

Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992*

Hospital morbidity in an urban area of southern Brazil, in 1992

Thais A. F. Mathias e Maria Lúcia de M. S. Soboll

Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR - Brasil (T.A.F.M.),
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil (M.L.M.S.S.)

Resumo

Com o objetivo de caracterizar a morbidade hospitalar, foi analisada uma amostra constituída por 2.518 internações de 8 hospitais gerais do Município de Maringá-PR, Brasil, em 1992, segundo as variáveis: diagnóstico, sexo, idade, procedência, fonte de financiamento, tempo de permanência e tipo de saída. Os diagnósticos mais importantes foram: as complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório. Das internações, 42,8% foram para pacientes do sexo masculino e, quando ajustadas por ano de idade, se concentraram em crianças de até 4 anos. A maior parte das internações foi financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (73,8%) e pelos pacientes procedentes do Município de Maringá (66,4%). A duração média da internação foi de 3,6 dias e o coeficiente de mortalidade hospitalar de 2,7 óbitos em cada 100 internações.

Inquéritos de morbidade. Indicadores de saúde. Hospitais gerais.

Abstract

The distribution of the 2,518 admissions obtained in a sample taken from all the admissions which occurred in the eight general hospitals of the city of Maringá, State of Paraná, Brazil, in 1992 was analysed. The study variables were: main diagnosis, sex, age, city of residence, sources of financing, length of stay and discharge type. The leading causes of hospitalization were (ICD-9): complications of pregnancy, childbirth and puerperium and diseases of the respiratory and circulatory systems. Of the admissions, 42.8% were of men and when age adjusted, the highest proportion was found to be of children below 4 years of age. In the study, 64.4% were residents in Maringá, 24.9% lived in the 15th Region of Paraná and 8.7% lived out side the 15th Region of Paraná. The official Health System (SUS) was responsible for financing 73.8% of all admissions, private health insurances accounted for 14.9% and 11.3% of the patients were paying for their own hospital treatment. A difference was detected among the frequencies of the diagnoses according to financial support and city of residence. The average length of stay was 3,6 days and the hospital mortality rate was 2,7 deaths per hundred admissions.

Morbidity survey. Health status indicators. Hospitals, general.

*Parte da Dissertação de Mestrado: "Morbidade Hospitalar no Município de Maringá-PR, em 1992", apresentada ao departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994.

Correspondência para / Correspondence to: Thais A. F. Mathias - Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790 - 87020-900 Maringá, PR - Brasil. Fax: (044) 222-2754.

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo 95/2290-6.

Recebido em 8.3.1995. Reapresentado em 24.11.1995. Aprovado em 30.1.1996.

INTRODUÇÃO

Os padrões de morbimortalidade na população humana estão em constante modificação. Observam-se mudanças na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte, particularmente em conseqüência do declínio da mortalidade durante longo período de tempo. Essas alterações deram origem ao conceito de transição epidemiológica em que as doenças predominantemente agudas e quase sempre de alta letalidade, dão lugar às doenças crônicas, de longa duração, ocorrendo dessa maneira um acúmulo de doenças na população, particularmente em idades mais avançadas¹⁰.

Portanto, progressivamente os indicadores de mortalidade, sozinhos, não informam adequadamente sobre a situação de saúde de uma comunidade. Faz-se, então, premente uma maior utilização dos dados de morbidade, sob a perspectiva epidemiológica, tendo em vista a crescente possibilidade de adoecer sem morrer e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde.

Dentre as fontes de informações sobre morbidade de uma população estão os registros médicos hospitalares. Ainda que existam críticas ao uso das estatísticas hospitalares por seu caráter seletivo e parcial⁹, são informações fundamentais que quando analisadas, agregadas às informações de outros serviços que compõem o sistema de assistência à saúde, refletem as condições de vida e saúde da população além de permitirem a avaliação da assistência que se proporciona, a estrutura dos serviços de saúde e a política médico-assistencial⁸.

Assim, é importante o estudo de indicadores como a mortalidade hospitalar, na medida em que sua grandeza dará idéia da complexidade e particularidade da assistência prestada e também do cumprimento, ou não, da finalidade precípua do hospital que é curar¹¹. O tempo de permanência ou a duração da internação está relacionado as características e à procedência dos pacientes, à eficácia do diagnóstico, tratamento e à eficiência dos serviços de apoio. O estudo da fonte de financiamento da internação permite analisar a morbidade hospitalar do ponto de vista do sistema de saúde, podendo também mostrar diferenças, quando analisada segundo algumas variáveis como diagnóstico, idade e mortalidade hospitalar.

O conhecimento dos principais diagnósticos mostra tendências de morbidade quando são analisados e comparados periodicamente para uma determinada região. Sexo e idade são variáveis associadas com

diferentes riscos de adoecer que se expressam em uma morbidade e mortalidade específicas, que quando analisados, subsidiam a organização da assistência à saúde de uma população, definida entre outros fatores, por suas características demográficas.

Reconhecendo a importância dos dados de morbidade hospitalar, trabalhos têm sido desenvolvidos relacionando as políticas médico-assistenciais com as características de morbimortalidade das hospitalizações^{1, 12, 20, 21, 22}; analisando as hospitalizações na infância²; descrevendo as malformações congênitas nas hospitalizações¹⁷; estudando as características das hospitalizações nos diferentes estratos sociais^{6, 19}, entre outros.

