

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil)* Hospital morbidity determinants in a region of S. Paulo State (Brazil).

Maria Lúcia Lebrão

*Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
São Paulo, SP - Brasil.*

LEBRÃO, Maria Lúcia *Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil)**
Rev. Saúde Pública, 33 (1): 55-63, 1999 www.fsp.usp.br/~rsp

Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil)* Hospital morbidity determinants in a region of S. Paulo State (Brazil).

Maria Lúcia Lebrão

Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil.

Descritores

Morbidade.

Sistemas de informação hospitalar, utilização.

Resumo

Introdução

Muitas mudanças ocorreram no perfil da morbidade dos pacientes atendidos nos hospitais do País nos últimos anos, seja em função de fatores demográficos, epidemiológicos, financeiros, tecnológicos ou da estrutura dos serviços.

Métodos

Foram utilizados dois bancos de dados referentes às saídas hospitalares nos anos de 1975 e 1988, no Vale do Paraíba, contendo as mesmas variáveis: hospital; residência, idade e sexo do paciente; condição de saída; fontes de financiamento; tempo de permanência e diagnóstico principal.

Resultados e Conclusões

Nas internações percebeu-se queda de alguns grupos de diagnósticos como “sintomas, sinais e afecções maldefinidas” e “doenças infecciosas e parasitárias” e crescimento de outros, em especial “neoplasmas” e “doenças do aparelho circulatório”, tendo como causas possíveis as mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e da estrutura de serviços. Houve, ainda, uma migração de diagnósticos pouco específicos para outros mais definidos, provavelmente, como consequência das mudanças na forma de remuneração do sistema de saúde.

Keywords

Morbidity. Hospital information systems, utilization.

Abstract

Introduction

Many changes in the morbidity of patients attended to the Country's hospitals have occurred in recent years, wether resulting from demographic, epidemiological, financial and technological factors or from those related to the structure of the services themselves.

Methods

The change in diagnoses occurring over this period was analyzed using two data banks relating to hospital discharges during 1975 and 1988, in the Vale do Paraíba, Southeastern Brazil, taking into account the factors mentioned above. Both data banks covered the same variables: hospital, dwelling, patient's age and sex, health status at discharge, financing sources, duration of stay and main diagnosis.

Correspondência para/Correspondence to:

Maria Lúcia Lebrão
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-90
São Paulo, SP - Brasil
E-mail: mllebr@usp.br

Edição subvencionada pela FAPESP (Processo nº 98/13915-5).

Recebido em 3.3.1997. Reapresentado em 21.9.1998. Aprovado em 6.10.1999.

* Baseado na tese de livre-docência: “Evolução da morbidade hospitalar – Vale do Paraíba, 1975 e 1988”, apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

Results

Among the results were to be found: an ageing of the population of the region, with an increase in life expectancy and a decrease in the general and infant mortality coefficients, with a proportional diminution of mortality from "infectious and parasitic diseases" and an increase in "neoplasms", "diseases of the circulatory system" and "injury and poisoning". There was a drop in the number of hospitalizations by some diagnostic groups such as "symptoms, signs and ill-defined conditions" and "infectious and parasitic diseases" and an increase in others, particularly the "neoplasms" and "diseases of the circulatory system". There was a shift from the poorly-defined to better defined diagnoses, further, there was a decrease in the duration of stay for all groups. It was possible to identify some factors which might have caused these changes, although there was no one behavioral pattern for all diagnoses.

INTRODUÇÃO

A análise das razões que determinam as mudanças ocorridas na frequência das doenças, ao longo de um dado período de tempo, é tarefa bastante complexa, uma vez que essas mudanças são resultantes de múltiplos fatores ecobiológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, médicos e de saúde pública ou, ainda, motivações de naturezas diversas para justificar os diferentes perfis de morbidade, principalmente em relação à utilização dos recursos de saúde^{11, 16}.

Nos últimos anos, o Brasil tem experimentado mudanças não só no que diz respeito à sua estrutura demográfica e epidemiológica como, também, nos aspectos financeiros e tecnológicos da assistência à saúde. Modificações consideráveis ocorreram em termos da mortalidade, morbidade, fecundidade e migração e essas alterações podem ter influenciado nas mudanças encontradas na assistência hospitalar.

O declínio da mortalidade, associado à queda da fecundidade ao longo dos últimos anos, produziu grande mudança na distribuição etária da população, com diminuição da participação das faixas mais jovens, aumento dos adultos e uma proporção crescente dos idosos, assim como elevação considerável da esperança de vida. Além disso, os processos de migração, assim como a urbanização, têm contribuído para alterar a dinâmica original dessas populações²⁰.

