

LEITOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR GERAL DO VALE DO PARAÍBA, BRASIL, 1974 *

Cid Guimarães **

RSPUB9/516

GUIMARÃES, C. *Leitos de assistência hospitalar geral do Vale do Paraíba, Brasil, 1974. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14:366-95, 1980.*

RESUMO: *Com o objetivo de estabelecer relações entre recursos do Sistema Saúde — leitos — e os pacientes internados, foram estudadas as saídas ocorridas em leitos de assistência hospitalar geral do Vale do Paraíba (Brasil), em 1974. Os resultados permitiram relacionar determinadas variáveis — sexo, idade, procedência do paciente, tipo de tratamento a que foi submetido, fonte financiadora de sua assistência e média de permanência. A análise abrangeu as relações entre as variáveis entre si e cada uma delas com a média de permanência, proporcionando dados de valia para o planejamento, visto fornecerem além do valor quantitativo, caracterização sobre a necessidade de leitos de uma região.*

UNITERMOS: *Hospitais, Vale do Paraíba, SP, Brasil. Hospitais, capacidade de leitos. Leitos ocupados.*

INTRODUÇÃO

A avaliação dos leitos de assistência hospitalar geral como recursos do sistema saúde é um instrumento de planejamento de grande valia, dado o hospital representar uma das formas mais dispendiosas da população a ser assistida. É realizada, não só por meio de indicadores que analisam os leitos quanto à sua disponibilidade, utilização, ociosidade e consumo mas, também, segundo dados sobre sexo e idade da clientela, tipo de tratamento recebido¹¹ e procedência (Shannon e col.¹⁰, 1969). Apesar do conjunto informativo ser mais completo quando acrescido por dados sobre a morbidade, os recursos de diagnóstico e tratamento (humanos e materiais) e a de-

terminação da qualidade de assistência médica, seu emprego não é factível no Brasil, salvo algumas exceções; estas ocorrem quando os hospitais são condicionados a prestar tais informações, como acontece em Ribeirão Preto e Brasília, onde existem, respectivamente, o Centro de Processamento de Dados Hospitalares — CPDH — do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Favero e col.⁵, 1973 e Yazlle Rocha¹², 1975) e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (Carvalho e Levy², 1974).

Poucos trabalhos têm sido realizados sobre a utilização dos leitos hospitalares,

* Parte da tese de igual nome apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Livre-Docente. Pesquisa realizada com auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Proc. 76/1288).

** Do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

quer no Estado de São Paulo, quer no Brasil. Publicado não existe um sequer abrangendo área igual ou superior a uma microrregião homogênea, de acordo com o conceito da Fundação IBGE. Aqueles que analisaram áreas extensas, algumas incluindo territórios como o do Estado de São Paulo, não consideraram indicadores que exigissem o conhecimento do número de saídas e/ou a média de permanência^{6,9}.

O estudo original abrangeu: a) a avaliação dos leitos como recursos de saúde; b) a caracterização do paciente; e c) o relacionamento dos recursos com os pacientes. Neste artigo só é abordado o terceiro aspecto.

MATERIAL E MÉTODOS

Seleção da área

A escolha do local para sua aplicação deveria recair sobre uma região que apresentasse as seguintes características (Donabedian e Axelrod³, 1961 e Guimarães⁷, 1978): a) grau de autonomia no campo da assistência médico-hospitalar, de forma a capacitá-la a atender a grande maioria dos agravos à saúde de sua população; b) limites coincidentes com um território administrativo do Estado de São Paulo; c) situação geográfica e vias de comunicação que reduzissem, ao mínimo, o intercâmbio com as áreas circunvizinhas.

Foi escolhida a 3a. Região Administrativa do Estado — Vale do Paraíba — pelo fato de além das particularidades acima expostas, ter a vantagem de apresentar a maioria dos recursos de diagnóstico e tratamento necessários à assistência de sua população.

Seleção do período

Foi escolhido um período de doze meses que coincidissem com o ano civil, a fim de abranger possíveis variações sazonais e

ser o período de referência das estatísticas brasileiras. A escolha recaiu em 1975 por proporcionar informações mais recentes em relação ao início da pesquisa, 1976.

Amplitude da pesquisa

O universo foi selecionado em lugar da amostragem porque esta dificultaria analisar os casos em que a frequência das variáveis se situassem abaixo de determinados valores. A população incluída seria, portanto, a entrada ou saída em 1975; contudo, ficou restrita àquela entrada e saída no ano, porque alguns hospitais demonstraram ter dificuldades em detectar os pacientes internados antes de 1º de janeiro. Como consequência, foram 105.116 casos que constituíram o material de estudo.

Foram pesquisados 31 hospitais de assistência hospitalar geral, de curta permanência (Tabela 1), correspondendo a 33 dos existentes. Os dois não considerados eram hospitais militares do Ministério da Aeronáutica, um em São José dos Campos, com 8 leitos, e o outro em Guaratinguetá, com 54 leitos*. O motivo da exclusão foi seu caráter nitidamente militar, pois o hospital da Fábrica Presidente Vargas, em Piquete, da indústria de material bélico do Ministério do Exército, integrou o universo estudado. A assistência por ele proporcionada abrangia a comunidade, apesar de aspectos peculiares que o mantiveram à margem de várias análises. Os dois hospitais localizados em Taubaté, por constituírem uma única unidade administrativa, foram considerados em conjunto, o que limitou os hospitais a 36 (Tabela 2).

Coleta dos dados

A coleta dos dados realizou-se diretamente nos registros dos hospitais, de onde já eram transcritos para o questionário utilizado. Foi procedida por pessoa indicada pelo próprio hospital e aprovada pelo

* Dados obtidos da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

TABELA 1

Hospitais da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — município, localização e número de leitos, 1975.

Município	Hospital	Leitos
3ª Região Administrativa		
Vale do Paraíba		1 759
Sub-região 3-1		
São José dos Campos	Hospital Casa da Criança	1 043
Campos do Jordão	Hospital Casa da Criança	50
	Hospital Dr. Adhemar de Barros	96
Jacareí	Hospital Alvorada S/C Ltda.	34
	Santa Casa de Misericórdia	178
Jambeiro	Santa Casa D. Anita Costa	15
Paraibuna	Sta. Casa de Misericórdia do Divino Espírito Santo	47
Santa Branca	Santa Casa São Joaquim	11
São Bento do Sapucaí	Santa Casa de Misericórdia	39
São José dos Campos	Hospital Central-Samcil Vale do Paraíba Ltda.	86
	Hospital e Maternidade Marina Glória	105
	Hospital N. Sra. de Fátima S/C Ltda.	144
	Hospital Policlin-Polici S.A., Serviços Médicos-Hospitalares	88
	Santa Casa de Misericórdia	150
Sub-Região 3-2		
Taubaté		674
Caçapava	Hosp. e Maternidade N. Sra. da Ajuda	92
Pindamonhangaba	Sta. Casa de Misericórdia	100
São Luiz do Paraitinga	Santa Casa de Misericórdia	23
Taubaté	Hospital de Clínicas de Taubaté	89*
	Hosp. Sta. Isabel da Irmandade de Miseric.	370*
Sub-Região 3-3		
Guaratinguetá		1 042
Aparecida	Santa Casa de Misericórdia	97
Areias	Santa Casa de Misericórdia	18
Bananal	Santa Casa de Misericórdia	48
Cachoeira Paulista	Santa Casa de Misericórdia "São José"	60
Cruzeiro	Santa Casa de Misericórdia	174
Cunha	Sta. Casa de Misericórdia e Maternidade N. Sra. da Conceição	50
Guaratinguetá	Hospital e Maternidade Frei Galvão	104
	Santa Casa de Misericórdia	150
Lorena	Hospital N. Sra. da Piedade Ltda.	18
	Santa Casa de Misericórdia	199**
Piquete	Hospital da Fábrica "Presidente Vargas"	62
Que Luz	Santa Casa de Misericórdia	38
São José do Barreiro	Hospital Virgílio Pereira	24

* Por constituírem uma única unidade administrativa foram considerados em conjunto.

