

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Ana Patricia Kajiura

**EQUIDADE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: análise de  
procedimentos em Otorrinolaringologia**

RECIFE  
2010

Ana Patricia Kajiura

Equidade e Alocação de Recursos no Sistema Único de Saúde:  
análise de procedimentos em Otorrinolaringologia

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. André Monteiro Costa

Co-orientadora: Profa. Dra. Clarice Melamed

Recife

2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

K12e Kajiura, Ana Patricia.  
Equidade e alocação de recursos no Sistema Único de Saúde: análise de procedimentos em Otorrinolaringologia/ Ana Patricia Kajiura. — Recife: A. P. Kajiura, 2010.  
155 p.: il., tab., fig., graf.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: André Monteiro Costa, co-orientadora: Clarice Melamed.

1. Equidade. 2. Serviços de Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Sistemas de Informação. 5. Otorrinolaringologia. 6. Sistema Único de Saúde. I. Costa, André Monteiro. II. Melamed, Clarice.

---

CDU 614.2

Ana Patricia Kajiura

Equidade e Alocação de Recursos no Sistema Único de Saúde:  
análise de procedimentos em Otorrinolaringologia

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovada em: 08/10/2010

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. André Monteiro Costa – Orientador  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Prof. Dr. Vitor Laerte Pinto Junior  
Fiocruz – Brasília

---

Prof. Dr. Tito Belchior Silva Moreira  
Tribunal de Contas da União  
Universidade Católica de Brasília

Ao meu marido lindo Daniel,  
aos meus queridos pais Edna e Clovis Kajiura, Maria de Lourdes e Marcelo Cajueiro,  
e aos meus valiosos irmãos Frederico e Ana Beatriz.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor, misericórdia e provisão de todas as condições necessárias para a conclusão deste trabalho.

Ao Tribunal de Contas da União, por ter permitido minha participação no curso de mestrado.

Ao Ismar Barbosa Cruz, pelo interesse e confiança demonstrados no meu trabalho.

À minha querida orientadora Professora Clarice Melamed, por todo o apoio recebido durante a concepção e o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu orientador Prof. André Monteiro, por ter aceitado seguir nesta empreitada.

Ao Prof. Márcio Nakanishi, por ter me apresentado à otorrinolaringologia.

Ao Prof. Tito Moreira, pelas valiosas sugestões na qualificação do projeto.

Ao Prof. Domício Sá, pela ajuda prestada.

Aos meus colegas do Programa de Mestrado, em especial Carlos Alexandre De Lima, Patrícia Taira, Rogéria Lucena, Luís Bolzan e Cejana Passos, pelo apoio, compreensão e disponibilidade a todo o momento.

Ao meu amigo Marcos Tibúrcio, pela paciência e constante presteza em ajudar.

A todos que estiveram ao meu lado neste longo processo e contribuíram para a realização deste trabalho.

“A prova do acesso consiste na utilização de um serviço,  
não somente em sua existência.”

Avedis Donabedian

KAJIURA, Ana Patricia. **Equidade e Alocação de Recursos no Sistema Único de Saúde: análise de procedimentos em Otorrinolaringologia**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

O conhecimento da oferta e da utilização de serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da aplicação dos recursos públicos, é essencial para fornecer subsídios adequados para decisões que promovam maior equidade. Os gastos com assistência ambulatorial e hospitalar no SUS representam grande parte da despesa realizada pelo Ministério da Saúde. Os registros nos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH/SUS) são utilizados para o monitoramento dos gastos federais e compõem a série histórica da produção de média e alta complexidade, que serve como base para pactuação do teto financeiro com cada ente da federação. A utilização dos serviços de saúde é a razão do funcionamento dos sistemas de saúde e, de certo modo, expressa o acesso e a oferta desses serviços. Nesta perspectiva, este trabalho teve como objetivo conhecer a produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares registrados nos sistemas de informação disponibilizados pelo Datasus, em especial de procedimentos de otorrinolaringologia, com a finalidade de se verificar se os registros do SIA e SIH/SUS podem ser utilizados como referência para estudos de oferta de serviços no âmbito do SUS. Após a comparação dos registros com parâmetros técnicos de cobertura assistencial estabelecidos na Portaria MS/GM nº 1.101/2002 e com informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e de 2008, e entre os próprios registros do SIA e SIH/SUS, os resultados apresentaram diferenças significativas. Portanto, de acordo com os resultados encontrados, o registro da produção aprovada/paga no SIA e SIH/SUS pode, em alguns casos, a depender do grupo de procedimentos e do tipo de prestador, não corresponder à oferta efetiva de serviços realizados no SUS.

**Palavras-chave:** Equidade; Oferta de serviços no SUS; Sistema de Informação em Saúde; Otorrinolaringologia.

KAJIURA, Ana Patricia. **Equity and Resource Allocation in Brazilian Health System: analysis of procedures in Otorhinolaryngology.** 2010. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

### **ABSTRACT**

Knowledge about offer and utilization of health services in the Unified Health System (SUS) and the allocation of public resources is essential to provide suitable information in order to guide decisions that promote greater equity. The outpatient and inpatient care represent a large share of the Ministry of Health expenditures. The records of outpatient and inpatient information systems (SIA and SIH/SUS) are used to monitor federal government spending and to constrain the financial budget of each state of the country. Since the utilization of health services is the reason for health system, in some sense, it can be used as a proxy for the access and offer of such services. In this context, this study aims to assess the production of the inpatient and outpatient care in the public health system based on the information systems provided by Datasus, focusing on otolaryngology procedures. The main objective is to verify if the records of the SIA and SIH/SUS can be used as a reference for studies regarding the offer of services by SUS. Based on the comparison of these records with the technical parameters of healthcare coverage subscribed in Portaria MS/GM nº 1.101/2002, information from the National Household Sample Survey (PNAD) of 2003 and 2008 and their own records of the SIA and SIH/SUS, the results showed significant differences. Therefore, the record production as *approved/paid* at the SIA and SIH/SUS does not seem to match the effective supply of services performed by SUS in some specific cases.

**Keywords:** Equity; Health Service Offerings; Health Information System; Otorhinolaryngology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, Brasil, 1976 a 2005.....	28
Figura 2 – Percentual da população coberta por planos privados de assistência médica com ou sem odontologia no Brasil, no período de 2000 a 2009 (%). .....	29
Figura 3 – Curva da taxa média nacional de internações no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	67
Figura 4 – Distribuição da frequência da taxa de internação estadual no SUS, Brasil, em 2000 e 2009. ....	67
Figura 5 – Curva da produção ambulatorial per capita nacional, SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	68
Figura 6 – Evolução da distribuição per capita de consultas especializadas em ORL no SUS, segundo as regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009, a cada 1000 habitantes. ....	80
Figura 7 – Número absoluto de internações em otorrinolaringologia no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	83
Figura 8 – Proporção entre as internações em otorrinolaringologia e as internações em geral, realizadas no SUS, nas regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009.....	84
Figura 9 – Procedimentos cirúrgicos eletivos em ORL no SUS contemplados pela Portaria GM/MS nº 958/2008, Brasil, de 2000 a 2009. ....	85
Figura 10 – Indicação clínica para as amigdalectomias e/ou adenoidectomias pelo código CID registrado nas AIHs, SUS, Brasil, de 2000 a 2009.....	93
Figura 11 – Valor unitário corrente médio do implante coclear (em R\$), SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	95

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Despesa total realizada pelo Ministério da Saúde (valores correntes), Brasil, no período de 2004 a 2009 (em bilhões de reais).....	63
Tabela 2 – Valor total aprovado para os procedimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009 (em bilhões de reais). ....	66
Tabela 3 – Quantidade absoluta aprovada de procedimentos hospitalares e ambulatoriais no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009 (em milhões). ....	66
Tabela 4 – Taxa de internação no SUS, nas regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	67
Tabela 5 – Produção ambulatorial per capita no SUS, nas regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	68
Tabela 6 – Número absoluto de vínculos dos médicos otorrinolaringologistas (CBO 223147), total e que prestam serviços ao SUS, nas regiões e as unidades federadas do Brasil, no período de 2007 a 2009.....	72
Tabela 7 – Produção ambulatorial em ORL no SUS, segundo as regiões do Brasil, em 2008 e 2009. ....	74
Tabela 8 – Distribuição da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.....	76
Tabela 9 – Taxa de crescimento anual da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, segundo as regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	77
Tabela 10 – Média anual da distribuição da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009, a cada 1.000 habitantes. ....	78
Tabela 11 – Percentagem da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009, em relação aos parâmetros de cobertura assistencial definidos pelo Ministério da Saúde, calculados a partir da população. ....	79
Tabela 12 – Média da relação entre consultas e internações em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.....	81
Tabela 13 – Maiores índices de produção de consultas otorrinolaringológicas por vínculo de profissional em ORL no SUS, Brasil, no período de 2007 a 2009.....	82
Tabela 14 – Consultas em otorrinolaringologia no SUS apresentadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e pelo Datasus para o DF, no período de 2000 a 2009. ....	82

Tabela 15 – Proporção da produção dos procedimentos cirúrgicos eletivos contemplados pela Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar em relação ao financiamento, nas regiões e UF do Brasil, em 2008 a 2009. ....	86
Tabela 16 – Maiores índices de internações otorrinolaringológicas por vínculo de profissional médico especializado em ORL no SUS registrado no CNES, Brasil, no período de 2007 a 2009. ....	87
Tabela 17 – Distribuição da produção de amigdalectomias e/ou adenoidectomias no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	88
Tabela 18 – Taxa de crescimento anual da produção de amigdalectomias e/ou adenoidectomias no SUS, segundo as regiões do Brasil, de 2000 a 2009. ....	89
Tabela 19 – Proporção da produção de adenoamigdalectomias em relação ao financiamento, no SUS, entre regiões e unidades federativas do Brasil, em 2008 a 2009. ....	89
Tabela 20 – Distribuição da frequência de amigdalectomias e/ou adenoidectomias por faixa etária no SUS, Brasil, 2000 a 2009. ....	91
Tabela 21 – Concentração das amigdalectomias e/ou adenoidectomias a cada dez mil residentes na faixa etária até 15 anos de idade, SUS, Brasil, de 2000 a 2009. ....	91
Tabela 22 – Concentração das internações em geral, das internações na especialidade de otorrinolaringologia e das amigdalectomias e/ou adenoidectomias, no SUS, segundo as regiões do Brasil, de 2000 a 2009 (em %). ....	93
Tabela 23 – Distribuição da frequência absoluta de cirurgias para implantes cocleares no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	94
Tabela 24 – Distribuição da frequência absoluta de cirurgias para implantes cocleares realizadas no SUS, Brasil, segundo o regime do estabelecimento de saúde, em 2008 e 2009. ....	95
Tabela 25 – Distribuição da frequência absoluta de cirurgias para implantes cocleares segundo a faixa etária, no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	96
Tabela 26 – Internações em ORL e cirurgias para implante coclear (IC) no SUS (AIHs pagas), Brasil, no período de 2000 a 2009. ....	96
Tabela 27 – Internações em ORL e cirurgias para implante coclear (IC) no SUS (Valor total corrente), Brasil, no período de 2000 a 2009 (em milhões). ....	96

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABORL	Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPO	Ficha de Programação Físico-Orçamentária
GIH	Guia de Internação Hospitalar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Implante Coclear
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAS	Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SICAPS	Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SNCPC	Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 <b>Objetivo principal</b> .....	19
2.2 <b>Objetivos específicos</b> .....	19
<b>3 REFERENCIAL TÉORICO</b> .....	20
3.1 <b>A equidade e outros conceitos correlatos nos sistemas públicos de saúde</b> .....	20
3.2 <b>O sistema de saúde no Brasil</b> .....	26
3.2.1 Tentativas para se estimar parâmetros de cobertura assistencial no SUS.....	30
3.3 <b>Breve revisão sobre o financiamento das ações e serviços de saúde do SUS</b> .....	31
3.4 <b>Os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde</b> .....	40
3.5 <b>A otorrinolaringologia</b> .....	51
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	56
4.1 <b>Tipo do estudo</b> .....	56
4.2 <b>Área do estudo</b> .....	56
4.3 <b>Período de referência</b> .....	56
4.4 <b>Fontes de dados</b> .....	57
4.5 <b>Elenco de variáveis e plano de análise</b> .....	57
4.6 <b>Considerações éticas</b> .....	62
<b>5 RESULTADOS</b> .....	63
5.1 <b>A assistência ambulatorial e hospitalar no SUS</b> .....	63
5.2 <b>A otorrinolaringologia</b> .....	69
5.2.1 Os otorrinolaringologistas no SUS. ....	70
5.2.2 Os procedimentos ambulatoriais em otorrinolaringologia.....	73
5.2.3 As consultas médicas especializadas em otorrinolaringologia. ....	75
5.2.4 As internações otorrinolaringológicas. ....	82
5.2.5 As amigdalectomias e/ou adenoidectomias. ....	87
5.2.6 Os implantes cocleares.....	94
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	97

<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	117
<b>7.1 Conclusões</b> .....	117
<b>7.2 Perspectivas e Recomendações</b> .....	120
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	122
<b>APÊNDICE</b> .....	138
<b>APÊNDICE A: Taxa de Cobertura de Planos de Saúde</b> .....	139
<b>APÊNDICE B: Internações no SUS</b> .....	140
<b>APÊNDICE C: Valor corrente pago para internações no SUS</b> .....	141
<b>APÊNDICE D: Taxa de internação no SUS</b> .....	142
<b>APÊNDICE E: Produção ambulatorial especializada no SUS</b> .....	143
<b>APÊNDICE F: Valor corrente pago para produção ambulatorial no SUS</b> .....	144
<b>APÊNDICE G: Produção ambulatorial especializada per capita no SUS</b> .....	145
<b>APÊNDICE H: Consultas especializadas no SUS</b> .....	146
<b>APÊNDICE I: Médicos otorrinolaringologistas registrados no CNES</b> .....	147
<b>APÊNDICE J: Produção ambulatorial em ORL no SUS</b> .....	148
<b>APÊNDICE K: Internações em otorrinolaringologia no SUS</b> .....	149
<b>APÊNDICE L: Crescimento da produção de consultas especializadas em ORL no SUS</b> .....	150
<b>APÊNDICE M: Consultas especializadas em ORL no SUS</b> .....	151
<b>APÊNDICE N: Produção de consultas especializadas em ORL em relação aos parâmetros de cobertura assistencial, calculados a partir das consultas especializadas em geral realizadas no SUS</b> .....	152
<b>APÊNDICE O: Produção de consultas especializadas segundo a natureza da organização, no estado da Bahia, no ano de 2008</b> .....	153

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O modelo de assistência à saúde, que era centralizado e baseado no princípio contributivo, passou a ter a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios em um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado.

A temática da equidade é proeminente na discussão das políticas sociais e, na área da saúde, ganha visibilidade com discussões em torno do perfil dos gastos no setor. Neste quadro, é apontada a perspectiva de que, mais do que a insuficiência de recursos, a falta de eficiência na alocação de recursos caracterizaria a ação governamental no Brasil (SENNA, 2002).

As ações e serviços de saúde são de relevância pública e pressupostos para o desenvolvimento econômico e social do país, tendo se mantido, nos últimos anos, como um dos principais itens do gasto federal.

Durante o processo de implantação do SUS, houve mudanças no perfil orçamentário do Ministério da Saúde, com diminuição da participação relativa da rede própria e do gasto federal direto, em contrapartida ao crescimento das transferências diretas para estados e municípios, indicando a descentralização do sistema público de saúde. Com o objetivo de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a Emenda Constitucional nº 29/2000 dispôs sobre percentuais mínimos na coparticipação da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2000c).

No entanto, mesmo com gastos crescentes, são constantes as afirmações relacionadas ao subfinanciamento e escassez de recursos na saúde. Nesta linha, auditorias realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) constataram, em várias Unidades da Federação (Tocantins, Alagoas, Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal), que os recursos repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde estavam aplicados no mercado financeiro, em prejuízo da oferta de ações e serviços de saúde para população (BRASIL, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010e, 2010f).

A transferência de recursos federais para estados e municípios na modalidade fundo a fundo permitiu maior flexibilidade para que as instâncias locais pudessem atender, de forma

tempestiva, as necessidades de saúde de acordo com a realidade de sua população. Entretanto, cria a necessidade de novas formas de controle para se verificar a aplicação desses recursos.

Se observados os balanços orçamentários anuais do Ministério da Saúde, o bloco da Média e Alta Complexidade (MAC), que abrange a assistência ambulatorial e hospitalar especializadas, é o responsável pela execução da maior parte dos recursos. A assistência ambulatorial e hospitalar também está entre as despesas mais significativas realizadas com recursos próprios estaduais (BRASIL, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010e, 2010f). Diante de sua relevância orçamentária e financeira, fica evidente a necessidade de estudos que examinem, de forma desagregada, os procedimentos que fazem parte desse bloco quanto a sua produção e distribuição.

No Brasil, os sistemas de informação em saúde foram criados, inicialmente, para o pagamento e controle dos procedimentos realizados no sistema público de saúde. Atualmente, as informações disponibilizadas pelos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIA e SIH/SUS) têm sido utilizadas em estudos com diversas finalidades, inclusive com abordagem epidemiológica.

Os lançamentos da produção ambulatorial e hospitalar nesses sistemas gerenciados pelo Departamento de Informática do SUS são utilizados para monitoramento dos gastos públicos federais pelo Ministério da Saúde, e compõem a série histórica da produção de média e alta complexidade que serve como base para pactuação do teto financeiro do bloco MAC com cada ente da federação. Os registros são realizados pelo próprio prestador de serviços de saúde (seja público ou privado com ou sem fins lucrativos) em módulos descentralizados do SIA e SIH/SUS. Após análise, conferência e validação da produção registrada pelos gestores locais, os dados são agregados às bases de dados nacionais pelo Datasus. No Brasil, nas últimas décadas, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados originados, de forma rotineira, pelos serviços de saúde, como ferramenta de elaboração de políticas de saúde e no planejamento e gestão de serviços de saúde (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006).

A utilização dos serviços de saúde é a razão do funcionamento dos sistemas de saúde e, de certo modo, a expressão do acesso da população a esses serviços. O acesso se relaciona a características da oferta de serviços e engloba inúmeros fatores, que podem ser analisados sob diversas abordagens devido a divergências em torno do caráter polissêmico desses conceitos. A oferta de serviços não depende de sua simples existência, pois a acessibilidade deve ser considerada sob vários aspectos, como o geográfico e o econômico, entre outros (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987; TRAVASSOS; MARINS, 2004).

Portanto, os registros dos sistemas de informação do SUS são responsáveis por dar ciência da produção dos serviços realizados e o respectivo gasto, e, por conseguinte, por estimativas da oferta, utilização e acesso aos serviços. Com esse conhecimento, poder-se-ia verificar os principais procedimentos realizados e onde há escassez ou abundância de serviços, para subsidiar o planejamento de políticas de saúde preventivas e curativas, e realocar os serviços para o alcance de maior equidade no SUS.

Para a equidade no uso de serviços de saúde, é preciso considerar que a utilização dos serviços, além de influenciada pelo perfil de necessidades, também está condicionada por inúmeros outros fatores relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários (SENNÁ, 2002). Além disso, o conceito de cobertura deve transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica implicando a existência de uma relação dinâmica na qual intervêm, por um lado as necessidades da população, expressas pela demanda aos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987).

Apesar da complexidade desses conceitos de necessidade e acesso, e suas correspondências com a oferta e a utilização de serviços de saúde, o conhecimento da produção de serviços no SUS pode permitir a verificação da alocação de recursos e das variações no uso de serviços, de forma a orientar a formulação de políticas para um melhor desempenho do sistema de saúde. Desse modo, o estudo sobre a oferta e a utilização dos serviços de saúde no SUS é essencial para se conhecer a aplicação dos recursos públicos bem como para o controle e a avaliação desses serviços, para servirem como base para a tomada de decisões que promovam maior equidade.

Como o bloco de Média e Alta Complexidade engloba a assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades médicas, escolheu-se a especialidade de otorrinolaringologia como exemplo para o presente estudo.

A otorrinolaringologia (ORL) é uma especialidade clínico-cirúrgica que tem crescido muito no Brasil. Na saúde pública, a assistência em ORL apresenta grandes desproporções entre as diferentes regiões do Brasil (GOUVEIA *et al.*, 2005). A ORL trata dos problemas relacionados ao ouvido, nariz, seios da face e garganta, seja por meio da prescrição de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Portanto, é responsável pelo tratamento de doenças bastante comuns, que interferem na qualidade de vida da população como amigdalites, alterações da voz (disfonia ou rouquidão), sinusites, e outras doenças e sintomas

de gravidade variada, como faringites, otites, polipose nasossinusal, rinites, apneia do sono, tonturas, labirintites, zumbido prevenção de surdez, tratamento de tumores e outras condições.

O conhecimento dos serviços na especialidade dentro do SUS é considerado escasso (T-PING; WECKX, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças otorrinolaringológicas destacam-se dentre as enfermidades prevalentes na infância e têm sido objeto de preocupação para o SUS. A demanda por consultas e cirurgias em otorrinolaringologia tem sido maior do que a oferta de atendimentos para essa especialidade o que aponta para a dificuldade que os serviços públicos têm enfrentado para resolver o problema das especialidades na atenção secundária (BRASIL, 2008a).

Com as diversas portarias editadas pelo Ministério da Saúde para regular o mecanismo de pagamentos e repasse de recursos, acredita-se que houve certo distanciamento entre a finalidade primária de registro da produção paga nos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do SUS e a produção efetivamente ofertada à população.

Nessa perspectiva, pretende-se responder a seguinte questão (pergunta condutora): o registro da produção paga nos sistemas de informação do SUS corresponde à oferta efetiva de serviços no SUS?

Dessa forma, após a apresentação dos objetivos, inicia-se uma breve revisão sobre a equidade em saúde e conceitos correlatos como necessidade, acesso e demanda. Logo depois, são tecidas algumas considerações sobre o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS e a utilização dos sistemas de informação disponibilizados pelo Datasus. Em seguida são apresentados os resultados encontrados para os procedimentos e a especialidade – otorrinolaringologia – selecionados para o estudo na atenção de Média e Alta Complexidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Analisar a correspondência entre a produção paga e a oferta efetiva dos serviços ambulatoriais e hospitalares na rede assistencial do SUS a partir dos registros disponibilizados pelo Datasus.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o total da produção ambulatorial especializada e hospitalar nas regiões e Unidades da Federação;
- b) Relacionar a produção paga registrada nos sistemas de informação do SUS com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e com informações constantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e de 2008 e da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 2002 e 2005;
- c) Relacionar um grupo de procedimentos em otorrinolaringologia com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e epidemiológicos encontrados na literatura.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A equidade e outros conceitos correlatos nos sistemas públicos de saúde

Os sistemas públicos de saúde sempre se deparam com o grande desafio de promover a saúde com restrição de recursos financeiros. Autoridades em saúde de vários países compartilham opinião de que os sistemas de saúde devem ter por objetivo a garantia de acesso universal e equitativo a cuidados de saúde de qualidade por seus cidadãos (OLIVER; MOSSIALOS, 2004). Mundialmente, as políticas de saúde são orientadas para otimização dos recursos a elas destinados, e para a organização de um sistema eficaz e suficiente para atender às necessidades da população (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). À busca desses objetivos deve se incorporar o conceito de equidade, a fim de resultar em uma distribuição adequada e justa dos recursos (GODDARD; SMITH, 2001).

Há um grande número de evidências científicas que demonstram a contribuição da saúde para a qualidade de vida da população (BUSS, 2000). As externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde mostram que a saúde é fundamental na busca de uma maior equidade (BRASIL, 2000b). O adequado acesso aos serviços de saúde não é suficiente para resolver o conjunto de iniquidades, mas certamente pode contribuir para reduzi-las (SENNA, 2002). Portanto, diante da necessidade de se reduzir as desigualdades sociais e regionais existentes, as ações e os serviços de saúde se tornam fundamentais (WHITEHEAD *et al.*, 1997).

Contudo, apesar de frequentes referências de caráter político e acadêmicas ao acesso equitativo a cuidados de saúde, pouco consenso foi alcançado em relação ao significado específico desse termo. A literatura sobre equidade em saúde e em serviços de saúde é ampla e escrita sob diferentes perspectivas, mas muitas vezes sua discussão é teórica e distanciada do aspecto prático das políticas públicas (CULYER, 2001). A ausência de uma clara definição de acesso equitativo é problemática, pois prejudica a adoção de uma referência para se avaliar a coerência das políticas de saúde (OLIVER; MOSSIALOS, 2004).

O mesmo acontece com os conceitos correlatos à equidade em saúde, como acesso, necessidade, demanda, oferta e utilização de serviços. São conceitos amplos e polissêmicos, sujeitos a diferentes interpretações, que variam de acordo com a realidade de cada local.

Logo, dependendo das características da organização do sistema de saúde em análise, essas concepções refletem a conformação da estrutura existente.

Culyer (2001) considera que o foco da discussão sobre equidade está na alocação de recursos. Entretanto, para a adequada alocação dos recursos financeiros há outros desafios a serem transpostos pelos sistemas de saúde, como diferenças regionais no perfil de saúde, mudanças no perfil epidemiológico com o envelhecimento da população, e o aumento do custo dos serviços pela incorporação de novas tecnologias, entre outros.

O tema desigualdade em saúde passou a ser tratado com critérios além das diferenças entre os grupos, incorporando a dimensão da justiça social. Os diferentes enfoques analisam o tema de forma global, abrangendo o acesso e as barreiras, a qualidade dos serviços, os fatores determinantes das condições de vida, e os fatores de ordem política. Para determinação das desigualdades, devem ser distinguidas as diferenças que são evitáveis, desnecessárias e injustas, das que dependem de escolhas individuais.

Apesar da variedade conceitual em torno da equidade, a definição de Whitehead (2000) parece expressar certo consenso, quando remete equidade em saúde à noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde, sem desvantagens para alcançá-lo. Desse modo, a equidade em saúde não busca eliminar todas as diferenças existentes, mas sim reduzir ou eliminar as que resultam de fatores de risco associados à saúde e podem ser considerados evitáveis.

Travassos (1997) considera importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou consumo de serviços de saúde, pois os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem dos determinantes das desigualdades no consumo de serviços de saúde. Em revisão da literatura sobre a utilização da avaliação econômica como ferramenta para a definição de prioridades em serviços de saúde, Hauck, Smith e Goddard (2004) discutiram vários conceitos relativos à equidade: o igualitarismo, que implica que todos devem ter as mesmas condições de saúde; a alocação de acordo com a necessidade; o conceito de estado de emergência, que exige um dever ético de fazer todo o possível para ajudar os indivíduos em situações de risco de morte; a igualdade de acesso, utilizada para operacionalizar o conceito de equidade; a prestação de um pacote de serviços essenciais à saúde; o princípio da maximização, para o qual a política social deve procurar maximizar a posição dos mais desfavorecidos; e o liberalismo, que favorece uma distribuição de recursos de acordo com o direito. Esses autores concluíram que muitas contribuições para o conceito de equidade são teóricas e afastadas das questões de aplicação prática. No entanto, a maioria dessas

considerações pode ser apreendida em duas grandes categorias: equidade relativa ao conceito de necessidade e equidade relacionada ao acesso aos serviços.

O princípio de que os recursos devem ser alocados de acordo com a necessidade é encontrado com frequência na literatura acadêmica. Problemas de saúde e necessidades de saúde são noções conexas, sendo que a necessidade pode ser considerada a tradução do problema em termos operacionais (VIEIRA DA SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Culyer (2001) reflete que os únicos cuidados que podem ser considerados necessários são os que promovem a saúde ou reduzem os problemas de saúde, sendo que a capacidade de benefício também difere de necessidade. Se, por um lado, a capacidade de benefício é definida em termos de resultados – melhora em comparação a não intervenção –, por outro, a necessidade pode ser definida como os recursos/despesas necessários para se alcançar o benefício. Variações nas taxas de intervenção entre diferentes médicos ou diferentes sistemas de saúde podem indicar desperdício de recursos, devendo-se eliminar as práticas ineficazes. Se os recursos são insuficientes para esgotar todos os potenciais benefícios, deve-se encontrar a forma mais equitativa de distribuição dos recursos existentes em toda a gama de necessidades.

Utilizando o pensamento aristotélico, vários autores (CULYER, 2001; FALEIROS, 1997; OLIVER; MOSSIALOS, 2004; TRAVASSOS, 1997; UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987) distinguem duas vertentes para equidade – horizontal e vertical – de acordo com a proporção de diferenças. A equidade horizontal demanda que pessoas com iguais necessidades tenham igual oportunidade de acesso aos cuidados de saúde, já a equidade vertical prescreve que aqueles com necessidades maiores recebam maior atenção e recursos nos cuidados de saúde.

Desse modo, há várias interpretações para o conceito de necessidade de serviços de saúde: enquanto alguns autores levantam questões relacionadas à escolha individual, outros observam diferentes pressupostos, como considerá-la uma variável que não pode ser medida diretamente, mas seria representada pela *proxy* de indicadores socioeconômicos, inferidos a partir de análises estatísticas de utilização dos serviços (GODDARD; SMITH, 2001).

Outra forma para se avaliar as necessidades de atendimentos de saúde e a capacidade dos serviços instalados é pela utilização de parâmetros técnicos e epidemiológicos de necessidades de saúde da população e de produtividade de serviços. No entanto, diante da falta de parâmetros epidemiológicos, pode haver dificuldade na utilização desses parâmetros técnicos, uma vez que sua elaboração pode ser baseada em regiões ou serviços de saúde com realidades epidemiológicas e sociais diferentes daquelas em que são aplicadas, sendo

conveniente a adaptação à realidade de saúde local (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Em estudo comparativo do acesso aos serviços de saúde entre a Grã-Bretanha e a Suécia, Whitehead *et al.* (1997) empregaram a utilização dos serviços como *proxy* para o acesso ao cuidado. Esse método é considerado mais eficaz em regiões em que a cobertura das ações e serviços de saúde é ampla.

Se as pessoas que mais necessitam são as que podem se beneficiar mais dos serviços em saúde, o objetivo de maximizar a eficiência de ganho de saúde pode ser alcançado (HAUCK; SMITH; GODDARD, 2004), já que, de acordo com a vertente vertical de equidade, as pessoas com maior necessidade devem receber tratamento diferenciado em relação àqueles com menores necessidades. Além disso, há necessidades relacionadas a grupos específicos da população, a quem devem ser destinadas políticas peculiares, em atenção ao princípio da universalidade e da integralidade, como portadores de deficiência ou de outras enfermidades singulares.

Dessa forma, cada uma das alternativas para a definição de necessidade apresenta certas lacunas, devendo ser assumido algum conceito operacional aceitável, como estimativas de acesso, utilização, tipo ou qualidade dos serviços, de acordo com o grupo populacional e o desenho do estudo a ser desenvolvido.

O conceito de acesso aos serviços públicos de saúde também envolve vários fatores, e está relacionado à percepção das necessidades de saúde, sua conversão em demanda, e à utilização do serviço. Mais abrangente que a garantia de acesso direto às ações e aos serviços de saúde, o princípio da universalidade tem como desafio a oferta e acesso a todos que apresentam necessidades. Além disso, as variações em relação à perspectiva do acesso podem gerar conceitos que focalizam as características dos indivíduos, da oferta, ou da relação entre os indivíduos e os serviços/oferta. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso (PINHEIRO *et al.*, 2002). Para Donabedian (*apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004), acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. O autor utiliza o termo acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços concernente à capacidade de produção e de resposta às necessidades de saúde de uma determinada população, distinguindo duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica.

Goddard e Smith (2001) definem o acesso como um problema de oferta, que indica o nível de serviço que o sistema de saúde oferece ao indivíduo, dependente do contexto da análise é realizada: enquanto nos Estados Unidos da América o acesso frequentemente se

refere à existência de cobertura ou não, como o nível de seguro ou a magnitude de co-pagamentos, na Europa, onde quase todos os cidadãos são, em princípio, segurados, o acesso pode ser um conceito mais sutil, se referindo à garantia de um leque de serviços, com determinado nível de qualidade e de informação.

Portanto, as variações no acesso oferecido pelo lado da oferta podem surgir pela disponibilidade, qualidade, custos e informação, entre outras razões. Embora esses diversos indicadores de acesso possam ser medidos, o que se consegue observar diretamente é a utilização do serviço. A dinâmica da utilização de serviços de saúde tem sido avaliada a partir de sua disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos indutores de sua oferta (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

A utilização é a justificativa da existência dos sistemas de saúde, e pode resultar da procura de cuidados pelo indivíduo, ou da condução pelo profissional. Nesse último caso, os profissionais definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Fatores distintos estão associados à utilização de serviços de saúde, e, segundo revisão de Pinheiro e Travassos (1999), a necessidade seria o fator mais importante na explicação do uso em saúde. Os determinantes da utilização geralmente estão relacionados à necessidade de saúde, às características dos usuários e dos prestadores de serviços, e à organização e política do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O padrão de utilização pode ser analisado a partir da demanda por serviços de saúde, definida pelas características demográficas e pelo perfil de necessidades individuais (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002), sendo a desigualdade geográfica distinta da dimensão social (TRAVASSOS, 1997). Culyer (2001) alega que a distribuição geográfica é uma importante dimensão para observação prática da equidade. Unglert, Rosenburg e Junqueira (1987) se preocupam em ressaltar que os aspectos geográficos atuam sobre a distribuição dos serviços e da própria população.

Goddard e Smith (2001) assumem que pode ser encontrada uma medida satisfatória para a utilização de serviços de saúde, que permite o desenvolvimento de um modelo econômico de um indivíduo receber cuidados ou não, com base na interação entre a oferta de serviços de saúde (representada pelo acesso) e demanda para esse serviço. No entanto, reconhecem que, em muitos casos, há interação entre oferta e demanda, de modo a produzir variações na utilização dos serviços para uma determinada necessidade, dificultando sua separação.

Deste modo, fatores da oferta podem induzir demanda aos serviços de saúde. As demandas resultam, entre outros, da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Essa multiplicidade de fatores influencia a utilização dos serviços, de modo que vários estudos encontram dificuldades para inferir suas implicações sobre os resultados da política de acesso. A complexidade dessas questões tem impulsionado pesquisas com foco nos serviços e nas intervenções. A utilização dos serviços, para a qual há dados disponíveis, se torna *proxy* para acesso, já que há dificuldades metodológicas associadas à medição e variações de necessidade (GODDARD; SMITH, 2001).

Portanto, o conhecimento do padrão de utilização se torna essencial para avaliação e controle dos serviços de saúde. Além disso, esse padrão influencia o processo de alocação de recursos (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002), que envolve escolhas e dificuldades específicas e complexas para operacionalizar o equilíbrio entre oferta e demanda com vistas à inclusão universal da população (FARIAS; MELAMED, 2003).

A existência e a persistência das desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde é um dos principais pontos de atenção dos formuladores de políticas, das investigações acadêmicas e dos administradores dos serviços de saúde (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Diversos países se comprometeram a combater as desigualdades no acesso e responder às demandas populacionais por serviços, mas, operacionalmente, esse objetivo se torna difícil de ser alcançado sem o conhecimento do padrão de consumo de serviços de saúde (GODDARD; SMITH, 2001). As informações sobre a atual distribuição de recursos e de serviços é essencial para o planejamento e avaliação da equidade da política (CULYER, 2001). Políticas de equidade devem ser baseadas na investigação, acompanhamento e avaliação. Para a redução das desigualdades, deve-se partir de uma busca ativa de informações sobre a extensão do problema (WHITEHEAD, 2000).

### 3.2 O sistema de saúde no Brasil

No Brasil, o processo que vai da criação a constituição de um Sistema Único de Saúde ainda é considerado uma reforma social incompleta. Apesar de vários avanços na cobertura dos serviços de saúde, especialmente de atenção básica, a implantação dos serviços é heterogênea e dependente das características de cada região do país (CAMPOS, 2007).

Embora o SUS tenha sido criado como sistema único e universal, passou a coexistir, ao longo das duas últimas décadas, com um cada vez mais consolidado mercado de planos e seguros privados de saúde (SANTOS, 2007), em que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Além disso, foi prevista a participação de instituições privadas de forma complementar ao sistema único de saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, desde a sua concepção na Constituição de 1988. Portanto, a oferta de serviços de saúde no Brasil resulta de uma combinação de serviços oferecidos pelo SUS e de serviços privados.

Os serviços oferecidos pelo SUS podem ser prestados em estabelecimentos públicos ou em estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos credenciados ao sistema público de saúde.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) investiga todos os estabelecimentos existentes no País que prestam assistência à saúde, com o objetivo de revelar o perfil da capacidade instalada e da oferta de serviços de saúde no Brasil. Os resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária foram publicados anualmente no período de 1976 a 1990. Em 1991, houve uma interrupção da AMS. Em 1992, a pesquisa foi reformulada, e entre 1993 e 1998, foi novamente interrompida. Em 1999, 2002 e 2005, o IBGE contou com apoio do Ministério da Saúde para sua realização.

De acordo com os resultados encontrados nas AMS mais recentes, de 2002 e 2005, grande parte dos estabelecimentos privados informaram prestar atendimentos ao SUS. Cerca de 59% de todos os estabelecimentos de saúde do Brasil são públicos e, do total de privados, aproximadamente 31% informaram prestar serviços ao SUS. Entretanto, quando se distingue os estabelecimentos com internação dos estabelecimentos sem internação, verifica-se grande diferença no perfil dos prestadores.

Em 2002, foram contabilizados 7.397 estabelecimentos de saúde com internação no país, sendo cerca de 35% públicos. Dos privados, aproximadamente 70% informaram prestar atendimentos ao SUS. Já em 2005, houve uma queda de 242 estabelecimentos com internação

em relação à pesquisa de 2002. Foram registrados 7.155 estabelecimentos, sendo 38% públicos. Embora o número de estabelecimentos com internação privados tenha permanecido maior que o de públicos, o setor privado apresentou taxa de crescimento anual negativa em todas as regiões. Em decorrência disso, no período entre 2002 e 2005, a participação dos estabelecimentos públicos com internação aumentou de 35% para 38%. Esse aumento da participação do setor público, entre os estabelecimentos com internação, não se deve apenas à redução do setor privado, mas também a um aumento do próprio setor público. A proporção de privados que informaram prestar atendimentos ao SUS permaneceu em 70% em 2005. Assim, do total de estabelecimentos com internação existentes no Brasil, cerca de 80% prestam internação ao SUS.

Em relação aos leitos para internação, na AMS de 2002 foram contabilizados 471.171 leitos, sendo 31% públicos. Dos leitos privados, 83% informaram prestar atendimento ao SUS. Na AMS de 2005, foram registrados 443.210 leitos, sendo 34% públicos. Apesar da diminuição da quantidade de leitos em geral e do aumento da oferta de leitos públicos, a percentagem de leitos privados que informaram prestar atendimentos ao SUS se manteve em 82% entre os anos de 2002 e 2005. Em 2002, aproximadamente 59% dos leitos privados credenciados ao SUS pertenciam ao setor privado sem fins lucrativos. Em 2005 essa proporção passou para 65%.

Segundo informações constantes da AMS de 2002 e de 2005, em 2001, 78% de todas as internações realizadas no setor privado foram para o SUS, e em 2004 essa percentagem passou para 65%.

Portanto, a despeito da queda da participação do setor privado tanto nos estabelecimentos com internação quanto na quantidade de leitos, e de a maior parte ainda ser privada, o grande financiador das internações ainda é o SUS. A Figura 1 mostra a evolução da participação dos leitos para internação públicos e privados em estabelecimentos de saúde no Brasil, no período de 1976 a 2005.



Figura 1 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, Brasil, 1976 a 2005.  
Fonte: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária IBGE (2005).

Ainda de acordo com os registros da AMS, os estabelecimentos sem internação apresentaram aumento de 19% no período de 2002 a 2005. Em 2002 foram contabilizados 46.428 estabelecimentos de saúde sem internação no país, e em 2005, foram registrados 55.328 estabelecimentos. Nos dois anos em que a pesquisa foi realizada, observou-se que cerca de 75% do total de estabelecimentos de saúde sem internação são públicos. Dos privados, aproximadamente 15% informaram prestar atendimentos ao SUS. Quando considerados os estabelecimentos sem internação públicos e privados que prestam atendimento ao SUS, encontra-se que aproximadamente 78% dos estabelecimentos sem internação prestam serviços ao SUS.

A emergência do setor suplementar de saúde ganhou visibilidade a partir da primeira metade da década de 1980, com trajetória crescente e certa estabilização na década de 90, abrangendo cerca de 1/4 da população brasileira (FARIAS; MELAMED, 2003). Em geral, diante da percepção coletiva de que o sistema público oferece serviços de baixa qualidade ou presta apenas alguns tipos de serviços, cria-se oportunidade para o crescimento do setor privado. Em 2000, por meio da Lei nº 9.961/2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Segundo informações da ANS, a taxa de cobertura da população por planos privados de assistência médica (Figura 2) vêm crescendo no Brasil. A receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde chegou a mais de 63 bilhões de reais no ano de 2009, demonstrando a expressiva participação financeira do setor suplementar.

