ficha de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde (FCES). O CNES foi criado objetivando a substituição e unificação dos diversos cadastros de estabelecimentos utilizados pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Diversas portarias estabeleceram prazos para a utilização do CNES pelo SIH-SUS, em substituição a Ficha de Cadastro Hospitalar (FCH), contudo, este passa a ser utilizado apenas em 2003, com a Portaria SAS/MS 142 de 03 de junho de 2003 (Ministério da Saúde do Brasil²²², 2003), a qual estabelece o prazo para o processamento do SIH-SUS com a utilização do CNES para a competência agosto de 2003. A Portaria SAS/MS 202 de 21 de julho de 2003 (Ministério da Saúde do Brasil²²³, 2003) ratifica este prazo.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS-SUS 01/2001) foi instituída através da Portaria GM/MS 95 de 26 de janeiro de 2001²²⁶, e entre suas determinações estão a definição do financiamento das internações hospitalares de

acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI); o estabelecimento de novas categorias de habilitação para os municípios e estados.

Mais um incentivo é criado através da Portaria GM/MS 604 de 24 de abril de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²²⁵, 2001), o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS) pago adicionalmente ao faturamento das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e, firmado através de Contrato de Metas e não incidindo sobre a produção de serviços da unidade hospitalar.

Através da Portaria GM/MS 1.413 de 30 de agosto de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²²⁶, 2001) é instituído o “Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos do Sistema Único de Saúde”; é alterada a denominação do INTEGRASUS para INTEGRASUS I; é criado o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS II), o qual deve ser pago a todos os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos que atendam às exigências mínimas estabelecidas.

A Portaria GM/MS 1.969 de 25 de outubro de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²²⁷, 2001) traz disposições sobre o preenchimento de AIHs de Causas Externas e de Doenças Relacionadas ao Trabalho. É tornado obrigatório o preenchimento do campo Diagnóstico Secundário para os registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador. É também tornado obrigatório o preenchimento dos campos de Ocupação segundo a Classificação Brasileira de Ocupações Resumida (CBO-R) nas AIHs de acidente de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. São criados e tornados de preenchimento obrigatório os campos Classificação Nacional de Atividades Econômicas Resumida (CNAE-R) relativo aos dados do empregador e o vínculo com a Previdência do paciente.

Para incentivar a identificação e o registro das causas externas e agravos relacionados ao trabalho foi criado procedimento para sua remuneração através da Portaria Conjunta SE/SAS 88 de 29 de novembro de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²²⁸, 2001).

O Ministério da Saúde através das Portarias GM/MS 2.309 de 19 de dezembro de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²²⁹, 2001) e Portaria SAS/MS 589 de 27 de dezembro de 2001 (Ministério da Saúde do Brasil²³⁰, 2001) institui a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), objetivando “*coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade*” e estabelecendo que o financiamento dos procedimentos se daria através

do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Câmara Nacional de Compensação.

Com a Portaria GM/MS 251 de 31 de janeiro de 2002 (Ministério da Saúde do Brasil²³¹, 2002), o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes e normas para a assistência psiquiatria no SUS e classifica os hospitais psiquiátricos em oito classes de acordo com a pontuação no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e o número de leitos e determina que sejam criados procedimentos de atendimento em psiquiatria de acordo com esta classificação.

A NOAS-SUS 01/2002 é editada pela Portaria GM/MS 373 de 27 de fevereiro de 2002 (Ministério da Saúde²³¹, 2002), cessando os efeitos da NOAS-SUS 01/2001, a qual traz entre suas determinações o estabelecimento do “*processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade*”.

A Portaria GM/MS 878 de 08 de maio de 2002 (Ministério da Saúde do Brasil²³³, 2002) altera o Programa Nacional de Incentivos à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o SUS e estabelece que o INTEGRASUS passe a ser constituído por três níveis, os quais determinam o percentual de incentivo recebido.

As Portarias GM/MS 2.036 de 04 de novembro de 2002 (Ministério da Saúde do Brasil²³⁴, 2002) e a Portaria SAS/MS 929 de 26 de novembro de 2002 (Ministério da Saúde do Brasil²³⁵, 2002) tratam sobre o fornecimento de órteses e próteses e a obrigatoriedade de fornecedores que não sejam estabelecimentos de saúde de possuírem cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS 672 de 03 de junho de 2003 (Ministério da Saúde do Brasil²³⁶, 2003) estabelece que os valores relativos ao Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E) dos hospitais habilitados passem a integrar os tetos dos municípios, deixando de ser calculado pelo SIH-SUS. O IVH-E, contudo, nunca foi extinto de fato, continuando a ser pago a cerca de 60 hospitais no Brasil.

A descentralização do processamento de AIHs aos gestores estaduais e municipais foi determinada através da Portaria GM/MS 821 de 04 de maio de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁷³, 2004), a qual estabelece as diretrizes para o desenvolvimento do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) e sua implantação em todos os municípios brasileiros até dezembro de 2004.

O Ministério da Saúde através da Portaria Conjunta SE/SAS/MS 23 de 21 de maio de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁷, 2004) determina a disponibilização do

Módulo Autorizador para autorização de AIHs e APACs e extingue a Ficha de Cadastro de Órgão Emissor (FCOE).

Através da Portaria Interministerial MEC/MS 1.006 de 27 de maio de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil⁹⁸, 2004) é criado o Programa de Estruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde. Estes hospitais de ensino passam a ser remunerados por orçamentação mista, composta por três componentes: um valor fixo mensal, um valor variável e o valor correspondente a produção dos serviços. A certificação dos hospitais de ensino já havia ocorrido um pouco antes, através da Portaria Interministerial MEC/MS 1.000, de 15 de abril de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil²³⁷, 2004).

No mesmo ano, a Portaria GM/MS 1.044 01 de junho de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil⁹⁹, 2004) institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Pequeno Porte cobrindo os hospitais de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, possuindo de 5 a 30 leitos de internação. A remuneração desses hospitais passa a ser efetuada por orçamentação global estabelecida através de Contrato de Metas.

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS é criado através da Portaria GM/MS 1.702 de 17 de agosto de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁰⁰, 2004). A remuneração dos hospitais passa a ser efetuada por orçamentação mista - composta por valor fixo mensal, valor variável e valor correspondente à produção-, e estabelecida através de convênio.

A Portaria SAS/MS 648 de 28 de outubro de 2004 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁵, 2004) define a composição do número da AIH, determina que a partir da implantação do sistema centralizado a numeração das AIHs passará a 13 dígitos e estabelece as séries numéricas de AIHS para os estados e Distrito Federal, estabelecendo que estas devem ser distribuídas por estes, sequencialmente, aos órgãos emissores.

A Portaria SAS/MS 766 de 21 de dezembro de 2004 (Ministério da Saúde²³⁸, 2004), conforme disposto na Portaria GM/MS 569 de 01 de junho de 2000, determina a obrigatoriedade da realização do exame de sífilis (VDRL) em todas as parturientes internadas, sendo obrigatório registro nas AIHs de parto.

A Portaria Conjunta 20 de 25 de maio de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil²³⁹, 2005) determina que os Agravos de Notificação Compulsória identificados nas AIHs através do lançamento de diagnósticos específicos passem a ser bloqueados pelo sistema (no programa de gerenciamento de AIHs - SGAIH), com possibilidade de liberação por médico autorizador cadastrado. Um relatório emitido pelo sistema com os agravos deve

ser disponibilizado para o Serviço de Vigilância Epidemiológica hospitalar ou para a Secretaria de Vigilância a Saúde no nível municipal, estadual ou federal.

A Portaria GM/MS 1.082 de 04 de julho de 2005 (Ministério da Saúde²⁴⁰, 2005) extingue o FIDEPS a partir de janeiro de 2006, transferindo os recursos financeiros para o âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria GM/MS 1.083 de 04 de julho de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴¹, 2005).

A Portaria GM/MS 1.083 contém entre suas determinações a adoção da orçamentação mista para a remuneração dos hospitais, com o estabelecimento de metas e indicadores e; a criação do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). A Portaria GM/MS 1.083 de 04 de julho de 2005 é revogada através da Portaria GM/MS 1.721 de 21 de setembro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁰¹, 2005), mantendo contudo, grande parte de das determinações da portaria anterior.

Através da Portaria SAS MS 635 de 10 de novembro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴², 2005) é estabelecido o regulamento para a operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS, definindo que a orçamentação mista seria a forma de alocação dos recursos financeiros na média complexidade e composta por um “*componente fixo relacionado à metas físicas e outro variável conforme o cumprimento de metas de qualidade da atenção e gestão*” continuando a produção do FAEC a ser remunerado pela produção de serviços; as ações básicas no âmbito hospitalar seriam remuneradas por um componente fixo da orçamentação.

A Portaria SAS/MS 567 de 13 de outubro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁶, 2005) estabelece um novo prazo para a descentralização do SIH-SUS aos gestores municipais e estaduais, desta vez, para novembro de 2005. Contudo, devido aos inúmeros problemas relativos às versões dos aplicativos do novo aplicativo, a falta de preparo dos municípios para assumir o processamento, entre outros problemas, a Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS propôs um novo adiamento (CONASS²⁴³, 2005).

Através da Resolução Normativa ANS 113 de 13 de outubro de 2005 (ANS²¹⁴, 2005) é determinada a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) no âmbito da ANS.

Com a Portaria SAS/MS 743 de 22 de dezembro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶³, 2005), o Ministério da Saúde exclui os quatro modelos existentes de laudos

para a emissão/autorização de AIHs e define os dois novos modelos*. Cria o campo de Diagnóstico de Causas Associadas**, o qual corresponde a “*outras patologias apresentadas pelo paciente*” e possui preenchimento não obrigatório.

As diretrizes do Pacto pela Saúde são aprovadas através da Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴⁴, 2006). O Pacto pela Saúde é composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Através do Pacto para a Gestão do SUS são definidas as responsabilidades do gestor federal, estadual e municipal além das diretrizes da descentralização, financiamento, regionalização, regulação, participação social, entre outras.

O campo de Diagnóstico de Causas de Morte*** é criado e tornado obrigatório na AIH através da Portaria SAS/MS 718 de 28 de setembro de 2006 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴⁵, 2006).

Através da Portaria SAS/MS 719 de 28 de dezembro de 2007 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁴, 2007), os laudos de AIH são alterados para a inclusão do campo “Raça/Cor do Paciente”; a denominação de alguns campos também é alterada e o campo Nome da mãe ou responsável é subdividido em dois campos: Nome da Mãe e Nome do Responsável.

Com a Portaria GM/SAS 321 de 08 de fevereiro de 2007 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴⁶, 2007) o MS determina a criação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS, integrando as tabelas do SIA-SUS e do SIH-SUS, a partir da competência Julho de 2007. A data da implantação da tabela é prorrogada pela Portaria 1.541 de 27 de junho de 2007 para janeiro de 2008, quando é efetivamente implantada (Ministério da Saúde do Brasil²⁴⁷, 2007). A tabela é publicada através da Portaria GM/MS 2.848 de 06 de novembro de 2007 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴⁸, 2007).

Através da Portaria SAS/MS 472 de 22 de agosto de 2008 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶⁸, 2008) são estabelecidos prazos para a verificação dos códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para os profissionais lançados nas AIHs com o estabelecido na Tabela de Procedimentos; são redefinidos os prazos para a verificação da compatibilidade entre o Procedimento Principal e Diagnóstico Principal na AIHs com as definições na Tabela de Procedimentos; são redefinidos os prazos para

* Laudo para Solicitação/Autorização de Internação Hospitalar e Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶³, 2005).

** No SIH-SUS esta variável foi chamada de Diagnóstico de Causas Complementares.

*** No SIH-SUS esta variável foi chamada de Diagnóstico de Óbito.

a verificação entre o lançamento nas AIHs, os Serviços/Classificações cadastrados no CNES e as definições da Tabela de Procedimentos e; é alterado o período de validade das AIHs.

4.2. O Sistema de Informações Hospitalares da Espanha

O Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) é a base do sistema de informações hospitalares estatal espanhol e sua adoção pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) impulsionou a informatização dos hospitais públicos no país. Anteriormente ao período de 1990 a 1992, quando estes começaram a utilizar o CMBD de forma automatizada, não havia coleta sistematizada de informações hospitalares e, o atraso no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde no país gerou um “vazio informacional importante” (Oliván⁴¹, 1997).

O CMBD ou Registro de Altas Hospitalares é a maior base de dados administrativa sobre pacientes hospitalizados e a principal fonte de informação sobre morbidade hospitalar na Espanha. Em 2007, o CMBD contava com quase 33 milhões de registros referentes à altas hospitalares no âmbito do SNS (*Ministério de Sanidad y Consumo*²⁴⁹, 2007).

O *Ministério de Sanidad y Consumo* é o responsável pela gestão dos dados do CMBD no nível nacional, os quais são utilizados para a geração de estatísticas anuais, para investigações epidemiológicas e clínicas, para a elaboração de indicadores de análise e de comparação entre hospitais e como base para a estimativa de pesos e custos dos Diagnoses Related Groups (DRGs)*.

De acordo com o *Ministério de Sanidad y Consumo*, nos últimos dez anos, o CMBD consolidou-se como fonte de dados para diferentes níveis da organização de saúde:

Sua universalização no âmbito da hospitalização e a maior quantidade e qualidade de seus dados clínicos tem feito do CMBD um dos registros administrativos de maior alcance para o conjunto de sistemas de informação em saúde. Sua utilização abarca múltiplos âmbitos, desde o meramente estatístico

* Na Espanha, *Grupos Relacionados por el Diagnóstico* (GRD)

até o de qualidade da prática assistencial, passando pela epidemiologia e a gestão clínica (Ministério de Sanidad y Consumo²⁴⁹, 2007).

4.2.1. O desenvolvimento do CMBD espanhol

Em 1951, o Instituto Nacional de Estadística (INE) efetuou a primeira Pesquisa sobre a Morbidade Hospitalar*, a qual, desde então, vem sendo elaborada anualmente. A pesquisa objetiva conhecer a morbidade hospitalar no país e até 1977, era obrigatória apenas para os hospitais públicos e, voluntária para os demais (INE²⁵⁰, 2009).

Através do Real Decreto 1.360 de 21 de maio de 1976, foi estabelecida a obrigatoriedade do preenchimento no Livro de Registro de Ingressos e Altas** com informação sobre os episódios de internação ocorridos em todos os hospitais públicos e privados do país. A medida visava à obtenção de maior conhecimento sobre o setor hospitalar e também, colaborar para o aumento na confiabilidade dos dados da Pesquisa sobre a Morbidade Hospitalar (Pérez et al.²⁵¹,1991).

A adoção do Livro de Registro, por si só, não resolveu o problema da confiabilidade da Pesquisa sobre Morbidade Hospitalar, principalmente em relação ao preenchimento de variáveis clínicas (Pérez et al.²⁵¹,1991).

A Estatística de Estabelecimentos de Saúde com Regime de Internação (ESCRI)***, publicada anualmente a partir de 1972 reúne informações sobre os recursos e a atividade hospitalar e sobre estabelecimentos públicos e privados de assistência especializada.

As estatísticas sobre a morbidade e a atividade hospitalar eram, contudo, insuficientes para suprir a necessidade de informações sobre a assistência hospitalar no país.

Uma organização de saúde deve contar com um sistema de informação sobre suas atividades que permita que conheçamos sua realidade, tanto suas ações, quanto suas omissões (Alderson apud Pérez, 1991). Parece, pois, surpreendente, a escassa informação existente sobre a atividade hospitalar na Espanha” (Pérez et al.²⁵¹,1991).

* *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*

** *Libro de Registro de Ingressos y Altas*

*** *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)*

Utilizando como base a recomendação da União Europeia e objetivando a definição de um conjunto básico de dados para subsidiar a gestão hospitalar e a adoção de um sistema de codificação clínica abrangente e internacionalmente reconhecido, foi criado o Núcleo Básico de Informação Sanitária (NÚBIS), um dos projetos da primeira fase do Plano de Qualidade Total do SNS, desenvolvido pelo *Ministerio de Sanidad y Consumo* no período de 1986 a 1992.

Um dos resultados obtidos pelo Projeto NUBIS foi a aprovação, em 1987, pelo *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, da proposta de criação do CMBD para as Altas Hospitalares no âmbito do SNS. O CMBD aprovado continha 14 itens e compreendia dados de identificação do paciente, dados de identificação do episódio e variáveis clínicas.

O objetivo principal para o conjunto do Sistema Nacional de Saúde, ao implantar o CMBD, era a obtenção de bases de dados normalizadas, capazes de proporcionar informação assistencial válida, confiável, comparável e oportuna de todos os hospitais integrantes do Sistema Nacional de Saúde, como elemento chave do Sistema de Informação Assistencial destes hospitais e do conjunto do sistema (Rivero, apud Oliván⁴¹, 1997).

Juntamente com o CMBD, foi aprovada também, para a codificação clínica no âmbito do SNS, a Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)**.

O Projeto de Codificação de Diagnósticos e Procedimentos (CODIGO), também desenvolvido durante a primeira fase do Plano de Qualidade Total do SNS, visava à obtenção de informação confiável e comparável a nível nacional e internacional, buscando: (a) estabelecer a adequação do Conjunto Mínimo de Dados e da CID-9-MC como subsídio à prática assistencial e à gestão hospitalar; (b) formar codificadores na CID-9-MC e; (c) implantar nos hospitais do SNS do Núcleo Básico de Informação Sanitária (Ferrándiz e Martín²⁵², 1994).

Em 1991, o Ministério da Saúde, o INSALUD e as Comunidades Autônomas iniciaram o projeto de “Implantação de um Sistema de Pagamento por Processo nos

* “Órgão permanente de coordenação, cooperação, comunicação e informação dos serviços de saúde, entre eles e com a administração do Estado, que tem como finalidade promover a coesão do Sistema Nacional de Saúde através da garantia efetiva dos direitos dos cidadãos em todo o território do Estado” (Espanha¹¹⁸, 2003).

** *Clasificación Internacional de Enfermedades , 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC).*

hospitais do Sistema Nacional de Saúde”, visando a obtenção de maior conhecimento sobre a produção hospitalar e os custos das atividades realizadas (Cuadrado²⁵³, 1999).

O projeto tinha como objetivo principal a adoção de um sistema de classificação de pacientes que servisse de ferramenta para o financiamento dos hospitais SNS. Devido à precariedade dos dados existentes, contudo, foi concluído que para a implantação de um novo sistema de pagamento, seriam necessárias medidas que possibilitassem a melhoria, homogeneização e homologação do CMBD, pois os dados obtidos a partir do CMBD dos hospitais participantes do projeto não eram homogêneos ou comparáveis. Com esse objetivo foi iniciado um novo projeto, que foi chamado de “Projeto de Desenvolvimento do Conjunto Mínimo de Dados do SNS”, o qual foi desenvolvido durante os anos de 1992 e 1993 (Cuadrado²⁵³, 1999).

Em janeiro de 1992, a *Secretaría General del Sistema Nacional de Salud* determinou que todos os hospitais próprios e administrados pelo INSALUD teriam a obrigatoriedade da utilização do CMBD para o registro das Altas Hospitalares.

Outra medida adotada foi a criação da Folha Clínico-Estatística* para o registro dos dados da alta hospitalar necessários ao CMBD. A conservação e guarda da Folha Clínico-Estatística, sua disponibilização e a confidencialidade de seus dados foi atribuída aos gestores hospitalares.

Os resultados do projeto homogeneização do CMBD foram bastante positivos, com a geração de diversos produtos que contribuíram para a melhoria dos dados coletados. Entre estes, a criação da Unidade Técnica da CID-9-MC para o SNS.

Segundo Cuadrado²⁵³(1999), no início do projeto, em 1992, o número de altas hospitalares válidas foi de 43%; no ano de 1997, esse percentual chegou a 93%. Em 2007, segundo dados do *Ministerio da Sanidad y Política Social*²⁵⁴ (2007), o total de altas hospitalares válidas chega a 98,2% das altas apresentadas.

A ampliação dos dados do CMDB com a inclusão de novas variáveis tem se dado tanto internamente nos hospitais, como no nível das Comunidades Autônomas. No Quadro 2, é possível comparar as variáveis aprovadas pelo *Consejo Interterritorial* e as variáveis coletadas no nível nacional no ano de 2001.

* *Hoja Clínico-Estadística*

Quadro 2 - Comparação entre CMBD adotado por CISNS e CMBD estatal 1987, 2001.

CMBD do CISNS (1987)		CMBD estatal (2001)
1.	Identificação do Hospital	Identificação do Hospital
2.	Identificação do Paciente	Identificação do Paciente (prontuário)
		Identificação do Paciente (<i>Tarjeta Sanitária^o</i>)
3.	Sexo	Sexo
4.	Data de Nascimento	Data de Nascimento
5.	Residência	Residência (Código Postal)
6.	Financiamento	Financiador
7.	Data da Internação	Data de Internação
8.	Circunstâncias da Internação	Tipo de Internação
9.	Diagnóstico Principal e Outros	Diagnóstico Principal
		Diagnósticos Secundários
10.	Procedimentos Cirúrgicos e Outros	Procedimentos Cirúrgicos e Obstétricos
11.	Procedimentos Diagnósticos	Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos
12.	Data da Alta	Data da Alta
13.	Circunstâncias da Alta	Tipo da Alta
14.	Médico Responsável pela Alta	Médico Responsável pela Alta
15.		Serviço responsável pela Alta
16.		Seção
17.		Área Clínica da Alta do Paciente
18.		Data da Intervenção Cirúrgica
19.		Morfologia de Neoplasias
20.		Código de Identificação da Assistência Sanitária

Fonte: Oliván⁴¹ (1997), *Ministerio de Sanidad y Consumo*²⁵⁵ (2001)

Nota: *Tarjeta Sanitária* é o documento de identificação do usuário perante o Sistema Nacional de Saúde espanhol.

