

Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003

Social inequalities in hospital admissions in Brazil:
what has changed from 1998 to 2003

Mônica Silva Monteiro de Castro¹

Abstract *The objective of this paper was to compare hospital admission associated factors in Brazil in 1998 and 2003. The data of the 2003 National Household Survey Health Supplement were analyzed using a logistic regression model with normalized weights, using Andersen's Behavioral Model, and the results were compared to those published in the PNAD 1998. There was a decrease in hospital admission coefficients for women in reproductive age and older adults, and an increase in the coefficient for children. For adults, there was an increase in inequality in hospital admissions according to the income. Among children, those with no income had more chances for hospital admission. Race and educational level had no influence in hospital admissions. Some general trends with respect to hospital admissions in Brazil could be verified in this study: the increase in admissions for surgical procedures, the decrease in admissions related to pregnancy, childbirth and puerperium, shorter in-patient care, the increase in admissions to public hospitals, the increase in admissions financed by the Brazilian Unified Health System (SUS) in comparison to admissions covered by private health insurances and out-of-pocket payment, the decrease in admissions financed by more than one system and the great proportion of users satisfied with the care they received.*

Key words *Hospital services utilization, Social inequality, Income inequality*

Resumo *O objetivo deste artigo foi comparar os fatores associados às internações hospitalares no Brasil em 1998 e 2003. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 foi analisada utilizando modelo de regressão logística com pesos normalizados, tendo o Modelo Comportamental de Andersen como base teórica, e os resultados foram comparados aos da PNAD 1998 anteriormente publicados. Houve diminuição dos coeficientes de internação para mulheres em idade reprodutiva e para idosos; e aumento dos coeficientes para crianças. Para adultos, houve aumento da desigualdade por renda no uso de internações hospitalares. Para crianças, aquelas sem renda tiveram uma maior chance de internação. Não houve efeito de raça e escolaridade nas internações. Algumas tendências mais gerais do uso das internações hospitalares no Brasil puderam ser verificadas neste estudo: o aumento da participação dos procedimentos cirúrgicos, em detrimento dos partos; a diminuição dos tempos médios de permanência; o aumento da participação dos hospitais públicos; o aumento da participação do SUS, em detrimento da participação dos planos de saúde e do financiamento do próprio bolso; a diminuição da existência de fonte dupla de financiamento para as internações e uma grande proporção de pessoas satisfeitas com o atendimento recebido.*

Palavras-chave *Utilização de serviços hospitalares, Desigualdade social, Desigualdade de renda*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena 2.336, 10º andar, 30130-007, Belo Horizonte MG. mmcastro@uai.com.br

Introdução

A utilização de serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares, é tema importante da pesquisa em serviços de saúde. No Brasil, esse tema apresenta uma relevância especial, devido à presença do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS financia serviços de atenção hospitalar e ambulatorial em todo o país, além de exercer funções de saúde pública típicas do Estado, tais como vigilância sanitária e epidemiológica. Por definição constitucional, o SUS deve assistir a toda a população brasileira de forma universal, igualitária e hierarquizada.

O estudo da utilização de serviços de saúde torna-se prioritário pelas seguintes razões: a intensa e pouco regulada incorporação tecnológica na área da saúde, resultando em custos crescentes para o setor; as grandes mudanças no perfil dos pacientes internados, sendo os pacientes menos graves tratados no nível ambulatorial, ficando a internação hospitalar para os casos mais graves e de custo mais elevado; e a importante crise no setor hospitalar que presta serviços ao SUS – público, filantrópico ou privado – frente à escassez de recursos humanos especializados em gestão hospitalar e ao desequilíbrio entre receita e despesa.

Tradicionalmente, a produção científica brasileira que analisa acesso e uso de serviços ambulatoriais é bem mais vasta do que aquela que analisa acesso e uso de internações hospitalares. Possíveis explicações para este fato incluem a existência, já tradicional, de programas específicos para o setor ambulatorial, como os voltados para a saúde da criança e da mulher; a maior familiaridade, por razões históricas, da maioria dos profissionais da saúde pública com a atenção ambulatorial; a grande complexidade das unidades hospitalares; e a pouca integração dessas unidades aos sistemas municipais e estaduais de saúde no Brasil.

Os resultados de uma revisão sistemática da literatura sobre a utilização de serviços de saúde no Brasil¹, no que se refere especificamente às internações hospitalares, mostrou que os indivíduos mais pobres, de classe social mais baixa, de menor escolaridade, que tinham planos de saúde e que eram de cor/raça branca tiveram mais internações hospitalares. A disponibilidade dos dados da PNAD 2003 permite que essas associações sejam novamente verificadas empiricamente. Esse intervalo de cinco anos foi um período de contínua expansão e consolidação do SUS no país, o que torna particularmente oportuna e interessante a comparação dos dados.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar os fatores associados às internações hospitalares no Brasil, utilizando os dados da PNAD 2003, e comparar esses resultados com os resultados da análise da PNAD 1998, já publicados².

Metodologia

Os dados analisados são provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD 2003), inquérito populacional realizado anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), excluindo da amostra as áreas rurais da região norte do país (Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá)³.

O banco de dados da PNAD 2003 contém informações sobre 384.834 indivíduos. Em 38,2% das vezes o informante do Suplemento Saúde foi a própria pessoa; em 59,7%, outra pessoa moradora do domicílio; e em 2,1%, outra pessoa não moradora do domicílio. Na parte descritiva da análise foram estudadas todas as 26.957 internações informadas. Na análise multivariada foram analisadas 21.368 internações referentes às categorias tratamento clínico e cirurgia, correspondendo a 79,3% das internações. A descrição das variáveis utilizadas pode ser vista em detalhe em Castro *et al.*².