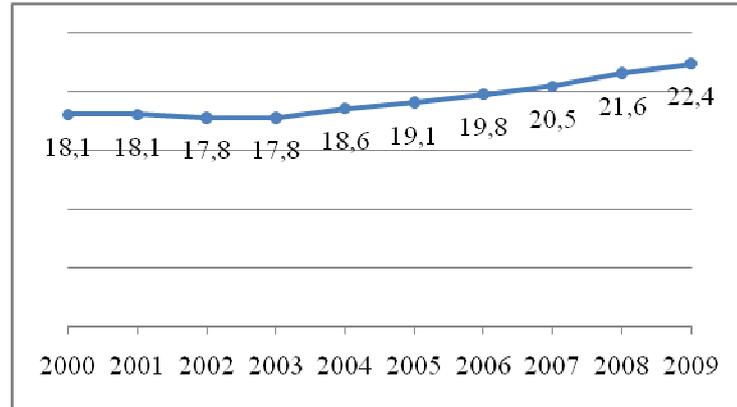


Figura 2 – Percentual da população coberta por planos privados de assistência médica com ou sem odontologia no Brasil, no período de 2000 a 2009 (%).

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS – 12/2009 e IBGE.

A distribuição da cobertura da saúde suplementar mostra grandes desigualdades entre as diferentes regiões e Unidades Federativas do País (Apêndice A). Enquanto a taxa média de cobertura por planos privados de saúde na região Sudeste foi de 31% no período de 2000 a 2009, as regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas de 6,6 e 8,2 respectivamente. Entre os estados, São Paulo apresentou a maior taxa de cobertura – 37,9% – e Roraima e Maranhão as menores – 3,6 e 4,0% respectivamente. Essa diferença na concentração da utilização de serviços por meio de operadoras de plano de saúde privado também reflete as desigualdades socioeconômicas existentes em outros aspectos no Brasil.

Mesmo com essa divisão do setor de saúde no Brasil, com uma parte pública e outra privada, os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade na atenção à saúde são considerados a finalidade ética e política do SUS para a melhoria das condições de saúde e de vida da população brasileira (VIEIRA DA SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003). A equidade é reconhecida como um dos princípios da base do SUS, ainda que não literalmente explicitada na legislação (VIANA *et al.*, 2001).

Em relação ao financiamento tripartite, também permanecem problemas. Constatações de auditorias realizadas pelo Denasus (BRASIL, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010e, 2010f) mostram que muitos estados não cumprem a exigência constitucional de destinar à saúde pelo menos 12% da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais. Além disso, frequentemente há inclusão de despesas alheias aos critérios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde no cômputo dos gastos com saúde (BRASIL, 2002e; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003), e aplicação de recursos repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde no mercado financeiro, em prejuízo da oferta de ações e serviços de saúde para população.

### 3.2.1 Tentativas para se estimar parâmetros de cobertura assistencial no SUS

Para que seja possível se determinar a necessidade de ações e serviços de saúde, deve ser feito o levantamento geral sobre a situação de saúde da área de interesse, e com o conhecimento dos principais problemas de saúde e necessidades da população devem ser definidas as prioridades (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). O conhecimento da oferta de serviços existentes e sua respectiva capacidade de atendimento, a partir de parâmetros epidemiológicos ou técnicos, são essenciais para o planejamento e o gerenciamento das ações e serviços de saúde.

Com o objetivo de estimar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 (BRASIL, 2002b), estabelecendo parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS para orientar o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde. Entretanto, as formas de financiamento da saúde no Brasil, implantadas ao longo de sua história, levaram à concentração desordenada e à desarticulação entre os serviços de saúde (LEITE *et al.*, 2008), prevalecendo o comportamento histórico da alocação de recursos pautada na produção e não nas necessidades, com distribuições não equitativas dos recursos da saúde no Brasil (MARQUES; MENDES, 2003).

Além disso, de acordo com o princípio da integralidade, a assistência à saúde deve considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, nos diferentes níveis de complexidade, mesmo que minoritários em relação ao total da população (BRASIL, 2000b).

Assim, enquanto a literatura internacional consolida a metodologia de se conhecer o padrão de utilização dos serviços, empregando-o como *proxy* da necessidade, da demanda ou da oferta de serviços, no caso brasileiro, essa estimativa se torna difícil para toda a população, pois, além da coexistência de parte da população que utiliza o SUS com parte da população coberta por planos de saúde privados, há lacunas nas informações sobre os procedimentos efetivamente realizados no SUS.

As diferenças de cobertura das ações e serviços de saúde, tanto do SUS como dos planos privados de saúde, e dos perfis epidemiológicos em um país de dimensões territoriais também trazem dificuldades. Além disso, a estrutura de financiamento idealizada para o SUS acarreta ainda maior complexidade para essa estimativa do padrão de utilização dos serviços de saúde no Brasil, pois além de o financiamento ser tripartite, há os repasses fundo a fundo

que podem ocasionar dissociação entre a produção dos serviços e o repasse de recursos, conforme descrito a seguir.

### **3.3 Breve revisão sobre o financiamento das ações e serviços de saúde do SUS**

Na busca do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde são aplicados, anualmente, bilhões de reais. A partir de normas criadas no interior do SUS, ao custeio dos serviços de saúde correspondem transferências federais, realizadas de forma regular e automática, emitidas pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Estados, Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar.

O financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) explicitou as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, e reforçou os mecanismos de transferência fundo a fundo na forma de cinco grandes blocos de financiamento federal: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, e Gestão do SUS<sup>1</sup>.

No entanto, nem sempre foi assim. Durante o processo de implantação do SUS, houve várias mudanças no perfil do financiamento da saúde. A participação relativa da rede própria e do gasto federal direto no financiamento diminuiu em contrapartida ao crescimento das transferências para estados e municípios, indicando a descentralização do sistema público de saúde. Os critérios de transferência dos recursos federais para as outras instâncias definem a repartição de atribuições e de competências, além do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Após a promulgação da Constituição de 1988, com vistas à regulamentação da participação financeira da União, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu artigo 35, estabeleceu que as transferências federais a Estados, Distrito Federal e Municípios deveriam ser definidas segundo análise técnica de programas e projetos, sendo uma metade do volume desses recursos repassados com base no tamanho da população, e a outra metade a partir da combinação de critérios como perfis epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro e da previsão do plano quinquenal de

---

<sup>1</sup> A Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, estava vigente até o dia 4 de setembro de 2010, segundo a Portaria nº 2.230, publicada no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009.

investimentos. Desse modo, as esferas federal, estadual e municipal foram responsabilizadas, concomitantemente, pelas condições necessárias para o acesso aos serviços e ações de saúde.

Logo em seguida, a Lei nº 8.142/1990 tratou das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da participação da comunidade na gestão do SUS. Estabeleceu que as transferências destinadas à cobertura das ações e serviços de saúde – excluindo os recursos destinados a investimentos – seriam regulares e automáticas e, enquanto o artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 não fosse regulamentado, prevaleceria o critério populacional, de forma análoga ao Fundo de Participação dos Municípios. Os Estados e Municípios deveriam atender aos seguintes requisitos: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários. Além disso, pelo menos setenta por cento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implantados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal deveriam ser transferidos aos Municípios.

No entanto, os critérios idealizados para os repasses financeiros não foram totalmente obedecidos, havendo predominância do critério populacional sobre as demais variáveis, trazendo distorções para o sistema (MANSUR, 2001).

Normativos editados periodicamente pelo governo federal, as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), prevaleceram na definição dos critérios de alocação de recursos federais para o SUS (OLIVEIRA JR., 2000; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). As duas primeiras NOBs foram editadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto apenas em 1993.

Em 1991, a Norma Operacional Básica nº 01/91 (BRASIL, 1991) programou um modelo de repasse de recursos de acordo com a produção de serviços por faturamento pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, que havia sido criado no ano anterior, dando continuidade ao sistema do INAMPS. Os recursos eram repassados por transferências negociadas pela série história de produção (MANSUR, 2001), consolidando o método de pagamento por produção de serviços também no setor público.

Assim, não houve mudanças em relação ao que já havia sido implantado antes da instituição do SUS. A gestão das ações e serviços de saúde continuava centralizada no nível federal, e os Municípios e a maioria dos Estados eram considerados prestadores de serviços.

Durante a vigência da NOB 01/91, ainda ocorreu a equiparação de prestadores públicos e privados, já que os Estados e Municípios passaram a receber pela produção de serviços nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados

(MANSUR, 2001). Essa uniformização dos instrumentos dos sistemas de remuneração da produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, contratadas e conveniadas, ocorreu sob as justificativas de se estabelecer formas de aumentar a efetividade dos recursos repassados e de criar mecanismos de controle e avaliação (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). No entanto, como o repasse estava atrelado à produção, a remuneração de procedimentos contidos nas tabelas de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e hospitalares (SIH/SUS) acabou induzindo uma oferta crescente de serviços médicos assistenciais (OLIVEIRA JR, 2000).

Entre as principais críticas aos impactos dos mecanismos de transferência estipulados pela NOB SUS 01/91 para o modelo de assistência à saúde destacam-se: o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva; a não consideração do perfil de necessidades de saúde da população; a ausência de articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou com a prevenção de fraude; e o predomínio da influência da capacidade instalada na fixação dos tetos financeiros (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Em 1992, o INAMPS editou uma segunda Norma Operacional Básica – NOB 01/92 (BRASIL, 1992) – que não trouxe modificações em relação à anterior (MANSUR, 2001), mantendo o pagamento por produção de serviços. A transferência financeira a estados e municípios correspondia apenas aos valores destinados à assistência ambulatorial e hospitalar (OLIVEIRA JR., 2000).

Portanto, as NOBs 01/91 e 01/92 não conseguiram instituir a transferência de recursos estabelecida legalmente e mantiveram o pagamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares nos estabelecimentos públicos, da mesma forma como já era a remuneração dos serviços prestados pela rede privada.

Em 1993, após a extinção do INAMPS (BRASIL, 1993b), outra Norma Operacional Básica – NOB 01/93 – tentou modificar o sistema de financiamento continuado pelas normas operacionais que a precederam. No ano anterior, havia sido realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, focada na municipalização, que ressaltou a necessidade da descentralização dos serviços de saúde com a transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios na modalidade fundo a fundo.

Pela Norma Operacional Básica 01/93 (BRASIL, 1993a), foram criadas duas modalidades de gestão para os estados (parcial e semiplena), e três para os municípios (incipiente, parcial e semiplena). No período de 1994 a 1996, cerca de 63% dos municípios brasileiros (excluídos deste universo os criados a partir de 1997) foram habilitados, sendo

apenas 3% na gestão semiplena (OLIVEIRA JR, 2000). Esse escalonamento no processo de descentralização foi acompanhado de instâncias regulatórias específicas para a habilitação de estados e municípios (GERSCHMAN, 2000). Foram criadas a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

A CIT tem representação nacional para habilitar os estados. Já as CIBs são estaduais, funcionando como fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipais. Ambas foram criadas como tentativa de adequar as normas às condições peculiares dos estados e municípios.

Em relação ao financiamento, foi atribuído um teto financeiro para a assistência hospitalar, além do teto físico já existente, que consistia no número máximo de internações que eram admitidas (MANSUR, 2001), de modo que os instrumentos estabelecidos para a remuneração das unidades prestadoras de serviços nos estados e municípios permaneceram os mesmos das NOBs 01/91 e 01/92. Apesar da inovação dos mecanismos de transferência fundo a fundo nos municípios em condição de gestão semiplena, os recursos assim transferidos também respeitavam o valor da produção apresentada nos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH/SUS) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). As transferências automáticas só eram realizadas para os municípios em gestão semiplena, sendo que a maioria dos estados não aderiu ao movimento de habilitação (LUCCHESI, 1996).

Desse modo, a vigência do mecanismo de transferência fundo a fundo não rompeu totalmente com a lógica do pagamento por produção, utilizado como base para o cálculo dos recursos transferidos e como forma de monitoramento de sua utilização no custeio dos serviços de saúde dos municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Mesmo com os avanços conseguidos com a NOB 01/93, três quartos dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde continuaram sendo repassados pela produção de serviços durante sua vigência, deixando Estados e Municípios na mesma condição dos prestadores privados (LUCCHESI, 1996; OLIVEIRA JR, 2000).

Na tentativa de avançar no processo de descentralização da gestão e do financiamento, foi editada a Norma Operacional Básica 01/96 (BRASIL, 1996), com previsão de mudanças na forma dos repasses financeiros, aumentando a autonomia dos Estados e Municípios. Os objetivos da NOB 01/96 eram, entre outros, aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração por serviços produzidos (pagamento por produção), e reorganizar a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial

e de alto custo/complexidade ambulatorial, com a criação da APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo). Também foi prevista a implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Para os municípios, a NOB 01/96 previa duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. O Teto Financeiro Global do Município era constituído pelo Piso da Atenção Básica Fixo, Piso da Atenção Básica Variável, Fração Assistencial Especializada, e Remuneração de Internações Hospitalares. Para a definição dos tetos dos municípios, foi criada a necessidade de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os municípios e o seu gestor estadual, com o objetivo de conformar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. No caso da habilitação em gestão plena do sistema municipal, a autonomia era estendida à assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Para os estados, havia previsão de duas modalidades de gestão: a Gestão Avançada e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

Para cada uma das condições de gestão foram previstas modalidades de repasse de recursos federais divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Desse modo, a NOB 01/96 apresentou novos mecanismos de transferências governamentais, com contrapartidas estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido. Essa norma também instituiu a estruturação de componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas três esferas gestoras do SUS descentralizando as ações de auditoria.

O Piso da Atenção Básica (PAB) trouxe mudanças no critério de financiamento, por ser repassado para os Municípios de acordo com a população (per capita), não considerando o tamanho da rede instalada. Tanto o PAB quanto os demais programas do Ministério da Saúde englobavam um teto financeiro transferido mensalmente, subdividido em: PAB fixo, PAB variável, média e alta complexidade ambulatorial, internação hospitalar e outros (MANSUR, 2001).

As Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 foram consideradas bem sucedidas na implantação de processos automáticos de descentralização de recursos e instituição de uma política específica para a atenção básica, favorecendo programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência como o saúde da família (PSF) e o de agentes comunitários de saúde (PACS) em municípios com menor capacidade instalada (MELAMED; COSTA, 2003). Os valores que eram pagos por procedimentos passaram a ser

repassados como um piso per capita único nacional a título do custeio de uma cesta de serviços básicos, na tentativa de alterar a lógica anterior de pagamento pela produção de serviços.

Entretanto, apareceram outros problemas relativos à comparação dos valores per capita entre os Estados e os Municípios. De certo modo, a série histórica refletia a capacidade instalada e a complexidade da rede, induzindo à fixação dos tetos financeiros, com repasses de valores maiores para as regiões que historicamente concentravam a prestação de serviços. Além disso, a alocação de recursos para custeio sem a correspondente capacidade instalada de rede de serviços induziu o desperdício, como a compra de novas ambulâncias em vez da estruturação de serviços. Adicionalmente, como a demanda geralmente é maior que a oferta, os prestadores de serviços de alto custo pressionavam a rede pública para contratação de seus serviços pelo SUS, mesmo que esses não estivessem entre as prioridades previstas (OLIVEIRA JR. 2000), impedindo a organização da atenção de média e alta complexidade.

A partir de 1998, também foram alterados os critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade. Foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (BRASIL, 1999b) com a finalidade inicial de arcar com pagamentos de procedimentos previamente selecionados de alto custo e/ou de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e decorrentes de ações consideradas estratégicas. Até então, os recursos para o financiamento dessas ações estavam incluídos nos tetos financeiros de municípios em gestão plena do sistema, repassados fundo a fundo ou mediante o pagamento por serviços prestados.

Na tentativa de reorganizar as ações de média e alta complexidade do sistema público de saúde, em 2001 foi proposta a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001a). As Normas Operacionais da Assistência à Saúde buscaram o fortalecimento do processo de regionalização mediante a obrigatoriedade de elaboração de instrumentos de planejamento para a reorganização do sistema, de forma a propiciar o acesso a todos os níveis de atenção, em especial aos de média e alta complexidade, diante da concentração desses serviços em áreas economicamente favorecidas e de alta densidade populacional, bem como da existência dos chamados vazios assistenciais.

No entanto, essas normas deixaram de explicitar aspectos importantes, como as questões sobre o comando único dos prestadores dos serviços de média e alta complexidade e sobre as referências intermunicipais sob gestão dos estados (COSTA, 2003). Com o intuito de superar as restrições de acesso, buscando garantir a universalidade e a integralidade do SUS, houve a proposta de três estratégias articuladas: regionalização e organização da assistência,

fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, e revisão de critérios de habilitação dos estados e municípios.

A NOAS 01/2001 passou a exigir a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção, que deveria ser elaborado pelas secretarias estaduais de saúde e aprovado por uma Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

Enfocando a regionalização da saúde como processo dinâmico que não poderia se limitar pela capacidade instalada, mas sim permitir uma distribuição de serviços com equidade na oferta e no acesso e otimização dos recursos, o PDR deveria conter o Plano Diretor de Investimentos (PDI) para identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento (MOURÃO JR.; GUEDES, 2004).

A NOAS 01/2001 definiu três áreas de assistência a saúde – Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, e Atenção de Alta Complexidade/Custo – com diferentes mecanismos de financiamento para cada uma (COSTA, 2003). Para o financiamento da Atenção Básica foi criado o PAB Ampliado, com valor per capita nacional estabelecido em R\$ 10,50 por ano (BRASIL, 2001c). O conjunto mínimo de procedimentos de Média Complexidade passou a ser financiado por um valor per capita nacional para as ações ambulatoriais, fixado em R\$ 6,00 por ano (BRASIL, 2001b), e para as internações hospitalares de acordo com o definido na PPI, respeitado o Teto Financeiro de Assistência. Parte dos recursos do Teto Financeiro da Assistência e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) ficaram para o financiamento da atenção de Alta Complexidade/Custo.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 pretendeu avançar na consolidação do SUS com base na regionalização do sistema, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, e na organização dos mecanismos de regulação do acesso, mas manteve a maior parte das disposições e estruturas da NOAS 01/2001.

Em 2002, o Ministério da Saúde criou o Piso para Consultas Especializadas e reajustou em 196% o valor das consultas especializadas e dos atendimentos médicos realizados pelo SUS (BRASIL, 2002c), sob a justificativa de que havia pouca oferta de prestadores de serviços devido ao baixo valor pago anteriormente. Além do aumento do valor para as consultas especializadas, os tetos financeiros dos Estados e Municípios para internação hospitalar e realização de cirurgias eletivas também foram elevados (BRASIL, 2002d).

Mesmo com o empenho das Normas Operacionais, o resultado almejado no processo de reorganização da oferta de serviços de média e alta complexidade não foi alcançado. Diante da ausência da utilização sistemática de critérios técnicos de avaliação e controle dos serviços efetivamente ofertados à população, os repasses financeiros federais continuaram de forma incremental e mantiveram as estruturas já existentes.

Posteriormente às NOAS, o Ministério da Saúde passou a apresentar os componentes de atenção de média e alta complexidade em políticas nacionais de saúde por meio de portarias, com recortes variados.

Em 2006, perseverando na necessidade de aprimoramento do processo de pactuação intergestores e de compromisso do SUS em torno de prioridades com impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, foi divulgado o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), com definições em três componentes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS, e Pacto de gestão do SUS.

O Pacto de Gestão explicitou as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite buscando critérios de alocação equitativa dos recursos, com o objetivo principal de estabelecer as responsabilidades de cada ente federado. A regionalização foi reafirmada como diretriz do SUS, e foram mantidos os instrumentos de planejamento – Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) – com o intuito de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, pela criação de bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde, procurando incorporar os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção. Em relação à gestão dos prestadores de serviço, manteve-se o estabelecido na NOAS 01/2002.

Foram fixados cinco blocos de financiamento federal, entre os quais o de financiamento das ações de média e alta complexidade, composto por dois componentes: o limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Posteriormente, foi regulamentado o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de blocos, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007b). A transferência dos recursos federais pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve acompanhar a Programação Pactuada e Integrada, e os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade financiados pelo FAEC deveriam ser gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A comprovação da aplicação dos recursos repassados deve ser feita mediante relatório de gestão (BRASIL, 2006e) elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Os órgãos de monitoramento, regulação, avaliação e controle do Ministério da Saúde analisam os relatórios de gestão para identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (Denasus). Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar são suspensas quando da falta de alimentação dos bancos de dados nacionais constantes do SIA, SIH e CNES por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano, e quando do não pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais até o quinto dia útil após o crédito do recurso pelo Fundo Nacional de Saúde.

Esses sistemas de informação do SUS, em especial o SIH, acompanharam as modificações que eram propostas no modo de financiamento e repasse das ações e serviços de saúde pelos instrumentos normativos vigentes em cada período.

### 3.4 Os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde

Um Sistema de Informação em Saúde é definido, segundo a Organização Mundial da Saúde, como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar e avaliar os serviços da saúde (*apud LESSA et al.*, 2000).

No Brasil, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), uma das atribuições dos entes federativos é a organização e a coordenação do sistema de informação de saúde. Desse modo, os sistemas informatizados utilizados pelos órgãos que compõem o SUS são diversos, e abrangem questões epidemiológicas e de prestação de serviços, com aspectos gerenciais e financeiros. Enquanto alguns armazenam informações estatísticas e epidemiológicas, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), outros apresentam informações clínicas e administrativas, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Ambulatoriais (SIA/SUS), de Atenção Básica (SIAB) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Entretanto, o início dos sistemas de informação em saúde no Brasil foi anterior à criação do SUS. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) foram implantados pelo extinto INAMPS frente à necessidade de se estabelecer um sistema único de informações e de repasses financeiros.

Segundo Carvalho (2009), o SIH/SUS se configura como o principal instrumento para a indução e para a avaliação das políticas relacionadas à organização e ao financiamento da assistência médico-hospitalar no sistema público de saúde, pois foi concebido para propiciar o pagamento das internações e instrumentalizar ações de controle e auditoria.

O SIH/SUS substituiu o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCCH), que era utilizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social para ressarcir as despesas dos hospitais contratados e pagos com recursos públicos. O SNCPCCH havia sido implantado em 1977 e se caracterizava pelo ressarcimento de despesas ato a ato, mediante a comparação entre a fatura apresentada pelo hospital contratado e um parâmetro que estabelecia o limite máximo segundo o tipo de procedimento. Glosas no valor excedente eram frequentes e submetidas à justificativa do hospital e à revisão manual pelo

INAMPS. A Guia de Internação Hospitalar (GIH) e a Tabela de Honorários Médicos para os atos profissionais eram os instrumentos do SNCPC (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993).

Em outubro de 1980, foi apresentado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), caracterizado pela remuneração fixa por procedimento, baseada no conceito de valores médios globais a partir de uma tabela de procedimentos e um formulário padrão, atribuídos a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O valor financeiro estabelecido para cada procedimento era calculado a partir de análise das contas apresentadas pelos hospitais durante seis meses (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993), no entanto, as informações não eram suficientes para permitir o controle dos gastos com a assistência médica, sendo frequentes as denúncias de fraudes (PEPE, 2009). Em 1987, a gestão operacional do sistema passou para as secretarias de saúde, que ficaram responsáveis pela distribuição das AIHs, e pelo controle e avaliação das unidades hospitalares.

Em 1991, com o início da implantação do SUS e da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, o sistema foi renomeado como Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sem sofrer modificações significativas, com exceção de sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais. Essa extensão da metodologia de financiamento dos hospitais privados para os públicos foi formalizada na NOB 01/91 (CARVALHO, 2009). Portanto, sob a NOB 01/91, ocorreu a criação e a ampliação dos sistemas de informações informatizados e centralizados para o acompanhamento da produção e do desempenho dos serviços de saúde das esferas estaduais e municipais, de modo a auxiliar a implantação de mecanismos de controle e avaliação (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Desse modo, apesar das reorientações nas políticas do sistema público de saúde, a essência do SAMHPS permaneceu no SIH/SUS. Todavia, em 1992, a evolução tecnológica propiciou a substituição do formulário impresso da Autorização de Internação Hospitalar pela AIH em disquete. Críticas diversas relacionadas à consistência dos dados, como a compatibilidade de idade e sexo com o procedimento, e do procedimento realizado com a capacidade instalada e credenciamentos específicos, passaram a ser realizadas eletronicamente na entrada dos dados no sistema (CARVALHO, 2009).

Com a NOB 01/93 foi instituída a transferência direta e automática de recursos federais. Os municípios habilitados à condição de gestão simplificada recebiam antecipadamente o volume total de recursos relativo ao seu teto financeiro e se responsabilizavam pelo pagamento dos prestadores de serviços, enviando a massa de dados tão somente para inclusão no banco de dados nacional mantido e disseminado pelo Datasus.

Os Estados assumiram gradativamente funções mais complexas no gerenciamento do SIA e SIH/SUS, como a elaboração e a supervisão da programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais e a consolidação e as críticas do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser apresentado ao Ministério da Saúde para pagamento (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). O financiamento das ações e serviços ambulatoriais públicos e privados do SUS tinha seu custeio operacionalizado pelo SIA/SUS e pelo formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APAC), e as internações hospitalares pelo SIH/SUS e pelo formulário Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (COSTA, 2003). Em 1995, houve determinação para que os tetos financeiros fossem utilizados para a remuneração das internações hospitalares (SIH/SUS) e das atividades ambulatoriais (SIA/SUS) (BRASIL, 1995a).

A atualização permanente dos bancos de dados nacionais visando ao aprimoramento da organização e da operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, foi uma das medidas previstas na NOB 01/96 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). A operação do SIA/SUS para registro de serviços cobertos pelo Piso Assistencial Básico e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional estava entre as responsabilidades previstas para os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, enquanto os habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal deveriam operar o SIA e o SIH/SUS (COSTA, 2003).

O sistema SIA/SUS havia sido formalmente implantado pela NOB 01/91, em substituição ao sistema de pagamento de serviços ambulatoriais que era realizado pelas Guias de Autorização de Pagamento, que eram documentos utilizados para o pagamento dos serviços ambulatoriais prestados pela rede contratada pelo Inamps, e informavam apenas o gasto por natureza jurídica do prestador, sem outros detalhes. O número de consultas e de exames era registrado em outro sistema de informações, apenas com finalidade estatística, elencados no Boletim de Serviços Produzidos. As dificuldades relacionadas ao controle das contas ambulatoriais levaram o Inamps a desenvolver um novo sistema de informações, o Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (SICAPS), que buscou incorporar a lógica do SAMPHS/AIH, fixando valores médios globais para conjuntos de atos que se constituíssem como um procedimento, mas não chegou a ser formalmente implantado (CARVALHO, 1997).

A concepção do SIA/SUS teve como premissa sua utilização para pagamento de serviços prestados também pela rede pública. As críticas de consistência realizadas no processamento da informação utilizam metas físicas de atendimento e o volume de recursos programado para sua execução, bem como dados cadastrais das unidades, com correlação de

procedimentos com especialidade profissional e nível de hierarquia da unidade como parâmetros. Desde 1995, os quantitativos de procedimentos e seus valores são previamente aprovados e criticados pelos gestores locais, em vez de os cortes serem realizados no nível federal (CARVALHO, 1997).

A partir da NOB/96 foi adotada estratégia de desagregação dos serviços ambulatoriais em básicos, a serem remunerados exclusivamente *per capita*; de média complexidade, mantidos nas rotinas estabelecidas para o SIA/SUS, de prévia programação físico-orçamentária e registro da produção por unidade prestadora de serviço; e de alta complexidade/custo, que foram progressivamente incorporados em um sistema de registro individual do paciente similar ao SIH, denominado autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que permite os mesmos indicadores do SIH/SUS.

Com o objetivo de tornar os registros do SIA/SUS compatíveis com os requisitos da NOB 01/96, foi implantada uma tabela de procedimentos ambulatoriais com estrutura de codificação de oito dígitos, dividindo os três blocos da assistência em 28 grupos (BRASIL, 1999d).

Posteriormente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002 incluiu procedimentos de média complexidade no elenco de procedimentos de Atenção Básica, classificando-os como Procedimentos de Atenção Básica Ampliada, como também definiu um elenco de procedimentos de Média Complexidade de 1º nível de referência (M1). Posteriormente foram definidos os procedimentos de Média Complexidade de 2º nível de referência (M2) e os de Média Complexidade de 3º nível de referência (M3) (BRASIL, 2002a), e o elenco dos procedimentos de Alta Complexidade (BRASIL, 2002f). No entanto, como a modalidade de financiamento dos procedimentos independeria de seus níveis de complexidades, foi determinado que os procedimentos da Tabela do SIA/SUS não seriam mais constituídos pelos blocos de procedimentos de atenção básica, procedimentos especializados de média complexidade e procedimentos de alta complexidade, mas permaneceriam estruturados por grupos, subgrupos e níveis de organização (BRASIL, 2003a).

O SIA/SUS é composto por um módulo de produção que tem como instrumentos de coleta de dados o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) e por outro módulo de programação que tem como instrumento de coleta de dados a Ficha de Programação Orçamentária (FPO). O BPA é um registro mensal de todos os procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde com informações como: código do procedimento, quantidade de ato realizado, faixa etária do paciente e outros. A FPO é resultado da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e

registra o montante físico e financeiro acordado para cada procedimento. Já a APAC, semelhante à AIH, é um instrumento de coleta de dados, cobrança de procedimento, de autorização e de informações epidemiológicas de procedimentos de alta complexidade.

O não cumprimento da obrigatoriedade da alimentação dos bancos de dados nacionais implica a suspensão dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para estados, Distrito Federal e municípios pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Na tentativa de monitorar o cumprimento dessa norma, foi estabelecido o Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais em Saúde, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 2007a). No entanto, em consulta à versão preliminar do Relatório de Avaliação da Pactuação Unificada de Indicadores de 2007 verifica-se que não se sabe se as informações constantes nas bases são realmente confiáveis.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma das bases de dados utilizadas pelo SIA e pelo SIH, e visa disponibilizar informações acerca da estrutura física, dos recursos humanos, dos equipamentos e dos serviços ambulatoriais e hospitalares de todos os estabelecimentos de saúde do país, vinculados ou não ao SUS. Foi idealizado para unificação dos diversos cadastros de estabelecimentos utilizados pelos sistemas de informação de base nacional do Ministério da Saúde, e implantado em agosto de 2003. As informações disponíveis são geradas a partir dos dados enviados pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e consolidadas no Banco de Dados Nacional pelo Datasus (BRASIL, 2006c, 2007c).

Observa-se, portanto, que os sistemas de informação ambulatoriais e hospitalares foram idealizados, inicialmente, para a realização de pagamentos, controle e fiscalização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais.

As informações disponibilizadas por esses sistemas têm sido objeto de estudos que buscam o conhecimento epidemiológico, a frequência e a distribuição dos procedimentos custeados com recursos públicos federais.

Bittencourt; Camacho; Leal (2006) destacaram o crescimento da utilização de dados do SIH/SUS na Saúde Coletiva em artigo sobre levantamento da produção científica da aplicação de suas informações. No período de 1984 a 2003, identificaram 76 artigos e os classificaram em cinco categorias, de acordo com as diferentes vertentes de análise: qualidade das informações do SIH/SUS; estratégias para potencializar o uso das informações para a pesquisa, gestão e atenção médico-hospitalar; descrição do padrão da morbimortalidade

hospitalar e da assistência médica prestada; vigilância epidemiológica e validação de outros sistemas de informação em saúde; e avaliação do desempenho da assistência hospitalar. Entre as justificativas para uso do SIH foram destacados o grande volume de dados, a oportunidade da informação, o fácil acesso, a reconhecida deficiência das estatísticas dos sistemas de informações epidemiológicos e a necessidade de ampliação de estratégias e práticas no enfrentamento de doenças. Relataram menor confiabilidade do diagnóstico na internação, em virtude da precariedade das informações no prontuário do paciente, dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico e à possibilidade de vieses na seleção dos procedimentos faturados, por parte da unidade hospitalar.

Veras e Martins (1994), em estudo sobre a qualidade dos dados nos formulários de AIH preenchidos pelos hospitais contratados da cidade do Rio de Janeiro, encontraram alta confiabilidade dentre as variáveis administrativas e demográficas, como sexo, idade e tempo de permanência. Em relação às variáveis clínicas, observaram maior variabilidade: os Serviços Auxiliares Diagnósticos e Terapêuticos apresentaram baixa confiabilidade, que foi melhorada para serviços diagnósticos como Patologia Clínica e Radiologia. Por outro lado, observaram uma maior frequência de Serviços Auxiliares Diagnósticos e Terapêuticos nos formulários AIH do que nos prontuários, sugerindo que nem todos os serviços registrados nos formulários foram efetivamente realizados. Apontaram que isto pode resultar da prática de anotar informações padronizadas nos formulários de pacientes classificados em um mesmo procedimento realizado, independentemente de verificação dos serviços efetivamente prestados.

Diante da abrangência e da disponibilidade dos dados administrativos, Iezzoni (1997) defende que, embora o conteúdo desses registros inclua apenas características demográficas, de pacientes e códigos de procedimentos, esses dados podem ser utilizados para avaliar a qualidade da assistência à saúde. Ressalta que há possibilidade de se identificar variações na prática médica, no acesso (por exemplo, se as mulheres mais velhas realizam mamografias), nos resultados (por exemplo, nas taxas de mortalidade ou de outras complicações entre os hospitais), nos processos (por exemplo, na quantidade de encaminhamentos para certos exames), em diferentes áreas geográficas, mesmo diante de algumas lacunas nas informações clínicas e do contexto de faturamento a partir desses dados administrativos. Assim, podem ser úteis como instrumentos de rastreamento para destacar áreas que devem ser investigadas com maior profundidade.

Com o objetivo de analisar a pertinência do uso do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde na avaliação da qualidade da assistência ao infarto

agudo do miocárdio, Escosteguy *et al.* (2002) realizaram avaliação e análise exploratória do SIH/SUS e avaliação de amostra aleatória de prontuários médicos registrados com o diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro, no ano de 1997. Concluíram que a qualidade do diagnóstico foi satisfatória, com percentual de confirmação elevado. A precisão das variáveis demográficas (sexo, faixa etária) e de processo (uso de procedimentos e intervenções) foram superiores a das variáveis de resultado (óbito, motivo da saída), mas todas foram consideradas satisfatórias. A menor precisão das variáveis relacionou-se ao sub-registro de intervenções de fato realizadas.

Sá *et al.* (2001) avaliaram a universalidade do acesso à saúde a partir dos bancos de dados do SIA e SIH/SUS. Selecionaram grupos de procedimentos considerados representativos de cada nível de complexidade, ambulatorial e hospitalar, e calcularam a cobertura pela concentração de procedimentos por habitante/ano nas regiões do país, além da distribuição dos gastos assistenciais. Por esse indicador, observaram a evolução do acesso entre 1995 e 1998, constatando redução das internações e elevação da produção ambulatorial e dos gastos totais, com concentração nas regiões sul e sudeste. Ao analisarem a assistência ambulatorial de média complexidade, perceberam grande concentração per capita de ultrassonografias na região Nordeste, quando comparada às demais regiões. Ressaltaram que, apesar de esse exame requerer solicitação médica para sua realização, o número de consultas por habitante nessa região foi inferior às outras regiões do país, indicando ausência de justificativa para o exagero de consumo. Para melhores conclusões, sobre esse número excessivo de ultrassonografias, sugeriram a realização de estudos com dados mais desagregados, bem como a necessidade de se constituírem parâmetros de cobertura regionais, com base nas reais necessidades da população.

Scatena e Tanaka (2000) consideram que os dados consolidados pelo SIA e SIH/SUS podem ser utilizados para fornecer informações sobre o financiamento da saúde pelos gastos efetuados com a assistência ambulatorial e hospitalar, por meio de pelo menos três tipos de análises: séries temporais de gastos hospitalares per capita e por internação; séries temporais de gastos ambulatoriais per capita e por tipo de assistência; e comparação de ambos os gastos e análise de tendência.

Em estudo que investigou a qualidade da informação sobre o parto no SIH, no município do Rio de Janeiro, Bittencourt, Camacho e Leal (2008) compararam duas fontes de informações: base de dados do SIH/SUS e estudo de morbimortalidade da atenção neonatal, no período de 1999 a 2001. Concluíram que os dados sobre tipo de parto e idade da mãe no

SIH/SUS permitem análises com razoável margem de segurança. No entanto, análises sobre residência da mãe e tempo de permanência teriam maior margem de erro.

Por meio de registros do SIA e SIH/SUS, Viana *et al.* (2001) utilizaram o número de consultas/habitante/ano, uma medida de concentração, como indicador de cobertura na atenção ambulatorial para medir o acesso/utilização dos serviços de saúde. Ponderaram que este indicador, da mesma forma que a taxa de internação, é afetado pela composição etária, perfil epidemiológico da população, e pelo modelo de financiamento da atenção. Para medir a equidade dos efeitos distributivos da política aplicada pelo SUS, utilizaram indicadores de periodicidade desagregados por macrorregião e/ou estado para mensurar as desigualdades geográficas, construídos a partir de registros administrativos.

Com o objetivo de medir a taxa de hospitalização por diarreia infantil no Rio de Janeiro com dados provenientes do SIH/SUS, Bittencourt, Leal e Santos *et al.* (2002) afirmaram que, do ponto de vista epidemiológico, a utilização da AIH pode, além de subsidiar o monitoramento da assistência prestada, constituir um poderoso instrumento da vigilância epidemiológica, detectando problemas a serem investigados e informando sobre a circulação de agentes etiológicos. Entretanto, verificaram que os estabelecimentos contratados e filantrópicos admitiam cerca de quatro vezes mais crianças do que os públicos e universitários, concluindo pela necessidade de se monitorar a utilização dos recursos hospitalares de forma contínua.

Volpato e Scatena (2006) desenvolveram trabalho para analisar a política de saúde bucal do município de Cuiabá no contexto da descentralização implantada pelo SUS, a partir do banco de dados do SIA/SUS, em série histórica de oito anos. Observaram tendência de elevação da produção e dos gastos, de 1996 a 2000, e queda nos dois anos seguintes. A elevação foi maior para os procedimentos mais especializados. Concluíram que o SIA/SUS constitui uma importante ferramenta na avaliação da política de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional.

Cherchiglia *et al.* (2007) utilizaram informações constantes na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) do SIA/SUS, no período de 2000 a 2004, para elaboração de uma base nacional de dados, buscando incluir indicadores econômicos e epidemiológicos dos pacientes, que seriam úteis ao acompanhamento e avaliação da atenção prestada, para traçar a trajetória do cuidado dos pacientes de terapia renal substitutiva no SUS.

Em abordagem financeira, Gallassi, Elias e Andrade (2008) caracterizaram o gasto do SUS, no município de Campinas, com internação de dependentes de substâncias psicoativas a partir de dados do SIH do estado de São Paulo, acrescidos dos dados de financiamento da

saúde do município. Utilizaram o cálculo do valor da AIH, considerando a média dos valores pagos pelo SUS segundo o diagnóstico e a natureza jurídica dos hospitais.

Em revisão integrativa da produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar, no âmbito do SUS, no período de 1988 a 2007, Picolo, Chaves e Azevedo (2009) verificaram que alguns autores abordam aspectos metodológicos e conceituais sobre avaliação em saúde enquanto outros abordam a avaliação da produção de serviços de saúde. Concluíram que os resultados encontrados evidenciam o potencial de utilização das informações disponíveis para a avaliação dos serviços de saúde com perspectiva de fornecer subsídios para os responsáveis pela gestão local e para gerência de serviços de saúde. Em outra revisão integrativa sobre a utilização de sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS, no período de 1988 a 2009, Lemos, Chaves e Azevedo (2010) verificaram o potencial de uso de bancos de dados de abrangência nacional – SIH –, com enfoque administrativo ou epidemiológico como importante fonte de informação sobre a ocorrência de internações, eventos e agravos à saúde, com a vantagem da cobertura de todas as regiões do país, mas apontaram a desvantagem da baixa qualidade da informação decorrente da impossibilidade de nivelar as diferenças locais de recursos materiais e humanos que manuseiam estes bancos de dados.

O confronto de dados do SIA e do SIH/SUS com outras fontes de informações, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é uma estratégia para validar ou contornar algumas deficiências da qualidade dos registros observados nos bancos de dados do Datasus (PEPE, 2009). Os inquéritos populacionais servem de instrumento para a formulação e avaliação das políticas públicas. No Brasil, os inquéritos populacionais realizados pelo IBGE, que incluem de variadas formas o tema saúde, são de abrangência nacional entre os quais se destacam: a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE); os Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 1981, 1986, 1988, 1998, 2003 e 2008; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/INAN) de 1989; a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV/IBGE) de 1996/97; e as Pesquisas de Orçamento Familiar (POF/IBGE) de 1995/1996, de 2002/2003 e de 2008/2009. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) investiga todos os estabelecimentos de saúde existentes no País que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, com o objetivo básico de revelar o perfil da capacidade instalada e da oferta de serviços de saúde no Brasil.