Algumas observações sobre o CMBD estatal:

- O paciente é identificado única e exclusivamente pelo número do prontuário. Cada hospital possui um prontuário único para cada paciente;
- No campo residência deve ser informado o código postal do domicílio do paciente;
- No campo Financiador é informado se o financiamento é público ou efetuado por entidades pagadoras* ;
- O Tipo de internação pode ser Urgente ou Programada;
- O Tipo da alta pode ser: domicílio, transferência para outro hospital, alta voluntária, óbito, transferência para centro sócio-sanitário** ;
- A data da intervenção cirúrgica deve ser preenchida se houver sido efetuado algum procedimento cirúrgico;
- O diagnóstico principal se refere à afecção que foi considerada a causa da internação;

* Organismos ou entidades subordinadas à órgãos públicos, da administração central, das comunidades ou territoriais (Mutualidade de Funcionários Civis do Estado, Mutualidade Geral de Justiça, Instituto Nacional da Forças Armadas, entre outros); Entidades de seguros de acidente de trabalho, particulares, entre outros (Ministerio de Sanidad y Consumo²⁵⁵, 2001).

** Considera-se centro sócio-sanitário o local que se destina a acolher pessoas 60 anos ou mais, ou aqueles com idade inferior, mas, que não possuem recursos ou possuam problemas crônicos que necessitem tratamento preventivo e reabilitação permanente (*Ministerio de Sanidad y Consumo*²⁵⁵, 2001).

- Os diagnósticos secundários são aqueles que coexistem com o principal no momento da admissão ou que se desencadeiam durante o período de internação. São excluídos os diagnósticos relacionados a episódio anterior ou que não têm relação com a admissão atual. São aceitos até 13 diagnósticos secundários;
- São aceitos até 13 Procedimentos Cirúrgicos ou obstétricos;
- São aceitos até sete Procedimentos Diagnósticos ou Terapêuticos;
- São aceitos até sete códigos de Morfologia de Neoplasias.
- São considerados registros codificados aqueles que possuem o diagnóstico principal preenchido. São excluídos os registros em que não for possível identificar o paciente ou a internação; que não possuam número do prontuário, data de internação ou de saída; período de internação ou idade negativas; registros duplicados;
- São processadas todas as altas codificadas que não apresentem erros em campos que possa induzir a erros nos cálculos de média de permanência e idade.
- São excluídos os registros com tempo de permanência superior a 999 dias.

Apenas recentemente foi possível realizar a normalização da base de dados nacional do CMBD, cujos dados iniciais reportam ao ano de 1997.

O CMBD nacional está baseado nas altas hospitalares ocorridas em hospitais públicos ou de utilização pública e hospitais administrados publicamente ou com *Concierto Sustutorio** no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, o que faz da Pesquisa de Morbidade Hospitalar, citada anteriormente, a única fonte abrangente de informações sobre a morbidade hospitalar, contendo informações sobre as hospitalizações públicas e privadas e diferentemente de outras estatísticas no país, apresentando características do paciente, como idade, sexo e diagnóstico (Librero et al²⁵⁶ 2008, *Ministério de Sanidad y Consumo*²⁵⁷, 2007).

A partir de 2006 ao CMBD da atenção especializada foi integrado o CMBD de Atenção Ambulatorial Especializada (CMBD-AAE) com informações sobre Cirurgia Ambulatorial e Hospital-dia (*Ministério de Sanidad y Consumo*²⁴⁹, 2007).

* *Concierto Sustutorio* - contrato realizado entre um estabelecimento de saúde público ou privado com o órgão gestor da assistência à saúde (*Ministério de Sanidad y Consumo*¹⁰⁶, 2009).

4.2.2. A implementação dos *Diagnosis Related Groups* na Espanha

Até 1990, os hospitais espanhóis eram reembolsados através do Sistema de Pagamento Retrospectivo, sem negociações ou avaliações formais. A partir de 1991, algumas Comunidades Autônomas iniciaram programas-piloto objetivando mudanças na forma de alocação orçamentária visando à mudança para a Orçamentação Global vinculada a atividade. Inicialmente, foi utilizada a Unidade Ponderada de Assistência (UPA) referente à uma diária hospitalar. A partir de 1998, com o estabelecimento dos Contratos-Programa passou-se a utilizar a Unidade de Complexidade Hospitalar (UCH) a qual se obtém com a utilização do DRGs.

Até a adoção dos *Diagnosis Related Groups* vários projetos foram implementados visando a utilização de sistema de classificação de paciente no país. As primeiras tentativas ocorreram nos anos 80, contudo, foi com a primeira fase do Plano de Qualidade Total do SNS e, através do Projeto de Sistema de Classificação de Enfermos (SICE), que realmente foi iniciado o processo que culminou com a implantação dos *Diagnosis Related Groups* no país (Cuadrado²⁵³, 1999).

Objetivando a avaliação e validação da adoção do agrupamento DRG como ferramenta de financiamento e orçamentação do SNS, as Comunidades Autônomas, o INSALUD e o *Ministério da Sanidad y Consumo* iniciaram o “Projeto para a Análise e Desenvolvimento dos *Diagnosis Related Groups* no Sistema Nacional de Saúde” (Cuadrado²⁵⁷, 1999).

O projeto foi aprovado em 17 de novembro de 1997 e, desenvolvido em cinco etapas. Na etapa inicial, formou-se o comitê do projeto que aprovou a criação de dois grupos de trabalho: um para o CMBD e outro para a Contabilidade Analítica. A segunda fase objetivou a validação do sistema de classificação em DRGs para utilização no SNS; na terceira fase foi definida metodologia de apuração de custos para os hospitais; na quarta fase foram definidos os pesos dos DRGS e na quinta, os resultados do projeto foram apresentados ao *Consejo Interterritorial* (Cuadrado e Ruiz²⁵⁸, 1999).

Devido à impossibilidade do cálculo do custo real do tratamento para cada paciente, foi adotado um método no qual, o cálculo dos pesos por DRG é efetuado através da combinação dos custos relativos americanos e a informação espanhola sobre tempo de permanência e o custo dos serviços. Esse sistema foi também utilizado em Portugal (Vertress⁶⁸, 1999).

A metodologia estabelecida com o Projeto de Desenvolvimento dos DRGs possibilitou a obtenção de pesos e custos dos DRGs para o SNS, considerando a

informação sobre custos obtida nos sistemas de contabilidade analítica, a informação proveniente do CMBD e uma mostra de altas representativa do conjunto de hospitais do país (Ministério de Sanidad y Consumo²⁵⁹, 2006).

O sistema de classificação de pacientes escolhido pelo INSALUD foi o *All Patient DRG* (AP-DRG), algumas Comunidades como Andaluzia, também o adotaram, outras têm optado por diferentes sistemas de classificação.

4.2.3. Aplicativos do SIH espanhol

As Comunidades Autônomas, ao assumiram suas competências, em um processo que foi concluído em 2001, passaram a se responsabilizar pelos serviços de saúde sob sua gestão, como também, pela prestação de informações ao nível central, sobre a assistência prestada.

A Lei Geral da Saúde*, em seu artigo 23, afirma que, de acordo com suas competências, as Administrações de saúde das Comunidades Autônomas criarão os seus registros e elaboraram as suas análises para que se obtenha o conhecimento sobre os resultados das ações em saúde.

A Lei de Coesão e Qualidade do Sistema de Nacional de Saúde** em seu capítulo V, que trata sobre o Sistema de informação de saúde do SNS, determina que as Comunidades Autônomas, a Administração Geral do Estado e as entidades gestoras da Seguridade Social aportem ao Sistema de Informações de Saúde os dados necessários a sua manutenção e desenvolvimento.

O *Ministério de Sanidad y Política Social* estabeleceu o formato (CMBD) e as informações que deveriam recolhidas sobre as hospitalizações. As Comunidades Autônomas, por sua vez, determinam as normas para a prestação da informação pelos estabelecimentos de saúde no seu âmbito de gestão. Não existindo, assim, aplicativo padrão para a coleta das informações de âmbito nacional.

Cada Comunidade estabelece seu próprio CMBD, adequando-o às suas necessidades, mas, mantendo o núcleo básico estabelecido e respeitando o formato estatal para o envio das informações ao nível central. Assim, o CMBD da Comunidade Valenciana possui 21 itens (*Conselleria de Sanidad y Consumo de Comunidad*

* Lei 14 de 25 de abril de 1986 (Espanha¹¹⁴, 1986).

** Lei 16 de 28 de maio de 2003 (Espanha¹¹⁸, 2003).

Valenciana²⁶⁰, 1992); o CMBD de Andalucía (Servicio Andaluz de Salud²⁶¹, 2008) e Castela - La Mancha, 22 itens (Junta de Comunidad de Castilla-La Mancha²⁶², 2002); o CMBD de Madrid, 27 itens (Consejería de Sanidad y Consumo de Comunidad de Madrid²⁶³, 2006); Castela e Leão, 31 itens (Junta de Castilla y León²⁶⁴, 2008) ; Ilhas Baleares, 36 itens (Comunidad Autónoma de Islas Baleares²⁶⁵, 2008).

4.2.4. A codificação clínica na Espanha

Desde a adoção do CMBD e da CID-9-MC na Espanha, várias medidas foram sendo tomadas na tentativa de assegurar a qualidade da documentação clínica no país. Algumas dessas medidas ocorreram no âmbito dos hospitais, na tentativa de organizar e estruturar a área de Documentação Clínica.

Um pouco antes da aprovação do CMBD pelo *Consejo Interterritorial*, através do Real Decreto 521 de 15 de abril de 1987 (Espanha²⁶⁶, 1987) foi aprovado o Regulamento sobre Estrutura, Organização e Funcionamento dos hospitais do Instituto Nacional de Saúde (INSALUD), o qual subordina a área de Documentação Clínica à Direção Médica e a área de Admissão, Recepção e Informação à Gerência nos hospitais, objetivando uma melhor organização desses setores.

Através do Decreto 866 de 20 de julho de 2001 (Espanha²⁶⁷, 2001) foi criada, no âmbito das instituições de atenção especializada do INSALUD, a categoria profissional de Médico de Admissão e Documentação Clínica, entre cujas atribuições estão atividades como, a codificação clínica, a elaboração de indicadores, a análise e difusão da informação contida nas histórias clínicas, a elaboração do CMBD e de sistemas de classificação de pacientes e o desenvolvimento de medidas para a garantia da confiabilidade dos dados.

O Serviço de Admissão e Documentação Clínica (SADC) é o setor hospitalar, existente em grande parte dos hospitais espanhóis, responsável por todas as atividades relacionadas à gestão de pacientes, arquivo e documentação.

Em 2000, o INSALUD publicou o Guia de Gestão dos Serviços de Admissão e Documentação Clínica (*Ministerio de Sanidad y Consumo*²⁶⁸, 2000) elaborado pela *Sociedad Española de Documentación Médica* (SEDOM) e que estabeleceu três competências para os SADC: Gestão da Informação Clínica, Informação Assistencial e Gestão de Pacientes.

Segundo o Guia, no âmbito da Gestão da Informação Clínica encontra-se a organização e a gestão da codificação clínica, a qual possui três atribuições: definição da fonte de dados do sistema de informação clínico; tratamento da informação clínica extraída dos prontuários e, controle de qualidade do sistema de informações clínicas.

Faz parte do tratamento da informação clínica as tarefas necessárias à elaboração, validação, envio e análise do CMBD.

O controle de qualidade do sistema de informações clínicas abrange o desenvolvimento de medidas para a garantia de sua confiabilidade, tais como, a avaliação das fontes de dados e os fluxos de informação, auditorias internas e externas do processo de codificação, verificação da qualidade do CMBD, entre outros.

No âmbito do SNS, após o fim do “Projeto de Desenvolvimento do Conjunto Mínimo de Dados no Sistema Nacional de Saúde”, referido anteriormente, foi aprovada a criação do Comitê Técnico do CMBD objetivando a promoção de sua contínua melhoria. O Comitê do CMBD julgou adequada a manutenção da Unidade Técnica da CID-9-MC, “*como ponto de referência e garantia da estabilização, unificação e continuação da homogeneidade da codificação dos diagnósticos e procedimentos a nível estatal*” (Cuadrado²⁶⁹, 2009).

Entre as funções da Unidade Técnica estão a definição das normas de codificação para o SNS e a homogeneização da codificação dos diagnósticos e procedimentos, além da publicação de boletins e manuais técnicos sobre codificação (Dallo²⁷⁰, 1997).

4.2.5. O fluxo da informação hospitalar no SIH espanhol

Da admissão à alta do paciente, uma série de documentos é produzido por médicos, enfermeiros, técnicos, de forma manual ou automatizada, compondo o prontuário médico. Na Espanha, quando o paciente tem alta, é obrigatória a emissão do Informe de Alta Hospitalar* (IAH) que deve ser entregue ao paciente ou responsável ao fim do período de internação. O IAH contém informações de identificação do estabelecimento e do paciente, além de informações clínicas relativas (diagnósticos e procedimentos) (Ministério de Sanidad y Consumo²⁷⁰, 2000).

* Na Espanha, *Informe de Alta Hospitalária*.

O IAH funciona como um resumo do processo assistencial (resumo de alta). Possibilita a avaliação interna e externa da qualidade da assistência prestada, além de auxiliar na continuidade da assistência após a alta, principalmente em outros níveis da atenção. O IAH é regulado pelas legislações das comunidades autônomas e pela legislação nacional (Romero-Nieva²⁷⁰, 2008).

Outro documento importante produzido durante a estada hospitalar é a Folha Clínico-Estatística, na qual são registrados dados clínicos e administrativos e que deve conter, no mínimo, os dados que compõem o CMBD (Romero-Nieva²⁷⁰, 2008).

Alguns autores, como Romero-Nieva²⁷⁰ (2008), elegem a Folha Clínico-estatística como a fonte de coleta de dados para o CMBD, outros, o Informe da Alta Hospitalar (Álvarez²⁷² 2001, Domiguez et al.²⁷³ 2001).

Segundo o Guia de Gestão dos Serviços de Admissão e Documentação Clínica, o processo de geração do CMBD é iniciado com a identificação dos diagnósticos e procedimentos, a seleção do diagnóstico principal e a codificação, utilizando o sistema de codificação vigente (CID-9-MC). Em seguida é feita a elaboração e validação da informação coletada para a geração do CMBD; a captura de dados administrativos do episódio de internação e registro informatizado de dados clínicos resultantes do processo de codificação e validação. Por último, são feitas a análise e a difusão da informação tratada, com o envio do CMBD aos órgãos oficiais e a realização de pesquisas, elaboração e difusão de análises do case-mix tendo como base o CMBD.

O CMBD é enviado ao órgão de saúde da Comunidade Autônoma na qual o hospital está localizado, trimestralmente. Cada Comunidade determina o formato, conteúdo e a forma de envio do CMBD pelos hospitais.

No nível regional, são feitas validações e relatórios de erros são gerados e enviados aos estabelecimentos para os devidos acertos. O envio é acumulativo, ou seja, a cada trimestre, os CMBDs dos trimestres anteriores e as possíveis correções são reenviados, até o fechamento do conjunto no último trimestre do ano. Acertos referentes ao conjunto anual são aceitos até março do ano seguinte.

Nas Comunidades Autônomas os registros do CMBD são agrupados utilizando o sistema de classificação escolhido. Anualmente, essa base de dados é enviada ao nível central, para a geração dos preços e os pesos nacionais dos DRGs.

Na Figura 1 é possível observa o fluxo simplificado do sistema de informações hospitalares da Espanha.

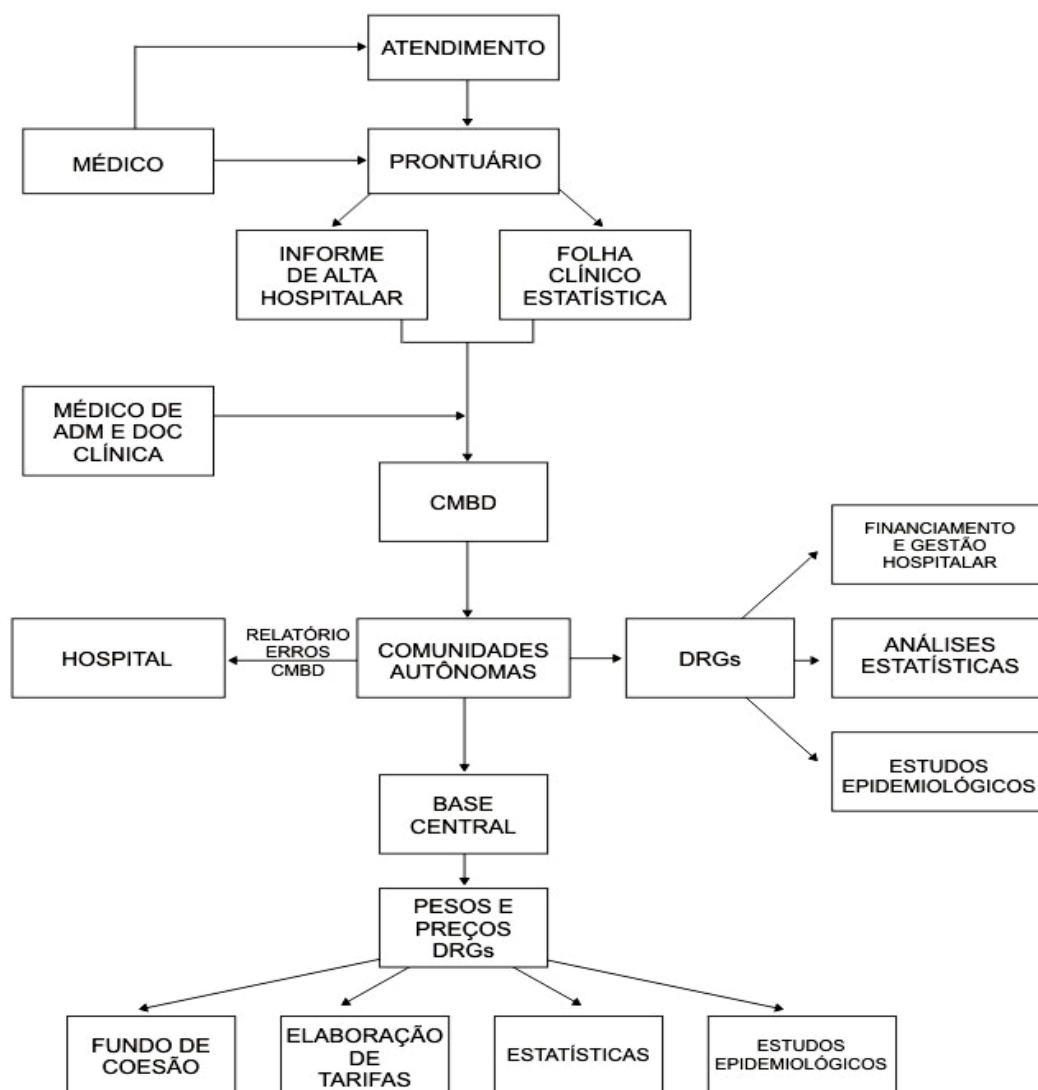


Figura 1 - Fluxo simplificado do Sistema de Informações Hospitalares espanhol

4.3. O Sistema de Informações Hospitalares de Portugal

O atual sistema de informações hospitalares português começou a configurar-se, a partir do projeto de implementação de um modelo de financiamento hospitalar baseado nos *Diagnosis Related Groups* (DRGs) * no país. A base de dados dos DRGs, no entanto, ultrapassou sua aceção inicial e transformou-se na principal fonte de informação sobre hospitalizações em Portugal, sendo utilizada para fins estatísticos, para estudos epidemiológicos e sobre a morbilidade hospitalar, além de permitir a execução de análises sobre a produção e o financiamento (Mateus¹⁵⁰, 2004).

* Em Portugal os DRGs são chamados de GDH (Grupos de Diagnósticos Homogêneos).

Antes da adoção do sistema de classificação de pacientes em DRGs, a utilização de sistemas de informação nos hospitais portugueses ainda era bastante incipiente e a maioria dos hospitais não possuía computadores. Os Centros Regionais de Informática (CRI) eram responsáveis pela maior parte das tarefas informacionais*.

Com o projeto de implementação dos DRGs, os hospitais obtiveram um ganho expressivo, seja na forma de equipamentos de informática, seja na formação de codificadores, o que possibilitou um grande avanço tecnológico e técnico: “o computador atribuído pelo projeto dos GDHs ... as estruturas humanas e os instrumentos técnicos necessários à atividade clínica representam, hoje em dia, uma mais valia inquestionável” (Lopes²⁷⁴, 2003).

4.3.1. O desenvolvimento dos *Diagnosis Related Groups* em Portugal

Segundo Lima e Whynes¹⁵¹ (2003), o aumento crescente dos custos hospitalares durante o final dos anos 70 e início dos anos 80 fez surgir o interesse por formas alternativas de financiamento dos serviços hospitalares em Portugal. Segundo documento do Ministério da Saúde, no entanto, o que determinou a adoção do novo sistema de financiamento no país, não foi o controle dos gastos, mas, a promoção “*de uma melhor distribuição das verbas existentes, cujo montante global é determinado por um projeto político e social, em grande parte exterior ao próprio Ministério da Saúde*” (Ministério de Saúde de Portugal²⁷⁵, 1990).

Até 1980, os hospitais portugueses pertencentes ao SNS tinham seus recursos calculados com base no orçamento histórico, operacionalizado através da aplicação de acréscimo percentual ao orçamento atribuído ao ano anterior (Mateus¹⁵⁰, 2004).

Em 1981, o sistema de financiamento foi parcialmente ligado à atividade produtiva e os orçamentos passaram a ser elaborados com base no número de doentes admitidos nas diferentes especialidades e com base em produtos intermediários, tais como os procedimentos diagnósticos. Os serviços hospitalares eram financiados através de diferentes taxas para cada especialidade clínica e variavam com o tempo de permanência e a taxa de ocupação (Urbano et al.¹⁵², 1993).

* Comunicação pessoal com o Dr. Fernando Oliveira Lopes em 31 de outubro de 2009.

O atual sistema de financiamento, ao basear-se nos custos dos anos anteriores, suportados por cada hospital, ou mesmo no número de doentes tratados por especialidade, não leva em consideração as características diferentes dos diversos grupos de doentes e o número, por grupo, que cada hospital trata, pelo que não permite financiar os hospitais equitativamente. (Ministério da Saúde de Portugal²⁷⁶, 1989).

Em 1984, teve início o processo de implementação dos DRGs em Portugal, cujo marco inicial foi o estabelecimento de um contrato entre o Ministério da Saúde português e a agência americana *Agency for International Development* (AID) para o desenvolvimento de um projeto objetivando a redução dos custos e o aumento da produtividade dos hospitais com a implantação de sistema de informação integrado para a gestão e o financiamento hospitalar (Urbano et al.¹⁵², 1993).