O Modelo Comportamental desenvolvido por Andersen^{4,5} foi utilizado para a análise. Nesse modelo, o uso de serviços de saúde é função da **predisposição** dos indivíduos, de fatores **capacitantes**, que possibilitam ou impedem este uso, e da **necessidade** de cuidados de saúde. São características predisponentes: fatores demográficos, aqueles relacionados à estrutura social e a fatores culturais. Fatores capacitantes, individuais e da área devem estar presentes para que o uso de serviços de saúde ocorra: é preciso que existam instalações, equipamentos e equipes de saúde, e que os indivíduos tenham os meios e os conhecimentos necessários para chegar aos serviços e fazer uso deles^{5,6}.

A operacionalização do Modelo Comportamental inclui entre os fatores predisponentes as seguintes características: sexo e idade (demográficos); escolaridade e raça (estrutura social); e, entre, os fatores capacitantes, renda, cobertura por seguro de saúde, existência de fonte regular de cuidado. O uso de serviços é medido em unidades de consultas médicas ou de internações hospitalares, podendo ser especificado para um determinado problema de saúde ou tipo de serviço^{5,6}.

A variável dependente dos modelos testados foi ter sido internado nos últimos 12 meses (sim ou não). Todos os modelos testados foram controlados por idade e sexo. Foram ajustados modelos separados para crianças e adultos, devido ao diferente efeito da idade no uso de internações hospitalares nos dois grupos. O modelo para crianças não incluiu escolaridade e estado funcional. A estratégia de análise envolveu duas etapas sucessivas: inicialmente foram incluídas todas as variáveis previstas e depois se utilizou o teste da razão da máxima verossimilhança para verificar quais variáveis seriam removidas do modelo, mantendo-se para apresentação dos resultados o modelo logístico completo, a fim de possibilitar a comparação com 1998.

Pesos foram utilizados para corrigir o fato de que a probabilidade de ter sido selecionado na amostra não era a mesma para todos os indivíduos na população. Todas as análises apresentadas foram ponderadas. Nas tabelas, os números absolutos em cada categoria de análise são apresentados sem ponderação, com o objetivo de mostrar o real tamanho desses grupos na população estudada. Como os resultados com e sem a correção de efeito de desenho no artigo anterior foram extremamente próximos e levaram às mesmas conclusões, a presente análise foi feita sem a correção, utilizando-se o software SPSS⁷.

Resultados

A tabela 1 apresenta os coeficientes de internação, segundo categorias, para o período de referência de 12 meses. O coeficiente geral de internação hospitalar no país em 2003 foi de 7,0%, bastante próximo ao de 1998 (6,9%), sendo o coeficiente maior para as mulheres (8,4%) em comparação aos homens (5,5%). Houve aumento desse coeficiente de 0,4 pontos percentuais (p.p.) para os homens e diminuição de 0,3 p.p. para mulheres. O coeficiente de internações clínicas e cirúrgicas foi de 5,6%, um aumento de 0,3 p.p. em relação a 1998, sendo este aumento de 0,3 p.p. para homens (5,2%) e 0,2 p.p. para mulheres (6,0%).

O grupo etário de 80 ou mais anos apresentou o maior coeficiente de internação (18,2%) e o grupo etário de 10 a 14 anos apresentou o menor coeficiente (2,8%). Ao se comparar 1998 e 2003, houve variação do comportamento do coeficiente de internação segundo a idade. Considerando-se os coeficientes gerais, até a idade de 14 anos houve aumento; de 15 a 29 anos, os coeficientes

diminuíram; de 30 a 54 anos, os coeficientes permaneceram estáveis ou tiveram aumento; e de 55 anos em diante, diminuíram. Ao se considerar o coeficiente clínico e cirúrgico, percebe-se que a redução de 15 a 29 anos já não aparece.

Considerando a situação de residência urbana e rural, o coeficiente de internação geral para a área rural (6,9%) aumentou 0,2 p.p. e não se modificou para a urbana (7,0%); houve aumento dos coeficientes de internações clínicas e cirúrgicas para os dois grupos. As pessoas sem renda (10,6%), bem como as sem escolaridade (10,3%), apresentaram coeficientes de internação muito maiores do que os dos outros grupos. Houve redução de 0,9 p.p. no coeficiente geral de internação das pessoas sem renda e de 0,2 p.p. para as pessoas de renda familiar *per capita* até 0,75 salário-mínimo (SM) e houve aumento respectivamente de 0,2 e 0,5 p.p. para pessoas com renda de 0,75 a 2 SM e de mais de 2 SM. Com relação à escolaridade, não houve redução importante dos coeficientes gerais de internação. Porém, houve redução dos coeficientes de internação clínica e cirúrgica de 1,2 p.p. para as pessoas sem escolaridade, de 1,0 p.p. para as pessoas de um a quatro anos de escolaridade e de 0,2 p.p. para as pessoas de cinco a oito anos de escolaridade. Para as pessoas de nove ou mais anos de escolaridade, houve aumento de 0,3 p.p.

A tabela 2 apresenta as características da última internação referida pelo indivíduo no período de 12 meses. Os motivos dessa última internação referida foram: tratamento clínico (54,1%); cirurgia (25,1%); parto (16,3%, dos quais 43,4% por cesariana); tratamento psiquiátrico e exames (4,5%). Houve diminuição de 3,9 p.p. nas internações por parto e aumento de 3,3 p.p. nas internações cirúrgicas. A taxa de cesarianas aumentou 1,7 p.p.

Com relação à última internação no período de referência, 83,7% das pessoas permaneceram internadas por até 7 dias; 10,6% de 8 a 15 dias; 3,6% de 16 a 30 dias; e 2,1% mais de 30 dias, com essa distribuição variando entre os tipos de internação. O tempo médio de permanência (TMP) foi de 6,0 dias, com desvio-padrão de 13,9 dias. Os partos tiveram o menor TMP (3,0 dias), em relação aos atendimentos clínicos (6,1 dias) e cirúrgicos (6,2 dias). A categoria outros, que inclui as internações psiquiátricas, apresentou o maior TMP (13,3 dias) (Tabela 2). Todos esses TMP tiveram reduções em relação a 1998, respectivamente de 0,1, 0,4, 0,6 e 2,9 dias. Ainda em relação a 1998, 9,8% (7,2 p.p. a menos) pacientes

Tabela 1

Coeficiente de internação segundo categorias para o período de referência de 12 meses, PNAD 2003.