Tendo em vista essas considerações, objetivou-se com o presente trabalho estudar a morbidade hospitalar do Município de Maringá-PR, segundo sexo, idade, procedência, duração da internação, fonte de financiamento e tipo de saída dos pacientes internados.

O Município de Maringá é importante centro populacional de uma rica região do Estado do Paraná, sendo pólo de atração comercial, educacional e médico-assistencial. Os recursos para a saúde concentrados no município fazem com que a demanda de hospitalização possa ser praticamente satisfeita na própria cidade, além de atender à demanda regional. Com uma população de 239.930 habitantes (Fundação IBGE, censo de 1991, dados preliminares), Maringá é sede da 15ª Regional de Saúde que engloba 29 municípios.

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisados prontuários referentes a internações ocorridas em 8 hospitais gerais de Maringá-PR, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1992. Dentre esses hospitais, 7 são gerais, privados e conveniados, além do Hospital Universitário, que embora esteja funcionando com capacidade reduzida, atende importante demanda das hospitalizações do município. Existe um hospital psiquiátrico que não foi incluído no estudo por apresentar características de internação próprias.

Estabeleceu-se uma amostra cujo menor tamanho mensal foi definido considerando-se a proporção estimada do grupo de diagnósticos mais frequentes em relação às internações ocorridas nos meses de janeiro a julho de 1992*, ($p = 0,1008$, outras causas obstétricas diretas, correspondentes aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID)¹⁶: 640-646; 651-676). Desta maneira, o menor tamanho da amostra mensal foi definido como 89, já acrescido de 20% para as possíveis perdas de prontuários. Considerando, ainda, a distribuição das internações

* - MTPS/DATAPREV-MS/FNS/DATASUS - Listagem específica do Síntese - Sistema Integrado de Séries Históricas, correspondentes às 25.540 internações ocorridas em Maringá, no período de janeiro a julho de 1992.

para Maringá, segundo faixa etária e sexo, de pacientes cujos formulários de Autorização de Internação Hospitalar foram apresentados em janeiro de 1992 (DATASUS), o tamanho da amostra foi definido como segue¹³:

$$n = \frac{89}{0,0297} = 2.997, \text{ aproximado para } 3.000, \text{ onde}$$

89 = menor tamanho da amostra mensal
0,0297 = menor proporção de internações em relação à idade e sexo em janeiro de 1992.

Com base no movimento observado no período de janeiro a julho de 1992, estimou-se que o total de internações no ano seria de 43.785. O sorteio da amostra estratificada foi realizado pela aplicação do intervalo estimado em 1992 ($I=43.785/3000=14,5950$), ao total das internações de cada mês, com sorteio mensal do início casual. Foi aplicada a técnica de amostragem sistemática às listagens mensais de internações ou livros-resumo de internações por hospital. Das 3.034 internações sorteadas, 516 não tiveram seus prontuários encontrados, totalizando, portanto, uma amostra final para a análise da morbidade hospitalar de 2.518, com perda de 17%, ou seja, dentro da previsão de 20%. A Tabela 1 apresenta a distribuição das internações no universo, na amostra sorteada e na amostra efetivamente estudada.

Tabela 1 - Distribuição das internações no universo, na amostra sorteada e na amostra efetivamente estudada, no período de janeiro a dezembro de 1992, Maringá-PR, 1992.

| Mês | Total de internações | | Prontuários sorteados | | Prontuários encontrados | |
|-------|----------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|
| | nº | % | nº | % | nº | % |
| 1 | 3.502 | 7,9 | 240 | 7,9 | 198 | 7,9 |
| 2 | 3.245 | 7,3 | 222 | 7,3 | 182 | 7,2 |
| 3 | 3.623 | 8,2 | 249 | 8,2 | 201 | 8,0 |
| 4 | 3.688 | 8,3 | 253 | 8,3 | 220 | 8,7 |
| 5 | 3.692 | 8,3 | 252 | 8,3 | 201 | 8,0 |
| 6 | 3.828 | 8,6 | 263 | 8,7 | 223 | 8,9 |
| 7 | 3.887 | 8,8 | 266 | 8,8 | 221 | 8,8 |
| 8 | 3.769 | 8,5 | 258 | 8,5 | 210 | 8,3 |
| 9 | 3.699 | 8,4 | 254 | 8,4 | 214 | 8,5 |
| 10 | 3.947 | 8,9 | 271 | 8,9 | 225 | 8,9 |
| 11 | 3.832 | 8,7 | 263 | 8,7 | 229 | 9,1 |
| 12 | 3.566 | 8,1 | 243 | 8,0 | 194 | 7,7 |
| Total | 44.278 | 100,0 | 3.034 | 100,0 | 2.518 | 100,0 |

A variável idade foi agrupada em 8 intervalos pela possibilidade de comparação com outros resultados. A procedência foi entendida como o município de residência do paciente no momento da internação. O diagnóstico principal de hospitalização foi aquele registrado no prontuário pelo médico e a duração da internação foi analisada em dias. O tipo de saída foi considerado como alta (incluindo alta a pedido e transferência) e óbito. Em relação à fonte de financiamento, foram classificados como convênio, particular e Sistema Único de Saúde (SUS) (todos os prontuários que tinham cópia da AIH anexada). A pesquisadora coletou os dados e devidamente treinada, codificou os diagnósticos de acordo com a CID 9¹⁶. A análise

foi apresentada agrupando-se os dados nos grandes grupos de diagnósticos ou capítulos da CID-9.