Também a assistência hospitalar, na década de 70, passou por mudanças intensas que se caracterizaram por estender a cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e parte da população rural; privilegiar a prática curativa individual, assistencialista e especializada,

em detrimento de medidas de saúde pública; propiciar a criação de um complexo médico-industrial na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos e privilegiar o produtor privado dos serviços médicos, com a lucratividade do setor saúde¹⁵. O sistema de pagamento das contas médicas e hospitalares existente era o manual, feito pelo Instituto de Previdência.

A partir de 1976 a grave crise no setor saúde envolvendo aspectos econômicos, financeiros e estruturais, deu origem, entre outras providências, a um programa de interiorização das ações de saúde e saneamento que, estendido para todo o território nacional, resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública^{2,12}. Essa crise levou, ainda, à criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, com um novo modelo de pagamento das hospitalizações, que se caracterizava pelo ressarcimento das despesas por ato, mediante a apresentação de fatura pelo hospital contratado através da Guia de Internação Hospitalar (GIH)⁹.

No ano de 1980 teve início a grande crise econômica brasileira, com enorme recessão, trazendo a necessidade de saneamento financeiro da Previdência, uma vez que o aumento da cobertura da população e o aumento do custo da assistência médica colocavam em perigo a sobrevivência do sistema de saúde. A resposta foi a racionalização do atendimento ambulatorial e da assistência médica previdenciária com controle das internações hospitalares¹⁵. Isso levou a um incremento da assistência ambulatorial e, também, um novo sistema de controle das contas hospitalares com um novo instrumento, agora chamado de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Nesse sistema de pagamento a remuneração

se faz de forma fixa, por procedimento, mediante tabela do Ministério da Saúde.

Embora o Brasil, como País ainda em fase de desenvolvimento, tenha dificuldades para incorporar adequadamente toda a tecnologia moderna, pelas razões mais diversas, ainda assim tem assimilado grande parte do arsenal tecnológico existente na saúde. Esse fato leva ao encarecimento da assistência médico-hospitalar fazendo com que se apresente, aqui, a mesma tendência de ambulatorização e diminuição do tempo de permanência encontrada em outros países.

Em relação à estrutura dos serviços, houve uma grande expansão da rede ambulatorial pública em todo o País. Essa ampliação fez parte da política do Ministério da Saúde, fundamentada nas propostas da Organização Mundial da Saúde, de privilegiar a atenção primária que, na segunda metade da década de 70 e início da de 80, procurou fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde². Dessa forma, o número de unidades ambulatoriais do País passou de 1.122, em 1975, para 13.739, em 1984, um crescimento de 1.225%.¹²

A região administrativa de São José dos Campos, também conhecida como Vale do Paraíba, entre os anos de 1975 e 1988, teve um crescimento significativo da sua população (48,3%), passando de 935.310 para 1.386.743 habitantes. O coeficiente de mortalidade geral passou de 8,8 para 6,5 por 1.000 habitantes, o coeficiente de mortalidade infantil caiu em 70,0%, indo de 91,3 para 27,5 por 1.000 nascidos vivos e o coeficiente de natalidade foi reduzido de 31,6 para 24,8 por mil habitantes²². Todas essas mudanças levaram a região a um claro processo de envelhecimento, como no Estado de São Paulo e, mesmo no Brasil. Assim é que a expectativa de vida ao nascer dessa população saltou de 60,3 anos, em 1970, para 66,3 em 1980 e 68,9, em 1991^{7,19}.

A distribuição proporcional da mortalidade por causas mostra queda acentuada das “doenças infecciosas e parasitárias” e aumento dos “neoplasmas”, “doenças do aparelho circulatório” e das “causas externas de lesões e envenenamentos”.

Todas essas transformações têm que ter modificado a face visível da morbidade real, que é a morbidade de demanda, no caso, a hospitalar. Resta

saber se as mudanças se deram de forma compatível com essas transformações. Nesse sentido, analisou-se o perfil das hospitalizações na rede de Assistência Hospitalar Geral da Região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, nos anos de 1975 e 1988 segundo a morbidade, procurando entender as mudanças ocorridas à luz dos fatores demográficos, epidemiológicos, financeiros, tecnológicos e da estrutura do serviço.

MÉTODOS

O presente estudo representa a comparação de dois bancos de dados formados pelas saídas hospitalares da Assistência Hospitalar Geral do Vale do Paraíba, nos anos de 1975 e 1988. Os dados referentes a 1975 provieram de levantamento realizado do universo dos pacientes egressos (104.005) dos 32 hospitais então existentes. O detalhamento da metodologia encontra-se na tese “Morbidade hospitalar no Vale do Paraíba, 1975”⁸.