Com objetivo de conhecer o perfil dos internamentos cirúrgicos em otorrinolaringologia no Brasil, Gouveia *et al.* (2005) utilizaram dados do SIH/SUS relativos a: região, Unidade Federativa, complexidade, mês de competência, natureza jurídica da unidade prestadora, e valor médio das AIH. Os dados obtidos evidenciaram desigualdades entre estados e regiões do Brasil, sendo que mais de 50% dos procedimentos, no ano de 2003, haviam sido realizados na Região Sudeste. Os hospitais filantrópicos foram os responsáveis pela maior parte dos procedimentos cirúrgicos. A partir do SIH/SUS, consideraram possível o conhecimento do perfil dos internamentos cirúrgicos em ORL no Brasil, com identificação de particularidades quanto às diferentes regiões do país. Os autores ressaltaram que, entre outros fatores, deficiências no preenchimento de formulários que geram a notificação dessas fontes de informação podem implicar informações inapropriadas, devendo-se tomar precauções ao analisar dados gerados por esses instrumentos

Os bancos de dados administrativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde são cada vez mais empregados para o conhecimento da utilização dos serviços de saúde do SUS e para a avaliação do desempenho desses serviços (MARTINS; TRAVASSOS; NORONHA, 2001).

A vantagem do uso de bases de dados administrativos está em sua pronta disponibilidade e alcance de todo o território nacional, com conseqüente economia de tempo e recursos. Além disso, o aumento de sua utilização pode contribuir para o seu aperfeiçoamento.

Apesar de a cobertura dos sistemas de informação do SUS terem aumentado e serem consideradas amplas, não contém informações sobre a rede privada não conveniada ao SUS. Assim, as internações realizadas pela saúde suplementar, que inclui as operadoras de planos de saúde, ou as realizadas por pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde não podem ser conhecidas por esse sistema. Na tentativa de superar essa lacuna, em 1999, foi determinado a todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, que informassem ao Ministério da Saúde, por intermédio das secretarias estadual ou municipal de saúde, a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados (BRASIL, 1999a). No entanto, as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio do Datasus, ou as informações disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar não permitem o conhecimento de todos os eventos de internação hospitalar.

O sistema de auditoria previsto como parte do processo de implantação dos sistemas de informação do SUS não se materializou de forma eficaz. As críticas foram idealizadas para

identificar as contas hospitalares com desvio de média do valor da AIH ou que indicassem incompatibilidade entre o procedimento realizado e o perfil do paciente, evidenciando a necessidade de maiores investigações. O aprimoramento do sistema de crítica permitiu a melhoria da qualidade da informação registrada, mas ao mesmo tempo introduziu distorções nas informações fornecidas pelos prestadores diante da possibilidade de rejeição (PEPE, 2009).

As mudanças ocorridas no sistema de financiamento das ações e serviços de saúde também afetam, diretamente, a qualidade dos registros, possibilitando situações que não retratam os procedimentos efetivamente realizados no sistema público. Em 1993, Levcovitz e Pereira (1993) já apontaram a ameaça de desaparecimento do SIH/SUS pela substituição do modelo de pagamento pelos repasses diretos e automáticos dos recursos federais aos estados e municípios. Assim, com o preenchimento das AIHs apenas para informação e não para pagamento, há possibilidade de mudanças no comprometimento do registro dessas informações nos estabelecimentos públicos. Ao mesmo tempo em que há expectativas de que o sistema se torne menos suscetível à omissão de registros e à alteração intencional, também pode se passar a considerar o registro não essencial. Principalmente, deve ser considerada a possibilidade de se registrar mais procedimentos para justificar aumento nos valores das transferências fundo a fundo. Já nos estabelecimentos privados contratados pelo SUS, pela lógica de obtenção de maior faturamento, há possibilidade de distorção das informações com registros a maior.

Também há relatos de que o aumento gradual dos gastos com internações hospitalares a partir de 1995 reflete o registro intencional das AIHs, que passam a ser concedidas aos procedimentos de maior necessidade de internação com custos geralmente mais elevados. Além disso, o aumento no valor médio das internações também pode influenciar a seleção de AIHs a serem pagas, com o registro das melhor remuneradas quando a quantidade permitida é excedida (SCATENA; TANAKA, 2000).

Portanto, as limitações estipuladas em relação ao número de AIH (9% da população residente ao ano) e em relação ao seu teto financeiro (valor máximo a ser gasto pelo ente estatal definido em portarias) interferem no número e na natureza dos documentos efetivamente apresentados, criando a possibilidade de os responsáveis optarem por registrar os procedimentos mais caros. A possibilidade de sub-registro também deve ser considerada diante da política de contratualização de hospitais de ensino, filantrópicos e de pequeno porte, que passaram a ter o orçamento anual definido por sua rede de serviços e desempenho em relação a metas estipuladas (CARVALHO, 2009). Do mesmo modo, deve ser ponderado

que o sistema permite que os municípios desenvolvam práticas de utilização da AIH para pagamento de parcela dos salários de profissionais (PEPE, 2009). Além disso, por se constituírem como faturas de serviços prestados, não admitem correções posteriores à realização do pagamento, mesmo após terem sido investigados e confirmados erros de digitação ou codificação (CARVALHO, 2009).

A variedade de estudos que utiliza as bases públicas como fonte mostra que os sistemas de informação disponibilizados pelo Datasus têm potencialidade para permitir o conhecimento dos serviços de saúde financiados pelo SUS. Esses sistemas passaram a armazenar uma maior quantidade de informações, se tornando mais complexos, entretanto seu aprimoramento não foi acompanhado de controle de qualidade de suas informações.

A qualidade das informações constitui um dos principais problemas que devem ser enfrentados quando da utilização de bancos de dados secundários, mesmo com o aperfeiçoamento do sistema de críticas pelo SUS. Observa-se, em vários estudos, que a confiabilidade dos diagnósticos principais, dos procedimentos e dos dados demográficos tem sido considerada satisfatória para o acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde no Brasil. Entretanto, há certa lacuna na literatura sobre a utilização dos sistemas para medir os repasses e a quantidade de recursos aplicada em relação à oferta de serviços efetivamente realizada.

### **3.5 A otorrinolaringologia**

A otorrinolaringologia é uma especialidade clínica e cirúrgica, com campo de atuação extenso, que inclui o diagnóstico e tratamento de doenças do ouvido, nariz e seios paranasais, faringe, laringe, cabeça e pescoço.

Apesar de não serem apontadas como causas de mortalidade, as doenças otorrinolaringológicas apresentam alta morbidade, com grande interferência na qualidade de vida da população. A infecção bacteriana dos seios paranasais é uma das manifestações mais frequentes, tanto na população adulta quanto nas crianças (VOEGELS, 2002), quase sempre secundária a uma infecção viral das vias aéreas superiores, e pode afetar cerca de 20% da população (MONTEIRO *et al.*, 2002). Crianças e lactentes podem apresentar até doze episódios de infecções de vias aéreas superiores por ano (SIH; BRICKS, 2008).

As amigdalites recorrentes e a hipertrofia de amígdalas e adenoides são as principais indicações para as amigdalectomias e/ou adenoidectomias, ainda consideradas os procedimentos cirúrgicos mais realizados em crianças.

Apesar de se conhecer a hipertrofia adenoamigdaliana, como uma das principais indicações para essas cirurgias e um dos problemas mais frequentes do consultório do otorrinolaringologista, estudos epidemiológicos sobre sua prevalência são raros na literatura (AKCAY *et al.*, 2006; KARA *et al.*, 2002). Embora não existam estatísticas concretas, acredita-se que centenas de milhares de crianças e adultos sejam submetidas, ou necessitariam ser submetidas, a esse tipo de cirurgia (MIZIARA, 2007). Afirmações como a existência de demanda reprimida, bem como de longas e crescentes filas de espera na especialidade, são recorrentes no Brasil (ANTUNES *et al.*, 2007; MIZIARA, 2007).

A otite média crônica também continua muito prevalente na população e, apesar dos avanços científicos, continua sendo considerada um importante problema de saúde pública (FUKUCHI *et al.*, 2006). Mais de 75% das crianças apresentam pelo menos um episódio de otite média aguda até os três anos de idade, e 20% dessas apresentam múltiplos episódios (SIH; BRICKS, 2008). Nos Estados Unidos da América, estima-se que 24,5 milhões de casos de otite média aguda ocorrem anualmente, sendo responsáveis por 33% das consultas médicas e 40% do uso de antibiótico em menores que cinco anos neste país (FELIX *et al.*, 2006).

Muitas vezes, essas doenças requerem exames complementares para o seu correto diagnóstico. Como exemplo, observa-se que a tomografia computadorizada tem sido cada vez mais utilizada para a identificação e avaliação das variações anatômicas das cavidades nasais que podem levar às sinusites. Além disso, como se trata de doenças infecciosas, a utilização de antibioticoterapia é frequente (KINSUI; GUILHERME; YAMASHITA, 2002; SIH; BRICKS, 2008).

No SUS, o Ministério da Saúde não definiu uma política específica para os procedimentos relacionados à otorrinolaringologia. Há procedimentos dessa especialidade incluídos na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, na área de Saúde da Criança, na Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade, bem como outros procedimentos ligados a diagnóstico e tratamento que podem ser registrados no SIA ou no SIH/SUS.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004b) com o objetivo de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para o atendimento das principais causas da deficiência auditiva, organizando uma parte da especialidade otorrinolaringológica.

Essa política inclui procedimentos executados por uma equipe multidisciplinar, com ações fundamentadas em todos os níveis da assistência. Para a elaboração da rede de atenção à saúde auditiva, foi determinada a utilização de critérios como: população a ser atendida; necessidade de cobertura assistencial; nível de complexidade dos serviços; distribuição geográfica dos serviços; capacidade técnica e operacional de cada serviço; série histórica de atendimentos realizados e mecanismos de acesso com fluxos de referência e contra-referência. Essa rede deve ser composta por serviços públicos de saúde e, na insuficiência ou inexistência destes, pode haver complementação da rede, dando preferência a serviços filantrópicos. A aprovação e a designação dos serviços que integram a rede estadual de atenção à saúde auditiva são de competência da Comissão Intergestores Bipartite. Para regulamentar a atenção à saúde auditiva, foi definido o conjunto de ações e serviços na média e na alta complexidade, e estabelecidos os requisitos básicos para a habilitação de serviços nessa área relacionados a recursos humanos, instalações físicas e de equipamentos e área de cobertura (BRASIL, 2004c). Os procedimentos que integram a atenção à saúde auditiva são registrados por meio da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) (BRASIL, 2004d). Há determinação para que seja utilizado o número do Cartão Nacional de Saúde para identificar os pacientes que necessitam realizar os procedimentos de atenção à saúde auditiva.

Em outra ação do Ministério da Saúde, na área de Saúde da Criança, existe a assistência ao portador de lesão labiopalatal ou craniofacial. O portador desse tipo de lesão tem necessidade de cirurgias múltiplas para a resolução satisfatória de sua condição, sendo que vários procedimentos estão relacionados à otorrinolaringologia (BRASIL, 1994). O financiamento dos procedimentos relacionados a essas deformidades era realizado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), não onerando o teto financeiro do Estado ou Município em Gestão Plena (BRASIL, 1999c, 2002f). Entretanto, a partir de 2008, foram transferidos recursos do FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, redefinindo o rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS financiados pelo FAEC, dentre eles os procedimentos relativos à assistência na área da Saúde Auditiva e às fissuras labiopalatais (BRASIL, 2008c).

Alguns procedimentos cirúrgicos otorrinolaringológicos também foram incluídos na Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade (BRASIL, 2004a), instituída com o objetivo de melhorar o acesso dos pacientes aos atendimentos cirúrgicos, diante da existência de demanda reprimida e filas de espera para a realização de

procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. Para participação nessa política, devem ser elaborados projetos com os seguintes critérios: população a ser atendida (população total da área de abrangência), necessidade de cobertura assistencial (demanda reprimida prioritária), distribuição geográfica dos serviços, capacidade técnica e operacional de cada serviço, série histórica de atendimentos realizados e mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência, abrangência de mais de uma especialidade, entre outros.

A Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é composta por Programas Estratégicos, entre eles o Programa de Redução de Agravos em Otorrinolaringologia. Aos procedimentos contemplados nesse programa é dada a possibilidade de utilização de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o seu financiamento. Na otorrinolaringologia são contemplados: adenoidectomia com ou sem amigdalectomia, septoplastia para correção de desvio, timpanoplastia, turbinectomia e mastoidectomia subtotal.

Para a avaliação, controle e monitoramento das cirurgias eletivas de média complexidade, são utilizadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs) com série numérica exclusiva, financiadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (BRASIL, 2005a).

Os procedimentos de alta complexidade em ORL compreendem o implante coclear e as cirurgias em pacientes com deformidades craniofaciais (nas áreas de faringe, nariz e ouvido).

O implante coclear é uma prótese eletrônica introduzida cirurgicamente na orelha interna que beneficia pacientes portadores de surdez severa e profunda bilateral que apresentam pouco ou nenhum benefício com próteses auditivas convencionais (BENTO; BRITO NETO; SANCHEZ, 2001). Apesar de constituírem a etapa mais avançada da reabilitação auditiva, os implantes cocleares não estão incluídos entre o rol de procedimentos da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Uma vez diagnosticada a surdez severa ou profunda após anamnese por equipe multidisciplinar, exames audiológicos, laboratoriais e radiológicos, e avaliação do teste de prótese sem obter bons resultados, é que o paciente passa efetivamente a ser potencial candidato ao implante coclear (BENTO; SANCHEZ; BRITO NETO, 1997). São procedimentos de alta complexidade, e conseqüente maior custo, requerendo equipe treinada e experiente para sua realização (BENTO; BRITO NETO; SANCHEZ, 2001). Tiveram início no Brasil pelo SUS em 1993, mas até 2007 apenas três

estados (SP, RN e RS) realizavam o procedimento, refletindo a necessidade de expansão para a universalidade das ações proposta pelo SUS (GOUVEIA *et al.*, 2005).

Desse modo, verifica-se que, apesar de não existir uma política específica para a otorrinolaringologia, os procedimentos relacionados a essa especialidade estão incluídos em várias ações e políticas do Ministério da Saúde, devido ao seu extenso campo de atuação. Além disso, há possibilidade de que os procedimentos otorrinolaringológicos sejam financiados com recursos extrateto.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com recorte longitudinal, em que foram analisados procedimentos relativos à assistência ambulatorial e hospitalar do sistema público de saúde brasileiro a partir de dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

### **4.2 Área do estudo**

A área de estudo foi composta pelo território nacional, dividido em regiões e unidades federativas.

### **4.3 Período de referência**

Para observação da oferta de serviços pelos SUS, foram estudados os registros dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA e SIH/SUS) referentes ao período de 2000 a 2009, para conhecimento de uma série histórica de dez anos.

Devido a limitações do SIA/SUS com o registro do profissional médico especializado em otorrinolaringologia (ORL), a produção ambulatorial na especialidade foi observada apenas de 2008 a 2009.

#### **4.4 Fontes de dados**

Foram utilizados dados secundários disponibilizados pelo Datasus por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), consolidados em arquivos mensais de produção ambulatorial por unidade federada.

No período de 2000 e 2009, a tabela nacional de procedimentos do SIA e do SIH/SUS sofreu grandes mudanças, tendo sido unificada em 2008 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Desse modo, foi necessária a realização de compatibilizações entre os códigos dos procedimentos para possibilitar a composição da série histórica e as comparações pretendidas.

O número de profissionais médicos otorrinolaringologistas e seus vínculos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi conhecido por meio da seção de Recursos Humanos da Rede Assistencial, também no sítio eletrônico do Datasus, a partir do ano de 2007.

Os dados populacionais foram obtidos por meio das informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no sítio eletrônico do Datasus, pelo Censo Demográfico Nacional de 2000 e estimativas populacionais intercensitárias para os anos de 2001 a 2009. As informações sobre o percentual da população coberta por planos de saúde foram conhecidas a partir de informações disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os arquivos foram processados pelos softwares Tabwin, produzido pelo Datasus, e Microsoft Office Excel<sup>®</sup> versão 2007.

#### **4.5 Elenco de variáveis e plano de análise**

O evento estudado foi a produção ambulatorial especializada e hospitalar, caracterizada pelos procedimentos registrados respectivamente como “quantidade aprovada” e “AIH pagas” no SIA e no SIH/SUS.

Foram analisadas as taxas per capita de procedimentos por habitante/ano pela distribuição da produção ambulatorial e hospitalar total, ambulatorial e hospitalar na especialidade de otorrinolaringologia, consultas médicas especializadas em otorrinolaringologia, amigdalectomias e/ou adenoidectomias, e implantes cocleares, nas regiões e Unidades da Federação do país.

Deste modo, foi selecionado um conjunto de procedimentos que permitissem a composição da série histórica e comparações no período de 2000 a 2009, com a finalidade de analisar a oferta de serviços pelo SUS.

Preliminarmente, foi realizada pesquisa para o conhecimento da produção ambulatorial e hospitalar geral no país, verificando-se sua distribuição e evolução nos últimos dez anos com o cálculo de taxas de internação e procedimentos ambulatoriais per capita.

Para a especialidade de otorrinolaringologia (ORL), foi selecionado um conjunto de procedimentos para caracterizar a produção ambulatorial e hospitalar. A priori, a intenção do estudo era selecionar procedimentos que tivessem em seu registro a realização por profissional médico especializado em otorrinolaringologia, pelo código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 223147. No entanto, essa informação só estava disponível a partir de 2008, e somente para os procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Quando se consultou as informações hospitalares (SIH), o sistema não estava apto a relacionar os procedimentos que haviam sido realizados por profissional médico com CBO de otorrinolaringologista.

Como as especialidades não são estanques, e alguns procedimentos podem ser realizados por profissionais médicos de diversas especialidades, foram escolhidos procedimentos como *proxy* do conjunto de procedimentos da especialidade, como: consulta especializada para a assistência ambulatorial e as cirurgias de amigdalectomias e/ou adenoidectomias para as internações hospitalares. As cirurgias para implante coclear foram selecionadas para representar a assistência de alta complexidade na otorrinolaringologia.

Os códigos utilizados para pesquisa nos bancos de dados são descritos no Quadro 1, apresentado a seguir. Os dados relativos às consultas especializadas em otorrinolaringologia foram extraídos dos bancos do Datasus em abril/2010.

<b>Período</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
2000 a 2007	7012276	Consulta em Otorrinolaringologia
2008 a 2009	301010072	Consulta Médica em Atenção Especializada (associada ao CBO 223147)

Quadro 1 – Códigos utilizados para consultas especializadas em Otorrinolaringologia.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.

Para a verificação da adequação da oferta de consultas, calculou-se o parâmetro de cobertura assistencial no âmbito do SUS estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002 (BRASIL, 2002b), em seu item 2.1 (Parâmetros para o cálculo das consultas médicas e atendimentos odontológicos sobre a população), conforme sequência no Quadro 2.

Procedimentos	Parâmetro
Consultas médicas (total)	2 a 3 por habitante/ano (Parâmetro adotado: 2)
Consultas médicas especializadas	22,3% do total de consultas médicas programadas
Consultas médicas especializadas em otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas

Quadro 2 – Parâmetros utilizados para cálculo das consultas especializadas.

Fonte: Ministério da Saúde – Portaria GM/MS nº 1.101/2002.

Para caracterização da internação hospitalar em otorrinolaringologia, utilizou-se a seleção de procedimentos feita por Gouveia *et al.* (2005) para traçar o perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico, em 2003, conforme Quadro 3. Os dados relativos às cirurgias foram extraídos dos bancos do Datasus em março/2010.

Código 2008 a 2009	Código 2000 a 2007	Descrição
0404010040	37001019	Antrotomia da Mastoide (Drenagem de Otite no Lactente)
0404010067	37001035	Incisão e Drenagem de Abscesso Periamigdaliano
0404010172	37001043	Laringectomia Parcial
0404010016	37002031	Adenoidectomia
0404010180	37002040	Laringectomia Total
0404010385	37003011	Cirurgia da Estenose do Conduto Auditivo
0404020410	37003020	Tratamento Cirúrgico da Rinofima
0404010032	37003038	Amigdalectomia com ou sem Adenoidectomia
0404010199	37003046	Laringectomia Total com Esvaziamento Cervical
0404020364	37004026	Tratamento Cirúrgico da Imperfuração Coanal – Unilateral
0404010105	37005014	Estapedectomia
0404020364	37005022	Tratamento Cirúrgico da Imperfuração Coanal – Bilateral
0404010130	37005030	Extirpação de Tumor do Cavum
0404010407	37006029	Cirurgia de Ozena
0404010059	37006037	Drenagem de Abscesso Faríngeo
0209040025	37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
0404010083	37009010	Incisão e Drenagem do Saco Endo-Linfático (Shunt) com Audição por Via
0209040025	37009044	Laringoscopia com Exérese de Papiloma
0404030025	37010042	Aritenoidectomia Laringofissura
0404010164	37011014	Labirintectomia (Membranosa ou Óssea) sem Audição
0404010024	37011030	Amigdalectomia
0404020160	37011049	Laringofissura para colocação de molde nos traumatismos de Laringe
0414010140	37011057	Redução Cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz

<b>Código 2008 a 2009</b>	<b>Código 2000 a 2007</b>	<b>Descrição</b>
0404010202	37012045	Laringorrafia
0404010229	37013017	Mastoidectomia Subtotal
0404010326	37013025	Sinusotomia Etmoidal
0404010130	37013033	Extirpação de Tumor da Faringe
0404010210	37014013	Mastoidectomia Radical
0404030181	37014021	Sinusotomia Frontal
0404030181	37015028	Sinusotomia Maxilar
0404010164	37016016	Neurectomia Vestibular Trans-Labirintica sem Audição
0404030181	37016024	Sinusotomia Transmaxilar
0404010164	37017012	Neurectomia Vestibular Transfossa Média com Audição
0404020305	37020013	Ressecção do Glomo Jugular
0404010415	37020021	Turbinectomia
0404010288	37021010	Ressecção do Glomo Timpanico
0404020330	37021028	Septoplastia (Desvio do Septo)
0404020283	37022016	Ressecção de Tumor do Acústico pela Fossa Media (Tumor Intrameatico)
0404010334	37022024	Sinusotomia Esfenoidal
0404010350	37023012	Timpanoplastia (Tipo I – Unilateral)
0404010350	37024019	Timpanoplastia (Tipo I – Bilateral)
0404010350	37025015	Timpanoplastia (Outros Tipos – Unilateral)
0404020135	37028014	Exploração, Descompressão Parcial do Nervo Facial Intratemporal
0404020135	37029010	Exploração, Descompressão Total do Nervo Facial
0404020062	37030019	Enxerto Parcial Intratemporal Nervo Facial F. Estilo – Mastoide ao Gânglio
0404020062	37031015	Enxerto Parcial Intratemporal Nervo Facial do Gânglio Geniculado ao Meato
0404020062	37032011	Enxerto Total do Nervo Facial Intratemporal
0404010237	37033018	Microcirurgia Otológica
0404010148	37040014	Implante Coclear
0404010350	37090011	Timpanoplastia (Uni Ou Bilateral) em Pacientes com Deformidades Craniofacial
0404010032	37090038	Amigdalectomia com Adenoidectomia em Pacientes com Deformidades Craniofacial
0404030041	37091018	Microcirurgia Otológica em Pacientes com Deformidade Crânio Facial
0404020011	38001080	Alongamento de Columela
0401020061	38001128	Exérese de Cisto Branquial
0404020402	38002086	Tratamento Cirúrgico da Perfuração do Septo Nasal
0401020096	38002124	Exérese de Cisto Tireoglosso
0404020321	38003082	Rinoplastia para Defeito(s) Pós-Traumático(s)
0404020321	38004089	Rinoplastia Reparadora Não Estética
0414010230	38006081	Septoplastia Reparadora Não Estética
0404020348	38007088	Tratamento Cirúrgico da Atresia Narinaria
0404030130	38008084	Tratamento Cirúrgico Reparador Não Estético do Nariz em Sela
0404020240	38010089	Reconstrução Parcial do Nariz
0404020240	38011085	Reconstrução Total do Nariz
0404030165	38012081	Rinoplastia em Paciente com Lesão Labiopalatal
0404030173	38013088	Septoplastia em Pacientes com Lesão Labiopalatal
0404030017	38014092	Alongamento de Columela em Pacientes com Lesões Labiopalatais

<b>Código 2008 a 2009</b>	<b>Código 2000 a 2007</b>	<b>Descrição</b>
0209040033	42001030	Traqueoscopia e Exérese de Papilomas
0209040033	42002036	Traqueoscopia e Retirada de Corpo Estranho
0209040017	42004047	Broncoscopia e Exérese de Papilomas
-	38003120	Tratamento cirúrgico da fistula com retalho cutâneo
-	38004127	Tratamento cirúrgico da fistula por aproximação de bordas

Quadro 3 – Procedimentos utilizados para a caracterização do internamento em ORL.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.

Deve ser ressaltado que os procedimentos para tratamento cirúrgico da fístula com retalho cutâneo e por aproximação de bordas, códigos 38003120 e 38004127 respectivamente (até 2007), não receberam código correspondente quando da unificação da tabela de procedimentos em 2008. Além disso, os procedimentos relativos a traqueoscopia e exérese de papilomas (0209040033/42001030), traqueoscopia e retirada de corpo estranho (0209040033/42002036) e broncoscopia e exérese de papilomas (0209040017/42004047) passaram a ser registrados no sistema ambulatorial a partir de 2008, como procedimentos com finalidade diagnóstica. Assim, restaram essas diferenças no perfil de internações em ORL a partir de 2008.

Com essas informações, foi calculada a proporção entre as internações em geral e as otorrinolaringológicas.

Dentre as internações em ORL, as cirurgias de amigdalectomia e/ou adenoidectomia foram escolhidas para análise por serem consideradas as cirurgias realizadas mais frequentemente na especialidade. Para o cálculo das taxas de adenoamigdalectomias, verificou-se a faixa etária da população em que foram realizadas a maior parte das cirurgias, em vez de se calcular a taxa para a população total.

A partir do SIA/SUS obteve-se a quantidade e o valor aprovado para as consultas especializadas. Pelo SIH/SUS, foram obtidos dados relativos à quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas, valor total, idade e sexo do paciente, indicação clínica para o procedimento pelo código de Classificação Internacional de Doenças (CID) e fonte de financiamento.

Desse modo, verificou-se a frequência e a distribuição dos procedimentos em relação aos estados e regiões do país. Em seguida, observou-se a natureza das unidades de saúde responsáveis pelos procedimentos realizados.

Para as consultas especializadas em otorrinolaringologia realizadas no Distrito Federal foram utilizados registros disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal em sua página eletrônica.

#### **4.6 Considerações éticas**

Como se trata de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde a toda população, no sítio eletrônico do Datasus, sem identificação de pacientes e agregados em Unidades da Federação, ou em municípios, não foi necessária a apresentação de Termo de Consentimento e aprovação de projeto em Comitê de Ética, sendo resguardado o direito da divulgação da fonte: Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA e SIH/SUS) do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 A assistência ambulatorial e hospitalar no SUS

No Sistema Único de Saúde, a assistência à saúde foi estruturada em três níveis de atenção: básica, média complexidade e alta complexidade.

A atenção básica é o eixo orientador do SUS, deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, e se caracteriza por ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde. Os procedimentos da atenção básica devem ser planejados de acordo com o perfil epidemiológico da população, e o seu financiamento é per capita. Embora deva ter visão integral da assistência à saúde da população adstrita, os procedimentos realizados diretamente nos serviços de atenção básica não esgotam as necessidades dos usuários do SUS. Assim, há necessidade de outros níveis de assistência, a fim de se alcançar o princípio da integralidade.

O custeio das ações de média e alta complexidade (MAC) é responsável pela execução da maior parte dos recursos federais despendidos pelo Ministério da Saúde a partir da última década. No período de 2004 a 2009, a despesa do programa de Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada representou cerca de 50% da despesa total do Ministério da Saúde, com valores correntes crescentes, passando de 15 bilhões de reais em 2004, para cerca de 25 bilhões no ano de 2009, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Despesa total realizada pelo Ministério da Saúde (valores correntes), Brasil, no período de 2004 a 2009 (em bilhões de reais).

<b>Programa</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Atenção Básica	4.607	4.534	6.229	7.371	7.988	8.340
<b>Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada</b>	15.081	14.390	17.914	20.494	22.014	24.676
Outros programas	10.187	8.350	13.038	13.248	18.235	20.968
Despesa total realizada pelo MS	29.876	27.275	37.182	41.113	48.237	53.984

Fonte: Siafi Gerencial

A atenção de média e alta complexidade é organizada por Políticas Nacionais de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, com recortes variados, que podem ser baseados em problemas de saúde ou serviços específicos dirigidos a determinados segmentos da população. Para regulamentação de cada política, há a publicação de instrumentos normativos

na forma de portarias pela esfera federal, que tratam da organização dos serviços e procedimentos, principalmente de alta complexidade. As políticas nacionais de atenção cardiovascular, à saúde auditiva, ao portador de doença renal, de procedimentos eletivos de média complexidade e de atenção oncológica são algumas delas.

Outra parte da assistência de média e alta complexidade não está contemplada nas políticas nacionais, mas sim em ações que dizem respeito a problemas de saúde e outras questões assistenciais de aperfeiçoamento da rede pública de saúde, como: assistência em Unidade de Tratamento Intensivo, redes estaduais de assistência a queimados, sistema nacional de transplantes e área de saúde da criança.

Além dos procedimentos incluídos nas políticas e ações definidas pelo Ministério da Saúde, ainda há outros que também fazem parte do bloco MAC como exames com finalidade diagnóstica e procedimentos clínicos e cirúrgicos.

A média complexidade é composta por ações e serviços que necessitam de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade são diversos e seus registros são realizados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), dentre os quais podem ser descritos (BRASIL, 2009a):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumato-ortopédicos;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultrassonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

A organização das ações de média complexidade deve ser regionalizada e considerar, além da necessidade de profissionais qualificados e especializados, os dados epidemiológicos

e sociodemográficos de cada município, buscando correspondências entre a prática clínica e a capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, a complexidade e o custo dos equipamentos, a abrangência recomendada para cada tipo de serviço e a economia de escala. Os parâmetros de concentração para os grupos de procedimentos de média complexidade devem refletir, além das necessidades em saúde, o seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.

Já a alta complexidade engloba procedimentos de alta tecnologia e alto custo, que devem estar integrados aos demais níveis de atenção à saúde. Também envolve diversos procedimentos, e as principais áreas estão organizadas em redes de atenção: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular, vascular e cardiovascular pediátrica; procedimentos de cardiologia intervencionista e endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia e cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade; cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Esses procedimentos encontram-se relacionados nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS (SIA e SIH/SUS) e trazem alto impacto financeiro para o sistema de saúde. Em 2002, foi atualizado o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade e estratégicos do SIA e SIH/SUS (BRASIL, 2002f).

A atenção hospitalar tem sido um dos principais temas de debate no SUS pela grande concentração de serviços de média e alta complexidade e considerável volume de recursos aplicados.

Na Tabela 2 são apresentados os valores correntes aprovados para os procedimentos ambulatoriais<sup>2</sup> e hospitalares de média e alta complexidade, no período de 2000 a 2009.

---

<sup>2</sup> Para caracterização da produção ambulatorial especializada foi considerada a Categoria de Procedimentos para Atendimento não Básico: **2000 a 2007**: Procedimentos Especializados (07–Procedimentos Espec. Profis. Médicos, Out. Nível Sup./Méd, 08–Cirurgias Ambulatoriais Especializadas, 09–Procedimentos Traumatologia-Ortopédicos, 10–Ações Especializadas Em Odontologia, 11–Patologia Clínica, 12–Anatomopatologia e Citopatologia, 13–Radiodiagnóstico, 14–Exames Ultrassonográficos, 17–Diagnose, 18–Fisioterapia, 19–Terapias Especializadas, 20–Instalação de Cateter, 21–Próteses e Órteses, 22–Anestesia, Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade, 26–Hemodinâmica, 27–Terapia Renal Substitutiva, 28–Radioterapia, 29–Quimioterapia, 30–

Proporcionalmente, pode se observar aumento da participação dos gastos ambulatoriais em oposição ao declínio da participação dos gastos hospitalares. O mesmo comportamento pode ser observado em relação à quantidade de procedimentos (Tabela 3): os registros ambulatoriais aumentaram e os hospitalares diminuíram. No entanto, há diferenças entre a composição ambulatorial e hospitalar em relação aos valores e quantidades aprovados. Enquanto a participação hospitalar corresponde à média de 45,50% em relação aos gastos, isso se refere a apenas 1,27% da produção em relação ao conjunto ambulatorial e hospitalar, indicando seu alto custo e impacto no financiamento.

Tabela 2 – Valor total aprovado para os procedimentos ambulatoriais especializados e hospitalares no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009 (em bilhões de reais).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>AMB</b>	4.489	4.992	5.714	6.736	7.868	8.915	9.732	10.644	11.466	13.335
<b>HOSP</b>	4.887	5.096	5.406	5.862	6.581	6.957	6.998	7.618	8.286	10.112
<b>TOTAL</b>	9.376	10.088	11.120	12.598	14.449	15.871	16.730	18.261	19.752	23.447
<b>%AMB</b>	47,88	49,48	51,38	53,47	54,45	56,17	58,17	58,28	58,05	56,87
<b>%HOSP</b>	52,12	50,52	48,62	46,53	45,55	43,83	41,83	41,72	41,95	43,13

Nota: Os valores correntes aprovados para internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais entre regiões e unidades da federação estão apresentados nos Apêndices C e F.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

Tabela 3 – Quantidade absoluta aprovada de procedimentos hospitalares e ambulatoriais especializados no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009 (em milhões).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>AMB</b>	593,60	666,46	738,59	806,10	888,60	1.049,51	1.198,68	1.351,23	1.408,11	1.602,37
<b>HOSP</b>	12,43	12,23	12,23	12,09	11,95	11,86	11,72	11,74	11,11	11,49
<b>TOTAL</b>	606,03	678,68	750,82	818,19	900,56	1.061,37	1.210,40	1.362,97	1.419,22	1.613,86
<b>%AMB</b>	97,95	98,20	98,37	98,52	98,67	98,88	99,03	99,14	99,22	99,29
<b>%HOSP</b>	2,05	1,80	1,63	1,48	1,33	1,12	0,97	0,86	0,78	0,71

Nota: A internações hospitalares e produção ambulatorial entre regiões e unidades da federação estão apresentadas nos Apêndices B e E.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

A taxa de internação ao longo dos últimos dez anos (Tabela 4) indica obediência ao parâmetro de cobertura assistencial anual definido pelo Ministério da Saúde, limitado a 9% da população (BRASIL, 1995b). Entre os estados, as menores taxas estão no Amazonas, Roraima e Amapá na região Norte, Maranhão e Rio Grande do Norte na região Nordeste, e Rio de Janeiro no Sudeste (Apêndice D).

---

Busca de Órgãos para transplante, 31–Ressonância Magnética, 32–Medicina Nuclear, 33–Radiologia Intervencionista, 35–Tomografia Computadorizada, 36–Medicamentos, 37–Hemoterapia, 38–Acompanhamento de Pacientes, 39–Atenção à Saúde, 40–Procedimentos Específicos para Reabilitação). **2008 a 2009**: Média complexidade e Alta complexidade

A média nacional da taxa de internação apresentou declínio no período estudado, sendo que sua distribuição foi alterada durante o período ( Figura 3), com concentração em torno de 6 a 7% no último ano (Figura 4).

Tabela 4 – Taxa de internação no SUS, nas regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Norte	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06
Nordeste	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06
Sudeste	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06
Sul	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Centro-Oeste	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06
Total	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06

Nota: Os valores das taxas per capita de internação entre as unidades da federação estão apresentados no Apêndice D.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e IBGE.

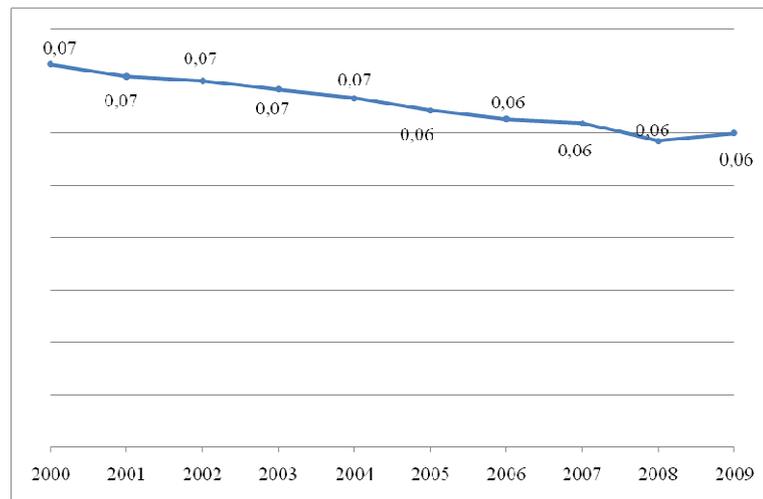


Figura 3 – Curva da taxa média nacional de internações no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e IBGE.

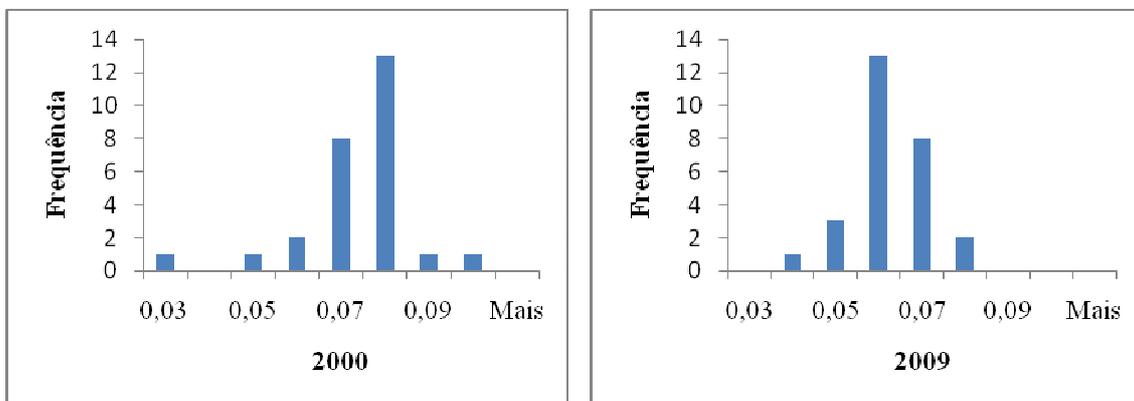


Figura 4 – Distribuição da frequência da taxa de internação estadual no SUS, Brasil, em 2000 e 2009.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e IBGE.

Ao contrário da taxa de internação, a produção ambulatorial especializada per capita apresentou crescimento durante todo o período estudado (Figura 5). As regiões Norte e Nordeste apresentam taxas ambulatoriais semelhantes, da mesma forma que as regiões Sul e Centro-Oeste. O Sudeste é a região com a maior produção ambulatorial per capita (Tabela 5).

Quando se verifica a produção ambulatorial per capita entre os estados destacam-se: São Paulo e Distrito Federal (Apêndice G). No último ano do período – 2009 – houve crescimento acentuado nos estados de Rondônia, Amazonas, Roraima, Espírito Santo e Santa Catarina.

Tabela 5 – Produção ambulatorial especializada per capita no SUS, nas regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Norte	2,20	2,51	2,94	3,23	3,64	4,03	4,62	5,03	5,08	5,93
Nordeste	3,06	3,32	3,68	3,77	4,05	4,46	4,99	5,40	5,39	5,93
Sudeste	4,26	4,67	5,03	5,53	6,07	7,08	7,96	9,11	9,52	10,80
Sul	3,02	3,34	3,63	3,98	4,21	5,01	5,86	6,27	7,02	7,84
Centro-Oeste	3,02	3,78	4,24	4,45	4,89	5,51	5,87	6,26	6,51	7,38
Total	3,50	3,87	4,23	4,56	4,96	5,70	6,42	7,14	7,43	8,37

Nota: A produção ambulatorial per capita entre as unidades da federação está apresentada no Apêndice G.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e IBGE.

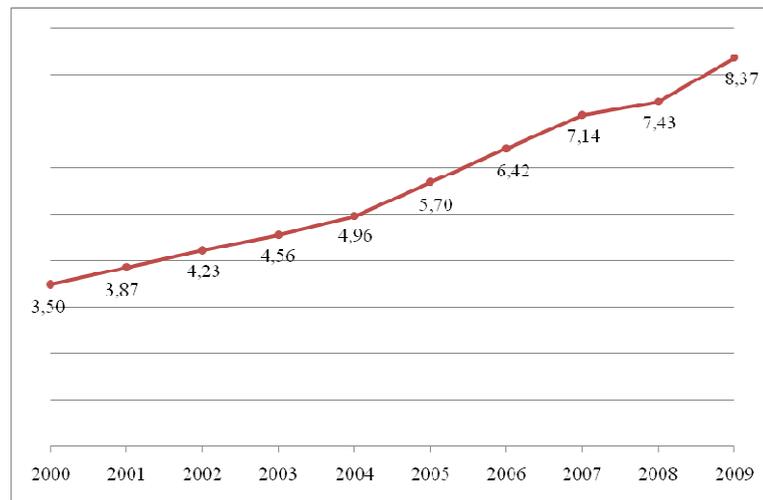


Figura 5 – Curva da produção ambulatorial especializada per capita nacional, SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e IBGE.