Coeficiente de internação	Categoria	Todos os casos		Clínicos e cirúrgicos	
		N	Coeficiente	N	Coeficiente
Geral		26957	7,0%	21368	5,6%
Sexo	Masculino	10371	5,5	9769	5,2%
	Feminino	16586	8,4	11600	6,0%
	Total	26957		21369	
Faixa etária	Menor de 1	1419	12,2%	1321	11,5%
	1 a 4	1526	7,4%	1472	7,1%
	5 a 9	1347	3,7%	1300	3,6%
	10 a 14	1006	2,8%	947	2,6%
	15 a 19	1864	4,9%	1024	2,7%
	20 a 24	2702	7,4%	1301	3,7%
	25 a 29	2396	7,6%	1260	4,2%
	30 a 34	2176	7,5%	1325	4,7%
	35 a 39	1897	6,8%	1433	5,2%
	40 a 44	1710	6,7%	1511	6,0%
	45 a 49	1531	6,9%	1414	6,4%
	50 a 54	1429	7,9%	1345	7,5%
	55 a 59	1239	8,7%	1196	8,5%
	60 a 64	1136	9,9%	1081	9,4%
	65 a 69	1012	11,2%	971	10,8%
70 a 74	980	13,7%	945	13,3%	
75 a 79	749	15,9%	721	15,4%	
80 ou mais	838	18,2%	801	17,5%	
Total	26957		21368		
Situação de residência	Urbano	22783	7,0%	18050	5,6%
	Rural	4174	6,9%	3320	5,6%
	Total	26957		21370	
Renda familiar <i>per capita</i> em salários mínimos*	0	1071	10,6%	610	6,3%
	0 a 0,75 SM	11956	6,9%	8942	5,3%
	0,75 a 2 SM	8349	6,9%	7040	5,9%
	Mais de 2 SM	4948	7,0%	4253	6,1%
	Total	26324		20845	
Escolaridade (> 14 anos)	0 e Menos de 1	3741	10,3%	7065	7,8%
	1 a 4	5993	8,7%	5811	5,7%
	5 a 8	5160	6,9%	3803	4,4%
	9 e mais	6671	6,7%	4617	4,7%
	Total	21565		21296	
Raça	Branca	14231	7,1%	11379	5,8%
	Outras	12724	6,9%	9989	5,5%
	Total	26955		21368	

*Total difere devido a valores ignorados.

Salário mínimo em 2003: R\$ 240,00.

Nota 1: exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Nota 2: os números absolutos são valores não ponderados e os percentuais são valores ponderados.

Tabela 2

Características da última internação referida pelos indivíduos no período de referência de 12 Meses, PNAD 2003.

Variável	Categoria	Tipo de tratamento recebido									
		Clínico		Cirurgia		Parto*		Outros**		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Participação no total de atendimentos		14594	54,1%	6775	25,1%	4388	16,3%	1200	4,5%	26957	100,0%
Tempo de permanência (em dias)	média/desvio-padrão	6,1	12,9	6,2	14,2	3,0	3,9	13,3	32,7	6,0	13,9
Permanência	até 7 dias	11785	80,8%	5629	83,1%	4266	97,2%	868	72,4%	22548	83,7%
	8 a 15 dias	1971	13,5%	686	10,1%	84	1,9%	122	10,2%	2863	10,6%
	16 a 30 dias	557	3,8%	297	4,4%	29	0,7%	92	7,6%	975	3,6%
	Mais de 30 dias	272	1,9%	160	2,4%	9	0,2%	117	9,8%	558	2,1%
	Ignorado	9	0,0%	3	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	0,0%
	Total	14594	100,0%	6775	100,0%	4388	100,0%	1199	100,0%	26956	100,0%
Natureza do estabelecimento	Público	9921	68,0%	3332	49,2%	2975	67,8%	767	64,0%	16995	63,0%
	Particular	4614	31,6%	3417	50,4%	1395	31,8%	426	35,5%	9853	36,6%
	Não sabe	59	0,4%	26	0,4%	18	0,4%	6	0,5%	109	0,4%
	Total	14594	100,0%	6775	100,0%	4388	100,0%	1199	100,0%	26957	100,0%
Pagamento através de plano de saúde	Sim	2873	19,7%	2604	38,4%	800	18,2%	284	23,7%	6561	24,3%
	Não	11719	80,3%	4171	61,6%	3588	81,8%	916	76,3%	20394	75,7%
	Ignorado	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
	Total	14594	100,0%	6775	100,0%	4388	100,0%	1200	100,0%	26957	100,0%
Pagamento de algum valor pela internação	Sim	1126	7,7%	1002	14,8%	453	10,3%	101	8,4%	2682	9,9%
	Não	13466	92,3%	5771	85,2%	3935	89,7%	1098	91,6%	24270	90,0%
	Não informado	2	0,0%	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,0%
	Total	14594	100,0%	6775	100,0%	4388	100,0%	1199	100,0%	26957	100,0%
Internação através do SUS	Sim	10632	72,9%	3564	52,6%	3224	73,5%	796	66,4%	18215	67,6%
	Não	3664	25,1%	3134	46,3%	1097	25,0%	369	30,8%	8264	30,7%
	Não sabe	296	2,0%	78	1,2%	68	1,5%	34	2,8%	476	1,8%
	Não informado	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
	Total	14594	100,0%	6776	100,1%	4389	100,0%	1199	100,0%	26957	100,0%
Avaliação do atendimento recebido	Muito bom	3479	23,8%	2661	39,3%	1291	29,4%	315	26,3%	7746	28,7%
	Bom	8973	61,5%	3595	53,1%	2585	58,9%	666	55,5%	15819	58,7%
	Regular	1707	11,7%	410	6,1%	381	8,7%	165	13,8%	2664	9,9%
	Ruim	288	2,0%	73	1,1%	74	1,7%	33	2,8%	468	1,7%
	Muito ruim	144	1,0%	35	0,5%	57	1,3%	20	1,7%	256	0,9%
	Ignorado	2	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,0%
	Total	14593	100,0%	6775	100,1%	4388	100,0%	1199	100,1%	26957	100,0%

* Inclui parto normal e cesariana.