Esse sistema de informações integrado deveria ser capaz de possibilitar a mensuração e o controle da produtividade em todos os níveis de gestão, oferecendo subsídios ao planejamento, à tomada de decisões, a orçamentação e ao estabelecimento de critérios equitativos de financiamento, além de permitir a coleta, o tratamento, análise e a transmissão eficiente da informação entre as instituições de saúde (Urbano et al.¹⁵², 1993).

O projeto visava à adoção de um Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP), baseado em DRGs, tendo como referência o modelo de financiamento americano, desenvolvido na Universidade de Yale e que vinha sendo utilizado pelo sistema público de saúde americano Medicare.

Em 1987, um importante investimento foi feito objetivando acelerar o processo e superar as dificuldades encontradas, principalmente, aquelas relativas à falta de infraestrutura informática e de capacitação técnica dos profissionais nos hospitais. As principais medidas adotadas a partir de 1987 (Urbano et al.¹⁵² 1993, Urbano e Bentes⁶⁶, 1994), foram:

- a) realização de cursos de treinamento para a formação de médicos codificadores e para a ampliação do conhecimento sobre o sistema de classificação em DRGs;
- b) implementação de Resumo de Alta normalizado a ser utilizado por todos os hospitais no âmbito do SNS;
- c) desenvolvimento de pacote de software composto por aplicativo de coleta de dados e um agrupador de DRGs para ser utilizado pelos hospitais;

- d) desenvolvimento de aplicação informática integrada visando o cálculo do financiamento das instituições, a produção de relatórios de carácter nacional e a determinação dos preços nacionais dos DRGs;
- e) desenvolvimento de modelo de estimativa de custos por doente e por DRG, combinando a contabilidade de custos dos hospitais portugueses com ponderações médias de consumo por DRG dos Estados Unidos;
- f) distribuição de equipamentos de informática (computador e impressora) aos hospitais;

Foram utilizadas três fontes de dados para a determinação dos pesos e custos dos DRGs: os custos dos serviços americanos (Matriz de Maryland), a informação anual de custos dos hospitais portugueses e a informação de faturamento mensalmente recolhida nos hospitais através do aplicativo LDRG e agrupada através de software desenvolvido pela *Health Care Financing Administration* (HCFA) Urbano et al.¹⁵² 1993).

Finalmente, em 31 de janeiro de 1989, o Secretário de Estado da Administração da Saúde, Engenheiro Costa Freire, enviou aos Conselhos de Administração dos Hospitais, a Circular Normativa 01/89 (Ministério da Saúde de Portugal²⁷⁶, 1989), com a definição dos critérios e normas para a adoção obrigatória do Sistema de Financiamento em DRGs no país.

Através da Circular Normativa 01/89 são explicitadas as dificuldades iniciais a serem enfrentadas pelos hospitais; são apresentados os conceitos mais importantes relacionados aos DRGs e; são esclarecidos os objetivos e a forma de funcionamento do Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP) no país. Foi iniciado, então, um período de transição, no qual, hospitais que não haviam ainda implantado o novo sistema puderam continuar observando a forma de faturamento anterior (por diária).

O sistema de financiamento baseado em DRGs adotado em Portugal possui duas modalidades de pagamento no que diz respeito ao financiador (Estado ou entidades financiadoras responsáveis*). A modalidade de pagamento relativa ao Estado é instrumentalizada através de orçamentação global baseada em DRGs e atribuída a cada hospital, a qual é condicionado à despesa global do SNS. A modalidade relativa às entidades financiadoras corresponde ao pagamento por episódio de internação, “a

* subsistemas e outras entidades ou outras entidades responsáveis pelo pagamento dos serviços de saúde.

preços médios por DRG, com ajustamentos aplicáveis em situações de exceção”. (Bentes et al.⁶⁵, 1996).

Assim sendo, o financiamento do cuidado hospitalar dos beneficiários do SNS corresponde à primeira modalidade e o financiamento do cuidado hospitalar de beneficiários de subsistemas de saúde e seguradoras, corresponde à segunda.

Em 1990, com a edição da Portaria 409 de 31 de maio (Ministério da Saúde de Portugal²⁷⁷, 1990), foram estabelecidos os quesitos básicos para a determinação do faturamento às entidades financiadoras e estabelecidos os valores dos DRGs para hospitalizações. Contudo, apenas a partir da edição da Portaria 388 de 16 de junho (Ministério da Saúde²⁷⁸, 1994), é possível dizer que todos os hospitais portugueses, no âmbito do SNS, passaram a utilizar a classificação em DRGs.

Os orçamentos hospitalares passaram a ser alocados utilizando DRGS em 1997. Para permitir, contudo, a adaptação das unidades hospitalares à nova metodologia optou-se, inicialmente, pelo financiamento não integral com base na produção calculada por DRGs, mas, pela adoção de percentuais progressivos de financiamento em DRGs, cujo composição inicial foi de 10% com base na produção e 90% com base no orçamento histórico (Mateus¹⁵⁰, 2004).

Apesar de a intenção inicial de todo este processo se ter baseado num sistema de pagamento pela produção para todos os sectores hospitalares relacionados com tratamento de doentes, foi dada primazia ao internamento na sua dupla vertente de faturamento a terceiros pagadores e de pagamentos de serviços no âmbito do SNS (Bentes et al.⁶⁵, 1996).

A partir do ano de 2004, o financiamento das hospitalizações no âmbito do SNS passou a ser baseado integralmente em DRGs*.

4.3.2. Principais Aplicativos do SIH português

Entre 1986 e 1989, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde esteve implantado o Sistema de Informação Médico-Administrativa no Internamento (SIMAI). O SIMAI era um sistema não informatizado que utilizava dois formulários, um para os

* Comunicação pessoal Dra.Céu Mateus em 06 de janeiro de 2010.

dados de identificação do paciente (Registro de Identificação do Doente) e outro para registro dos dados da internação (Registro Mínimo de Elementos no Internamento). Esses formulários continham um conjunto mínimo de dados administrativos e clínicos relativos às hospitalizações e, eram enviados para os Centros Regionais de Informática (CRI), no âmbito do Serviço de Informática do Ministério da Saúde (SIMS) (Reis Abreu⁵⁹, 2002).

Nos CRIs, funcionava o Sistema Mínimo de Informação Médico-Administrativa no Internamento (SMIMAI). Os registros no SMIMAI formavam um subconjunto de dados do SIMAI, sem a identificação do paciente, que após consolidação eram armazenados em meio magnético e disponibilizados para a geração das estatísticas hospitalares. Ao final do ano, os dados eram impressos e enviados aos hospitais para arquivamento e consulta.

Para a coleta da informação necessária ao agrupamento em DRGs foi desenvolvida a aplicação LDRG. O aplicativo LDRG possuía entre suas funcionalidades, além da coleta da informação relativa às hospitalizações, relatórios diversos, controles de acesso aos usuários e geração de arquivo mensal para envio ao Ministério da Saúde.

Em 1988, juntamente com a disponibilização do aplicativo LDRG 1.0 e do Agrupador HCFA 5.0, foram disponibilizados a todos os hospitais SNS, um computador e uma impressora.

A *Health Care Financing Administration* (HCFA) produziu três versões do software utilizado para o agrupamento em DRGs em Portugal. Embora houvesse ajustes anuais na versão americana, só foram adquiridas novas versões quando ocorreram mudanças significativas (Santana³⁹, 2005).

Em 1993, através do Decreto-Lei 10 de 15 de janeiro (Ministério da Saúde de Portugal²⁷⁹, 1993), é estabelecida a reformulação do Ministério da Saúde e, o SIMS e o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde deram lugar ao Instituto de Gestão Financeira e Informática da Saúde (IGIF). Entre as diversas atribuições do IGIF estava o desenvolvimento e manutenção dos aplicativos hospitalares, incluindo os relacionados ao faturamento em DRGs.

Para assegurar a qualidade da informação, foram desenvolvidos programas de auditoria externa e incentivada a auditoria interna nos hospitais. Para subsidiar a auditoria interna foi desenvolvido o aplicativo Auditor (1994), objetivando “*automatizar a pré-auditoria ou auditoria informatizada das bases de dados dos DRGs que os hospitais portugueses do Serviço Nacional de Saúde constroem através da*

recolha e codificação das informações relativas aos episódios de internamento” (IGIF²⁸⁰, 2005).

Além da possibilidade da ocorrência de manipulação ou corrupção dos dados enviados à base nacional, por não existirem controles sobre a qualidade do dado coletado, problemas facilmente detectáveis e corrigíveis, como datas inválidas, eram transportados à base nacional (IGIF²⁸⁰, 2005).

O Programa Auditor, além da identificação de erros de digitação ou de codificação, tem a função de alertar sobre situações consideradas fora dos padrões, para que se proceda à investigação e a possível correção (IGIF²⁸⁰, 2005).

Em 1999, foi lançado o aplicativo Integrador em substituição ao LDRG. O Integrador foi desenvolvido em duas versões: uma *stand-alone*, funcionando como entrada de dados independente e; uma versão em rede, articulada ao Sistema Integrado de Informações Hospitalares (SONHO), através do qual são obtidos os dados relativos à identificação do paciente, às intervenções cirúrgicas e ao Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT). O Integrador foi utilizado no período de 2000 a 2009.

Através da Resolução do Conselho de Ministros 39 de 21 de abril de 2006 (Portugal²⁸¹, 2006), o Ministério da Saúde é reestruturado, o IGIF é extinto e é criada a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que absorveu grande parte das atribuições relacionadas à gestão informática e financeira do sistema de saúde.

A partir de agosto de 2006, entrou em vigor uma nova tabela de preços para os DRGs, determinada através da Portaria 567 de 12 de junho de 2006 e, juntamente com a nova tabela, foi adotada nova versão do Agrupador de DRGs que passou a ser a AP-DRG, versão 21.0.

O aplicativo WebGDH, com tecnologia Web, substituiu o Integrador a partir de setembro de 2009. O WebGDH foi desenvolvido por uma empresa privada contratada, a TimeStamp. Uma nova versão do Auditor, compatível com o aplicativo WebGDH foi lançada em novembro de 2009*.

Segundo, o Dr. Fernando de Oliveira Lopes, os aplicativos que implementam a classificação em DRGs não tem obrigatoriedade formal de utilização pelos hospitais públicos SNS, contudo, na prática, não existem alternativas à sua utilização, pois sem eles, fica impossibilitada a avaliação da produção e, conseqüentemente, o financiamento.

* comunicação pessoal com o Dr. Fernando Oliveira Lopes.

4.3.3. Outros Aplicativos

Na década de 90, o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) implementou diversos aplicativos no âmbito dos cuidados especializados, tais como, o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) e no âmbito dos cuidados primários, o Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS); além do Cartão do Utente do SNS para a identificação unívoca do paciente perante o serviço de saúde. Foi criada também, uma infra-estrutura de comunicações, a Rede de Informação para a Saúde (RIS), ligando as instituições de saúde (Castanheira²⁸², 2006).

Segundo o Plano Nacional da Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde de Portugal²⁸³, 2002), a base estrutural do sistema de informação em saúde no país é constituída pelas aplicações SINUS, SONHO e Cartão do Utente. Essas aplicações, contudo, embora tenham tido grande importância inicial, apresentam problemas relativos, principalmente, a dificuldades na disponibilização de informação para a gestão e “*estão desatualizadas do ponto de vista funcional e tecnológico*”.

- O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO)

O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) é um sistema administrativo cujo objetivo principal é o controle do fluxo dos pacientes nos hospitais do SNS e a normalização dos procedimentos administrativos associados à prestação de cuidado à saúde (Ministério da Saúde de Portugal²⁸⁴, 2006).

Não existe obrigatoriedade para a utilização do SONHO, contudo este é utilizado pela maioria dos hospitais portugueses. Segundo dados do IGIF, em 2006, o SONHO se encontrava instalado em 88 hospitais do SNS e quatro Casas de Misericórdias (Ministério da Saúde de Portugal²⁸⁴, 2006).

O SONHO abrange diversas áreas de atividade dos hospitais, tais como, urgência, consultas ambulatoriais, internação, arquivo clínico, serviços de diagnose e terapia, bloco operatório, hospital-dia. É uma aplicação modular e que possui flexibilidade, podendo englobar novos módulos e interagir com outras aplicações de acordo com as necessidades dos hospitais, podendo assim, estar interligado a um conjunto de sistemas administrativos de apoio à gestão, como contabilidade, recursos humanos, faturamento, entre outros (Araújo²⁸⁵, 2007).

O módulo integrador do SONHO permite a comunicação e a partilha de informação através da Rede de Informação em Saúde (RIS) entre o hospital e instituições no nível central e, entre hospitais e centros de saúde, nestes últimos, se interliga com o Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS).

Mesmo possuindo uma base de dados robusta e estruturada e ter sido desenvolvido para interagir com outras aplicações, devido à sua defasagem tecnológica, a integração é dificultada, pois se encontra em desacordo com os padrões de interoperabilidade atuais (Araújo²⁸⁵, 2007).

A primeira versão do SONHO foi lançada em 1991. O Hospital São João, na cidade do Porto, foi a primeira unidade hospitalar a utilizar o SONHO e, mesmo com a desatualização tecnológica atual, continua a utilizá-lo em todas as suas atividades*.

- O Sistema de Apoio ao Médico (SAM)

O SONHO, apesar de possuir funcionalidades para o registro e consulta de dados clínicos, é pouco amigável e não agradou aos clínicos, tendo seu uso limitado aos funcionários administrativos. O SAM foi desenvolvido para equacionar esse problema, apresentando um ambiente mais amigável e direcionado à atividade médica. (Parente et al.²⁸⁶, 2003).

O objetivo principal do SAM é a informatização da atividade diária das equipes médicas, permitindo ao médico o registro de consultas, internamentos e urgências; prescrição de exames e medicamentos, marcação de consultas, elaboração e impressão de relatórios, entre outros (Araújo²⁸⁵, 2007).

O SAM também possui uma funcionalidade que implementa o Prontuário Eletrônico**, o que permite a interligação com outras aplicações clínicas, contudo, em alguns hospitais, esta é utilizada apenas como registro clínico eletrônico departamental e não hospitalar.

O SAM foi desenvolvido entre 2000 e 2001, com dois módulos, um para os cuidados primários, integrado ao SINUS, e outro para os cuidados especializados, integrado ao SONHO. Entre 2001 e 2002 foram feitas apresentações públicas e workshops para a apresentação do SAM aos usuários, contudo, apenas em 2004 foi desenvolvida estratégia para sua instalação juntamente com o Sistema de Apoio à

* Comunicação pessoal com o Dr. Fernando Oliveira Lopes

** Em Portugal, Processo Clínico.

Prática de Enfermagem (SAPE), o que de fato, não aconteceu. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2006, estava instalado em apenas 55 hospitais SNS (Castanheira²⁸² 2007, Ministério da Saúde²⁸⁴, 2006).

- O Cartão do Utente e a RIS

O Cartão do Utente foi criado para facilitar o acesso aos cuidados de saúde. Permite a identificação de cada cidadão perante o SNS e outras entidades de forma inequívoca. (Araújo²⁸⁵, 2007)

O Cartão do Utente é utilizado nos contatos do paciente com o sistema de saúde. O usuário é identificado com um código de barras e uma tarja magnética com informação sobre idade, residência, naturalidade, nacionalidade, região e centro de saúde de residência, subsistema de saúde e informações sobre situação especial de participação de medicamentos.

O Cartão do Utente não implementa mecanismos de proteção dos dados no cartão e está sendo substituído pelo Cartão do Cidadão, este, com características de segurança. A requisição automática do Cartão do Utente é efetuada através do Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS).

A Rede de Informações da Saúde (RIS) é uma rede de telecomunicações privada que interliga as instituições do Ministério da Saúde, interligando também as redes locais dessas instituições. A RIS integra cerca de 2.000 redes locais de órgãos do Ministério da Saúde, além de hospitais e centros hospitalares, administrações regionais de saúde, centros de saúde e extensões de saúde, além de organismos autônomos.

A RIS disponibiliza os serviços de correio eletrônico, internet, hospedagem de páginas Web, transferência de arquivos, além de acesso a Intranet da Saúde, através da qual é possível integrar e disponibilizar serviços próprios online.

- O Sistema Integrado de Gestão de Listas de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC)

O SIGLIC foi criado no âmbito do Sistema de Inscritos Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) que visa à diminuição da lista de espera cirúrgica. O SIGLIC visa o suporte de todo o processo de gestão de pacientes à espera

de cirurgia programada, desde a inscrição na lista até a conclusão do processo (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁴, 2005).

Utilizam o SIGLIC, os hospitais públicos e privados (em regime de convenção), as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia). As UHGIC são sediadas nos hospitais e têm a responsabilidade de centralizar a gestão de inscritos do hospital (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁶, 2005).

Todas as cirurgias programadas tanto ambulatoriais como hospitalares são registradas no SIGLIC, e após a alta do paciente, o registro é efetuado normalmente nos aplicativos do SIH. O registro também é efetuado no SIGLIC, o qual implementa a classificação em DRGs, contudo, a informação clínica suportada pelo SIGLIC é menos abrangente que a captada pelo SIH (Ministério da Saúde de Portugal¹⁵⁴, 2005).

4.3.4. A codificação clínica em Portugal

Uma das primeiras iniciativas em codificação clínica em Portugal realizou-se no Hospital São João, o segundo maior do país. O Hospital São João é um hospital universitário ligado à Faculdade de Medicina do Porto e desde a sua fundação, em 1959, efetua a codificação da informação clínica referente às hospitalizações. Inicialmente, a codificação era realizada por estudantes de medicina e era efetuada principalmente sobre o diagnóstico principal e eventualmente, sobre o diagnóstico secundário e cirurgias. (Lopes²⁸⁴, 2003).

Apenas a partir do projeto para a implementação dos DRGs, iniciado em 1984, acontece a estruturação da codificação clínica no país, a qual passou a ser uma atividade organizada em todos os hospitais SNS (Lopes²⁸⁴, 2003).

Foi estabelecido que as altas deveriam ser codificadas por médicos codificadores habilitados e que a codificação de diagnósticos e procedimentos deveria ser efetuada com a utilização da Classificação Internacional de Doenças, 9ª. Revisão, Modificação Clínica (CID-9-CM) (Bentes et al.⁶⁵, 1996).

A institucionalização dos GDHs como sistema de financiamento e como meio de faturamento veio exigir a remessa mensal da produção agrupada, introduzindo uma maior exigência na respectiva codificação (Bentes et al.⁶⁵, 1996).

Os primeiros cursos para a formação em codificação foram iniciados em 1988 e acontecem periodicamente, até hoje, seja para formação de novos codificadores e auditores, seja para a reciclagem desses profissionais. Para a melhoria do processo de codificação, foram constituídas equipes de médicos codificadores, do próprio quadro do hospital ou contratados e; organizadas a coleta dos prontuários das altas e sua distribuição aos codificadores.

É conhecida a falta de legibilidade dos registros médicos em papel. A utilização do prontuário eletrônico resolve totalmente esse problema, contudo, até mesmo o prontuário eletrônico não está isento de problemas, pois erros sistemáticos relativos à digitação ou ao conhecimento de informática do utilizador podem ocorrer, além disso, assim como nos prontuários suportados em papel, podem ocorrer também, ausência ou falta de especificidade na informação clínica registrada. É preciso levar em conta também, que a codificação é uma tarefa que exige cuidado e empenho do profissional em sua execução, e não está isenta de erros.

Atribuir códigos é fácil. Atribuir os códigos mais corretos em conformidade com a informação do processo clínico* e com as regras internacionais exige mais tempo, estudo, esforço e investimento pessoal (e organizacional) em formação (Comunicação pessoal Dr. Fernando Oliveira Lopes, 2009)

A avaliação da qualidade da codificação clínica é essencial para a correta atribuição do financiamento hospitalar na medida em que, tanto a avaliação do hospital, quanto o financiamento dependem do agrupamento em DRGs. Mudanças deliberadas nos diagnósticos ou procedimentos podem contribuir para alterações nos índices do case-mix e nos valores do financiamento (Amaro et al.²⁸⁷, 2008).

Na tentativa de garantir a qualidade da codificação, além da formação de codificadores, algumas outras medidas foram tomadas, tais como, a realização de auditorias internas e externas. As auditorias externas começaram a ser realizadas a partir de 1993 e demandaram a capacitação de auditores especializados em auditoria clínica.

* Prontuário

A auditoria interna objetiva a verificação e correção erros e não-conformidades em relação às normas de codificação e às normas administrativas. A auditoria interna é realizada por Médico Auditor do hospital, com auxílio do aplicativo Auditor.

Em um estudo sobre a avaliação da qualidade da codificação dos hospitais públicos portugueses no período de 2006 a 2007, Amaro et al.²⁸⁷ (2008) concluíram que apesar do aumento da qualidade da codificação clínica, atribuída à capacitação proporcionada pelos cursos de formação e reciclagem promovidos pela ACSS e da auditoria com retorno dos resultados aos hospitais, mais de 50% dos registros auditados apresentaram erros de codificação, sendo 47% considerados críticos e 17% erros de codificação que levando a mudanças no DRG. Entre os principais problemas estão: erros de codificação, ausência de informação clínica e admissões desnecessárias. Em verificação em um hospital da amostra estudada foi verificado, um aumento de faturamento, atribuído à erros de codificação, em cerca de 4%.

4.3.5. O fluxo da informação hospitalar no SIH português

A Folha de Admissão e Alta (FAA) ou Resumo de Alta é um conjunto mínimo, normalizado, de informação de natureza clínica, administrativa e demográfica para cada internação. A FAA faz parte do prontuário médico e é preenchida manualmente pelos médicos, na admissão, na transferência e na alta hospitalar (IGIF²⁸⁸,1999).

A FAA possui dois grandes conjuntos de dados. O primeiro, cuja responsabilidade de preenchimento é de funcionário administrativo é composto pelas seguintes variáveis: número do prontuário, sexo, data de nascimento, entidade financeira responsável, número do beneficiário no SNS, Distrito/*Concelho*/Freguesia de residência do paciente, transferência entre especialidades médicas. O segundo grupo, de responsabilidade do codificador, é composto pelas seguintes variáveis: natureza da admissão, destino após a alta, transferência entre hospitais, diagnóstico de admissão*, morfologia de neoplasias, peso ao nascer, diagnósticos, causa externa da lesão/efeito adverso, procedimentos, data da primeira intervenção cirúrgica, número de dias de internamento em UCI, identificação do médico codificador e do médico responsável (IGIF²⁸⁸, 1999).