Como as consultas médicas especializadas constituem a entrada do usuário na atenção especializada e são consideradas referência para outros procedimentos de média e alta

complexidade, como internações e procedimentos ambulatoriais, também foi verificada a sua distribuição (Apêndice H).

No Brasil, no período de 2000 a 2009, foram realizadas 650.613.134 consultas médicas especializadas no SUS. Muitas vezes essas consultas são agendadas pela central de regulação para organizar o atendimento por especialidades na rede de serviços de saúde do SUS. Quando se compara os anos inicial e final do período de observação, a taxa de crescimento foi de 41% da oferta dessas consultas.

A região sudeste apresentou a maior média de taxa per capita de consultas (0,47 consultas per capita), no período de 2000 a 2009, enquanto a região norte apresentou a menor (0,21). Entre as unidades federadas, as maiores taxas foram observadas em São Paulo (0,55) e no Distrito Federal (0,49). Os estados de Rondônia, Pará, Tocantins e Maranhão apresentaram as menores taxas per capita de consultas médicas especializadas (0,18).

Diante do padrão de crescimento observado, e consequente relevância orçamentária e financeira das ações de média e alta complexidade representadas pelas internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais, fica evidente a necessidade de estudos que examinem os procedimentos que fazem parte desse bloco quanto à sua produção e distribuição. Sem esse conhecimento, não há como se aprimorar os mecanismos de controle e avaliação dos sistemas de saúde.

## **5.2 A otorrinolaringologia.**

Como as especialidades médicas não são estanques e muitos procedimentos são realizados por profissionais de diferentes especialidades, da forma como estão organizados os dados nos bancos disponibilizados pelo Datasus, há grande dificuldade em se definir um rol de procedimentos que tenham sido realizados exclusivamente por profissionais de uma especialidade, neste caso, os otorrinolaringologistas.

A partir de 2008, foi criada regra para que os registros do SIA e SIH/SUS apresentassem consistência com o código da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do profissional. No entanto, essa exigência da compatibilidade do procedimento com o CBO consistiu em apenas uma advertência, sem a rejeição dos registros na prática.

Assim, foi realizada pesquisa nos bancos de dados do SUS, buscando os procedimentos realizados pelo otorrinolaringologista no SIA/SUS, para os anos de 2008 e

2009, mas foram encontradas várias incongruências. Procedimentos como biópsias de vagina, de bexiga, de próstata, retossigmoidoscopia, histeroscopia, atendimento ortopédico com imobilização, amputação/desarticulação de dedo, quimioterapia do adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia, quimioterapia do adenocarcinoma de reto, quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III clínico/ patológico, entre outros, apareceram registrados como realizados por otorrinolaringologistas, mas não fazem parte do seu campo de atuação, demonstrando a falta de críticas do sistema. No SIH/SUS, esse tipo de consulta não foi possível. De acordo com os novos normativos (BRASIL, 2008b) que determinam a realização de críticas da compatibilidade entre a produção apresentada com os códigos CBO, espera-se que a realização desse tipo de crítica seja aprimorada brevemente. Os registros relativos a 2009 apresentaram menor quantidade de incongruências em relação a procedimentos não compatíveis com a especialidade de ORL.

### **5.2.1 Os otorrinolaringologistas no SUS.**

No Brasil, a partir de agosto de 2007, as categorias profissionais passaram a ser classificadas pela Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 do Ministério do Trabalho, e o cadastro disponibilizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo Datasus, passou a apresentar o número de profissionais (indivíduos) e de vínculos por profissional. Enquanto o profissional é contado apenas uma vez, os vínculos podem ser mais de um por profissional, seja em uma mesma instituição ou em estabelecimentos distintos (Tabela 6).

Desse modo, a partir de informações contidas no CNES, observou-se o número de médicos otorrinolaringologistas (CBO 223147), total e que prestam serviços ao SUS, nas regiões e unidades federadas do Brasil, no período de 2007 a 2009, entre os estados e as regiões do Brasil (Apêndice I).

Quando se compara o número de profissionais que prestam serviços ao SUS e de seus respectivos vínculos, observa-se uma média de 3,37 ocupações por profissional, sendo de 2,79 em 2007 e passou para 3,84 em 2009. Os estados do Rio Grande do Norte (5,59), Paraná (5,45) e Santa Catarina (5,24) apresentam os maiores índices de vínculos por profissional, e os estados do Acre (1,96), Amapá (1,57) e o Distrito Federal (1,51), os menores.

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL) realizou censo dos otorrinolaringologistas em 2007/2008, mostrando sua distribuição e concentração no País, mas sem especificar se os profissionais participavam dos serviços do SUS. Os resultados desse censo diferem dos números registrados no CNES, mostrando possível falta de atualização do sistema do SUS. A média do número total de otorrinolaringologistas registrados CNES entre 2007 e 2008, independentemente de prestarem atendimento ao SUS (3.875 profissionais), correspondeu a 57% da quantidade registrada no Censo da ABORL (6.857 profissionais). No caso do estado do Acre, a comparação é conflitante: enquanto o censo mostra a existência de apenas seis profissionais no estado, o CNES mostra média de 14 profissionais prestando serviços ao SUS entre 2007 e 2008. O mesmo acontece em Roraima: o CNES mostra média de seis profissionais prestando serviços ao SUS enquanto o censo afirma a existência de apenas três profissionais nesse estado.

Apesar dessas divergências, o número de profissionais registrados no CNES foi utilizado para verificação das taxas de produção dos procedimentos em ORL neste estudo, uma vez que é a partir desse cadastro que os sistemas de informação do SUS (SIA e SIH/SUS) realizam suas críticas.

Tabela 6 – Número absoluto de vínculos dos médicos otorrinolaringologistas (CBO 223147), total e que prestam serviços ao SUS, nas regiões e as unidades federadas do Brasil, no período de 2007 a 2009.

	2007		2008		2009	
	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total
<b>Norte</b>	<b>213</b>	<b>307</b>	<b>278</b>	<b>393</b>	<b>278</b>	<b>405</b>
Rondônia	27	38	37	50	42	61
Acre	12	16	34	40	23	29
Amazonas	28	55	41	72	51	81
Roraima	12	13	16	18	7	9
Pará	96	138	106	157	116	169
Amapá	8	8	9	9	16	16
Tocantins	30	39	35	47	23	40
<b>Nordeste</b>	<b>1.175</b>	<b>2.096</b>	<b>1.305</b>	<b>2.236</b>	<b>1.412</b>	<b>2.411</b>
Maranhão	42	79	51	89	63	104
Piauí	62	78	79	98	76	99
Ceará	123	269	149	310	165	347
Rio Grande do Norte	171	276	178	253	176	248
Paraíba	82	134	77	131	95	155
Pernambuco	160	355	179	374	189	398
Alagoas	94	141	102	148	121	166
Sergipe	77	136	74	141	71	138
Bahia	364	628	416	692	456	756
<b>Sudeste</b>	<b>3.533</b>	<b>7.112</b>	<b>4.150</b>	<b>8.291</b>	<b>4.428</b>	<b>8.991</b>
Minas Gerais	863	1.622	1.062	1.921	1.111	2.059
Espírito Santo	152	430	151	444	166	456
Rio de Janeiro	572	1.088	643	1.231	698	1.346
São Paulo	1.946	3.972	2.294	4.695	2.453	5.130
<b>Sul</b>	<b>975</b>	<b>1.930</b>	<b>1.172</b>	<b>2.276</b>	<b>1.261</b>	<b>2.464</b>
Paraná	440	850	500	952	557	1.017
Santa Catarina	245	502	279	604	298	679
Rio Grande do Sul	290	578	393	720	406	768
<b>Centro-Oeste</b>	<b>375</b>	<b>700</b>	<b>428</b>	<b>802</b>	<b>481</b>	<b>927</b>
Mato Grosso do Sul	71	128	81	142	86	156
Mato Grosso	74	116	82	135	94	165
Goiás	153	295	175	341	203	382
Distrito Federal	77	161	90	184	98	224
<b>Total</b>	<b>6.271</b>	<b>12.145</b>	<b>7.333</b>	<b>13.998</b>	<b>7.860</b>	<b>15.198</b>

Nota1: O número de médicos otorrinolaringologistas (CBO 223147), total e que prestam serviços ao SUS está apresentada no Apêndice I.

Nota 2: a pesquisa considerou o mês de competência de Dezembro de cada ano.

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

### 5.2.2 Os procedimentos ambulatoriais em otorrinolaringologia.

Apesar das limitações apontadas anteriormente, a pesquisa para produção ambulatorial na especialidade de otorrinolaringologia foi realizada para os anos de 2008 e 2009. Para o ano de 2008, foram excluídos os procedimentos registrados como realizados por otorrinolaringologistas, mas que não apresentam compatibilidade com seu campo de atuação.

Os procedimentos ambulatoriais mais realizados nos anos de 2008 e 2009 foram:

- Consulta médica em atenção especializada;
- Retirada de corpo estranho de ouvido / faringe / laringe / nariz;
- Remoção de cerúmen de conduto auditivo externo uni / bilateral;
- Videolaringoscopia;
- Logaudiometria (LDV-IRF-LRF);
- Laringoscopia;
- Imitanciometria;
- Atendimento de urgência em atenção especializada;
- Audiometria tonal limiar (via aérea / óssea);
- Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva;
- Testes acumétricos (diapasão);
- Infiltração medicamentosa em corneto inferior;
- Ducha de Politzer (uni / bilateral);
- Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva;
- Atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada;
- Acompanhamento de paciente para adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) uni / bilateral;
- Testes auditivos supraliminares;
- Unidade de remuneração para deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km);
- Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal;
- Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva;
- Audiometria em campo livre;
- Pesquisa de pares cranianos;
- Tamponamento nasal anterior e/ou posterior.

O procedimento de consulta médica especializada em otorrinolaringologia representou cerca de 75% de todos os procedimentos ambulatoriais registrados no SIA/SUS para a especialidade, e sua distribuição será detalhada mais adiante.

Analogamente à distribuição da produção ambulatorial do SUS em geral, a região Sudeste também se destaca na produção ambulatorial per capita em ORL, com as maiores taxas per capitas nos anos de 2008 e 2009. No entanto, no ano de 2008, quando são excluídas as consultas especializadas, a região Norte passa a apresentar uma taxa per capita de procedimentos bem diferenciada em relação ao restante do País (Tabela 7), caracterizando elevado número de procedimentos ambulatoriais em relação à quantidade de consultas. No ano de 2009, a taxa per capita de procedimentos ambulatoriais em ORL da região Norte passa a ser a menor do País, e, quando excluídas as consultas configura a segunda menor.

Tabela 7 – Produção ambulatorial em ORL no SUS, segundo as regiões do Brasil, em 2008 e 2009.

	2008			2009		
	Taxa per capita de procedimentos ambulatoriais em ORL, inclusive consulta	Relação entre consultas e outros procedimentos ambulatoriais	Taxa per capita de procedimentos ambulatoriais em ORL, exclusive consulta	Taxa per capita de procedimentos ambulatoriais em ORL, inclusive consulta	Relação entre consultas e outros procedimentos ambulatoriais	Taxa per capita de procedimentos ambulatoriais em ORL, exclusive consulta
<b>N</b>	33,37	0,39	24,04	15,02	1,56	5,86
<b>NE</b>	34,82	3,50	7,74	20,31	2,01	6,74
<b>SE</b>	41,20	3,42	9,32	37,65	3,80	7,84
<b>S</b>	21,65	4,61	3,86	23,16	3,97	4,66
<b>CO</b>	22,19	2,50	6,34	22,21	2,62	6,13

Nota 1: A taxa per capita foi considerada a cada 1.000 habitantes.

Nota 2: A produção ambulatorial em ORL no SUS por estado está apresentada no Apêndice J.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e IBGE.

Em relação à natureza das organizações que prestaram esses serviços ambulatoriais em ORL ao SUS, 62,28% dos procedimentos em 2008 e 68,10% em 2009 foram realizados por estabelecimentos públicos de saúde. Destaca-se a produção da região Norte no ano de 2008, que teve 68,9% dos procedimentos realizados por autarquias, e a da região Nordeste, em que as entidades beneficentes sem fins lucrativos realizaram 47,51% dos procedimentos ambulatoriais em ORL no mesmo ano.

No total, a participação desse tipo de prestador – entidade beneficente sem fins lucrativos – foi de 24,08% em 2008 e diminuiu para 16,31% em 2009.

No tocante à produtividade ambulatorial dos profissionais otorrinolaringologistas que prestam atendimento ao SUS, em 2008, a média foi de 885 procedimentos ambulatoriais por ocupação registrada no CNES, com os maiores índices entre os estados do Pará (3.844 procedimentos ambulatoriais por ocupação) e da Bahia (2.643 procedimentos ambulatoriais

por ocupação). Em 2009, essa média diminuiu para 667 procedimentos ambulatoriais, com os maiores índices entre os estados do Maranhão (1.742 procedimentos ambulatoriais por ocupação), Pará (1.209) e Distrito Federal (1.111).

Apesar de o Pará estar entre os maiores índices nos dois anos, a produtividade ambulatorial por ocupação foi bem maior em 2008 (3.844), do que em 2009 (1.209), mostrando prováveis inconsistências dos registros nos sistemas de informação do SUS.

### **5.2.3 As consultas médicas especializadas em otorrinolaringologia.**

As consultas médicas especializadas constituem a entrada do usuário na especialidade e os procedimentos registrados em maior quantidade no SIA/SUS, o que justifica a sua seleção. São consideradas referência para outros procedimentos de média e alta complexidade, como internações e procedimentos ambulatoriais, e muitas vezes são agendadas pela central de regulação para organizar o atendimento por especialidades na rede de serviços de saúde do SUS.

No Brasil, no período de 2000 a 2009, foram realizadas 650.468.698 consultas médicas especializadas no SUS, sendo 33.842.327 especializadas em ORL. A Tabela 8 apresenta a produção total dessas consultas, por ano, entre as diferentes regiões e unidades federadas.

A taxa média de crescimento anual da produção de consultas especializadas em ORL no SUS no período estudado foi de  $5,36\% \pm 15,92$  (Tabela 9). Como o desvio padrão se apresenta bem maior que a média, isso indica que a variação ao longo dos anos não foi uniforme, com aumentos e diminuições na oferta desse tipo de consultas. Além disso, há grandes diferenças nas taxas entre os estados, ou nas taxas de um mesmo estado ao longo do período de 2000 a 2009. De 2000 para 2001, o estado de Rondônia apresentou crescimento de 127,81% das consultas especializadas em ORL no SUS, enquanto as consultas decresceram 42,66% no Tocantins. De 2008 para 2009, no Maranhão houve crescimento de 47,15%, e no Amapá observou-se decréscimo de 77,17%. O estado do Rio de Janeiro apresentou decréscimo de 34,33% de 2006 a 2007, mas crescimento de 84,35% no ano seguinte (2007 a 2008).

Quando se compara o primeiro e o último ano do período observado, a taxa de crescimento geral das consultas especializadas em ORL no SUS foi de 47%.

Apesar de a região sudeste ter apresentado um dos menores incrementos no período, foi responsável por cerca de 60% dos procedimentos, sendo 61% desses no estado de São Paulo. O estado do Pará concentrou 47% das consultas na região norte, a Bahia 41% na região nordeste, o Paraná 49% na região sul e o Distrito Federal 46% na região centro-oeste.

Tabela 8 – Distribuição da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Norte</b>	<b>81.784</b>	<b>77.284</b>	<b>100.155</b>	<b>94.951</b>	<b>106.926</b>	<b>117.807</b>	<b>128.753</b>	<b>134.242</b>	<b>141.294</b>	<b>140.592</b>
RO	1.974	4.497	6.069	5.036	7.580	9.155	10.545	10.746	11.289	12.794
AC	7.263	7.913	6.722	6.716	7.437	8.384	6.418	8.247	10.620	9.382
AM	22.894	21.907	24.746	15.593	28.570	33.490	29.791	32.904	29.984	30.609
RR	4.442	2.969	4.145	4.363	4.741	3.047	6.175	8.037	8.659	7.039
PA	32.063	31.139	43.820	45.321	42.333	56.181	65.067	63.246	70.473	74.167
AP	4.494	3.897	4.013	5.734	3.421	3.260	6.800	6.626	5.366	1.225
TO	8.654	4.962	10.640	12.188	12.844	4.290	3.957	4.436	4.903	5.376
<b>Nordeste</b>	<b>441.640</b>	<b>435.064</b>	<b>508.271</b>	<b>490.634</b>	<b>507.607</b>	<b>550.014</b>	<b>614.964</b>	<b>623.171</b>	<b>1.437.531</b>	<b>727.305</b>
MA	39.158	36.019	39.166	33.840	34.559	41.480	46.245	42.430	58.495	86.078
PI	13.659	13.929	30.648	35.865	31.032	23.876	22.622	21.545	25.098	22.983
CE	51.262	54.257	61.718	58.506	54.931	60.669	56.996	58.086	78.428	94.920
RN	35.775	35.697	43.706	45.186	43.131	50.786	61.098	61.537	67.057	70.897
PB	29.276	27.033	36.240	33.313	36.529	36.564	41.957	51.482	57.514	54.382
PE	98.322	71.874	65.324	63.234	66.657	93.512	117.945	125.790	204.860	94.061
AL	16.411	18.258	24.438	28.666	32.608	35.626	36.836	27.684	36.752	38.538
SE	16.838	17.932	24.298	17.644	22.660	21.260	26.330	28.172	25.379	22.728
BA	140.939	160.065	182.733	174.380	185.500	186.241	204.935	206.445	883.948	242.718
<b>Sudeste</b>	<b>1.758.163</b>	<b>1.795.915</b>	<b>1.904.286</b>	<b>1.948.074</b>	<b>1.958.792</b>	<b>2.050.949</b>	<b>2.105.657</b>	<b>2.019.086</b>	<b>2.556.222</b>	<b>2.412.021</b>
MG	248.562	253.788	266.407	274.129	279.259	304.195	295.675	288.572	387.324	376.008
ES	71.942	72.528	75.955	73.213	72.916	73.036	76.772	79.087	86.796	88.487
RJ	446.072	435.096	424.326	413.453	419.427	405.058	411.843	270.439	498.561	486.676
SP	991.587	1.034.503	1.137.598	1.187.279	1.187.190	1.268.660	1.321.367	1.380.988	1.583.541	1.460.850
<b>Sul</b>	<b>323.258</b>	<b>347.503</b>	<b>363.001</b>	<b>414.697</b>	<b>397.654</b>	<b>416.063</b>	<b>430.702</b>	<b>444.869</b>	<b>489.172</b>	<b>512.804</b>
PR	139.130	152.016	163.438	206.158	215.781	206.046	210.724	217.868	243.306	258.477
SC	47.789	55.155	59.516	69.214	59.217	67.396	71.986	74.663	72.169	88.564
RS	136.339	140.332	140.047	139.325	122.656	142.621	147.992	152.338	173.697	165.763
<b>Centro-Oeste</b>	<b>123.648</b>	<b>158.252</b>	<b>175.084</b>	<b>172.739</b>	<b>167.729</b>	<b>166.925</b>	<b>167.351</b>	<b>161.231</b>	<b>217.057</b>	<b>223.434</b>
MS	10.757	13.265	21.906	20.627	24.996	24.406	27.654	26.176	30.917	23.637
MT	29.406	28.104	31.712	33.320	30.482	27.775	23.179	23.580	36.159	36.300
GO	26.897	25.780	28.966	29.949	33.413	37.396	49.876	48.220	66.350	78.886
DF	56.588	91.103	92.500	88.843	78.838	77.348	66.642	63.255	83.631	84.611
<b>Total</b>	<b>2.728.493</b>	<b>2.814.018</b>	<b>3.050.797</b>	<b>3.121.095</b>	<b>3.138.708</b>	<b>3.301.758</b>	<b>3.447.427</b>	<b>3.382.599</b>	<b>4.841.276</b>	<b>4.016.156</b>

Nota: O cálculo da taxa de crescimento anual, média e desvio padrão relativos à produção de consultas estão apresentados no Apêndice L.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais dos SUS – SIA/SUS.

Tabela 9 – Taxa de crescimento anual da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, segundo as regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	<b>Média (%)</b>	<b>Desvio Padrão (%)</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Valor mínimo</b>
Norte	6,67%	10,77%	29,59%	-5,50%
Nordeste	13,12%	48,07%	130,68%	-49,41%
Sudeste	3,92%	9,32%	26,60%	-5,64%
Sul	5,37%	5,04%	14,24%	-4,11%
Centro-Oeste	7,56%	14,20%	34,62%	-3,66%
Total	5,36%	15,92%	43,12%	-17,04%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais dos SUS – SIA/SUS.

Ao se verificar a distribuição per capita das consultas especializadas em ORL (Tabela 10), verifica-se que a predominância dos procedimentos na região sudeste se mantém com a média de 26,57 consultas em ORL a cada 1.000 habitantes, sendo 15,65 em Minas Gerais, 23,12 no Espírito Santo, 27,68 no Rio de Janeiro e 31,67 em São Paulo. Conforme se observa na Tabela 10, a maior concentração por unidade federada fica no Distrito Federal, com 34,01 consultas a cada 1.000 habitantes. As diferenças interestaduais na região norte são marcantes: enquanto Roraima e o Acre apresentam distribuição de 14,19 e 12,43 consultas a cada mil habitantes, respectivamente, Rondônia oferece 5,37.

A desproporção na distribuição per capita das consultas entre as regiões se manteve durante os dez anos do período estudado. No ano de 2008, houve um incremento diferenciado, especialmente na região Nordeste (130,68% em relação ao ano anterior), conforme se observa na Figura 6. Nesse ano de 2008 são constatadas as maiores taxas de crescimento da produção de consultas em ORL do período (Apêndice L). Diante desse fato, deve ser registrado que esse foi o ano em que houve mudança dos códigos da tabela de procedimentos do SUS (BRASIL, 2007d). Até 2007, a consulta especializada em ORL recebia um código específico, mas a partir de 2008, todas as consultas médicas especializadas passaram a receber um código único e a distinção da especialidade passou a ser feita pelo código CBO, segundo a especialidade do médico.

Quando se compara a produção das consultas aos parâmetros de cobertura estabelecidos para o SUS na Portaria GM/MS nº 1.101/2002, constata-se que a oferta de procedimentos não estaria sendo atendida em quase todo o país, com exceção do estado de São Paulo e do Distrito Federal (Tabela 11). A média nacional do período indica que a produção de consultas em ORL corresponde a  $61,93\% \pm 9,27$  do parâmetro de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde, com diferenças interestaduais marcantes. Os estados mais desfavorecidos pertencem à região Norte.

O aumento diferenciado das consultas no ano de 2008 (Figura 6) mostra que nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro o quantitativo teria alcançado 203,17% e 104,70%, respectivamente, do parâmetro estabelecido pelo SUS nesse ano. Para alcançar essa produção que pode ser considerada atípica, a Bahia contratou 80,22% dessas consultas de entidades beneficentes sem fins lucrativos (Apêndice O).

Tabela 10 – Média anual da distribuição da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009, a cada 1.000 habitantes.

<b>Região / UF</b>	<b>Distribuição a cada 1.000 habitantes</b>
<b>Região Norte</b>	<b>7,86</b>
Rondônia	5,37
Acre	12,43
Amazonas	8,59
Roraima	14,19
Pará	7,66
Amapá	7,91
Tocantins	5,73
<b>Região Nordeste</b>	<b>12,53</b>
Maranhão	7,60
Piauí	8,08
Ceará	7,88
Rio Grande do Norte	17,38
Paraíba	11,28
Pernambuco	12,00
Alagoas	9,90
Sergipe	11,60
Bahia	18,66
<b>Região Sudeste</b>	<b>26,57</b>
Minas Gerais	15,65
Espírito Santo	23,12
Rio de Janeiro	27,68
São Paulo	31,67
<b>Região Sul</b>	<b>15,58</b>
Paraná	19,85
Santa Catarina	11,54
Rio Grande do Sul	13,70
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>13,56</b>
Mato Grosso do Sul	10,07
Mato Grosso	10,89
Goiás	7,74
Distrito Federal	34,01
<b>Total</b>	<b>18,65</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais dos SUS – SIA/SUS e IBGE.

Tabela 11 – Percentagem da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009, em relação aos parâmetros de cobertura assistencial definidos pelo Ministério da Saúde, calculados a partir da população.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
<b>Norte</b>	<b>21,13</b>	<b>19,45</b>	<b>24,72</b>	<b>22,96</b>	<b>25,34</b>	<b>26,72</b>	<b>28,57</b>	<b>29,17</b>	<b>31,10</b>	<b>30,51</b>	<b>25,97</b>	<b>3,96</b>
RO	4,77	10,65	14,13	11,53	17,07	19,89	22,50	22,53	25,19	28,36	17,66	7,37
AC	43,42	45,92	38,18	37,27	40,36	41,73	31,16	39,08	52,05	45,25	41,44	5,69
AM	27,13	25,18	27,85	17,15	30,72	34,54	29,99	32,36	29,91	30,07	28,49	4,77
RR	45,64	29,34	39,83	40,70	42,98	25,96	51,03	64,51	69,92	55,67	46,56	14,08
PA	17,26	16,37	22,63	22,98	21,07	26,87	30,50	29,08	32,08	33,27	25,21	6,04
AP	31,40	26,05	25,90	35,74	20,62	18,28	36,81	34,69	29,17	6,52	26,52	9,38
TO	24,93	13,96	29,38	33,02	34,16	10,95	9,90	10,88	12,76	13,87	19,38	9,84
<b>Nordeste</b>	<b>30,84</b>	<b>30,01</b>	<b>34,69</b>	<b>33,13</b>	<b>33,93</b>	<b>35,94</b>	<b>39,72</b>	<b>39,80</b>	<b>90,26</b>	<b>45,24</b>	<b>41,35</b>	<b>17,79</b>
MA	23,10	20,95	22,50	19,20	19,38	22,65	24,93	22,57	30,92	45,06	25,13	7,75
PI	16,01	16,16	35,25	40,89	35,07	26,47	24,84	23,43	26,82	24,36	26,93	8,09
CE	23,00	23,96	26,88	25,14	23,29	24,98	23,12	23,23	30,94	37,02	26,15	4,53
RN	42,95	42,27	51,07	52,15	49,18	56,37	66,91	66,51	71,96	75,32	57,47	11,93
PB	28,34	25,98	34,56	31,56	34,38	33,89	38,60	47,01	51,22	48,08	37,36	8,66
PE	41,39	29,92	26,93	25,83	26,97	37,05	46,24	48,81	78,18	35,59	39,69	15,80
AL	19,38	21,31	28,21	32,75	36,87	39,38	40,25	29,91	39,17	40,70	32,79	7,89
SE	31,45	32,89	43,87	31,37	39,69	36,01	43,87	46,18	42,31	37,51	38,52	5,49
BA	35,94	40,38	45,72	43,25	45,62	44,94	48,97	48,86	203,17	55,27	61,21	50,15
<b>Sudeste</b>	<b>80,93</b>	<b>81,48</b>	<b>85,26</b>	<b>86,13</b>	<b>85,54</b>	<b>87,12</b>	<b>88,22</b>	<b>83,46</b>	<b>106,26</b>	<b>99,36</b>	<b>88,38</b>	<b>8,11</b>
MG	46,31	46,67	48,41	49,25	49,61	52,71	50,60	48,78	65,04	62,56	51,99	6,51
ES	77,43	76,63	79,08	75,09	73,69	71,43	73,87	74,90	83,77	84,59	77,05	4,32
RJ	103,32	99,62	96,06	92,62	93,00	87,77	88,22	57,28	104,70	101,33	92,39	13,70
SP	89,25	91,64	99,32	102,24	100,85	104,56	107,28	110,49	128,71	117,67	105,20	11,74
<b>Sul</b>	<b>42,92</b>	<b>45,51</b>	<b>47,02</b>	<b>53,12</b>	<b>50,37</b>	<b>51,42</b>	<b>52,57</b>	<b>53,65</b>	<b>59,30</b>	<b>61,67</b>	<b>51,75</b>	<b>5,80</b>
PR	48,49	52,27	55,60	69,37	71,82	66,93	67,62	69,09	76,58	80,63	65,84	10,47
SC	29,74	33,74	35,89	41,15	34,71	38,29	40,27	41,14	39,75	48,25	38,29	5,10
RS	44,61	45,37	44,85	44,18	38,52	43,84	45,00	45,83	53,34	50,63	45,62	3,98
<b>Centro-Oeste</b>	<b>35,42</b>	<b>44,38</b>	<b>48,23</b>	<b>46,75</b>	<b>44,61</b>	<b>42,73</b>	<b>42,04</b>	<b>39,76</b>	<b>52,83</b>	<b>53,60</b>	<b>45,03</b>	<b>5,60</b>
MS	17,26	20,95	34,11	31,69	37,90	35,93	40,11	37,43	44,12	33,38	33,29	8,31
MT	39,14	36,59	40,58	41,89	37,66	33,03	27,04	27,01	40,75	40,31	36,40	5,56
GO	17,92	16,80	18,53	18,81	20,62	22,18	29,01	27,52	37,84	44,37	25,36	9,34
DF	91,96	144,78	143,69	135,24	117,65	110,51	93,19	86,63	109,02	108,19	114,09	21,17
<b>Total</b>	<b>53,56</b>	<b>54,41</b>	<b>58,23</b>	<b>58,82</b>	<b>58,41</b>	<b>59,75</b>	<b>61,53</b>	<b>59,55</b>	<b>85,11</b>	<b>69,91</b>	<b>61,93</b>	<b>9,27</b>

Nota 1: o cálculo seguiu o disposto no Quadro 2, considerando o parâmetro de duas consultas médicas por habitante.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais dos SUS – SIA/SUS, Portaria GM/MS nº 1.101/2002 e IBGE.

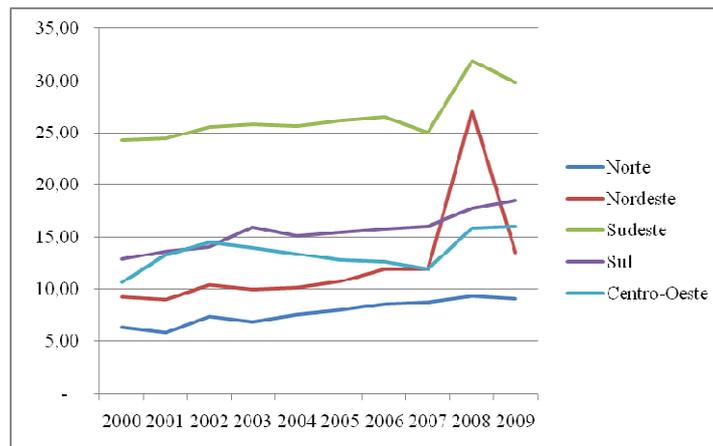


Figura 6 – Evolução da distribuição per capita de consultas especializadas em ORL no SUS, segundo as regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009, a cada 1000 habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais dos SUS – SIA/SUS e IBGE.

Conforme afirmado anteriormente, o total de consultas especializadas em ORL representaram cerca de 75% dos procedimentos ambulatoriais registrados no SIA/SUS nos anos de 2008 e 2009.

A produção de consultas também foi avaliada em função das internações na mesma especialidade (Tabela 12), verificando-se grandes discrepâncias interestaduais. A maior proporção de internações em relação às consultas foi localizada em Goiás (média de  $16,65 \pm 6,85$  consultas por internação), seguido de Santa Catarina ( $21,17 \pm 2,49$ ), Paraná ( $22,63 \pm 2,65$ ) e Tocantins ( $23,34 \pm 7,88$ ). As menores proporções estão em Roraima ( $155,19 \pm 103,54$ ) e Amapá ( $152,99 \pm 120,96$ ), que também apresentam os maiores desvios padrão encontrados. Entre as regiões, o maior número de internações por consulta está no Sul ( $23,80 \pm 2,18$ ).

Em relação ao tipo de prestador, observou-se que, em geral, a participação das entidades beneficentes de assistência social, conhecidas como filantrópicas, no atendimento às consultas em ORL no SUS foi pequena (média de 15% no período) quando comparada à produção dos estabelecimentos públicos de saúde (83%). No período de 2000 a 2007, 48% das consultas foram realizadas em estabelecimentos públicos municipais.

No tocante aos valores despendidos, deve ser destacado que o valor unitário corrente da consulta especializada passou de R\$ 2,55 em 2000 para R\$ 10,00 em 2009. O instrumento de registro das consultas médias em atenção especializada é o boletim de produção ambulatorial consolidado, que não dispõe de informações detalhadas sobre os pacientes atendidos.

No que diz respeito à produtividade de consultas por vínculo dos otorrinolaringologistas que prestam atendimento ao SUS, a média nacional para o período de 2007 a 2009 foi de 570 consultas anuais por ocupação SUS registradas no CNES. A Tabela 13 apresenta os cinco maiores índices entre as Unidades da Federação para esses anos.

Tabela 12 – Média da relação entre consultas e internações em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Região Norte</b>	<b>34,32</b>	<b>6,93</b>
Rondônia	46,42	13,63
Acre	25,71	5,34
Amazonas	73,31	12,16
Roraima	155,19	103,54
Pará	26,62	9,34
Amapá	152,99	120,96
Tocantins	23,34	7,88
<b>Região Nordeste</b>	<b>48,45</b>	<b>21,77</b>
Maranhão	84,75	16,79
Piauí	48,63	13,12
Ceará	26,98	2,89
Rio Grande do Norte	35,66	4,97
Paraíba	35,83	14,02
Pernambuco	53,07	23,97
Alagoas	46,16	14,90
Sergipe	43,64	17,61
Bahia	65,05	52,09
<b>Região Sudeste</b>	<b>46,41</b>	<b>4,31</b>
Minas Gerais	34,40	4,48
Espírito Santo	52,34	16,11
Rio de Janeiro	88,68	15,68
São Paulo	43,07	3,77
<b>Região Sul</b>	<b>23,64</b>	<b>2,17</b>
Paraná	22,52	2,69
Santa Catarina	20,98	2,45
Rio Grande do Sul	27,39	4,42
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>30,11</b>	<b>3,48</b>
Mato Grosso do Sul	42,02	10,57
Mato Grosso	31,86	6,65
Goiás	16,26	6,12
Distrito Federal	49,59	12,26
<b>Total</b>	<b>40,20</b>	<b>5,25</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

Tabela 13 – Maiores índices de produção de consultas otorrinolaringológicas por vínculo de profissional em ORL no SUS, Brasil, no período de 2007 a 2009.

2007		2008		2009	
UF	Consultas por ocupação profissional	UF	Consultas por ocupação profissional	UF	Consultas por ocupação profissional
AM	1.175	BA	2.125	MA	1.366
MA	1.010	MA	1.147	RR	1.006
AP	828	PE	1.144	DF	863
DF	821	DF	929	RJ	697
PE	786	RJ	775	PA	639

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Também foram observados registros sobre as consultas otorrinolaringológicas no Distrito Federal. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal disponibiliza em sua página eletrônica os dados estatísticos dos serviços médico-hospitalares de sua alçada, apresentados na Tabela 14.

Verifica-se total discordância, para todos os anos do período analisado, entre os registros de consultas em ORL apresentados pela SES-DF e os registros de consultas em ORL pagas/aprovadas disponibilizados nos bancos do Datasus, com diferenças para mais e para menos, sem um padrão definido.

Tabela 14 – Consultas em otorrinolaringologia no SUS apresentadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e pelo Datasus para o DF, no período de 2000 a 2009.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dados disponibilizados pela SES-DF	Consultas ambulatoriais em ORL	44.883	45.980	46.471	47.569	46.947	51.793	48.289	44.551	45.591	47.396
	Consultas de emergência em ORL	35.966	36.081	36.156	34.025	34.469	32.547	33.155	31.363	32.486	31.460
	Total de consultas em ORL	80.849	82.061	82.627	81.594	81.416	84.340	81.444	75.914	78.077	78.856
Dados disponibilizados pelo MS	Consultas em ORL	56.588	91.103	92.500	88.843	78.838	77.348	66.642	63.255	83.631	84.611

Fonte: Dados estatísticos da Página eletrônica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

#### 5.2.4 As internações otorrinolaringológicas.

Conforme mencionado anteriormente, para a caracterização da internação hospitalar em otorrinolaringologia, utilizou-se a seleção de procedimentos feita por Gouveia *et al.*

(2005) com o objetivo de traçar o perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico, em 2003, conforme Quadro 3.

No Apêndice K é apresentada a frequência absoluta de internações em otorrinolaringologia, nas regiões e nas unidades federadas, no período estudado. Houve crescimento das internações em ORL ao longo dos últimos dez anos, com taxa anual média de  $3\% \pm 5$ , apesar de variações no período. Quando se compara os anos inicial e final do período de observação, a taxa de crescimento foi de 29%. O crescimento perdurou de 2000 até 2007, mas houve declínio nos últimos dois anos (Figura 7). As internações em ORL apresentaram crescimento pequeno em sua própria série histórica (taxa anual média de  $3\% \pm 5$ ) e em proporção às internações em geral (taxa anual média de  $3,89\% \pm 5,15$ ).

Cerca de 54% dessas internações em ORL foram realizadas em estabelecimentos privados que não fazem parte da rede própria de estabelecimentos públicos de saúde.

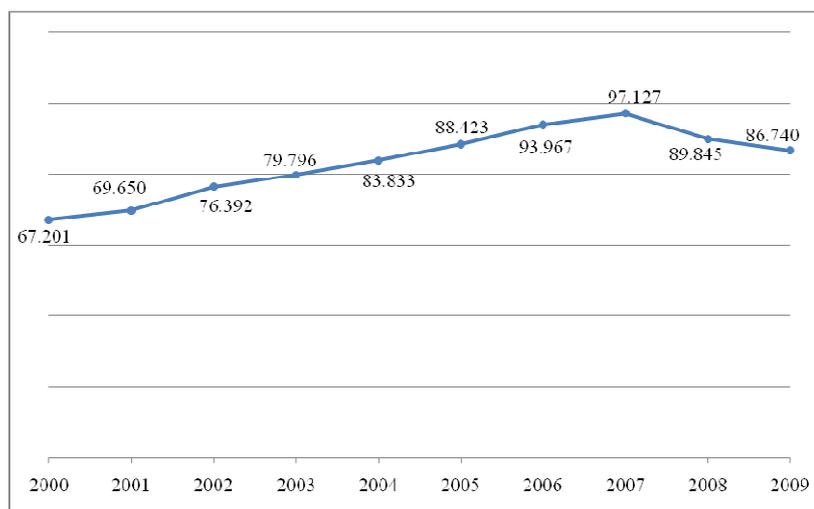


Figura 7 – Número absoluto de internações em otorrinolaringologia no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009. Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Ao se verificar a proporção das internações em ORL em relação às internações em geral, observa-se grande variação, ao longo do tempo e entre as regiões (Figura 8). Na região centro-oeste, essa proporção variou bastante, com acréscimos e decréscimos sucessivos durante todo o período. Nas regiões sul e sudeste, houve aumento das internações otorrinolaringológicas em relação às internações em geral até o ano de 2007, mas diminuição nos dois últimos anos do período avaliado. De modo geral, a média do crescimento da proporção entre as cirurgias em ORL e as cirurgias em geral realizadas pelo SUS foi de  $3,89\% \pm 5,15$ .

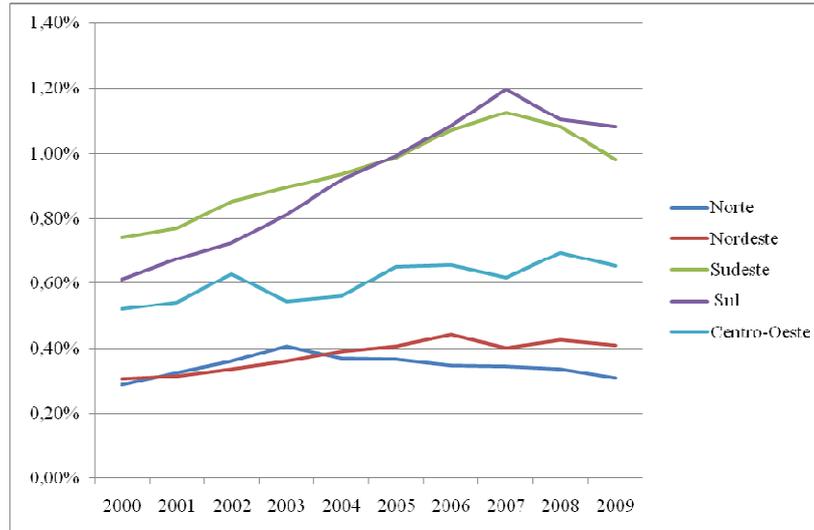


Figura 8 – Proporção entre as internações em otorrinolaringologia e as internações em geral, realizadas no SUS, nas regiões do Brasil, no período de 2000 a 2009.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Em relação aos procedimentos otorrinolaringológicos contemplados na Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (adenoidectomia com ou sem amigdalectomia, septoplastia para correção de desvio, timpanoplastia, turbinectomia e mastoidectomia subtotal), observou-se que, da mesma forma que as internações otorrinolaringológicas em geral, houve aumento da produção dessas cirurgias eletivas, com taxa média anual de  $6,12\% \pm 5,03$ , ou seja, maior que das internações em ORL. Enquanto as internações em ORL apresentaram elevação até 2007, as cirurgias contidas na Política de Cirurgias Eletivas cresceram até 2008, conforme se observa na Figura 9. O FAEC foi utilizado para financiamento de  $5,83\%$  das cirurgias em 2008 e passou a  $20,97\%$  em 2009 (Tabela 15).