** Inclui tratamento psiquiátrico, exames e ignorado.

Nota 1: exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Nota 2: os números absolutos são valores não ponderados e os percentuais são valores ponderados.

permaneceram internados por mais de um mês no grupo de outros motivos de internação.

Quanto à natureza do estabelecimento, 63% das internações foram realizadas em hospitais públicos e 36,6% em hospitais privados, o que representa respectivamente um aumento de 2,2 p.p. e uma diminuição de 2,1 p.p. em relação a 1998. Os planos de saúde financiaram 24,6% das internações, uma diminuição de 0,3 p.p. em relação a 1998, enquanto o SUS financiou 67,6% das internações, um aumento de 4,5 p.p. em relação a 1998. A única categoria que teve aumento da participação do financiamento por plano de saúde foi a de outras internações (23,7%, um aumento de 1,9 p.p. em relação a 1998). Todas as categorias de internação tiveram aumento da participação das internações financiadas pelo SUS, inclusive a de outras (66,4%, um aumento de 4,4 p.p. em relação a 1998).

Em 9,9% das internações houve pagamento do próprio bolso de algum valor pela internação, numa diminuição de 4,0 p.p. em relação a 1998, sendo que houve diminuição desse percentual para todas as categorias de internação. Apenas 2,0% (3,2 p.p. a menos do que em 1998) das pessoas que responderam terem sido internadas através do SUS informaram ter pagado algum valor por essa internação, o que pode refletir um maior conhecimento sobre o funcionamento do SUS ou mesmo uma diminuição das fraudes em cobranças de contas hospitalares. Apenas 0,7% informou que a última internação foi coberta por algum plano de saúde e também pelo SUS (0,7 p.p. a menos do que em 1998), o que é uma prática ilegal. Entre os indivíduos cuja última internação foi coberta por plano de saúde, 14,7% disseram também ter pagado algum valor por essa internação (1,1 p.p. a menos do que em 1998).

O atendimento recebido foi considerado muito bom por 28,7% (1,4 p.p. a mais do que em 1998) e bom por 58,7% dos indivíduos (1,3 p.p. a menos do que em 1998). Como em 1998, em relação às outras categorias, as internações cirúrgicas continuaram tendo maior percentual de internações em estabelecimentos privados, não financiados pelo SUS, cobertos por planos de saúde, nas quais foi pago algum valor pela internação e nas quais os pacientes classificaram o atendimento recebido como muito bom.

A tabela 3 apresenta uma comparação dos indivíduos que foram com os que não foram internados no período de referência de 12 meses. A média de idade continuou sendo maior entre os indivíduos que foram internados (35,2 anos) em relação aos que não foram internados (29,4 anos),

sendo que essas médias foram respectivamente 0,6 e 1,4 ano maiores do que em 1998. A renda familiar *per capita* média foi de 360,5 reais em ambos os grupos. Em relação a 1998, houve um aumento médio de 114,1 reais para as pessoas que foram internadas e de 106,2 reais para as pessoas que não foram internadas, sendo que neste período o aumento do salário mínimo foi de 110,0 reais. Ao se considerar apenas as internações clínicas e cirúrgicas, a média de idade dos indivíduos que foram internados aumentou para 37 anos (mesmo valor de 1998) e a renda familiar *per capita* aumentou 117,1 reais.

As pessoas que foram internadas continuaram apresentando maior número de doenças crônicas, pior estado de saúde, pior estado funcional, mais restrição das atividades habituais e ter estado acamadas por motivo de saúde. Não ter nenhuma doença crônica foi mais freqüente entre os indivíduos que não se internaram (71,7%), ao passo que a presença de qualquer número de doenças crônicas foi mais freqüente entre os indivíduos que se internaram (50,7%). O estado de saúde auto-avaliado muito bom ou bom foi mais freqüente entre os indivíduos que não se internaram (80,4%), enquanto os estados regular, ruim e muito ruim foram mais freqüentes entre os indivíduos que se internaram (44,0%). Com relação à dificuldade para alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro, ter pequena dificuldade, grande dificuldade ou não conseguir foram mais freqüentes entre as pessoas que se internaram (9,2%); e não ter dificuldade foi mais freqüente entre as pessoas que não se internaram (72,3%). Também foi favorável à internação ter cobertura por plano de saúde e ter um serviço de saúde do qual se faz uso regular. Em relação a 1998, a presença de um serviço de saúde de uso regular teve aumento de 5,2 p.p. entre as pessoas que se internaram e diminuição de 8,3 p.p. entre as pessoas que não se internaram. Considerando-se apenas as internações clínicas e cirúrgicas, mais pessoas apresentaram duas ou mais doenças crônicas, tiveram restrição das atividades habituais, estiveram acamadas e apresentaram pior estado funcional; e menos pessoas consideraram seu estado de saúde bom ou muito bom, confirmando os resultados encontrados na análise da PNAD 1998.

Os modelos de uso de internações hospitalares para adultos e crianças são apresentados nas tabelas 4 e 5, respectivamente. As categorias de referência para cada variável estão identificadas nas tabelas e são exatamente as mesmas que foram utilizadas para a análise dos dados de 1998.