Os dados referentes às altas hospitalares de 1988 foram colhidos diretamente dos Boletins de Coleta de Dados Hospitalares (Boletins CAH-106) preenchidos pelos 40 hospitais existentes à época.

Com relação à área estudada, o primeiro trabalho referiu-se à 3ª Região Administrativa do Estado de São Paulo. Na segunda tomada essa região era compreendida pela Região Administrativa de São José dos Campos que, a partir de 1987²¹, passou a incluir a Região de Governo de Caraguatatuba. Porém, para efeito de comparação, essa última Região de Governo não foi considerada, para que se pudesse ter exatamente a mesma situação geográfica nos dois momentos.

As populações da década de 70 foram obtidas dos arquivos da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e as da década de 80 da publicação editada por essa Fundação: “O novo retrato de São Paulo - Avaliação dos primeiros resultados do Censo Demográfico de 1991”⁵.

O banco de dados de 1988 foi formado por uma amostra sistemática de um terço do total das saídas de todos os meses do ano dos hospitais gerais do Vale. Em cada hospital foi feito um sorteio do início casual no mês de janeiro e, por meio do intervalo amostral ($k=3$) foram marcadas as saídas contempladas até o final do ano.

Os códigos dos diagnósticos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-9ª Revisão)¹⁷, de cada registro sorteado, já existentes no Boletim CAH, foram conferidos e corrigidos.

Tratando-se de uma amostra de um terço a partir de um universo bastante grande (163.640 saídas), a expansão foi feita ponderando-se os resultados pelo inverso da fração amostral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As modificações ocorridas, seja no perfil etário da população, seja no perfil das causas de mortalidade, lembram muito o processo das chamadas transições demográfica e epidemiológica vivido pelos países hoje desenvolvidos. Essas transformações acabam por se refletir, também, nas hospitalizações pois tanto a distribuição etária quanto o perfil da morbidade das internações em 1988 são diferentes quando comparados à situação existente em 1975. Excluídos os partos e complicações da gravidez, parto e puerpério, os pacientes idosos são hoje mais numerosos do que em 1975 e a idade média dos mesmos passou de 26,5 para 33,1 anos.

A distribuição das internações segundo as causas mostra que as “complicações da gravidez, parto e puerpério” (incluídos aí os partos normais) permaneceram como primeira causa nos dois anos, com 27,1 e 26,6% do total. Nas segunda e terceira posições houve uma troca entre as “doenças do aparelho respiratório” e as “doenças do aparelho circulatório”, aumentando estas a sua participação, passando de 8,9 para 13,1% das internações e subindo de terceiro para segundo posto. Tanto as “doenças infecciosas e parasitárias” como os “sintomas, sinais e afecções maldefinidas” cederam lugar para outras, tendo sua participação, antes importante, bastante reduzida.

Quando calculados os coeficientes de internação específicos por diagnóstico verifica-se a confirmação do encontrado nas proporções. A padronização dos coeficientes (Tabela) exclui a interferência das mudanças na composição etária e pode se perceber realmente as modificações ocorridas.

Ao se analisar as doenças infecciosas e parasitárias, verifica-se que o coeficiente de internação passou de 9,2 para 7,0 por 1.000 habitantes que, depois de padronizado para a população de 1975, altera-se pouco, passando para 7,3 por 1.000 habitantes, mostrando que houve uma queda real. Vários fatores podem ser responsabilizados por essa queda, tais como a diminuição do número de crianças (principal grupo envolvido nessas doenças pois as diarreias representam mais de 70% desse grupo de causas), a introdução da Terapia de Reidratação Oral (TRO), ocorrida em 1982, a cobertura de água encanada e esgoto. Da mesma maneira que no resto

do País, também o Vale beneficiou-se dessa melhoria. A rede de água passou de 1.493 km em 1978 para 2.975 km em 1988, dobrando, portanto, em 10 anos, e a rede de esgoto passou de 1.186 km para 2.171 km, no mesmo período, com aumento de 83%, enquanto a população aumentou 48,3%. Em relação a este grupo de doenças, ressalta-se a importância das mudanças na rede de serviços básicos. No Vale do Paraíba, o número de unidades de saúde passou de 35 em 1979 para 61 em 1988⁴, crescendo, portanto, 74,3% em nove anos.