* Com a implementação do aplicativo WebGDH, o campo diagnóstico de admissão deixou de ser coletado (comunicação pessoal Dr. Fernando Oliveira Lopes)

Após a alta hospitalar, os codificadores analisam o prontuário, recolhem as informações e as codificam utilizando a CID-9-MC, registrando os novos códigos na Folha de Codificação de Internamento.

Os dados contidos na Folha de Codificação são digitados por funcionários administrativos no aplicativo de coleta de dados (WebGDH). Parte destes dados pode também, ser captados através do aplicativo SONHO. Mensalmente, a ACSS acessa a base de dados dos DRGs nos hospitais e transfere os dados para a base de dados nacional.

Anualmente, a ACSS disponibiliza em sua página um Relatório Nacional e envia aos hospitais um Relatório de Retorno relativo à informação captada mensalmente e ao processamento efetuado no nível central.

Na Figura 2, é possível analisar o fluxo simplificado da informação no Sistema de Informações Hospitalares português.

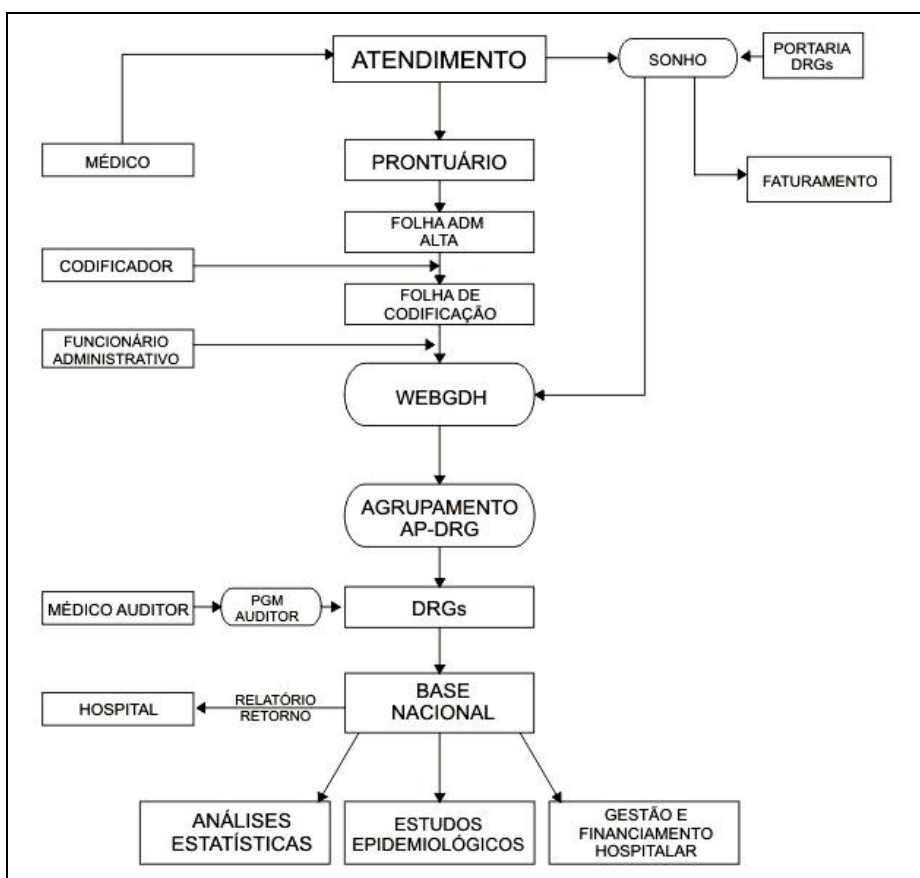


Figura 2 – Fluxo simplificado do Sistema de Informações Hospitalares de Portugal.

4.4. Os Fatores que comprometem a qualidade e limitam a utilização da informação hospitalar no Brasil

A criação dos sistemas nacionais de informação em saúde, ocorrida entre as décadas de 70 e 80, foi um grande passo para a sistematização da informação em saúde no Brasil. Apenas a partir da década de 90, no entanto, com a ampliação do acesso às bases de dados nacionais e os avanços da área de informática, os quais facilitaram o uso e o tratamento das informações, intensificou-se a utilização desses dados.

A ampliação do acesso à informação de saúde não garante a adequação dos dados às necessidades de seus usuários ou o seu emprego efetivo, contribui, no entanto, para a identificação de falhas ou inconsistências nas bases de dados, contribuindo para seu aprimoramento.

A produção científica brasileira sobre o Sistema de Informações Hospitalares* é bastante vasta. Bittencourt et al.¹⁶ (2006) em um estudo sobre a aplicação do SIH-SUS na área da Saúde Coletiva, objetivando “*sintetizar as vantagens e limitações dessa base de dados...*”, reuniu 76 estudos relativos ao período de 1984 a 2003, incluindo artigos científicos, teses e dissertações. Segundo os autores o conhecimento das informações utilizadas, quem as utiliza, e com que propósito, pode ampliar as potencialidades “*científicas e tecnológicas*” do sistema.

O estudo aqui apresentado, restrito à produção científica nacional no período de 1984 a 2008, reuniu um total de 33 artigos. Destes, sete artigos versam sobre a confiabilidade dos dados do sistema (Veras e Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁸⁹ 1998, Escosteguy et al.²⁹⁰ 2002, Melo et al.²⁹¹ 2004, Escosteguy et al.²⁰ 2005, Melione e Mello Jorge²⁴ 2008, Bittencourt²², 2008).

Dos restantes, 22 fizeram uso dos dados do sistema de informações hospitalares para análises com objetivos diversos, tais como descrições da morbidade hospitalar e avaliações da assistência prestada (Iunes²⁹² 1997, Gouvea et al.²⁹³ 1997, Martins e Travassos²⁹⁴ 1998, Mendes et al.²³ 2000, Schramm e Szwarcwald²⁹⁵ 2000, Lima e Costa et al.²⁹⁶ 2000, Feijó e Portela³⁰³ 2001, Martins et al.²⁹⁸ 2001, Bochner and Struchiner²⁹⁹ 2002, Bittencourt et al.¹⁶ 2002, Schramm et al.³⁰⁰ 2002, Melione³⁰¹ 2004, Amaral et al.¹⁹ 2004, Oliveira et al.³⁰² 2006, Teixeira et al.³⁰³ 2006, Rosa et al.³⁰⁴ 2007,

* A denominação Sistema de Informações Hospitalares será utilizada para denominar os sistemas de informações hospitalares brasileiros em suas três versões (SNCPCH, SAMHPS e SIH-SUS) quando não houver necessidade de distinção entre elas.

Rozenfeld³⁰⁵ 2007, Maia-Elkhoury³⁰⁶ 2007, Campos et al.²¹ 2007, Lobato et al.²⁶ 2008, Matos et al.³⁰⁷ 2008).

Em quatro artigos os pesquisadores, mesmo sem utilizar os dados do sistema, levantaram questões sobre a qualidade de seus dados (Veras et al.⁶⁹ 1990, Viacava³⁰⁸ 2002, Zanetta¹⁴ 2003, Noronha et al.⁶⁴ 2004).

A esses artigos foram acrescentados dois outros trabalhos, o de Levin²⁸ (2006) e o de Carvalho¹⁷ (2009), por apresentarem aspecto, ainda pouco explorado pelos artigos científicos: a influência das políticas e normatizações da assistência hospitalar sobre o SIH.

Os limitantes à qualidade e a utilização da informação do SIH-SUS, eleitos por este estudo, estão apresentados no Quadro 3, abaixo:

Quadro 3 – Fatores que comprometem a qualidade e limitam a utilização da informação hospitalar no Brasil, 1994-2008.

Limitantes		Autores
Registro nos prontuários	Ausência, inconsistência ou falta de clareza no registro dos prontuários	Veras e Martins ¹⁸ (1994), Mathias e Soboll ²⁸⁹ (1998), Mellione e Melo Jorge ²⁴ (2008)
Qualidade da Informação clínica	Subregistro da variável diagnóstico secundário	Veras e Martins ¹⁸ (1994), Mathias e Soboll ²⁸⁹ (1998), Feijó e Portela ²⁹⁷ (2001), Escosteguy et al. ²⁹⁰ (2002), Schramm et al. ²⁹⁵ (2002), Melo et al. ²⁹¹ (2004), Amaral et al. ¹⁹ (2004), Escosteguy et al. ²⁰ (2005), Lobato et al. ²⁶ (2008)
	Número limitado de variáveis para registro de comorbidades e complicações	Veras e Martins ¹⁸ (1994), Mathias e Soboll ²⁸⁹ (1998), Martins e Travassos ²⁹⁴ (1998), Escosteguy et al. ²⁹⁰ (2002), Schramm et al. ²⁹⁵ (2002), Viacava ³¹⁴ (2002), Melo et al. ²⁹¹ (2004), Amaral et al. ¹⁹ (2004), Escosteguy et al. ²⁰ (2005), Oliveira et al. ³⁰² (2006), Lobato et al. ²⁶ (2008), Matos et al. ³⁰⁷ (2008)
	Codificação efetuada por profissionais sem treinamento no da CID	Veras e Martins ¹⁸ (1994), Mathias e Soboll ²⁸⁹ (1998), Martins e Travassos ²⁹⁴ (1998), Melo et al. ²⁹¹ (2004)
Cobertura do sistema	Cobertura restrita às internações no âmbito do SUS	Iunes ²⁹⁸ (1997), Mathias e Soboll ²⁸⁹ (1998), Lima e Costa et al. ²⁹⁶ (2000), Bochner e Struchiner ²⁹⁹ (2002), Viacava ³⁰⁸ (2002), Mellione e Mello Jorge ²⁴ (2008)
Sistema de Pagamento	Classificação por procedimentos não considera outras variáveis que diferenciem os pacientes segundo a gravidade clínica e o consumo de recursos	Zanetta ¹⁴ (2003), Noronha et al. ⁶⁴ (2004)
	Priorização da informação referente ao reembolso	Veras e Martins ¹⁸ (1994), Mathias e Soboll ²⁸⁹ (1998)
	Indução à fraudes e manipulações	Iunes ²⁹⁸ (1997), Rosa et al. ³¹⁰ (2007).
Subnotificação	Subnotificação das internações	Iunes ²⁹² (1997), Levin ²⁸ (2006), Carvalho ¹⁷ (2009).
Reinternações e transferências	Impossibilidade de identificação das reinternações e transferências do mesmo paciente	Veras e Martins ¹⁸ (1994), Lima e Costa ²⁹⁶ (2000), Viacava ³⁰⁸ (2002), Oliveira et al. ³⁰² (2006), Rosa et al. ³⁰⁴ (2007)

Elaboração do autor.

A qualidade da informação coletada nos estabelecimentos hospitalares é bastante heterogênea. Pouca importância é dada à qualidade da informação no momento da coleta e registro, devido, principalmente, à ausência de cultura institucional de valorização da informação e a distância entre os profissionais responsáveis pela coleta e registro daqueles que de fato utilizam a informação (Veras e Martins¹⁸ 1994, Carvalho¹⁷ 2009).

“A *qualidade do prontuário influencia, necessariamente, a qualidade da informação gerada pelo sistema*”. As condições de armazenamento, apresentação e conteúdo dos prontuários, denotam, muitas vezes, a pouca valorização dada a este documento (Escosteguy et al.²⁹⁶, 2002). Os prontuários médicos apresentam, muitas vezes, informações incompletas, inconsistentes ou pouco claras (Veras e Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁹⁰ 1998, Mellione e Mello Jorge²⁴ 2008).

A pouca qualidade da informação clínica coleta pelo sistema é o limitante mais recorrente nos artigos analisados. Segundo Veras e Martins¹⁸ (1994), “*a vinculação da informação clínica (diagnósticos e procedimentos) aos mecanismos de reembolso através do mecanismo e pagamento...*” pode influenciar a qualidade das variáveis clínicas. Os principais problemas identificados em relação à informação diagnóstica são:

(a) o subregistro da variável diagnóstico secundário, mesmo que muitas vezes, a indicação conste no prontuário médico. A não obrigatoriedade do preenchimento, com exceção para causas externas e, a não influência do preenchimento no pagamento, contribui para o subregistro (Veras e Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁸⁹ 1998, Feijó e Portela²⁹⁷ 2001, Escosteguy et al.²⁹⁰ 2002, Schramm et al.³⁰⁰ 2002, Melo et al.²⁹⁷ 2004, Amaral et al.¹⁹ 2004, Escosteguy et al.²⁰ 2005, Lobato et al.²⁶ 2008).

(b) o número limitado de variáveis para registro de comorbidades e complicações restringe a possibilidade de avaliação da complexidade clínica do paciente, caso este possua outras patologias que não motivaram diretamente a internação (Veras e Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁸⁹ 1998, Martins e Travassos²⁹⁴ 1998, Escosteguy et al.²⁹⁰ 2002, Schramm et al.²⁹⁵ 2002, Viacava³⁰⁸ 2002, Melo et al.²⁹¹ 2004, Amaral et al.¹⁹ 2004, Escosteguy et al.²⁰ 2005, Oliveira et al.³⁰² 2006, Lobato et al.²⁶ 2008, Matos et al.³⁰⁷ 2008).

(c) a codificação das variáveis clínicas é efetuada, na maioria das vezes, pelo médico que prestou o atendimento ou por funcionários administrativos, ambos sem treinamento para a função, o que compromete a qualidade da informação (Veras e

Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁹⁵ 1998, Martins e Travassos²⁹⁴ 1998, Melo et al.²⁹¹ 2004, Mellione e Mello Jorge²⁴ 2008).

A cobertura do SIH-SUS não é universal, estando restrita apenas às internações financiadas pelo SUS. O SIH-SUS não se destina à captação das internações efetuadas na rede privada não-contratada, contudo, um número importante de internações não é contabilizado, gerando restrições aos estudos epidemiológicos (Iunes²⁹² 1997, Mathias e Soboll²⁸⁹ 1998, Lima e Costa et al.²⁹⁶ 2000, Bochner e Struchiner²⁹⁹ 2002, Viacava³⁰⁸ 2002, Mellione e Mello Jorge²⁴ 2008).

Segundo Porto et al.³⁰⁹ (2006), as internações não financiadas pelo SUS correspondem a 30,1% das internações efetuadas no país. De acordo com Carvalho¹⁷ (2009), estima-se que, em 2003, a cobertura do sistema esteve próxima de 65% para procedimentos de baixo e médio custo e complexidade, com variações entre as regiões do país e, maior que 90% para os procedimentos de alta complexidade.

O Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP) adotado para reembolso das internações hospitalares oferece incentivos diversos, tanto positivos quanto negativos. Entre os incentivos negativos proporcionados pelo sistema de pagamento adotado pelo SIH-SUS e que influenciam a informação aportada pelo sistema, estão:

a) A classificação por procedimentos por não considerar outras variáveis que diferenciem os pacientes segundo gravidade da doença e ao consumo de recursos, tais como a idade e o diagnóstico secundário (Zanetta¹⁴ 2003, Noronha et al.⁶⁴ 2004) provoca dificuldades para a obtenção de análises mais aprofundadas da clientela atendida pelo hospital, prejudicando a programação e a gerência dos serviços.

b) Priorização do reembolso e da informação sobre os procedimentos em detrimento da informação diagnóstica. A vinculação da informação clínica (diagnósticos e procedimentos) à informação de reembolso prejudica análises que não sejam direcionadas ao faturamento (Veras e Martin⁵¹⁸ 1994, Mathias e Sobol¹²⁸⁹ 1998).

c) Indução a fraudes e manipulações da informação objetivando a maximização do reembolso. As manipulações podem ser efetuadas através de artifícios diversos, tais como: alterações no procedimento realizado para outros com remuneração mais vantajosa; lançamento de informação padronizada para pacientes de mesmo procedimento realizado, independentemente da realização do serviço, entre outros (Iunes²⁹² 1997, Carvalho¹⁷ 2009).

A subnotificação pode estar relacionada a políticas e normatizações da assistência à saúde que impõem limites às AIHs passíveis de remuneração (tetos

físicos e financeiros) ou estabelecem restrições à execução de determinados procedimentos ou ainda estabelecem mudanças na forma de remuneração dos hospitais.

O estabelecimento de regras para a normatização da assistência ou para a efetivação de política de saúde podem restringir ou direcionar a cobrança de determinados procedimentos: a política de redução dos partos cesáreos implementada no país em 1998, estabelecia o percentual máximo de partos desse tipo a serem remunerados pelo SUS. As AIHs que ultrapassassem o limite eram sumariamente rejeitadas no momento na digitação nos hospitais. Essa medida, conforme demonstra Levin²⁸ (2006), reduziu o percentual de cesáreas no país e induziu, ao aumento do subsídio, pelas secretarias de saúde, aos partos não remunerados pelo sistema (Carvalho¹⁷, 2009).

O estabelecimento de tetos físicos e financeiros limita o número de AIHs apresentadas. O teto físico é o número máximo de AIHs que pode ser emitida pelo estado ou município e corresponde, atualmente, a 9% da população residente no estado. O teto financeiro é o valor limite de recursos estabelecido para estados e municípios para o custeio das atividades hospitalares.

A desvinculação da remuneração dos hospitais da apresentação da produção de serviços, já vinha sendo praticada em relação a hospitais federais com orçamento próprio (Iunes²⁹² 1997, Carvalho¹⁷ 2009) e em 2004, foi estendida aos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação do SUS (orçamentação mista); aos Hospitais de Pequeno Porte (orçamentação global) e; aos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (orçamentação mista) e em 2005, aos Hospitais Filantrópicos (orçamentação mista).

Os hospitais ao serem remunerados de forma independente do registro e envio da produção, acabam por não valorizar a correta e completa informação das internações efetuadas, o que pode ocasionar o aumento da subnotificação (Carvalho¹⁷ 2009).

A unidade do sistema de informações hospitalares brasileiro é a internação e não o paciente e assim, cada contato com a assistência hospitalar é contabilizado, não sendo identificadas as reinternações ou transferências para outros hospitais. A análise das reinternações é importante porque altas taxas de reinternação podem ser relacionadas à pouca qualidade da assistência hospitalar (Veras e Martins¹⁸ 1994, Lima e Costa²⁹⁶ 2000, Viacava³⁰⁸ 2002, Oliveira et al.³⁰² 2006, Rosa et al.³⁰⁴ 2007). Esse é um problema restrito, contudo, às bases sem identificação do paciente. Nas bases identificadas, é possível a identificação das reinternações e transferências.

4.5. Comparação entre os sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal

As tabelas a seguir apresentam sinteticamente, as principais informações obtidas no estudo sobre os sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal. No Quadro 4, é possível observar as principais características dos três sistemas.

Quadro 4 – Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal – Principais características, 2008.

	Brasil	Espanha	Portugal
Implementação	1977 [1]	1992	1989
Objetivo inicial	Informatização do processamento das contas hospitalares e controle de fraudes	Obter informação confiável e comparável sobre as hospitalizações	Subsidiar a implantação de um sistema de financiamento hospitalar baseado em DRGs
Âmbito do sistema	Local, Regional e Nacional	Local, Regional e Nacional	Local e Nacional
Abrangência	Todas as unidades hospitalares SUS	Hospitais de Agudos SNS	Hospitais de Agudos SNS
Sistema de Classificação	Classificação por procedimentos	Classificação de pacientes utilizando o AP-DRG (nível estatal)	Classificação de pacientes utilizando o AP-DRG
Financiamento das Internações	Pagamento Prospectivo com valor fixo por procedimento e Orçamentação global ou mista	Pagamento Prospectivo e Orçamentação global	Pagamento Prospectivo e Orçamentação global

Elaboração do autor.

Notas: [1] Ano de implantação do SNCPC.

Ao contrário do Brasil, Espanha e Portugal só passaram a coletar de forma sistemática informação sobre as hospitalizações, após a universalização do cuidado à saúde, ocorrida na Espanha, em 1978 e em Portugal, em 1976. No Brasil, a universalização só aconteceu em 1988, com a criação do SUS.

O SIH-SUS adota a classificação por procedimentos, a qual, forma “*grupos de pacientes que têm certa homogeneidade quanto aos procedimentos realizados em sua estada hospitalar, mas, são clinicamente heterogêneos em termos da gravidade da doença ou de consumo de recursos, dificultando a realização de comparações*” (Noronha et. al⁶⁴, 2004).

O SIH-SUS abrange todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS nas modalidades de Internação Hospitalar, Hospital-Dia e Internação Domiciliar. O SIH espanhol abrange os hospitais de agudos nos episódios de internação, cirurgia

ambulatorial e Hospital-Dia. O SIH português abrange os hospitais de agudos nas linhas de produção de internação, cirurgia de ambulatório e ambulatórios médicos

Embora utilizem denominações diferentes: internações (Brasil), *altas hospitalárias* (Espanha) e episódios de internamento (Portugal), os sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal captam, basicamente, o mesmo tipo de informação.

No Quadro 5 é possível observar alguns aspectos relacionados à informação captada pelos três sistemas.

Quadro 5 – Sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - Aspectos da informação, 2008.

	Brasil	Espanha	Portugal
Tipo de Informação captada	Informação administrativa e clínica	Informação administrativa e clínica (CMBD)	Informação administrativa e clínica (CMBD)
Obrigatoriedade da prestação da informação	Sim	Sim	Sim
Responsabilidade pelos aplicativos de coleta de dados e processamento	Ministério da Saúde	Não há aplicativos estabelecidos nacionalmente	Ministério da Saúde
Quantidade de hospitalizações anuais	11,3 milhões (2007)	3,7 milhões (2007)	958,6 mil (2006)
Periodicidade de atualização das bases nacionais	Mensal	Anual	Mensal
Disponibilização das informações coletadas	Consultas e base de dados disponibilizadas em página na internet	Consultas e relatórios disponíveis em página na internet	Relatórios disponibilizado em página na internet

Elaboração do autor.