** O número de leitos alterou-se durante o ano de 1975 sendo sua capacidade ajustada por média ponderada.

TABELA 2
Hospitais e leitos da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — Segundo sua natureza jurídica e capacidade, 1975 (Nº e %).

Capacidade	Natureza Jurídica	Total		Governamental		Filantrópica		Empresarial	
		Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos
Pequeno porte		11 (36,67)	315 (11,42)	—	—	9 (37,50)	263 (11,30)	2 (40,00)	52 (14,05)
Menos de 25 leitos		6 (20,00)	109 (3,95)	—	—	5 (20,83)	91 (3,91)	1 (20,00)	18 (4,86)
25 a 49 leitos		5 (16,67)	206 (7,47)	—	—	4 (16,67)	172 (7,39)	1 (20,00)	34 (9,19)
Médio porte		13 (43,33)	1.134 (41,10)	1 (100,00)	62 (100,00)	9 (37,50)	754 (32,40)	3 (60,00)	318 (85,95)
50 a 74 leitos		4 (13,33)	222 (8,04)	1 (100,00)	62 (100,00)	3 (12,50)	160 (6,87)	—	—
75 a 99 leitos		5 (16,67)	459 (16,64)	—	—	3 (12,50)	285 (12,25)	2 (40,00)	174 (47,03)
100 a 149 leitos		4 (13,33)	453 (16,42)	—	—	3 (12,50)	309 (13,28)	1 (20,00)	144 (38,92)
Grande porte		6 (20,00)	1.310 (47,48)	—	—	6 (25,00)	1.310 (56,30)	—	—
150 a 199 leitos		5 (16,67)	851 (30,84)	—	—	5 (20,83)	851 (36,57)	—	—
200 e mais		1 (3,33)	459 (16,64)	—	—	1 (4,17)	459 (19,73)	—	—
Total		30 (100,00)	2.759 (100,00)*	1 (100,00)	62 (100,00)	24 (100,00)	2.327 (100,00)	5 (100,00)	370 (100,00)

* Os números entre parêntesis referem-se às percentagens.

autor; este selecionou quem coligiu os dados em dois hospitais que não possuíam pessoal disponível.

Seleção das variáveis

As variáveis foram escolhidas de maneira a permitir:

- a) identificação do hospital: município, nome, natureza jurídica, número de leitos e finalidades;
- b) caracterização do paciente: número de registro, procedência, idade, sexo, tratamento, classificação econômica e fonte de financiamento;
- c) utilização do leito: datas de entrada e saída e condição de saída.

Algumas considerações devem ser feitas sobre as variáveis.

Na identificação do hospital merece destaque o critério de sua classificação. Foi escolhida a natureza jurídica porque caracterizou convenientemente os hospitais estudados: o direito público, o civil e o comercial regem, respectivamente, as atividades do hospital governamental, do filantrópico e do empresarial.

O número de leitos dos hospitais foi aquele constante no processo de renovação do registro do hospital e concessão de alvará de funcionamento para 1975, número este verificado por funcionário da CAH. Constituíram exceções o governamental, que não era registrado e não requeria alvará, cuja capacidade foi obtida "in loco" pelo autor, e de dois hospitais que aumentaram seus leitos após a concessão do alvará. Nestes dois casos, após constatada a nova capacidade e a data em que começou a operar, o número de leitos foi ajustado por média ponderada, considerando o período correspondente às duas capacidades.

As procedências inicialmente foram codificadas de forma a caracterizar todos os

municípios do Estado de São Paulo, os das microrregiões selecionadas do Estado de Minas Gerais (198º — 199º — 202º) e do Estado do Rio de Janeiro (217º — 219º e 223º), de cada Estado, do Exterior e a ignorada. Após a listagem prévia da computação eletrônica, as procedências foram reagrupadas. Os municípios individualizados da Grande São Paulo foram a Capital e os pertencentes aos Distritos Sanitários de Guarulhos e Mogi das Cruzes*. Os da 3a. Região mantiveram a sua individualização, bem como os das mencionadas microrregiões mineiras e fluminenses. Os Estados, excluídos os de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, foram reunidos sob o título de "outros Estados"; o Exterior e a procedência ignorada permaneceram individualizados.

Os tipos de tratamento abrangeram: clínico, cirúrgico e obstétrico.

As fontes de financiamento foram agrupadas da forma seguinte:

- a) INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) — contratos — englobando os antigos INPS e IPASE;
- b) INAMPS — convênios — correspondendo aos dados colhidos como "outros convênios";
- c) FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural);
- d) outras formas de previdência — englobando o IAMSPE, Prefeitura Municipal e Militar;
- e) pagamento direto — correspondentes aos dados colhidos como "sem" classificados economicamente como pagantes;
- f) CEAS (Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções);
- g) CAH (Coordenadoria de Administração Hospitalar);

* Na ausência de uma sub-regionalização da Grande São Paulo, foi adotada a divisão consequente da organização do seu Departamento Regional de Saúde, DRS-1, e segundo a qual as áreas contíguas à 3a. Região Administrativa são os distritos sanitários de Guarulhos e Mogi das Cruzes (Decreto nº 50.855, de 18/11/68).

h) hospital — correspondendo aos dados colhidos como “sem” e classificados economicamente como gratuitos.

As condições de saída foram reduzidas a duas. Para os objetivos estabelecidos a “transferência” equivaleu a “alta” e os “não saídos” (aqueles que permaneceram internados após o fim do ano) foram eliminados.

Controle de qualidade dos dados

Pesquisa anterior (Lebrão^s, 1977) analisou a fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares referentes ao preenchimento dos boletins modelo 101 da CAH. Como a coleta de dados e sua inscrição nos questionários foi realizada por pessoa encarregada daquele preenchimento, admitiu-se que a percentagem de erros tenderia a ser igual ou menor, visto a simplicidade das questões, a instrução prévia ministrada e a supervisão exercida.

Apuração dos Resultados

Os questionários foram codificados, as informações gravadas em fita magnética e as tabulações processadas eletronicamente.

Os dados foram tabulados por hospital, mas os resultados apresentados limitaram-se aos totais e aos hospitais agrupados por sua natureza jurídica ou por sub-região.

Definições e índices

As saídas, por equivalerem a casos atendidos foram, também, denominadas de atendimentos. Os pacientes-dias, equivalendo à assistência proporcionada a cada paciente, foram denominados, também, de dias de assistência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As relações entre os recursos — leitos — do Sistema Saúde com o paciente foram

estudadas por intermédio de um indicador, a média de permanência, e por alguns vínculos entre as variáveis que o caracterizam.

As variáveis — sexo e idade, procedência, tipo de tratamento e fontes de financiamento — segundo sua natureza, vinculam-se ao paciente, congênita (sexo e idade) ou circunstancialmente (procedência), e ligam-se à assistência hospitalar por constituírem seu objetivo basilar (tipos de tratamento) ou por serem o meio para atingir sua finalidade (fontes de tratamento).

As variáveis vinculadas ao paciente foram analisadas “de per si” em relação aos tipos de tratamento e fontes de financiamento, bem como, pela média de permanência. As ligadas à assistência hospitalar tiveram seu relacionamento visto, inclusive, sob o aspecto da média de permanência.