Os neoplasmas tiveram aumento de 90,0% nos seus coeficientes de internação, passando de 2,0 para 3,8 por 1.000 habitantes, sendo que os neoplasmas malignos apresentaram acréscimo de 225,0%, enquanto os benignos cresceram 166,7%, excluídos os não especificados. Neste grupo de doenças podem estar interferindo, em conjunto, vários dos fatores comentados. Em primeiro lugar a possibilidade de aumento da incidência dos cânceres, seja pela maior sobrevivência da população (fator demográfico), seja pela maior exposição aos fatores de risco, como o aumento dos casos ligados ao fumo (fator epidemiológico), seja pela introdução de novo arsenal diagnóstico (fator tecnológico). Em segundo lugar, pode ter havido melhor definição dos diagnósticos com a introdução da AIH, uma vez que, de certa forma, há um vínculo entre o diagnóstico e o pagamento, pois os neoplasmas não especificados tiveram queda de 73%, passando de 42,1 para 11,4 por 1.000 habitantes (fator financeiro).

Também o fator tecnológico pode ter causado diferenciais nas internações por essas causas. Na Figura 1 pode ser visto aumento das internações nas idades mais baixas devido às neoplasias dos tecidos linfáticos. Esses doentes se beneficiaram das inovações quimioterápicas que lhes proporcionaram maior sobrevida, elevando a sua participação nas hospitalizações, pois esses medicamentos são essencialmente de uso hospitalar. Isso poderia explicar o fato de as internações por câncer dos órgãos hematopoéticos terem passado de 5,3 para 15,4% do total das neoplasias malignas e de o coeficiente de internação ter aumentado de 0,4 para 4,0 por 10.000 habitantes. Esse fato explica, ainda, a maior presença dos menores de 15 anos, pois entre eles os cânceres do tecido linfático são os mais frequentes.

Tabela - Coeficientes de internação (por 1.000 hab), segundo diagnóstico, 1975 e 1988.

Causas	1975		1988		$\frac{b-a}{a} \times 100$
	Coef. intern. (a)	Coef. intern (b)	Coef. intern. padron.*		
D. infec. e paras.	9,2	7,0	7,3	- 23,9	
- diarreias	6,5	5,2	5,6	- 20,0	
Neoplasmas	2,0	3,8	3,5	+ 90,0	
- malignos	0,8	2,6	2,4	+ 225,0	
- benignos	0,3	0,8	0,7	+ 166,7	
D. gland. end., nutr., metab.	6,4	4,0	3,9	- 37,5	
- diabetes	0,6	1,5	1,4	+ 150,0	
- desidratação	5,0	1,4	1,4	- 72,0	
D. sangue	1,1	0,7	0,6	- 36,4	
Transt. mentais	0,9	0,4	0,4	- 55,6	
D. sistema nervoso	2,5	3,3	3,3	+ 32,0	
D. apar. circulatório	9,9	15,2	13,8	+ 53,5	
- d. hipertensiva	1,7	3,1	2,8	+ 82,4	
- d. isquêm. coração	0,7	1,7	1,6	+ 142,9	
- insuf. cardíaca	2,7	4,0	3,6	+ 48,1	
- d. cerebro-vascular	1,4	2,4	2,2	+ 71,4	
D. apar. respiratório	12,7	14,8	15,0	+ 16,5	
- pneumonia + gripe	4,4	7,4	7,6	+ 68,2	
- DPOC	2,4	3,8	3,7	+58,3	
- outras d. vias super.	2,8	1,1	1,2	- 60,7	
D. apar. digestivo	6,8	9,6	9,0	+ 41,2	
D. apar. geniturinário	6,8	8,8	8,3	+ 29,4	
- outras d. apar. urinário	1,5	2,9	2,8	+ 93,3	
- outros transt. gen. femin.	2,7	2,9	2,6	+ 7,4	
Complic.grav.parto, puerp.	30,2	31,0	33,4	+ 2,6	
D.pele e tec. cel. sub-cut.	1,1	1,0	1,0	- 9,1	
D. sist. osteomusc.	1,9	3,1	2,9	+ 63,2	
- dorsopatias	0,5	1,2	1,1	+ 140,0	
Anomalias congênitas	0,3	0,6	0,7	+ 100,0	
Alg. Afecç. per. perinatal	1,1	1,2	1,3	+ 9,1	
Sint. sinais e af. maldefin.	8,9	4,3	4,1	- 51,7	
- apar. respiratório	1,1	0,4	0,3	- 63,6	
Lesões e envenenamentos	6,6	7,1	6,9	+ 7,6	
- fraturas	1,9	2,7	2,6	+ 42,1	
- TCE	0,8	1,3	1,3	+ 62,5	
Contacto com o serviço	1,5	0,4	0,4	- 73,3	
Total	111,1	118,0	-	+ 6,2	

Nota: População: 1975 = 935.310 habitantes. 1988 = 1.386.743 habitantes.