Tabela 3

Características dos indivíduos que foram internados e dos que não foram internados no período de 12 meses, PNAD 2003.

Variável	Categoria	Todas as internações				Casos clínicos e cirúrgicos			
		Internaram		Não internaram		Internaram		Não internaram	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Idade (em anos) (média e desvio-padrão)		35,2	22,8	29,4	19,9	37,0	24,5	29,4	19,9
Renda familiar <i>per capita</i> (em reais) (média e desvio-padrão)		360,5	672,8	360,5	637,9	385,4	706,6	360,5	637,9
Número de doenças crônicas	0	13266	49,3%	256463	71,7%	9419	44,2%	256463	71,7%
	1	6168	22,9%	61264	17,1%	5096	23,8%	61264	17,1%
	2	3356	12,4%	23063	6,4%	2967	13,9%	23063	6,4%
	3	1999	7,4%	10333	2,9%	1848	8,6%	10333	2,9%
	4 ou mais	2167	8,0%	6754	1,9%	2039	9,5%	6754	1,9%
	Total	26956	100,0%	357877	100,0%	21369	100,0%	357877	100,0%
Auto-avaliação do estado de saúde	Muito bom	3873	14,4%	91635	25,6%	2634	12,3%	91635	25,6%
	Bom	11236	41,6%	195739	54,8%	8198	38,4%	195739	54,8%
	Regular	8483	31,5%	60652	16,9%	7489	35,0%	60652	16,9%
	Ruim	2659	9,9%	8275	2,3%	2410	11,3%	8275	2,3%
	Muito ruim	705	2,6%	1516	0,4%	638	3,0%	1516	0,4%
	Ignorado	0	0,0%	61	0,0%	0	0,0%	61	0,0%
	Total	26956	100,0%	357878	100,0%	21369	100,0%	357878	100,0%
Restrição de atividades habituais*	Sim	6150	22,8%	20251	5,7%	5521	25,8%	20251	5,7%
	Não	20807	77,2%	337596	94,3%	15849	74,2%	337596	94,3%
	Ignorado	0	0,0%	30	0,0%	0	0,0%	30	0,0%
	Total	26957	100,0%	357877	100,0%	21370	100,0%	357877	100,0%
Ter estado acamado*	Sim	4561	16,9%	10992	3,1%	4122	19,3%	10992	3,1%
	Não	22395	83,1%	346851	96,9%	17248	80,7%	346851	96,9%
	Ignorado	0	0,0%	34	0,0%	0	0,0%	34	0,0%
	Total	26956	100,0%	357877	100,0%	21370	100,0%	357877	100,0%
Cobertura por plano de saúde	Um plano	7232	26,9%	79876	22,3%	5998	28,1%	79876	22,3%
	Mais de 1 plano	605	2,2%	6758	1,9%	488	2,3%	6758	1,9%
	Não tem direito	19120	70,9%	271208	75,8%	14884	69,6%	271208	75,8%
	Ignorado	0	0,0%	35	0,0%	0	0,0%	35	0,0%
	Total	26957	100,0%	357877	100,0%	21370	100,0%	357877	100,0%
Serviço de saúde de procura regular	Sim	22602	83,8%	282569	79,0%	17867	83,6%	282569	79,0%
	Não	4355	16,2%	75269	21,0%	3502	16,4%	75269	21,0%
	Ignorado	0	0,0%	40	0,0%	0	0,0%	40	0,0%
	Total	26957	100,0%	357878	100,0%	21369	100,0%	357878	100,0%
Dificuldade alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro	Não tem dificuldade	19366	71,9%	258378	72,3%	14220	66,6%	258378	72,3%
	Pequena dificuldade	1245	4,6%	4606	1,3%	1123	5,3%	4606	1,3%
	Grande dificuldade	792	2,9%	1867	0,5%	737	3,4%	1867	0,5%
	Não consegue	466	1,7%	874	0,2%	437	2,0%	874	0,2%
	Não se aplica**	5087	18,9%	92134	25,7%	4852	22,7%	92134	25,7%
	Ignorado	0	0,0%	19	0,0%	0	0,0%	19	0,0%
	Total	26956	100,0%	357878	100,0%	21369	100,0%	357878	100,0%

*No período de referência de quinze dias anteriores à pesquisa.

** Pessoas menores de 14 anos para as quais essa informação não foi coletada.

Nota 1: exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Nota 2: os números absolutos são valores não ponderados e os percentuais são valores ponderados.

Tabela 4

Modelos explicativos da utilização de internações hospitalares no Brasil para adultos (mais de 14 anos), PNAD 2003.

N (não ponderado)		272,847	
Variável	Categoria	OR	IC 95%
Idade	A cada ano	1,005	1,004-1,006
Sexo	Masculino	1,00	
	Feminino	1,01	0,98-1,05
Auto-avaliação estado de saúde	Muito bom	1,00	
	Bom	1,37	1,29-1,45
	Regular	2,44	2,29-2,60
	Ruim	3,41	3,13-3,71
	Muito ruim	3,56	3,13-4,04
Restrição das atividades habituais	Não	1,00	
	Sim	1,94	1,83-2,05
Estiveram acamados	Não	1,00	
	Sim	2,26	2,12-2,42
Número de doenças crônicas	Nenhuma	1,00	
	Uma	1,47	1,40-1,54
	Duas	1,85	1,75-1,95
	Três	1,98	1,85-2,12
	Quatro ou mais	2,42	2,25-2,60
Dificuldade alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro	Não tem dificuldade	1,00	
	Pequena dificuldade	1,54	1,43-1,66
	Grande dificuldade	1,66	1,51-1,84
	Não consegue	1,90	1,66-2,18
Renda familiar <i>per capita</i> Em faixas de salário mínimo#	Mais de 2 SM	1,00	0,88-0,97
	0,75 a 2 SM	0,92	0,90-1,01
	Até 0,75 SM	0,95	0,93-1,22
	Sem renda	1,07	0,79-0,98
	Sem informação	0,88	
Escolaridade	9 ou mais anos	1,00	0,93-1,03
	5 a 8 anos	0,98	0,98-1,08
	1 a 4 anos	1,03	0,98-1,11
	Sem instrução	1,04	
Raça	Outros	1,00	0,94-1,01
	Branco	0,97	
Plano de saúde	Não tem	1,00	1,49-1,63
	Um	1,56	1,48-1,85
	Mais de um	1,65	
Serviço de saúde de uso regular	Não	1,00	1,14-1,24
	Sim	1,19	

* Não significativo.

