

**UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES  
(SIH-SUS) E DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
AMBULATORIAIS (SIA-SUS) NA ANÁLISE DA  
DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MATO GROSSO**

**USING THE HOSPITAL INFORMATION SYSTEM (SIH-SUS) AND THE  
OUTPATIENT INFORMATION SYSTEM (SIA-SUS) TO ANALYSE THE  
HEALTH DECENTRALIZATION IN THE STATE OF MATO GROSSO**

**João Henrique G. Scatena**  
Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

**Oswaldo Yoshimi Tanaka**  
Faculdade de Saúde Pública da USP

**Resumo**

*O processo de descentralização da saúde, além de criar maior necessidade de informações, por parte dos municípios, também tem estimulado a própria descentralização dos sistemas de informação em saúde. Neste sentido, é fundamental que os municípios não se atenham apenas a utilizar as informações providas pelos vários sistemas disponíveis de forma isolada e muitas vezes limitada, mas ousem ampliar tal espectro de utilização. A experiência apresentada, do Estado de Mato Grosso, revela que é possível, numa abordagem quantitativa, analisar a descentralização da saúde, utilizando os dados do SIH-SUS e SIA-SUS, isolada e/ou integradamente, de forma a analisar financiamento, provisão e resolubilidade dos serviços de saúde, parâmetros estes que também permitem aventar hipóteses sobre os modelos de atenção que vêm sendo conformados.*

**Palavras-Chave**

*Sistema de Informações Hospitalares; Sistema de Informações Ambulatoriais; Descentralização; SUS.*

**Summary**

*The health decentralization process increased the demand for information, by the municipalities, and has also stimulated the health information systems decentralization itself. In this context, the uses of the available information by the municipalities can be broaden beyond the limited and isolated frequent use of the data. The Mato Grosso State experience shows that it's possible, in a quantitative approach, to evaluate the health decentralization process, using the data provided by specific health information systems (SIA-SUS and SIH-SUS), which allow the analyses of health services funding, production and resolutivity. These elements are also important in the process of setting hypothesis about the health care models that have been implemented.*

**Key Words**

*Hospital Information System; Outpatient Information System; Decentralization; SUS.*

## Introdução

São considerados como os principais sistemas nacionais de informação em saúde: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), este último de implantação muito recente e ainda reduzida abrangência.

Esses seis grandes sistemas foram concebidos em anos e conjunturas diferentes, com lógicas e objetivos próprios, por distintas instâncias federais responsáveis pela saúde. Além disso, eles diferem bastante em termos de abrangência, cobertura, agilidade e qualidade, entre outras características.<sup>1,2</sup>

O SIM, o SINASC, o SINAN e o SIAB originaram-se no Ministério da Saúde e a epidemiologia sempre esteve na base de sua constituição, quer no perfil de grande parte de seus mentores, quer pelo fato de seus insumos e produtos serem objetos fundamentais da epidemiologia. Não é por acaso que o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) é o órgão responsável por esses quatro sistemas, no Ministério da Saúde.

Já o SIH-SUS originou-se dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social, inicialmente como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Sua lógica predominantemente contábil é que orienta a definição das inúmeras variáveis que contempla.<sup>3</sup> O mesmo pode-se dizer do SIA-SUS que, embora implantado em 1991, por resolução do INAMPS, mantém muito do enfoque contábil do sistema que substituiu, baseado na antiga Guia de Autorização de Pagamento (GAP). Atualmente, ambos os sistemas são de responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, constituindo importantes instrumentos de controle e avaliação, principalmente da assistência médica provida pelo SUS.

A Tabela 1 resume as principais características dos cinco sistemas mais consolidados, oferecendo um painel de possibilidades de sua utilização, principalmente para os milhares de municípios brasileiros que “produzem” nascimentos, agravos de notificação, atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e óbitos. A implementação da descentralização da saúde, desencadeada pelas duas últimas Normas Operacionais Básicas, a NOB-SUS 1993<sup>4</sup> e a NOB-SUS 1996,<sup>5</sup> associada à necessidade da utilização das informações de saúde pelo gestores municipais e a iminente descentralização de alguns desses sistemas, são fatores conducentes à ampliação, por parte dos municípios, do uso sistemático das informações providas pelo Sistema de Informação em Saúde.

O SIH-SUS e o SIA-SUS configuraram-se como sistemas que, apesar de suas limitações de abrangência e qualidade, são, para a maioria dos estados e municípios brasileiros, as únicas fontes de dados de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais. Respeitando a própria natureza desses sistemas, sua utilização tem se voltado mais para o controle de provisão e gastos com a assistência ambulatorial e hospitalar, embora os dados que provêm permitam ampliar o espectro dessa utilização,<sup>6,7</sup> podendo inclusive subsidiar a avaliação da própria descentralização da saúde,<sup>8-10</sup> quer do ponto de vista do financiamento da assistência à saúde, como da produção e resolubilidade dos serviços de saúde.

Objetivando exemplificar tal possibilidade, busca-se aqui estudar alguns aspectos da descentralização da saúde, a partir da análise dos dados providos pelo SIH-SUS e SIA-SUS, isolada ou associadamente a outras informações passíveis de serem coletadas no nível local. Entende-se descentralização como o processo de transferência de poder das instâncias centrais para as locais,<sup>11,12</sup> sabendo-se que, na saúde, as NOB têm promovido uma desconcentração (transferência de competências, de atribuições), considerada por vários autores<sup>13,14</sup> como uma etapa do processo de descentralização.