Desse modo, em 2009, apesar do aumento da utilização de recursos extrateto, houve redução da quantidade de cirurgias, demonstrando ainda menor utilização do repasse do bloco MAC para o financiamento das cirurgias otorrinolaringológicas.

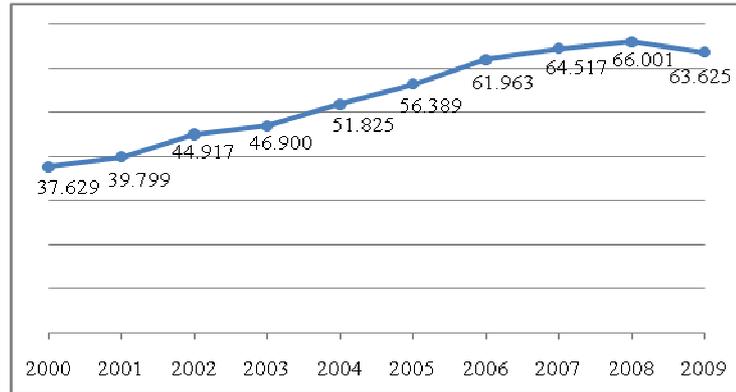


Figura 9 – Procedimentos cirúrgicos eletivos em ORL no SUS contemplados pela Portaria GM/MS nº 958/2008, Brasil, de 2000 a 2009.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

No tocante à quantidade de internações por vínculo dos otorrinolaringologistas que prestam atendimento ao SUS, a média nacional para o período de 2007 a 2009 foi de treze internações anuais por ocupação do profissional no SUS registrada no CNES. A Tabela 16 apresenta os cinco maiores índices entre as Unidades da Federação para esses anos.

O estado do Amapá apresentou o menor índice de internação por ocupação de profissional em ORL no SUS no período de 2007 a 2009, com média de duas internações anuais por ocupação registrada no CNES.

Tabela 15 – Proporção da produção dos procedimentos cirúrgicos eletivos contemplados pela Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar em relação ao financiamento, nas regiões e UF do Brasil, em 2008 a 2009.

	2008		2009		2008 e 2009	
	%FAEC	%MAC	%FAEC	%MAC	%FAEC	%MAC
Região Norte	5,19	94,81	4,87	95,13	5,03	94,97
Rondônia	-	100	-	100	-	100
Acre	10,90	89,10	-	100	5,07	94,93
Amazonas	-	100	-	100	-	100
Roraima	4,10	95,90	-	100	2,21	97,79
Pará	1,92	98,08	-	100	0,94	99,06
Amapá	-	100	-	100	-	100
Tocantins	27,01	72,99	62,33	37,67	43,13	56,88
Região Nordeste	2,97	97,03	10,51	89,49	6,74	93,26
Maranhão	8,97	91,03	29,58	70,42	19,21	80,79
Piauí	-	100	-	100	-	100
Ceará	0,15	99,85	11,38	88,62	6,13	93,87
Rio Grande do Norte	0,08	99,92	0,41	99,59	0,24	99,76
Paraíba	-	100	6,49	93,51	3,26	96,74
Pernambuco	0,20	99,80	1,12	98,88	0,63	99,37
Alagoas	6,95	93,05	4,81	95,19	5,66	94,34
Sergipe	-	100	-	100	-	100
Bahia	5,68	94,32	18,24	81,76	11,57	88,43
Região Sudeste	2,72	97,28	9,78	90,22	6,14	93,86
Minas Gerais	1,70	98,30	5,48	94,52	3,47	96,53
Espírito Santo	2,43	97,57	-	100	1,25	98,75
Rio de Janeiro	4,68	95,32	25,21	74,79	14,97	85,03
São Paulo	2,85	97,15	9,77	90,23	6,23	93,77
Região Sul	10,78	89,22	40,47	59,53	25,57	74,43
Paraná	15,24	84,76	46,56	53,44	31,11	68,89
Santa Catarina	5,57	94,43	29,65	70,35	18,07	81,93
Rio Grande do Sul	4,47	95,53	33,72	66,28	17,96	82,04
Região Centro-Oeste	17,10	82,90	59,26	40,74	37,51	62,49
Mato Grosso do Sul	3,22	96,78	46,69	53,31	21,54	78,46
Mato Grosso	4,85	95,15	18,03	81,97	11,81	88,19
Goiás	17,05	82,95	78,47	21,53	47,46	52,54
Distrito Federal	28,01	71,99	56,40	43,60	41,16	58,84
Total	5,83	94,17	20,97	79,03	13,26	86,74

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Tabela 16 – Maiores índices de internações otorrinolaringológicas por vínculo de profissional médico especializado em ORL no SUS registrado no CNES, Brasil, no período de 2007 a 2009.

2007		2008		2009	
UF	Internações por ocupação profissional	UF	Internações por ocupação profissional	UF	Internações por ocupação profissional
PR	27	PR	22	RR	21
DF	23	DF	22	PR	21
RS	22	PA	17	DF	17
AC	21	MA	16	AC	15
PA	20	CE	16	CE	15

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

### 5.2.5 As amigdalectomias e/ou adenoidectomias.

As amigdalectomias e/ou adenoidectomias são consideradas os procedimentos cirúrgicos mais realizados na especialidade de ORL, e representaram uma média de 46% de todas as internações otorrinolaringológicas no período estudado.

A produção ambulatorial e hospitalar dessas cirurgias registrada no SUS, no período dos últimos dez anos, foi de 410.148 procedimentos. Apesar de as adenoamigdalectomias serem consideradas procedimentos de média complexidade, com modalidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar, 95% dos seus registros se encontram no Sistema de Informações Hospitalares do SUS no período de 2000 a 2009. Na Tabela 17 consta a produção total, por ano, entre as diferentes regiões e unidades federadas.

Essa produção mostra um incremento anual médio de  $6,57\% \pm 6,04$ , sendo que o desvio-padrão demonstra a variação ao longo dos anos (2000-2009). A região norte apresentou o menor incremento em relação às demais regiões do país (Tabela 18).

Tabela 17 – Distribuição da produção de amigdalectomias e/ou adenoidectomias no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	1.145	1.486	1.730	1.782	1.726	1.643	1.492	1.483	1.423	1.530
Rondônia	25	102	106	136	158	121	164	181	139	188
Acre	102	106	78	67	115	97	64	76	167	191
Amazonas	47	83	98	104	116	174	77	142	98	113
Roraima	20	25	18	30	21	5	25	58	75	68
Pará	830	1.070	996	1.121	1.081	1.125	1.017	906	793	845
Amapá	17	6	8	14	15	17	29	5	2	4
Tocantins	104	94	426	310	220	104	116	115	149	121
Região Nordeste	3.524	3.814	4.786	4.615	5.425	6.200	6.174	5.979	7.052	6.354
Maranhão	169	289	145	201	243	346	312	312	574	543
Piauí	55	24	494	487	176	71	48	67	129	135
Ceará	572	549	581	488	619	577	487	739	1.028	1.185
Rio Grande do Norte	253	393	539	559	828	912	1.100	935	1.032	990
Paraíba	332	323	537	503	908	754	832	427	464	464
Pernambuco	611	573	541	470	433	430	401	499	499	390
Alagoas	115	189	192	234	577	1.170	251	112	462	643
Sergipe	245	266	325	376	338	325	415	227	187	156
Bahia	1.172	1.208	1.432	1.297	1.303	1.615	2.328	2.661	2.677	1.848
Região Sudeste	14.887	15.861	18.935	19.274	20.616	22.235	24.130	25.615	25.964	24.773
Minas Gerais	2.416	2.618	3.203	3.774	4.753	4.762	5.209	5.418	6.085	5.367
Espírito Santo	493	771	963	1.053	1.206	1.004	1.071	1.216	1.183	1.090
Rio de Janeiro	2.510	2.089	2.044	1.890	1.977	2.126	1.881	1.970	1.857	1.692
São Paulo	9.468	10.383	12.725	12.557	12.680	14.343	15.969	17.011	16.839	16.624
Região Sul	6.477	7.059	7.448	8.165	9.711	10.049	10.992	13.032	12.836	13.135
Paraná	3.138	3.660	3.429	4.056	4.331	5.433	5.887	7.826	7.465	7.974
Santa Catarina	1.116	1.383	1.617	1.506	2.346	1.829	2.503	2.472	2.465	2.636
Rio Grande do Sul	2.223	2.016	2.402	2.603	3.034	2.787	2.602	2.734	2.906	2.525
Região Centro-Oeste	2.130	2.297	3.103	2.448	2.681	3.074	2.974	2.919	3.788	3.513
Mato Grosso do Sul	119	116	167	130	127	152	192	294	443	327
Mato Grosso	545	387	589	428	591	552	547	554	526	623
Goiás	806	1.200	1.855	1.457	1.604	1.896	1.876	1.405	1.832	1.791
Distrito Federal	660	594	492	433	359	474	359	666	987	772
Ignorado/Exterior	-	-	-	4	-	-	660	-	-	-
Total	28.163	30.517	36.002	36.288	40.159	43.201	46.422	49.028	51.063	49.305

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

Tabela 18 – Taxa de crescimento anual da produção de amigdalectomias e/ou adenoidectomias no SUS, segundo as regiões do Brasil, de 2000 a 2009.

	Média (%)	Desvio Padrão (%)	Valor máximo	Valor mínimo
Norte	3,88%	12,35%	29,78%	-9,19%
Nordeste	7,38%	12,15%	25,49%	-9,90%
Sudeste	6,00%	6,53%	19,38%	-4,59%
Sul	8,37%	6,93%	18,93%	-1,50%
Centro-Oeste	7,05%	17,85%	35,09%	-21,11%
Total	6,57%	6,04%	17,97%	-3,44%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

Tabela 19 – Proporção da produção de adenoamigdalectomias em relação ao financiamento, no SUS, entre regiões e unidades federativas do Brasil, em 2008 a 2009.

	2008		2009		2008 e 2009	
	%FAEC	%MAC	%FAEC	%MAC	%FAEC	%MAC
Região Norte	5,91	94,09	5,10	94,90	5,49	94,51
Rondônia	-	100	-	100	-	100
Acre	10,18	89,82	-	100	4,75	95,25
Amazonas	-	100	-	100	-	100
Roraima	6,67	93,33	-	100	3,50	96,50
Pará	2,27	97,73	-	100	1,10	98,90
Amapá	-	100	-	100	-	100
Tocantins	29,73	70,27	64,46	35,54	45,35	54,65
Região Nordeste	3,66	96,34	13,05	86,95	8,29	91,71
Maranhão	8,95	91,05	27,81	72,19	18,15	81,85
Piauí	-	100	-	100	-	100
Ceará	0,19	99,81	14,51	85,49	7,86	92,14
Rio Grande do Norte	-	100	0,51	99,49	0,25	99,75
Paraíba	-	100	6,90	93,10	3,45	96,55
Pernambuco	0,20	99,80	-	100	0,11	99,89
Alagoas	7,14	92,86	5,44	94,56	6,15	93,85
Sergipe	-	100	-	100	-	100
Bahia	6,92	93,08	23,48	76,52	14,48	85,52
Região Sudeste	2,88	97,12	9,00	91,00	5,86	94,14
Minas Gerais	2,04	97,96	6,74	93,26	4,24	95,76
Espírito Santo	2,38	97,62	-	100	1,24	98,76
Rio de Janeiro	5,17	94,83	23,23	76,77	14,02	85,98
São Paulo	2,98	97,02	8,86	91,14	5,89	94,11
Região Sul	11,02	88,98	43,45	56,55	27,38	72,62
Paraná	15,15	84,85	47,52	52,48	31,89	68,11
Santa Catarina	5,27	94,73	31,75	68,25	19,00	81,00
Rio Grande do Sul	5,12	94,88	42,79	57,21	22,19	77,81
Região Centro-Oeste	19,07	80,93	64,84	35,16	41,10	58,90
Mato Grosso do Sul	2,71	97,29	49,54	50,46	22,60	77,40
Mato Grosso	4,56	95,44	19,10	80,90	12,45	87,55
Goiás	18,58	81,42	80,46	19,54	49,19	50,81
Distrito Federal	35,06	64,94	72,02	27,98	51,28	48,72
Total	6,37	93,63	22,62	77,38	14,38	85,62

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Para os últimos dois anos do período estudado, investigou-se a utilização do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o financiamento das amigdalectomias e/ou adenoidectomias (Tabela 19). Os estados do Acre, Roraima, Pará e Espírito Santo utilizaram o FAEC para financiamento de uma parte muito pequena das cirurgias em 2008 e deixaram de utilizar em 2009. Já o Mato Grosso do Sul utilizou o FAEC para financiar 2,71% das cirurgias em 2008, e passou a 19,54% em 2009. Nesse último ano do período, o recurso extrateto foi notadamente comum nas regiões centro-oeste e sul. Quando se observa a utilização do FAEC entre os estados, destacam-se: Goiás, Distrito Federal, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Sul.

Portanto, o financiamento das amigdalectomias e/ou adenoidectomias com recursos do FAEC foi pequeno nos anos de 2008 e 2009, representando 14,38% dessas cirurgias realizadas com recursos públicos.

Em relação ao tipo de cirurgias, 90% são representados por adenoidectomias e adenoamigdalectomias, sendo as amigdalectomias realizadas em número bem menor.

Quando considerada a distribuição da produção por gênero, os registros dos sistemas de informação do Ministério da Saúde demonstram que há certo equilíbrio na distribuição das cirurgias entre os sexos masculino (52%) e feminino (48%). Entretanto, se consideradas apenas as amigdalectomias, verifica-se predomínio do sexo feminino 63%.

Da mesma forma que na distribuição por sexo, se considerada individualmente, a amigdalectomia também apresenta distribuição diferenciada por faixa etária em relação às adenoamigdalectomias, conforme apresentado na Tabela 20. Enquanto a predominância das faixas etárias de 3 a 10 anos impera nas adenoidectomias (73,02%) e adenoamigdalectomias (76,15%), nas amigdalectomias a faixa etária predominante é de jovens adultos de 20 a 30 anos, correspondendo a 30,59% das cirurgias realizadas. Quando considerado o conjunto das cirurgias, 89% foram realizadas em paciente com até 15 anos de idade.

Diante desse padrão de distribuição das amigdalectomias e/ou adenoidectomias por faixa etária, para se verificar a concentração de procedimentos por habitante/ano, considerou-se a população residente até 15 anos de idade. A taxa de crescimento média anual foi de  $6,87\% \pm 6,57$ , sendo que em 2000 era de 5,60 cirurgias a cada dez mil residentes até 15 anos de idade e passou a 10,03 cirurgias em 2009, conforme apresentado na Tabela 21.

Tabela 20 – Distribuição da frequência de amigdalectomias e/ou adenoidectomias por faixa etária no SUS, Brasil, 2000 a 2009.

Faixa etária	Adenoidectomia (%)	Amigdalectomia com adenoidectomia (%)	Amigdalectomia (%)	Grupo (%)
0 a 2	0,75	0,25	0,07	0,33
2 a 3	2,55	2,29	0,23	2,14
3 a 6	<b>33,66</b>	<b>39,77</b>	6,48	<b>35,36</b>
6 a 10	<b>39,36</b>	<b>36,38</b>	9,56	<b>34,36</b>
10 a 12	11,22	8,68	4,24	8,74
12 a 15	8,30	6,31	8,18	6,88
15 a 20	2,42	2,89	19,36	4,40
20a 30	0,85	2,09	<b>30,59</b>	4,61
30 a 40	0,38	0,81	14,03	2,01
40 a 99	0,51	0,52	7,24	1,17
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
até 10	<b>82,62</b>	<b>83,53</b>	18,48	<b>77,04</b>
até 15	<b>96,85</b>	<b>94,61</b>	<b>32,21</b>	<b>88,99</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Tabela 21 – Concentração das amigdalectomias e/ou adenoidectomias a cada dez mil residentes na faixa etária até 15 anos de idade, SUS, Brasil, de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Norte	2,38	3,01	3,44	3,47	3,30	3,00	2,67	2,90	2,87	3,10
RO	0,53	2,10	2,14	2,70	3,09	2,28	3,03	3,73	3,12	4,27
AC	4,71	4,76	3,43	2,88	4,83	3,73	2,40	3,01	6,89	7,85
AM	0,43	0,74	0,85	0,88	0,96	1,39	0,60	1,20	0,86	1,00
RR	1,60	1,93	1,35	2,18	1,48	0,33	1,61	3,91	5,14	4,62
PA	3,61	4,55	4,16	4,60	4,35	4,35	3,86	3,80	3,35	3,59
AP	0,91	0,31	0,39	0,66	0,69	0,73	1,20	0,21	0,09	0,17
TO	2,55	2,25	10,03	7,17	4,99	2,27	2,48	2,73	3,83	3,14
Nordeste	2,24	2,39	2,97	2,84	3,30	3,69	3,63	3,90	4,59	4,15
MA	0,80	1,35	0,67	0,92	1,10	1,52	1,35	1,50	2,77	2,64
PI	0,58	0,25	5,08	4,96	1,78	0,70	0,47	0,73	1,39	1,46
CE	2,30	2,17	2,26	1,88	2,35	2,13	1,77	3,01	4,20	4,87
RN	2,88	4,42	5,98	6,12	8,96	9,60	11,43	10,94	12,17	11,71
PB	3,06	2,96	4,89	4,55	8,16	6,68	7,31	4,25	4,57	4,61
PE	2,48	2,30	2,15	1,85	1,69	1,64	1,52	2,10	2,09	1,64
AL	1,16	1,89	1,90	2,29	5,59	11,10	2,35	1,11	4,52	6,28
SE	4,12	4,39	5,27	6,01	5,32	4,94	6,20	3,70	3,15	2,63
BA	2,80	2,86	3,36	3,02	3,01	3,66	5,23	6,65	6,58	4,55
Sudeste	7,70	8,08	9,52	9,57	10,10	10,59	11,33	13,15	13,62	13,10
MG	4,76	5,09	6,16	7,17	8,93	8,73	9,43	10,95	12,41	11,02
ES	5,55	8,51	10,48	11,28	12,73	10,26	10,76	13,60	13,65	12,60
RJ	6,93	5,70	5,51	5,04	5,22	5,48	4,79	5,30	5,04	4,64
SP	9,72	10,48	12,65	12,31	12,25	13,43	14,72	17,14	17,53	17,44
Sul	9,37	10,07	10,51	11,39	13,40	13,52	14,61	19,53	19,85	20,68
PR	11,42	13,14	12,18	14,24	15,04	18,41	19,70	29,47	28,71	31,18
SC	7,39	9,01	10,39	9,54	14,65	11,08	14,93	16,86	17,27	18,77
RS	8,37	7,50	8,85	9,50	10,96	9,85	9,10	10,71	11,92	10,57
Centro-Oeste	6,12	6,45	8,56	6,63	7,13	7,86	7,46	8,01	10,46	9,72
MS	1,87	1,79	2,55	1,96	1,89	2,19	2,73	4,65	7,11	5,28
MT	6,85	4,75	7,11	5,07	6,88	6,18	6,01	6,76	6,42	7,62
GO	5,50	7,99	12,11	9,33	10,07	11,41	11,06	9,08	12,13	11,91
DF	11,32	9,96	8,07	6,96	5,65	7,15	5,30	10,29	14,72	11,46
Total	5,60	5,98	6,96	6,92	7,56	7,91	8,38	9,76	10,32	10,03

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e IBGE.

Na distribuição inter-regional da concentração das amigdalectomias e/ou adenoidectomias a cada dez mil residentes na faixa etária até 15 anos de idade, o Sul se manteve na primeira posição, seguido do Sudeste, sendo que ambas as regiões apresentaram produção superior à média do país, durante o período de dez anos. Entretanto, a região Centro-Oeste, com evolução positiva no período, aproximou-se desta média. As regiões Norte e Nordeste apresentam concentração bem inferior às demais regiões. Também é possível observar grandes variações entre os estados da Federação. Nas extremidades, destacam-se os estados do Paraná, com a produção mais alta durante todo o período avaliado, chegando à média de 31,18 procedimentos a cada dez mil residentes até 15 anos, em 2009, e a do Amapá, com evolução negativa e média de 0,53 cirurgias. O Rio Grande no Norte se destaca na região Nordeste, com aumento na produção de 2,88 para 11,71 procedimentos no período analisado. De modo geral, a evolução ocorrida no intervalo de 2000 a 2009 foi positiva. No ano de 2009, houve ligeiro decréscimo de registros das amigdalectomias e/ou adenoidectomias nas regiões Nordeste, Sudeste e Sudeste (Tabelas 17 e 21).

No tocante à indicação clínica relacionada às adenoamigdalectomias, utilizou-se o código de Classificação Internacional de Doenças (CID) registrado nas AIHs para verificação do diagnóstico registrado para as cirurgias. As principais indicações encontradas foram: amigdalite crônica, hipertrofia das amígdalas, hipertrofia das adenoides, hipertrofia das amígdalas com hipertrofia das adenoides, outras doenças crônicas das amígdalas e das adenoides, e doenças das amígdalas e das adenoides não especificadas (Figura 10).

Nas adenoidectomias, 81% das cirurgias foram indicadas pela hipertrofia das adenoides. Nas amigdalectomias com adenoidectomias, a indicação de 53% das cirurgias foi por hipertrofia das amígdalas com hipertrofia das adenoides, seguida 24% de indicações por doenças das amígdalas e das adenoides não especificadas. Para as amigdalectomias, as indicações registradas foram: amigdalite crônica com 45%, e hipertrofia das amígdalas com 41%.

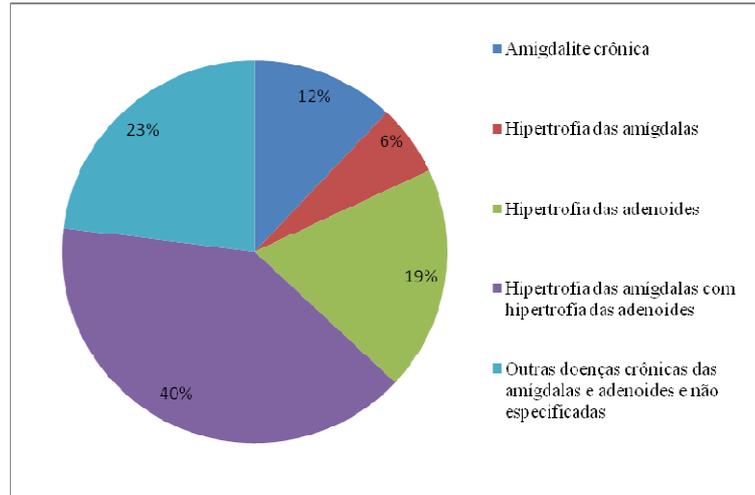


Figura 10 – Indicação clínica para as amigdalectomias e/ou adenoideotomias pelo código CID registrado nas AIHs, SUS, Brasil, de 2000 a 2009.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Em relação à natureza da organização dos estabelecimentos de saúde que realizam as amigdalectomias e/ou adenoideotomias para o SUS, há predomínio da esfera privada, que foi responsável por cerca de 60% da produção no período estudado, sendo 49% dessas pelas entidades beneficentes sem fins lucrativos.

Ao se observar a concentração das internações em geral, das internações na especialidade de otorrinolaringologia e das amigdalectomias e/ou adenoideotomias nas regiões do País no período estudado (Tabela 22), verifica-se novamente a predominância da região Sudeste. Também podem ser constatadas uma baixa quantidade de internações em ORL na região Norte, e uma quantidade maior na região Sul.

Tabela 22 – Concentração das internações em geral, das internações na especialidade de otorrinolaringologia e das amigdalectomias e/ou adenoideotomias, no SUS, segundo as regiões do Brasil, de 2000 a 2009 (em %).

	Internações (geral)	Internações em ORL	Amigdalectomias. e/ou Adenoideotomias
Norte	7,99	3,93	3,83
Nordeste	28,74	15,46	12,49
Sudeste	39,16	52,62	52,00
Sul	16,20	21,13	24,25
Centro-Oeste	7,91	6,85	7,26

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

### 5.2.6 Os implantes cocleares.

No Brasil, no período de 2000 a 2009, conforme registros do SIH/SUS, foram oferecidos 2.143 implantes cocleares (IC) pelo SUS, com o respectivo gasto acumulado em valor corrente de R\$ 101.628.110,76.

No ano de 2000, os implantes eram realizados em apenas dois municípios do estado de São Paulo – Bauru e São Paulo (Tabela 23). Durante o período estudado, o número de localidades que passou a realizar o procedimento aumentou, passando a dez municípios, distribuídos em sete estados do país, em 2009. Entretanto, ainda há grande concentração na região sudeste, responsável por 78% dos implantes realizados, sendo que a região norte ainda não dispunha de serviços para o implante até o ano final de observação deste estudo.

Tabela 23 – Distribuição da frequência absoluta de cirurgias para implantes cocleares no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Natal	-	-	-	3	19	40	44	59	70	50
Bauru	37	60	48	59	68	60	57	61	130	134
Campinas	-	-	6	27	43	41	43	78	79	81
Ribeirão Preto	-	-	-	-	5	15	20	35	29	21
São Paulo	16	10	18	48	27	60	53	91	91	124
Porto Alegre	-	3	7	13	21	23	17	26	23	20
Brasília	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Recife	-	-	-	-	-	-	-	-	2	19
Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Governador Valadares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Total	53	73	79	150	183	239	234	350	424	479

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As cirurgias foram realizadas em 51% (n= 1.160) no sexo masculino, e em 49% (n= 1.104) no feminino, demonstrando certa regularidade na distribuição em relação ao gênero.

Mais de 65% dos implantes foram realizados em estabelecimentos públicos estaduais. Nos últimos dois anos do período, todos os implantes realizados nos municípios representantes da região nordeste foram em estabelecimentos privados, sendo entidades beneficentes sem fins lucrativos em Recife e Salvador, e empresa privada em Natal, conforme apresentado na Tabela 24. Os dois implantes realizados em Minas Gerais, no município de Governador Valadares, também foram por entidades beneficentes sem fins lucrativos. Nas regiões sudeste, sul e centro-oeste, a totalidade dos implantes foram oferecidos em estabelecimentos públicos, com exceção da cidade de São Paulo, em que cerca de 25% dos implantes realizados na capital foram em entidade beneficente sem fins lucrativos.

Tabela 24 – Distribuição da frequência absoluta de cirurgias para implantes cocleares realizadas no SUS, Brasil, segundo o regime do estabelecimento de saúde, em 2008 e 2009.

Região	Estado	Município	2008		2009	
			Público	Privado	Público	Privado
NE	RN	Natal	0	70	0	50
NE	PE	Recife	0	2	0	19
NE	BA	Salvador	0	0	0	20
SE	MG	Governador Valadares	0	0	0	2
SE	SP	Bauru	130	0	134	0
SE	SP	Campinas	79	0	81	0
SE	SP	Ribeirão Preto	29	0	21	0
SE	SP	São Paulo	69	22	93	31
SU	RS	Porto Alegre	23	0	20	0
CO	DF	Brasília	0	0	8	0
Total			330	94	357	122

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O valor corrente unitário médio do implante é elevado e apresentou oscilações durante o período, conforme pode ser observado na Figura 11.

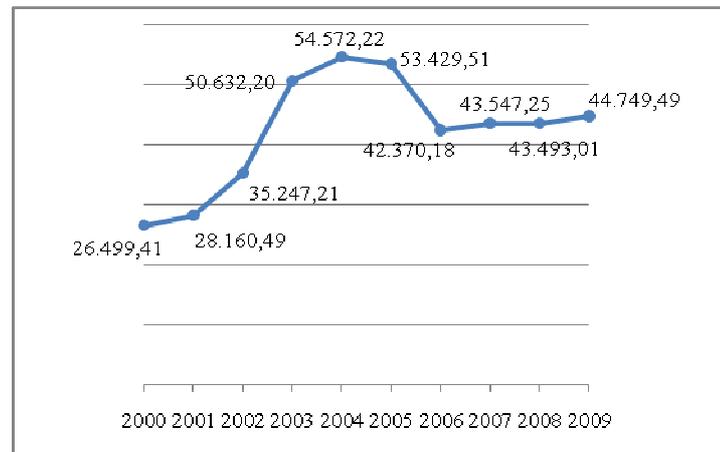


Figura 11 – Valor unitário corrente médio do implante coclear (em R\$), SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009.  
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Quanto à distribuição por faixa etária (Tabela 25), cerca de 68% dos implantes foram realizados em crianças até 10 anos de idade. Dentro dessa faixa, 17% foram em pacientes de 1 ano, 22% de 2 anos, 24% de 3 anos, e 14% de 4 anos de idade.

Tabela 25 – Distribuição da frequência absoluta de cirurgias para implantes cocleares segundo a faixa etária, no SUS, Brasil, no período de 2000 a 2009.

IDADE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 a 10	26	42	54	84	132	163	163	251	310	324
11 a 20	8	6	6	7	13	22	22	25	27	34
21 a 30	4	10	3	14	6	12	17	12	19	27
31 a 40	7	4	8	9	11	10	10	21	23	25
41 a 50	1	3	4	16	13	13	10	24	15	32
51 a 60	3	5	4	14	7	6	9	5	23	22
61 a 99	4	3	0	6	1	13	3	12	7	15
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>73</b>	<b>79</b>	<b>150</b>	<b>183</b>	<b>239</b>	<b>234</b>	<b>350</b>	<b>424</b>	<b>479</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As indicações registradas para realização de cirurgia pelo código CID registrado nas AIHs foram: 71% por perda não especificada de audição (H91.9), 23% por otosclerose da cóclea (H80.2) e 5% por outros transtornos não-reumáticos da valva mitral (I34.8).

No tocante ao tipo de prótese implantada, desde o ano de 2000, todos os registros indicam que os implantes cocleares realizados foram do tipo multicanal.

As cirurgias para implantes cocleares, procedimentos de alta complexidade, representaram apenas 0,27% das internações em ORL, mas 30,86% do valor dessas internações, indicando seu alto custo, conforme apresentado nas Tabelas 26 e 27. Além disso, sua taxa de crescimento foi bastante elevada no período estudado.

Tabela 26 – Internações em ORL e cirurgias para implante coclear (IC) no SUS (AIHs pagas), Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Internações em ORL	67.201	69.650	76.392	79.796	83.833	88.423	93.967	97.127	89.845	86.740	832974
Cirurgias IC	53	73	79	150	183	239	234	350	424	479	2264
% IC	0,08	0,10	0,10	0,19	0,22	0,27	0,25	0,36	0,47	0,55	0,27

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Tabela 27 – Internações em ORL e cirurgias para implante coclear (IC) no SUS (Valor total corrente), Brasil, no período de 2000 a 2009 (em milhões).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Internações em ORL	16,12	17,38	20,66	27,74	32,11	36,56	34,98	41,55	45,06	57,16	329,31
Cirurgias IC	1,40	2,06	2,78	7,59	9,99	12,77	9,91	15,24	18,44	21,44	101,63
% IC	8,71%	11,83%	13,48%	27,38%	31,10%	34,93%	28,35%	36,69%	40,93%	37,50%	30,86%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

## 6 DISCUSSÃO

### *Equidade e provimento de serviços no sistema de saúde no Brasil.*

Diante das desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil, as ações e serviços públicos de saúde são alvo de inúmeras discussões. A necessidade de se conhecer a utilização dos serviços de saúde para seu adequado planejamento é consenso na literatura, já que a existência das desigualdades no acesso e uso desses serviços é uma das principais questões abordadas pelos formuladores de políticas e investigações acadêmicas (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Para redução das desigualdades, buscando a direção da equidade no sistema público de saúde, é fundamental se obter informações sobre a oferta dos serviços no SUS.

Como método para se analisar a provável demanda por serviços de saúde, devem ser consideradas referências, que geralmente são representadas por padrões epidemiológicos. Já em sistemas públicos de saúde em que o planejamento foge a este padrão, pela sua falta ou por razões históricas, a tentativa para se estimar a oferta passa pela utilização dos serviços.

A Lei Orgânica de Saúde assinala em vários de seus artigos a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática. No entanto, durante a pesquisa na literatura não foram encontrados os critérios epidemiológicos que deveriam nortear as ações e serviços do SUS.

No Brasil, a medida da utilização de serviços é uma tarefa difícil, uma vez que coexistem as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (públicos e privados com ou sem fins lucrativos credenciados) e os realizados por operadoras de planos de saúde, além de serviços privados pagos diretamente aos prestadores. Principalmente, quanto aos serviços financiados pelo SUS, graves problemas podem ser identificados em relação aos registros dos procedimentos efetivamente realizados e, por consequência, quanto ao seu financiamento.

Desse modo, como a alocação de recursos também deve ser norteadada pelo conhecimento do padrão de consumo de serviços de saúde (GODDARD; SMITH, 2001; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002), no caso brasileiro, o alcance da adequada distribuição de recursos fica prejudicado.

A concepção de oferta de serviços de saúde está inserida no âmbito da política pública por meio da articulação contextual entre a rede física existente e o uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população (PIRES *et al.*, 2007). A produção de serviços descreve a relação de insumos e produtos. Apesar da abrangência desses conceitos, neste estudo, a oferta de serviços públicos de saúde foi

considerada como a produção de serviços pagos pelo SUS, traduzida pelos procedimentos registrados como aprovados/pagos nos sistemas de informação do SUS (SIA e SIH/SUS).

A frequência e a distribuição de procedimentos registrados nos bancos de dados do SUS foram utilizadas como referência da utilização e da oferta dos serviços, de modo a se verificar uma *proxy* para o acesso a esses serviços. Sabe-se que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde permanece um problema para a população (SARMENTO JR; TOMITA; KOS, 2005). Depois de vinte anos da criação do SUS, mesmo com a ampliação da cobertura da atenção básica pela expansão de Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família, há grandes descompassos na assistência de média e alta complexidade. As diferenças nas taxas per capitas dos procedimentos estudados revelam iniquidade na oferta de serviços.

#### *Os registros dos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar do SUS*

Os lançamentos da produção ambulatorial e hospitalar no SIA e SIH/SUS, gerenciados pelo Datasus, são utilizados para monitoramento dos gastos públicos federais pelo Ministério da Saúde, e compõem a série histórica da produção de média e alta complexidade, que serve como base para pactuação do teto financeiro do bloco MAC com os Estados e Municípios do País.

Os registros da produção ambulatorial e hospitalar são realizados pelo próprio prestador de serviços de saúde (seja público ou privado com ou sem fins lucrativos) em módulos descentralizados do SIA e SIH/SUS. Após análise, conferência e validação da produção registrada pelos gestores locais, os dados são agregados às bases de dados nacionais pelo Datasus. Assim, o gestor local desempenha um papel fundamental na formação do banco de dados nacional sobre os serviços prestados pelo SUS, além de ter responsabilidade pela confirmação de que os procedimentos de média e alta complexidade foram efetivamente realizados.

De acordo com Melo (2007), as auditorias do Sistema Nacional de Auditoria verificam a gestão e examinam os recursos materiais e financeiros a partir dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH/SUS). Pela captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apuram as informações quanto aos pagamentos dos serviços hospitalares prestados pelo SUS.

Em entrevistas realizadas com auditores do Denasus, Favero (2009) constatou que, nas fiscalizações realizadas pelo órgão, são detectadas diversas irregularidades no registro dos procedimentos de MAC nos sistemas, tais como: falta de comprovação de despesas, desvio de finalidade, procedimentos não realizados; quantitativo maior do que o realizado;

procedimento mais caro e complexo do que o informado no prontuário do paciente, alimentação incorreta dos bancos de dados dos sistemas da saúde, entre outras.

A assistência ambulatorial e hospitalar especializada, representada pelos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, é responsável por grande parte da despesa realizada pelo Ministério da Saúde (Tabela 1). No período avaliado, os registros do SIA e do SIH/SUS mostraram que houve diminuição do volume de internações hospitalares em detrimento do aumento da produção ambulatorial. No entanto, quanto se trata de valores despendidos, há aumento para ambos os tipos de assistência: procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Os valores despendidos nas internações hospitalares são elevados (45,50%) quando comparados com a sua participação (1,27%) no total da produção ambulatorial e hospitalar.

O cuidado hospitalar é importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, devido ao seu alto custo e importante papel na assistência à saúde. A partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, Castro, Travassos e Carvalho (2002) calcularam o coeficiente geral de internação hospitalar em 6,9% para o Brasil, sendo que 63,1% dessas internações teriam sido financiadas pelo SUS. De acordo com a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS), em 2001, cerca de 84% de todas as internações foram financiadas pelo SUS, e em 2004 essa proporção passou para aproximadamente 76%.

Desde 1995, diante do significativo excesso de internações cobradas do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde decidiu pela incorporação progressiva de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) ao de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), como tentativa de racionalização de recursos financeiros, estabelecendo um limite máximo de AIHs por estado (BRASIL, 1995b).

Almeida *et al.* (2000) relataram decréscimo acentuado nas internações financiadas pelo SUS (19,54%) entre 1993 e 1996, atribuindo esse resultado à introdução de controle mais rigoroso sobre a qualidade dos dados do SIH/SUS, e redução do limite máximo de admissões financiadas pelo SUS. Scatena e Tanaka (2000), em análise da série histórica do volume de atendimentos ambulatoriais e internações no estado de Mato Grosso a partir do SIA e do SIH/SUS, no período de 1994 a 1998, verificaram a redução das internações hospitalares contra a elevação dos atendimentos ambulatoriais. Sá *et al.* (2001), ao compararem registros do SIA e do SIH/SUS nos anos de 1995 e 1998, também constataram a redução das internações, com elevação da produção ambulatorial e dos gastos totais, e com concentração nas regiões sul e sudeste. Portanto, consoante aos resultados encontrados no presente estudo, a mesma tendência foi perpetuada no período de 2000 a 2008. Deve ser registrado que no ano

de 2009 houve um ligeiro aumento do número de internações pagas pelo SUS (3,44%) em relação a 2008. Para se verificar se esse acréscimo das internações é uma tendência, devem ser realizados estudos futuros.

Durante todo o período observado (2000-2009), de acordo com os registros do SIH/SUS, as taxas de internação não teriam ultrapassado o parâmetro de cobertura assistencial anual definido pelo Ministério da Saúde (Tabela 4). Entretanto, esse resultado sugere que essa obediência à imposição legal gera apenas expectativa de controle, pois o aumento no volume de recursos gastos com a assistência hospitalar indicaria que ocorre a seleção das AIHs mais onerosas para registro com a finalidade de se obter maiores rendimentos, conforme observado por Scatena e Tanaka (2000) e Pepe (2009), de modo que não se conhece o real perfil das internações realizadas no SUS.

De acordo com informações constantes na PNAD 2003, o perfil das internações hospitalares manteve-se praticamente inalterado entre os anos de 1998 e 2003, sendo que em 2003 o SUS teria sido responsável por 67,6% das internações, uma proporção ligeiramente superior à indicada pela PNAD de 1998 (63,1%). Na PNAD de 2008, foi apontado que o percentual de pessoas que sofreram uma ou mais internações passou de 6,9% em 1998, para 7,0% em 2003, e 7,1% em 2008.

Quando se verifica o quantitativo de internações, observa-se que os registros constantes do SIH/SUS estariam elevados em relação aos das PNADs de 2003 e de 2008. No ano de 2003 foram registradas 12.094.875 internações no SIH, sendo que a PNAD registrou 9.326.219 internações que não foram realizadas por meio de planos de saúde. Para 2008, no SIH há registro de 11.107.155 internações, enquanto que a PNAD observou 10.170.000 internações que não foram realizadas por meio de planos de saúde.

Castro, Travassos e Carvalho (2005) afirmam que uma razão importante para a queda da taxa de internação é que patologias antes tratadas em regime hospitalar, atualmente são cuidadas na atenção ambulatorial ou domiciliar. Na mesma linha, Scatena e Tanaka (2000) inferiram que, no estado do Mato Grosso, uma das causas para a redução do volume de internações foi a melhoria dos sistemas municipais de saúde. A própria evolução das técnicas em saúde torna determinados procedimentos menos necessários do que eram anteriormente, e em todo o mundo existe tendência de gradativa redução do tempo de internação para diversas patologias, que passaram a ser tratadas prioritariamente em ambiente ambulatorial (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

No Brasil, esse argumento pode parecer contraditório, pois a atenção básica e o Programa de Saúde da Família incorporaram contingentes da população que, anteriormente ao SUS, não tinham acesso ao sistema de saúde que era baseado no princípio contributivo.

Por outro lado, na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 2005, o IBGE relatou queda da oferta dos estabelecimentos com internação no setor privado, mas discreto crescimento no setor público, refletido em todas as regiões, confirmando a tendência observada na mesma pesquisa de 2002. Entretanto, os registros da AMS de 2002 e 2005 indicam um número maior de internações em relação aos registros do SIH/SUS. Para o ano de 2001 foram registradas 12.227.236 internações no SIH, sendo que a AMS registrou 16.842.663 internações realizadas em estabelecimentos públicos e privados credenciados ao SUS. Para 2004, no SIH há registro de 11.953.856 internações, enquanto foi informada a ocorrência de 17.653.021 internações em estabelecimentos públicos e privados credenciados ao SUS pela AMS de 2005.