* Padronização direta para população de 1975.

Nas doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo as modificações foram profundas (Tabela) pois com a diminuição das desidratações, o diabetes passou a ser o principal diagnóstico deste grupo ocupando 37,6% dessas internações, com aumento do coeficiente para 150,0%. A padronização diminui pouco esse coeficiente, mostrando que houve aumento real das internações por essa causa. Malerbi e Franco¹⁰, em estudo multicêntrico, levantam a possibilidade de que não só a incidência de diabetes esteja aumentando mas, também, os fatores associados tais como idade

int/1000 hab.

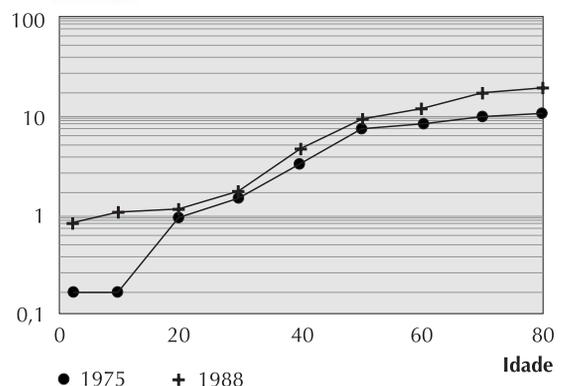


Figura 1 - Coeficientes específicos de internação por idade por neoplasmas (por 1.000 hab), 1975 e 1988.

e obesidade. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição³ compara a quantidade de obesos encontrada em pesquisa anterior (ENDEF), realizada em 1975, e afirma que nos últimos quinze anos a população de obesos no Brasil quase dobrou,

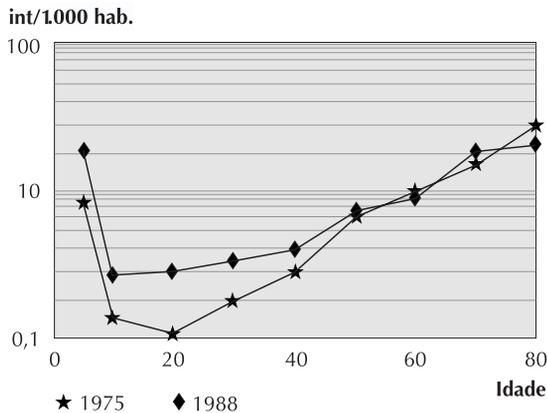


Figura 2 - Coeficientes de internação específicos por idade (por 1.000 hab.) por "doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários", 1975 e 1988.

chamando a atenção para o fato de que as regiões Sul e Sudeste são as que mais apresentam pessoas com excesso de peso.

A Figura 2 mostra as diferenças entre os dois momentos, evidenciando o coeficiente em 1988 menor nos primeiros anos de vida (provavelmente pela queda das desidratações) e maior nas idades mais avançadas (provavelmente pelo aumento do diabetes).

Com a ampla disseminação do uso da insulina, os diabéticos insulino-dependentes tiveram incremento na sua esperança de vida e puderam ter vida relativamente normal. Porém, 20 a 30 anos mais tarde, as seqüelas a longo prazo começam a se fazer evidentes. Esse fato, associado ao envelhecimento da população, faz com que haja um acúmulo de doentes que acabam por retornar à hospitalização várias vezes.

Embora o pagamento das contas no sistema AIH seja feito pelo procedimento realizado, parece ter havido uma influência desse sistema na qualidade