**A descentralização da saúde associada à necessidade da utilização de informação sobre saúde pelos gestores municipais são fatores conducentes à ampliação do uso sistemático dos Sistemas de Informação em Saúde.**

**Tabela 1 - Principais características dos Sistemas de Informação em Saúde: SIM, SINASC, SINAN, SIH-SUS e SIA-SUS**

Características	SIM	SINASC	SINAN	SIH-SUS	SIA-SUS
Referência	Óbitos	Nascidos Vivos	Agravos Notificáveis	Internações Hospitalares do SUS	Atendimentos Ambulatoriais do SUS
Alimentação	Declaração de Óbito	Declaração de Nascimento Vivo	Fichas de Notificação e Investigação	AIH - Autorização de Internação Hospitalar	BPA - Boletim de Produção de Serviços Ambulatoriais
Utilização					
Vigilância	X	X	X	X	X
Planejamento	X	X	X	X	X
Avaliação	X	X	X	X	X
Controle				X	X
Auditoria				X	X
Gerência no Ministério da Saúde	CENEPI/FUNASA	CENEPI/FUNASA	CENEPI/FUNASA	Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)	Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)
Abrangência	Universal	Universal	Variável	Somente SUS	Somente SUS
Periodicidade da atualização dos dados	± 18 meses	± 18 meses	Variável	± 2 meses	± 2 meses

Fonte: Carvalho<sup>1</sup> modificado.

### Metodologia

Foram estudados 16 dos 126 municípios do Estado de Mato Grosso, selecionados segundo o porte (pequeno, médio e grande), a descentralização precoce ou tardia e o nível socio-sanitário. Foram considerados de pequeno porte os municípios com menos de 20 mil habitantes, de médio porte aqueles com população entre 20 e 50 mil habitantes e de grande porte os municípios com população igual ou maior que 50 mil habitantes. Os municípios habilitados pelas NOB-SUS 1993 e NOB-SUS 1996 foram considerados de descentralização precoce, enquanto aqueles habilitados apenas pela NOB-SUS 1996 (a partir de 1998) foram considerados de descentralização tardia. Já o nível socio-sanitário foi definido pela composição de seis indicadores: renda, analfabetismo, cobertura vacinal, cobertura do SINASC, cobertura de pré-natal e contrapartida financeira municipal para a saúde. O nível socio-sanitário foi o

parâmetro que orientou a seleção de municípios em diferentes estratos, dentro de cada uma das seis tipificações possíveis, a partir da combinação de porte e descentralização. Assim, embora este processo de seleção não tenha sido aleatório, ele permitiu maior representatividade à amostra (detalhamentos em Scatena).<sup>10</sup>

Para o conjunto de 16 municípios, foram levantadas as receitas e despesas correntes constantes dos Balanços Gerais, elaborados pelas Secretarias Municipais de Finanças. Já os repasses financeiros (federais) do SUS, para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar foram compilados do SIH-SUS e SIA-SUS, do banco de dados no Ministério da Saúde - o DATASUS.<sup>15</sup> Destes sistemas também foram utilizados os dados relativos ao volume e características dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais. O levantamento englobou o período de 1994 a 1998, não se incluindo - por

não serem disponíveis - os dados relativos às transferências financeiras estaduais para a saúde, aos municípios estudados.

**Resultados e Discussão**

**Financiamento**

Os dados consolidados pelo SIA-SUS e o SIH-SUS podem ser utilizados para fornecer informações sobre o financiamento da saúde, tendo em vistas os gastos efetuados com a assistência ambulatorial e hospitalar. Isto é possível por meio de pelo menos três tipos de análises: 1) séries temporais de gastos hospitalares per capita e por internação; 2)

séries temporais de gastos ambulatoriais *per capita* e por tipo de assistência (por exemplo, AVEIANM, assistência médico-odontológica, assistência de média e alta complexidade); e 3) comparação de ambos os gastos e análise de tendência.

No Estado de Mato Grosso, a análise dos gastos com atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, conjuntamente com a contrapartida financeira municipal (Tabela 2), revela que, de 1994 a 1998, se elevaram consideravelmente os gastos *per capita* com saúde, principalmente em detrimento

**Tabela 2 - Gastos per capita com saúde, por fonte de recursos: Contrapartida Municipal (CM), Assistência Ambulatorial (AA) e Internação Hospitalar (IH), Mato Grosso, 1994 a 1998**