Ainda que a evolução da medicina e seu crescente apoio tecnológico permitam a realização de vários procedimentos em regime ambulatorial, o crescimento dos valores despendidos, tanto na produção ambulatorial como na hospitalar, demonstra que a transferência do registro de procedimentos do sistema hospitalar para o ambulatorial não seria suficiente para aprimorar a aplicação dos recursos nem para contribuir para o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle dos recursos aplicados no custeio dos serviços do SUS. Os mecanismos de crítica e controle do SIH/SUS parecem ser mais rigorosos que o do SIA/SUS e, a cada ano, um maior número de críticas é incorporado ao SIH com vistas ao melhor controle físico e financeiro (CARVALHO, 2009). No entanto, o sistema não identifica reinternações ou transferências de pacientes para outros hospitais, o que pode acarretar dupla contagem de um mesmo paciente (PEPE, 2009).

Carvalho (1997) e Pepe (2009) ressaltaram que apesar de o SIH/SUS ter uma cobertura extensa, ele não é um sistema universal, cobrindo exclusivamente as internações financiadas com recursos públicos federais. Carvalho (2009) afirma que, atualmente, a percentagem de cobertura do SIH varia de acordo com a localização e com o grupo de procedimentos, sendo a cobertura de partos e outros atos de menor custo cerca de 65%, e a de procedimentos de maior complexidade maior de 90%. De acordo com Pepe (2009), não se conhece com precisão a extensão da atual cobertura do sistema, tampouco suas variações locais.

Além disso, a própria evolução das condições de financiamento dos serviços remunerados pelo SUS possibilitou situações que podem levar à distorção dos dados, como a

existência de tetos financeiros municipais e por unidade hospitalar, a criação de fundações de hospitais públicos e a complementação do custeio pelos municípios e estados tais como a responsabilidade pela folha de pagamento do pessoal ocupado e pela manutenção das instalações públicas.

O questionamento sobre a qualidade dos dados do SIH em decorrência de fraudes e manipulações pelos prestadores de serviços está entre os pontos mais discutidos sobre os sistemas de informação em saúde do SUS. A cada ano, um maior número de críticas é incorporado ao sistema com vistas ao melhor controle físico e financeiro (CARVALHO, 2009).

Apesar de os sistemas SIA e SIH/SUS estarem estruturados para realização de críticas e filtros para detecção de tentativas de fraude ou de lançamentos incorretos, fiscalizações do Denasus constataram indícios de que os filtros eletrônicos não são suficientes para coibir as possibilidades de fraudes ou enganos. A insuficiência ou o inadequado funcionamento das críticas/filtros implantados permite que o sistema seja alimentado com informações fictícias, que servirão como base para o processo de revisão dos contratos com estabelecimentos de saúde, além de o prestador receber por procedimentos que não realizou (FAVERO, 2009).

#### *Tentativas para se estimar parâmetros de cobertura assistencial no SUS.*

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, o Ministério da Saúde estima a quantidade de consultas médicas necessárias para o SUS em 2 a 3 vezes a quantidade de habitantes/ano, sendo que 22,3% desse total de consultas seria a estimativa de necessidade para consultas médicas especializadas.

A PNAD de 2003 registrou uma média de 426.403.704 consultas médicas, e a PNAD de 2008 registrou cerca de 507.501.500 consultas. De acordo com esses quantitativos, cada residente teria realizado, aproximadamente, 2,5 consultas em 2003 e 2,7 em 2008. Entretanto, esses registros incluem a parte da população que não utiliza o SUS por possuir cobertura por planos de saúde ou por realizar pagamentos diretamente aos prestadores médicos. Além de não destacar as consultas não financiadas pelo SUS, a PNAD não distingue o quantitativo das consultas médicas que seriam especializadas, de modo que não há como se comparar os registros da PNAD com os do SIA/SUS para estimar os parâmetros de cobertura para esse tipo de procedimento.

Em relação às consultas especializadas em ORL, foram observadas incongruências nos registros de produção nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, relativas a localidades específicas.

Seguindo o estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.101/2002, o Ministério da Saúde estima a quantidade de consultas médicas necessárias para o SUS em 2 a 3 vezes a quantidade de habitantes/ano (Quadro 2), sendo que 1,5% desse total de consultas seria a estimativa de necessidade para consultas otorrinolaringológicas. Neste trabalho, foi utilizado o limite inferior do parâmetro, relativo a duas vezes a quantidade de habitantes/ano.

O Distrito Federal (DF), detentor da maior concentração de consultas entre as unidades federadas de acordo com os registros do Datasus (34,01 consultas a cada 1.000 habitantes – Tabela 10) e responsável por cerca de 45% da oferta de consultas da região Centro-Oeste no período estudado, apresentou produção equivalente a média de 114,09%  $\pm$  21,17 do parâmetro estabelecido pelo MS no período de 2000 a 2009, a partir de sua população residente. Nesse mesmo período, cerca de 26,70% da população possuía cobertura por planos privados de saúde, segundo registros da ANS.

Entretanto, auditoria operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal, realizada em 2008, estimou o tempo médio de espera para consultas na especialidade de ORL em 39 meses (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Além disso, deve ser assinalado que há várias diferenças entre os registros apresentados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) em sua página eletrônica e os constantes nos bancos do Datasus (Tabela 14).

Sá (2002) relatou que a adoção da “produção apresentada” em vez da “produção aprovada” na extração dos dados dos sistemas de informação do SUS significa uma pequena elevação dos valores, uma vez que antes da aprovação do pagamento dos procedimentos apresentados são realizados alguns cortes ou glosas em função de inconsistências das informações registradas ou pela extrapolação do teto estipulado para a unidade executora. Segundo o pesquisador, a produção apresentada pode ser considerada como aquela que foi realizada, refletindo melhor o acesso ao consumo dos serviços. No entanto, no presente trabalho, utilizou-se a produção aprovada justamente por essa já ter passado pelo sistema de críticas do SUS, mostrando a produção que teria sido financiada com recursos públicos federais. Mesmo assim, em alguns anos do período estudado a produção realizada é maior nos bancos do Datasus do que os apresentados pela SES-DF, para os quais teriam sido aplicados os recursos públicos federais recebidos na modalidade fundo a fundo, demonstrando falta de controle dos sistemas e conseqüentemente da aplicação dos recursos.

Também deve ser ressaltado que o Distrito Federal foi uma das localidades em que auditores do Denasus constataram recursos repassados na modalidade fundo a fundo pelo

Ministério da Saúde aplicados no mercado financeiro em prejuízo das ações e oferta de serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

Em Belo Horizonte, Guerra *et al.*(2007) estimaram em 3,7 meses o tempo médio de espera pela população pediátrica para consulta em ORL no período de março de 2004 a maio de 2005, sendo que a quantidade de consultas contabilizada pelo Datasus no período de 2003 a 2005 corresponde a média de 91% do parâmetro estabelecido pelo MS para a capital mineira.

O Distrito Federal e a capital do estado de Minas Gerais podem sofrer com o fluxo desordenado e demanda não programada por serem regiões de metrópoles (PIRES *et al.*, 2007), no entanto, corroborando a avaliação de Castro, Travassos e Carvalho (2005), acredita-se que o problema de qualidade dos registros dos sistemas de informação do SUS, com superestimação da quantidade efetivamente realizada, seja a principal causa para o resultado encontrado na produção de consultas registradas.

Além disso, no DF e na região sudeste encontram-se as maiores taxas de cobertura da população por planos privados de saúde.

O registro no SIA/SUS ainda é associado ao faturamento com recursos federais e, mesmo que o financiamento desses procedimentos seja realizado por repasses em tetos financeiros não vinculados a esse registro, não há controle sobre o que é efetivamente produzido. Adicionalmente, esse registro é realizado pelo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado, que não recebe o mesmo mecanismo de críticas a que a AIH ou APAC são submetidas. Marcondes (2009) afirma que uma das ênfases a respeito de problemas na qualidade dos dados aponta para a importância de maior cuidado no momento da coleta das informações.

Outro fato notável que corrobora para a percepção de falta de fidelidade nos registros é a presença de diferenças tão discrepantes na relação entre consultas e produção ambulatorial ou internações otorrinolaringológicas entre as regiões e unidades federadas do país, ou em relação ao número de vínculos de médicos otorrinolaringologistas no SUS.

Segundo Castro, Travassos e Carvalho (2005), as consultas básicas são, em geral, mais disponíveis e poderiam funcionar como preventivas das internações, e as consultas especializadas podem estar associadas mais diretamente às internações hospitalares. Neste estudo, essa associação entre a produção de consultas e as internações na mesma especialidade (Tabela 12) mostra casos como o do estado de Tocantins, que apesar de ter uma das mais baixas coberturas de consultas otorrinolaringológicas (média de 5,73 consultas a cada mil habitantes), superior apenas a Rondônia (5,37), é um dos estados que tem a menor

relação de consultas por cirurgias (23,34). Além disso, sua produção de consultas em ORL foi decrescente durante o período (Apêndice L), mas é um dos estados que mais utilizou recursos do FAEC para financiamento das adenoamigdalectomias no ano de 2009.

Já o estado de São Paulo, responsável pela segunda maior oferta per capita de consultas (média de 31,67 consultas a cada mil habitantes), inferior apenas a do Distrito Federal (34,01), apresenta relação de 43,26 consultas por cirurgia em média. Roraima e Amapá são as Unidades da Federação que apresentam as menores proporções de cirurgias por consulta, 155,19 e 152,99, respectivamente, sendo que Roraima apresentou a maior média de crescimento de internações otorrinolaringológicas no período.

A produção ambulatorial em ORL da região Norte também é digna de investigações mais detalhadas: foram registrados 505.287 procedimentos em 2008, e 230.647 no ano de 2009, sendo que não houve diferença na quantidade de ocupações por médicos otorrinolaringologistas no SUS para os dois anos. O estado que parece ter maior contribuição para essa diminuição da produção ambulatorial em ORL na região Norte foi o Pará, com registros de 407.413 procedimentos em 2008 e 140.245 em 2009, mas com aumento da quantidade de vínculos dos médicos otorrinolaringologistas no SUS nesse biênio (106 para 116).

Essas inconsistências nos registros dos sistemas de informação do SUS indicam, além de falhas nas informações, falta de controle dos repasses financeiros. Também apontam a necessidade de se constituírem parâmetros de cobertura regionais, com base nas reais necessidades da população, para se verificar se a produção registrada corresponde a efetivamente realizada. Variações nas taxas de intervenção entre diferentes médicos ou diferentes sistemas de saúde podem indicar desperdício de recursos ou adoção de práticas ineficazes (CULYER, 2001). Situação semelhante foi relatada por Sá *et al.* (2001) quando encontraram descompasso na relação entre a quantidade de consultas e a grande concentração de exames de apoio diagnóstico, indicando exagero de consumo, em especial de exames de ultrassonografia no Nordeste.

As doenças otorrinolaringológicas são frequentes e sua resolução pelo médico da atenção primária na rede pública de saúde ainda necessita se tornar mais eficiente (GUERRA *et al.*, 2007). A atenção primária deve ser responsável pelo primeiro cuidado de 80% dos problemas de saúde de uma população, com resolução de 95% deles (CAMPOS, 2007). No entanto, no Brasil, existe a prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada (SANTOS, 2007). Para este estudo foram selecionados procedimentos em ORL de média e

alta complexidade, ou seja, casos que necessitam da especialidade e não foram resolvidos na atenção básica.

Assim, outra possibilidade para a elevada produção de consultas otorrinolaringológicas registrada no Distrito Federal, como exemplo, seria a não resolutividade dos problemas otorrinolaringológicos na atenção básica, ou a falta de cobertura e limitação do acesso a esse nível de atenção. Desse modo, a média complexidade passa a ser a porta de entrada para o sistema de saúde, e a demanda por consultas especializadas se torna superior aos padrões de cobertura idealizados.

O documento normativo – Portaria MS/GM nº 1.101/2002 – que instituiu os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS atribuiu à Secretaria de Assistência à Saúde a responsabilidade pela revisão periódica dos parâmetros estabelecidos. Em 2010, o Tribunal de Contas da União expediu recomendação para a atualização dos parâmetros (BRASIL, 2010g), ressaltando a necessidade de parâmetros regionalizados.

Em 2008, o Ministério da Saúde afirmou que a demanda por consultas e cirurgias em otorrinolaringologia tem sido maior do que a oferta de atendimentos (BRASIL, 2008a), sem explicitar os parâmetros ou estudos utilizados para essa condição.

Além disso, a incoerência na relação entre a quantidade de procedimentos ambulatoriais, consultas, cirurgias e profissionais em ORL indica a necessidade de aprimoramento dos instrumentos de registro e de controle.

No tocante às internações otorrinolaringológicas, pelos registros constantes do SIH/SUS, teria havido aumento dessas até o ano de 2007, apesar de as internações em geral apresentarem declínio durante o período observado (2000 a 2009). Deve ser registrado que, a partir de 2008, com a unificação das tabelas do SUS (BRASIL, 2007d), alguns procedimentos que integravam o rol de internações otorrinolaringológicas passaram a ser registrados no sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS). Provavelmente, em conjunto com os outros fatos apontados, essa é uma das causas para o declínio das internações em ORL, a partir de 2008. Além disso, embora as amigdalectomias e/ou adenoidectomias possam ser registradas no SIA ou no SIH/SUS, 95% dessas cirurgias realizadas constaram do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Como as amigdalectomias e/ou adenoidectomias são as cirurgias mais realizadas na especialidade de ORL, e a faixa etária majoritária corresponde a pacientes até 15 anos de idade, acredita-se que esse seja um dos motivos para o registro no SIH/SUS em vez de no SIA/SUS.

*As amigdalectomias e/ou adenoidectomias.*

A Lei Orgânica da Saúde determina que os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios devem ser estabelecidos a partir da combinação do perfil demográfico da região e do perfil epidemiológico da população a ser coberta. Diante da ausência de publicação de indicadores epidemiológicos nacionais para a prevalência de enfermidades otorrinolaringológicas no SUS, utilizou-se a distribuição per capita da frequência dos procedimentos realizados pela população residente, ou seja, uma vertente do perfil demográfico, para se verificar a extensão/distribuição da oferta de serviços à população.

Como procedimento cirúrgico mais realizado em ORL, tomou-se como exemplo as amigdalectomias e/ou adenoidectomias realizadas no SUS.

A hipertrofia das tonsilas palatinas e faríngeas é bastante comum na infância e pode afetar o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança (BERALDIN *et al.*, 2009) de várias maneiras, resultando em: disfunção da tuba auditiva com otite média, rinosinusite; apneia obstrutiva do sono; anomalias de crescimento facial, problemas de deglutição; redução da capacidade de olfato e paladar e problemas de fala (CASSELBRANT, 1999; KARA *et al.*, 2002). A adenoamigdalectomia proporciona um impacto positivo, com grande melhora na qualidade de vida das crianças com hipertrofia das tonsilas (BERALDIN *et al.*, 2009). Desse modo, a não realização das cirurgias necessárias representa um problema de saúde pública (ANTUNES *et al.*, 2007).

As amigdalectomias e/ou adenoidectomias são as cirurgias mais realizadas em ORL no Brasil, nos Estados Unidos da América e em vários outros países do mundo (CASSELBRANT, 1999; VAN DEN AKKER *et al.*, 2004; GOUVEIA *et al.*, 2005; FELIX *et al.*, 2006; ANTUNES *et al.*, 2007; WINDFUHR *et al.*, 2009). Representaram 46% de todas as internações em ORL registradas no SIH/SUS no período estudado.

A literatura científica tem mostrado variação geográfica e temporal na frequência de amigdalectomias. Essas variações podem ser reflexo das indicações para essas cirurgias (VAN DEN AKKER *et al.*, 2004), da disponibilidade de serviços médicos ou da incidência de infecções (FARAMARZI *et al.*, 2010). Além disso, pode haver influência de outros fatores, ligados às condições socioeconômicas (KVAERNER; NAFSTAD; JAAKKOLA, 2002).

Van Den Akker *et al.* (2004) calcularam a taxa de amigdalectomias e/ou adenoidectomias realizada em crianças de 0 a 14 anos em vários países, no ano de 1998, com variações entre: 19 por 10.000 crianças no Canadá, 115 na Holanda, e 118 na Irlanda do Norte. As taxas correspondentes no Reino Unido e nos Estados Unidos eram 65 e 50 por

10.000, respectivamente. Na Alemanha, há indicativos da realização de 18 amigdalectomias a cada 10.000 habitantes (WINDFUHR *et al.*, 2009).

Na Itália, em 2000, a taxa total de amigdalectomias foi de 10,6 por 10.000, com grande variabilidade geográfica (FARAMARZI *et al.*, 2010). No período de 2000 a 2006, na região de Veneto, houve declínio das adenoideotomias (-20%) e amigdalectomias (-8%), enquanto as adenoamigdalectomias aumentaram em 18%, verificando-se uma taxa global de 14,4 cirurgias por mil pessoas/ano, com heterogeneidade entre as unidades de saúde (FEDELI *et al.*, 2009).

Na literatura há, concomitantemente, relatos de aumento da incidência de amigdalectomia e adenoamigdalectomias ao longo das quatro últimas décadas (FARAMARZI *et al.*, 2010), bem como de sua diminuição.

No Brasil, a taxa média de adenoamigdalectomias registradas no SIH/SUS, no período estudado, foi de 7,93 cirurgias por 10.000 habitantes na faixa etária de 0 a 15 anos, desse modo, se apresenta bem menor que as taxas encontradas na literatura. Quando considerados apenas os dois últimos anos, essa média passa para 10 cirurgias. No entanto, há grande disparidade entre os componentes que resultaram no cálculo dessa média: enquanto no Paraná, em 2009, observou-se a taxa de 31,18, no Amapá foi de 0,17. Estes resultados podem indicar problemas tanto da variabilidade das práticas médicas, como na equidade no acesso aos cuidados de saúde (FEDELI *et al.*, 2009).

Como a taxa de crescimento das amigdalectomias e/ou adenoideotomias (taxa anual média de 6,57%) é maior que a das internações em ORL (taxa anual média de 3%) e a taxa de internações hospitalares gerais diminuiu, isso pode ser um indicativo da real existência de demanda reprimida para essas cirurgias, conforme afirmado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) e relatado por Sarmiento Jr, Tomita e Kos (2005) e Antunes *et al.* (2007).

Apesar de não terem sido variáveis do presente estudo, a escolaridade, o nível socioeconômico e condições climáticas foram observados em estudos sobre a taxa de amigdalectomias. Desse modo, observa-se que a composição de critérios epidemiológicos é complexa e ainda mais necessária em um país com dimensões territoriais como o Brasil.

Em estudo no Reino Unido foi observado que, apesar de a amigdalite parecer uma doença comum a todas as classes sociais, a incidência de amigdalectomia foi pelo menos três vezes maior nos filhos de famílias mais abastadas economicamente (GLOVER, 2008). Em Ontário, no Canadá, foram observadas taxas menores de amigdalectomias em crianças de bairros com maior população imigrante, demonstrando influência no status econômico na frequência dos procedimentos cirúrgicos (CROXFORD; FRIEDBERG; COYTE, 2004),

sendo a limitação do acesso à atenção primária uma das causas prováveis. Contrariamente, estudo epidemiológico realizado na Noruega concluiu que as crianças de famílias com baixo nível de escolaridade materna têm maior chance de serem submetidas a cirurgias otorrinolaringológicas. Castro, Travassos e Carvalho (2002), a partir de dados da PNAD de 1998 verificaram que a escolaridade, ajustada pelas variáveis de necessidades de saúde, se mostrou associada ao uso de serviços hospitalares, apresentando um gradiente desfavorável às pessoas com menos escolaridade.

No presente trabalho, apesar de não se ter estudado a associação entre a frequência das adenoamigdalectomias e o nível socioeconômico por faixas populacionais, ficou evidente que as maiores taxas de cirurgias realizadas estão nas regiões mais ricas do país, como sul e sudeste, mas outros fatores como a distribuição da oferta e o consequente acesso aos serviços também devem ser considerados.

Também não pode concluir sobre a influência das condições climáticas sobre a frequência das adenoamigdalectomias, pois preliminarmente há fatores como a oferta e a oportunidade de acesso não resolvidos que, teoricamente, interferem mais do que as diferenças de clima. Apesar dessa limitação, cabe registrar que as taxas de amigdalectomias e/ou adenoidectomias a cada dez mil residentes na faixa etária até 15 anos de idade foram maiores na região Sul e menores nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 21), o que demonstra mais uma vez a necessidade de parâmetros regionalizados.

Procurou-se conhecer, além da frequência e distribuição das adenoamigdalectomias, a indicação clínica desses procedimentos registrados no SIH/SUS. O Ministério da Saúde busca a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID) nos registros de morbidade hospitalar e ambulatorial, em todo o território nacional, desse modo, o registro do CID é indicativo de morbidade dos pacientes que procuraram os serviços de saúde do SUS e conseguiram atendimento. Na literatura, a obstrução das vias aéreas superiores, ocasionada pelo aumento volumétrico das amígdalas ou adenoídes, e as infecções recorrentes ainda são as principais indicações cirúrgicas (ANTUNES *et al.*, 2007; FELIX *et al.*, 2006; BRASIL, 2008a; FARAMARZI *et al.*, 2010), em concordância com os achados deste estudo. No caso da população adulta, 45% dos registros apontaram a amigdalite crônica como principal indicação, coincidente com os relatos de Hoddeson e Gourin (2009).

Deve ser ressaltado que, no período de 2000 a 2003, foram registrados outros CIDs, muitas vezes não relacionados à indicação das cirurgias de amigdalectomias e/ou adenoidectomias, indicando falha nos registros. No entanto, entre 2004 e 2009, essas falhas

diminuíram consideravelmente, o que parece indicar melhora nas críticas do sistema para aprovação dos procedimentos.

Em relação a uma taxa brasileira da realização de adenoamigdalectomias, os dados deste estudo não são suficientes para seu cálculo, já que foram pesquisadas apenas as cirurgias registradas nos sistemas de informação do SUS, e não foram consideradas as realizadas pela saúde suplementar, que inclui as operadoras de planos de saúde, ou as realizadas por pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde. Essa limitação é semelhante a do estudo de Windfuhr *et al.* (2009), que não chegou ao cálculo exato da taxa nacional de amigdalectomias na Alemanha, pela não inclusão de cirurgias realizadas por otorrinolaringologistas em consultórios particulares.

*Equidade na utilização de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.*

As adenoamigdalectomias e outras cirurgias otorrinolaringológicas fazem parte da atenção de média complexidade do SUS, com financiamento pelo bloco de Média e Alta Complexidade (MAC), que constitui grande parte dos repasses regulares e automáticos realizados pelo Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios. Visando ao aumento na oferta desses procedimentos no SUS, o Ministério da Saúde os incluiu na Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade (BRASIL, 2008a). Desse modo, esses procedimentos contam com outra fonte de financiamento, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), considerado um recurso extrateto, que é transferido diretamente aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios executores do projeto da política, conforme produção apresentada no SIA e SIH/SUS, com séries numéricas específicas. De acordo com os resultados encontrados, a utilização do FAEC não está disseminada pelo país, e tem contribuído para o aumento da oferta das cirurgias em ORL contempladas na Política apenas em alguns estados, especialmente Goiás, Distrito Federal e Tocantins.

As cirurgias otorrinolaringológicas contempladas na Política de cirurgias eletivas tiveram aumento até o ano 2008, mas diminuíram em 2009, apesar da maior utilização de recursos do FAEC nesse último ano. Desse modo, houve aumento na captação de recursos extrateto, mas diminuição da utilização do bloco MAC para esses procedimentos, com consequente diminuição de sua oferta em 2009.

Quando se trata apenas das adenoamigdalectomias, o financiamento com recurso extrateto passou de 6,37 em 2008 para 22,62% das cirurgias no ano seguinte. Ressalta-se que,

no estado de Tocantins, mesmo com a utilização do FAEC para financiamento de 64,40% das adenoamigdalectomias realizadas, a concentração desse tipo de cirurgia a cada 10.000 residentes de até 15 anos ainda é baixa (3,14), apesar de essa Unidade da Federação ser responsável por uma das menores relações entre consultas e cirurgias em ORL. Em Goiás e no Distrito Federal, a utilização do FAEC (80,46% e 72,02%, respectivamente) contribuiu para o aumento de adenoamigdalectomias a cada 10.000 residentes de até 15 anos, ficando acima da média nacional em 2009.

A despeito dessa priorização das adenoamigdalectomias e outras cirurgias otorrinolaringológicas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), com possibilidade de utilização de outra fonte de financiamento, as informações relativas à especialidade de otorrinolaringologia no SUS são consideradas escassas, com necessidade de conhecimento sistematizado sobre as doenças, os exames complementares, os medicamentos e as cirurgias mais frequentes, de forma a subsidiar o estabelecimento de prioridades (T-PING; WECKX, 2008), demonstrando mais uma vez a necessidade de se conhecer a utilização dos serviços públicos de saúde para melhorar a aplicação dos recursos públicos.

#### *Os implantes cocleares no SUS.*

A surdez profunda é uma deficiência que incapacita o indivíduo de se comunicar adequadamente, com consequências para seu convívio em sociedade. No ano de 1995, segundo estimativas da World Health Assembly sua prevalência mundial era de 2,2%, acometendo 120 milhões de pessoas. No Brasil, há carência de pesquisas em epidemiologia, sendo difícil estimar a incidência/prevalência da surdez, já que não se trata de doença de notificação compulsória aos órgãos públicos (BOGAR; BENTO; TSUJI, 2008). Há perspectiva de maior aumento na utilização dos implantes, pois embora sua prática já esteja bem estabelecida para a surdez profunda bilateral, o desenvolvimento tecnológico está permitindo ampliação de sua indicação para indivíduos com surdez severa bilateral ou até mesmo com perda neurossensorial profunda em frequências agudas. (BENTO; BRITO NETO; SANCHEZ, 2001).

Além do alto custo da cirurgia e da prótese, o paciente que recebe o implante coclear já passou por várias etapas da reabilitação auditiva previamente, com profissionais de diversas especialidades, além de ter realizados vários exames no pré-operatório, como a associação entre Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética (LIMA JR. *et al.*, 2008; POCHINI SOBRINHO *et al.*, 2009) onerando ainda mais o sistema público de saúde.

A partir da década de 90, os implantes cocleares multicanais se consolidaram como tratamento cirúrgico para as deficiências auditivas neurossensoriais, suplantando o monocanal (BENTO; BRITO NETO; SANCHEZ, 2001; BOGAR; BENTO; TSUJI, 2008). No período estudado, todos os implantes cocleares realizados pelo SUS foram do tipo multicanal, que apresentam custo quatro vezes maior que o monocanal. De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), o valor pago pelo SUS por uma prótese multicanal é de R\$ 43.830,15, enquanto o da monocanal seria de R\$ 11.040,00.

O implante é recomendado pela US Food and Drug Administration (órgão norte-americano regulador de serviços de saúde) após os 12 meses de idade (*apud* PINTO; LACERDA; PORTO, 2008). Quanto menor a faixa etária do paciente, melhor o desempenho auditivo com o implante coclear, sendo que crianças até os seis/sete anos de idade apresentam melhores benefícios quando comparadas com os adultos (LICHTIG *et al.*, 2003). De acordo com os registros do SIH/SUS, cerca de 68% dos implantes foram realizados em crianças até 10 anos de idade (Tabela 25), indicando que a maior parte das cirurgias está sendo realizada na faixa etária em que o paciente pode ser mais beneficiado.

As cirurgias para implante coclear vêm crescendo no SUS, em 2000 haviam sido realizados 53 procedimentos, e em 2009 passaram a 479. Trata-se de um procedimento de alta complexidade, que envolve tecnologia moderna e, conseqüentemente, alto custo (Tabela 27). Diante do seu alto impacto financeiro, há necessidade de planejamento e controle cuidadosos desses procedimentos.

#### *Desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).*

Embora o Ministério da Saúde mantenha o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com informações acerca dos estabelecimentos e número de profissionais e equipamentos e o utilize para a realização das críticas dos registros do SIA e SIH/SUS, auditorias do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2010g, 2010h) e do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (BRASIL, 2009b, 2009c) constataram deficiências e desatualização desses registros.

A comparação dos registros do CNES referentes ao número de profissionais médicos em otorrinolaringologia e seus respectivos vínculos com as informações constantes do Censo dos otorrinolaringologistas realizado pela ABORL, entre 2007 e 2008, também traz evidências de desatualização dos registros do CNES. Desse modo, as críticas realizadas nos registros do SIA e SIH/SUS também ficam prejudicadas.

*A distribuição geográfica dos procedimentos registrados.*

Em relação à distribuição dos procedimentos nas regiões e unidades federativas, verifica-se que, mesmo com a tentativa de organização e regionalização da assistência à saúde iniciada pelas NOAS, com manutenção dos instrumentos de planejamento (PDR, PDI e PPI), ainda há grande concentração da oferta de serviços de saúde custeados com recursos públicos federais na região Sudeste, com desfavorecimento da região Norte. Essa desigualdade na distribuição dos serviços é congruente com os relatos de Sá *et al.* (2001), Gouveia *et al.* (2005) e Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 2005. As diferenças nas taxas de utilização per capita de serviços a partir do SIA e SIH/SUS confirmam a desigualdade no acesso.

O presente estudo considerou a distribuição dos procedimentos ofertados pelo SUS entre estados e regiões do país. As unidades da federação brasileira são extensas e apresentam grande diversidade interna, não sendo o nível de desagregação ideal para se estudar o efeito da oferta no uso de serviços de saúde (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005). Farias e Melamed (2003) relatam que a região geográfica pode ser uma unidade de análise capaz de revelar expressivas desigualdades.

De acordo com a AMS de 2005, as internações em geral, incluindo as não financiadas pelo SUS, apresentaram maior concentração nas regiões Sudeste (46,4%) Nordeste (22,6%) e Sul (15,8%), seguidas do Centro-Oeste (7,7%), e Norte (7,5%). Essa distribuição é semelhante à encontrada no presente estudo, para as internações em geral, internações na especialidade de otorrinolaringologia e amigdalectomias e/ou adenoidectomias registradas no SIH/SUS (Tabela 22).

Especificamente para os implantes cocleares, mais de 78% foram realizados no estado de São Paulo, demonstrando a falta de equidade na oferta desse procedimento. As cirurgias para esse implantes requerem centros de maior complexidade muitas vezes não disponível na rede de atendimento do SUS de outros estados, o que faz com que os pacientes tenham que ser encaminhados para tratamento fora de domicílio, gerando um gasto ainda maior para a resolução do caso (GOUVEIA *et al.*, 2005).

*A natureza dos estabelecimentos que realizam os procedimentos em ORL no SUS.*

Em relação à natureza dos prestadores, verificou-se a predominância dos estabelecimentos privados sem fins lucrativos (filantrópicos) na realização das cirurgias otorrinolaringológicas, em concordância com os achados de Gouveia *et al.* (2005). A

participação das instituições privadas de forma complementar ao SUS tem previsão constitucional, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Contudo, somente depois de utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos e comprovada a necessidade de complementar a rede, sem possibilidade de ampliação dos serviços públicos, é que deve ser considerada a participação dos serviços privados (BRASIL, 2006d). Pela análise realizada, não se conhece a capacidade de produção dos estabelecimentos públicos, nem se houve o prévio esgotamento dessa capacidade para complementação com serviços privados. Relatos da AMS de 2005 apontam que 82,1% do total de leitos privados pertencem a estabelecimentos que informaram prestar atendimento ao SUS.

Situação diferente foi encontrada em relação aos registros de procedimentos ambulatoriais em ORL e de implantes cocleares. Mais de 65% dos implantes cocleares foram realizados em estabelecimentos públicos estaduais (Tabela 24) durante o período de 2000 a 2009. Até 2007, o implante era oferecido apenas em três estados (SP, RN e RS), mas em 2008 e 2009 a oferta foi estendida para Pernambuco, Bahia e Minas Gerais, por meio de estabelecimentos privados credenciados ao SUS. No entanto, o aumento da oferta ainda é realizado por estabelecimentos públicos, que foram responsáveis por 66,57% dos implantes no período de 2000 a 2007, e 76,08% de 2008 a 2009.

Essa ocorrência parece ir ao encontro da afirmação de Carvalho (2009) sobre a percentagem de cobertura do SIH/SUS, que poderia chegar a 90% dos procedimentos de maior complexidade, como é o caso do implante coclear.

Para os procedimentos ambulatoriais em ORL, verificou-se que 62,28% em 2008 e 68,10% em 2009 foram realizados por estabelecimentos públicos de saúde. Há exceção para a região Nordeste, em que as entidades beneficentes sem fins lucrativos realizaram 47,51% dos procedimentos ambulatoriais em ORL em 2008.

Provavelmente, os baixos valores pagos pelos procedimentos ambulatoriais em ORL leve ao desinteresse do setor privado em prestar esses serviços para o SUS. Como as cirurgias possuem valores maiores, sua produção é realizada predominantemente por entidades privadas com ou sem fins lucrativos contratadas pelo SUS.

#### *Implicações do financiamento das ações e serviços de saúde do SUS.*

Diante do quadro encontrado, verifica-se a necessidade de se investigar a aplicação de recursos na saúde, especialmente em procedimentos da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, responsáveis por grande parte da despesa em assistência

médica do Ministério da Saúde. Apesar de o SIA e o SIH/SUS permitirem o registro de grande quantidade de informações que abrangem questões epidemiológicas e de prestação de serviços, com aspectos gerenciais e financeiros, houve certo distanciamento entre a finalidade primária desses sistemas – faturamento de procedimentos com recursos federais pelo Ministério da Saúde –, de modo que seus registros podem não representar, fidedignamente, a efetiva produção realizada.

Os repasses financeiros por meio de blocos flexibilizam a utilização dos recursos de acordo com as peculiaridades da realidade local, mas podem trazer distorções para o controle da produção efetivamente realizada. Deve ser considerada a possibilidade de registros em quantitativos maiores que os realizados, com comprometimento da integridade dos dados e pagamento indevido por procedimentos não realizados. Ao mesmo tempo, o sistema poderia se mostrar menos suscetível a alterações intencionais, e os registros poderiam ser considerados dispensáveis, ocasionando sub-registros.

A falha no preenchimento de formulários que geram os registros dos sistemas de informação do SUS pode implicar informações inapropriadas para o planejamento das ações de saúde.

Algumas críticas levantadas por Levcovitz, Lima e Machado (2001) quanto aos impactos dos mecanismos de transferência estipulados pela NOB SUS 01/96, como a não consideração do perfil de necessidades de saúde da população e a ausência de articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou com a prevenção de fraude, ainda parecem pertinentes mais de quinze anos após essa norma.

Os resultados encontrados indicam que investigações mais aprofundadas merecem ser realizadas nessa área de procedimentos de média e alta complexidade, responsável por grande parte dos recursos aplicados em saúde, de forma a subsidiar intervenções, visando maior adequação do sistema às necessidades da população. Além disso, verifica-se que apesar das constantes afirmações sobre escassez de recursos públicos, deve ser realizado controle mais rigoroso sobre a produção efetivamente realizada e ofertada à população brasileira.

Norteados pelo princípio da universalidade, o SUS instituiu o direito ao acesso gratuito a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Entretanto, esse acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde públicos não pode ser descrito em relação às consultas otorrinolaringológicas ou às cirurgias de adenoamigdalectomias registradas no SIA e SIH/SUS. Há grandes diferenças na oferta desses serviços nas regiões e unidades federativas do país, e a alocação dos recursos parece seguir a produção dos serviços

ambulatoriais e hospitalares registrados, sancionando as desigualdades da distribuição da oferta (MARQUES; MENDES, 2007).

A Lei nº 8.080/90 estabeleceu o Sistema Nacional de Auditoria, demonstrando a necessidade de coordenação e avaliação técnica e financeira do SUS. O Ministério da Saúde ficou encarregado de acompanhar, através do sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Entretanto, o sistema de auditoria precisa ser aprimorado.

## 7 CONCLUSÃO

### 7.1 Conclusões

Para os procedimentos pesquisados, o registro da produção paga nos sistemas de informação do SUS – SIA e SIH/SUS – parece não corresponder à oferta efetiva de serviços no SUS.

O conhecimento da oferta e da utilização de serviços, bem como da aplicação dos recursos públicos, é essencial para fornecer subsídios adequados para a tomada de decisões que promovam maior equidade.

Os sistemas de informação do SUS, em especial os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares – SIA e SIH/SUS, são considerados de ampla disponibilidade e abrangência, e são utilizados como instrumento para a avaliação e controle dos serviços de saúde, uma vez que devem registrar os gastos efetuados com a assistência ambulatorial e hospitalar. A existência desses sistemas com grande quantidade de informações, abrangência nacional e alcance dos diferentes níveis de gestão em um sistema de saúde público descentralizado pode ser considerada um avanço para o SUS.

Entretanto, de acordo com os resultados encontrados no presente estudo, o registro da produção aprovada ou paga, respectivamente no SIA e SIH/SUS pode não corresponder à oferta efetiva de serviços realizados no SUS.

Sem o conhecimento da oferta ou da utilização dos serviços, não há como se planejar a alocação de recursos, nem se estabelecer prioridades ou promover equidade no acesso aos serviços de saúde. Consequentemente, não se pode avaliar adequadamente problemas de demanda ou de necessidades de saúde.

Se os registros dos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do SUS representassem a oferta/produção efetiva de serviços, proporcionariam o conhecimento de áreas com escassez ou abundância de certos tipos de serviços, indicando prioridades para melhor alocação dos recursos, em busca da equidade.

Como resultado da análise dos registros do SIA e SIH/SUS no presente estudo, observou-se, no período compreendido entre 2000 e 2009, a diminuição das internações hospitalares e o aumento da produção ambulatorial em um ambiente de crescimento dos

gastos totais. A limitação imposta pelo Ministério da Saúde no quantitativo de internações passíveis de serem registradas parece ser a principal razão para explicar esse resultado. A evolução das técnicas em saúde, com o tratamento de patologias em atenção ambulatorial em vez de regime hospitalar também pode ser considerada.

Na análise da produção hospitalar registrada no SIH/SUS nas regiões e Unidades da Federação, observou-se:

- As internações hospitalares gerais diminuíram no período de 2000 a 2009. Em 2009 houve um ligeiro crescimento em relação a 2008. Já as internações em ORL apresentaram crescimento até 2007, mas declínio nos últimos dois anos do período observado.
- No geral, as internações em ORL apresentaram crescimento pequeno em sua própria série histórica e em proporção às internações em geral.
- A utilização de recursos extrateto não aumentou a oferta das cirurgias otorrinolaringológicas contempladas na Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade. Apesar do aumento da utilização do FAEC entre 2008 e 2009, houve diminuição na realização dessas cirurgias, indicando que se deixou de utilizar recursos do bloco MAC.
- A produção das amigdalectomias e/ou adenoidectomias registradas no SIH/SUS cresceu, mas a taxa de realização dessas cirurgias ainda é pequena quando comparada a outros países.
- As comparações das taxas de adenoamigdalectomias entre as Unidades da Federação brasileira mostram valores bastante discrepantes, indicando problemas na variabilidade das práticas médicas, na equidade no acesso aos cuidados de saúde e no registro da produção efetivamente realizada.
- Não se conhece a prevalência de hipertrofias adenoamigdalíanas ou de amigdalite crônica com indicação cirúrgica no país, de forma a se calcular, por parâmetros epidemiológicos, qual seria a demanda potencial para as adenoamigdalectomias, e a consequente necessidade de alocação de recursos para esses procedimentos, sendo fundamental o desenvolvimento de estudos epidemiológicos para o planejamento das ações e serviços de saúde.
- As cirurgias para implante coclear, representantes da alta complexidade na otorrinolaringologia, tiveram crescimento bastante elevado. Esse é um caso de incorporação tecnológica na reabilitação auditiva, com grande impacto financeiro no sistema de saúde público.

- A maior parte das internações em ORL (cerca de 54%) foram realizadas em estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos que não fazem parte da rede própria de estabelecimentos públicos de saúde, podendo demonstrar deficiência na regulação do SUS.

Na relação da produção ambulatorial especializada registrada no SIA/SUS nas regiões e Unidades da Federação, verificou-se:

- Enquanto 83% das consultas foram oferecidas por estabelecimentos públicos de saúde, os hospitais privados sem fins lucrativos foram os responsáveis pela realização de 45% das amigdalectomias e/ou adenoideotomias, demonstrando diferença no perfil de prestador da assistência ambulatorial e hospitalar.

Em relação ao grupo de procedimentos em otorrinolaringologia nos registros do SIA e SIH/SUS e CNES, também foi observado:

- Os registros sobre o número de profissionais médicos em ORL parecem estar desatualizados na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas são utilizados para críticas dos registros do SIA e SIH/SUS.
- A grande diferença na relação entre as consultas e internações na especialidade de ORL entre os estados e regiões do país pode indicar grande diversidade de conduta clínica, de prevalência das indicações cirúrgicas, ou a falta de fidedignidade nos registros ambulatoriais e hospitalares, sendo a última a causa considerada mais provável.
- Os resultados revelaram deficiência no controle da produção registrada nos sistemas de informação do Ministério da Saúde e financiada com recursos públicos federais.
- Há várias limitações nos registros das bases do Ministério da Saúde. Desse modo, esses registros podem não refletir a realidade da prática diária de forma transparente, devido a problemas de fidelidade no lançamento da produção realizada, muitas vezes por estarem relacionados ao faturamento com recursos federais. Os repasses financeiros por meio de blocos flexibilizam a utilização dos recursos de acordo com as peculiaridades da realidade local, mas podem trazer distorções para o controle da produção efetivamente realizada. Ao mesmo tempo em que há expectativas de que o sistema se torne menos suscetível à omissão de registros e à alteração intencional, também pode se passar a considerar o registro como não essencial. Principalmente, deve ser considerada a possibilidade de se registrar mais procedimentos para justificar aumento nos valores das transferências fundo a fundo. Já nos estabelecimentos privados contratados pelo SUS, pela lógica de obtenção de maior faturamento, há possibilidade de distorção das informações com registros a maior.