Sexo e idade segundo tipos de tratamento, fontes de financiamento e médias de permanência

O tratamento clínico representou 76,14% dos atendimentos prestados ao sexo masculino, e 42,09% dos proporcionados ao feminino. O cirúrgico representou cerca de 20% dos tratamentos em cada um dos sexos, situando-se no feminino, abaixo da participação do obstétrico 39,29% (Tabela 3).

A percentagem correspondente à participação de cada sexo no total de atendimentos prestados no Vale — 36,28% para o masculino e 63,72% para o feminino — (Tabela 4) manteve-se em relação à maioria das fontes de financiamento, observada uma tolerância de mais ou menos 2%; constituíram exceção o FUNRURAL, a CAH e os financiamentos feitos pelo próprio hospital, casos em que a variação superou aquele percentual.

A frequência relativa do sexo masculino em relação às fontes de financiamento caracterizou-se por ser maior nas próprias aos grupos menos favorecidos sócio-economicamente, rurícolas e carentes sociais, e representadas pelas fontes financiadoras de

TABELA 3
Saídas de pacientes dos hospitais da 3a. Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo sexo, tipo de tratamento recebido, 1975 (Nº e %).

Sexo	Tipo de tratamento		Total		Clínico		Cirúrgico		Obstétrico	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	38 141	36,28 (100,00)	29 041	50,75 (76,14)	9 100	42,18 (23,86)	—	—	—	—
Feminino	66 975	63,72 (100,00)	28 187	49,25 (42,09)	12 473	57,82 (18,62)	26 315	100,00 (39,29)	26 315	100,00 (39,29)
Ambos	105 116	100,00 (100,00)*	57 228	100,00 (54,44)	21 573	100,00 (20,52)	26 315	100,00 (25,04)	26 315	100,00 (25,04)

* Os números entre parêntesis referem-se às percentagens do tipo de tratamento em relação ao sexo.

TABELA 4

Saídas de pacientes dos hospitais da 3a. Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo fontes de financiamento e sexo, 1975 (Nº e %).

Fontes de financiamento	Sexo		Total		Masculino		Sub-total		Feminino		Parturientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De pagantes	77 737	73,95 (100,00)	27 675	72,56 (35,60)	50 062	74,75 (64,40)	30 136	74,12 (38,77)	19 926	75,72 (25,63)		
INAMPS	67 516	64,23 (100,00)	23 751	62,27 (35,18)	43 765	65,34 (64,82)	26 193	64,42 (38,80)	17 572	66,78 (26,08)		
Contratos	56 508	53,76 (100,00)	19 696	51,64 (34,86)	36 812	54,96 (65,14)	22 147	54,47 (39,19)	14 665	55,73 (25,95)		
Convênios	11 008	10,47 (100,00)	4 055	10,63 (36,84)	6 953	10,38 (63,16)	4 046	9,95 (36,76)	2 907	11,05 (26,41)		
FUNRURAL	5 865	5,58 (100,00)	2 346	6,15 (40,00)	3 519	5,25 (60,00)	2 054	5,05 (35,02)	1 465	5,57 (24,98)		
Outras formas de previdência	1 573	1,50 (100,00)	552	1,45 (35,09)	1 021	1,52 (64,91)	657	1,62 (41,77)	364	1,38 (23,14)		
Pagamento direto	2 783	2,64 (100,00)	1 026	2,69 (36,87)	1 757	2,64 (63,13)	1 232	3,03 (44,27)	525	1,99 (18,86)		
De não pagantes	27 379	26,05 (100,00)	10 466	27,44 (38,23)	16 913	25,25 (61,77)	10 524	25,88 (38,44)	6 389	24,28 (23,34)		
CEAS	23 033	21,91 (100,00)	8 691	22,79 (37,73)	14 342	21,41 (62,27)	8 862	21,79 (38,48)	6 480	20,82 (23,79)		
CAH	4 097	3,90 (100,00)	1 663	4,36 (40,59)	2 434	3,63 (59,41)	1 556	3,83 (37,98)	878	3,34 (21,43)		
Hospital	249	0,24 (100,00)	112	0,29 (44,38)	137	0,21 (55,02)	106	0,26 (42,57)	31	0,12 (12,45)		
Total	105 116	100,00 (100,00)*	38 141	100,00 (36,28)	66 975	100,00 (63,72)	40 660	100,00 (38,68)	26 315	100,00 (25,03)		

* Os números entre parêntesis referem-se às percentagens de saídas de cada sexo em relação ao total às fontes de financiamentos.

não pagantes e pelo FUNRURAL. É interessante destacar que, na ordem decrescente de participação das fontes de financiamento em relação ao sexo masculino, o pagamento direto colocou-se após as fontes peculiares aos grupos menos favorecidos economicamente, situando-se os homens, neste restrito grupo de pagamento direto, 2,69% do total, como um usufruidor de quase o dobro dos benefícios desfrutados pelas parturientes.

A maior freqüência relativa dos atendimentos conseqüentes a tratamentos clínicos situou-se no grupo etário de 15 a 24 anos, que será considerado como referência (31,12%), a partir do qual ascendeu progressivamente, quer no sentido dos grupos mais jovens, onde atingiu 97,17% no grupo com menos de 1 ano, quer no dos mais velhos para alcançar 86,85% no grupo com 75 e mais anos. Em contrapartida, no âmbito dos atendimentos devidos ao tratamento obstétrico, este mesmo grupo de 15 a 24 anos apresentou a maior proporcionalidade (48,69%) que decresceu no sentido dos grupos etários extremos (Tabela 5).

Os atendimentos por tratamento cirúrgico foram proporcionalmente mais freqüentes no grupo de 5 a 14 anos (33,04%) seguido por aquele de 45 a 54 anos (27,80%); os grupos extremos foram os que apresentaram valores mais baixos, o grupo com menos de 1 ano (2,83%) e o de 75 ou mais anos (13,15%).

A distribuição percentual encontrada é justificável, pois a patologia clínica foi a causa mais freqüente dos atendimentos nas faixas etárias extremas e a cirúrgica nas intermediárias, onde, evidentemente, também, se situou a assistência obstétrica.

A ausência de um grupo etário referência, marco divisório na ascensão ou decréscimo das percentagens concernentes aos atendimentos resultantes de tratamento cirúrgico, pode ser explicado pela contribuição das amidalectomias nos atendimentos ao grupo de 5 a 14 anos e das cirurgias ginecológica e abdominal naquele de 45 a 54 anos (Tabela 5).

Na maioria dos casos o grau de participação de cada faixa etária nas várias fontes de financiamento obedeceu a mesma ordem de freqüência que em relação aos atendimentos como um todo, embora não tenha sido idêntica (Tabela 6). As exceções foram representadas pela faixa etária de 45 ou mais anos nas quais o financiamento dos atendimentos devido ao FUNRURAL superou ao dos convênios do INAMPS em oposição ao ocorrido nas demais faixas e no total.

A Freqüência relativa das fontes de financiamento de pagantes segundo as faixas etárias obedeceu a seguinte ordem decrescente: 15 a 44 anos (76,43%), 45 a 64 anos (72,37%), 0 a 14 anos (71,72%) e 65 ou mais anos (63,14%). Esta ordem é compreensível tendo-se em conta que 86,85% destas fontes foi representada pelo INAMPS e por outras formas de previdência, e que a cobertura proporcionada vem progredindo paulatinamente no sentido de abranger toda a população a partir das idades que representam força de trabalho ativa. A faixa de maior potencial é, dentro da divisão etária adotada, a de 14 a 44 anos, seguida pela de 45 a 64 anos; aqueles de 0 a 14 anos constituem os dependentes, excluídas as exceções de raros previdenciários, e os de 65 ou mais anos representam a parcela social atualmente menos abrangida pela Previdência Social, pois muitos não são previdenciários ou dependentes (Tabela 6).