Município	Ano														
	1994			1995			1996			1997			1998		
	CM	AA	IH	CM	AA	IH	CM	AA	IH	CM	AA	IH	CM	AA	IH
Vera	7,2	7,8	12,1	17,6	10,1	11,6	22,8	10,1	10,9	35,2	17,8	21,1	37,8	20,6	21,9
Vila Rica	7,7	8,0	20,8	21,2	5,5	12,7	34,1	11,1	11,7	22,1	9,1	11,2	23,5	12,6	11,5
Água Boa	5,1	17,8	37,8	19,8	16,6	13,3	17,4	21,8	20,6	25,0	16,7	22,6	39,8	17,1	16,3
C. Verde	13,0	4,4	21,9	31,0	9,6	13,8	32,1	7,8	14,7	25,6	9,3	11,8	46,9	15,2	13,4
Denise	24,1	6,2	35,0	14,4	6,4	12,0	18,4	10,2	9,5	70,8	10,0	6,8	52,2	17,7	10,5
B. Melgaço	2,2	10,4	9,8	-	12,3	14,1	4,8	17,0	10,7	23,0	14,0	14,3	38,2	17,6	15,6
<b>Média 1*</b>	<b>9,9</b>	<b>9,1</b>	<b>22,9</b>	<b>17,3</b>	<b>10,1</b>	<b>12,9</b>	<b>21,6</b>	<b>13,0</b>	<b>13,0</b>	<b>33,6</b>	<b>12,8</b>	<b>14,6</b>	<b>39,7</b>	<b>16,8</b>	<b>16,4</b>
Primavera	20,5	6,6	10,1	23,2	7,1	11,0	39,6	9,3	11,0	104,6	9,7	9,5	79,7	13,5	11,8
Mirassol	8,7	11,4	32,9	25,3	15,6	20,6	32,9	17,2	23,3	30,9	14,0	21,6	33,3	18,1	27,1
Sorriso	-	32,8	41,4	3,2	20,5	13,1	2,5	27,3	16,4	9,0	28,7	17,3	20,8	28,9	23,9
A. Floresta	11,9	18,8	25,9	17,2	24,3	24,3	41,6	31,7	31,2	51,5	24,7	32,8	35,7	26,6	37,1
B. Garças	11,1	25,2	42,7	3,8	25,3	19,3	5,9	25,7	19,3	-	20,0	18,5	6,2	28,1	23,7
Poconé	5,3	7,0	18,3	7,8	7,7	15,0	5,7	11,5	17,2	5,8	12,3	16,0	10,9	16,6	18,6
<b>Média 2*</b>	<b>9,5</b>	<b>13,8</b>	<b>28,5</b>	<b>13,4</b>	<b>16,7</b>	<b>17,2</b>	<b>21,4</b>	<b>20,4</b>	<b>19,7</b>	<b>33,6</b>	<b>18,2</b>	<b>19,3</b>	<b>31,1</b>	<b>22,0</b>	<b>23,7</b>
Cuiabá	15,7	30,2	36,7	10,7	33,7	31,8	46,7	37,2	29,5	43,4	50,0	29,7	44,4	57,8	36,7
Tangará	12,9	13,2	20,7	28,5	14,0	24,1	32,8	13,6	14,6	33,5	12,1	13,1	41,0	11,8	16,4
Cáceres	3,3	17,4	22,3	6,2	19,6	15,1	12,8	22,6	17,2	13,9	26,3	17,8	15,4	31,5	22,8
Rondonópolis	5,2	16,2	30,0	13,1	19,1	23,2	21,8	19,0	21,7	27,6	18,4	19,3	27,1	21,1	21,9
<b>Média 3*</b>	<b>7,2</b>	<b>15,6</b>	<b>24,3</b>	<b>15,9</b>	<b>17,6</b>	<b>20,8</b>	<b>22,5</b>	<b>18,4</b>	<b>17,8</b>	<b>25,0</b>	<b>18,9</b>	<b>16,7</b>	<b>27,8</b>	<b>21,5</b>	<b>20,4</b>
<b>Média Total</b>	<b>---</b>	<b>15,8</b>	<b>24,2</b>	<b>---</b>	<b>18,0</b>	<b>19,5</b>	<b>---</b>	<b>20,0</b>	<b>18,4</b>	<b>---</b>	<b>20,9</b>	<b>17,6</b>	<b>---</b>	<b>25,0</b>	<b>21,2</b>

Fonte: Scatena e Tanaka.<sup>9</sup>

--- Informação não disponível para a totalidade dos municípios;

\* Média 1 = municípios pequenos; Média 2 = municípios médios; Média 3 = municípios grandes (excluindo Cuiabá).

da elevação das transferências federais para a assistência ambulatorial e das parcelas de seus próprios orçamentos, que os municípios estão alocando em saúde.

O decréscimo dos gastos com internação hospitalar (principalmente de 94 para 95) está associado a uma redução importante na concessão de AIH, determinada por portaria ministerial.<sup>16</sup> O aumento gradual dos gastos com internações hospitalares verificado a partir de 1995 reflete o uso mais racional das AIH, que passam a ser concedidas aos procedimentos de maior necessidade de internação, com custos geralmente mais

elevados. Não se pode descartar, no entanto, que o aumento no valor médio das internações também esteja sendo influenciado por uma seleção de AIH a serem pagas, ou seja, como freqüentemente o número de internações excede o teto permitido, o serviço apresenta, para pagamento, aquelas internações que o sistema melhor remunera.

A desagregação dos gastos ambulatoriais, se conduzida de modo a ressaltar as diferenças de valorização e pagamento às várias formas de assistência, pode revelar conformações de distintos modelos de atenção (Tabela 3). Se a

**Tabela 3 - Financiamento da assistência ambulatorial: percentual gasto com AVEIANM (1), assistência médica e odontológica (2) e complementação diagnóstica e terapêutica de média e alta complexidade (3), Mato Grosso, 1994 a 1998**