Os sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal captam informação clínica e administrativa. A diferença entre estes países e o Brasil, é que na Espanha e em Portugal, a informação é colhida a partir da definição de um conjunto mínimo de dados (CMBD), o que contribui para a uniformização e a comparabilidade da informação de saúde no nível nacional e internacional. Esses sistemas foram desenhados objetivando a captação de informação de saúde, ao contrário do sistema brasileiro (SNCPCH) que inicialmente, estava voltado para a informatização do pagamento das internações hospitalares e o controle de fraudes.

No Brasil, os dados nacionais preliminares sobre as hospitalizações no âmbito do SUS são disponibilizados três meses após o envio e vão sendo atualizados de acordo

com o recebimento de novas produções dos municípios e estados. A base de dados não identificada é disponibilizada em dois conjuntos de arquivos: os arquivos RD (Arquivos de Reduzidas do Movimento de AIHs), na página do DATASUS e; os arquivos SP (Arquivos de Procedimentos hospitalares) no MS-BBS. A página do DATASUS oferece também, consultas online (TABNET).

O Ministério *de Sanidad y Política Social* da Espanha disponibiliza na internet, relatórios, estatísticas e consultas relativas à saúde, em geral, à assistência hospitalar e ao CMBD, mas, não disponibiliza as bases de dados deste último. Os dados consolidados atualmente disponíveis sobre o CMBD e pesos dos DRGs são relativos ao ano de 2007.

O Ministério da Saúde português envia aos hospitais Relatório de Retorno com informações sobre a produção anual, além de disponibilizar na Internet o Relatório de Retorno Nacional. A página da ACSS disponibiliza relatórios, mas não disponibiliza a base de dados e, não é possível a execução de consultas online. O último Relatório de Retorno Nacional disponível é relativo ao ano de 2006. Aos hospitais foi disponibilizado o Relatório de Retorno de 2007.

Um dos problemas mais frequentemente apontados pela comunidade científica brasileira relativos à informação aportada pelo SIH é baixa qualidade da informação clínica captada (Veras e Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁸⁹ 1998, Lobato et al.²⁶ 2008). O Quadro 6 demonstra a comparação entre a informação clínica coletada no Brasil, Espanha e Portugal.

Quadro 6 – Sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - A informação clínica, 2008.

	Brasil	Espanha	Portugal
Sistema de Codificação	CID-10 + Tabela de Procedimentos	CID-9-MC	CID-9-MC
Informação Clínica	Diagnóstico Principal Diagnóstico Secundário Diagnóstico de Causas Associadas Diagnóstico de Causas da Morte (04 variáveis)	Diagnóstico Principal 13 Diagnósticos Secundários [1]	Diagnóstico Principal 49 Diagnósticos Secundários (50 variáveis)
	Causas Externas (informadas no diagnóstico secundário)	Causas Externas (informadas nos diagnósticos secundários)	Causas Externas (50 variáveis)
	Procedimentos Principais, Procedimentos de diagnose e terapia, Atos médicos Medicamentos OPM Materiais Especiais (150 variáveis)	Procedimento Principal Procedimentos cirúrgicos Procedimentos de diagnose e terapia [2]	Procedimento Principal Procedimentos cirúrgicos, Atos médicos de notação obrigatória [3] Outros procedimentos Outros atos médicos Procedimentos de diagnose e terapia [4] (50 variáveis)
			Morfologias Tumorais (50 variáveis)

Notas: [1] Incluem diagnósticos secundários relacionados a comorbidades, complicações e causas externas.
 [2] procedimentos que requeiram recursos materiais e humanos especializados e implicam em risco para o paciente ou realizados em unidade diferente da unidade de admissão
 [3] Procedimentos clínicos ou que não requeiram anestesia, mas que são considerados pelo agrupamento.
 [4] Facultativos. Não afetam o agrupamento.

A informação diagnóstica no SIH-SUS é informada através das variáveis Diagnóstico Principal e Diagnóstico Secundário. Além destas, foram criadas para utilização com a CID-10, em 2005 e 2006, respectivamente, as variáveis “Diagnóstico de Causas Associadas”, pretendendo registrar, não obrigatoriamente, “*outras patologias apresentadas pelo paciente*” e o “Diagnóstico de Causas da Morte”, para preenchimento obrigatório “*sempre que o motivo da alta for óbito*”.

O Sistema de Mortalidade (SIM) registra os óbitos ocorridos no Brasil e adota as regras estabelecidas pela OMS para a codificação das Causas de Morte. A coleta de nova variável para informação de óbito pelo SIH-SUS, além de configurar em duplicação da informação, pelo não estabelecimento das mesmas regras do SIM, reduz em muito a qualidade deste dado.

Em Portugal, o aplicativo WEBGDH aceita que sejam informados até 50 diagnósticos e 50 procedimentos. Contudo, apenas os 30 primeiros diagnósticos e

procedimentos são considerados para o agrupamento. O diagnóstico principal é o primeiro a ser lançado, determinando a Grande Categoria Diagnóstica.

4.5.1. Limitantes à qualidade da informação

Entre os objetivos deste estudo está a identificação dos principais fatores limitantes à qualidade da informação gerada pelo SIH brasileiro para comparação com Espanha e Portugal. O Quadro 7, a seguir, lista as principais restrições à qualidade da informação hospitalar no Brasil e a situação em Espanha e Portugal.

Quadro 7 – Sistemas de informação hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - Limitações à qualidade da informação, 2008.

Limitantes	Brasil	Espanha	Portugal
Prontuários Médicos	Ausência, inconsistência ou falta de clareza dos registros	Ausência, inconsistência ou falta de clareza dos registros	Ausência, inconsistência ou falta de clareza dos registros
Qualidade da Informação Clínica	Qtd variáveis insuficiente para registro de comorbidades e complicações	Razoável qtd de variáveis para registros de comorbidades e complicações	Grande quantidade de variáveis para registro de comorbidades e complicações
	Codificador pouco qualificado para a utilização da CID	Codificador qualificado para a utilização da CID	Codificador qualificado para a utilização da CID
	Erros de Codificação Subregistro	Erros de Codificação Subregistro	Erros de Codificação Subregistro
Cobertura do Sistema	Não universal (internações financiadas pelo SUS ocorridas em hospitais públicos e privados)	Não universal (internações públicas ou privadas em hospitais de dependência funcional com o SNS)	Não universal (internações públicas ou privadas ocorridas nos hospitais SNS)
Subnotificação	Subnotificação das hospitalizações
Sistema de pagamento	Priorização da informação de Procedimentos	Valorização da informação diagnóstica	Valorização da Informação Diagnóstica
	Não considera outras variáveis que diferenciem os pacientes segundo a gravidade da doença e o consumo de recursos	Considera variáveis que diferenciam os pacientes segundo a gravidade da doença e o consumo de recursos	Considera variáveis que diferenciam os pacientes segundo a gravidade da doença e o consumo de recursos
	Indução a fraudes	Indução a fraudes	Indução a fraudes
Identificação das reinternações	Apenas nos registros identificados	Apenas nos registros identificados	Apenas nos registros identificados

Elaboração do autor.

De acordo Terris et al.³¹¹ (2007) nos sistemas que utilizam bancos de dados secundários, as práticas de codificação são geralmente direcionadas ao reembolso e, através sistemas de informação se busca assegurar a informação que garanta esse reembolso. As informações que não influenciam o reembolso não recebem a mesma atenção.

No Brasil, o subregistro da variável diagnóstico secundário é consequência, em grande parte, da não-obrigatoriedade do seu preenchimento e do fato desta variável não contribuir para o reembolso.

Segundo Veras e Martins¹⁸ (1994) em estudo sobre a confiabilidade dos dados de AIHs de hospitais privados contratados pelo INAMPS no município do Rio de Janeiro, em 1986, os responsáveis pela codificação dos diagnósticos nos hospitais eram profissionais administrativos sem treinamento adequado na CID. Não foram encontrados estudos recentes sobre o tema, acredita-se, no entanto, este problema ainda persista, pois mesmo com a existência de diversos cursos para a formação de codificadores em CID-10 no país, não tem sido demonstrado interesse, por parte dos gestores hospitalares nesta formação*, fato este, relacionado a não influência da codificação diagnóstica no reembolso.

Na Espanha foi criada a categoria profissional de médico de admissão e documentação clínica, responsável, entre outras funções, pela codificação. Em Portugal, a codificação é efetuada por médicos codificadores qualificados por cursos promovidos pelo Ministério da Saúde Português. A codificação efetuada por médicos não é recomendada, pois segundo Navarro²⁵³ (2005), a codificação efetuada por médicos é influenciada pela tentativa de “interpretação” do diagnóstico. O profissional de nível médio, adequadamente treinado na utilização da CID-10 é o profissional ideal para o trabalho de codificação.

Os sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal não possuem cobertura universal. Contudo, a cobertura do sistema brasileiro é mais ampla, pois inclui as internações domiciliares e de pacientes psiquiátricos e crônicos.

Na Espanha, as hospitalizações de Saúde Mental e de Longa Permanência (Crônicos) representaram, segundo a ESCRI (*Ministerio de Sanidad y Política Social*¹⁰⁷, 2007), 2,5% do total das hospitalizações do país.

O SIH-SUS coleta apenas as internações de financiamento público, contudo já seria possível a integração entre a informação relativa ao SUS e as hospitalizações de financiamento privado, pois, em 1999, a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH)

* Segundo comunicação pessoal com a professora Nair Navarro.

foi instituída objetivando efetuar a captação das informações efetuadas no âmbito privado.

Em Portugal e Espanha, os hospitais são remunerados por orçamentação global. Como a parcela da orçamentação referente as hospitalizações é calculada com base na produção, os hospitais são incentivados a apresentar a produção sob o risco de não terem seus Contratos negociados em termos satisfatórios.

A subnotificação no SIH-SUS pode ter origem em restrições impostas por políticas e normatizações da assistência hospitalar e a indução à não apresentação de todas as AIHs pelos hospitais remunerados por orçamentação global ou mista. Não foi encontrada informação sobre subnotificação na Espanha e Portugal. A subnotificação no SIH-SUS tem como consequência, o não registro, pelo sistema, de um número internações que não pode ser estimado, ficando invisíveis a qualquer análise ou contabilização (Carvalho¹⁷, 2009).

No SIH-SUS é adotado o sistema de pagamento fixo por procedimentos como mecanismo de reembolso dos hospitais. Entre as influências negativas do sistema de pagamento adotado pelo SIH-SUS estão, a classificação por procedimentos que por não considerar outras variáveis que possibilitem uma maior diferenciação dos pacientes segundo a gravidade da doença e o consumo de recursos, dificulta a obtenção de análises mais profundas sobre a clientela atendida pelo hospital, (Zanetta¹⁴ 2003, Noronha et al.⁶⁴ 2004); indução a fraudes e manipulações, objetivando a maximização do reembolso (Iunes²⁹² 1997, Rosa et al.³⁰⁴ 2007); priorização da informação de procedimentos, em detrimento da informação diagnóstica (Veras e Martins¹⁸ 1994, Mathias e Soboll²⁹² 1998).

Na Espanha e em Portugal a informação clínica é valorizada, como é possível constatar pelas iniciativas objetivando a formação e a reciclagem dos profissionais codificadores, a promoção de auditorias internas e externas, entre outras; embora não se possa dissociar a valorização da informação clínica ao fato desta contribuir para o estabelecimento do financiamento dos hospitais.

A unidade do SIH-SUS é a internação, não o paciente, por esse motivo, cada contato do paciente com o sistema gera um novo registro. A identificação das reinternações e transferências do mesmo paciente é possível nos níveis local, regional e nacional, pois os registros são identificados. Não é possível, contudo, através da informação proveniente da base nacional, disponibilizada para consulta e utilizada nas pesquisas e estudos, pois o paciente não é identificado.

Portugal e Espanha recolhem o número da identificação do paciente perante o sistema de saúde, contudo, no nível nacional, esta numeração não é utilizada para identificar o paciente, prejudicando a identificação das reinternações e transferências nacionalmente.

É possível a identificação das transferências e reinternações nas bases sem identificação disponibilizadas pela ACSS em Portugal, dentro do mesmo ano, pois a ACSS gera uma chave única para os pacientes nestas bases. Não é possível contudo, a identificação fora destes períodos, pois não existe um vínculo de continuidade entre as chaves (ACSS³¹², 2009).

5. Considerações Finais

O objetivo principal deste estudo foi o de comparar os sistemas de informações hospitalares do Brasil, Espanha e Portugal, tendo como foco principal, aspectos que comprometem à qualidade da informação hospitalar no Brasil e limitam sua utilização. Este esforço foi efetuado na tentativa compreender as diferenças e semelhanças entre estes dois países e o Brasil, principalmente em relação a estes limitantes.

A produção científica brasileira sobre o sistema de informações hospitalares é extensa, embora poucos artigos tenham como motivação a investigação da qualidade de seus dados. Uma destes artigos e uma das principais referências utilizadas no presente estudo é o artigo de Veras e Martins¹⁸ (1994) sobre a confiabilidade dos dados do formulário de AIH, do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), predecessor do SIH-SUS, o qual utiliza dados referentes a hospitais privados contratados pelo INAMPS, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1986.

Durante as duas décadas passadas após a geração dos dados utilizados no artigo, o sistema de informações hospitalares brasileiro foi alvo de inúmeras alterações: sua denominação foi modificada; foi estendido aos hospitais públicos; seus dados foram disponibilizados em formato eletrônico; seu processamento foi descentralizado aos gestores municipais e estaduais e; principalmente, foi utilizado como instrumento para a indução de políticas voltadas para os mais diversos aspectos da assistência hospitalar. Mesmo após todo esse tempo e todas essas transformações, contudo, grande parte das questões apontadas por Veras e Martins como críticas no SAMPHS, continua não equacionada atualmente no SIH-SUS.

As questões levantadas pelas autoras e as contidas na bibliografia consultada, compõem um painel com os principais limitantes à qualidade e à utilização da informação do sistema de informações brasileiro. Alguns destes limitantes, o tempo e a evolução do sistema encarregou-se de equacionar. Dos limitantes que ainda permanecem no SIH-SUS, foram eleitos para discussão neste estudo, os relativos ao registro dos prontuários, à informação diagnóstica, à cobertura do sistema, ao sistema de pagamento, à subnotificação à identificação das reinternações e transferências de pacientes.

A subnotificação é um dos grandes problemas do SIH-SUS por excluir de análise e contabilização um número não estimado de internações. A subnotificação pode acontecer quando as secretarias de saúde optam por arcar com o custo de determinadas internações devido a restrições impostas à apresentação das AIHs, como tetos físicos e financeiros estabelecidos para a assistência hospitalar. Políticas de saúde podem também, direcionar ou restringir a cobrança de determinados procedimentos e levar ao subsídio, pelas secretarias de saúde, de outros.

A desvinculação do pagamento de serviços hospitalares da remuneração de produção, com o estabelecimento de orçamentação, incentiva a não apresentação da produção pelas unidades hospitalares. A subnotificação oriunda dos hospitais públicos federais orçados é notória. E é possível que esta situação tenha sido agravada pela política de contratualização iniciada pelo Ministério da Saúde em 2004, e voltada para hospitais de ensino, hospitais de pequeno porte e hospitais filantrópicos, na qual o custeio das atividades hospitalares passou a ser efetuado através de orçamentação global ou mista com o estabelecimento de metas a serem atingidas pelas unidades hospitalares.

Não foram encontrados em Portugal e Espanha informações sobre subnotificação, devido, talvez, ao fato desses países estabelecerem os orçamentos hospitalares com base na produção apresentada pelos hospitais e no cumprimento de objetivos acordados.

A qualidade da informação clínica é outro grande problema no SIH-SUS, e as principais questões dizem respeito ao subregistro, ao número reduzido de variáveis e a codificação efetuada por profissional pouco qualificado na utilização da CID.

O Brasil é um centro da OMS para a Família das Classificações Internacionais e responsável pela tradução da CID-10 em língua portuguesa. A CID-10 foi adotada para a mortalidade no Brasil, em 1996, apenas dois anos após sua entrada em uso pelos países

membros da OMS*. Em 1998, passou a ser utilizada, também para a morbidade – Portugal e Espanha ainda utilizam, em 2009, a CID-9-MC.

A qualificação do profissional codificador, contudo, é um fator crítico para a qualidade da informação diagnóstica disponibilizada pelo SIH-SUS, pois, mesmo com a existência de cursos para a formação de codificadores, não há interesse da parte dos gestores hospitalares na formação destes profissionais.

A informação diagnóstica no SIH-SUS está restrita ao Diagnóstico Principal e Diagnóstico Secundário e duas outras variáveis que foram criadas mais recentemente: Diagnóstico de Causas Associadas e Diagnóstico de Causas de Morte.

Segundo a portaria que cria o Diagnóstico de Causas Associadas*, o Diagnóstico Principal deve ser preenchido obrigatoriamente com a CID-10 e *“corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar”*. O Diagnóstico Secundário deve ser preenchido com a CID-10 e *“corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base”*. O Diagnóstico de Causas Complementares também deve ser preenchido com a CID-10 e *“corresponde a outras patologias apresentadas pelo paciente”*.

Na portaria também é informado que *“todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém os campos 22 (Diagnóstico Secundário) e 23 (Diagnóstico de Causas Associadas) não são obrigatórios, exceto nos casos previstos em normatização específica, estabelecida por gestor federal, estadual ou municipal”*. Contudo, mesmo com todos os campos de CID ditos, importantíssimos, para a avaliação epidemiológica, não foram instituídas regras claras para seu preenchimento ou foram estabelecidos incentivos para aumentar o registro desta informação no sistema.

As Causas de Morte possuem preenchimento que obedece a regras internacionais no Sistema de Mortalidade. A criação da variável de Diagnóstico de Causas de Morte, além de representar duplicação na informação sobre óbitos, por não possuir preenchimento estabelecido de acordo com as mesmas regras do SIM, já é criada com pouca ou nenhuma confiabilidade.

A ausência de regras ou instruções detalhadas para o preenchimento das novas variáveis parece as condenar a precariedade no preenchimento e, no caso da variável

* De acordo com a OMS, disponível em : <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

* Portaria MS/SAS 743 de 22 de dezembro de 2005 (Ministério da Saúde do Brasil¹⁶³, 2005).

Diagnóstico de Causas Associadas, cujo preenchimento é facultativo, ao subregistro, tal como tem acontecido com o Diagnóstico Secundário.

A portaria de criação do Diagnóstico de Causa de Morte** informa que este é criado, considerando “*a necessidade contínua da atualização dos sistemas*” e “*todo o movimento que o Ministério da Saúde vem realizando na direção de aprimorar a qualidade da informação*”.

Se o Ministério da Saúde vem fazendo movimento “*na direção de aprimorar a qualidade da informação*”, este movimento não se percebe na análise das portarias que versam sobre a assistência hospitalar e o SIH-SUS, que em sua absoluta maioria, estão restritas à introdução de alterações no mecanismo de reembolso. As medidas voltadas para o aprimoramento da qualidade da informação não tem sido efetuadas com a frequência, objetividade ou efetividade necessárias. Segundo Mendes et. al²³ (2000), a criação do SIH-SUS guiou-se pelo “*elemento despesa*” e as tentativas de aprimoramento do sistema estão restritas ao binômio produção/despesas.

Embora na Espanha e em Portugal, o profissional codificador seja treinado na utilização da CID, a quantidade de variáveis para a informação de comorbidades e complicações seja satisfatória e não tenham sido encontradas informações sobre subregistro, estudos sobre a codificação clínica na Espanha e em Portugal demonstram que a qualidade da informação ainda é um problema também nestes países. Em dois estudos espanhóis de Calle et al.⁶⁰ (2001) e Vega⁶¹ (2003), apontam problemas como discordâncias entre a informação do prontuário e do CMBD e erros de codificação. Estudo de Amaro et al.²⁹³ (2008), em estudo sobre a codificação nos hospitais SNS nos anos de 2006 e 2007, em Portugal, conclui que 50% dos registros apresentam erros de codificação.

A modalidade de pagamento adotada para o reembolso hospitalar cria incentivos de natureza positiva e negativa afetando o comportamento dos prestadores e influenciando a informação captada pelo sistema. O sistema de pagamento para o reembolso aos hospitais, adotado pelo Brasil, Espanha e Portugal possui características em comum: são sistemas de pagamento prospectivo; são utilizados no sistema público de saúde; possuem classificação baseada em combinações de procedimentos e diagnósticos; (Zanetta¹⁴, 2003); o pagamento é feito com base em um valor fixo (atribuído ao DRG ou procedimento). E segundo Noronha³¹³ (2001), à época da construção da tabela de procedimentos foi avaliada a possibilidade de utilização da

** Portaria SAS/MS 718 de 28 de setembro de 2006 (Ministério da Saúde do Brasil²⁴⁶, 2006).

classificação DRG no Brasil, contudo, devido à ausência de recursos humanos, técnicos e tecnológicos, a idéia foi abandonada.

A maior diferença entre o sistema de pagamento adotado para o reembolso hospitalar entre Espanha e Portugal e o Brasil é relativa à classificação. A classificação DRG adotada por Espanha e Portugal é mais eficiente e, diferentemente da classificação por procedimentos, utiliza variáveis que possibilitam a diferenciação dos pacientes segundo a gravidade da doença e que diferenciam, de forma mais ampla, o consumo de recursos; oferecendo subsídios à avaliação da qualidade dos serviços e análise dos custos hospitalares, como também, à programação e a gerência de serviços.

A inexpressiva quantidade de portarias que visem melhorias na qualidade da informação do sistema, faz supor que grande parte dos dados do SIH-SUS não é utilizada para implementação de políticas de saúde, o que acaba sendo mais maléfico para a qualidade da informação do sistema que os problemas oriundos de sua concepção. Outro fator que contribui negativamente para qualidade da informação é a ausência de mecanismos de auditoria ou de regulação efetivos em prol da qualidade da informação.

Os gestores do SIH-SUS no Ministério da Saúde necessitam compreender as necessidades e problemas detectados pelos usuários do sistema, com atenção especial, aos fatores críticos à qualidade da informação identificados pelos pesquisadores brasileiros. Necessitam, também, voltar o olhar para os sistemas de informações hospitalares de países como Espanha e Portugal, buscando conhecer como estes têm resolvido suas questões, muito semelhantes às nossas, e cujas soluções possam ser adaptadas à nossa realidade.