- Diante das incongruências detectadas, não se conhece a real produção e oferta de serviços em ORL no SUS, deixando o planejamento e a alocação de recursos dissociados das necessidades e mais distante o alcance da equidade.
- Relatos de problemas detectados desde a NOB 01/91, como a tendência de a oferta de assistência médica privilegiar a produção registrada, sem considerar adequadamente o perfil de necessidades de saúde da população ou o estímulo a tal oferta sem articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou preocupação de evitar fraude, ainda podem ser observados.
- Do ponto de vista das políticas públicas, como há desigualdades na oferta de serviços, traduzida nas taxas per capitas de produção de consultas e de cirurgias na especialidade de otorrinolaringologia, e incongruências nos registros de produção realizada apresentados pelo Ministério da Saúde, há necessidade de políticas nacionais com vistas a melhorar a eficiência do registro e do controle sobre a produção efetivamente realizada, bem como proporcionar equidade ao acesso aos serviços de saúde.

Desse modo, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde públicos, conforme preconizado pelo SUS, não pode ser descrito em relação aos procedimentos mais frequentes na especialidade de ORL (consultas otorrinolaringológicas e adenoamigdalectomias) registrados nos sistemas de informação do SUS. Há grandes diferenças na oferta desses serviços entre as regiões e unidades federativas do país, e a alocação dos recursos parece seguir a produção registrada no SIA e SIH, que pode não corresponder à oferta real, ficando distante de atender ao princípio da equidade na alocação de recursos.

## **7.2 Perspectivas e Recomendações**

No presente estudo verificou-se a produção registrada de alguns procedimentos selecionados na especialidade de otorrinolaringologia nos sistemas de informação do SUS, entretanto, é evidente a necessidade de estudos que verifiquem todos os procedimentos executados no âmbito do SUS, englobando as várias especialidades médicas.

Além disso, também se mostra necessário o desenvolvimento de parâmetros epidemiológicos que orientem o planejamento de acordo com necessidades em saúde.

Acredita-se que o uso adequado de um sistema semelhante ao idealizado para o Cartão Nacional de Saúde seria uma ferramenta para aprimorar o controle das ações e serviços de saúde, permitindo a indexação de todos os procedimentos executados no âmbito do SUS, com vinculação ao usuário, aos profissionais e às unidades de saúde em que foram realizados.

Também é importante que as instâncias superiores de controle, como o Tribunal de Contas, desenvolvam trabalhos para fomentar os controles internos do Ministério da Saúde e o controle social.

Como os registros da produção realizada são feitos pelo próprio prestador de serviços de saúde (seja público ou privado com ou sem fins lucrativos) em módulos descentralizados do SIA e SIH/SUS, há necessidade de promover a capacitação para a coleta de dados, estimular a ampliação de sua utilização e instrumentalizar o desenvolvimento de sistemas locais adequados às necessidades tanto dos municípios e estados como do sistema nacional.

Recomendações e determinações já expedidas pelo Tribunal de Contas da União em deliberações sobre matérias correlatas se mostram pertinentes:

- Monitoramento efetivo do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), assegurando que as atualizações de seus dados sejam realizadas tempestivamente (BRASIL, 2003b, 2010g).
- Registro adequado de todos os procedimentos realizados nos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIA e SIH/SUS (BRASIL, 2003b, 2010g, 2010h).
- Controle intensivo das transferências financeiras do Sistema Único de Saúde, de maneira a reforçar o papel de gestor federal do SUS, realizando auditorias na utilização dos recursos transferidos (BRASIL, 2003b).
- Capacitação do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (BRASIL, 2003b, 2005b).
- Maior frequência de auditorias de caráter preventivo, corretivo ou saneador, fortalecendo as atividades de controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde e dos serviços de saúde (BRASIL, 2003b, 2009d).
- Capacitação de conselheiros de saúde para fortalecer os mecanismos de controle social do SUS (BRASIL, 2003b, 2005b).
- Atualização dos parâmetros de cobertura do SUS, inclusive com o estabelecimento de parâmetros regionalizados (BRASIL, 2010g).

## REFERÊNCIAS

- AKCAY, A. *et al.* Variation in Tonsil Size in 4- to 17-Year-old Schoolchildren. *The Journal of Otolaryngology*, Philadelphia, v. 35, n. 4, p. 270-4, 2006.
- ALMEIDA, C. *et al.* Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, Amityville, NY, v. 30, n. 1, p. 129-62, 2000.
- ANTUNES, M. L. *et al.* Mutirão de cirurgias de adenotonsilectomias: uma solução viável? *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 4, p. 446-51, 2007.
- BENTO, R. F.; SANCHEZ, T. G.; BRITO NETO, R. V. Critérios de Indicação de Implante Coclear. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 20, 1997. Disponível em: <[http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=20](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=20)>. Acesso em: 20 dez. 2009.
- BENTO, R. F.; BRITO NETO, R. V.; SANCHEZ, T. G. Complicações da Cirurgia do Implante Coclear. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 158, 2001. Disponível em:<[http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=158](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=158)>. Acesso em: 20 dez. 2009.
- BERALDIN, B. S. *et al.* Avaliação do impacto da adenotonsilectomia sobre a qualidade de vida em crianças com hipertrofia das tonsilas palatinas e faríngeas. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 64-9, 2009.
- BITTENCOURT, S. A.; LEAL, M. C.; SANTOS, M. O. Hospitalizações por diarreia infecciosa no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 747-54, 2002.
- BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.
- BITTENCOURT, S. D. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. A Qualidade da Informação sobre o Parto no Sistema de Informações Hospitalares. Município do Rio de Janeiro, 1999 a 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1344-54, 2008.

BOGAR, M.; BENTO, R. F.; TSUJI, R. K. Estudo anatômico da cóclea para confecção de instrumental para a cirurgia de implante coclear com 2 feixes de eletrodos em cócleas ossificadas. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 74, n. 2, p. 194-9, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991*. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)>. Acesso em 3 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Brasília, DF, 1992. *Diário da República Federativa do Brasil* de 10/2/1992, seção 1, p. 1584.

\_\_\_\_\_. *Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993*. Brasília, DF, 1993a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 5 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993*. Brasília, DF, 1993b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm)>. Acesso em: 6 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/SAS nº 62, de 19 de abril de 1994. Brasília, DF, 1994. *Diário da República Federativa do Brasil* de 20/4/1994, seção 1, p. 5842.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/SAS nº 15, de 2 de março de 1995. Brasília, DF, 1995a. *Diário da República Federativa do Brasil* de 3/3/1995, seção 1, p. 2907.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 272, de 1º de março de 1995. Brasília, DF, 1995b. *Diário da República Federativa do Brasil* de 6/3/1995, seção 1, p. 2968.

\_\_\_\_\_. *Portaria MS/GM nº 2.203 de 05 de novembro de 1996*. Brasília, DF, 1996. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 3 mar.2009.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 221, de 24 de março de 1999. Brasília, DF, 1999a. *Diário da República Federativa do Brasil* de 25/3/1999, p. 81.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril de 1999. Brasília, DF, 1999b. *Diário da República Federativa do Brasil* de 3/5/1999, p. 8.

\_\_\_\_\_. Portaria Conjunta MS/SE/SAS nº 35, de 15 de setembro de 1999. Brasília, DF, 1999c. *Diário da República Federativa do Brasil* de 30/9/1999, p. 81.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 1.230, de 14 de outubro de 1999*. Brasília, DF, 1999d.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230\\_14\\_10\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230_14_10_1999.html)>. Acesso em: 10 set. 2009.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000*. Brasília, DF, 2000a. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm)>. Acesso em: 6 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *SUS: princípios e conquistas*. Brasília, 2000b.

\_\_\_\_\_. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 13 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Brasília, DF, 2001a. Disponível

em : <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>.

Acesso em: 8 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria MS/GM nº 975, de 3 de julho de 2001*. Brasília, DF, 2001b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0975\\_03\\_07\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0975_03_07_2001.html)>. Acesso em:

8 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.034, de 9 de novembro de 2001c. Brasília, DF, 2001. *Diário da*

*República Federativa do Brasil* de 9/11/2001, seção 1, p. 43.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1.020, de 31 de maio de 2002*. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1020\\_31\\_05\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1020_31_05_2002.html)>. Acesso em: 8 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 5 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 1188, de 26 de junho de 2002*. Brasília, DF, 2002c. *Diário da República Federativa do Brasil* de 26/6/2002, seção 1, p. 90.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 1258, de 9 de julho de 2002*. Brasília, DF, 2002d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1258\\_09\\_07\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1258_09_07_2002.html)>. Acesso em: 11 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 2.047, de 5 de novembro de 2002*. Brasília, DF, 2002e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2047\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2047_05_11_2002.html)>. Acesso em: 3 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002*. Brasília, DF, 2002f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968\\_11\\_12\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html)>. Acesso em: 3 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria SAS/MS nº 224, de 13 de agosto de 2003*. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-224.htm>>. Acesso em: 3 jul. 2010.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Acórdão TCU nº 1843/2003–Plenário*. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 1.372, de 1 de julho de 2004*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1372.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em : <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073\\_28\\_09\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html)>. Acesso em: 8 nov. 2009.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 587, de 7 de outubro de 2004. Brasília, DF, 2004c. Disponível em : <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de outubro de 2004. Brasília, DF, 2004d. Disponível em : <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/SAS nº 567, de 13 de outubro de 2005. Brasília, DF, 2005a. Disponível em : <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-567.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Acórdão TCU nº 726/2005–Plenário*. Brasília, 2005b. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 5 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html)>. Acesso em: 5 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS/SE/MS nº 49, de 4 de julho de 2006. Brasília, DF, 2006c. *Diário Oficial da União* de 5/7/2006, seção 1, p. 58.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006*. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-3277.htm>>. Acesso em: 5 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332\\_28\\_12\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html)>. Acesso em: 5 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 91, de 10 de janeiro de 2007*. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091\\_10\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091_10_01_2007.html)>. Acesso em: 6 nov. 2009.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007*. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)>. Acesso em: 11 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria SAS/MS nº 311, de 14 de maio de 2007*. Brasília, DF, 2007c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-311.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 2.848/GM, de 06 de novembro de 2007*. Brasília, DF, 2007d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848\\_06\\_11\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html)>. Acesso em: 18 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS 321, de 8 de fevereiro de 2007*. Brasília, DF, 2007e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/Portaria%20GM-321.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 958, de 15 de maio de 2008*. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0958\\_15\\_05\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0958_15_05_2008.html)>. Acesso em: 8 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Portaria SAS/MS nº 472, de 22 de agosto de 2008*. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0472\\_22\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0472_22_08_2008.html)>. Acesso em: 16 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 2867, de 27 de novembro de 2008*. Brasília, DF, 2008c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2867\\_27\\_11\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2867_27_11_2008.html)>. Acesso em: 9 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*, Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 7306. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 7198. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU nº 402/2009–Plenário. Brasília, 2009d. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 8035. Brasília, DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 8079. Brasília, DF, 2010b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 8227. Brasília, DF, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 8228. Brasília, DF, 2010d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 8236. Brasília, DF, 2010e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Relatório nº 8318. Brasília, DF, 2010f.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU nº 247/2010–Plenário. Brasília, 2010g. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 2 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU nº 1274/2010–Plenário. Brasília, 2010h. Disponível em: <<http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/PesquisaFormulario>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 128, n. 2, p. 301-6, 2007.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 7-46, 1997.

CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In. BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2009. v. 1, p. 49-66.

CASSELBRANT M. What is wrong in chronic adenoiditis/tonsillitis anatomical considerations. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Amsterdam, v. 49, S. 1, p.S133-5, 1999.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.795-811, 2002.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. *A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/castromsmd.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2009.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 177-84, 2005.

CHERCHIGLIA, M. L. *et al.* A construção da base de dados nacional em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: aplicação do método de linkage determinístico-probabilístico. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 163-7, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução nº 322, de 4 de novembro de 2003*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso332.doc>>. Acesso em: 3 jul. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília, DF, 2007e.

COSTA, Luiz Renato Lima. *Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros do Ministério da Saúde Destinados à Assistência à Saúde, aos Governos Estaduais e Municipais: evolução*

da NOB 01/1991 à NOAS 01/2002. 2003. Dissertação (Mestrado) – EAESP, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

CROXFORD, R.; FRIEDBERG, J.; COYTE, P.C: Socio-economic status and surgery in children: myringotomies and tonsillectomies in Ontario, Canada, 1996–2000. *Acta Paediatr*, Oslo, v.93, p. 1245-50, 2004.

CULYER, A. J. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, London, v. 27, p. 275-83, 2001.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. *Auditoria operacional no sistema de saúde pública do Distrito Federal: relatório (versão simplificada)*. Brasília, 2008.

ESCOSTEGUY, C. C. *et al.* O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 491-9, 2002.

FALEIROS, V. P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. *Bioética*, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 35-40, 1997.

FARAMARZI, A. *et al.* Assessment of the consensus about tonsillectomy and/or adenoidectomy among pediatricians and otolaryngologists. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Amsterdam, v. 74, p. 133-6, 2010.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-98, 2003.

FAVERO, E. *Análise dos controles dos repasses fundo a fundo na saúde*. Monografia (Especialização) – Instituto Serzedello Corrêa (ISC) do Tribunal de Contas da União, Brasília, 2009.

FEDELI, U. *et al.* Variability of adenoidectomy/tonsillectomy rates among children of the Veneto Region, Italy. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, p. 25, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/25>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

FELIX, F. *et al.* Avaliação da utilidade do exame histopatológico como rotina em tonsilectomias. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 72, n. 2, p. 252-5, 2006.

FUKUCHI, I. *et al.* Timpanoplastias: resultados cirúrgicos e análise dos fatores que podem interferir no seu sucesso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 72, n. 2, p. 267-71, 2006.

GALLASSI, A. D.; ELIAS, P. E. M.; ANDRADE, A. G. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 2-7, 2008.

GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 147-70, 2000.

GLOVER, J.A. The Incidence of Tonsillectomy in School children. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 37, p. 9-19, 2008.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 53, p. 1149-62, 2001.

GOUVEIA, M. C. L. *et al.* Perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico. Brasil, 2003. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 71, n. 6, 698-704, 2005.

GUERRA, A. F. M. *et al.* Otorrinolaringologia pediátrica no sistema público de saúde de Belo Horizonte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 719-25, 2007.

HAUCK, K.; SMITH, P. C.; GODDARD, M. *The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review*. The World Bank, Washington DC, USA. Paper prepared for the World Bank's Resource Allocation and Purchasing Project, 2004.

HODDESON, E.K.; GOURIN, C.G. Adult tonsillectomy: Current indications and outcomes. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Rochester, v. 140, p. 19-22, 2009.

IBGE. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2002*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams2002.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Acesso e utilização de serviços de saúde, 2003*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2009.

IBGE. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2005*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>> Acesso em: 18 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Um Panorama da Saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008/PNAD\\_2008\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2009.

IEZZONI, L.I. Assessing Quality Using Administrative Data. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 127, n. 8 (Part 2), p. 666-74, 1997.

KARA, C.O. *et al.* Prevalence of tonsillar hypertrophy and associated oropharyngeal symptoms in primary school children in Denizli, Turkey. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Amsterdam, v. 66, p. 175-9, 2002.

KINSUI, M. M.; GUILHERME, A.; YAMASHITA, H. K. Variações anatômicas e sinusopatias: estudo por tomografia computadorizada. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, p. 645-52, 2002.

KVAERNER, K. J.; NAFSTAD, P.; JAAKKOLA, J. J. Otolaryngological surgery and upper respiratory tract infections in children: an epidemiological study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, St. Louis, v. 111, p. 1034-9, 2002.

LEITE, M. G. *et al.* *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos para Financiamento da Saúde no Brasil*. 2008. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/pdf/22.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], Goiânia, v. 12, v. 1, p. 177-85, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a22.htm>>. Acesso em: ago. 2010.

LESSA, F. J. D. *et al.* Novas Metodologias para Vigilância Epidemiológica: Uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 9, (Supl. 1), p. 3-27, 2000.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. *SIH-SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991*. Rio de Janeiro:

Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 57).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-91, 2001.

LICHTIG, I. *et al.* O implante coclear e a comunidade surda: desafio ou solução? In: II Seminário ATIID – Acessibilidade, TI e Inclusão digital, São Paulo, 2003.

LIMA JR, L. R. P. *et al.* Avaliação por imagem nos candidatos ao implante coclear: correlação radiológico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 395-400, 2008.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 14, p. 75-152, 1996.

MANSUR, Marília Coser. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARCONDES, W. B. *DATASUS e Conselhos de Saúde: diálogos entre os Sistemas de Informação em Saúde e o Controle Social*. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. V. 2, p. 1107-27.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-15, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. *Saúde Soc*, São Paulo, v.16, n. 3, p.35-51, 2007.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. M. V.; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, S. 1., v. 35, n. 2, p. 185-192, 2001.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MELO, M. *O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MIZIARA, I. D. Editorial: Mutirões de Tonsilectomia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 4, 2007.

MONTEIRO, C. R. *et al.* Sinusite fúngica alérgica: atualização *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 5, p. 736-42, 2002.

MOURAO JR, C. A.; GUEDES, O. M. S. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil da Constituição de 1988 à NOAS/SUS 2002. *HU Revista*, Juiz de Fora, Brasil, v. 30, n. 2-3, p. 57-62, 2004. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf01001/material/politicas\\_saude-ate\\_2002.pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf01001/material/politicas_saude-ate_2002.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2010.

OLIVEIRA JR, M. *Crêterios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde*. Artigo de discussão para a 11ª Conferência Nacional de Saúde (mimeo), 2000.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*, London, v. 58, p. 65-8, 2004.

PAIM, J. S. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. *Ver. Assoc. Saúde Pública Piauí*, v. 1, n. 2, p. 120-32, 1998.

PEPE, V. E. *Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)*. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. V. 2, p. 65-85.

PICOLO, G. D.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], Goiânia, v. 11, n. 2, p. 395-402, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a22.htm>>. Acesso em: jul. 2010.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-96, 1999.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINTO, E. S. M.; LACERDA, C. B. F.; PORTO, P. R. C. Comparação entre os questionários IT-MAIS e MUSS com vídeo-gravação para avaliação de crianças candidatas ao implante coclear. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.74, n. 1, p.91-8, 2008.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1915](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1915)>. Acessado em 4 jun. 2010.

POCHINI SOBRINHO, F. *et al.* Método para medida do comprimento da cóclea por meio de ressonância magnética. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 75, n. 2, p. 261-7, 2009.

SÁ, D.A. *et al.* Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2001.

SÁ, D. A. *Atenção à Saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA / SUS)*. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife–PE, 2002.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 429-35, 2007.

SARMENTO JR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.71, n. 3, p. 256-62, 2005.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 757-76, 2002.

SCATENA J. H. G.; TANAKA O. Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. *Revista Panamericana Salud Publica*, Washington, v. 8, n. 4, p. 242-49, 2000.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Supl., p. 203-11, 2002.

SIH, T. M.; BRICKS, L. F. Otimizando o diagnóstico para o tratamento adequado das principais infecções agudas em otorrinopediatria: tonsilite, sinusite e otite média. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.74, n. 5, p. 755-62, 2008.

VIEIRA DA SILVA, L. M; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. de S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

T-PING, C.; WECKX, L. L. M. Atendimento otorrinolaringológico do Sistema Único de Saúde de crianças e adolescentes em três municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.74, n. 4, p. 571-8, 2008.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 out. 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S190-8, 2004.

UNGLERT, C. V. S; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-46, 1987.

VAN DEN AKKER, E. H. *et al.* Large international differences in (adeno)tonsillectomy rates. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences* Volume 29, Issue 2, Pages 161-164, 2004. *Clin Otolaryngol Allied Sci.*, New York, v. 29, n. 2, p. 161-4, 2004.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 339-55, 1994.

VIANA, S. M. *et al.* *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento.* Síntese de estudo, produto da parceria IPEA/OPAS, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/desigual.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de Saúde e Equidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VOEGELS, R. L. *et al.* Complicações Orbitárias em pacientes com sinusite aguda. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.68, n. 2, p. 224-8, 2002.

VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.15, n. 2, p. 47-55, 2006.

WHITEHEAD, M.; EVANDROU, M.; HAGLUND, B.; DIDERICHSEN, F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ*, London, v. 315, 1997.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health.* World Health Organization, Copenhagen, 2000.

WINDFUHR, J. P.; WIENKE, A.; CHEN, Y.S. Electrosurgery as a risk factor for secondary post-tonsillectomy hemorrhage. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, Heidelberg, v. 266, p.111-6, 2009.

WINDFUHR, J. P. *et al.* A devastating outcome after adenoidectomy and tonsillectomy: Ideas for improved prevention and management. *Otolaryngol Head Neck Surg*, Rochester, v.140, n. 2, p. 191-6, 2009.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A: Taxa de Cobertura de Planos de Saúde

Tabela 1 – Taxa de Cobertura de Planos de Saúde nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009 (%).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<b>Norte</b>	<b>4,7</b>	<b>4,6</b>	<b>5</b>	<b>5,7</b>	<b>6,4</b>	<b>6,3</b>	<b>7</b>	<b>7,9</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>	<b>6,6</b>
RO	3,1	3,3	3,7	5	5,8	6,3	6,6	6,9	7,5	8,5	5,7
AC	3	3,1	3,5	3,8	4,4	5,4	5,2	5,4	6	6,2	4,7
AM	5,8	5,1	4,2	3,6	4,7	5,7	7,3	9,7	10,7	11,5	7
RR	2,3	2,3	2,3	2,2	3,5	3,6	3,7	4,4	5,4	5,6	3,6
PA	5,3	5,2	6,3	7,3	7,9	6,9	7,7	8,1	8,7	9,1	7,3
AP	3,6	4,3	4,9	8,3	7,8	7,9	8,5	9,2	9,9	10	7,6
TO	2,8	3,5	3,6	4,1	4,2	4,4	4,2	4,7	5,6	5,5	4,3
<b>Nordeste</b>	<b>7,3</b>	<b>7</b>	<b>7,4</b>	<b>7,6</b>	<b>7,9</b>	<b>8</b>	<b>8,4</b>	<b>8,8</b>	<b>9,4</b>	<b>9,9</b>	<b>8,2</b>
MA	3,6	3,7	4	3,9	3,7	3,6	3,7	4,2	4,6	4,7	4
PI	3,8	3,4	3,5	3,8	4,1	4,1	4,5	4,9	5,3	5,5	4,3
CE	7	6,8	7	7,4	7,4	8,6	9,1	9,7	10,1	11	8,5
RN	9,3	8,8	9	9,7	10,6	10,5	11,2	12,2	13	15,1	11
PB	6,6	6,2	6,4	7	7,8	7,7	8	8,2	8,3	8,5	7,5
PE	11	10,7	11,4	11,7	12,2	11,7	11,6	12,2	13,4	14,3	12,1
AL	4,8	4,8	5,3	5,7	6,4	7,2	7,9	8,4	8,5	8,9	6,9
SE	7,5	7,9	8	7,7	8,3	8,8	9,2	9,8	10,8	11,7	9
BA	7,8	7,4	7,7	7,8	7,8	7,9	8,3	8,6	8,9	9,2	8,2
<b>Sudeste</b>	<b>30,2</b>	<b>30,2</b>	<b>29,1</b>	<b>28,4</b>	<b>29,5</b>	<b>30,4</b>	<b>31,2</b>	<b>32</b>	<b>33,8</b>	<b>34,7</b>	<b>31</b>
MG	18,1	18,3	17,4	17	17,5	17,9	18,2	19,8	21,1	22,1	18,8
ES	20,2	20,9	21,3	20,2	20,8	22,7	23,2	23,6	26,3	29,3	22,9
RJ	26,1	27,1	26,5	27	30,4	31,7	32,2	31,6	32,9	34,2	30,1
SP	38,5	37,8	36,4	35,1	35,6	36,4	37,7	38,7	40,9	41,5	37,9
Sul	13,3	13,8	14,2	14,8	16,5	16,8	18,2	19,2	20,4	21,7	17
PR	15,1	15,6	15,7	16,5	17,8	18,2	18,7	19,5	19,9	20,8	17,9
SC	15,6	15,7	15,9	15,7	16,6	16,1	19,4	20,3	21,9	22,2	18
RS	10,3	11	11,8	12,7	15,1	15,9	16,9	18,2	20,2	22,3	15,5
<b>Centro-Oeste</b>	<b>12,2</b>	<b>12,4</b>	<b>12,5</b>	<b>13,1</b>	<b>13,4</b>	<b>13,3</b>	<b>13,3</b>	<b>13,5</b>	<b>13,9</b>	<b>14,5</b>	<b>13,2</b>
MS	9,6	9,6	13,2	13,7	14,5	13,8	13,9	13,9	14,4	15,1	13,2
MT	7,4	7,7	8,6	9,4	10,6	11,6	9,4	9,1	9,9	10,7	9,5
GO	9	9,5	8,1	8,1	8,6	8,8	9,3	9,8	10,9	12,3	9,5
DF	28,5	27,8	27,2	29,2	27,4	25,7	26,9	27,5	24,7	23,5	26,7
<b>Total</b>	<b>18,1</b>	<b>18,1</b>	<b>17,8</b>	<b>17,8</b>	<b>18,6</b>	<b>19,1</b>	<b>19,8</b>	<b>20,5</b>	<b>21,6</b>	<b>22,4</b>	<b>19,4</b>

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2009 e IBGE.

## APÊNDICE B: Internações no SUS

Tabela 2 – Internações Hospitalares no SUS (AIHs pagas), por local de internação, Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>N</b>	<b>916.706</b>	<b>903.839</b>	<b>913.929</b>	<b>916.592</b>	<b>938.920</b>	<b>968.078</b>	<b>1.000.703</b>	<b>996.322</b>	<b>948.058</b>	<b>991.165</b>
RO	111.921	107.330	101.831	88.751	89.101	91.053	93.447	93.886	71.821	91.863
AC	44.926	44.136	42.354	44.485	45.647	50.314	52.093	47.320	46.087	48.603
AM	128.444	123.492	139.896	150.640	160.636	169.698	178.754	180.207	164.320	153.627
RR	9.080	14.862	12.623	11.315	14.889	17.202	20.730	20.817	24.703	30.045
PA	495.367	484.749	494.364	500.032	499.918	510.073	517.905	521.369	509.756	527.263
AP	32.173	34.214	30.198	30.246	34.639	30.510	33.973	32.036	31.564	38.740
TO	94.795	95.056	92.663	91.123	94.090	99.228	103.801	100.687	99.807	101.024
<b>NE</b>	<b>3.695.254</b>	<b>3.624.070</b>	<b>3.613.869</b>	<b>3.532.539</b>	<b>3.434.790</b>	<b>3.369.406</b>	<b>3.290.053</b>	<b>3.298.993</b>	<b>3.090.118</b>	<b>3.206.611</b>
MA	395.692	393.454	392.597	375.895	367.287	360.068	364.010	355.422	333.588	365.697
PI	284.440	269.093	258.822	251.978	240.855	238.452	233.188	228.435	227.534	238.049
CE	532.732	523.349	526.325	516.508	528.718	544.614	525.169	534.257	488.503	502.316
RN	198.028	195.705	194.294	179.315	175.937	172.672	167.948	158.921	164.542	169.826
PB	276.096	280.486	272.393	269.803	256.790	249.835	238.593	235.320	229.854	239.463
PE	579.874	572.478	565.530	546.228	531.966	546.923	538.777	545.352	518.421	525.888
AL	207.772	209.757	216.791	212.863	212.949	212.244	200.765	201.847	185.730	186.548
SE	139.012	135.626	137.353	133.074	124.709	117.340	112.982	111.505	101.717	94.081
BA	1.081.608	1.044.122	1.049.764	1.046.875	995.579	927.258	908.621	927.934	840.229	884.743
<b>SE</b>	<b>4.849.306</b>	<b>4.735.892</b>	<b>4.750.335</b>	<b>4.738.987</b>	<b>4.701.478</b>	<b>4.691.710</b>	<b>4.609.386</b>	<b>4.655.108</b>	<b>4.339.027</b>	<b>4.472.788</b>
MG	1.263.131	1.270.612	1.286.456	1.274.403	1.225.903	1.217.168	1.201.036	1.170.737	1.148.336	1.142.437
ES	200.457	195.236	206.537	207.328	202.527	202.676	192.475	203.364	183.490	199.077
RJ	987.374	924.845	897.132	880.981	873.019	828.003	784.769	800.699	703.766	712.396
SP	2.398.344	2.345.199	2.360.210	2.376.275	2.400.029	2.443.863	2.431.106	2.480.308	2.303.435	2.418.878
Sul	2.042.060	2.020.034	1.989.527	1.928.245	1.892.547	1.868.751	1.880.021	1.873.754	1.842.207	1.919.415
PR	820.741	816.291	796.608	785.638	751.742	741.672	746.499	762.773	748.338	784.670
SC	409.350	404.879	410.262	384.040	379.310	387.115	382.944	377.531	376.769	398.315
RS	811.969	798.864	782.657	758.567	761.495	739.964	750.578	733.450	717.100	736.430
<b>CO</b>	<b>922.811</b>	<b>943.401</b>	<b>966.042</b>	<b>978.512</b>	<b>986.121</b>	<b>963.549</b>	<b>941.249</b>	<b>915.081</b>	<b>887.745</b>	<b>898.828</b>
MS	171.758	181.629	188.863	190.012	180.547	174.611	176.882	168.616	152.053	159.413
MT	198.983	195.084	202.168	203.803	197.401	200.767	183.400	183.022	174.452	180.005
GO	381.136	392.005	415.449	408.750	410.021	401.314	399.758	378.462	373.129	372.953
DF	170.934	174.683	159.562	175.947	198.152	186.857	181.209	184.981	188.111	186.457
<b>Total</b>	<b>12.426.137</b>	<b>12.227.236</b>	<b>12.233.702</b>	<b>12.094.875</b>	<b>11.953.856</b>	<b>11.861.494</b>	<b>11.721.412</b>	<b>11.739.258</b>	<b>11.107.155</b>	<b>11.488.807</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS –SIH/SUS.

## APÊNDICE C: Valor corrente pago para internações no SUS

Tabela 3 – Internações Hospitalares no SUS (Valor corrente pago), por local de internação, Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>N</b>	<b>256653777</b>	<b>266384458</b>	<b>282755016</b>	<b>312104383</b>	<b>367815492</b>	<b>403059213</b>	<b>430249067</b>	<b>461576655</b>	<b>505624006</b>	<b>608539289</b>
RO	26032174	24613588	23839599	23264690	26816218	28416495	30233608	33770240	28678309	43378966
AC	11187521	11237495	11611020	13606885	15981168	19097878	20024411	20843344	22365144	27339128
AM	38689110	39815746	46177444	53548092	66010054	72615344	82518131	93785386	95655212	105719673
RR	2139766	3885722	3819468	3674648	5652709	6341980	7850178	8450764	10983017	17116094
PA	138504789	144593679	154223162	171988861	198320801	217407565	225324818	239726017	269639839	317444389
AP	7667757	8614591	7933344	8331377	11115364	10995229	13653087	13666201	16355881	21871681
TO	32432660	33623636	35150978	37689829	43919179	48184721	50644834	51334703	61946605	75669357
<b>NE</b>	<b>1199194170</b>	<b>1239057862</b>	<b>1300106224</b>	<b>1402462706</b>	<b>1570319288</b>	<b>1657141864</b>	<b>1645692754</b>	<b>1788049870</b>	<b>1916086970</b>	<b>2323532042</b>
MA	113633666	115726580	123004637	129905107	142088454	150662507	160858087	167486682	174304122	214565877
PI	85999402	86006448	88214681	93048512	102706698	107991239	105632879	109407584	125324962	146491971
CE	186591864	193117449	209243499	231031693	272328016	298513547	289357512	317899289	336173822	405009036
RN	65258308	70128884	74602577	77935245	92262665	98581030	95288833	104861926	123103681	145835965
PB	91982885	96035093	96982739	107625345	119286138	125493238	122881918	130246998	148131075	183850142
PE	216236354	230938551	235373493	256106285	277629537	302407470	311654623	338931123	368178904	437148537
AL	72085466	74605890	80528093	86818359	100574696	106400205	100583328	109877325	109226734	132886108
SE	42670724	43477714	44444234	46037911	49812873	52024094	52323663	55497897	55438872	67738438
BA	324735501	329021252	347712272	373954249	413630212	415068533	407111911	453841048	476204800	590005969
<b>SE</b>	<b>2194122986</b>	<b>2274946780</b>	<b>2412928446</b>	<b>2618142905</b>	<b>2936825601</b>	<b>3106644321</b>	<b>3118589818</b>	<b>3421355685</b>	<b>3648436985</b>	<b>4489992563</b>
MG	507456642	535272063	564736372	618810785	698748360	748152711	758326127	827306930	953038363	1158242073
ES	73371937	75648659	87543202	94607756	108705593	117441160	111978060	131382260	135886507	173114994
RJ	436079843	440080124	439836468	462301346	510325204	504236094	488089227	535235025	519987783	615016499
SP	1177214564	1223945934	1320812404	1442423018	1619046444	1736814356	1760196405	1927431470	2039524331	2543618997
<b>S</b>	<b>893293764</b>	<b>948749522</b>	<b>1019285722</b>	<b>1101661173</b>	<b>1220159490</b>	<b>1278855033</b>	<b>1298625972</b>	<b>1412579591</b>	<b>1623168414</b>	<b>1969425962</b>
PR	369240013	398158799	429536881	467001073	498344711	503886506	518245622	566751257	658920785	790237908
SC	150280068	162043925	180296534	197746331	226894892	258831157	265717295	288448727	332747333	422107492
RS	373773682	388546798	409452308	436913770	494919886	516137371	514663054	557379607	631500295	757080562
<b>CO</b>	<b>343583540</b>	<b>367016882</b>	<b>391316433</b>	<b>427341320</b>	<b>486093463</b>	<b>511064153</b>	<b>504885937</b>	<b>534207641</b>	<b>592739567</b>	<b>720170320</b>
MS	65907399	67592809	74078790	83542564	88306415	94516297	97437019	105511087	107780107	134933491
MT	68594765	69374583	78288140	83687980	90380990	95193844	89402849	96548943	104322027	134601522
GO	144215365	155313381	173293659	183554678	208419906	218532495	214163848	215066138	241210305	285280062
DF	64866011	74736109	65655843	76556098	98986152	102821518	103882221	117081473	139427127	165355245
<b>Total</b>	<b>4886848236</b>	<b>5096155505</b>	<b>5406391841</b>	<b>5861712487</b>	<b>6581213334</b>	<b>6956764584</b>	<b>6998043548</b>	<b>7617769442</b>	<b>8286055941</b>	<b>10111660174</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS –SIH/SUS.

### APÊNDICE D: Taxa de internação no SUS

Tabela 4 – Taxa de internação no SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média
Norte	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07
RO	0,08	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06
AC	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07
AM	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
RR	0,03	0,04	0,04	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,05
PA	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
AP	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05	0,05	0,06	0,06
TO	0,08	0,08	0,08	0,07	0,08	0,08	0,08	0,07	0,08	0,08	0,08
Nordeste	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07
MA	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06
PI	0,10	0,09	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08
CE	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07
RN	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,06
PB	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07
PE	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07
AL	0,07	0,07	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,07
SE	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,06
BA	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,07
Sudeste	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06
MG	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
ES	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06
RJ	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,06
SP	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Sul	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
PR	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08
SC	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07
RS	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Centro-Oeste	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,07
MS	0,08	0,09	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,08
MT	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07
GO	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07
DF	0,08	0,08	0,07	0,08	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08
<b>Total</b>	<b>0,07</b>	<b>0,07</b>	<b>0,07</b>	<b>0,07</b>	<b>0,07</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,07</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e IBGE.