Município	Ano														
	1994			1995			1996			1997			1998		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Vera	50,1	34,3	15,5	64,4	24,3	11,2	62,5	25,7	11,7	51,4	34,6	12,9	51,9	33,7	13,1
Vila Rica	82,0	12,3	5,5	70,5	17,5	12,1	76,7	17,4	5,9	68,3	26,8	4,8	63,4	27,1	8,6
Água Boa	53,3	39,2	7,4	48,5	39,9	11,4	47,8	41,0	11,2	47,5	42,7	9,5	29,1	66,6	9,0
C. Verde	68,2	31,9	-	70,4	24,6	-	72,2	27,3	-	60,8	32,0	7,2	42,6	40,4	13,0
Denise	20,2	64,6	15,2	41,6	44,7	13,6	32,9	49,0	18,0	53,7	32,8	11,2	55,0	24,1	16,2
B. Melgaço	33,8	60,4	5,3	36,5	57,8	5,7	49,7	42,3	7,9	59,0	40,0	1,0	49,5	38,7	11,7
<b>Média 1*</b>	<b>51,3</b>	<b>40,5</b>	<b>8,1</b>	<b>55,3</b>	<b>35,6</b>	<b>9,0</b>	<b>57,0</b>	<b>33,8</b>	<b>9,1</b>	<b>56,8</b>	<b>34,8</b>	<b>7,8</b>	<b>48,6</b>	<b>38,5</b>	<b>11,9</b>
Primavera	33,8	52,9	11,7	27,8	60,6	10,4	31,6	47,7	14,9	37,7	43,4	15,3	38,9	44,1	15,1
Mirassol	57,3	36,3	6,4	53,5	39,9	6,5	46,4	41,0	12,5	40,9	47,8	10,6	35,4	48,6	12,7
Sorriso	12,7	77,7	8,9	31,4	59,6	8,8	23,7	55,6	18,8	22,4	51,4	24,1	17,4	48,3	32,3
A. Floresta	47,4	34,2	13,7	40,4	39,5	16,4	37,3	36,7	19,9	43,9	37,4	15,7	42,4	39,6	15,1
B. Garças	24,6	52,9	13,6	34,7	55,6	9,2	39,5	39,6	18,4	24,6	36,0	35,1	24,0	38,8	33,3
Poconé	30,9	55,9	13,9	37,3	47,8	14,9	44,7	39,3	15,9	40,5	45,6	13,9	28,1	53,7	14,7
<b>Média 2*</b>	<b>34,5</b>	<b>51,5</b>	<b>11,4</b>	<b>35,7</b>	<b>50,5</b>	<b>10,9</b>	<b>37,2</b>	<b>43,3</b>	<b>16,7</b>	<b>35,0</b>	<b>43,6</b>	<b>19,1</b>	<b>31,0</b>	<b>45,5</b>	<b>20,5</b>
Cuiabá	16,1	35,6	45,9	10,8	34,2	47,5	10,0	18,9	65,5	9,3	19,8	57,7	6,1	17,9	58,3
Tangará	51,9	37,7	10,0	56,6	34,7	6,1	42,0	40,7	13,4	28,9	44,3	23,4	31,5	47,6	18,1
Cáceres	16,9	55,2	27,7	18,6	47,3	30,5	24,8	42,8	31,3	25,4	35,8	36,4	18,9	26,5	47,2
Rondonópolis	31,9	60,5	6,6	36,2	56,8	6,3	40,1	46,4	12,5	39,6	39,8	19,5	30,9	35,2	29,6
<b>Média 3*</b>	<b>33,6</b>	<b>51,1</b>	<b>14,8</b>	<b>37,1</b>	<b>46,3</b>	<b>14,3</b>	<b>35,6</b>	<b>43,3</b>	<b>19,1</b>	<b>31,3</b>	<b>40,0</b>	<b>26,4</b>	<b>30,9</b>	<b>35,2</b>	<b>31,6</b>
<b>Média Total</b>	<b>28,3</b>	<b>44,7</b>	<b>25,2</b>	<b>29,7</b>	<b>40,4</b>	<b>28,1</b>	<b>30,0</b>	<b>31,4</b>	<b>35,1</b>	<b>26,8</b>	<b>30,4</b>	<b>36,4</b>	<b>21,1</b>	<b>30,3</b>	<b>39,5</b>

Fonte: Scatena e Tanaka.<sup>9</sup>

\* Média 1 = municípios pequenos; Média 2 = municípios médios; Média 3 = municípios grandes (excluindo Cuiabá).

descentralização da saúde promoveu o aumento de recursos para as atividades ambulatoriais, também é certo que o fez privilegiando os atendimentos de média e alta complexidade, principalmente nos municípios maiores. Nestes, praticamente, não se aumentaram os gastos com “Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos” (AVEIANM) e mesmo reduziram-se os gastos com atendimentos médico-odontológicos, enquanto ampliaram-se muito os atendimentos de complementação diagnóstica e terapêutica de média e alta complexidade, conforme revela o Figura 1. Foi nos municípios de pequeno porte que se deu uma evolução mais equilibrada dos gastos com os três componentes analisados, sugerindo maior valorização da atenção primária à saúde, em comparação aos municípios maiores.

**Produção de serviços**

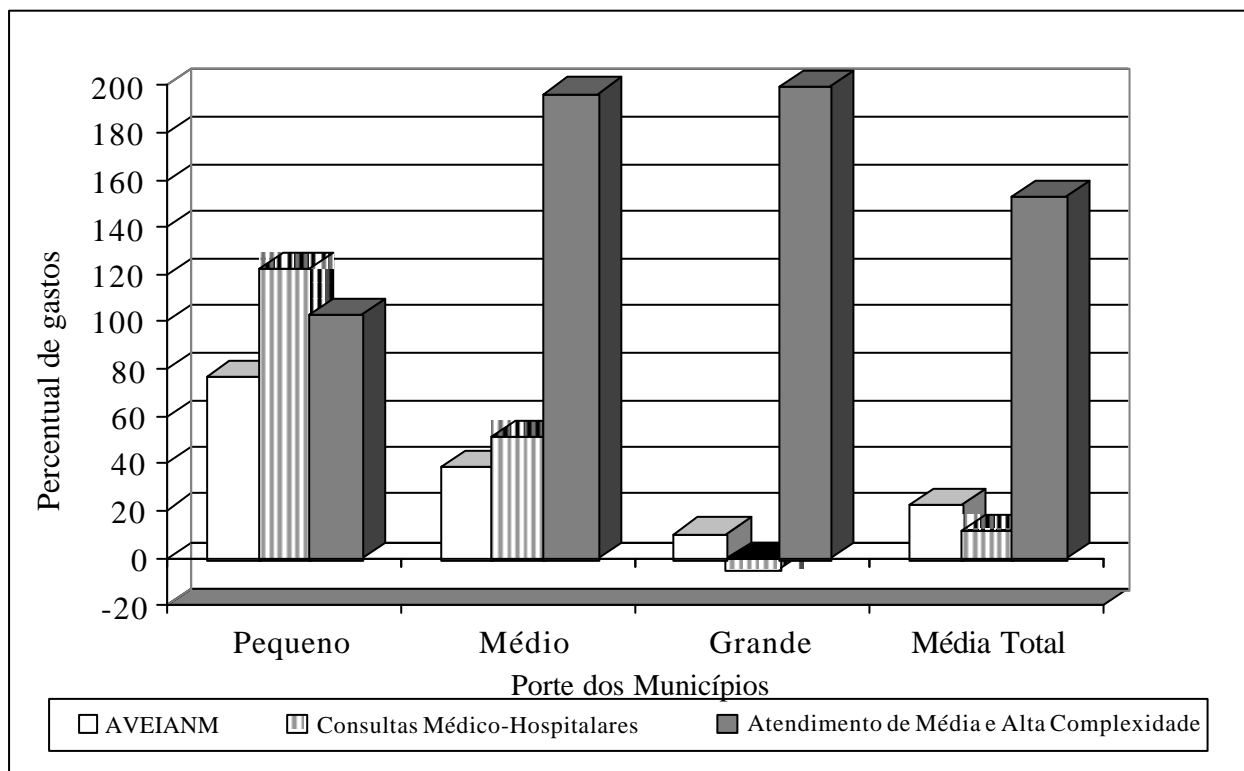
O SIA-SUS e o SIH-SUS podem ser utilizados para fornecer informações sobre a produção dos serviços de saúde,