A faixa de 15 a 44 anos foi a única cuja freqüência em relação às demais faixas e quanto às fontes de financiamento de pagantes (60,00%) foi maior que as de não-pagantes (52,55%), circunstância indicadora de sua população ser proporcionalmente mais apta a contribuir no financiamento dos atendimentos recebidos que as das outras idades. A faixa considerada, 15 a 44 anos foi, também, a que apresentou a maior proporcionalidade de atendimentos financiados pelo INAMPS (67,80%) e a menor pelo FUNRURAL (4,71%). Em oposição situou-se a faixa de 65 ou mais

TABELA 5

Saídas de pacientes dos hospitais da 3ª região administrativa — Vale do Paraíba — segundo idade e tipo de tratamento recebido, 1975 (Nº e %).

Idade	Total		Clínico		Cirurgico		Obstétrico	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1 ano	8 834	8,40 (100,00)	8 584	15,00 (97,17)	250	1,16 (2,83)	—	—
1 a 4 anos	6 877	6,54 (100,00)	6 016	10,51 (87,48)	861	3,99 (12,52)	—	—
5 a 14 anos	7 491	7,13 (100,00)	4 960	8,67 (66,21)	2 475	11,47 (33,04)	56	0,21 (0,75)
15 a 24 anos	25 508	24,26 (100,00)	7 938	13,87 (31,12)	5 149	23,87 (20,19)	12 421	47,20 (48,69)
25 a 34 anos	22 942	21,83 (100,00)	7 453	13,02 (32,49)	5 000	23,18 (21,79)	10 489	39,86 (45,72)
35 a 44 anos	12 583	11,97 (100,00)	6 003	10,49 (47,71)	3 362	15,58 (26,72)	3 218	12,23 (25,57)
45 a 54 anos	7 798	7,42 (100,00)	5 499	9,61 (70,52)	2 168	10,05 (27,80)	131	0,50 (1,68)
55 a 64 anos	5 907	5,62 (100,00)	4 672	8,17 (79,09)	1 235	5,73 (20,91)	—	—
65 a 74 anos	4 552	4,33 (100,00)	3 824	6,68 (84,01)	728	3,37 (15,99)	—	—
75 ou mais	2 624	2,50 (100,00)	2 279	3,98 (86,85)	345	1,60 (13,15)	—	—
Total	105 116	100,00 (100,00)*	57 228	100,00 (64,44)	21 573	100,00 (20,52)	26 315	100,00 (25,04)

* Os números entre parêntesis referem-se às percentagens de cada tipo de tratamento em relação aos grupos etários.

TABELA 6

Saídas de pacientes dos hospitais da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo idade, e fontes de financiamento, 1975 (Nº e %).

Idade	Fontes de financiamento	De pagantes						De não pagantes					
		Total	Sub-total	INAMPS			FUN- RURAL	Outras formas de previdência	Pagamento direto	Sub-Total	CEAS	CAH	Hospital
				Ambos	Con- tratos	Con- vênios							
0 a 14 anos		23 202 (22,07) (100,00)	14 508 (21,49) (62,53)	12 217 (21,62) (58,66)	2 291 (20,81) (9,87)	1 354 (23,09) (5,53)	315 (20,03) (1,36)	464 (16,67) (2,00)	6 561 (23,96) (28,28)	5 759 (25,00) (24,88)	740 (18,06) (3,19)	62 (24,90) (0,27)	
15 a 44 anos		61 033 (58,06) (100,00)	41 383 (61,29) (67,80)	33 851 (59,91) (55,46)	7 532 (63,42) (12,34)	2 876 (49,04) (4,71)	863 (54,86) (1,42)	1 525 (54,80) (3,50)	14 386 (52,55) (23,57)	13 111 (52,58) (19,84)	2 150 (52,48) (3,52)	125 (50,20) (0,21)	
45 a 64 anos		13 705 (13,04) (100,00)	8 374 (12,40) (61,10)	7 563 (13,38) (55,18)	811 (7,37) (5,92)	853 (14,54) (6,23)	258 (16,40) (1,88)	433 (15,56) (3,16)	3 787 (13,83) (27,63)	3 027 (13,14) (22,09)	723 (17,77) (5,31)	32 (12,85) (0,23)	
65 ou mais anos		17 176 (6,83) (100,00)	3 251 (4,82) (45,30)	2 877 (5,09) (40,09)	374 (3,40) (5,21)	782 (13,33) (10,90)	137 (8,71) (1,91)	361 (12,97) (5,03)	2 645 (9,66) (36,86)	2 136 (9,28) (29,77)	479 (11,69) (6,67)	30 (12,05) (0,42)	
Total		105 116 (100,00)* (100,00)**	67 516 (100,00) (64,23)	56 508 (100,00) (53,76)	11 008 (100,00) (10,47)	5 865 (100,00) (5,58)	1 573 (100,00) (1,50)	2 783 (100,00) (2,64)	27 379 (100,00) (26,05)	23 033 (100,00) (21,91)	4 097 (100,00) (3,90)	249 (100,00) (0,24)	

* Os números comuns entre parêntesis referem-se às percentagens de cada grupo etário em relação às fontes de financiamento.

** Os números em itálico entre parêntesis referem-se às percentagens de cada fonte de financiamento em relação aos grupos etários.

anos pois foi a que mostrou a menor percentagem de atendimentos financiados pelo INAMPS (45,30%) e a maior pelo FUNRURAL (10,90%). Esta faixa etária de 65 ou mais anos foi, da mesma forma, a que percentualmente mais usufruiu das fontes de financiamento de não-pagantes (36,86%) mas, paradoxalmente, foi a de maior usufruição do pagamento direto (5,03%). O fato autoriza formular a hipótese, não passível de aqui ser comprovada à vista da limitação dos dados levantados, de que a representatividade da faixa etária 65 ou mais anos seria, em relação às demais, maior no meio rural que no urbano e que se apresentou como constituída da maior parcela de carentes sociais, ao lado de possuir proporcionalmente o maior contingente de indivíduos capazes de ser atendidos mediante pagamento direto (Tabela 6).

Ao lado do aumento progressivo da participação das fontes de financiamento de não-pagantes a partir da faixa etária de 14 a 44 anos, indicando uma ampliação da carência social com a idade, ocorreu, também, um crescimento gradual, e este desde a faixa de 0 a 14 anos, quanto à utilização do pagamento direto. Este último aumentou com menor intensidade, representando que a capacidade de financiamento direto cresceu com a idade mas que tal crescimento foi superado pelo da carência social.

Os pacientes do sexo masculino apresentaram o valor mais elevado da média de permanência (7,34 dias) tendo sido a das pacientes do sexo feminino 5,42 dias; as não-parturientes permaneceram 6,78 dias, em média, e as parturientes 3,35 dias. Somente este último valor foi abaixo da média geral para o Vale, 6,12 dias (Tabela 7).

Incluídos ambos os sexos, o grupo etário que teve a menor média de permanência foi o de 15 a 24 anos constituído em grupo referência — 4,16 dias; resultados semelhantes foram encontrados pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares de Ribeirão Preto — CPDH (Favero⁴, 1975 e

TABELA 7

Saídas e média de permanência (MPe) dos hospitais da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo sexo 1975. (Nº e %).

Sexo	Natureza jurídica	
	Nº	MPe
Masculino	38 141 (36,28)	7,34
Feminino	66 975 (63,72)	5,42
Não-parturientes	40 660 (38,68)	6,78
Parturientes	26 315 (25,03)	3,35
Total	105 116 (100,00)*	6,12

* Os números entre parêntesis referem-se às percentagens.