Houve dificuldade na localização de prontuários dada a organização, muitas vezes precária dos arquivos hospitalares. De maneira geral, os prontuários de internações financiadas pelo SUS são os mais organizados, seja em termos da preservação ou do preenchimento, certamente pela necessidade desse procedimento para a autorização e pagamento das contas médicas. Desta forma, observou-se percentual menor de perda para prontuários financiados pelo setor público (12,4%), do que para os de convênio (24,7%) e particular (31,2%). Face ao desvio introduzido na auto-ponderação da amostra, as análises segundo fonte de financiamento restringiram-se à comparação descritiva dos resultados obtidos. Quanto às questões relativas ao registro das informações, seja em termos quantitativos ou qualitativos, novamente os prontuários de internações particulares são os que apresentaram maior precariedade de informações, algumas vezes resumindo-se apenas a uma folha com o nome do paciente e a relação dos gastos hospitalares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 8 hospitais gerais de Maringá ofereciam, em 1992, 691 leitos. Existe uma certa especificidade de atendimento para cada hospital. Entretanto, não foi objeto do presente estudo analisar a característica do atendimento ou o diferencial de morbidade para cada hospital, mas os dados conjuntamente.

Das 2.518 internações analisadas, 1.079 (42,8%) foram de pacientes do sexo masculino mas, se excluídos os diagnósticos do grupo das complicações da gravidez, parto e puerpério, esse percentual se eleva para 51,7%. Quanto aos grupos de idade, percebe-se que o mais freqüente foi o de 20 a 49 anos, com 46,3% do total. No entanto, se os dados forem analisados ajustando-se as internações por ano de idade, vê-se que elas se concentraram em crianças de até 4 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Internações (nº e percentagem ajustada), segundo sexo e idade. Maringá-PR, 1992.

| Idade | Sexo | | | | Total | |
|-------------|-----------|---------|----------|---------|--------|---------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | nº | % ajust | nº | % ajust | nº | % ajust |
| < 1 ano | 77 | 3,1 | 58 | 2,3 | 135 | 5,4 |
| 1-4 anos | 108 | 1,1 | 81 | 0,8 | 189 | 1,9 |
| 5-9 anos | 63 | 0,5 | 40 | 0,3 | 103 | 0,8 |
| 10-14 anos | 42 | 0,3 | 21 | 0,2 | 63 | 0,5 |
| 15-19 anos | 43 | 0,3 | 119 | 1,0 | 162 | 1,3 |
| 20-49 anos | 389 | 0,5 | 768 | 1,0 | 1.157 | 1,5 |
| 50-69 anos | 224 | 0,4 | 212 | 0,4 | 436 | 0,9 |
| 70 anos e + | 125 | - | 132 | - | 257 | - |
| Total | 1.071 | - | 1.431 | - | 2.502* | - |

* Excluídos 16 casos de idade ignorada

A maior parte das internações foi de pacientes procedentes do Município de Maringá (66,4%), logo a seguir os oriundos dos municípios da 15ª Regional (24,9%) e de municípios de fora da 15ª Regional (8,7%). Das procedentes de municípios da 15ª Regional a maioria vem dos bem próximos a Maringá, como Sarandí e Paiçandu, consistindo provavelmente em procura espontânea.

Os três diagnósticos mais importantes para o município de Maringá foram as complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e circulatório. Para os municípios da 15ª Regional de Saúde a ordem dos três grupos de diagnósticos se inverte em relação aos de Maringá, ficando em primeiro e segundo lugares, as doenças do aparelho respiratório e circulatório (Tabela 3). Os diagnósticos mais comuns para internações de pacientes procedentes de fora da 15ª Regional foram as lesões e envenenamentos, as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho digestivo e geniturinário. É possível que as lesões e envenenamentos sejam mais importantes para pacientes de outros municípios, pela ocorrência de acidentes fora do local de domicílio, principalmente se se tratar de acidentes de veículos a motor, levando o paciente a receber atendimento em Maringá. Além dos atendimentos de emergência, os serviços especializados de diagnósticos e tratamento

na área de ortopedia fazem de Maringá um centro de referência para esses casos.

O diferencial de morbidade segundo procedência pode estar refletindo a capacidade de resolução, organização e regionalização das unidades básicas de saúde e oferta de serviços hospitalares por região. O que se espera com o processo de descentralização e municipalização dos serviços básicos de saúde é que cada município ofereça pelo menos o atendimento médico básico à sua população e que os serviços públicos de municípios maiores, como Maringá, sejam utilizados através do sistema de encaminhamentos como referência para tratamentos especializados.

Como era esperado, a maioria das internações foi financiada pelo SUS (73,8%), observando-se, no entanto, participação importante de pacientes particulares (11,3%) e dos que têm algum tipo de seguro saúde privado (14,9%). Com a mudança nas políticas de saúde e universalização da assistência médica, a previdência social passa a atender também pessoas anteriormente consideradas "indigentes", ou seja, à margem do mercado formal de trabalho. Associada a essa expansão, vêm mecanismos de racionamento e queda da qualidade dos serviços públicos, ocorrendo daí, a migração do sistema público de segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado, levando à expansão do subsistema privado e de convênios na atenção médica¹⁴.

Tabela 3 - Internações (%) segundo grupos de diagnósticos e procedência por ordem de grandeza das percentagens, Maringá-PR, 1992.

| Ordem | Procedência | | | | | |
|-------|-------------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Maringá | | 15ª regional | | Outros | |
| | Grupos de diagnósticos | % | Grupos de diagnósticos | % | Grupos de diagnósticos | % |
| 1º | Grav | 20,2 | Resp | 14,8 | Lesões | 18,2 |
| 2º | Resp | 15,0 | Circul | 14,7 | Circul | 16,4 |
| 3º | Circul | 12,3 | Grav-Digest* | 12,8 | Digest-Genit* | 10,0 |
| 4º | Lesões | 10,1 | Lesões | 10,4 | Resp | 9,1 |
| 5º | Digest | 8,3 | Genit | 6,5 | Mal Def | 7,7 |
| 6º | Genit | 7,4 | Mal Def | 5,3 | Neopl-Grav* | 5,9 |
| 7º | Infec | 5,6 | Infec-Neopl* | 4,1 | Infec | 4,1 |
| 8º | Mal def | 5,4 | Osteom-S Nerv* | 3,7 | S Nerv | 3,6 |
| 9º | S Nerv | 4,0 | Endoc | 2,9 | Osteom | 2,3 |
| 10º | Neopl | 3,8 | Congen | 1,6 | Endoc | 1,8 |
| 11º | Osteom | 2,4 | Pele | 1,0 | Congen-"V"* | 1,4 |
| 12º | Endoc | 2,0 | Perinat | 0,8 | Sangue-Perinat* | 0,9 |
| 13º | Pele - "V"* | 0,8 | "V" | 0,5 | Mentais | 0,4 |
| 14º | Sangue-Perinat-Mentais* | 0,5 | Sangue | 0,3 | Pele | - |
| 15º | Congen | 0,4 | Mentais | - | - | - |
| 16º | - | - | - | - | - | - |
| 17º | - | - | - | - | - | - |
| Total | (1.672) | 100,0 | (626) | 100,0 | (220) | 100,0 |

*Empate na mesma ordem de grandeza das percentagens.

Tabela 4 - Internações (%), segundo fonte de financiamento e grupos de diagnósticos por ordem de grandeza das percentagens, Maringá-PR, 1992.

| Ordem | Fonte de Financiamento | | | | | |
|-------|------------------------|-------|--------------------|-------|------------|-------|
| | SUS | | Convênio | | Particular | |
| | Grupo | % | Grupo | % | Grupo | % |
| 1º | Grav | 17,9 | Grav | 16,5 | Mal def | 16,2 |
| 2º | Resp | 15,2 | Resp | 13,1 | Grav | 12,7 |
| 3º | Circul | 14,8 | Genit | 12,3 | Resp | 12,0 |
| 4º | Lesões | 11,4 | Mal def | 11,7 | Genit | 11,6 |
| 5º | Digest | 10,7 | Lesões | 9,6 | Lesões | 9,5 |
| 6º | Genit | 5,8 | Circul | 9,3 | Circul | 8,4 |
| 7º | Infec | 5,2 | Digest | 6,7 | Digest | 6,0 |
| 8º | Neopl | 4,0 | Infec | 5,3 | Neopl | 5,3 |
| 9º | S Nerv | 3,8 | S Nerv | 4,5 | "V" | 4,6 |
| 10º | Osteom | 3,1 | Neopl | 3,2 | Infec | 3,9 |
| 11º | Mal def | 2,7 | Endoc | 2,7 | S Nerv | 3,5 |
| 12º | Endoc | 2,2 | Mentais-"V"* | 1,1 | Osteom | 2,8 |
| 13º | Congen | 0,9 | Pele-Osteo-Congen* | 0,8 | Endoc | 1,8 |
| 14º | Perin-Pele* | 0,8 | Sangue | 0,5 | Mentais | 1,0 |
| 15º | Sangue | 0,5 | - | - | Pele | 0,7 |
| 16º | Mentais-"V"* | 0,1 | - | - | - | - |
| Total | (1859) | 100,0 | (375) | 100,0 | (284) | 100,0 |

* Empate na mesma ordem de grandeza das percentagens

Segundo Forster⁶, o estudo da fonte de financiamento ou a categoria da internação pode ser um recurso analítico importante utilizado para o conhecimento das desigualdades sociais da demanda hospitalar. Em Maringá, os sinais e afecções mal definidas estão em primeiro lugar para as internações particulares e em quarto para as conveniadas (Tabela 4), grande parte deles refletindo a falta de informações nos prontuários. Se se excluir o grupo das mal definidas das internações de convênio e particular, observa-se que as 6 primeiras causas de internação para as três fontes foram as mesmas, mas em ordem de importância e percentagens distintas. As doenças do aparelho circulatório foram a terceira causa para as internações de SUS enquanto que para as conveniadas e particulares esse grupo ocupou o sexto lugar. Para os pacientes do SUS, a arritmia cardíaca e a insuficiência cardíaca foram os diagnósticos mais importantes, enquanto que para os particulares e conveniados, as varizes de extremidades. Segundo Yazlle-Rocha¹⁹, que também observou variação desses diagnósticos segundo fonte de financiamento para o Município de Ribeirão Preto, esse fato pode residir tanto na desigualdade da incidência dessas doenças entre os diferentes grupos sociais que compõem cada categoria de internação, como também pode estar havendo um "deslocamento" de pacientes de um sistema assistencial em direção ao sistema previdenciário, ou seja, para certas patologias as internações são financiadas por convênios ou são parti-

culares, e para outras, é procurado o sistema previdenciário.

No grupo das complicações da gravidez, parto e puerpério chama a atenção a alta taxa de parto cesáreo, com variações segundo a fonte de financiamento. Para Maringá a taxa de cesárea foi alta para as três fontes, 65,8% para SUS, 90,2% para convênio e 81,6% para internações particulares. Essa alta proporção foi observada para o Município de Maringá por Souza¹⁸ que, caracterizando os nascidos vivos no ano de 1989, encontrou um percentual de 70,6%. Em 1990, Cucolo⁵ encontrou uma taxa de 76% em levantamento feito em um hospital do município, tendo como principal indicação a iteratividade, o sofrimento fetal e a laqueadura. A elevada taxa de cesáreas observada remete mais uma vez à questão polêmica das reais necessidades desse procedimento, pois no Brasil essa prática se alarga, chegando a cifras questionáveis, colocando-o como recordista mundial de parto cesáreo³.

Houve participação maior do sexo feminino para as três fontes de financiamento (Tabela 5). Entretanto, observa-se que a proporção de mulheres é maior para as internações conveniadas (61,1%) e particulares (65,1%) em relação às internações financiadas pelo SUS (55,2%). As internações em crianças menores de 1 ano, para ambos os sexos foram mais frequentes nas financiadas pelo SUS. Tal distribuição pode estar sendo determinada pela desigualdade em adoecer nessa idade vulnerável entre os pacientes das três fontes. Chama

Tabela 5 - Internações* (nº e %) segundo fonte de financiamento, sexo e idade, Maringá-PR, 1992.

| Fonte Sexo Idade | SUS | | | | Convênio | | | | Particular | | | |
|------------------------|-----|-------|-------|-------|----------|-------|-----|-------|------------|-------|-----|-------|
| | M | | F | | M | | F | | M | | F | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| < 1 | 65 | 7,8 | 48 | 4,7 | 8 | 5,6 | 7 | 3,1 | 4 | 4,1 | 3 | 1,6 |
| 1 - 4 | 74 | 8,9 | 64 | 6,3 | 19 | 13,2 | 11 | 4,9 | 15 | 15,3 | 6 | 3,3 |
| 5 - 9 | 42 | 5,1 | 28 | 2,7 | 12 | 8,3 | 6 | 2,6 | 9 | 9,2 | 6 | 3,3 |
| 10 - 14 | 31 | 3,7 | 16 | 1,6 | 7 | 4,9 | 4 | 1,8 | 4 | 4,1 | 1 | 0,6 |
| 15 - 19 | 32 | 3,9 | 97 | 9,5 | 8 | 5,6 | 11 | 4,9 | 3 | 3,1 | 11 | 6,0 |
| 20 - 49 | 298 | 36,0 | 509 | 49,8 | 54 | 37,5 | 149 | 65,9 | 37 | 37,7 | 110 | 60,1 |
| 50 - 69 | 181 | 21,8 | 159 | 15,5 | 26 | 18,0 | 23 | 10,2 | 17 | 17,3 | 30 | 16,4 |
| 70 e + | 106 | 12,8 | 101 | 9,9 | 10 | 6,9 | 15 | 6,6 | 9 | 9,2 | 16 | 8,7 |
| Total | 829 | 100,0 | 1.022 | 100,0 | 144 | 100,0 | 226 | 100,0 | 98 | 100,0 | 183 | 100,0 |

* Excluídos 16 casos de idade ignorada

atenção, para o sexo masculino, na faixa de 1 a 14 anos, o percentual maior para as internações particulares e conveniadas. Os diagnósticos mais comuns nessa faixa de idade foram os do grupo das doenças do aparelho respiratório. Para os meninos dessa idade, internados pelo SUS, as broncopneumonias e pneumonias foram 51% do total e para os de convênio e particular esse diagnóstico representou 17,2%. Por outro lado, as doenças crônicas das amígdalas e adenóides foram mais comuns para as internações conveniadas e particulares. Outro diagnóstico impor-

tante foi o de fimose que representou a totalidade das internações conveniadas e particulares no grupo das doenças do aparelho geniturinário, enquanto que para as de SUS esse percentual foi de 44%. Porém esses resultados devem ser vistos com cautela, haja vista a elevada proporção de perda de prontuários das internações particulares e conveniadas.