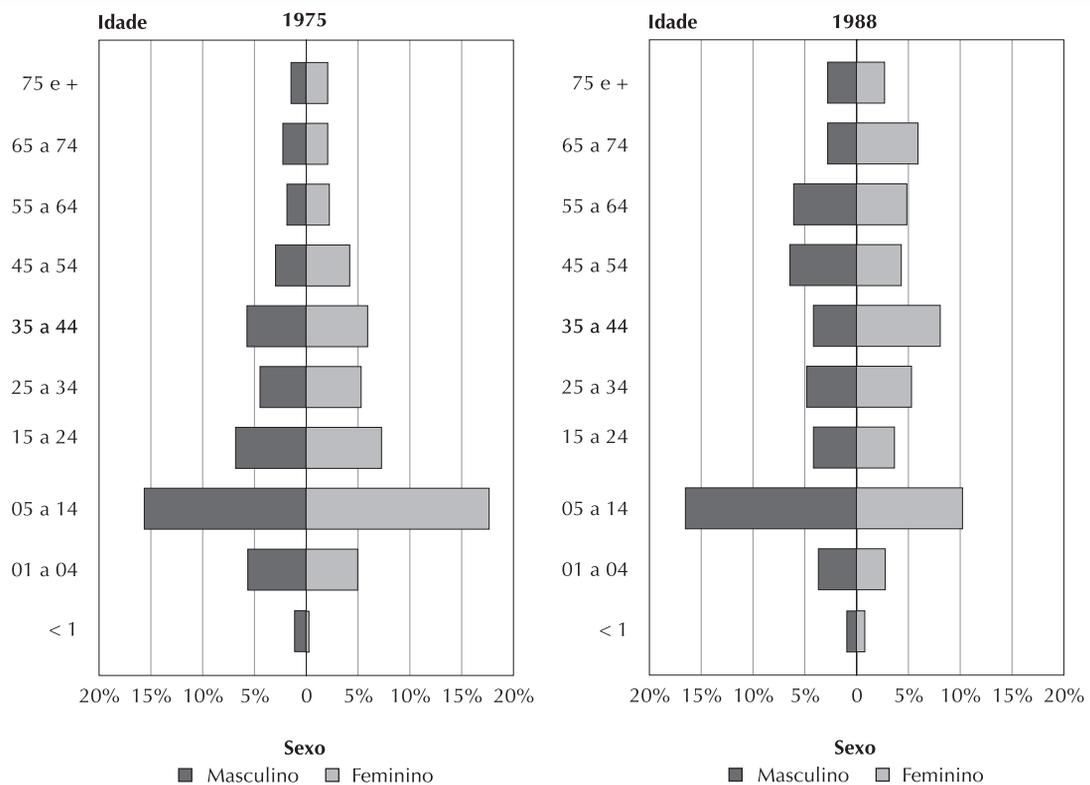


Figura 3 - Saídas hospitalares (%) por "nefroses", segundo idade e sexo, 1975 e 1988.

do registro do diagnóstico. Pacientes que antes recebiam diagnósticos displicentes ou indefinidos, passaram a receber termos mais apropriados. Isso pode significar melhora na qualidade da informação ou, simplesmente, a troca de um termo maldefinido por outro bem definido, sem que isso represente a verdadeira causa da internação.

Esse fato pode ser visto nos “sintomas, sinais e afecções maldefinidas”, de maneira clara, com a queda, para a metade, do seu coeficiente. Entre as internações por “transtornos mentais” uma das principais causas em 1975 eram as DNV (distonias neuro-vegetativas) que “desapareceram” em 1988.

A mesma análise pode ser feita a respeito do grupo “Contatos com o serviço”, que também teve queda, pois o uso da classificação suplementar “V” tem implicações no faturamento dos hospitais, na medida em que certos motivos de contato não eram pagos pelo INAMPS.

As “doenças do aparelho circulatório” apresentaram um dos grandes aumentos do período, passando de 8,9% em 1975 para 13,1% em 1988. Também o coeficiente de internação por essa causa aumentou, no Vale, de 9,9 para 15,2 por 1.000 habitantes (Tabela). Mesmo padronizado esse coeficiente teve aumento, o que mostra que o envelhecimento da população teve o seu papel mas, não foi a única razão. Houve, no Vale, a redução do coeficiente específico de mortalidade por essas causas o que poderia levar a uma expectativa, legítima, de uma diminuição na incidência. Nos países onde isso ocorreu, houve queda, também, dos fatores de risco. Nesses países, o consumo de cigarros tem diminuído e têm ocorrido mudanças benéficas na dieta¹. Não é possível dizer que o mesmo tenha ocorrido nos países não desenvolvidos.

Assim, esse aumento das internações por doenças do aparelho circulatório pode ter tido sua origem também em interesses dos centros cardiológicos que se criaram nas grandes cidades, por pressão da indústria de equipamentos médicos que se expandiu a partir das duas últimas décadas. Há a suspeita, sem comprovação, de que hospitais do interior do Estado que serviriam como “triadores” de pacientes com doenças cardíacas, que seriam “resgatados” por esses centros de alta tecnologia, para procedimentos cirúrgicos ou outros específicos, especialmente os cateterismos, sendo os encaminhadores recom-

pensados financeiramente por esse fato. Assim, o “aumento” das “doenças isquêmicas do coração” seria apenas o aumento dos cateterismos e não exatamente uma questão epidemiológica. Além disso, a composição dos custos na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde é mais favorável às “doenças do aparelho circulatório”, uma vez que os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, nestas doenças, são mais complexos do que em outras, como as respiratórias. Daí Veras²³ se referir às doenças cardíacas como mais “rentáveis” para os hospitais.