#Salário Mínimo em 2003: R\$240,00.

Nota 1: exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Nota 2: exclusive parto normal, cesariana, tratamento psiquiátrico e realização de exames.

A tentativa de retirar variáveis do modelo através do teste da razão da máxima verossimilhança resultou na exclusão das variáveis sexo e escolaridade para adultos, e não resultou na exclusão de nenhuma variável para crianças. Para manter coerência com o modelo teórico e com o modelo usado para a PNAD 1998, mantiveram-se todas as variáveis no modelo para adultos.

Entre os adultos, a cada aumento de um ano na idade observou-se um aumento de 0,5% na

chance de internação hospitalar, uma redução de 0,5 p.p. em relação a 1998. Não houve diferença quanto ao sexo, sendo que em 1998 houve uma chance 4% maior para as mulheres. Como em 1998, a auto-avaliação do estado de saúde, a presença de doenças crônicas e o estado funcional apresentaram “efeito dose-resposta” na chance de internação hospitalar. A auto-avaliação do estado de saúde foi o fator estudado que mostrou associação mais forte com o uso de internações

Tabela 5

Modelos explicativos da utilização de internações hospitalares no Brasil para crianças (até 14 anos), PNAD 2003.

N (não ponderado)		106.226		
Variável	Categoria	OR	IC 95%	
Idade	A cada ano	0,87	0,86-0,87	
Sexo	Masculino	1,00		
	Feminino	0,86	0,81-0,91	
Auto-avaliação estado de saúde	Muito bom	1,00		
	Bom	1,37	1,28-1,48	
	Regular	3,21	2,91-3,54	
	Ruim e muito ruim	4,24	2,59-6,94	
Restrição das atividades habituais	Não	1,00		
	Sim	1,47	1,30-1,65	
Estiveram acamados	Não	1,00		
	Sim	2,23	1,95-2,29	
Número de doenças crônicas	Nenhuma	1,00		
	Uma	2,12	1,96-2,29	
	Duas ou mais	3,83	3,00-4,89	
Renda familiar <i>per capita</i> Em faixas de salário mínimo#	Mais de 2 SM	1,00		
	0,75 a 2 SM	1,11	0,98-1,25	
	Até 0,75 SM	1,09	0,96-1,23	
	Sem renda	1,29	1,09-1,53	
	Sem informação	1,19	0,92-1,53	
Plano de Saúde	Não tem	1,00		
	Um	1,42	1,31-1,54	
	Mais de um	1,50	1,17-1,92	
Serviço de saúde de uso regular	Não	1,00		
	Sim	1,22	1,12-1,33	

* Não significativo.

#Salário mínimo em 2003: R\$ 240,00.

Nota 1: exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Nota 2: exclusiva parto normal, cesariana, tratamento psiquiátrico e realização de exames.

hospitalares, com o Odds Ratio (OR) de 3,56 no grupo que avaliou o seu estado de saúde como muito ruim. O OR para as pessoas com quatro ou mais doenças crônicas foi de 2,42, e para pessoas que não conseguem realizar atividades da vida diária foi de 1,90. Os OR dos quatro grupos de auto-avaliação diminuíram em relação a 1998 (eram, na mesma seqüência da tabela 4, 1,54, 3,04, 4,28 e 4,35), enquanto que os OR dos quatro grupos de doença crônica aumentaram em relação a 1998 (eram, na mesma seqüência da tabela 4, 1,55, 1,41, 1,77 e 2,27). O OR para a presença de restrição de atividades habituais aumentou de 1,75 para 1,94, e para ter estado acamado aumentou de 2,13 para 2,26.

Com relação à renda, diferentemente de 1998, observou-se menor chance de internação para as pessoas com renda familiar *per capita* de 0,75 a 2 SM (salários-mínimos) em comparação aos com mais de 2 SM (9,0 p.p. a menos). O efeito da renda deixou de ser significativo para as pessoas com renda até 0,75 SM e sem renda, sendo que em 1998 estes dois grupos tiveram a chance de internação hospitalar 12% e 27% maiores do que os com mais de 2 SM, respectivamente. As pessoas sem informação de renda tiveram 12% menos chance de internação hospitalar, sendo que em 1998 esse efeito não tinha sido significativo. Os adultos que tinham um plano de saúde e um serviço de saúde de uso regular apresentaram maior chance de internações hospitalares (56% e 19%, respectivamente), sendo o efeito de ter mais de um plano ainda maior do que não ter plano (65% a mais). Em 1998, esses efeitos tinham sido de 1,61, 1,27 e 2,37, respectivamente, ou seja, maiores do que em 2003. Raça e escolaridade não se mostraram associadas ao uso de internações hospitalares, diferentemente de 1998, quando as pessoas de raça branca tiveram uma chance de internação 6% maior do que as não-brancas, e as pessoas com 5 a 8 anos de estudo tiveram uma chance de internação 5% maior do que as com 9 anos ou mais de estudo.