principalmente por meio de séries temporais de: 1) internações hospitalares, pelas principais causas ou grupos de causas; 2) atendimentos ambulatoriais, pelos vários tipos de assistência classificados no sistema.

A série histórica do volume de atendimentos ambulatoriais e internações mostrou que enquanto vêm se reduzindo as internações hospitalares, eleva-se o número de atendimentos ambulatoriais, tendência esta que somente não é observada no conjunto de municípios maiores (Tabela 4). Acredita-se que a redução do volume de internações seja reflexo tanto da melhoria dos sistemas municipais de saúde quanto do impacto de normalização central anteriormente mencionada.

A análise do incremento proporcional do volume de atendimentos ambulatoriais revelou que, à semelhança dos gastos, o componente que mais se elevou, no conjunto dos municípios de porte médio e grande, foi o da assistência

**Figura 1 - Variação percentual dos gastos com Assistência Ambulatorial, segundo o porte dos municípios e tipo de atendimento, Mato Grosso, 1994 a 1998**



Fonte: Scatena e Tanaka.<sup>9</sup>

**Tabela 4 - Internações hospitalares (I/hab)\* e atendimentos ambulatoriais (A/hab) por municípios de Mato Grosso, 1994 a 1998**

Município	Ano									
	1994		1995		1996		1997		1998	
	I/hab	A/hab	I/hab	A/hab	I/hab	A/hab	I/hab	A/hab	I/hab	A/hab
Vera	8,7	9,8	8,2	13,0	7,4	12,0	13,8	19,9	10,7	13,7
Vila Rica	16,1	9,2	9,4	6,6	9,0	12,3	8,7	8,9	6,6	9,2
Água Boa	21,6	18,1	8,4	19,1	11,8	22,8	12,7	17,0	11,1	17,4
Campo Verde	10,3	10,9	6,6	18,8	7,2	11,3	6,1	18,9	5,5	14,6
Denise	17,3	9,2	5,1	6,6	4,2	9,4	4,4	13,5	5,6	14,7
Barão Melgaço	8,0	8,9	6,9	11,8	6,4	15,9	9,6	14,2	9,1	18,8
<b>Média 1**</b>	<b>13,6</b>	<b>11,0</b>	<b>7,4</b>	<b>12,6</b>	<b>7,7</b>	<b>14,0</b>	<b>9,2</b>	<b>15,3</b>	<b>8,0</b>	<b>14,2</b>
Primavera	6,2	5,8	6,4	6,6	7,2	10,2	6,5	11,2	5,9	14,2
Mirassol D'Oeste	19,1	14,3	12,3	19,2	13,2	17,1	12,7	18,7	11,9	19,6
Sorriso	24,9	-	10,1	11,5	10,8	15,0	9,7	16,0	10,8	13,2
Alta Floresta	14,8	18,1	13,0	22,8	12,1	20,2	16,7	25,2	13,8	25,5
Barra do Garças	22,3	-	12,1	20,7	10,7	22,5	10,0	17,5	9,4	12,2
Poconé	11,5	6,9	9,5	7,1	9,5	11,3	9,3	10,8	8,1	10,5
<b>Média 2**</b>	<b>16,5</b>	<b>11,3</b>	<b>10,6</b>	<b>14,6</b>	<b>10,6</b>	<b>16,1</b>	<b>10,8</b>	<b>16,6</b>	<b>10,0</b>	<b>15,9</b>
Cuiabá	12,9	13,3	10,8	15,6	10,0	13,7	9,7	13,5	8,8	13,9
Tangará da Serra	11,7	16,1	8,9	15,6	8,1	14,0	7,7	11,2	7,6	10,7
Cáceres	13,3	12,9	9,9	11,7	10,9	13,0	10,7	15,1	9,1	16,9
Rondonópolis	13,5	13,4	11,2	14,7	9,5	14,8	8,7	14,9	8,3	10,5
<b>Média 3**</b>	<b>12,9</b>	<b>13,9</b>	<b>10,2</b>	<b>14,4</b>	<b>9,6</b>	<b>13,9</b>	<b>9,2</b>	<b>13,7</b>	<b>8,5</b>	<b>13,0</b>

Fonte: Scatena e Tanaka.<sup>9</sup>

\* Por 100 habitantes.

\*\* Média 1 = municípios pequenos; Média 2 = municípios médios; Média 3 = municípios grandes (excluindo Cuiabá).

ambulatorial de média e alta complexidade (Figura 2). A disparidade no comportamento dos três componentes analisados subsidia o processo de levantamento de hipóteses sobre os tipos de modelos de atenção à saúde que vêm sendo constituídos nos municípios do Estado.

### Resolubilidade

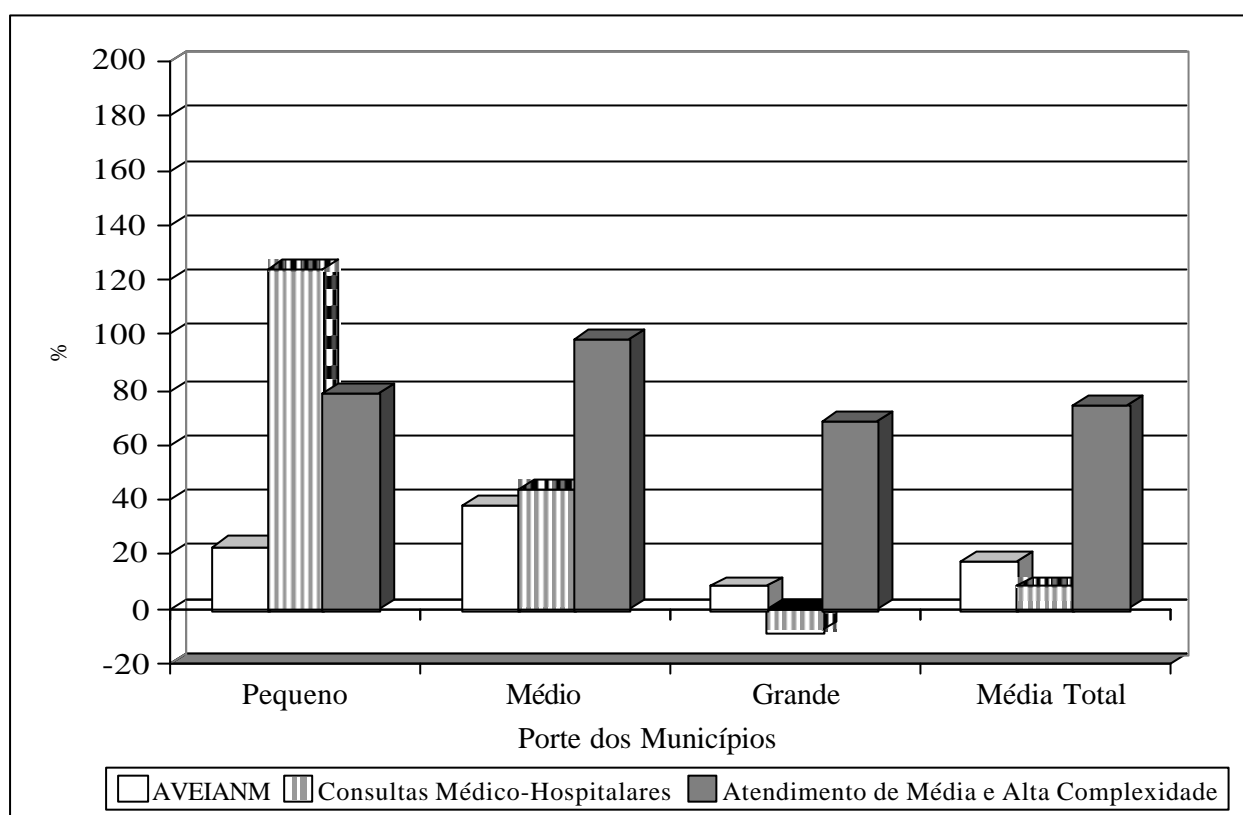
O SIA-SUS oferece poucos elementos para se analisar resolubilidade dos serviços de saúde, mas o SIH-SUS pode permitir o cálculo de invasão e evasão de internações, a partir das informações consolidadas nos CD-ROM em nível estadual.

No Estado de Mato Grosso, foi

possível observar que a evasão de internações está se reduzindo de forma generalizada, o que provavelmente reflete uma melhor distribuição de recursos e a melhor organização do sistema de assistência hospitalar no conjunto dos municípios (Tabela 5). Nos poucos municípios onde a evasão não se reduziu, foram observados fatores específicos como redução e manutenção de leitos do SUS e acentuada elevação da população, bem exemplificado por Campo Verde.

Quanto à invasão de internação, as médias observadas nos municípios de pequeno e médio porte indicam elevação,

**Figura 2 - Volume de Atendimentos Ambulatoriais, segundo porte do município e tipo de atendimento, Mato Grosso, 1994 a 1998**



Fonte: Scatena e Tanaka (2000).<sup>9</sup>

enquanto nos municípios maiores indicam redução, suscitando dúvidas sobre o papel deste indicador. Ocorre que a invasão de internação é bastante influenciada pelas variações das referências regionais. A constituição de consórcios intermunicipais, com hospitais regionais em municípios estratégicos (como Água Boa e Sorriso), acabam inflacionando artificialmente a invasão nesses municípios, uma vez que a maior parcela dessa invasão é demanda de municípios membros do próprio consórcio, descaracterizando-a como tal. Há ainda que se considerar o crescimento acentuado e enriquecimento de alguns municípios (Primavera, por exemplo), que acabam também representando um pólo de atração por demanda de assistência hospitalar. Por outro lado, a redução da invasão de internação em municípios sede de regionais de saúde (Barra do Garças, Tangará da Serra, Cáceres e Rondonópolis) provavelmente está tanto

relacionada à melhor organização dos serviços de assistência hospitalar nos municípios que os têm como referência, quanto à manutenção ou redução da capacidade hospitalar desses municípios sede, caso específico de Rondonópolis e Tangará da Serra.