## APÊNDICE E: Produção ambulatorial especializada no SUS

Tabela 5 – Produção Ambulatorial Especializada no SUS (Quantidade aprovada), por local de atendimento, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>N</b>	<b>28.401.348</b>	<b>33.272.689</b>	<b>39.725.911</b>	<b>44.479.754</b>	<b>51.203.818</b>	<b>59.260.965</b>	<b>69.402.732</b>	<b>77.129.765</b>	<b>76.916.176</b>	<b>91.038.936</b>
RO	3.059.255	4.184.110	4.684.145	4.047.364	4.730.945	5.890.046	7.735.276	8.811.665	8.787.542	12.204.562
AC	1.675.999	1.592.288	1.710.287	2.071.729	2.651.542	3.385.804	3.861.346	3.830.404	3.808.184	4.929.593
AM	7.878.165	8.694.415	10.065.193	11.819.014	14.669.153	17.118.044	18.912.955	20.231.281	21.362.000	26.720.020
RR	1.094.340	1.223.377	1.434.272	1.502.582	1.865.722	2.226.587	2.381.476	3.269.124	3.390.174	3.760.429
PA	9.479.685	11.769.835	15.082.481	17.639.626	19.220.117	22.395.389	27.002.476	30.285.288	29.585.831	32.446.092
AP	1.896.508	1.872.398	2.344.262	2.482.149	2.397.103	2.360.690	2.511.230	3.121.878	2.731.618	3.191.850
TO	3.317.396	3.936.266	4.405.271	4.917.290	5.669.236	5.884.405	6.997.973	7.580.125	7.250.827	7.786.390
<b>NE</b>	<b>145.927.416</b>	<b>160.267.225</b>	<b>179.970.305</b>	<b>185.960.898</b>	<b>201.750.746</b>	<b>227.341.842</b>	<b>257.739.368</b>	<b>281.606.780</b>	<b>285.918.723</b>	<b>317.642.329</b>
MA	12.665.792	14.939.846	16.419.920	17.087.044	16.691.169	20.610.629	24.393.109	26.370.850	26.506.610	32.741.944
PI	7.668.278	8.332.245	9.501.697	9.898.246	10.387.964	11.182.115	11.927.830	12.871.170	14.188.004	14.003.525
CE	20.573.104	23.955.274	29.365.092	33.020.254	36.515.106	41.149.978	46.171.624	47.639.120	50.261.663	54.901.456
RN	7.727.512	8.789.974	10.642.496	11.778.584	12.195.166	15.374.093	19.968.126	22.293.252	21.298.169	22.926.099
PB	8.003.747	8.866.206	10.139.280	10.710.382	12.311.926	15.432.027	16.144.712	18.492.144	21.335.599	24.724.288
PE	26.287.579	27.598.521	31.819.298	32.094.231	31.697.276	37.219.375	40.652.987	45.585.449	45.518.500	53.510.584
AL	6.244.839	8.468.890	9.925.388	11.729.699	13.225.665	13.919.459	15.126.312	16.906.021	17.310.387	19.559.488
SE	5.821.695	5.348.669	5.442.723	5.222.600	6.198.847	6.344.036	8.161.811	10.259.144	12.886.764	12.981.068
BA	50.934.870	53.967.600	56.714.411	54.419.858	62.527.627	66.110.130	75.192.857	81.189.630	76.613.027	82.293.877
<b>SE</b>	<b>308.314.578</b>	<b>342.927.450</b>	<b>374.277.220</b>	<b>417.262.826</b>	<b>463.611.349</b>	<b>555.969.954</b>	<b>633.462.918</b>	<b>734.477.776</b>	<b>763.017.740</b>	<b>873.819.014</b>
MG	60.964.308	67.019.435	74.180.584	82.164.383	87.115.058	107.802.129	121.378.843	139.348.415	143.387.091	158.205.158
ES	10.624.410	12.300.521	12.360.977	14.504.625	16.454.438	19.135.728	22.552.004	25.872.540	26.897.543	32.118.947
RJ	63.518.869	68.446.976	69.754.998	70.519.503	76.998.565	84.434.196	91.199.281	90.528.254	92.106.897	96.895.681
SP	173.206.991	195.160.518	217.980.661	250.074.315	283.043.288	344.597.901	398.332.790	478.728.567	500.626.209	586.599.228
<b>S</b>	<b>75.864.602</b>	<b>85.065.403</b>	<b>93.291.271</b>	<b>103.614.809</b>	<b>110.781.809</b>	<b>135.136.511</b>	<b>160.151.184</b>	<b>173.424.532</b>	<b>193.028.476</b>	<b>217.282.990</b>
PR	23.613.312	26.062.561	29.430.021	32.752.656	37.789.404	43.524.848	53.684.235	60.392.814	66.292.898	72.571.837
SC	18.317.370	20.334.660	22.777.069	27.451.728	30.295.357	37.651.736	42.553.635	48.982.844	53.670.096	61.274.160
RS	33.933.920	38.668.182	41.084.181	43.410.425	42.697.048	53.959.927	63.913.314	64.048.874	73.065.482	83.436.993
<b>CO</b>	<b>35.092.455</b>	<b>44.924.760</b>	<b>51.326.319</b>	<b>54.780.121</b>	<b>61.254.232</b>	<b>71.803.481</b>	<b>77.921.846</b>	<b>84.590.158</b>	<b>89.227.751</b>	<b>102.583.900</b>
MS	5.063.925	5.987.633	7.140.074	7.978.039	9.115.024	10.072.410	11.188.970	12.561.971	14.105.006	15.754.895
MT	7.931.366	8.266.494	10.081.911	9.958.990	10.113.742	14.244.745	15.043.559	15.409.060	16.059.873	19.101.007
GO	12.252.957	15.407.142	17.734.380	19.243.020	22.632.843	24.303.242	27.003.374	27.769.976	30.489.936	37.335.993
DF	9.844.207	15.263.491	16.369.954	17.600.072	19.392.623	23.183.084	24.685.943	28.849.151	28.572.936	30.392.005
<b>Total</b>	<b>593.600.399</b>	<b>666.457.527</b>	<b>738.591.026</b>	<b>806.098.408</b>	<b>888.601.954</b>	<b>1.049.512.753</b>	<b>1.198.678.048</b>	<b>1.351.229.011</b>	<b>1.408.108.866</b>	<b>1.602.367.169</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

## APÊNDICE F: Valor corrente pago para produção ambulatorial no SUS

Tabela 6 – Produção Ambulatorial do SUS (Valor corrente aprovado), por local de atendimento, Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>N</b>	<b>187743480</b>	<b>222321483</b>	<b>279497576</b>	<b>330557077</b>	<b>402148675</b>	<b>457942969</b>	<b>515504153</b>	<b>576462559</b>	<b>589251735</b>	<b>699680974</b>
RO	20943666	29025145	37416863	36365294	43008854	51917760	63123754	72694487	68939529	89390600
AC	11789931	12268848	13756634	17398156	24148061	25984946	30063375	32010335	27945206	36393407
AM	56027620	60132812	71417591	84809836	112473812	129181279	138110704	151173984	164479809	198277292
RR	5181231	6115514	9005675	11724784	15906955	18836821	19670962	27648281	29864771	31669610
PA	61868174	78723879	104212125	126854348	144457094	166961083	192770349	215751012	220084519	253941214
AP	9430656	8239141	10567108	13616772	16832018	16133144	17269845	21970174	19994917	23908591
TO	22502202	27816143	33121581	39787887	45321882	48927936	54495163	55214285	57942984	66100258
<b>NE</b>	<b>1008477794</b>	<b>1119600227</b>	<b>1301975200</b>	<b>1482342257</b>	<b>1720330971</b>	<b>1913544020</b>	<b>2110340955</b>	<b>2309537889</b>	<b>2540015549</b>	<b>2959547081</b>
MA	83074792	89714989	111414710	127415652	136113704	166774210	193495813	202374596	227542974	296482755
PI	57861636	63218330	74581024	85515509	97127897	105866180	116338086	129378460	142243125	161786742
CE	162526908	181009712	214016243	262267037	305024317	334900704	355057424	364570596	422550369	478031909
RN	60605341	69716887	82661629	106200795	119459408	131905106	138704322	158231274	174205278	206635573
PB	65723933	74194912	84578374	96435993	116397485	132202644	132694350	154551565	180511634	216103070
PE	186727530	197525585	233164442	257160611	275722653	328129001	365134364	414859683	436103483	533213256
AL	48829857	62777156	72238974	92676876	109868202	115903949	128490243	146523093	164453396	202437188
SE	42095737	41031629	44941047	51400093	61419594	60001294	72943827	83475215	95167964	98856226
BA	301032060	340411027	384378756	403269692	499197709	537860932	607482526	655573406	697237326	766000362
<b>SE</b>	<b>2359710220</b>	<b>2591019269</b>	<b>2921426104</b>	<b>3489878340</b>	<b>4122963219</b>	<b>4660842530</b>	<b>5005002071</b>	<b>5475135318</b>	<b>5832007293</b>	<b>6745059678</b>
MG	461154132	498209997	567106800	665504432	735952254	884912010	979688105	1082677328	1166344862	1325667399
ES	81837638	93607606	97620459	116126934	133046602	166106676	201921701	207954422	218179403	258184386
RJ	471816724	506477774	540930473	605895036	693231752	757015163	805285205	824803302	863859874	953584425
SP	1344901725	1492723893	1715768372	2102351937	2560732611	2852808680	3018107061	3359700267	3583623155	4207623468
<b>S</b>	<b>648526353</b>	<b>721008160</b>	<b>828768820</b>	<b>996854787</b>	<b>1106710071</b>	<b>1293848778</b>	<b>1451809369</b>	<b>1572349405</b>	<b>1693638998</b>	<b>1990152642</b>
PR	218766512	246113566	294471255	360530016	415652695	467829231	537062437	591240813	626284772	718425789
SC	143480404	153615927	174407682	221249256	248762341	293569651	313316284	351747894	364256869	458291759
RS	286279436	321278667	359889884	415075515	442295035	532449896	601430649	629360699	703097357	813435095
<b>CO</b>	<b>284219010</b>	<b>337813662</b>	<b>382206719</b>	<b>436621630</b>	<b>515580254</b>	<b>588520765</b>	<b>648969680</b>	<b>710186711</b>	<b>810959930</b>	<b>940981715</b>
MS	41132861	49486601	61804326	71958574	86051709	93461527	105712040	118209072	139543872	160316543
MT	60368011	65231021	77186740	80953692	87458943	106831588	118719389	126826186	132530339	158409534
GO	105655892	126531131	145197132	164440320	201009968	227309870	259022868	280614185	313387617	389390466
DF	77062247	96564908	98018522	119269045	141059634	160917781	165515384	184537268	225498101	232865171
<b>Total</b>	<b>4488676857</b>	<b>4991762801</b>	<b>5713874419</b>	<b>6736254091</b>	<b>7867733191</b>	<b>8914699062</b>	<b>9731626229</b>	<b>10643671882</b>	<b>11465873505</b>	<b>13335422090</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

## APÊNDICE G: Produção ambulatorial especializada per capita no SUS

Tabela 7 – Produção Ambulatorial especializada no SUS per capita, por local de atendimento, Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Norte</b>	<b>2,20</b>	<b>2,51</b>	<b>2,94</b>	<b>3,23</b>	<b>3,64</b>	<b>4,03</b>	<b>4,62</b>	<b>5,03</b>	<b>5,08</b>	<b>5,93</b>
Rondônia	2,22	2,97	3,27	2,78	3,20	3,84	4,95	5,54	5,88	8,12
Acre	3,01	2,77	2,91	3,45	4,32	5,06	5,62	5,45	5,60	7,13
Amazonas	2,80	3,00	3,40	3,90	4,73	5,30	5,71	5,97	6,39	7,87
Roraima	3,37	3,63	4,13	4,21	5,07	5,69	5,90	7,87	8,21	8,92
Pará	1,53	1,86	2,34	2,68	2,87	3,21	3,80	4,18	4,04	4,37
Amapá	3,98	3,75	4,54	4,64	4,33	3,97	4,08	4,90	4,45	5,09
Tocantins	2,87	3,32	3,65	4,00	4,52	4,51	5,25	5,58	5,66	6,03
<b>Nordeste</b>	<b>3,06</b>	<b>3,32</b>	<b>3,68</b>	<b>3,77</b>	<b>4,05</b>	<b>4,46</b>	<b>4,99</b>	<b>5,40</b>	<b>5,39</b>	<b>5,93</b>
Maranhão	2,24	2,61	2,83	2,91	2,81	3,38	3,94	4,21	4,20	5,14
Piauí	2,70	2,90	3,28	3,39	3,52	3,72	3,93	4,20	4,55	4,45
Ceará	2,77	3,17	3,84	4,26	4,64	5,08	5,62	5,71	5,95	6,42
Rio Grande do Norte	2,78	3,12	3,73	4,08	4,17	5,12	6,56	7,23	6,86	7,31
Paraíba	2,32	2,56	2,90	3,04	3,48	4,29	4,46	5,07	5,70	6,56
Pernambuco	3,32	3,45	3,94	3,93	3,85	4,42	4,78	5,31	5,21	6,07
Alagoas	2,21	2,96	3,44	4,02	4,49	4,62	4,96	5,48	5,53	6,20
Sergipe	3,26	2,94	2,95	2,79	3,26	3,22	4,08	5,05	6,45	6,43
Bahia	3,90	4,08	4,26	4,05	4,61	4,79	5,39	5,76	5,28	5,62
<b>Sudeste</b>	<b>4,26</b>	<b>4,67</b>	<b>5,03</b>	<b>5,53</b>	<b>6,07</b>	<b>7,08</b>	<b>7,96</b>	<b>9,11</b>	<b>9,52</b>	<b>10,80</b>
Minas Gerais	3,41	3,70	4,04	4,43	4,64	5,60	6,23	7,07	7,22	7,90
Espírito Santo	3,43	3,90	3,86	4,46	4,99	5,61	6,51	7,35	7,79	9,21
Rio de Janeiro	4,41	4,70	4,74	4,74	5,12	5,49	5,86	5,75	5,80	6,05
São Paulo	4,68	5,19	5,71	6,46	7,21	8,52	9,70	11,49	12,21	14,17
<b>Sul</b>	<b>3,02</b>	<b>3,34</b>	<b>3,63</b>	<b>3,98</b>	<b>4,21</b>	<b>5,01</b>	<b>5,86</b>	<b>6,27</b>	<b>7,02</b>	<b>7,84</b>
Paraná	2,47	2,69	3,00	3,31	3,77	4,24	5,17	5,75	6,26	6,79
Santa Catarina	3,42	3,73	4,12	4,90	5,33	6,42	7,14	8,10	8,87	10,01
Rio Grande do Sul	3,33	3,75	3,95	4,13	4,02	4,98	5,83	5,78	6,73	7,64
<b>Centro-Oeste</b>	<b>3,02</b>	<b>3,78</b>	<b>4,24</b>	<b>4,45</b>	<b>4,89</b>	<b>5,51</b>	<b>5,87</b>	<b>6,26</b>	<b>6,51</b>	<b>7,38</b>
Mato Grosso do Sul	2,44	2,84	3,34	3,68	4,15	4,45	4,87	5,39	6,04	6,67
Mato Grosso	3,17	3,23	3,87	3,76	3,75	5,08	5,27	5,29	5,43	6,36
Goiás	2,45	3,01	3,40	3,63	4,19	4,32	4,71	4,75	5,22	6,30
Distrito Federal	4,80	7,28	7,63	8,04	8,68	9,94	10,36	11,85	11,17	11,66
<b>Total</b>	<b>3,50</b>	<b>3,87</b>	<b>4,23</b>	<b>4,56</b>	<b>4,96</b>	<b>5,70</b>	<b>6,42</b>	<b>7,14</b>	<b>7,43</b>	<b>8,37</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e IBGE.

## APÊNDICE H: Consultas especializadas no SUS

Tabela 8 – Distribuição da produção de Consultas especializadas no SUS, nas regiões e UF do Brasil, 2000 a 2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Norte</b>	<b>2.174.595</b>	<b>2.254.189</b>	<b>2.564.929</b>	<b>2.646.767</b>	<b>2.859.532</b>	<b>3.094.207</b>	<b>3.199.145</b>	<b>3.196.514</b>	<b>3.877.990</b>	<b>4.233.804</b>
RO	131.020	166.747	193.872	197.244	238.415	293.242	295.737	295.658	382.590	494.735
AC	103.204	109.336	105.238	116.101	116.670	127.863	152.924	151.898	206.334	212.651
AM	775.537	764.360	815.395	724.904	921.437	961.833	922.862	936.188	1.159.884	1.247.625
RR	69.345	63.333	71.265	63.419	84.388	104.592	118.818	139.479	134.481	172.554
PA	755.496	833.833	1.035.019	1.152.778	1.130.143	1.293.526	1.360.270	1.322.961	1.630.377	1.724.403
AP	136.949	113.898	127.269	138.329	97.563	100.189	122.681	143.822	143.282	153.465
TO	203.044	202.682	216.871	253.992	270.916	212.962	225.853	206.508	221.042	228.371
<b>Nordeste</b>	<b>12.040.118</b>	<b>12.587.700</b>	<b>13.525.348</b>	<b>12.936.549</b>	<b>12.524.579</b>	<b>12.598.915</b>	<b>13.509.658</b>	<b>13.268.584</b>	<b>16.318.112</b>	<b>16.667.586</b>
MA	1.108.200	1.092.745	1.050.110	955.650	852.181	1.006.829	1.116.765	1.065.128	1.254.938	1.940.462
PI	529.630	577.142	739.262	696.566	620.902	587.630	625.343	567.616	638.392	645.521
CE	1.513.738	1.581.511	1.628.246	1.623.930	1.516.623	1.477.828	1.531.548	1.408.492	1.792.475	1.883.813
RN	764.680	787.034	919.092	857.918	730.746	752.685	853.480	883.814	988.419	1.173.882
PB	581.296	662.780	802.022	756.524	804.223	773.113	872.063	919.511	1.060.298	1.187.010
PE	2.512.698	2.357.439	2.499.922	2.514.728	2.417.371	2.667.132	2.936.934	3.210.522	3.321.415	3.589.247
AL	629.908	698.832	767.136	830.591	822.893	845.710	946.236	767.170	871.444	938.790
SE	494.253	443.431	451.564	424.615	484.867	390.385	407.240	379.471	513.286	471.111
BA	3.905.715	4.386.786	4.667.994	4.276.027	4.274.773	4.097.603	4.220.049	4.066.860	5.877.445	4.837.750
<b>Sudeste</b>	<b>31.736.290</b>	<b>31.964.559</b>	<b>33.846.541</b>	<b>34.527.053</b>	<b>34.900.926</b>	<b>36.791.012</b>	<b>37.467.781</b>	<b>36.425.701</b>	<b>40.702.387</b>	<b>42.253.192</b>
MG	5.438.315	5.459.108	5.811.285	5.884.305	5.785.404	6.322.447	6.023.983	5.861.271	6.944.836	7.172.520
ES	1.203.413	1.335.005	1.344.304	1.350.731	1.377.185	1.455.656	1.500.439	1.536.343	1.606.058	1.841.254
RJ	7.688.035	7.138.156	6.714.153	6.160.439	6.292.624	6.354.110	6.590.651	4.852.802	7.341.162	6.745.304
SP	17.406.527	18.032.290	19.976.799	21.131.578	21.445.713	22.658.799	23.352.708	24.175.285	24.810.331	26.494.114
Sul	7.097.853	7.300.998	7.695.358	8.299.045	8.218.573	8.758.121	9.061.941	8.989.369	9.831.947	10.780.918
PR	2.779.003	2.998.380	3.232.743	3.739.364	3.746.627	3.730.310	3.835.924	3.871.252	4.213.901	4.478.441
SC	1.265.434	1.228.691	1.220.789	1.395.250	1.418.105	1.518.540	1.591.804	1.594.912	1.662.163	2.199.545
RS	3.053.416	3.073.927	3.241.826	3.164.431	3.053.841	3.509.271	3.634.213	3.523.205	3.955.883	4.102.932
<b>Centro-Oeste</b>	<b>2.790.110</b>	<b>3.311.693</b>	<b>3.558.474</b>	<b>3.648.172</b>	<b>3.595.845</b>	<b>3.766.997</b>	<b>3.929.628</b>	<b>3.775.389</b>	<b>4.532.089</b>	<b>4.976.351</b>
MS	400.610	447.795	531.296	558.175	578.238	603.248	682.766	740.284	789.245	809.051
MT	688.311	701.018	742.753	656.378	650.975	664.488	732.664	696.703	744.095	902.763
GO	1.009.988	1.114.751	1.175.101	1.199.736	1.267.530	1.295.246	1.360.621	1.264.282	1.522.703	1.945.888
DF	691.201	1.048.129	1.109.324	1.233.883	1.099.102	1.204.015	1.153.577	1.074.120	1.476.046	1.318.649
<b>Total</b>	<b>55.838.966</b>	<b>57.419.139</b>	<b>61.190.650</b>	<b>62.057.586</b>	<b>62.099.455</b>	<b>65.009.252</b>	<b>67.168.153</b>	<b>65.655.557</b>	<b>75.262.525</b>	<b>78.911.851</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e IBGE.

## APÊNDICE I: Médicos otorrinolaringologistas registrados no CNES

Tabela 9 – Número absoluto de médicos otorrinolaringologistas (CBO 223147), total e que prestam serviços ao SUS, nas regiões e UF do Brasil, no período de 2007 a 2009.

	2007		2008		2009	
	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total
<b>Norte</b>	<b>88</b>	<b>115</b>	<b>113</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>131</b>
Rondônia	9	12	9	12	7	12
Acre	4	4	25	25	15	15
Amazonas	15	21	20	26	21	27
Roraima	6	6	7	7	3	3
Pará	33	49	31	47	34	52
Amapá	7	7	7	7	7	7
Tocantins	14	16	14	16	13	15
<b>Nordeste</b>	<b>345</b>	<b>572</b>	<b>340</b>	<b>554</b>	<b>339</b>	<b>547</b>
Maranhão	14	27	14	26	14	25
Piauí	17	21	21	25	23	28
Ceará	40	87	48	91	50	95
Rio Grande do Norte	32	47	30	43	32	45
Paraíba	30	51	26	49	31	49
Pernambuco	58	105	56	100	61	105
Alagoas	35	41	35	42	23	26
Sergipe	22	27	21	27	20	24
Bahia	97	166	89	151	85	150
<b>Sudeste</b>	<b>1.321</b>	<b>2.406</b>	<b>1.243</b>	<b>2.365</b>	<b>1.204</b>	<b>2.324</b>
Minas Gerais	243	409	221	381	218	371
Espírito Santo	47	99	47	98	53	105
Rio de Janeiro	281	514	285	532	296	555
São Paulo	750	1.384	690	1.354	637	1.293
<b>Sul</b>	<b>327</b>	<b>566</b>	<b>237</b>	<b>470</b>	<b>222</b>	<b>466</b>
Paraná	119	206	83	162	84	160
Santa Catarina	73	122	50	99	44	98
Rio Grande do Sul	135	238	104	209	94	208
<b>Centro-Oeste</b>	<b>167</b>	<b>277</b>	<b>176</b>	<b>285</b>	<b>183</b>	<b>304</b>
Mato Grosso do Sul	30	38	27	34	23	32
Mato Grosso	24	37	22	35	22	35
Goiás	62	107	67	108	74	116
Distrito Federal	51	95	60	108	64	121
<b>Total</b>	<b>2.248</b>	<b>3.936</b>	<b>2.109</b>	<b>3.814</b>	<b>2.048</b>	<b>3.772</b>

Nota: a pesquisa considerou o mês de competência de dezembro de cada ano.

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

## APÊNDICE J: Produção ambulatorial em ORL no SUS

Tabela 10 – Produção Ambulatorial do SUS em ORL, por local de atendimento, Brasil, nos anos de 2008 e 2009.

	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Norte</b>	<b>505.287</b>	<b>230.647</b>
Rondônia	12.168	13.563
Acre	10.913	9.930
Amazonas	53.078	48.531
Roraima	9.470	7.226
Pará	407.413	140.245
Amapá	5.717	1.242
Tocantins	6.528	9.910
<b>Nordeste</b>	<b>1.848.573</b>	<b>1.088.315</b>
Maranhão	75.953	109.748
Piauí	32.425	30.316
Ceará	103.233	112.846
Rio Grande do Norte	104.528	99.582
Paraíba	97.746	98.521
Pernambuco	245.968	143.994
Alagoas	56.541	58.578
Sergipe	32.845	33.768
Bahia	1.099.334	400.962
<b>Sudeste</b>	<b>3.303.535</b>	<b>3.046.257</b>
Minas Gerais	494.443	473.431
Espírito Santo	89.274	90.948
Rio de Janeiro	638.805	552.371
São Paulo	2.081.013	1.929.507
<b>Sul</b>	<b>595.339</b>	<b>641.885</b>
Paraná	283.222	320.966
Santa Catarina	84.645	105.302
Rio Grande do Sul	227.472	215.617
<b>Centro-Oeste</b>	<b>303.929</b>	<b>308.591</b>
Mato Grosso do Sul	34.175	25.604
Mato Grosso	40.146	43.857
Goiás	119.844	130.226
Distrito Federal	109.764	108.904
<b>Total</b>	<b>6.556.663</b>	<b>5.315.695</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS

## APÊNDICE K: Internações em otorrinolaringologia no SUS

Tabela 11 – Internações em otorrinolaringologia no SUS (AIHs pagas), nas regiões e UF do Brasil, no período de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Norte</b>	<b>2.629</b>	<b>2.938</b>	<b>3.299</b>	<b>3.727</b>	<b>3.467</b>	<b>3.532</b>	<b>3.472</b>	<b>3.438</b>	<b>3.175</b>	<b>3.055</b>
RO	28	80	125	207	219	227	267	277	186	251
AC	276	291	259	385	363	351	301	252	304	350
AM	261	276	302	323	394	522	388	527	408	354
RR	17	18	30	43	30	8	34	116	178	148
PA	1.754	2.053	2.138	2.299	2.032	2.144	2.054	1.958	1.817	1.674
AP	46	25	30	55	47	50	66	20	13	23
TO	247	195	415	415	382	230	362	288	269	255
<b>Nordeste</b>	<b>11.279</b>	<b>11.436</b>	<b>12.134</b>	<b>12.709</b>	<b>13.447</b>	<b>13.736</b>	<b>14.539</b>	<b>13.240</b>	<b>13.151</b>	<b>13.136</b>
MA	385	531	325	402	444	600	572	553	814	856
PI	569	451	562	588	462	498	442	432	445	487
CE	1.887	1.961	2.187	2.307	2.408	2.436	2.139	2.341	2.353	2.494
RN	831	978	1.267	1.248	1.638	1.582	1.980	1.675	1.692	1.640
PB	844	919	1.150	1.300	1.648	1.553	1.537	1.030	900	926
PE	1.840	1.927	1.917	1.907	1.836	1.966	1.955	2.156	1.790	1.643
AL	667	686	641	602	707	598	656	401	626	900
SE	660	670	710	717	567	580	555	424	372	332
BA	3.596	3.313	3.375	3.638	3.737	3.923	4.703	4.228	4.159	3.858
<b>Sudeste</b>	<b>35.963</b>	<b>36.528</b>	<b>40.459</b>	<b>42.375</b>	<b>43.963</b>	<b>46.355</b>	<b>49.377</b>	<b>52.384</b>	<b>46.996</b>	<b>43.923</b>
MG	6.100	6.490	7.251	7.872	9.373	9.416	10.227	10.287	10.098	9.220
ES	772	1.136	1.479	1.757	1.901	1.669	1.638	1.911	1.673	1.567
RJ	5.496	4.743	4.429	4.125	4.632	4.684	4.477	5.037	4.361	4.072
SP	23.595	24.159	27.300	28.621	28.057	30.586	33.035	35.149	30.864	29.064
<b>Sul</b>	<b>12.517</b>	<b>13.619</b>	<b>14.413</b>	<b>15.639</b>	<b>17.407</b>	<b>18.537</b>	<b>20.408</b>	<b>22.402</b>	<b>20.352</b>	<b>20.751</b>
PR	6.040	6.992	6.955	7.692	8.050	9.432	10.345	12.010	11.149	11.607
SC	2.121	2.405	2.936	2.644	3.158	3.116	4.054	3.883	3.623	3.938
RS	4.356	4.222	4.522	5.303	6.199	5.989	6.009	6.509	5.580	5.206
<b>Centro-Oeste</b>	<b>4.813</b>	<b>5.129</b>	<b>6.087</b>	<b>5.346</b>	<b>5.549</b>	<b>6.263</b>	<b>6.171</b>	<b>5.663</b>	<b>6.171</b>	<b>5.875</b>
MS	424	409	571	447	400	492	578	805	700	565
MT	1.057	854	919	796	1.042	1.043	996	960	872	945
GO	1.584	2.256	3.282	2.738	2.668	3.043	2.982	2.147	2.648	2.691
DF	1.748	1.610	1.315	1.365	1.439	1.685	1.615	1.751	1.951	1.674
<b>Total</b>	<b>67.201</b>	<b>69.650</b>	<b>76.392</b>	<b>79.796</b>	<b>83.833</b>	<b>88.423</b>	<b>93.967</b>	<b>97.127</b>	<b>89.845</b>	<b>86.740</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

## APÊNDICE L: Crescimento da produção de consultas especializadas em ORL no SUS

Tabela 12 – Crescimento da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, 2000 a 2009 (%).

	2000 a 2001	2001 a 2002	2002 a 2003	2003 a 2004	2004 a 2005	2005 a 2006	2006 a 2007	2007 a 2008	2008 a 2009	Média	Desvio Padrão
<b>N</b>	<b>-5,50</b>	<b>29,59</b>	<b>-5,20</b>	<b>12,61</b>	<b>10,18</b>	<b>9,29</b>	<b>4,26</b>	<b>5,25</b>	<b>-0,50</b>	<b>6,67</b>	<b>10,77</b>
RO	127,81	34,96	-17,02	50,52	20,78	15,18	1,91	5,05	13,33	28,06	42,11
AC	8,95	-15,05	-0,09	10,74	12,73	-23,45	28,50	28,77	-11,66	4,38	18,50
AM	-4,31	12,96	-36,99	83,22	17,22	-11,05	10,45	-8,87	2,08	7,19	32,84
RR	-33,16	39,61	5,26	8,66	-35,73	102,66	30,15	7,74	-18,71	11,83	42,79
PA	-2,88	40,72	3,43	-6,59	32,71	15,82	-2,80	11,43	5,24	10,79	16,44
AP	-13,28	2,98	42,89	-40,34	-4,71	108,59	-2,56	-19,02	-77,17	-0,29	52,19
TO	-42,66	114,43	14,55	5,38	-66,60	-7,76	12,11	10,53	9,65	5,51	49,66
<b>NE</b>	<b>-1,49</b>	<b>16,83</b>	<b>-3,47</b>	<b>3,46</b>	<b>8,35</b>	<b>11,81</b>	<b>1,33</b>	<b>130,68</b>	<b>-49,41</b>	<b>13,12</b>	<b>48,07</b>
MA	-8,02	8,74	-13,60	2,12	20,03	11,49	-8,25	37,86	47,15	10,84	21,01
PI	1,98	120,03	17,02	-13,48	-23,06	-5,25	-4,76	16,49	-8,43	11,17	42,84
CE	5,84	13,75	-5,20	-6,11	10,45	-6,05	1,91	35,02	21,03	7,85	13,93
RN	-0,22	22,44	3,39	-4,55	17,75	20,30	0,72	8,97	5,73	8,28	9,74
PB	-7,66	34,06	-8,08	9,65	0,10	14,75	22,70	11,72	-5,45	7,98	14,60
PE	-26,90	-9,11	-3,20	5,41	40,29	26,13	6,65	62,86	-54,09	5,34	35,03
AL	11,25	33,85	17,30	13,75	9,26	3,40	-24,85	32,76	4,86	11,29	17,41
SE	6,50	35,50	-27,38	28,43	-6,18	23,85	7,00	-9,91	-10,45	5,26	20,84
BA	13,57	14,16	-4,57	6,38	0,40	10,04	0,74	328,18	-72,54	32,93	113,88
<b>SE</b>	<b>2,15</b>	<b>6,03</b>	<b>2,30</b>	<b>0,55</b>	<b>4,70</b>	<b>2,67</b>	<b>-4,11</b>	<b>26,60</b>	<b>-5,64</b>	<b>3,92</b>	<b>9,32</b>
MG	2,10	4,97	2,90	1,87	8,93	-2,80	-2,40	34,22	-2,92	5,21	11,56
ES	0,81	4,73	-3,61	-0,41	0,16	5,12	3,02	9,75	1,95	2,39	3,85
RJ	-2,46	-2,48	-2,56	1,44	-3,43	1,68	-34,33	84,35	-2,38	4,43	31,94
SP	4,33	9,97	4,37	-0,01	6,86	4,15	4,51	14,67	-7,75	4,57	6,22
<b>S</b>	<b>7,50</b>	<b>4,46</b>	<b>14,24</b>	<b>-4,11</b>	<b>4,63</b>	<b>3,52</b>	<b>3,29</b>	<b>9,96</b>	<b>4,83</b>	<b>5,37</b>	<b>5,04</b>
PR	9,26	7,51	26,14	4,67	-4,51	2,27	3,39	11,68	6,24	7,40	8,41
SC	15,41	7,91	16,29	-14,44	13,81	6,81	3,72	-3,34	22,72	7,65	11,32
RS	2,93	-0,20	-0,52	-11,96	16,28	3,77	2,94	14,02	-4,57	2,52	8,66
<b>CO</b>	<b>27,99</b>	<b>10,64</b>	<b>-1,34</b>	<b>-2,90</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,26</b>	<b>-3,66</b>	<b>34,62</b>	<b>2,94</b>	<b>7,56</b>	<b>14,20</b>
MS	23,32	65,14	-5,84	21,18	-2,36	13,31	-5,34	18,11	-23,55	11,55	25,40
MT	-4,43	12,84	5,07	-8,52	-8,88	-16,55	1,73	53,35	0,39	3,89	20,46
GO	-4,15	12,36	3,39	11,57	11,92	33,37	-3,32	37,60	18,89	13,51	14,62
DF	60,99	1,53	-3,95	-11,26	-1,89	-13,84	-5,08	32,21	1,17	6,65	24,31
<b>Total</b>	<b>3,13</b>	<b>8,41</b>	<b>2,30</b>	<b>0,56</b>	<b>5,19</b>	<b>4,41</b>	<b>-1,88</b>	<b>43,12</b>	<b>-17,04</b>	<b>5,36</b>	<b>15,92</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

### APÊNDICE M: Consultas especializadas em ORL no SUS

Tabela 13 – Distribuição da produção de consultas especializadas em ORL no SUS, nas regiões e UF do Brasil, 2000 a 2009, a cada 1000 habitantes.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média
<b>N</b>	<b>6,34</b>	<b>5,83</b>	<b>7,42</b>	<b>6,89</b>	<b>7,60</b>	<b>8,01</b>	<b>8,57</b>	<b>8,75</b>	<b>9,33</b>	<b>9,15</b>	<b>7,86</b>
RO	1,43	3,19	4,24	3,46	5,12	5,97	6,75	6,76	7,56	8,51	5,37
AC	13,03	13,78	11,45	11,18	12,11	12,52	9,35	11,72	15,62	13,57	12,43
AM	8,14	7,55	8,36	5,14	9,22	10,36	9,00	9,71	8,97	9,02	8,59
RR	13,69	8,80	11,95	12,21	12,89	7,79	15,31	19,35	20,98	16,70	14,19
PA	5,18	4,91	6,79	6,89	6,32	8,06	9,15	8,72	9,63	9,98	7,66
AP	9,42	7,81	7,77	10,72	6,19	5,48	11,04	10,41	8,75	1,95	7,91
TO	7,48	4,19	8,82	9,91	10,25	3,29	2,97	3,26	3,83	4,16	5,73
<b>NE</b>	<b>9,25</b>	<b>9,00</b>	<b>10,41</b>	<b>9,94</b>	<b>10,18</b>	<b>10,78</b>	<b>11,92</b>	<b>11,94</b>	<b>27,08</b>	<b>13,57</b>	<b>12,53</b>
MA	6,93	6,29	6,75	5,76	5,81	6,80	7,48	6,77	9,28	13,52	7,60
PI	4,80	4,85	10,57	12,27	10,52	7,94	7,45	7,03	8,05	7,31	8,08
CE	6,90	7,19	8,06	7,54	6,99	7,49	6,94	6,97	9,28	11,10	7,88
RN	12,88	12,68	15,32	15,65	14,75	16,91	20,07	19,95	21,59	22,60	17,38
PB	8,50	7,79	10,37	9,47	10,31	10,17	11,58	14,10	15,37	14,43	11,28
PE	12,42	8,97	8,08	7,75	8,09	11,11	13,87	14,64	23,45	10,68	12,00
AL	5,81	6,39	8,46	9,82	11,06	11,81	12,07	8,97	11,75	12,21	9,90
SE	9,44	9,87	13,16	9,41	11,91	10,80	13,16	13,85	12,69	11,25	11,60
BA	10,78	12,11	13,72	12,97	13,69	13,48	14,69	14,66	60,95	16,58	18,66
<b>SE</b>	<b>24,28</b>	<b>24,44</b>	<b>25,58</b>	<b>25,84</b>	<b>25,66</b>	<b>26,14</b>	<b>26,47</b>	<b>25,04</b>	<b>31,88</b>	<b>29,81</b>	<b>26,57</b>
MG	13,89	14,00	14,52	14,78	14,88	15,81	15,18	14,63	19,51	18,77	15,65
ES	23,23	22,99	23,72	22,53	22,11	21,43	22,16	22,47	25,13	25,38	23,12
RJ	31,00	29,89	28,82	27,79	27,90	26,33	26,47	17,18	31,41	30,40	27,68
SP	26,78	27,49	29,80	30,67	30,26	31,37	32,18	33,15	38,61	35,30	31,67
Sul	12,87	13,65	14,11	15,93	15,11	15,42	15,77	16,09	17,79	18,50	15,58
PR	14,55	15,68	16,68	20,81	21,54	20,08	20,29	20,73	22,97	24,19	19,85
SC	8,92	10,12	10,77	12,34	10,41	11,49	12,08	12,34	11,92	14,47	11,54
RS	13,38	13,61	13,46	13,26	11,56	13,15	13,50	13,75	16,00	15,19	13,70
<b>CO</b>	<b>10,63</b>	<b>13,31</b>	<b>14,47</b>	<b>14,02</b>	<b>13,38</b>	<b>12,82</b>	<b>12,61</b>	<b>11,93</b>	<b>15,85</b>	<b>16,08</b>	<b>13,56</b>
MS	5,18	6,28	10,23	9,51	11,37	10,78	12,03	11,23	13,23	10,01	10,07
MT	11,74	10,98	12,17	12,57	11,30	9,91	8,11	8,10	12,23	12,09	10,89
GO	5,38	5,04	5,56	5,64	6,18	6,65	8,70	8,26	11,35	13,31	7,74
DF	27,59	43,44	43,11	40,57	35,30	33,15	27,96	25,99	32,70	32,46	34,01
<b>Total</b>	<b>16,07</b>	<b>16,32</b>	<b>17,47</b>	<b>17,65</b>	<b>17,52</b>	<b>17,93</b>	<b>18,46</b>	<b>17,87</b>	<b>25,53</b>	<b>20,97</b>	<b>18,65</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

**APÊNDICE N: Produção de consultas especializadas em ORL  
em relação aos parâmetros de cobertura assistencial, calculados a partir  
das consultas especializadas em geral realizadas no SUS**

Tabela 14 – Percentagem da produção de consultas especializadas em ORL, nas regiões e UF do Brasil, em relação aos parâmetros de cobertura assistencial, calculados a partir das consultas especializadas em geral realizadas no SUS.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
<b>Norte</b>	<b>55,91</b>	<b>50,97</b>	<b>58,05</b>	<b>53,33</b>	<b>55,59</b>	<b>56,60</b>	<b>59,83</b>	<b>62,43</b>	<b>54,17</b>	<b>49,68</b>	<b>55,66</b>	<b>3,88</b>
RO	22,40	40,09	46,54	37,96	47,27	46,41	53,01	54,03	43,87	38,24	42,98	9,10
AC	104,62	107,59	94,96	86,00	94,77	97,48	62,39	80,72	76,52	65,59	87,06	15,57
AM	43,89	42,61	45,12	31,98	46,10	51,76	47,99	52,25	38,43	36,43	43,66	6,53
RR	95,23	69,69	86,47	102,28	83,52	43,31	77,26	85,66	95,72	60,65	79,98	17,94
PA	63,09	55,52	62,94	58,45	55,69	64,57	71,11	71,07	64,26	61,71	62,84	5,44
AP	48,79	50,87	46,88	61,63	52,13	48,37	82,40	68,49	55,68	39,63	55,49	12,41
TO	63,36	36,40	72,94	71,34	70,48	29,95	26,05	31,94	32,98	35,00	47,04	19,70
<b>Nordeste</b>	<b>54,53</b>	<b>51,38</b>	<b>55,87</b>	<b>56,38</b>	<b>60,25</b>	<b>64,90</b>	<b>67,67</b>	<b>69,82</b>	<b>130,97</b>	<b>59,06</b>	<b>67,08</b>	<b>23,21</b>
MA	52,53	49,00	55,45	52,64	60,29	61,25	61,56	59,22	69,30	63,55	58,48	6,08
PI	38,34	35,88	61,63	76,55	74,30	60,40	53,78	56,43	58,45	48,57	56,43	13,29
CE	50,35	51,00	56,35	53,56	53,85	61,03	55,33	61,31	65,05	56,90	56,47	4,74
RN	69,55	67,43	70,70	78,30	87,75	100,31	106,43	103,51	100,86	84,58	86,94	15,11
PB	74,87	60,64	67,18	65,46	67,53	70,31	71,53	83,24	80,64	58,19	69,96	8,00
PE	58,17	45,33	38,85	37,38	40,99	52,12	59,70	58,25	91,70	38,01	52,05	16,53
AL	38,73	38,84	47,36	51,31	58,91	62,63	57,87	53,65	62,70	49,97	52,20	8,74
SE	50,65	60,12	80,00	61,78	69,48	80,96	96,12	110,37	73,51	69,72	75,27	17,66
BA	53,65	54,25	58,20	60,63	64,51	67,57	72,20	75,47	223,59	69,84	79,99	51,00
<b>Sudeste</b>	<b>82,36</b>	<b>83,53</b>	<b>83,64</b>	<b>83,88</b>	<b>83,44</b>	<b>82,88</b>	<b>83,55</b>	<b>82,41</b>	<b>93,37</b>	<b>75,21</b>	<b>83,43</b>	<b>4,33</b>
MG	67,95	69,11	68,15	69,26	71,76	71,53	72,97	73,19	82,91	67,22	71,41	4,57
ES	88,88	80,77	84,00	80,58	78,71	74,59	76,07	76,53	80,34	64,67	78,51	6,39
RJ	86,26	90,62	93,96	99,78	99,09	94,77	92,90	82,85	100,96	72,52	91,37	8,80
SP	84,69	85,29	84,66	83,53	82,30	83,24	84,12	84,92	94,89	78,80	84,64	4,06
<b>Sul</b>	<b>67,71</b>	<b>70,76</b>	<b>70,13</b>	<b>74,29</b>	<b>71,93</b>	<b>70,63</b>	<b>70,66</b>	<b>73,57</b>	<b>73,97</b>	<b>66,16</b>	<b>70,98</b>	<b>2,63</b>
PR	74,43	75,37	75,16	81,96	85,62	82,12	81,67	83,67	85,84	81,55	80,74	4,26
SC	56,14	66,74	72,48	73,75	62,08	65,98	67,23	69,60	64,55	54,92	65,35	6,24
RS	66,38	67,87	64,22	65,46	59,71	60,42	60,54	64,28	65,28	55,41	62,96	3,81
<b>Centro-Oeste</b>	<b>65,88</b>	<b>71,04</b>	<b>73,15</b>	<b>70,39</b>	<b>69,35</b>	<b>65,88</b>	<b>63,31</b>	<b>63,49</b>	<b>71,20</b>	<b>62,93</b>	<b>67,66</b>	<b>3,79</b>
MS	39,92	44,04	61,30	54,94	64,27	60,15	60,21	52,57	58,24	42,85	53,85	8,68
MT	63,51	59,60	63,47	75,47	69,61	62,14	47,03	50,32	72,24	56,47	61,99	9,10
GO	39,59	34,38	36,65	37,11	39,19	42,92	54,50	56,70	64,78	52,27	45,81	10,42
DF	121,71	129,22	123,96	107,04	106,64	95,51	85,88	87,55	84,23	95,39	103,71	16,67
<b>Total</b>	<b>72,64</b>	<b>72,86</b>	<b>74,12</b>	<b>74,77</b>	<b>75,14</b>	<b>75,51</b>	<b>76,30</b>	<b>76,59</b>	<b>95,63</b>	<b>68,45</b>	<b>76,20</b>	<b>7,22</b>

Nota 1: o cálculo considerou que as consultas especializadas em geral registradas no SIA/SUS corresponderiam a 22,3% das consultas médicas totais (Item 2.3 da Portaria 1.101/2002). Desse modo, as consultas em otorrinolaringologia deveriam alcançar 1,5% do total de consultas.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, Portaria GM/MS nº 1.101/2002 e IBGE.

**APÊNDICE O: Produção de consultas especializadas segundo a natureza da organização, no estado da Bahia, no ano de 2008**

Tabela 15 – Produção de consultas especializadas segundo a natureza da organização, no estado da Bahia, no ano de 2008.

	Quantidade	%
Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)	93.047	10,53%
Administração Indireta - Empresa Pública	190	0,02%
Empresa Privada	76.720	8,68%
<b>Entidade Beneficente sem fins lucrativos</b>	<b>709.084</b>	<b>80,22%</b>
Fundação Privada	4.352	0,49%
Sem localização	555	0,06%
<b>Total</b>	<b>883.948</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS