

## PADRÕES DE MORBIDADE HOSPITALAR

### CONSIDERAÇÕES PARA UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR \*

Juan Stuardo Yazlle Rocha \*\*

R.SPUB9/487

YAZLLE ROCHA, J. S. *Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14: 58-64, 1980.

**RESUMO:** Estudou-se o padrão de morbidade hospitalar dos pacientes do município de Ribeirão Preto (SP), Brasil no período 1972-76. Este padrão é considerado um produto social histórico, fruto das condições de vida da população referida e da política de assistência médico-hospitalar vigente. No período do estudo há um aumento considerável no número de internações, embora o padrão de hospitalização permaneça o mesmo. Discute-se os principais grupos de doenças referidos como as causas das internações e analisa-se as possíveis razões para o aumento de certas causas específicas de hospitalização, associadas à política assistencial.

**UNITERMOS:** Morbidade hospitalar. Assistência médico-hospitalar. Assistência médica.

#### INTRODUÇÃO

As estatísticas de serviços de saúde tem ganho interesse e importância nos últimos tempos, como estimadores do nível de saúde da população, da política médico-assistencial, e pelas facilidades de coleta da informação e aplicação direta ao planejamento e administração dos serviços das suas contribuições mais imediatas. A saúde-doença, fenômeno coletivo, social e histórico, encontra sua determinação em cada sociedade no modo de produção da vida econômica, no tipo de relações sociais existentes, na estrutura jurídico-política vigente, e se expressa em um padrão de morbidade definido<sup>12</sup>. As estatísticas de morbidade, a partir de serviços de saúde, estão sujeitas

também a alterações derivadas da estrutura da demanda de assistência médica e da política assistencial neste campo (teríamos, assim, a demanda "real", a "induzida", a "satisfeita", etc.). A morbidade hospitalar, embora constitua o ápice do "iceberg"<sup>6</sup> reveste-se de especial importância por constituir aquela fração assistida que absorve maior quantidade de recursos dentro da nossa política assistencial, e, mais ainda, quando ela constitui a totalidade da demanda de assistência hospitalar local<sup>13</sup> de uma população de centro regional com importante projeção — (nível 2º) (IBGE<sup>4</sup>).

\* Apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Câmara dos Deputados, Brasília, 9 a 11 de outubro, 1979.

\*\* Do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP — 14100 — Ribeirão Preto, SP — Brasil.

#### MATERIAL E MÉTODOS

O Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP vem desenvolvendo um programa de estudo da assistência médico-hospitalar na cidade de Ribeirão Preto desde 1970. O mais singular deste programa é que pelas condições peculiares da cidade onde se desenvolve é possível conhecer não apenas os numeradores mas também os denominadores (isto é, a população de referência) dos coeficientes mais freqüentemente utilizados em estudos de cobertura assistencial. Além disto, a cidade conta com vastos recursos para a assistência médica ambulatorial e hospitalar, e diversos sistemas de financiamento de hospitalizações (particulares, previdenciários, empresas e cooperativas de saúde, saúde pública e assistência a indigentes) que garantem a cobertura de internações a praticamente toda a demanda de hospitalizações do município.

Do ponto de vista qualitativo, os serviços existentes na cidade atendem às características de serviços gerais, especializados (de 2º nível) e super-especializado de (3º nível). A sistemática de funcionamento do CPDH, a cobertura do sistema e a consistência das informações foram publicadas em trabalhos anteriores<sup>3,11</sup>; como as características do serviço têm-se mantido no período, inclusive com tendência a melhorar, acreditamos que a avaliação naquela oportunidade vale para todo o estudo atual.

Para o presente trabalho foram considerados todos os egressos de pacientes procedentes do município de Ribeirão Preto (excluídos os recém-nascidos) nos anos de 1972 a 1976 e o diagnóstico principal da hospitalização (definido como a causa da internação), agrupados segundo os XVII grupos da Classificação Internacional de Doenças (CID), 8ª Revisão, e a Chave Y da mesma (Classificações Suplementares)<sup>8</sup>.

Os aspectos quantitativos da assistência médico-hospitalar em Ribeirão Preto, neste período, já foram considerados em trabalho anterior<sup>10</sup>. Neste período as internações do próprio município cresceram de 28% e o coeficiente de egressos por habitante que já era elevado em 1972 elevou-se ainda mais (de 121,5 a 140,9 por mil habitantes).

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 é apresentada a Morbidade Hospitalar de pacientes de Ribeirão Preto segundo os XVII grupos da CID e a Chave Y. Os totais de cada ano nos revelam, no período, um crescimento em número absoluto e em coeficientes<sup>10</sup>. O padrão de morbidade hospitalar que encontramos em 1972<sup>11</sup> repete-se nos anos seguintes com surpreendente estabilidade. Os grupos diagnósticos mais importantes, em ordem de freqüência são:

- Grupo XI — Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério: o grupo cresce em número absoluto embora tenha reduzido sua participação em cada mil internações (passou de 265,3 a 247,7). Isto sugere que o crescimento seja devido ao crescimento populacional (sabemos que em Ribeirão Preto quase a totalidade dos partos são hospitalares)<sup>5</sup>, menor do que o crescimento da demanda dos outros grupos de doenças.
- Grupo VIII — Doenças do Aparelho Respiratório: este grupo apresenta no período surpreendente crescimento, tanto em número absoluto de internações, como em relação aos outros grupos, principalmente nos dois últimos anos de estudo. Este achado já tinha chamado nossa atenção anteriormente<sup>11</sup>, e agora se repete ganhando importância. Os grupos de doenças mais importantes, segundo a Lista A, no período, foram: A 92 — Outras pneumonias; A 93 — Bronquite, enfisema e asma; A 94 — Hipertrofia da amidala e vegetações adenóides.

TABELA 1

Morbidade hospitalar de pacientes de Ribeirão Preto \* — hospitais gerais de Ribeirão Preto. 1972 — 1976

Grupo	1972		1973		1974		1975		1976	
	Nº	X 1000	Nº	X 1000	Nº	X 1000	Nº	X 1000	Nº	X 1000
I	828	29,4	895	32,5	904	30,8	1155	34,2	1305	36,3
II	990	35,2	1174	42,6	1259	42,9	1419	43,5	1577	43,8
III	375	13,3	377	13,7	347	11,8	389	11,9	433	12,0
IV	135	4,8	96	3,5	106	3,6	118	3,6	111	3,1
V	89	3,2	71	2,6	72	2,5	83	2,5	54	1,5
VI	676	24,0	706	25,6	802	27,3	886	27,1	892	24,8
VII	3210	114,0	2943	106,8	3059	104,3	3709	113,6	4180	116,1
VIII	3537	125,7	3722	135,0	3854	131,4	4948	151,6	6291	174,8
IX	1928	68,5	1876	68,1	1978	67,4	2094	64,1	2399	66,6
X	1690	60,0	1656	60,1	1857	63,3	2099	64,3	2536	70,5
XI	7468	265,3	7331	266,0	7955	271,1	8116	248,6	8917	247,7
XII	392	13,9	410	14,9	448	15,3	447	13,7	443	12,3
XIII	850	30,2	807	29,3	855	29,1	1067	32,7	1251	34,8
XIV	241	8,6	223	8,1	240	8,2	278	8,5	293	8,1
XV	15	0,5	11	0,4	15	0,5	3	0,1	13	0,4
XVI	2943	104,6	2708	98,3	2880	98,2	3010	92,2	2522	70,1
XVII	2592	92,1	2526	91,6	2548	86,8	2646	81,0	2605	72,4
Y	181	6,4	93	3,4	159	5,4	178	5,4	171	4,7
T	28147	1000	27561	1000	29340	1000	32645	1000	35993	1000

\* Excluídos os RN  
Fonte: CPDH

— Grupo VII — Doenças do Aparelho Circulatório: este grupo apresenta uma tendência a diminuir (em termos absolutos e relativos) até 1974 passando a apresentar crescimento nos dois últimos anos do período, até um nível um pouco superior ao que tinha no início (114,0 a 116,1 por mil egressos). Os grupos da Lista A mais freqüentes são A84 — Outras formas de doenças do coração; A88 — Outras doenças do aparelho circulatório; A83 — Doenças isquêmicas do coração; A85 — Doenças cerebrovasculares.

— Grupo XVI — Sintomas e Estados Mórbidos Mal Definidos: este grupo

tem tendência decrescente, principalmente em termos relativos. A razão principal disto deve ser a melhoria nas informações referidas ao CPDH, em parte, talvez, como produto do próprio trabalho do mesmo.

— Grupo XVII — Acidentes, Envenenamentos e Violências: este grupo, que se apresenta praticamente estável em termos absolutos, tem tendência constante à redução em relação aos outros grupos diagnósticos (queda de 92,1 a 72,4 em cada mil egressos). Os grupos da Lista A mais freqüentes são: AN 140 — Fraturas dos membros; AN 145 — Lacerações e ferimentos.

- Grupo IX — Doenças do Aparelho Digestivo: este grupo apresenta discreta tendência a crescer em número absoluto de egressos e a diminuir relativamente em relação aos outros diagnósticos. Os sub-grupos da Lista A mais freqüentes, com tendência crescente, no período, foram: A 101 — Obstrução intestinal e hérnia; A 98 — Úlcera péptica.
- Grupo X — Doenças do Aparelho Geniturinário: este grupo apresenta uma tendência a crescer, tanto em número absoluto como também em relação aos outros grupos diagnósticos, sendo seu crescimento mais acentuado nos dois últimos anos do período em estudo. Os sub-grupos da Lista A mais importantes são: A 111 — Outras doenças do aparelho geniturinário; A 106 — Outras nefrites e nefroses; A 108 — Cálculos do aparelho urinário.
- Grupo II — Tumores (Neoplasmas): grupo com tendência crescente no período tanto em número absoluto como relativo. Os sub-grupos diagnósticos mais importantes foram A 61 — Tumores benignos e tumores de natureza não especificada; A 59 — Leucemia; A 60 — Outros tumores do tecido linfático e órgãos hematopoéticos.

- Grupo I — Doenças Infecciosas e Parasitárias: este grupo apresenta tendência crescente tanto em termos absolutos como relativo, no período. O sub-grupo diagnóstico mais importante é o A 5 — Enterite e outras doenças diarréicas.

A Tabela 2 apresenta os sete principais diagnósticos, em ordem de freqüência, no período de estudo, e a somatória dos coeficientes por mil egressos, destes mesmos grupos. Estes grupos constituem mais de 80% dos egressos hospitalares no período do estudo, embora com ligeira tendência a diminuir sua proporção em relação aos outros grupos (83,0 a 81,8).

No geral, o padrão de morbidade hospitalar aqui caracterizado, corresponde ao ápice do "iceberg" da morbidade geral da população de Ribeirão Preto, mediado pela política de assistência médico-hospitalar vigente. A estabilidade do padrão observado, sua monótona repetição, são indícios de que o mesmo não é um produto aleatório senão, também, um produto social histórico.

No particular, o caso de certos sub-grupos acima apontados, (certamente o caso da asma, amidalites, hérnia, úlcera, nefroses, enterites, etc.) devem ser cuida-

TABELA 2  
Padrão de morbidade hospitalar — Ribeirão Preto — 1972-1976

Ano	Principais grupos de doenças (CID)							Σ Coef. por 1000 int.
72	XI	VIII	VII	XVI	XVII	IX	X	830,0
73	XI	VIII	VII	XVI	XVII	IX	X	825,6
74	XI	VIII	VII	XVI	XVII	IX	X	822,5
75	XI	VIII	VII	XVI	XVII	X	IX	815,4
76	XI	VIII	VII	XVII	XVI	X	IX	818,2

dosamente considerados dada a possível associação destes casos com as internações "induzidas" ou "desnecessárias".

A este respeito é muito importante lembrar que vários dos crescimentos da demanda acima assinalados ocorreram, principalmente, após 1974, isto é, após mudança na política assistencial previdenciária. Nos referimos ao Plano de Pronto Ação, (Outubro, 1974) que tinha por objetivo explícito "tornar os serviços de saúde mais acessíveis de imediato aos beneficiários da Previdência"<sup>7</sup>, e, no ano seguinte, à criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), "destinado ao financiamento de hospitais e clínicas de propriedade privada para montagem e/ou ampliação de instalações.... As empresas financiadas pelo FAS, para serem rentáveis, têm de atrelar-se à demanda gerada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), do contrário seus custos não gerarão lucros"<sup>2,8</sup>. Neste sentido, é preciso dizer que não apenas a demanda de serviços (internações) cresce, especialmente, a partir deste período, senão "curiosamente" a oferta de serviços (no nosso caso, de leitos hospitalares) cresce também: o índice leitos/habitantes passa de 4,97 a 5,34 leitos por mil habitantes entre 1974 e 1976, na cidade de Ribeirão Preto<sup>10</sup>.

Seja a morbidade hospitalar expressão das condições sociais de vida da população de Ribeirão Preto ou seja produto da demanda "induzida" pela estrutura médico-assistencial vigente, ou, o que nos parece mais provável, o produto destas duas coisas, a verdade é que a preservação e crescimento deste padrão de hospitalizações atende mais aos interesses vinculados ao consumo de serviços médico-hospitalares do que à atenuação ou (muito menos) solução dos problemas de saúde levantados.

Como é de supor, uma política assistencial que "induz" hospitalizações além do necessário, não afeta igualmente as distintas categorias de internação, atingindo mais com sua prática "intervencionista"

(internação, cirurgias, etc.), as categorias economicamente mais rentáveis; este fato já tem sido assinalado por outros autores, mostrando, por exemplo, que o índice de cesáreas é maior para determinadas categorias<sup>1,5</sup>.