**Análise integrada das informações providas pelos dois sistemas**

Apresentados isoladamente e providos por diferentes sistemas de informação em saúde, os dados sobre *financiamento e produção* dos serviços devem ser analisados de forma integrada, propiciando informações mais abrangentes e mais fidedignas, as quais, ao suscitar intervenções, o fazem em uma perspectiva sistêmica e não pontual.

Em relação à assistência hospitalar no Estado de Mato Grosso, o quadro de redução do volume e dos gastos *per capita* com internações, associado ao aumento dos gastos com cada internação e redução



**Tabela 5 - Taxas de Invasão e Evasão de Internações por municípios do Estado de Mato Grosso, 1995 a 1998\***

Município	Ano			
	1995-1996		1997-1998	
	Invasão <sup>1</sup> (%)	Evasão <sup>2</sup> (%)	Invasão (%)	Evasão (%)
Vera	2,7	18,7	3,1	17,8
Vila Rica	7,8	1,9	6,9	2,1
Água Boa	7,6	18,2	13,6	7,8
Campo Verde	14,7	13,4	16,4	22,5
Denise	2,6	19,8	0,6	14,1
Barão Melgaço	0,7	18,8	0,1	12,8
<b>Média 1**</b>	<b>6,0</b>	<b>15,1</b>	<b>6,8</b>	<b>12,8</b>
Primavera	20,7	18,1	25,4	10,9
Mirassol D'Oeste	28,3	16,8	25,4	12,2
Sorriso	27,0	7,0	44,4	6,5
Alta Floresta	1,7	6,1	7,6	7,1
Barra do Garças	26,2	24,2	21,1	3,6
Poconé	0,2	10,5	0,6	12,4
<b>Média 2**</b>	<b>17,3</b>	<b>13,8</b>	<b>20,8</b>	<b>8,8</b>
Cuiabá	38,7	9,0	37,7	6,9
Tangará da Serra	27,4	16,9	6,5	7,8
Cáceres	21,5	17,8	18,2	5,5
Rondonópolis	16,9	9,2	8,7	3,1
<b>Média 3**</b>	<b>21,9</b>	<b>14,6</b>	<b>12,1</b>	<b>5,5</b>

Fonte: Scatena e Tanaka.<sup>10</sup>

\* Período sobre o qual há informações disponíveis pelo DATASUS.

\*\* Média 1 = municípios pequenos; Média 2 = municípios médios; Média 3 = municípios grandes (excluindo Cuiabá).

<sup>1</sup> Indica a porcentagem de internações de residentes de outros municípios, em relação ao total de internações ocorridas no município específico.

<sup>2</sup> Indica a porcentagem de internações ocorridas fora do município específico, entre o total de internações de residentes daquele município.

da evasão, retrata uma política estadual de organização espacial da assistência hospitalar que, concomitantemente com normalizações nacionais e políticas de controle municipais, tem conseguido racionalizar as internações hospitalares, utilizando melhor os recursos desse setor. Acredita-se que este cenário reflita uma melhoria na resolubilidade da assistência hospitalar e embora não se possa afirmar, também não se descarta a possibilidade de maior satisfação dos usuários, uma vez

que parte considerável dos problemas de saúde pode ser resolvida no próprio município de residência dos usuários.

Se a redução (em volume e gastos) da assistência hospitalar revela um quadro de certa reversão de um modelo centrado no hospital (em 1994 mais de 50% dos recursos da saúde concentravam-se nesse tipo de atenção, caindo para menos de 30%, em 1998), a análise da assistência ambulatorial não é animadora em muitos municípios.

Embora volume e gastos tenham aumentado significativamente de 1994 a 1998, eles não ocorrem de forma homogênea, considerando a desagregação em AVEIANM, consultas médico-odontológicas e complementação diagnóstica de média e alta complexidade. À medida que aumenta o porte e a complexidade dos municípios, maior tem sido o volume de atendimentos de média e alta complexidade e muito maior os gastos com esse tipo de assistência. Isto é de certa forma esperado, principalmente quando o sistema de saúde que se busca implementar - o SUS - tem entre seus princípios a universalidade e a integralidade.<sup>17</sup>

O que causa preocupação é o fato de não estar ocorrendo aumento correspondente (de volume e de gastos) nos outros dois componentes da assistência ambulatorial, os quais vêm aumentando muito pouco, mantendo-se ou mesmo reduzindo-se, conforme o porte do município. Em Cuiabá e nos municípios maiores tem-se observado uma queda proporcional do volume e dos gastos com AVEIANM e consultas médico-odontológicas, em detrimento do aumento do componente de média e alta complexidade. Nos municípios pequenos isto é menos evidente, mas nos de porte médio já se inicia a reprodução do modelo evidenciado na capital.

A análise conjunta da variação dos gastos e do volume de atendimentos ambulatoriais (Figuras 1 e 2) revela outro fato preocupante: a elevação dos gastos com a assistência ambulatorial de média e alta complexidade é sempre muito maior que a elevação do volume dessa assistência, diferença esta que aumenta com o porte dos municípios. Assim, nos municípios pequenos, o volume aumenta 80% enquanto os gastos aumentam 100%; nos de porte médio o volume aumenta 100% enquanto os gastos aumentam quase 200% e nos de grande porte o volume aumenta 65%, mas os gastos aumentam 200%. Isto significa que nos municípios maiores os gastos estão se concentrando naqueles procedimentos mais caros, de maior incorporação

tecnológica. O que os sistemas municipais de saúde têm que analisar é até que ponto estes gastos elevados (representavam 40% de todos os gastos com assistência ambulatorial, no MT, em 1998), com um volume pequeno de atendimentos (representavam 12% do volume total de atendimentos ambulatoriais do MT, no mesmo ano), não estão comprometendo programas e serviços de maior abrangência e impacto social. E qual seria o ponto de equilíbrio, se é que ele é possível?