O SIH-SUS e seus antecessores contam uma parte importante da política de saúde brasileira, sendo instrumento e reflexo de políticas relativas à assistência hospitalar, sofrendo inúmeras influências e induzindo comportamentos. Deve assim, ser valorizado em seus pontos positivos e trabalhado no sentido de superar seus pontos negativos, para transformá-lo em um verdadeiro sistema de informações, de maior utilidade para todos os seus usuários e também, e principalmente, para a implementação das políticas do próprio Ministério da Saúde.

6. Referências

- 1- Baptista TWF. **A história das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 29-60.
- 2- Santos NR. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos.** Saúde debate. 2009 Abr; 81(33):13-26.
- 3- Noronha JC, Lima LD, Machado CV. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.
- 4- Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais** [base de dados na Internet]. Rio de Janeiro: ANS. c2008 – [acesso em 2009 Set 14]. Disponível em: http://anstabnet.ans.gov.br/deftohtm.exe?dados/TABNET_BR.DEF
- 5- Departamento de Informática do SUS . **PNIIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta Versão 2.0.** Brasília; 2004. DATASUS. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf
- 6- Vidor AC. **Sistemas de informação em saúde: situação atual em municípios de pequeno porte** [dissertação na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2004 [acesso em 2009 jan 14]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6474/000485679.pdf?sequence=1>
- 7- Guimarães EMP. **Sistema de Informação Hospitalar: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais** [tese na internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 2004 [acesso em 2009 Fev 09]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-20032006-095010/>
- 8- Bourret C. **Data concerns and challenges in health: networks, information systems and electronic records.** Data Sci J [periódico na internet]. 2004 Set [acesso em 2009 Mar 20];3(17):96-113. Disponível em: http://www.jstage.jst.go.jp/article/dsj/3/0/3_96/_article
- 9- AbouZahr C, Boerma T; OMS. **Bulletin of the World Health Organization. Health information systems: the foundations of public health.** WHO [disponível na internet]. Genebra (Suíça); 2005 [acesso em 2009 Mar 02];83(8):578-83. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/578.pdf>
- 10- Camargo Jr. KR, Coeli CM, Moreno AB. **Informação e avaliação em saúde.** In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.251-66.
- 11- Borba GS, Kliemann Neto FJ. **Gestão hospitalar: identificação de práticas de aprendizagem existentes nos hospitais.** Saúde Soc [periódico na internet]. 2008 Jan-Mar [acesso em 2009 Fev 18];17(1):44-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100005&lang=pt
- 12- Bates DW. **The effects of health information technology on inpatient care.** Arch Intern Med [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2009 Mar 18];169(2):105-7. Disponível em <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/short/169/2/105>
- 13- Escrivão Junior A. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos.** Cienc saúde coletiva [periódico na internet]. 2007 Jun [acesso em 2009 Jan 11]; 12(3): 655-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300015&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232007000300015.

- 14- Zanetta SFR. **Uso de DRGs – Diagnosis Related Groups para qualificação das AIHs – Autorização de Internação Hospitalar como instrumento de gestão de serviços e sistemas de saúde.** 2003 [disponível na internet]. [acesso em 2009 Jan 12]. Disponível em: www.abres.cict.fiocruz.br/docs/23.pdf
- 15- Koizumi MS, Lebrão ML, Mello-Jorge MHP, Primerano V. **Morbimortalidade por Traumatismo Crânio-Encefálico no Município de São Paulo, 1997.** Arq Neuropsiquiatr [periódico na internet]. 2000 [acesso em 2009 Out 02]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100013&lng=en. doi: 10.1590/S0004-282X2000000100013.
- 16- Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva.** Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 Jan [acesso em 2009 Jan 01]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100003
- 17- Carvalho DMT. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS.** In: Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde – Produção e disseminação de informação sobre saúde no Brasil. Brasília: Editora MS; 2009. p. 49-70.
- 18- Veras CMT, Martins MS. **A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saúde Publ [periódico na internet]. 1994 Set [acesso em 2009 Fev 02]; 10(3): 339-55. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000300014&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1994000300014.
- 19- Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. **Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados.** Cad Saúde Publ [periódico na internet]. 2004 Dez [acesso em 2009 Out 10]; 20(6):1617-26. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2004000600020.
- 20- Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. **AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saúde Publ [periódico na internet]. 2005 Ago [acesso em 2009 Out 02]; 21(4):1065-76. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400009&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400009.
- 21- Campos D, Loschi RH, França E. **Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação.** Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Out 02]; 10(2):223-38. Disponível em Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000200010&lng=pt. doi: 10.1590/S1415-790X2007000200010.
- 22- Bittencourt SA, Leal MC, Santos MO. **Hospitalizações por diarreia infecciosa no Estado do Rio de Janeiro.** Cad Saúde Publ [periódico na internet]. 2002 Jun [acesso em 2009 Out 10]; 18(3): 747-54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300023&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000300023.
- 23- Mendes ACG, Silva Junior JB, Medeiros KR, Lyra TM. **Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória.** Inform Epidem do SUS [periódico na internet]. 2000 Jun [acesso em 2009 Out 02];9(2):67-86. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000200002&lng=pt&nrm=iso
- 24- Melione LPR, Mello Jorge MHP. **Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil.** Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 02];11(3):379-92. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300005&lng=pt. doi: 10.1590/S1415-790X2008000300005.

- 25- Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. **A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001.** Cad Saúde Publ [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 02];24(6):1344-54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600015&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000600015.
- 26- Lobato G, Reichenheim ME, Coeli CM. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D).** Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 Mar [acesso em 2009 Jan 01]; 24(3):606-14. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300014&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300014.
- 27- Pinheiro RS, Coeli CM. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS: aprimoramento da qualidade e inclusão de campos adicionais.** Cad Saúde Colet [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Abr 12]; 15(2):167-8. Disponível em http://www.iesc.ufrj.br/csc/2007_2/editorial_2007_2.pdf
- 28- Levin J. **A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo sistema de informações hospitalares do SUS** [dissertação na internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2006 [acesso em 2009 Abr 22]. Disponível em http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/2/0/302-Levin,_Jacques.pdf
- 29- Olete RR. **Percepção da qualidade da informação.** Ci. Inf., Brasília [periódico na internet] 35(1). 2006 [acesso em 2009 Mar 29]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ci/v35n1/v35n1a07.pdf>
- 30- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Países. Brasil** [página na internet]. [atualizada em 2008 Ago 14; acesso em 2009 Ago 26]. IBGE. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1435&id_pagina=1
- 31- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para residentes nos Municípios** [página na internet]. [atualizada em 2008 Ago 14; acesso em 2009 Ago 26]. IBGE. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1435&id_pagina=1
- 32- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores Básicos da Saúde 2008** [página na internet]. Brasília; c2008 [atualização 2009; acesso em 2009 Jul 15]. RIPSAs. Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/matriz.htm>
- 33- Organização Mundial da Saúde. **Countries** [página na internet]. Genebra:WHO; c2009 [atualização 2008; acesso em 2009 Jun 29]. Disponível em <http://www.who.int/countries>
- 34- Ministerio de la Presidencia. **España hoy** [disponível na internet]. 2009 [acesso em 2009 Set 16]. Disponível em <http://www.la-moncloa.es/Espana/Espaniahoy/default.htm>
- 35- Instituto Nacional de Estadística. **Anuário Estadístico de España.** INE [disponível na internet]. INE 2009 [acesso em 2009 Nov 20]. Disponível em http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios_mnu.htm
- 36- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **OECD Health Data 2009. How Does Spain Compare.** [disponível na internet]. OCDE 2009 [acesso em 2009 Set 18]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/46/7/38980294.pdf>
- 37- Instituto Nacional de Estadística. **España em Cifras.** [disponível na internet]. INE 2009 [acesso em 2009 Set 17]. Disponível em <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/espcef/espcef.htm>
- 38- **Instituto Nacional de Estatística** [página na internet]. Lisboa: INE. 2009 [acesso em 2009 Ago 14]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- 39- Santana R. **O financiamento hospitalar e a definição de preços.** Rev Port Saúde Pública [disponível na internet] 2005 [acesso em 2009 Set 24]; (5): 93-118 Disponível em

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-06-2005.pdf>

- 40- Hsiao WC. **What is a health system? Why should we care?** Working Paper. Cambridge, Massachusetts. Harvard School of Public Health, Program in Healthcare Financing [disponível na internet]. 2003 [acesso em 2009 Abr 19]. Disponível em [http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-final%20\(general%20format\)%208.5.03.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-final%20(general%20format)%208.5.03.pdf)
- 41- Oliván JAS. **Sistemas de informacion hospitalarios : el C.M.B.D.** Scire [periódico na internet]. 1997 Dez [acesso em 2009 Set 26]; 3(2):115-30. Disponível em <http://ibersid.eu/ojs/index.php/scire/article/view/1081/1063>
- 42- Noronha MF, Veras CT, Leite UC, Martins MS, Neto FB, Silver L. **O desenvolvimento dos “Diagnosis Related Groups” – DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares.** Rev Saúde Publ [periódico na internet]. 1991 [acesso em 2009 Jun 01]; 25(3):198-208. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300007&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89101991000300007.
- 43- Capurro R, Hjørland B. **O Conceito de Informação.** Perspec Ciênc Inform [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2008 Nov 24]; 12(1): 148-207. Disponível em <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/viewFile/54/47>
- 44- Burke P. **Uma história social do conhecimento – de Gutenberg a Diderot.** 2003. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
- 45- Branco MAF. **Informações em saúde – uma ciência e suas políticas em uma nova era.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- 46- Buckland M. **Information as a thing.** Michael Buckland’s Homepage. 1991 [acesso em 2009 Out 01]. Disponível em <http://people.ischool.berkeley.edu/~buckland/thing.html>
- 47- Paim I, Nehmy RMQ, Guimarães CG. **A problematização do conceito de qualidade da informação. Perspec cienc inform** [periódico na internet]. 1996 [acesso em 2009 Abr 02]. Disponível em <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/view/8>.
- 48- Wang R, Strong DM. **Beyond accuracy: what data quality means to data consumers.** J Managem Inform Systems [disponível na internet]. 1996 [acesso em 2009 Out 10]; 12(4) 5-34. Disponível em [http://w3.cyu.edu.tw/ccwei/PAPER/ERP/data%20quality\(JMIS\).pdf](http://w3.cyu.edu.tw/ccwei/PAPER/ERP/data%20quality(JMIS).pdf)
- 49- Branco MAF. **Sistemas de informação em saúde no nível local.** Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 1996 [acesso em 2009 Dez 03]12(2):267-70. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200016&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1996000200016.
- 50- Vasconcellos MM, Moraes IHS, Cavalcante MT. **Políticas de Saúde e Potencialidades de uso das tecnologias de informação.** Saúde Debate. Ago 2002; 26(61):219-35
- 51- Moraes IHS. **Informações em saúde – da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo: Hucitec, 1993.
- 52- Organização Mundial da Saúde. **The world health report 2003.** WHO [disponível na internet]. Genebra (Suíça). 2003 [acesso em 2009 Abr 29]; Disponível em <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html>
- 53- Ministério da Saúde. **Introdução.** In: Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde – Produção e disseminação de informação sobre saúde no Brasil. Brasília: Editora MS; 2009. p. 7-10.
- 54- Almeida MF. **Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes.** Cad Saude Pública [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2009 Dez 01]; 20(Sup 2):169-70]. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800011&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800011.

- 55- Roger F, Francis H: **Hospital Information Systems in Europe: Trends Towards Uniformity in Patient Record Summaries**. In: Casas M, Wiley MM. *Diagnosis Related Groups in Europe. Uses and perspectives*. Springer Verlag, Berlin, 1993
- 56- Commission of the European Communities. **Communication from the Commission to the Council and the European Parliament Concerning Advanced Informatics in Medicine** [disponível na internet]. Bruxelas:1989 [acesso em 2009 Out 21]. Disponível em http://aei.pitt.edu/10014/01/68357_1.pdf
- 57- Ministerio de Sanidad y Consumo. **El Proyecto Nipe y el Proyecto Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud**. In: El Proyecto N.I.P.E - Normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. [acesso em 2009 Set 26]. Disponível em <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>.
- 58- Council of Europe. **Recommendation 23-87 of the Committee of Ministers to Member States on hospital information systems** [disponível na internet]. 1987 [acesso em 2009 Out 10]. Disponível em <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=608209&SecMode=1&DocId=694932&Usage=2>
- 59- Reis Abreu, JM. Base de Conhecimentos em Sistemas de Informação em Medicina. **Sistema Mínimo de Informação Médico-Administrativa no Internamento**. InterSIM; 2002 [acesso em 2009 Out 31]. Disponível em <http://intersim2.med.up.pt/>.
- 60- Calle JE, Saturno PJ, Parra P, Rodenas J, MJ Pérez, San Eustaquio F et al. **Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals**. Eur J Epidemiol [disponível na internet]. 2001 [acesso em 2009 Abr 02]; 16:1080-2000. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/q26716866w781445/>
- 61- Vega RB. **Nuestra experiencia con los grupos relacionados por el diagnóstico en una unidad de cuidados intensivos**. Med Intensiva [disponível na internet] 2003 [acesso em 2009 Nov 16];27(6):391-8. Disponível em http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloId=13049934
- 62- Caminal J, Hermosilla E, Sánchez E, Urrea M, Puig P, Tomás L. **Estudio longitudinal de los reingresos en pacientes con insuficiencia cardíaca en Cataluña, 1996-1999**. Rev Esp Saúde Pública [disponível na internet]. 2004 Abr [acesso em 2009 Mar 29];2(78):267-76. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000200012&lng=es.
- 63- Cid MM, Niñirola IV, López MDC, Martínez JT, Sánchez EP, Sánchez CN. **Validación de los códigos diagnósticos de cáncer de colon y recto del Conjunto Mínimo Básico de Datos**. Gac. Sanitaria [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Nov 29]; 20(4): 266-272. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400003&lng=es.
- 64- Noronha MF, Portela MC, Lebrão ML. **Potenciais Usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares**. Cad. Saúde Pública [periódico na internet].2004 [acesso em 2009 Jan 13]; 20 supl 2:242-55. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800019&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800019.
- 65- Bentes M, Gonçalves ML, Tranquada S, Urbano J. **A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar**. Gestão Hospitalar. 1996; (3):33-43.
- 66- Urbano J, Bentes M. **Definição da produção do hospital: os Grupos de Diagnóstico Homogêneos** - Atualização texto publicado na Rev Portuguesa Saúde Pública de 1990. InterSIM. 1994 [acesso em 2009 Out 31]. Em <http://intersim2.med.up.pt/>.
- 67- Averill RF, Muldoon JH, Vertress JC, Goldfield NI, Mullin RL, Fineran EC et al. **The evolution of casemix measurement using Diagnosis Related Groups (DRGs)** [disponível na internet]. 1998 [acesso em 2009 Nov 09]. Disponível em <http://www.ymsolutions.com/Download/evolcasemix5-98.pdf>.

- 68- Vertress J. Ministerio de Sanidad y Consumo. **El uso de los grupos de diagnóstico relacionados como instrumento de financiación** in: Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud [disponível na internet]. 1999: 11-5; [acesso em 2009 Set 25]. Disponível em <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>
- 69- Veras CMT, Braga Neto FC, Noronha MF, Martins MS. **Diagnosis Related Groups – DRG’s: Avaliação do uso de uma metodologia de mensuração do produto hospitalar com utilização de base de dados do SAMHPS/AIH na Cidade do Rio de Janeiro**. Cad Saúde Pública [periódico na internet] 1990 Set [acesso em 2009 Jun 11];6(3):330-7. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300009&lng=e. doi: 10.1590/S0102-311X1990000300009.
- 70- Costa C, Santana R, Boto P. **Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação** [disponível na internet]. 2008 [acesso em 2009 Set 27] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-04-2008.pdf>
- 71- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para residentes nos Municípios** [página na internet]. [atualizada em 2009 Ago 14; acesso em 2009 Ago 26]. IBGE. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1435&id_pagina=1
- 72- Brasil. **Portal do Governo Brasileiro** [página na internet]. Brasília; c2005-2007 [acesso em 2009 Set 16]. Sobre o Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/pais/>
- 73- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de desenvolvimento humano 2009** [disponível na internet]. New York: PNUD [acesso em 2010 Fev 26]. Disponível em http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf.
- 74- Carvalho DMT. **Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil**. Ciênc saúde coletiva [periódico na Internet]. 2007 Ago [acesso em 2009 Abr 24];12(4): 879-92. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232007000400010.
- 75- Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. **Transição epidemiológica e o estudo de doença no Brasil**. Ciênc saúde coletiva [periódico na internet].2004 [acesso em 2009 Abr 24] ;9(4):897-908. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232004000400011.
- 76- Vecina Neto GV, Malik AM. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciênc saúde coletiva [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Marc 04];12(4):825-39. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002
- 77- Departamento de Informática do SUS. **Atendimentos Prestados** [página na internet]. Brasília:DATASUS; [atualizada em 2009 Dez 15; acesso em 2009 Dez 15]. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento_Prestado.asp
- 78- Organização Pan-Americana da Saúde. **O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança**. OPAS. 2008 [acesso em 2009 Fev 15]. Disponível em http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=298
- 79- Brasil. **Constituição da República. Artigo 199**. [disponível na internet]. Brasília, Senado Federal, 1988. [acesso em 2009 Abr 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
- 80- Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde**. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2008 Out [acesso em 2009 fev 08]; 13(5):1431-40. Disponível em

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en
doi: 10.1590/S1413-81232008000500009

- 81- Brasil. **Decreto-Lei 72 de 21 de novembro de 1966**. Unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social [disponível na internet]. 1966 [acesso em 2009 Ago 27]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1965-1988/Del0072.htm
- 82- Oliveira JAA, Teixeira SMF. **(Im)Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes. 1989
- 83- Brasil. **Decreto-Lei 200 de 25 de fevereiro de 1967**. Disposições sobre a organização da Administração Federal e a Reforma Administrativa [disponível na internet]. 1967 [acesso em 2009 Out 24]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm
- 84- Brasil. **Emenda Constitucional 1 de 17 de outubro de 1969. Art. 170**. Determinação de que compete, preferencialmente às empresas privadas a organização e exploração das atividades econômicas [disponível na internet]. 1969 [acesso em 2009 Out 24]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm
- 85- Menicucci TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil – atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- 86- Brasil. Presidência da República. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disposição sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [disponível na internet]. Brasília; 1990 [acesso em 2009 Jul 12]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
- 87- Matta GC. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.61-80.
- 88- Brasil. Presidência da República. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disposição sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [disponível na internet]. Brasília; 1990 [acesso em 2009 Abr 23]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
- 89- Brasil. Presidência da República. **Decreto 6.860 de 27 de março de 2009**. Aprovação a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde [disponível na internet]. Brasília; 1990 [acesso em 2009 Dez 27]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6860.htm
- 90- Brasil. Presidência da República. **Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Criação a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2008 Nov 30]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm
- 91- Gerschman S, Santos MAB. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. Rev Bras Ci Soc [periódico na internet]. 2006 Jun [acesso em 2009 Set 14];21(61):177-90. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010
- 92- Campelli MGR, Calvo MCM. **O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil**. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 Jul [acesso em 2010 jan 25]; 23(7):1613-23. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2007000700012.
- 93- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD 2003 – Suplemento Saúde** [disponível na internet]. IBGE. 2003 [acesso em 2009 Out 16]. Disponível em <http://www.ibge.com.br/>
- 94- Santos MAB, Gerschman S. **As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores**. Cienc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2009 Set 14]. Disponível em

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300030&lng=pt
doi: 10.1590/S1413-81232004000300030

- 95- Baldijão MFA. **Sistemas de Informação em Saúde..**São Paulo em Perspectiva [disponível na internet]. 1992 [acesso em 2009 Abr 27]; 6(4):21-28.. Disponível em https://www.seade.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_04.pdf
- 96- Levcovitz E, Pereira TRC. **SIH/SUS (sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração das internações hospitalares no Brasil – 1983-1991.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ; 1993
- 97- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 896 de 29 de junho de 1990.** Determinação ao INAMPS da implantação do SIH-SUS e o SIA-SUS [disponível na internet] Brasília; 1990 [acesso em 2009 Ago 18]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 98- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria Interministerial MEC/MS 1.006 de 27 de maio de 2004.** Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Dez 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>.
- 99- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.044 de 01 de junho de 2004.** Instituição da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Dez 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1044.htm>
- 100- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.702 de 17 de agosto de 2004.** Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Dez 17]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>
- 101- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.721 de 21 de setembro de 2005.** Criação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS [disponível na internet]. Brasília;2005 [acesso em 2009 Dez 28].Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1721.htm>
- 102- Durán A, Lara JL, Waveren M. European Observatory on Health Systems and Policies. **Health system in transition – Spain Health system in review** [disponível na internet]. 2006 [acesso em 2009 Set 22]; 8(4). Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e89491.pdf>
- 103- Instituto Nacional de Estadística. **Indicadores Sociales 2008.** INE [disponível na internet]. INE 2009 [acesso 2009 Dez 21]. Disponível em <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales08/sociales.htm>
- 104- Instituto Nacional de Estadística – **Encuesta de Condiciones de Vida 2008.** [disponível na internet]. INE 2009 [acesso em 2009 Dez 21]. Disponível em <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453&file=inebase>
- 105- Instituto Nacional de Estadística. **Cifras de Población y Censos demográficos.** INE [disponível na internet] INE 2009 [acesso em 2009 Dez 21]. Disponível em http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- 106- Ministerio de Sanidad y Política Social. **Catálogo Nacional de Hospitales 2008.** [disponível na internet] 2009 [acesso em 2009 Set 21]. Disponível em <http://www.msps.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
- 107- Ministério de Sanidad y Política Social. **Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 2007** [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2009 Set 29]. Disponível em <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/home.htm>
- 108- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud 2007.** [disponível na internet] 2007 [acesso em 2009 Set 17]. Disponível em http://www.msps.es/ca/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm

- 109- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Sistema Nacional de Salud España**. [disponível na internet] 2008 [acesso em 2009 Mai 13] Disponível em <http://www.msps.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>
- 110- Ministério da Saúde de Portugal. **Relatório Final da Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde** [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2009 Set 23] [186 páginas]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>
- 111- Rodríguez E, Puelles PG, Jovell AJ. **The Spanish health care system: lessons for newly industrialized countries** [disponível na internet]. Health Police and Planning. 1999 [acesso em 2009 Nov 23]; 14(2):164-173. disponível em <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/2/164.pdf>
- 112- Espanha. **Real Decreto Lei 36 de 16 de novembro de 1978**. Disposição sobre a gestão institucional da Seguridade Social, a saúde e o emprego [disponível na internet]. Madrid; 1978 [acesso em 2009 Dez 13]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd136-1978.html
- 113- Espanha. **Constituição Espanhola** [disponível na internet]. Madrid, 1978. [acesso em 2009 Nov 11]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/busca-db-leg.php
- 114- Espanha. **Lei 14 de 25 de abril de 1986**. Lei Geral da Saúde. Madrid, 1986 [acesso em 2009 Nov 16]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.tp.html
- 115- Sánchez-Martínez F, Abellán-Perpiñan, Martínez-Pérez JE, Puig-Junoy J. **Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals**. Health Care Manage Sci [periodico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Dez 18] Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/830n553122113h5m/>
- 116- Espanha. **Real Decreto 840 de 02 de agosto de 2002**. Modificação da estrutura do Ministério de Sanidad y Consumo [disponível na internet]. Madrid, 2002 [acesso em 2009 Dez 03]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Derogadas/r0-rd840-2002.html
- 117- Ministério de Sanidad y Política Social. **CISNS introducción y Marco Legal** [disponível na internet] Madrid, 2009. [acesso em 2009 Set 20]. Disponível em <http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>
- 118- Espanha. **Lei 16 de 28 de maio de 2003**. Lei de coesão e qualidade do SNS [disponível na internet]. Madrid, 2003; [acesso em 2009 Ago 15]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/116-2003.html
- 119- Murillo C. **El sistema sanitario en España**. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. [disponível na internet] 1998 [acesso em 2009 Nov 23]. Disponível em <http://www.fedea.es/pub/eee/eee39.pdf>
- 120- Espanha. **Lei 21 de 27 de dezembro de 2001**. Regulação das medidas fiscais e administrativas do novo sistema de financiamento das Cidades Autônomas e das Cidades com Estatuto de Autonomia [disponível na internet]. Madrid, 2001 [acesso em 2009 Nov 22]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/ficha.php?id=25757
- 121- Manjavacas FAF. **Algunas cuestiones relativas a la eficacia del Sistema sanitario público en España**. Facultad de Ciências Empresariales [disponível na internet] 1998 [acesso em 2009 Dez 08] Disponível em <http://eprints.ucm.es/6660/>
- 122- Cornejo BG. **La experiencia em contabilidad de costes y benchmarking del Sistema Nacional de Salud español. Balance de una década**. Universidad de la Rioja [periódico na internet] 2004 [acesso em 2009 Jun 26] Disponível em <http://external.doyma.es/pdf/261/261v2n1a13059391pdf001.pdf>
- 123- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario**. In Informe anual do sistema nacional de saúde. 2005 [acesso em 2009 Nov 25]. Disponível em <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>

- 124- Portugal. **Página do Governo de Portugal**. [página na internet] 2009 [acesso em 2009 Set 16]. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Pages/Inicio.aspx>
- 125- Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia. **Presidency of the Council of the European Union Portugal 2007**. [disponível na internet] 2007 [acesso em 2009 Jun 27]. Disponível em http://www.contratuizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/Health_in_Portugal.pdf
- 126- Banco Mundial. **HNPStats** [página na internet]. Washington DC: World Bank; c2007; 2009 [acesso em 2009 Set 23]. Disponível em: <http://go.worldbank.org/N2N84RDV00> [acesso em 2009 Set 22] [163 páginas]. Disponível em <http://euro.who.int/Document/E90670.pdf>
- 127- Barros PP, Simões JA. **Health System in Transition – Portugal – Health System in Review**. European Observatory of Health Systems and Policies [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2009 Set 22] [163 páginas]. Disponível em <http://euro.who.int/Document/E90670.pdf>.
- 128- Observatório das Desigualdades. **Desigualdade Econômica em Portugal** [disponível na internet]. 2009. [acesso em 2009 Set 20] Disponível em <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp>
- 129- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **OECD Health Data 2009. How Does Portugal Compare**. OCDE [disponível na internet]. 2009 [acesso em 2009 Set 18]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/FEV2009/Dados_OCDE_2008.pdf
- 130- Instituto Nacional de Estatística. **Anuário Estatístico de Portugal 2008**. [disponível na internet]. INE 2009 [acesso em 2010 Fev 10]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=80161516&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2
- 131- Instituto Nacional de Estatística. **Indicadores Sociais 2008**. INE [disponível na internet]. 2009 [acesso em 2010 Fev 10]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=62622412&PUBLICACOESmodo=2
- 132- Ministério da Saúde de Portugal. **Sistema de classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogêneos (GDH) – Informação de Retorno – Nacional. 2006**. [disponível na internet] 2007 [acesso em 2009 Jun 16]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/SNS/Informa%C3%A7%C3%A3odeActividade/tabid/123/language/en-US/Default.aspx>
- 133- Instituto Nacional de Estatística. **Conceitos** [página na internet] Lisboa: INE. 2005 [acesso em 2010 Jan 24]. Disponível em <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT#H>.
- 134- Portugal. **Decreto-Lei 157 de 10 de maio de 1999**. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde [disponível na internet]. Lisboa, 1999 [acesso em 2009 Ago 08]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/05/108A00/24242435.pdf>
- 135- Oliveira MD, Bevan G. **Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs**. Health Policy [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2009 Mar 04]; 66(3):277:93. Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/portugal.pdf>
- 136- Barros PP, Gomes JP. **Aspectos gerais do Sistema de financiamento hospitalar** [disponível na internet]. 2002 [acesso em 2009 08 05] [20 páginas]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-sumario.pdf
- 137- Portugal. **Decreto-Lei 413 de 27 de setembro de 1971**. Reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência [disponível na internet] Lisboa; 1971 [acesso em 2009 Dez 04]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1971/09/22800/14061434.pdf>

- 138- Viegas V, Frada J, Miguel JP; Direcção Geral da Saúde. **A Direcção-Geral da Saúde – Notas históricas** [disponível na internet]. 2006 [acesso em 2009 Jul 04] [48 páginas]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- 139- Ministério da Saúde de Portugal: **Portal da Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde; [atualização 2005 Out 12, acesso em 2009 Jul 22] Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/>
- 140- Portugal. Ministério Público Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. **Constituição da República Portuguesa**. Redação Original [disponível na internet]. 1976 [acesso em 2009 Set 24]. Disponível em http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=lei_velhas&nversao=1
- 141- Portugal. Assembléa Constituinte. **Constituição da República de 02 de abril de 1976**. Alterada pelas Leis Constitucionais 01 de 30 de Setembro de 1982; 01 de 8 de Julho de 1989; 01 de 25 de Novembro de 1992; 01 de 20 de Setembro de 1997; 01 de 12 de Dezembro de 2001; 01 de 24 de Julho de 2004 e; 01 de 12 de Agosto de 2005. [disponível na internet]. Lisboa; 2005 [acesso em 2009 Ago 10]. Disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/crp.html>
- 142- Portugal. **Lei 56 de 15 de setembro de 1979**. Criação do SNS [disponível na internet] Lisboa; 1979 [acesso em 2009 Set 23] . Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1979/09/21400/23572363.pdf>
- 143- Portugal. Presidência da República. **Lei 48 de 24 de agosto de 1990**. Lei de Bases da Saúde (com alterações introduzidas pela Lei 27 de 8 de novembro de 2002). [disponível na internet]. Lisboa; 1990 [acesso em 2009 Jul 22]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- 144- Portugal. Presidência da República. **Decreto-Lei 212 de 27 de outubro de 2006**. Lei Orgânica do Ministério da Saúde (com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 234 de 2 de dezembro de 2008).[disponível na internet]. Lisboa;2006 [acesso em 2009 Jul 22]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/lei+organica/lei+organica2.htm~>
- 145- Portugal. Presidência da República. **Decreto-Lei 11 de 15 de janeiro de 1993** – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde [disponível na internet]. Lisboa;1993 [acesso em 2009 Jul 22]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/estatuto+do+sns/estatuto+sns.htm>
- 146- Portugal. Presidência da República. **Decreto-Lei 28 de 22 de fevereiro de 2008**. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde [disponível na internet] Lisboa; 2008 [acesso em 2009 Dez 04]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- 147- Guichard S. **The reform of the health care system in Portugal**. OCDE – Organisation for Economic Co-operation and Development [disponível na internet]. 2004 [acesso em 2009 Fev 18]; [53 páginas]. Disponível em [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2004doc.nsf/LinkTo/NT00007BF6/\\$FILE/JT00170911.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2004doc.nsf/LinkTo/NT00007BF6/$FILE/JT00170911.PDF)
- 148- Portugal. Presidência da República. **Decreto-Lei 97 de 18 de abril de 1998** – Regulamentação regime de celebração das convenções previstas na Lei 48 de 24 de agosto de 1990 (Lei de Bases da Saúde).. [disponível na internet]. Lisboa;1998 [acesso em 2009 Ago 08]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/26A016C7-95DF-407E-848A-3A4BB58E57EC/0/17091711.pdf>
- 149- Simões JA. **As parcerias público-privadas no sector de saúde em Portugal**. Revista Portuguesa de Saúde Pública [disponível na internet]. 2004 [acesso em 2009 Set 24];(3);79-90. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/conteudos/conteudos_2004_vol_tematico

- 150- Mateus C. **O Financiamento Hospitalar com Grupos de Diagnósticos Homogêneos: Resultados para Portugal entre 1995 e 2001.** XXIV Jornada de Economía de La Salud. Fundación Gaspar Casal. [disponível na internet]. 2004 [acesso em 06 Ago 2009]. Disponível em http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu_mateus.pdf
- 151- Lima EM, Whyne DK. **Finance and Performance of Portuguese Hospitals** [disponível na internet]. 2003 [acesso em 2009 Nov 11]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2002>
- 152- Urbano J, Bentes M, Vertrees JC. **Portugal national commitment and the implementation of DRGs.** In Kimberly JR, Pouvourville G and associates; The migration of managerial innovation – Diagnosis Related Groups an health care administration in Western Europe. San Francisco: Jossey-Bass; 1993. p. 215-53.
- 153- Ministério da Saúde de Portugal. **Portaria 132 de 30 de janeiro de 2009.** Estabelecimento das tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde [disponível na internet]. Lisboa; 2009 [acesso em 2009 Jul 23]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/02100/0066000758.pdf>
- 154- Ministério da Saúde de Portugal. **Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia.** [disponível na internet] 2005. [acesso em 2009 Dez 16] Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/SIGIC/tabid/122/language/pt-PT/Default.aspx>
- 155- Portugal. **Despacho 721 de 11 de janeiro de 2006.** Aprovação das cláusulas contratuais gerais dos Contratos-Programa [disponível na internet] 2006 [acesso em 2009 Nov 21]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais_EPE_SPA/Hospitais_EPE/Contratos_Programa/Cl%C3%A1usulasContratuaisGerais_CP_2006.pdf
- 156- Ministério da Saúde de Portugal. **Hospitais SNS Contrato-Programa 2009 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos.** [disponível na internet] 2008 [acesso em 2009 Ago 06] Disponível em http://www.contratuizacao.min-saude.pt/Areas/Inst_SNS/Hospitais/
- 157- Ministério da Saúde de Portugal. **SIGIC Linha Directa nº 09** [disponível na internet]. 2005 [acesso em 2009 ago 03]. Disponível em <http://www.igif.min-saude.pt/NR/rdonlyres/578CD003-B3BA-47B5-A89E-3A5B9BBADED2/4572/LinhaDirectaN9Esclarecimentossobreofinanciamentoda.pdf>
- 158- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 130 de 12 de fevereiro de 1999.** Estabelecimento dos gestores dos sistemas de informação de base nacional. Brasília, 1999 [acesso em 2009 Mar 29]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 159- Departamento de Informática do SUS. **TABNET. DATASUS.** 2009 [acesso em 2009 Out 10] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>
- 160- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 113 de 04 de setembro de 1997.** Determinação das regras a serem observadas para o internamento eletivo e de urgência. [disponível na internet]. Brasília; 1997 [acesso em 2009 Set 02]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 161- Ministério da Saúde do Brasil. **Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar.** [disponível na internet] Brasília: Editora MS. 2007 [acesso em 2009 Set 02] Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf
- 162- Ministério da Saúde do Brasil. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar Versão Junho-2009** [disponível na internet]. Brasília; 2009 [acesso em 2009 08 28]. Disponível em <http://sihd.datasus.gov.br>
- 163- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 743 de 22 de dezembro de 2005.** Exclusão dos quatro modelos vigentes dos seguintes laudos do SIH/SUS e criação de dois novos modelos. Criação da variável de Diagnóstico de Causas Complementares. [disponível na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 2009 Set 02]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-743re.htm>

- 164-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 719 de 28 de dezembro de 2007.** Inclusão do campo Raça/Cor, nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar-(SIA/SIH/SUS) [disponível na internet]. Brasília; 2007[acesso em 2009 Set 09]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-719.htm>
- 165-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 648 de 28 de outubro de 2004.** Determinação das séries numéricas de AIH para os Estados e Distrito Federal, a serem utilizadas a partir de janeiro de 2005, até que seja implantado o Sistema Descentralizado do SIH. [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Set 03]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-648.htm>
- 166-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 567 de 13 de outubro de 2005.** Determinação para que a partir da competência janeiro 2006, a definição da série numérica para as autorizações de internações hospitalares [disponível na internet]. Brasília; 2005[acesso em 2009 Set 03]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-567.htm>
- 167-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria Conjunta SE/SAS/MS 23 de 21 de maio de 2004.** Disponibilização do Módulo Autorizador para os gestores locais [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Dez 20]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-23CJ.htm>
- 168-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 472 de 22 de agosto de 2008.** Redefinição dos prazos para que os Sistemas SAI/SUS e SIH/SUS realizem a crítica da produção em relação os códigos da CBO (Classificação Brasileira de Ocupação), e os definidos na Tabela de Procedimentos. Estabelecimento da validade das AIHs [disponível na internet]. Brasília; 2007[acesso em 2009 Ago 31]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-472.htm>
- 169-** Brasil. **Lei 6.125 de 04 de novembro de 1974.** Criação da DATAPREV. Brasília, 1974 [acesso em 2009 Set 05]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6125.htm
- 170-** Veras CMT. **Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986.** Londres, 1992 [Tese de Doutorado - London School of Economics and Political Science].
- 171-** Santos FP, Merhy EE. **A regulação pública da saúde do Estado brasileiro – uma revisão.** Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2006 Jun [acesso em 2009 Abr 21];9(18):25-41. Disponível em <http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200009&lng=en&nrm=iso>.
- 172-** Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria Interministerial 15 de 22 de maio de 1987.** Criação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD) e estabelecimento de critérios e parâmetros para a sua aplicação. Brasília; 1987 [acesso em 2009 Ago 28]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 173-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 821 de 4 de maio de 2004.** Determinação para a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar – SIH. [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-821.htm>
- 174-** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Centro Brasileiro de Classificação de Doenças** [página na internet]. CBCD. São Paulo; 2004 [atualização em 2008 Fev 27, acesso em 20 de janeiro de 2010]. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/boletim.php?&lang=pt&style=search&articleId=05130434200415>
- 175-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.311 de 12 de setembro de 1997.** Definição da competência janeiro de 1998 para a entrada em vigor do CID-10 para a morbidade hospitalar e ambulatorial. [disponível na internet]. Brasília; 1997 [acesso em 2009 Ago 21]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7125

- 176- Navarro N, Santos SR, Gribel E. **Contribuindo para a melhoria da qualidade das informações em saúde: uma análise comparativa da confiabilidade dos dados de morbidade do GIL, gerados a partir de dois processos de codificação.** 9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas [disponível na internet]. Salvador; 2005 [acesso em 2010 Fev 25]. Disponível em <http://www.icml9.org/program/track3/public/documents/Nair%20Navarro-122358.pdf>
- 177- Ministério da Saúde do Brasil. **Resolução INAMPS 227 de 29 de julho de 1990.** Determinação da Implantação do Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS, através do Sistema de Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social – SAMPHS. Brasília; 1990 [acesso em 2009 Set 04]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 178- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SNAS/MS 15 de 08 de janeiro de 1991.** Definição da ascensão automática mensal do índice de Valorização Hospitalar dos Hospitais Integrantes do SIH-SUS. Brasília; 1991 [acesso em 2009 Set 13]. Disponível em http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_pesquisa.cfm
- 179- Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução 273 de 17 de julho de 1991 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1991 (NOB-SUS 01/91)** [disponível na internet]. Brasília; 1991 [acesso em 2009 Mai 31]. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20273_17_07_1991.pdf
- 180- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. **Política de Saúde nos anos 90 relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Cien Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2009 Jul 12];6(2):269-91. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232001000200002
- 181- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SNAS/MS nº 16 de 08 de janeiro de 1991.** Extinção das Tabelas e modalidades de remuneração citadas em decorrência de normas que regulamentem qualquer tipo de pagamento hospitalar. Brasília; 1991 [acesso em 2009 Set 02]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 182- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS 01/92)** [disponível na internet]. Brasília; 1992 [acesso em 2009 Mar 26]. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf
- 183- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SNAS/MS 254 de 16 de abril de 1992.** Estabelecimento da sistemática para apresentação de AIH – Autorização de Internação Hospitalar em meio magnético pelos hospitais do SIH-SUS, para fins de processamento [disponível na internet]. Brasília; 1992 [acesso em 2009 Dez 14]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7564
- 184- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 69 de 13 de maio de 1993.** Obrigatoriedade da apresentação, em meio magnético, da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, dos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de saúde – SIH/SUS, segundo o cronograma [disponível na internet] Brasília; 1993 [acesso em 2009 Dez 13]. Espelho Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_eselho_consulta.cfm?id=3318240&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=69&data=01/01/1993&dataFim=31/12/1993&ano=&pag=1
- 185- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 118 de 29 de janeiro de 1993.** Disposições sobre o acesso aos serviços de informática e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde. [disponível na internet]. Brasília; 1993 [acesso em 2009 Ago 18]. Espelho Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_eselho_consulta.cfm?id=3303611&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=118&data=01/01/1993&dataFim=31/12/1993&ano=&pag=1

- 186-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 545 de 20 de maio de 1993.** Edição da NOB-SUS 01/93 [disponível na internet]. Brasília; 1993 [acesso em 2009 Out 26]. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>
- 187-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 199 de 03 de novembro de 1994.** Determinação de que os estados em condição de gestão simplificada que não atingirem o percentual de 80% dos municípios em qualquer situação de gestão (incipiente, parcial e simplificada) ou em cobertura populacional, receberão os recursos financeiros através do Fundo Estadual de Saúde referentes à rede própria e à rede privada de referência sob sua gestão [disponível na internet]. Brasília; 1994 [acesso em 2009 Out 26]. Disponível em sna.saude.gov.br/legisla/legisla/control.../SAS_P199_94control_av_g.doc
- 188-** Brasil. **Lei 8.689 de 27 de julho de 1993.** Extinção do INAMPS [disponível na internet]. Brasília; 1993 [acesso em 2009 Set 01]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm
- 189-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.286 de 26 de outubro de 1993.** Disposição sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços [disponível na internet]. Brasília; 1993 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/19_Portaria_1286_de_26_10_1993.pdf
- 190-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 74 de 04 de maio de 1994.** Determinação para a emissão para pacientes internados na Unidades Hospitalares do SUS de demonstrativo, quando da alta hospitalar [disponível na internet]. Brasília; 1994 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 191-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.113 de 15 de junho de 1994** [disponível na internet]. Brasília; 1994 [acesso em 2009 Ago 21]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 192-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 155 de 14 de setembro de 1994.** Definição de critérios para a promoção de aleitamento materno através da criação de Hospitais Amigos da Criança [disponível na internet]. Brasília; 1994 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 193-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 272 de 01 de março de 1995.** Estabelecimento de limite máximo de AIHs Autorizações de Internação Hospitalar a serem distribuídas mensalmente a cada Estado. [disponível na internet]. Brasília; 1995 [acesso em 2009 Ago 21]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 194-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 15 de 02 de março de 1995.** Disposição sobre o estabelecimento de tetos financeiros de cada Estado [disponível na internet]. Brasília; 1995 [acesso em 2009 Dez 13]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 195-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.692 de 14 de setembro de 1995.** Instituição do Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E. [disponível na internet]. Brasília; 1995 [acesso em 2009 Out 24]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 196-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 2.203 de 05 de novembro de 1996.** Edição da NOB-SUS 01/96 [disponível na internet]. Brasília; 1996 [acesso em 2009 Out 27]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>.
- 197-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 142 de 13 de novembro de 1997.** Disposições sobre o preenchimento de campos da Autorizações de Internação Hospitalar – AIH. [disponível na internet]. Brasília; 1997 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 198-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 2.816 de 29 de maio de 1998.** Determinação para que no programa de digitação das Autorizações de Internação Hospitalar, SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital. [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm>

- 199-** Ministério da Saúde do Brasil . **Portaria SAS/MS 94 de 16 de julho de 1998.** Rejeição de todas as AIHs de parto, se to total de cesarianas ultrapassar o limite previsto na Portaria GM/MS 2.816/98 [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 200-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 865 de 03 de julho de 1999.** Redefinição dos limites de que trata o item 01 da PT/GM/MS/Nº 2.816, de 29/05/1998 [disponível na internet]. Brasília; 1999 [acesso em 2009 Ago 21]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0865.html>
- 201-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 2.925 de 09 de junho de 1998.** Criação de mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de Urgência/Emergência e descreve os procedimentos passíveis de cobrança. [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2925.htm>
- 202-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 479 de 15 de abril de 1999.** Criação de mecanismo para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências [disponível na internet]. Brasília; 1999 [acesso em 2009 Dez 20]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0479.html>
- 203-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.016 de 19 de junho de 1998.** Instituição do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3016.htm>
- 204-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.017 de 19 de junho de 1998.** Inclusão na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS de grupos de procedimentos [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 205-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.018 de 19 de junho de 1998.** Criação de mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco. [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3018.htm>
- 206-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.477 de 21 de agosto de 1998.** Criação de mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco. [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 207-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.482 de 05 de agosto de 1998.** Inclusão na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, grupos de procedimentos [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Ago 23]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3482.html>
- 208-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.409 de 05 de agosto de 1998.** Instituição da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3409.htm>
- 209-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.825 de 03 de novembro de 1998.** Estabelecimento do limite de 25% da frequência total de procedimentos do Grupo Cirurgia Cardíaca. [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3825.html>
- 210-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 3.982 de 01 de dezembro de 1998.** Redefinição, para vigência a partir de 1º de dezembro de 1998, das diretrizes e dos critérios para pagamento da CNCPHAC [disponível na internet]. Brasília; 1998 [acesso em 2009 Set 12]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>