Visto que a solução dos problemas nosológicos populacionais não se encontra ao nível da assistência médico-hospitalar, senão ao nível das políticas sociais, é importante a racionalização desta assistência a fim de diminuir seus custos e melhorar seu desempenho. A este respeito a melhor política é a regionalização assistencial e a assistência progressiva, adequando os níveis dos recursos aos níveis das necessidades. Todavia a implementação de uma política como esta (aliás preconizada no Sistema Nacional de Saúde, julho 1975) requer o conhecimento dos problemas e sua dinâmica de transformação.

#### CONCLUSÕES:

1. O padrão de morbidade hospitalar dos pacientes de Ribeirão Preto, no geral mantave-se constante no período de 1972 a 1976.
2. Os grupos diagnósticos mais importantes nas hospitalizações gerais no município de Ribeirão Preto, no período do estudo foram:

Grupo XI — Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério

Grupo VIII — Doenças do Aparelho Respiratório

Grupo VII — Doenças do Aparelho Circulatório

Grupo XVI — Sintomas e Estados Mórbidos Mal Definidos

Grupo XVII — Acidentes, Envenenamentos e Violências

Grupo IX — Doenças do Aparelho Digestivo

Grupo X — Doenças do Aparelho Geniturinário.

Estes grupos são responsáveis por mais de 80% das hospitalizações.

3. Nossa análise da assistência médico-hospitalar no período sugere que o crescimento da demanda de internação por certos sub-grupos diagnósticos está associada à oferta de serviços e à política assistencial vigente. Devem ser

considerados, com este propósito os diagnósticos de asma, amidalites, hérnia, úlceras, nefroses, enterites.

4. A política de assistência médico-hospitalar vigente tende a manter e reproduzir o padrão assistencial (consumista) dos serviços e não a desenvolver um esquema resolutivo, adequado e racional de atenção aos problemas de saúde da população.

RSPUB9/487

YAZLLE ROCHA, J. S. [Hospitalar morbidity patterns: considerations for a medical assistance policy.] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:58-64, 1980.

ABSTRACT: *The hospital morbidity pattern of the in-patient demand in the county of Ribeirão Preto, SP, Brazil (1972-76) was studied. This pattern is a social and historical phenomenon, a product of living conditions and of hospital and medical care policy. An increase in the number of hospitalizations was verified although the morbidity pattern remained the same. The main groups of diseases given as causes of the hospitalizations are discussed, as are the reasons for the selective increase in hospitalizations for specific conditions, hospitalizations probably induced by medical assistance policy.*

UNITERMS: *Hospital morbidity. Hospital-medical assistance. Medical assistance.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO BARROS, M. B. *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. BRAGA, J. C. S. *A questão da saúde no Brasil*. Campinas, 1978. [Dissertação de Mestrado — Universidade Estadual de Campinas]
3. FAVERO, M. et al. Organização de um centro de informática hospitalar em nível local. *Rev. paul. Hosp.*, 21(4): 151-7, 1973.
4. FUNDAÇÃO IBGE. *Divisão do Brasil em regiões funcionais urbanas*. Rio de Janeiro, 1972.
5. GARDONYI CARVALHEIRO, C. D. Padrões de atendimento ao parto no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Bol. Ofic sanit. panamer.*, 85:239-49, 1978.
6. LAST, J. M. The iceberg: "Completing the Clinical Picture" in general practice. *Lancet*, 2:28-31, 1963.
7. LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil — Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
8. MANUAL de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos, 8ª revisão, 1965. Washington, D C, Organização Pan-Americana da Saúde, 1969. (OPAS-Publ. cient., 190).

---

YAZLLE ROCHA, J. S. Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:58-64, 1980.

---

9. MELLO, C. G. A irracionalidade da privatização da Medicina Previdenciária. *Saúde Deb.*, (3):8-15, 1977.
10. YAZLLE ROCHA, J. S. Assistência médico-hospitalar, Ribeirão Preto (SP), 1972-76. Considerações para uma política de assistência hospitalar. *Saúde Deb.*, (6):38-41, 1978.
11. YAZLLE ROCHA, J. S. Morbidade e mortalidade hospitalar em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1972. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:214-28, 1977.
12. YAZLLE ROCHA, J. S. Salud-enfermedad y estructura social. *Salud Problema*, Mexico, (3):5-16, 1978.
13. YAZLLE ROCHA, J. S. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:477-93, 1975.
- Recebido para publicação em 13/08/1979*  
*Aprovado para publicação em 30/10/1979*