Yazlle Rocha¹², 1975). O comportamento global repetiu-se para cada sexo quando considerado isoladamente, com exceção no feminino do grupo de 65 a 74 anos, cuja média (10,23 dias) foi superior a do último grupo etário, de 75 ou mais anos (9,84 dias) (Tabela 8).

A menor média de permanência foi uma característica geral do grupo referência, quer quando os hospitais foram analisados conforme sua natureza jurídica (Tabela 8), quer quando agrupados por sub-região administrativa (Tabela 9). A média de permanência teve seus valores aumentados progressivamente à medida que os grupos distanciavam-se do grupo referência. O fato da média de permanência do grupo de 65 a 74 anos ser maior que aquele de 75 ou mais anos, quando analisada a 3ª Região como um todo, constituiu, também, exceção nas sub-regiões, mas de diversas maneiras: na sub-região 3-3 de forma igual à 3ª Região, isto é, somente quanto ao sexo feminino, na sub-região 3-1, em relação a este sexo e ao total e na sub-região 3-2 no que dizia respeito ao total e ao sexo masculino (Tabela 9).

TABELA 8

Média de permanência hospitalar dos pacientes da 3ª região administrativa — Vale do Paraíba — segundo idade, sexo e natureza jurídica dos hospitais, 1975.

Idade	Natureza jurídica		Total			Governamental			Filantrópica			Empresarial		
	Ambos	Sexo	Mascu- lino	Femi- nino	Ambos	Mascu- lino	Femi- nino	Ambos	Mascu- lino	Femi- nino	Ambos	Mascu- lino	Femi- nino	
Menos de 1 ano	8,94		8,98	8,90	4,29	4,03	4,55	9,00	9,13	8,83	9,21	8,53	9,99	
1 a 4 anos	6,65		6,40	6,95	3,99	4,01	3,97	6,77	6,48	7,11	6,27	6,27	6,26	
5 a 14 anos	6,34		5,88	6,92	6,55	3,82	9,46	6,27	6,03	6,58	6,84	5,23	8,81	
15 a 24 anos	4,16		5,38	3,83	3,27	3,31	3,25	4,18	5,35	3,88	4,13	5,85	3,64	
25 a 34 anos	4,66		6,15	4,25	3,53	3,81	3,32	4,54	6,12	4,11	5,35	6,72	4,96	
35 a 44 anos	6,05		7,76	5,22	4,10	4,28	3,95	5,98	8,01	5,02	6,91	7,22	6,77	
45 a 54 anos	7,83		8,40	7,33	4,21	4,31	4,08	7,98	8,59	7,44	7,88	8,55	7,39	
55 a 64 anos	8,47		8,67	8,26	10,64	13,68	4,98	8,40	8,44	8,35	8,44	8,59	8,28	
65 a 74 anos	9,63		9,14	10,23	4,20	4,16	4,26	9,76	9,28	10,36	9,77	9,02	10,48	
75 ou mais	10,08		16,31	9,84	4,93	5,64	4,21	10,15	11,29	10,00	10,14	11,30	8,81	
Total	6,12		7,34	5,42	4,65	5,03	4,30	6,16	7,47	5,41	6,13	7,16	5,62	

TABELA 9
Média de permanência hospitalar dos pacientes da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo idade, sexo e sub-regiões, 1975.

Idade	3ª Região				Sub-região 3-1				Sub-região 3-2				Sub-região 3-3			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Am- bos	Mas- cu- li- no	Fem- i- ni- no	Am- bos	Mas- cu- li- no	Fem- i- ni- no										
Menor de 1 ano	8,94	8,98	8,90	10,60	10,56	10,65	8,59	8,81	8,31	7,54	7,56	7,51				
1 a 4 anos	6,65	6,40	6,95	7,59	6,93	8,37	5,91	5,55	6,32	6,07	6,23	5,85				
5 a 14 anos	6,34	5,88	6,92	7,59	6,40	9,08	5,79	6,42	5,06	5,58	5,40	5,84				
15 a 24 anos	4,16	5,38	3,83	4,06	5,73	3,60	4,29	5,71	3,99	4,20	4,83	4,01				
25 a 34 anos	4,66	6,15	4,25	4,68	6,46	4,17	4,98	6,11	4,70	4,45	5,79	4,04				
35 a 44 anos	6,05	7,76	5,22	6,20	7,68	5,52	6,07	8,28	5,04	5,88	7,55	5,04				
45 a 54 anos	7,83	8,40	7,33	8,05	8,74	7,48	8,23	9,02	7,46	7,45	7,80	7,14				
55 a 64 anos	8,47	8,67	8,26	8,97	9,28	8,63	8,53	8,41	8,67	8,07	8,37	7,73				
65 a 74 anos	9,63	9,14	10,23	11,30	10,59	12,17	9,95	9,77	10,19	8,38	7,80	9,07				
75 ou mais	10,08	10,31	9,84	10,29	10,61	9,90	9,42	8,01	11,07	10,45	11,87	9,01				
Total	6,12	7,34	5,42	6,29	7,76	5,50	6,22	7,63	5,48	5,89	6,83	5,29				

Quanto aos hospitais segundo sua natureza jurídica (Tabela 8), os filantrópicos seguiram o modelo regional. O governamental apresentou os menores valores de média de permanência no grupo etário referência de 15 a 24 anos, tanto para os sexos em conjunto como em separado; apesar de ter havido uma tendência para a média aumentar no sentido dos grupos etários extremos, ocorreram alguns valores aberrantes. Os empresariais constituíram a única exceção quanto à localização do menor valor da média de permanência pois, apesar das correspondentes ao total e ao sexo feminino situarem-se no grupo referência, a menor média dos pacientes do sexo masculino foi do grupo de 5 a 14 anos; a tendência para a média crescer no sentido dos grupos etários mais jovens e mais velhos, configurou-se, também, apesar da ocorrência das suas exceções.

É compreensível que a média de permanência correspondente aos diferentes grupos etários tenha apresentado a tendência para aumentar progressivamente à medida que as idades se distanciavam daquelas do grupo referência de 15 a 24 anos pelos seguintes motivos (Tabela 9): a) no grupo referência o tratamento obtétrico, o de média de permanência mais baixa — 3,35 dias no cômputo geral — foi o que maior frequência relativa apresentou; b) o tratamento clínico, o de média de permanência mais elevada — 7,64 dias no cômputo geral — aumentou proporcionalmente nos grupos etários à medida que se afastavam do grupo referência; e c) os pacientes masculinos, os de média de permanência mais alta, segundo o sexo — 7,34 dias no cômputo geral — tiveram comportamento semelhante ao tratamento clínico e aumentaram proporcionalmente conforme se distanciavam do grupo referência.

Procedência segundo tipos de tratamento, fontes de financiamento e médias de permanência

O estudo relaciona a procedência com o tipo de tratamento prestado, sendo o mu-

nício onde o mesmo foi provido o ponto geográfico de referência.

Os atendimentos aos residentes no município representaram 83,80% do total (Tabela 10). Ao ser analisada a sua participação em cada tipo de tratamento, verifica-se que a maior percentagem correspondeu ao obstétrico (87,73%) indicando ter sido este o tratamento que menos motivou os pacientes a se deslocarem de seu município com a finalidade de serem atendidos. O tratamento clínico e o cirúrgico apresentaram frequências relativas, respectivamente de 82,62% e 82,14%.