A duração média de internação (DMI) foi de 3,6 dias, elevando-se para 3,8 quando excluído o grupo das complicações da gravidez, parto e puerpério (Tabela 6). Esse resultado foi inferior à média do Esta-

Tabela 6 - Médias de permanência e desvios-padrão (em dias) em Maringá-PR, 1992, médias de permanência no Estado do Paraná e no Brasil, 1991, segundo grupos de diagnósticos.

| Grupos de diagnósticos | Maringá | | Paraná*Brasil** | |
|---|---------|---------------|-----------------|-------|
| | média | desvio padrão | média | média |
| Infeciosas | 3,7 | 3,4 | 5,2 | 6,2 |
| Neoplasias | 3,8 | 3,1 | 6,0 | 7,9 |
| Endócrinas | 3,5 | 2,4 | 5,4 | 6,6 |
| Doenças do sangue | 3,1 | 1,3 | 4,9 | 6,2 |
| Transt mentais | 5,3 | 4,9 | 54,3 | 66,9 |
| Sistema nervoso | 4,1 | 3,8 | 4,0 | 6,6 |
| Circulatório | 4,4 | 3,1 | 5,2 | 7,2 |
| Respiratório | 3,9 | 3,3 | 4,9 | 5,7 |
| Digestivo | 4,2 | 3,9 | 4,4 | 5,2 |
| Geniturinário | 3,0 | 2,6 | 4,0 | 4,5 |
| Gravidez | 2,3 | 1,3 | 2,3 | 2,3 |
| Doenças da pele | 3,8 | 3,8 | 5,5 | 5,9 |
| Osteomuscular | 3,1 | 3,3 | 4,7 | 6,0 |
| Anomalias congênitas | 4,4 | 4,7 | 6,3 | 7,0 |
| Perinatais | 11,3 | 7,9 | 7,9 | 7,3 |
| Maldefinidas | 3,0 | 3,9 | 3,6 | 4,2 |
| Lesões e enven. | 3,7 | 3,8 | 4,2 | 5,3 |
| Código V | 2,1 | 1,5 | 2,6 | ... |
| Total | 3,6 | 3,3 | 6,0 | 6,9 |
| Total excluído gravidez parto e puerpério | 3,8 | 3,5 | ... | ... |

* Fonte: Informe Epidemiológico do SUS⁷ (dados até novembro de 1992).

** Fonte: BUSS⁴ (1993).

Tabela 7 - Médias de permanência e desvios-padrão (em dias), segundo grupos de diagnósticos e sexo, Maringá-PR, 1992.

| Sexo | Masculino | | Feminino | |
|---|-----------|---------------|----------|---------------|
| | média | desvio padrão | média | desvio padrão |
| Infeciosas | 3,5 | 3,6 | 3,9 | 3,3 |
| Neoplasias | 4,1 | 3,2 | 3,7 | 3,1 |
| Endócrinas | 3,5 | 1,9 | 3,4 | 2,7 |
| Doenças do sangue | 3,3 | 1,5 | 3,0 | 1,3 |
| Transtornos mentais | 2,0 | 1,0 | 7,0 | 5,3 |
| Sistema nervoso | 4,0 | 4,1 | 4,2 | 3,5 |
| Circulatório | 4,7 | 2,8 | 4,1 | 3,3 |
| Respiratório | 3,8 | 3,2 | 3,9 | 3,3 |
| Digestivo | 4,1 | 4,2 | 4,3 | 3,5 |
| Geniturinário | 3,5 | 3,1 | 2,8 | 2,3 |
| Gravidez parto e puerp | - | - | 2,3 | 1,4 |
| Doenças da pele | 4,3 | 4,6 | 3,3 | 3,0 |
| Osteomuscular | 2,6 | 2,1 | 3,5 | 3,9 |
| Anomalias congênitas | 3,9 | 2,6 | 4,9 | 6,4 |
| Perinatais | 12,3 | 9,2 | 9,4 | 4,6 |
| Maldefinidas | 4,0 | 5,3 | 2,1 | 1,4 |
| Lesões e enven. | 3,8 | 4,0 | 3,2 | 3,2 |
| Código V | 1,8 | 2,0 | 2,2 | 1,3 |
| Total | 4,0 | 3,8 | 3,2 | 2,9 |
| Total excluído o grupo de gravidez, parto e puerpério | 4,0 | 3,8 | 3,6 | 3,2 |