Para as crianças, os efeitos da idade e do sexo mantiveram-se os mesmos que em 1998: a cada aumento de um ano de idade observou-se uma diminuição de 13% na chance de internação hospitalar, com menor chance de internação para o sexo feminino (14% a menos). A auto-avaliação do estado de saúde e a presença de doenças crônicas apresentaram “efeito dose-resposta” na chance de internação hospitalar. O efeito da auto-avaliação do estado de saúde e da presença de doenças crônicas foi mais acentuado para crianças do que para adultos. A auto-avaliação do estado

de saúde foi o fator com a maior associação com o uso de internações hospitalares, com o OR de 4,24 no grupo muito ruim e ruim. O OR para crianças com duas ou mais doenças crônicas foi de 3,83. Os OR dos três grupos de auto-avaliação diminuíram em relação a 1998 (eram, na mesma seqüência da tabela 5, 1, 56, 3,54 e 5,81) enquanto que os OR dos dois grupos de doença crônica aumentaram em relação a 1998 (eram, na mesma seqüência da tabela 5, 2,29 e 3,07). O OR para presença de restrição de atividades habituais diminuiu de 1,55 para 1,47, e para ter estado acamado aumentou de 1,95 para 2,23.

Com relação aos que possuem mais de 2 SM de renda familiar *per capita*, o efeito para a categoria de 0,75 a 2 SM manteve-se não significativo, como em 1998. Para a categoria de até 0,75 SM, o efeito, que em 1998 era de uma chance 13% maior de internação hospitalar, em 2003 foi não significativo. As crianças pertencentes a famílias sem renda apresentaram chance de internação hospitalar 29% maior, sendo que em 1998 esse efeito foi de uma chance 20% maior. As crianças que tinham um plano de saúde e serviço de saúde de uso regular apresentaram maior chance de serem internadas (42% e 22%, respectivamente), sendo o efeito de ter mais de um plano um pouco maior em comparação a não ter plano (50% a mais), sendo que esse último efeito não tinha sido significativo em 1998. Em 1998, os efeitos de ter um plano de saúde e de ter serviço de uso regular tinham sido de 1,46 e 1,28, respectivamente, ou seja, maiores do que em 2003.

Discussão

As políticas sociais no Brasil são objetos de análises e discussões intensas. No caso da saúde, do ponto de vista de onde são gastos os recursos⁸, percebe-se que as políticas públicas são mediadas em grande parte pelas ações do SUS, excetuando-se apenas as renúncias fiscais.

O setor hospitalar passa por um momento de transformação e crise no Brasil. O número de hospitais e de leitos existentes no país vem caindo ano após ano. Apesar desta tendência de queda, as taxas de ocupação são bastante baixas. Além da crise pela qual passa o setor hospitalar no Brasil, da qual será feito um breve resumo nos dois parágrafos seguintes, uma razão importante para a diminuição do número de leitos e para as baixas taxas de ocupação é que patologias antes tratadas em regime hospitalar, hoje são passíveis de atenção ambulatorial ou domiciliar, principal-

mente depois da criação dos Programas de Saúde da Família (PSF).

A crise do setor hospitalar passa pela crise geral do financiamento da saúde e pela gestão hospitalar não profissional e ineficiente. A influência da má gestão torna-se mais séria em contextos como o brasileiro, pois, em uma situação de recursos escassos, a gestão eficiente se torna imprescindível para a sobrevivência das instituições. Além disso, para sobreviver, muitos hospitais conseguiram recursos junto ao setor financeiro, o que resultou em dívidas pesadas e em alguns casos impagáveis, fato este que acaba por demarcar a gravidade da crise.

Outros problemas somam-se aos mencionados no parágrafo anterior: a rapidez da incorporação tecnológica no setor de saúde, relativamente desregulada no Brasil; o aumento de preços de determinados insumos indispensáveis à atuação do hospital, como medicamentos, muito superior aos aumentos de salários e de outros preços; a complexidade da instituição hospitalar, quando comparada às estruturas de cuidado ambulatorial; e o papel desempenhado pelas corporações médicas dentro dos hospitais. Além disso, o papel do hospital dentro do sistema de saúde depende do modelo assistencial adotado.

Dada a importância da análise do setor hospitalar no Brasil, este artigo se propôs a responder algumas perguntas sobre os fatores associados ao uso das internações hospitalares no Brasil, comparando dados das PNAD 1998 e 2003. Neste período de tempo, o Sistema Único de Saúde estava em franca consolidação no país.

As reduções dos coeficientes de internação hospitalar para mulheres e para as faixas etárias de 15 a 29 anos refletem a diminuição do número de partos hospitalares no Brasil, que segue a tendência histórica de redução das taxas de natalidade. O aumento dos coeficientes de internação para crianças até 14 anos pode ser reflexo da diminuição das taxas de mortalidade no primeiro ano de vida ou mesmo de um aumento das internações por causas externas nessa faixa etária, merecendo ser investigado. A redução dos coeficientes de internação nas faixas etárias acima de 55 anos também merece ser investigada, podendo se dever ao melhor acesso da população mais idosa a serviços preventivos e a outros tipos de serviços curativos ou mesmo à diminuição de internações desnecessárias. A redução do coeficiente de internação para as pessoas sem renda e com renda até 0,75 SM e o aumento para as pessoas com renda acima de 0,75 SM podem ser preocupantes se as pessoas sem renda e de renda mais baixa não têm acesso a outros tipos de serviço.

É interessante que, no caso da escolaridade, apenas ao se excluírem as internações por partos, psiquiátricas e para realização de exames, verifica-se a di-

minuição dos coeficientes de internação para pessoas com até oito anos de escolaridade e aumento para as pessoas com nove ou mais anos de escolaridade. Daí poder-se-ia sugerir que, ao se estudar desigualdades sociais nas internações em geral ou por parto, a renda seria uma variável bem indicada; ao passo que, ao se estudar as desigualdades sociais nas internações clínicas e cirúrgicas, a escolaridade também deveria ser incluída nas análises.