Os atendimentos a residentes em outros municípios da sub-região constituíram 8,67% do total e tiveram sua principal participação no tratamento cirúrgico (9,48%) seguido pelo clínico (8,68%) e o obstétrico (8,01%).

A proporção dos atendimentos a residentes em outras sub-regiões do Vale do Paraíba em relação ao total foi a mais baixa (1,91%) correspondendo, também, à sua maior frequência relativa ao tratamento cirúrgico (2,75%). Enquanto a proporcionalidade referente ao tratamento clínico manteve-se próxima ao cirúrgico (2,05%) a do obstétrico divergiu de forma mais acentuada (0,89%).

Os não-residentes na 3ª Região Administrativa contribuíram, aproximadamente, com três vezes mais atendimentos (5,62%) que os residentes em outras regiões do Vale do Paraíba (1,91%). A maior determinante dos atendimentos foi o tratamento clínico no qual participou em 6,65%; nos outros dois tipos sua participação foi em 5,63% no cirúrgico e 3,37% no obstétrico.

Os resultados demonstraram ter sido o tratamento obstétrico o que menos contribuiu para o paciente se deslocar na obtenção do atendimento almejado. A maior frequência relativa dos residentes no município correspondeu a este tratamento em todas as sub-regiões, tendo sido a menos elevada para os não-residentes, independente de sua procedência (Tabela 10).

TABELA 10
Saídas de pacientes dos hospitais da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo procedência e tipo de tratamento recebido, 1975 (Nº e %).

Procedência	Tipo de tratamento		Total		Clínico		Cirurgico		Obstétrico	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Município a	88 086	83,80 (100,00)	47 281	82,62 (63,67)	17 720	82,14 (20,12)	23 085	87,73 (26,21)		
Sub-região b	9 119	8,67 (100,00)	4 966	8,68 (54,46)	2 045	9,48 (22,42)	2 108	8,01 (23,12)		
Região c	2 004	1,91 (100,00)	1 177	2,05 (58,73)	593	2,75 (29,59)	234	0,89 (11,68)		
Outras	5 907	5,62 (100,00)	3 804	6,65 (64,40)	1 215	5,63 (20,57)	888	3,37 (15,03)		
Total d	105 116	100,00 (100,00)	57 228	100,00 (54,44)	21 573	100,00 (20,52)	26 315	100,00 (25,04)		

a. Correspondem a atendimentos prestados a pacientes de outros municípios da mesma sub-região.

b. Idem a pacientes oriundos de municípios de outras sub-regiões do Vale do Paraíba.

c. Idem a pacientes não oriundos do Vale do Paraíba.

d. Idem a pacientes oriundos do mesmo município onde ocorreu o atendimento.

O tratamento cirúrgico foi a maior causa de atendimentos a não residentes no município, exceto quanto aos não-residentes no Vale do Paraíba, cuja frequência relativa foi maior no tratamento clínico.

Na atualidade o pagamento direto e o custeio do atendimento ao paciente não pagante pelo próprio hospital vem, progressivamente, decrescendo como fonte de financiamento da assistência médico-hospitalar à medida que a cobertura previdenciária se generaliza ou o Estado amplia as dotações orçamentárias destinadas à promoção social. Por tal motivo estas fontes não foram cogitadas na análise geral segundo a procedência, sendo-lhes reservadas considerações à parte.

A participação dos dois grupos de fontes de financiamento, de pagantes e de não pagantes, nos atendimentos prestados aos pacientes residindo no Vale do Paraíba, mostrou um decréscimo da frequência do primeiro grupo à medida que a procedência do paciente se distanciava do município onde o atendimento fora proporcionado, de 74,40% para 62,67%, e um aumento quanto aos não pagantes, de 25,60% para 37,33%. O fato foi conseqüência de que as fontes de financiamento de pagantes, constituindo um direito de natureza previdenciária, garantem, em grau variável, o atendimento procurado. Como este atendimento é prestado no próprio município (ou em próximo), onde o beneficiário ou amparado está vinculado por emprego, ele ou seu dependente em geral não necessitam se deslocar na busca de assistência. O mesmo não ocorre em relação aos pacientes não-pagantes: quando desejam um atendimento deslocam-se centripetamente do local onde moram até serem atendidos ou desistirem de o ser (Tabela 11).

A mobilidade dos residentes no Vale do Paraíba, na busca de atendimento hospitalar, variou com as diversas fontes de financiamento de pagantes. Os convênios com o INAMPS foram os que apresentaram

maior frequência de residentes no município (89,08%). O fato é compreensível, pois está vinculado a um acordo entre o empregador e a Previdência Social*. O vínculo favorece a coincidência do local onde reside o empregado com a proximidade de onde é prestado o atendimento. Ocorreram exceções em São José dos Campos: dos 6.443 atendimentos aí prestados por convênio, 657 corresponderam a residentes em outros municípios, dos quais 286 (43,53%) a residentes em Jacareí a 10 km, na mesma sub-região, e 185 (28,16%) a moradores em Caçapava, conhecida como "cidade dormitório", a 20 km.

Na ordem decrescente de participação dos residentes no município, os contratos do INAMPS apresentaram, a seguir, a frequência mais alta (84,28%) e estavam presentes em hospitais de 13 municípios.

O FUNRURAL, apesar de ser a fonte de financiamento de pagantes mais difundida, por manter convênio com hospitais de 19 dos 32 municípios do Vale do Paraíba, em 17 deles os hospitais eram classificados como "locais", segundo um critério vinculado à amplitude qualitativa da assistência médica hospitalar que proviam e, somente, em dois havia hospitais "regionais", nos quais fora reconhecida maior capacidade assistencial, Taubaté e Cruzeiro. A sua maior presença, assim, não evitou que o rurícola se deslocasse quando o seu caso exigiu maior complexidade de recursos de diagnóstico e/ou tratamento do que os existentes no hospital local de sua circunscrição. Esta circunstância limitou a utilização desta fonte pelo residente no próprio município a 81,18% (Tabela 11).

As "outras formas de previdência" (IAMSPE, prefeituras e assistência a militares) financiavam atendimentos em hospitais de 11 municípios, entretanto, as três formas só coexistiam em um hospital. O fato determinou que seus previdenciários e dependentes se deslocassem mais que os das fontes previamente estudadas, limitando-se

* Decreto-Lei nº 66 de 21/11/66.

TABELA 11

Saídas de pacientes dos hospitais da 3ª região administrativa — Vale do Paraíba — segundo fontes de financiamento e procedência, 1975 (Nº e %).

Procedência Fontes de financiamento	Total		Município a.		Sub-região b.		Região c.		Outras d.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De pagantes	77 737	73,95 (100,00)	65 539	74,40 (84,31)	6 344	69,57 (8,16)	1 256	62,67 (1,62)	4 598	77,84 (5,91)
INAMPS	67 516	64,23 (100,00)	57 432	65,20 (85,06)	5 331	58,46 (7,90)	984	49,10 (1,46)	3 769	63,81 (5,58)
Contratos	56 508	53,76 (100,00)	47 626	54,07 (84,28)	4 731	51,88 (8,37)	676	33,73 (1,20)	3 475	58,83 (6,15)
Convênios	11 008	10,47 (100,00)	9 806	11,13 (89,08)	600	6,58 (5,45)	308	15,37 (2,80)	294	4,98 (2,67)
FUNERAR	5 865	5,58 (100,00)	4 761	5,41 (81,18)	549	6,02 (9,36)	147	7,33 (2,60)	408	6,91 (6,96)
Outras formas de previdência	1 573	1,50 (100,00)	1 228	1,39 (78,07)	237	2,60 (15,06)	22	1,10 (1,40)	86	1,45 (5,47)
Pagamento direto	2 783	2,64 (100,00)	2 118	2,40 (76,10)	227	2,49 (8,16)	103	5,14 (3,70)	335	5,67 (12,04)
De não pagantes	27 379	26,05 (100,00)	22 547	25,60 (82,35)	2 775	30,43 (10,14)	748	37,33 (2,73)	1 309	22,16 (4,78)
CEAS	23 033	21,91 (100,00)	19 213	21,81 (83,41)	2 156	23,64 (9,36)	575	28,69 (2,50)	1 089	18,43 (4,73)
CAH	4 097	3,90 (100,00)	3 244	3,69 (79,18)	576	6,32 (14,06)	169	8,44 (4,12)	108	1,83 (2,64)
Hospital	249	0,24 (100,00)	90	0,10 (36,14)	43	0,47 (17,27)	4	0,20 (1,61)	112	1,90 (44,98)
Total	105 116	100,00 (100,00)	88 086	100,00 (83,80)	9 119	100,00 (8,67)	2 004	100,00 (1,91)	5 907	100,00 (5,62)

a. Correspondem a atendimentos prestados a pacientes oriundos do mesmo município onde ocorreu o atendimento.