do do Paraná (6,0 dias) e à brasileira para o ano de 1991 (6,9 dias), lembrando que, para Maringá, não estão incluídas as internações do hospital psiquiátrico. Porém, a DMI para Maringá foi também inferior à observada para o Estado do Paraná e para o Brasil segundo a maioria dos grupos de diagnósticos. Embora exista a tendência ao declínio da DMI¹⁵, esses resultados podem estar sugerindo haver desospitalizações precoces, considerando que 21% das internações, em Maringá, duraram apenas um dia. Segundo Yazlle-Rocha²⁰, internações podem ainda ser “induzidas” pela estrutura da assistência médico-hospitalar oferecida ou pela existência de leitos disponíveis. De fato, a região Sul, em 1989, figurava entre as que tinham maior disponibilidade de leitos por habitante (4,26 por 1.000) e a primeira em número de internações (10,9 por 100 habitantes)⁴. Deve ser observado ainda que, a DMI pode estar relacionada à estrutura etária e ao nível de saúde da população, sendo importante portanto, que esses fatos sejam considerados quando esses índices são comparados para populações distintas. O grupo das afecções originadas no período perinatal teve a maior média de permanência (11,3 dias), seguido das doenças do aparelho circulatório e anomalias congênitas (4,4 dias) (com exceção do grupo dos transtornos mentais). Quanto ao sexo, foi observado que a DMI foi maior para o sexo masculino (4,0 dias) do que para o sexo feminino (3,2 dias), mesmo excluído o grupo das complicações da gravidez, parto e puerpério (Tabela 7). As crianças menores de 1 ano e os pacientes acima de 70 anos de idade foram os que permaneceram maior tempo hospitalizados (Tabela 8). Os pacientes cujas internações foram financiadas pelo SUS ficaram maior tempo hospitalizados que os de convênio e particular, mesmo observando os grupos de diagnósticos (Tabela 9). Pode ocorrer que as mesmas patologias se apresentem com maior gravidade em pacientes do SUS, exigindo maior permanência hospitalar, por outro lado, é possível que pacientes particulares e conveniados controlem a duração de sua estadia¹¹. Os pacientes residentes em Maringá tiveram DMI inferior aos procedentes de outros municípios. Fatores como casos mais graves serem encaminhados para hospitais de Maringá e a distância do local de residência devem estar influenciando este indicador.

O coeficiente de mortalidade hospitalar (CMH) foi de 2,7 óbitos para cada 100 internações e foi maior para os homens (3,9%) do que para as mulheres (1,9%). Os óbitos foram mais frequentes para pacientes menores de 1 ano e maiores de 50 anos (Tabela 10). A ausência e o pequeno número de óbitos para muitos diagnósticos prejudicaram a análise segundo

essa variável. Observou-se, entretanto, a importância das neoplasias, doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo como principais causas da mortalidade hospitalar. Pacientes cujas internações foram financiadas pelo SUS apresentaram CMH maior em relação aos pacientes conveniados e particulares (3,4; 1,1 e 0,4, respectivamente). Deve ser considerado que houve diferença na estrutura por sexo e idade dos pacientes segundo a fonte de financiamento. Observou-se que as internações de pacientes conveniados e particulares foram mais frequentes nas mulheres do que nos homens e se concentraram nas faixas de idade intermediárias para as quais o CMH foi menor. Entretanto, outros fatores podem ser considerados como possivelmente uma maior demora ou dificuldade no acesso à assistência médica chegando o paciente do SUS em estado mais grave, em condições físicas piores devido a própria situação econômica, ou ainda a prestação da assistência médica diferenciada para cada paciente de acordo com a fonte de financiamento da internação¹¹. Os pacientes residentes em Maringá tiveram menor CMH (2,2%), do que os procedentes da 15ª Regional (3,8%) e os de fora da regional (3,7%), retratando como comentado anteriormente a afluência de demanda externa, provavelmente de casos mais graves, aos hospitais do município.

Diante da relevância dos estudos de morbidade hospitalar, algumas considerações em relação à produção dessas informações poderiam ser destacadas. A utilização dos prontuários médicos como fonte de dados poderia aprofundar ou complementar questões específicas não permitidas através da análise das informações contidas no banco de dados disponível no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), por exemplo. Reforça-se portanto, a fundamental importância da qualidade das informações e da organização dos arquivos médicos para que estudos desta natureza possam ser efetuados com maior frequência e facilidade. No presente estudo, as perdas de prontuários e grande parte de diagnósticos

Tabela 8 - Médias de permanência e desvios-padrão (em dias) segundo idade, Maringá- PR, 1992.

| Idade | Média | Desvio-padrão |
|--------------|-------|---------------|
| < 1 ano | 5,0 | 5,0 |
| 1 - 4 anos | 3,1 | 2,6 |
| 5 - 9 anos | 2,8 | 2,8 |
| 10 - 14 anos | 3,5 | 3,4 |
| 15 - 19 anos | 2,8 | 2,0 |
| 20 - 49 anos | 2,9 | 2,7 |
| 50 - 69 anos | 4,6 | 4,1 |
| 70 anos e + | 5,0 | 3,6 |
| Total | 3,6 | 3,3 |

Tabela 9 - Médias de permanência e desvios-padrão (em dias), segundo 10 grupos de diagnósticos mais freqüentes e fonte de financiamento, Maringá-PR, 1992.