O aumento observado nas internações por doenças respiratórias (de apenas 16,5%) foi um dos menores apresentados. Pelo fato de estar nesse grupo uma das principais causas de óbito entre os menores de 5 anos, que são as pneumonias, há uma íntima relação entre essa mortalidade e a infantil, conforme apontado em publicação da Organização Panamericana de Saúde¹⁸. Em vista do baixo coeficiente de mortalidade infantil atual, não causa surpresa que tenha havido uma queda do coeficiente de mortalidade por essas causas no Vale no período entre 1975 e 1988 e que tenha sido pequeno o aumento do coeficiente de internação.

No ano de 1975 o grupo de idade jovem tinha um peso tão grande nas internações que, praticamente, fazia desaparecer os idosos mas, em 1988, esta faixa se tornou importante a ponto de fazer aparecer a distribuição, bastante conhecida, de maior frequência nos extremos das idades.

Neste grupo aparece mais um exemplo da mudança do perfil da morbidade hospitalar pela maior definição dos diagnósticos já mostrada nas DNV e nos contatos com o serviço. Os casos de gripe que eram quase 10% do grupo de “pneumonias e gripes”, em 1975, quase desapareceram, restando apenas 0,5%. Isso pode ser explicado pela dificuldade de justificar uma internação por gripe perante o órgão pagador.

Exemplo interessante da influência das mudanças das práticas médicas ao longo do tempo é o caso das “doenças crônicas das amígdalas e adenóides”, que tiveram uma queda de 70,5%, passando de 23,7 internações por 10.000 habitantes em 1975 para 7,0 em 1988. Também nos Estados Unidos, essas taxas caíram de 33,6 para 8,0 por 10.000 habitantes, no mesmo período^{6, 14}.

As “hérnias da cavidade abdominal” podem ser lembradas como outro exemplo da influência da tecnologia na abordagem médica das doenças. Quando se distribuem esses casos segundo as idades nota-se que houve um juvenescimento da população de hospitalizados. Com a introdução de novos anestésicos, muito mais seguros, que dão condições de cirurgia às crianças ainda em idade muito baixa, passou-se a fazer essa correção com maior frequência nessas faixas de idade.

As “hemorragias gastrintestinais” são outro exemplo do mesmo fenômeno, porém com resultado contrário pois as complicações acabam surgindo em idades mais avançadas, advindas do uso de medicamentos que postergam ou evitam as cirurgias de úlceras pépticas no adulto jovem e que, em conjunto com mudanças fisiológicas do idoso, podem levar, frequentemente, a hemorragias gástricas mais tardiamente.

Entre as “doenças do aparelho geniturinário”, as nefroses (senso lato), quando distribuídas segundo idade e sexo (Figura 3) mostram o deslocamento das internações para as idades mais elevadas. É imediato que se lembre do diabetes como etiologia dessas doenças e a sua maior frequência como causa do aumento das hospitalizações em idades mais avançadas. Não é possível se confirmar tal hipótese na medida em que essas glomerulopatias “diabéticas” deveriam ser codificadas como diabetes com manifestações renais, portanto no grupo das “doenças das glândulas endócrinas” e não nesse grupo das “doenças do aparelho geniturinário”, o que é um erro corriqueiro no meio médico.

Dentro, ainda, desse grupo de doenças, as “afecções não especificadas do útero” tiveram o seu coeficiente de internação reduzido de 8,2 para 1,2 por 10.000 mulheres, enquanto as “metrorragias” e as “hemorragias uterinas disfuncionais ou funcionais sem outra especificação” juntas, passaram de 12,0 para 18,1 por 10.000 mulheres.

O crescimento das lesões e envenenamentos foi pequeno (7,6%) quando se tem presente o aumento do número de veículos transitando pela rodovias da região. O coeficiente específico de mortalidade por causas externas, na região, permaneceu o mesmo nos dois anos: 7,5 por 10.000 habitantes. Porém, é preciso não esquecer que esse valor da mortalidade é

resultado de aumentos ou quedas nos agrupamentos (homicídios, suicídios, acidentes de veículos a motor) dentro do conjunto dos óbitos por causas externas, que acabam se compensando. Isto não pode ser confirmado por esta fonte uma vez que não há a informação dos tipos de causas externas que motivaram a internação (nas estatísticas de morbidade dá-se prioridade à natureza da lesão) para que se pudesse fazer comparações diretas entre a mortalidade e a morbidade.