b. Idem a pacientes oriundos de outros municípios da mesma sub-região.

c. Idem a pacientes oriundos de municípios de outras sub-regiões do Vale do Paraíba.

d. Idem a pacientes não oriundos do Vale do Paraíba.

a 78,07% os atendimentos aos residentes no município (Tabela 11).

Na área das fontes de financiamento de não-pagantes, o CEAS esteve presente nos 24 hospitais filantrópicos, distribuídos em 21 dos 22 municípios dotados de assistência hospitalar; sua ausência foi em Piquete onde o hospital era governamental. Mesmo sendo a fonte que mais localidades abrangeu, sua frequência entre os residentes do município (83,41%) foi menor que a dos convênios e contratos do INAMPS, justificada pela maior mobilidade do paciente não-pagante, como comentado.

A CAH mantinha convênios com apenas dois hospitais, um na sub-região 3-2 e outro na 3-3, tendo financiado 79,18% de oriundos do município. Esses convênios eram uma implementação ao atendimento dos pacientes não-pagantes, representando uma oferta mais generosa de leitos a este grupo social e atraindo residentes de outros municípios.

O comportamento dos não residentes no Vale deixou de ser analisado com as demais procedências devido à sua heterogeneidade. Apresentou-se mais próximo aos residentes no município quanto à participação que as diversas fontes de financiamento tiveram no grupo e assemelhou-se aos residentes na sub-região quanto à sua frequência nas várias fontes. A complexidade da composição do grupo não permitiu qualquer conclusão sobre seu comportamento (Tabela 11).

O pagamento direto apresentou um comportamento "sui generis": a participação das várias procedências aumentou progressivamente no sentido dos residentes no município (2,40%) para o dos procedentes de fora da Região (5,67%). A direção do aumento poderia ser levada a crédito da óbvia relação indireta entre a distância e o poder aquisitivo, entretanto o crescimento no mesmo sentido da frequência das fontes de financiamento de não-pagantes, excluído o grupo de não-residentes no Vale, demonstrou que outros fatores intervieram,

fatores esses não revelados pelas variáveis estudadas (Tabela 11).

O próprio hospital como fonte de financiamento de pacientes não-pagantes representou apenas 0,24% dos atendimentos, visto a característica do grupo de não-residentes constituir 44,98% e a de residentes no município 36,14%. A localização do hospital, a 15 km da divisa com Minas, na Rodovia Itajubá-Lorena (BR-459 e SP-48), justificou a representatividade do grupo, em particular porque 85,52% dos atendimentos foram prestados a oriundos do Estado de Minas Gerais (Tabela 11).

Em relação à média de permanência do total dos atendimentos (6,12 dias), a média dos residentes no município onde foi prestado o atendimento foi menor (5,98 dias) e a dos não-residentes superior (6,85%). Este comportamento repetiu-se, tanto nos diversos hospitais agrupados segundo sua natureza jurídica, como reunidos por sub-região administrativa (Tabela 12).

Os fatores contributivos foram a maior frequência do tratamento obstétrico, correspondente àqueles oriundos do mesmo município (Tabela 10) e, possivelmente, em alguns casos, a distância entre o local de atendimento e a residência da paciente. Entre os pacientes não-pagantes ocorre que as condições sociais favorecem um maior período entre a alta médica e a hospitalar e o transporte para outro município concorre, em determinados casos, na dilatação da alta de qualquer doente, independente de ser ou não pagante.

Quando as médias de permanência dos pacientes das várias procedências são visualizadas em maior detalhe (Tabela 13), é constatado que a distância não representou, em todos os casos, uma contribuição de tendência constante. Constituíram exemplos: a) a média de permanência das regiões administrativas não limítrofes com o Vale do Paraíba ter sido menor que as das confrontantes; b) a da Microrregião

TABELA 12

Médias de permanência hospitalar (dias) dos pacientes da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo procedência, natureza jurídica dos hospitais e sub-regiões, 1975

Procedência	Total	Natureza Jurídica			Sub-regiões		
		Governamental	Filantropica	Empresarial	Sub-região 3-1	Sub-região 3-2	Sub-região 3-3
Do município	5,98	4,42	5,99	6,10	6,15	5,91	5,84
De fora do município	6,85	4,86	7,09	6,32	7,88	8,11	6,07
Total	6,12	4,65	6,16	6,13	6,29	6,22	5,89

202 — Alta Mantiqueira — ter superado as referentes aos demais atendimentos a pacientes oriundos de Minas Gerais; e c) a da Microrregião 217 — Vale do Paraíba Fluminense — em relação aos demais oriundos do Estado do Rio de Janeiro. A discrepância foi ainda maior quando se verifica que a média de permanência dos pacientes de algumas procedências foi menor que a dos residentes no próprio município do atendimento. A possibilidade de uma conclusão inexistente, contudo, no âmbito das variáveis analisadas.

Resultados diversos foram obtidos pela análise dos dados colhidos pelo CPDH, em Ribeirão Preto; observou-se para um período de 5 anos (1970 a 1974), “que a duração média da internação aumenta com a distância entre o hospital e a residência do paciente, pelo menos a partir de um certo limite” (Favero ⁴, 1975). A média foi de 5,6 dias para os pacientes residentes no município e 10,1 para os não residentes no município, mas dentro da 6ª Região Administrativa — Ribeirão Preto; para os oriundos de fora da Região, a média atingiu 14,5 dias.

Tipos de atendimento, fontes de financiamento e médias de permanência

A ordem de frequência com que os diversos tipos de tratamento participaram das várias fontes de financiamento foi a mesma no grupo de pagantes e de não-pagantes, sendo que a participação do tratamento cirúrgico foi mais acentuada no primeiro grupo e a dos tratamentos clínico e obstétrico no segundo. A proporcionalidade do tratamento clínico no grupo de pagantes foi de 51,52% e 62,73%; no de não-pagantes e a do cirúrgico, 22,84% e 13,95%, respectivamente; o obstétrico não apresentou uma divergência acentuada (25,64% e 23,32%). (Tabela 14).

A discrepância entre o tratamento clínico e o obstétrico pode ser atribuída a um dos dois motivos seguintes ou aos dois conjuntamente: maior tendência intervencionista quanto aos pacientes pagantes ou triagem favorecendo os casos clínicos quanto aos não-pagantes, devido a causas não reveladas pelos dados colhidos. A divergência quanto ao tratamento obstétrico em parte foi devida a cobertura previdenciária garantir o parto hospitalar, enquanto os não-pagantes não possuem qualquer direito assegurado.