| Grupos de Diagnósticos | Fonte de Financiamento | | | | | |
|---|------------------------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|
| | SUS | | Convênio | | Particular | |
| | média | d. padrão | média | d. padrão | média | d. padrão |
| Infeciosas | 3,9 | 3,4 | 3,3 | 4,0 | 2,1 | 2,1 |
| Neoplasias | 4,0 | 3,3 | 3,5 | 2,2 | 3,2 | 3,0 |
| Sistema nervoso | 4,3 | 3,9 | 3,8 | 4,6 | 2,9 | 2,1 |
| Circulatório | 4,8 | 3,1 | 2,6 | 2,5 | 2,3 | 1,6 |
| Respiratório | 4,4 | 3,5 | 2,2 | 1,9 | 1,6 | 1,1 |
| Digestivo | 4,5 | 4,1 | 2,4 | 1,8 | 3,1 | 2,7 |
| Geniturinário | 3,6 | 2,8 | 2,3 | 2,1 | 2,6 | 1,5 |
| Gravidez | 2,3 | 1,5 | 2,2 | 0,9 | 1,8 | 0,7 |
| Mal-definidas | 4,2 | 4,9 | 2,4 | 3,9 | 2,1 | 1,5 |
| Lesões e envenenamentos | 3,9 | 3,8 | 2,7 | 3,5 | 3,0 | 4,4 |
| Total | 3,9 | 3,3 | 2,5 | 2,7 | 2,3 | 2,2 |
| Total excluído o grupo de gravidez, parto e puerpério | 4,3 | 3,5 | 2,6 | 3,0 | 2,4 | 2,3 |

SUS - Sistema Único de Saúde

Tabela 10 - Coeficiente de mortalidade hospitalar (por 100 internações), segundo idade, Maringá-PR, 1992.

| Idade | óbitos | Internações | CMH |
|--------------|--------|-------------|-----|
| < 1 | 4 | 135 | 3,0 |
| 1 - 4 anos | 1 | 189 | 0,5 |
| 5 - 9 anos | - | 103 | - |
| 10 - 14 anos | - | 63 | - |
| 15 - 19 anos | 1 | 162 | 0,6 |
| 20 - 49 anos | 9 | 1.157 | 0,8 |
| 50 - 69 anos | 29 | 436 | 6,6 |
| 70 anos e + | 25 | 257 | 9,7 |
| Total | 69 | 2.502* | 2,7 |

* Excluídos 16 casos de idade ignorada.

CMH - Coeficiente de Mortalidade Hospitalar.

classificados como sintomas, sinais e afecções mal-definidos (principalmente em internações financiadas por convênios e particulares), apenas citando as dificuldades mais importantes, foram resultado direto da situação em que se encontra a qualidade dos registros das informações constantes nos arquivos médicos. Medidas como o preenchimento correto e cuidadoso de cada impresso, a preservação adequada dos prontuários, além de ir ao encontro das finalidades administrativas e de pesquisa médica, vão proporcionar segurança à instituição, aos profissionais de saúde e principalmente aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, M.B.A. Estudo da morbidade hospitalar no município de Ribeirão Preto em 1975. Ribeirão Preto, 1977. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
2. BARROS, M.B.A. Morbidade e mortalidade hospitalar de crianças menores de 1 ano em Ribeirão Preto - SP (Brasil), 1975. *Rev.Saúde Pública*, 15:308-20, 1981.
3. BELFORT, P.A. A propósito do alargamento das indicações de cesárea. *Femina*, 17: 988-95, 1989.
4. BUSS, P.M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991). Uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Inf. Epidemiol. SUS*, 2:5-42, 1993.
5. CUCOLO, C.T.S. Cesariana: as principais causas do elevado índice em um hospital da cidade de Maringá. [Maringá, 1990. [Monografia de Especialização - Universidade Estadual de Maringá].
6. FORSTER, A.C., & YAZLLE ROCHA, J.S. Hospitalizações e classes sociais. *Divulg em Saúde para Deb*, 1(3):71-7, 1991.
7. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. Brasília, Ministério da Saúde/CENEPI, 1(7), 1992.
8. LAURENTI, R. & BUCHALLA, C.M. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II-Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. *Rev. Saúde Pública*, 19:225-32, 1985.
9. LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. São Paulo, EPU, 1985.
10. LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º, Campinas, 1990. *Anais*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1990. p.143-65.

11. LEBRÃO, M.L. Morbidade hospitalar no Vale do Paraíba, 1975. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
12. LEBRÃO, M.L. et al. Estudo da morbidade dos pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-1989. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, **48**:189-98, 1993.
13. LEVY, P.S. & LEMESHOW, S. *Sampling for health professionals*. Belmont, Lifetime Learning, 1980.
14. MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V., org. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, UCITEC/ABRASCO, 1993. p. 11-91.
15. MONTERO D'OLEO, R.J. & FÁVERO, M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Rev. Saúde Pública*, **26**:256-63, 1992.
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito*; 9ª rev. 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1980. 2v.
17. PAZ, J.E. et al. As malformações congênitas nas internações dos hospitais de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, **12**:356-66, 1978.
18. SOUZA, R.K.T. de. Mortalidade infantil e sub-registro de nascidos vivos no município de Maringá-PR em 1989. São Paulo 1992. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
19. YAZLLE-ROCHA, J.S. et al. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1986. *Rev. Saúde Pública*, **23**:374-81, 1989.
20. YAZLLE-ROCHA, J.S. Assistência médico-hospitalar em Ribeirão Preto, SP, 1972-1976: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Saúde Deb.*, **6**:38-41, 1978.
21. YAZLLE-ROCHA, J.S. Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Rev. Saúde Pública*, **14**:56-64, 1980.
22. YAZLLE-ROCHA, J.S. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, **9**:477-93, 1975.