Muito provavelmente, a diminuição das hospitalizações deve ter sido devida ao fato de, em 1978, ter sido criado o Pronto Socorro de São José dos Campos, com leitos de internação e, posteriormente, Unidade de Terapia Intensiva, que passou a drenar os casos de lesões e envenenamentos de grande parte do Vale.

A distribuição das saídas por lesões e envenenamentos, segundo idade e sexo, praticamente não se alterou, mantendo a hegemonia do sexo masculino (66,0%/34,0% e 68,6%/31,4%) nos dois anos. As internações das mulheres em 1975, na faixa de 15 a 34 anos, tinham como principais causas, “envenenamentos e efeitos tóxicos” e “complicações de cuidados médicos e cirúrgicos”. Só os envenenamentos representavam 30,0% das internações do sexo feminino nesse capítulo e, em 1988, representaram apenas 14,2%. Poder-se-ia pensar que a razão dessa queda pudesse estar no controle mais rigoroso dos psicotrópicos que passou a vigorar a partir de 1984 e na implantação de formulário especial, numerado e controlado, para esses medicamentos¹³.

Assim, embora tenha havido, realmente, uma evolução epidemiológica e demográfica no Vale e no Estado que trouxeram uma mudança na utilização dos recursos hospitalares, pode-se dizer que, outros fatores influenciam a distribuição das causas das internações, seja por interesses econômicos, seja por inovações tecnológicas ou de conduta frente às doenças. Ou, ainda, na medida em que caem as doenças infecciosas e parasitárias os leitos, anteriormente ocupados por essas doenças, passam a ser ocupados, de forma compensatória, por doenças crônico-degenerativas, sem que isso represente, necessariamente, um aumento da incidência dessas doenças.

REFERÊNCIAS

1. Beaghole R. International trends in coronary heart disease mortality, morbidity and risk factors. *Epidemiol Rev* 1990; 12: 1-15.
2. Braga JC, Paula SG. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
3. Coitinho D et al. *Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos*. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde; 1991. (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição).
4. Fundação SEADE. *Anuário estatístico do Estado de São Paulo, 1988*. São Paulo, 1989.
5. Fundação SEADE. *O novo retrato de São Paulo: avaliação dos primeiros resultados do Censo Demográfico de 1991*. São Paulo; 1992.
6. Graves EV *National Hospital Discharge Survey: Annual Summary, 1988*. Hyattsville (Md) National Center for Health Statistics; 1991. (Vital Health Statistics Series 13, n. 106.)
7. Informe Demográfico. Fundação Estadual de Análise de Dados - SEADE. São Paulo 1984; (1).
8. Lebrão ML *Morbidade hospitalar no Vale do Paraíba - 1975*. São Paulo; 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
9. Levcovitz E, Pereira TRC. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil - 1983-1991*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57).
10. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 year. *Diabetes Care* 1992; 15(11): 1509-16, 1992.
11. McPherson K. Variations entre pays des pratiques médicales. In: *Les systèmes de santé a la recherche d'efficacité*. Paris: Ed OCDE; 1990. p.17-29.
12. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *Distrito sanitário: o processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1993.
13. Ministério da Saúde. Portaria DIMD nº 5 de 31/05/84; aprova os modelos anexos de notificação de receita. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jun 1984.
14. National Center for Health Statistics. *Utilization of short-stay hospitals: Annual summary for the United States, 1975*. Hyattsville (Md); 1977. (Vital and Health Statistics Series 13, n. 31).
15. Oliveira JA de A, Teixeira SMF. *(IM)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: 1985.
16. Omran AR. The epidemiologic transition. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 49: 509-38.
17. Organização Mundial de Saúde. *Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos*. 9ª Revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1980. 2v.
18. Organização Panamericana de Saúde. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington (DC) 1994; (Publicacion Científica, 524).
19. Ortiz LP. Tendências recentes da mortalidade em São Paulo. *Inf demogr*, 1988; (21): 1-46.
20. Patarra N. Transição em marcha: novas questões demográficas. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, 1990; Campinas. *Anais*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 187-97.
21. São Paulo. Decreto estadual nº 26.581 de 5/01.1987. *Coletânea de Leis e Decretos do Estado de São Paulo*, 1987; (jan) 1987.
22. Secretaria da Economia e Planejamento. *Movimento do registro civil no Estado de São Paulo, 1974 a 1976*. São Paulo; 1977.
23. Veras CMT. *Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986*. London; 1992. [PRD Thesis - London School of Economics and Political Sciences.]