- 211-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 531 de 30 de abril de 1999.** Definição dos recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal. [disponível na internet]. Brasília; 1999 [acesso em 2009 Ago 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0531.html>
- 212-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 221 de 24 de março de 1999.** Determinação de que, a partir de 1/7/99, todas as unidades hospitalares passem a informar ao Ministério da Saúde, a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independente de remuneração dos serviços prestados. [disponível na internet]. Brasília; 1999 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 213-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 51 de 11 de fevereiro de 2000.** Estabelecimento, a partir de fevereiro de 2000, como forma alternativa, que as séries numéricas de AIH dos estados e Distrito Federal poderão ser distribuídas, também, por meio eletrônico [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-051.html>
- 214-** ANS. **Resolução Normativa 113 de 13 de outubro de 2005.** Instituição da utilização da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, no âmbito da ANS [disponível na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=784&id_original=0
- 215-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 117 de 10 de abril de 2000.** Determinação que somente poderão ser apresentadas para cobrança AIH com datas de alta do paciente até três meses anteriores à competência do processamento. [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-117.html>
- 216-** Ministério da Saúde do Brasil - **Portarias GM/MS 569 de 01 de junho de 2000.** Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Ago 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569rep.htm>
- 217-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 570 de 01 de junho de 2000.** Instituição do Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-570.htm>
- 218-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 572 de 01 de junho de 2000.** Instituição do Componente III do Programa de Humanização no Pré-Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Ago 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-572RP.htm>
- 219-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 466 de 14 de junho de 2000.** Estabelecimento dos limites percentuais máximos de cesarianas, em relação ao número total de partos realizados por hospital. [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Ago 29]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 220-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 426 de 04 de abril de 2001.** Definição para o Distrito Federal e os estados que não aderiram ao pacto, os limites totais de cesáreas para o ano de 2001. [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Ago 22]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-426.htm>
- 221-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria SAS/MS 403 de 20 de outubro de 2000.** Criação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [disponível na internet]. Brasília; 2000 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-403.htm>
- 222-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria SAS/MS 142 de 03 de junho de 2003.** Ratificação da obrigatoriedade da atualização permanente do CNES, por parte dos estabelecimentos de saúde e dos gestores, dentro das rotinas do Sistema FCES. [disponível na internet]. Brasília; 2003 [acesso em 2009 Dez 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-142.htm>

- 223-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria SAS/MS 202 de 21 de julho de 2003.** Estabelecimento do prazo para o processamento do SIH-SUS com a utilização do CNES para a competência agosto de 2003 [disponível na internet]. Brasília; 2003 [acesso em 2009 Dez 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-202.htm>
- 224-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 95 de 26 de janeiro de 2001.** Edição da NOAS-SUS 01/2001. [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Mai 31]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-095.htm>
- 225-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 604 de 24 de abril de 2001.** Criação do Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS. [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Ago 21]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-604.htm>
- 226-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 1.413 de 30 de agosto de 2001.** Criação do Programa Nacional de Incentivo à parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1413.htm>
- 227-** Ministério da Saúde do Brasil – **Portaria GM/MS 1.969 de 25 de outubro de 2001.** Obrigatoriedade, para fins de vigilância epidemiológica e sanitária, o preenchimento dos campos CID principal e CID secundário [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1969.htm>.
- 228-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria Conjunta SE/SAS 88 de 29 de novembro de 2001.** Criação de código para Procedimento de Notificação de Causas Externas e de agravos relacionados ao trabalho [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-88CJrp.htm>
- 229-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 2.309 de 19 de dezembro de 2001.** Instituição, no âmbito da SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/ CNRAC. [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-2309.htm>
- 230-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 589 de 27 de dezembro de 2001.** Implementação da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-589.htm>
- 231-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 251 de 31 de janeiro de 2002.** Estabelecimento das diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria [disponível na internet]. Brasília; 2001 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>
- 232-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 373 de 27 de fevereiro de 2002.** Edição da NOAS-SUS 01/02 [disponível na internet]. Brasília; 2002 [acesso em 2009 Ago 31]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>
- 233-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 878 de 08 de maio de 2002.** Alteração do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos com o SUS. [disponível na internet]. Brasília; 2002 [acesso em 2009 Ago 31]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-878.htm>
- 234-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 2.036 de 04 de novembro de 2002.** Publicação da Tabela de OPM [disponível na internet]. Brasília; 2002 [acesso em 2009 Set 03]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2036.htm>

- 235-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 929 de 26 de novembro de 2002.** Estabelecimento da regras para a cessão de crédito a pessoas jurídicas ou físicas pelos estabelecimentos. Publica Tabela de OPM [disponível na internet]. Brasília; 2002 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-929.htm>
- 236-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 672 de 3 de junho de 2003.** Alteração da sistemática de operacionalização do Índice de Valorização Hospitalar de Urgência/Emergência – IVH/E [disponível na internet]. Brasília; 2003 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-672.htm>
- 237-** Brasil. **Portaria Interministerial MEC/MS 1.000, de 15 de abril de 2004.** Certificação como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde. [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Dez 20]. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legislacao/>
- 238-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 766 de 21 de dezembro de 2004.** Expansão para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS a realização do exame VDRL [disponível na internet]. Brasília; 2004 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-766.htm>
- 239-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria Conjunta 20 de 25 de maio de 2005.** Estabelecimento de que todas Autorizações de Internação Hospitalar - AIH com agravos de notificação compulsória (ANC) sejam identificadas através da CID10. [disponível na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-20CJ.htm>
- 240-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM 1.082 de 04 de julho de 2005.** Extinção, a contar da competência janeiro 2006, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa - FIDEPS. [disponível na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 2009 Ago 30]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1082.htm>
- 241-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.083 de 04 de julho de 2005.** [disponível na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 2009 Dez 28]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1083.htm>
- 242-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS MS 635 de 10 de novembro de 2005.** Publicação do Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS [disponível na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 2009 Dez 14]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-635.htm>
- 243-** Conselho Nacional de Secretários de Saúde **Nota Técnica 28/2005** [disponível na internet]. CONASS. 2005 [acesso em 2009 Dez 11]. Disponível em <http://www.conass.org.br>
- 244-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulgação do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação dos SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [disponível na internet]. Brasília; 2006 [acesso em 2009 Set 01]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
- 245-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria SAS/MS 718 de 28 de setembro de 2006.** Instituição do diagnóstico de causas de morte no SIH-SUS [disponível na internet]. Brasília; 2006 [acesso em 2009 Out 24]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-718.htm>
- 246-** Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/SAS 321 de 08 de fevereiro de 2007.** Instituição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da competência julho de 2007. [disponível na internet]. Brasília; 2007 [acesso em 2009 Dez 17]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/Portaria%20GM-321.pdf>

- 247- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 1.541 de 27 de junho de 2007**. Prorrogação da implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS [disponível na internet]. Brasília; 2007 [acesso em 2009 Dez 17]. Disponível em http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11728
- 248- Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria GM/MS 2.848 de 06 de novembro de 2007**. Publicação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS. . [disponível na internet]. Brasília; 2007 [acesso em 2009 Dez 17]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm>
- 249- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Metodología de análisis de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud – Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD)** [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2009 Set 21]. Disponível em http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/metod_modelo_cmbd_pub.pdf
- 250- Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta de Morbilidad Hospitalaria - Metodología** [disponível na internet]. 2009 [acesso em 2009 Ago 15]. Disponível em <http://www.ine.es/>
- 251- Pérez JM, Romero CC, Muñoz JMT, Rodríguez JMM. **Validez del libro de registros en el estudio de la morbilidad atendida por um hospital general**. Rev San Hig Pub [disponível na internet]. 1991;65(5): 413-9. Disponível em http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL65/65_5_413.pdf
- 252- Ferrándiz UR, Martín JS. **La mejora continua en el sistema sanitario: resultados de la 1ª. Fase de implantación del plan de calidad en España (1986-1992)** [disponível na internet] 1994 [acesso em 2009 Nov 10] Disponível em http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_5_535.pdf
- 253- Cuadrado AR. **Una aproximación a los pesos españoles de los GDR'S en el Sistema Nacional de Saúde**. III Congreso Nacinal de Informática de la Salud – Inforsalud 99 [disponível na internet] 1999 [acesso em 2009 Dez 8]. Disponível em <http://www.seis.es/seis/inforsalud99/m08/001.htm>
- 254- Ministerio de Sanidad y Política Social. **Explotación del registros de altas CMBD del Sistema Nacional de Salud**. [disponível na internet. 2007 [acesso em 2009 Out 13]. Disponível em <http://www.msc.es/>
- 255- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Sistema de información de asistencia especializada: manual de explotación** [disponível na internet] 2001 [acesso em 2009 Mar 29]. Disponível em <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/sisInfo.pdf>
- 256- Librero J, Peiró S, Ridao-López M, Bernal-Delgado E. **Sesgos territoriales en la mortalidad hospitalaria estimada por la encuesta de morbilidad hospitalaria**. Rev Esp Salud Publica [disponível na internet] 2008 [acesso em 2009 Mar 29];82:703-9. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000600010&lng=es.
- 257- Cuadrado AR. Ministério de Sanidad y Consumo. **Introducción in: Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud** [disponível na internet]. 1999: 11-5; [acesso em 2009 Set 25]. Disponível em <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>
- 258- Cuadrado AR. Ruiz RC. Ministério de Sanidad y Consumo. **Objetivos y fases del proyecto in: Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud** [disponível na internet]. 1999: 11-5; [acesso em 2009 Set 25]. Disponível em <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>

- 259- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Proyecto de estimación de pesos y costes de los procesos de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud – reseña metodológica estudio 2006** [disponible na internet]. 2006 [acesso em 2009 Nov 11]. Disponível em http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Notas_metodologicas_GRD_2006.pdf
- 260- Conselleria de Sanidad y Consumo de Comunidad Valenciana. **Orden de 8 de octubre de 1992**. Regulação do conjunto mínimo básico de dados para a informação hospitalar [disponible na internet]. 1992 [acesso em 2009 Nov 11]. Disponível em <http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?id=13>
- 261- Servicio Andaluz de Salud. **Manual de instrucciones del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía** [disponible na internet]. 2008 [acesso em 2009 Nov 21]. Disponível em <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=282>
- 262- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. **Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla-La Mancha** [disponible na internet]. 2002 [acesso em 2009 Out 13]. Disponível em <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/cmbd/manualcmbd07.pdf>
- 263- Consejería de Sanidad de Comunidad de Madrid. **Instrucciones de Cumplimentación 2006**. Disponível na internet]. 2006 [acesso em 2009 Out 13]. Disponível em <http://www.cmbd.sanidadmadrid.org/CMBD/pdf/Instrucciones%20de%20cumplimentacion%20vigentes%20actualmente.pdf>
- 264- Junta de Castilla y Leon. **Manual de Procedimiento del Conjunto Mínimo Básico de Datos** [disponible na internet]. 2008 [acesso em 2009 Ago 16]. Disponível em http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idContent=715418&locale=es_ES&textOnly=false
- 265- Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. **Decreto 69 de 20 de junio de 2008**. Regulação do Conjunto Mínimo Básico de Dados de Alta Hospitalar e Atividade Ambulatorial da Comunidade Autónoma de Ilhas Baleares [disponible na internet]. 2008 [acesso em 2009 Nov 11]. Disponível em http://www.iustel.com/v2/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=1029768
- 266- Espanha. **Real Decreto 521 de 15 de abril desde 1987**. Disposição sobre o regulamento, estrutura, organização e funcionamentos dos hospitais do INSALUD. [disponible na internet] 1987 [acesso em 2009 Nov 16]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd521-1987.html
- 267- Espanha. **Decreto 866 de 20 de julho de 2001**. Criação da categoria de médico de admissão e documentação clínica [disponible na internet] 2001 [acesso em 2009 Nov 16]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd866-2001.html
- 268- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Guía de Gestión de los servicios de admisión y documentación clínica** [disponible na internet] 2000 [acesso em 2009 Nov 16]. Disponível em http://www.sedom.es/99_pdf/guia_sadc_definitiva.pdf
- 269- Cuadrado AR; Ministerio de Sanidad y Consumo. **Unidad Técnica de la CIE-9-MC** [disponible na internet] 2009 [acesso em 2009 Nov 16]. Disponível em <http://www.msc.es>
- 270- Dallo L.J.L. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el SNS. Fichas Guía de Codificación clínica** [disponible na internet] 1997 [acesso em 2009 Nov 10]. Disponível em <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/fgcc/fgcc.htm>
- 271- Romero-Nieva O. **La historia clínica: aspectos asistenciales**. Informaciones Psiq [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Nov 17];(191). Disponível em http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/01_191_03.htm

- 272- Álvarez JMB. **Codificación y comunicación em alergia.** Alergol Immunol Clin[periódico na internet] 2001 [acesso em 2009 Nov 10]; (2):123-7; Disponível em http://revista.seaic.es/extra2002_2/123-127.pdf
- 273- Domínguez AR, Borrego AG, García FR, Chaves GM, León IM, Remigio JRL. **Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de la información para evaluar la calidad da asistencia.** Rev Clin Espanhola [periódico na internet] 2001 [acesso em]. 201(12): 685-9. Disponível em http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13025165
- 274- Lopes FO. **Sistema de Classificação, codificação clínica em Portugal.** InterSIM. 2003 [acesso em 2009 Nov 15]. Disponível em <http://intersim2.med.up.pt/>
- 275- Ministério da Saúde de Portugal. Gabinete do Secretário de Estado da Administração. Sistema de Informação para Gestão do Serviço de Saúde. **O novo sistema de financiamento dos hospitais.** 1990.
- 276- Ministério da Saúde de Portugal. **Circular Normativa 01/89.** Definição dos critérios e normas para a adoção obrigatória do Sistema de Financiamento em DRGs em Portugal [disponível na internet]. 1989 [acesso em 2009 Dez 08]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Circular_Normativa_N%C2%BA_1/89
- 277- Ministério da Saúde de Portugal. **Portaria 409 de 31 de maio de 1990.** Estabelecimento sas tabelas de preços a praticar pelo SNS em relação aos subsistemas de saúde e a entidades públicas ou privadas responsáveis pelo pagamento do serviço de saúde [disponível na internet]. 1990 [acesso em 2009 Ago 12] Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/05/12500/24082418.pdf>
- 278- Ministério da Saúde de Portugal. **Portaria 388 de 16 de junho de 1994.** Estabelecimento das tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde em relação a todos os subsistemas de saúde relação aos subsistemas de saúde e a entidades públicas ou privadas responsáveis pelo pagamento do serviço de saúde [disponível na internet]. 1994 [acesso em 2009 Ago 15]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1994/06/137B00/31333147.pdf>
- 279- Portugal. **Decreto-Lei 10 de 15 de janeiro de 1993.** Aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde [disponível na internet]. 1993 [acesso em 2009 Out 31]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1993/01/012A00/01260129.pdf>
- 280- IGIF. **Auditor – Auditoria às bases de dados dos GDHs** [disponível na internet] 2005 [acesso em 2009 Ago 05]. Disponível em <http://apim.med.up.pt/>
- 281- Portugal. **Resolução do Conselho de Ministros 39 de 21 de abril de 2006.** Aprovação do Programa para a Reestruturação da Administração Central do Estado [disponível na internet] 2006 [acesso em 2009 Out 31]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/04/079B00/28342866.pdf>
- 282- Castanheira J. **Sistemas de Informação em saúde** (Apresentação) [disponível na internet]. 2006 [acesso em 2009 Jul 22]. Disponível em <https://woc.uc.pt/feuc/getFile.do?tipo=2&id=2518>
- 283- Ministério da Saúde de Portugal. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.** [disponível na internet]. 2002 [acesso 2009 Mar 29] Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_322.html
- 284- Ministério da Saúde de Portugal. IGIF – **Plano de Actividades 2006** [disponível na internet] 2006 [acesso em 2009 Jun 22]. Disponível em <http://www.inst-informatica.pt/o-instituto/instrumentos-gestao/plano-de-actividades/plano-de-actividades/Plano2006.pdf>
- 285- Araújo SC. **Segurança na Circulação de Informação Clínica.** [dissertação na internet]. Porto: Faculdade de Engenharia do Porto; 2007 [acesso em 2009 Set 27]]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/11484/1/Texto%20integral.pdf>

- 286- Parente F, Silva N, Dias P. **O processo clínico informatizado – uma opinião.** Medicina Interna [Periódico na internet]. 2003 [acesso em 2009 Ago 03]; 10(4):227-330. Disponível em <http://www.spmi.pt/revista/vol10/vol10-n4-227-230.pdf>
- 287- Amaro N, Bareto AS, Boto R, Candoso F. **Evaluating the quality of coding in the Portuguese public sector hospitals, 2006- 2007** [disponível na internet]. 2008 [acesso em 2009 Dez 17]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/PCSI%202008_%20Coding_Presentation.pdf
- 288- IGIF. **Normas para o preenchimento da Folha de Admissão e Alta** [disponível na internet]. INTERSIM.1999 [acesso em 2009 Dez 22] Disponível em <http://intersim2.med.up.pt/>.
- 289- Mathias TAF, Soboll MLMS. **Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autoização de internação hospitalar.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 1998 [acesso em 2009 Out 02];32(6):526-32. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600005&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89101998000600005.
- 290- Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. **O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2009 Out 02];36(4):491-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400016&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102002000400016.
- 291- Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS. **Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2009 Out 02];38(3):385-91. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300008&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102004000300008
- 292- Iunes RF. **Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 1997 Ago [acesso em 2009 Out 02];31(4 Supl):38-46. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000500004&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89101997000500004.
- 293- Gouvêa CSD, Travassos C, Fernandes C. **Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil – 1992 a 1995.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 1997 [acesso em 2009 Out 02];31(6):601-17. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000700009&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89101997000700009.
- 294- Martins M, Travassos C. **Assessing the availability of casemix information in hospital database systems in Rio de Janeiro, Brazil.** Int J Qual Health Care [periódico na internet]. 1998 [acesso em 2009 Out 02];10(2):125-133. Disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/10/2/125?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=martins&author2=travassos&andorexacttitle=phrase&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>
- 295- Schramm JMA, Szwarcwald CL. **Diferenciais nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.** Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2000 [acesso em 2009 Out 02];16(4):1031-1040. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400021&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2000000400021.
- 296- Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas.** Inform Epidem do SUS [periódico na internet]. 2000 [acesso em 2009 Out 02];9(1):23-41. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000100003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-1673.

- 297-** Feijó MCC, Portela MC. **Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo.** Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2009 Out 02];17(3):627-37. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300017&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2001000300017.
- 298-** Martins M, Travassos C, Noronha JC. **Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2009 Out 02]; 35(2):185-92. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200013&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102001000200013.
- 299-** Bochner R, Struchiner CJ. **Acidentes por animas peçonhentos e sistemas nacionais de inofrmação.** Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2002 Jun [acesso em 2009 Out 02];18 (3):735-46. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300022&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2002000300022.
- 300-** Schramm JA, Szwarcwald CL, Esteves MAP. **Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro.** Rev Saúde Pública. 2002 [acesso 2009 Out 02];36(54): 590-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600008&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102002000600008
- 301-** Melione LPR. **Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo.** Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Out 02];7(4):461-72. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400009&lng=en. doi: 10.1590/S1415-790X2004000400009.
- 302-** Oliveira GMM, Klein CH, Souza e Silva NA, Godoy PH, Fonseca TMP. **Letalidade por doenças isquêmicas do coração no Estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2003.** Arq Bras Cardiol [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Out 02];86(2):131-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000200009&lng=en. doi: 10.1590/S0066-782X2006000200009.
- 303-** Teixeira CLS, Klein CH, Bloch KV, Coeli CM. **Reclassificação dos grupos de causas prováveis de óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Out 02];22(6):1314-24. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600020&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600020.
- 304-** Rosa RS, Schmidt MI, Souza MFM, Lima AK, Moura LM. **Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001.** Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Out 02];10(4):465-78. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400004&lng=e. doi: 10.1590/S1415-790X2007000400004.
- 305-** Rozenfeld S. **Agravos por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Out 02];41(1):108-115. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100015&lng=en. Epub Nov 28, 2006. doi: 10.1590/S0034-89102006005000012.
- 306-** Maia-Elkhoury ANS, Carmo EH, Sousa-Gomes ML, Mota E. **Análise dos registros de leishmaniose visceral pelo método de captura-recaptura.** Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Out 02];41(6):931-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200027&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102008000200027.

- 307-** Matos GC, Rozenfeld S, Martins M. **Albumina humana prescrita para casos de desnutrição em hospitais do Rio de Janeiro.** Rev Assoc Med Bras [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 02];54(3):220-4. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000300014&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302008000300014.
- 308-** Viacava F. **Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais.** Ciênc saúde coletiva [periódico na internet]. 2002 [acesso 2009 Jan 01];7(4): 607-21. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400002&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232002000400002
- 309-** Porto SM, Santos IS, UGá MAD. **A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento.** Cienc Saúde Coletiva [periódico online]. 2006 [acesso em 2009 Out 09];11(4):895-910. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400013&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232006000400013
- 310-** Ministério de Sanidad y Política Social. **Notas metodológicas y glosario de términos** [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2009 Nov 30]. Disponível em <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd/informes/home.htm>
- 311-** Terris D, Litaker DG, Koroukian SM. **Health state information derived from secondary database was affected by multiple sources of bias.** J Clin Epidemiol [disponível na internet]. 2007 [acesso em 2009 Mar 04]; 60(7): 734-41. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952240/>
- 312-** ACSS, Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. **Portal de Codificação e dos GDHS** [página na internet] **2009**. [Atualizada em 2009 Dez 23]; acesso em 2009 Ago 25]. Disponível em. Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt>
- 313-** Noronha, MF. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: Os Diagnosis Related Groups** [tese na internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP; 2001 [acesso em 2009 Out q8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/marina_ferreira.pdf