### Considerações finais

A análise apresentada, ainda que limitada a alguns dados produzidos por apenas dois sistemas de informação em saúde, e baseada em parâmetros pré-definidos, indica uma repercussão positiva da descentralização, principalmente sobre o financiamento da saúde, evidenciada pelo aumento dos gastos *per capita*, fundamentalmente em decorrência da contrapartida financeira dos próprios municípios e de transferências federais para a assistência ambulatorial.

Embora os gastos com assistência hospitalar tenham se reduzido proporcionalmente no conjunto dos municípios, isto não significa necessariamente uma mudança no modelo de atenção à saúde. Em Cuiabá, ficou evidenciado que os serviços ambulatoriais estão gradualmente incorporando parte da assistência que anteriormente era provida pelo hospital. Assim, embora tenham se elevado os gastos com assistência ambulatorial, eles estão cada vez menos financiando as atividades clássicas da atenção básica à saúde e mais as atividades de complementação diagnóstica e terapêutica (em sua maioria compradas do setor privado). Configura-se em Cuiabá o modelo de atenção que o antigo INAMPS privilegiou: o da assistência médica curativa individual e especializada, com ampla utilização de tecnologia.

Já nos municípios com menos de 20 mil habitantes, a redução proporcional dos dispêndios com assistência hospitalar e a elevação dos gastos com assistência ambulatorial de forma mais homogênea, em

relação aos três componentes analisados, faz pensar em configurações de modelos que priorizam a atenção básica à saúde.

Os dados apresentados têm a intenção de evidenciar que os sistemas de informações analisados são imprescindíveis para uma análise de base quantitativa, não sendo recomendável avaliar ou monitorizar a descentralização da saúde num enfoque quantitativo - dimensão pouco explorada pelos municípios -, sem os subsistemas que conformam o Sistema de Informação em Saúde.

Embora os dados providos por alguns sistemas de informação em saúde (principalmente SIM, SINASC e SINAN) venham gradualmente sendo incorporados por muitos municípios, no planejamento anual e plurianual ou em programações específicas (vigilância epidemiológica, imunização, saúde materno-infantil, etc.), o mesmo não tem se dado com o SIA-SUS e SIH-SUS, sistemas que apesar de suas limitações (de que também sofrem os demais sistemas) são os únicos a oferecer dados que mostram **quanto** está sendo gasto e com **o quê**. O bom senso e a análise criteriosa dos dados e de sua tendência temporal até podem fornecer hipóteses sobre **como** está se gastando e **por quê**.

Outros enfoques e maior aprofundamento são possíveis e recomendáveis, dependendo do objetivo da análise. A instituição do Piso da Atenção Básica (PAB) e da consolidação de atendimentos ambulatoriais (em número e gastos) dentro deste componente, desde 1998, acrescenta mais um elemento para análise do modelo de atenção. A evasão e a invasão de internações, por exemplo, podem ser melhor qualificadas, a partir do levantamento dos agravos associados a elas, informando se são reflexo da estruturação do sistema de referência e contra-referência hospitalar, ou estão mais relacionadas à resolubilidade da assistência hospitalar municipal.

Também a análise conjunta de dados dos vários sistemas disponíveis pode revelar aspectos que não se sobressaem,

quando um sistema específico é isoladamente trabalhado. Além disso, respeitadas as limitações decorrentes de fluxo, qualidade, abrangência, gerenciamento e mesmo atualidade, o cruzamento de dados dos vários sistemas, quando possível, pode tanto complementá-los, quanto ampliar o escopo da análise pretendida.

### Referências bibliográficas

1. Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Inf Epidem SUS*. 1997; 4 : 7-46.
2. Ministério da Saúde. Sistemas de informação em saúde e a vigilância epidemiológica. In: *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: FUNASA; 1998.
3. Moraes IHS. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco; 1994.
4. Brasil. Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, p.6951-5, 24 mai 1993. Seção 1.
5. Brasil. Portaria do Ministério da Saúde nº 2203, de 5 de novembro de 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 216, p.22932-40, 6 nov 1996. Seção 1.
6. Buss PM. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no SIH/SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1993; 2 (2):5-12.
7. Travassos C. O sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde; SIH-SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996 [mimeo].
8. Heimann LS, coordenadora. A descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil: uma proposta metodológica de investigação sobre o impacto de políticas. São Paulo: Instituto de Saúde; 1998 [mimeo].
9. Scatena JHG; Tanaka OY. A Descentralização da saúde no estado de Mato Grosso: financiamento e

- modelo de atenção. *Revista Pan-americana de Salud Pública*. 2000; 8 (4):242-249.
10. Scatena JHG. Avaliação da descentralização da assistência à saúde no estado de Mato Grosso. São Paulo; 2000 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
  11. Bobbio N; Matteucci N; Pasquino, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Edunb; 1993. p.129-135.
  12. Junqueira LAP. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997. p.173-204.
  13. Medici AC. Descentralização e financiamento da saúde. In: Medici AC. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1994. p.58-69.
  14. Teixeira SMF. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*. 1990; 24 (2):78-99.
  15. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [acessado durante o ano de 1999, para informações de 1994 a 1998].
  16. Brasil. Portaria SAS/MS nº 15, de 02 de março de 1995. *Diário Oficial da União, Brasília*, n. 43, p.2907-2908, 3 mai 1995. Seção 1.
  17. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1997.