Algumas tendências mais gerais do uso das internações hospitalares no Brasil puderam ser verificadas nesse estudo: o aumento da participação dos procedimentos cirúrgicos, em detrimento dos partos; a diminuição dos tempos médios de permanência; o aumento da participação dos hospitais públicos; o aumento da participação do SUS no financiamento das internações, em detrimento da participação dos planos de saúde e do financiamento do próprio bolso; a diminuição da existência de fonte dupla de financiamento para as internações; e uma grande proporção de pessoas satisfeitas com o atendimento recebido. Mesmo sendo esse o panorama geral, o diferente perfil das internações cirúrgicas pode representar o maior interesse do setor privado de realizar procedimentos cirúrgicos, considerados de maior custo-benefício em relação aos atendimentos clínicos.

Tanto para adultos como para crianças, a diminuição dos OR para as categorias de auto-avaliação e o aumento dos OR para as categorias de número de doenças crônicas, ambas variáveis que medem necessidades de saúde, podem significar que as pessoas estão conseguindo identificar melhor suas doenças crônicas, em vez de apenas avaliar o estado de saúde. Isso poderia ser devido ao fato de as pessoas terem tido mais acesso a informações de saúde, através dos serviços de saúde ou por outros meios. Quanto à desigualdade social no uso das internações, por um lado os resultados encontrados para renda em adultos mostraram que houve aumento da desigualdade no uso de internações hospitalares no Brasil, entre 1998 e 2003. Para as crianças, apenas aquelas sem renda tiveram uma maior chance de internação. Por outro lado, os efeitos de ter plano de saúde e serviço de uso regular diminuíram em 2003 (exceto para crianças com mais de um plano de saúde) e não houve efeito de raça e escolaridade nas internações.

O fato de os resultados obtidos de um modelo explicativo para o uso de serviços hospitalares no Brasil serem bastante próximos, utilizando-se duas pesquisas de base populacional distantes

cinco anos no tempo (PNAD 1998 e PNAD 2003), se por um lado pode soar decepcionante para muitos – pois se trata de um período em que houve grandes investimentos da União, Estados e municípios na consolidação do SUS –, por outro lado mostram que tanto a fonte dos dados quanto o modelo teórico escolhido para a análise são robustos para este fim. Embora as significâncias das diferenças não tenham sido medidas, devido ao tamanho da amostra da PNAD, elas provavelmente são estatisticamente significativas.

Existe uma noção de que o uso das internações hospitalares seria bastante desigual, do ponto de vista socioeconômico, no Brasil, como tudo o mais é bastante desigual neste país. A revisão da literatura brasileira¹ mostrou que esta desigualdade não é evidente para as internações hospitalares, ao contrário do que ocorre para o consumo de serviços de saúde em geral e, particularmente, para os serviços ambulatoriais. O resultado da análise da PNAD 2003, quando comparada com o da PNAD 1998, sinaliza que houve aumento da desigualdade social na utilização de serviços hospitalares no Brasil, expressa através de diferenças segundo o grupo de renda, sendo que em 2003, para adultos, essa diferença foi em prejuízo das pessoas de menor renda, o que não tinha ocorrido em 1998. Será que essa diferença sinaliza algum tipo de piora de acesso às internações hospitalares para as pessoas de menor renda nesses cinco anos? E, lembrando que as pessoas de baixa renda, por falta de acesso a serviços ambulatoriais e preventivos, só teriam acesso ao hospital, último recurso do sistema de saúde, possivelmente de forma tardia e em situações mais graves, o uso das internações hospitalares no Brasil está caminhando num sentido de menor ou maior desigualdade social?

De toda forma, o fato de a menor renda familiar *per capita* ser associada à menor chance de internação hospitalar em adultos sugere que esta variável é uma boa escolha para controlar a situação socioeconômica em modelos de uso de serviços de saúde, apesar dessa associação não ter ocorrido em todos os grupos de renda e de não ter tido um efeito dose-resposta evidente. Raça e escolaridade, por sua vez, apesar das conhecidas e marcadas desigualdades no Brasil, não aparecem como significativas para explicar o uso de internações hospitalares quando se levam em consideração necessidades de saúde.

Cabe ressaltar que possivelmente a desigualdade social no uso de serviços de saúde deve ter sido muito maior antes da implantação do SUS, e a sua implantação deve ter contribuído de al-

guma forma para a redução dessa desigualdade, mesmo que os dados da PNAD 2003, em comparação a 1998, tenham mostrado um aumento da desigualdade. Estas perguntas ainda precisam ser respondidas.

Não se deve aceitar como aspecto resolvido a relativa, apesar de pequena, desigualdade social, do ponto de vista quantitativo, encontrada na utilização de internações no Brasil. Por detrás dessa desigualdade pequena podem existir distorções no modelo assistencial que encobrem a dificuldade de acesso para obter atendimento no lugar certo e no momento adequado, distorções essas certamente marcadas pelas desigualdades sociais. Porém, essa pequena desigualdade relativa sugere fortemente a todos, gestores do SUS e pesquisadores da saúde pública, um passo adiante na análise das internações hospitalares, que seria a avaliação da qualidade do cuidado prestado à população brasileira – este sim, provavelmente bastante desigual, em prejuízo da população de pior nível socioeconômico.

Referências

1. Castro MSM, Travassos C. Desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil após a implantação do Sistema Único de Saúde: uma revisão. [Não publicado 2006].
2. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Rev C S Col* 2002; 7(4):795-811.
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003: notas metodológicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
4. Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies/University of Chicago; 1968. (Research Series no. 25)
5. Andersen RM, Aday LA. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care* 1978; 16(7):533-46.
6. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health and Social Behavior* 1995; 36(1):1-10.
7. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) [computer program]. Release 10.0.1. SPSS Inc.; 1999.
8. Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria de Política Econômica. Gasto Social do Governo Central: 2001 e 2002. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br>

Artigo apresentado em 7/04/2006

Aprovado em 26/04/2006

Versão final apresentada em 2/06/2006