TABELA 13

Saídas (Nº) e média de permanência hospitalar, (MPe) (dias), dos pacientes da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo procedência, 1975.

Procedência	Nº	MPe
1ª Região Administrativa Grande São Paulo	893	5,55
2ª Região Administrativa Litoral	345	9,34
3ª Região Administrativa Vale do Paraíba do município	99 209 88 086	6,09 5,98
5ª Região Administrativa Campinas	106	6,06
4ª e 5ª a 11ª Regiões Administrativas	217	4,99
Estado de Minas Gerais	3 185	6,89
Micro-região 198 Planalto Mineiro	397	5,61
Micro-região 199 Alto Rio Grande	420	7,96
Micro-região 202 Alta Mantiqueira	1 924	7,07
Micro-regiões Outras	444	6,25
Estado do Rio de Janeiro	616	6,70
Micro-região 217 Vale do Paraíba Fluminense	212	8,28
Micro-região 219 Vassouras	24	4,78
Micro-região 223 Baía de Ilha Grande	101	7,57
Micro-regiões Outras	279	5,35
Outras procedências	545	5,46
Total	105 116	6,12

Na análise das fontes de financiamento de grupo de pagantes é visível a grande semelhança entre a frequência dos diversos tipos de tratamento ocorrida no grupo e nos contratos com o INAMPS, em nenhum valor a diferença ultrapassou 0,5%. A menor proporcionalidade do tratamento cirúrgico ocorrida nos contratos em relação

às outras fontes de pagantes, excluído o FUNRURAL, decorreu da cirurgia seletiva, adotada como política na assistência prestada.

Os convênios do INAMPS apresentaram uma distribuição mais homogênea das frequências dos vários tipos de tratamento: a do clínico foi a menos elevada que ocorreu

entre as várias fontes de financiamento (45,18%) e a do obstétrico a mais alta 26,39%. O convênio entre a Previdência Social e o empregador transfere ao último o encargo de prestar assistência médico-hospitalar a seus empregados, encargo que o empregador, por sua vez transfere, usualmente, a grupos médicos*.

A rentabilidade desses grupos reside, como a de qualquer organização, na relação receita e despesa. Como a receita está circunscrita ao limite dedutível da contribuição patronal, uma relação positiva depende do uso de alternativas visando despesas economicamente mais favoráveis e cuja amplitude está vinculada ao comportamento ético. Entre as alternativas está a assistência ambulatorial, o que explica o decréscimo nesta fonte da proporcionalidade do tratamento clínico e a ascensão do cirúrgico.

As "outras formas de previdência" tiveram um comportamento próximo ao dos convênios, o que é justificado pois proporcionam, também, o acesso à assistência ambulatorial.

O pagamento direto, como fonte de financiamento, está ainda mais próximo dos convênios quanto à utilização das alternativas que representam menor despesa, pois a tomada de decisão se reflete econômico-financeiramente em quem a toma, o próprio paciente ou o seu financiador, um familiar na grande maioria das vezes. O hospital, assim, constitui uma das últimas alternativas por ser das mais dispendiosas. Os valores correspondentes ao pagamento direto apresentaram uma discrepância: a frequência de 18,90% do tratamento obstétrico, a mais baixa encontrada (excluída a referente ao hospital como fonte de financiamento de não-pagantes, por serem aberrantes todos seus valores). O motivo resulta da superposição de suas circunstâncias. A maioria das formas de previdência, incluindo os contratos do INAMPS,

faculta aos beneficiários, ou a seus dependentes, utilizarem leitos cujas diárias sejam superiores àquela correspondente ao leito a eles assegurado, desde que sejam responsáveis pelas despesas decorrentes desse uso. Outra circunstância é a mencionada extensão da cobertura previdenciária da assistência ao parto, o que restringe o número de usuários do pagamento direto, à parcela fora dos planos previdenciários e, eventualmente, o proprietário agrícola; este hoje é amparado pelo FUNRURAL, cujos convênios com os hospitais, entretanto, não possibilitam o uso de leito diverso do previsto.

O FUNRURAL, mesmo integrando a Previdência Social, apresenta características assistenciais semelhantes àquelas peculiares aos pacientes não-pagantes. Vários aspectos contribuem para a similitude: a) as guias de internação são fornecidas pelos sindicatos rurais e não pelo órgão previdenciário; b) os convênios são globais, isto é, abrangem assistência hospitalar e assistência médica, não havendo vínculo direto entre o médico assistente e o FUNRURAL; c) não há uma avaliação da qualidade da assistência prestada a cada amparado ou dependente; e d) a proporcionalidade da faixa etária com 65 ou mais anos (13,33%) está mais próxima daquela referente à mesma faixa de não-pagantes (9,66%) (Tabela 6). Excluindo o hospital como fonte de financiamento, o FUNRURAL foi a que apresentou os valores extremos quanto ao tratamento clínico (65,37%) e ao cirúrgico (9,67%). O obstétrico foi o que mais próximo esteve em relação ao valor correspondente ao total (25,04%) (Tabela 14). A preponderância do tratamento clínico vinculou-se às razões expostas inicialmente quanto aos pacientes não-pagantes: tendência não intervencionista, triagem e a participação percentual da faixa etária com 65 ou mais anos.

* Denominação adotada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo-ABRAMGE.

TABELA 14

Saídas de pacientes de hospitais da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo fontes de financiamento e tipo de tratamento recebido, 1975 (Nº e %).

Fonte de financiamento	Tratamento							
	Total		Clínico		Cirurgico		Obstétrico	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De pagantes	77 737	73,95 (100,00)	40 054	69,99 (51,52)	17 752	82,29 (22,84)	19 931	75,74 (25,64)
INAMPS	67 516	64,23 (100,00)	34 065	59,52 (50,46)	15 874	73,59 (23,51)	17 577	66,80 (26,03)
Contratos	56 508	53,76 (100,00)	29 092	50,83 (51,48)	12 744	59,08 (22,55)	14 672	55,76 (25,97)
Convênios	11 008	10,47 (100,00)	4 973	8,69 (45,18)	3 130	14,51 (28,43)	2 905	11,04 (26,39)
FUNRURAL	5 865	5,58 (100,00)	3 834	6,70 (65,37)	567	2,63 (9,67)	1 464	5,56 (24,96)
Outras formas de previdência	1 573	1,50 (100,00)	731	1,28 (46,47)	478	2,21 (30,39)	364	1,38 (23,14)
Pagamento direto	2 783	2,64 (100,00)	1 424	2,49 (51,17)	833	3,86 (29,93)	526	2,00 (18,90)
De não pagantes	27 379	26,05 (100,00)	17 174	30,01 (62,73)	3 821	17,71 (13,95)	6 384	24,26 (23,32)
CEAS	23 053	21,91 (100,00)	14 547	25,42 (63,16)	3 010	13,95 (13,07)	6 476	20,81 (23,77)
CAH	4 087	3,90 (100,00)	2 421	4,23 (59,09)	798	3,70 (19,48)	878	3,34 (21,43)
Hospital	249	0,24 (100,00)	206	0,36 (82,73)	13	0,06 (5,22)	30	0,11 (12,05)
Total	105 116	100,00 (100,00) *	57 228	100,00 (54,44)	21 573	100,00 (20,52)	26 315	100,00 (25,04)

* Os números entre parêntesis referem-se às percentagens de saídas de cada tipo de tratamento em relação ao total das fontes de financiamento.

As duas fontes de financiamento de pacientes não-pagantes, CEAS e CAH, apresentaram a mesma ordem de participação percentual referente aos tipos de tratamento e obedecendo àquela ocorrida no total. As frequências dos tratamentos clínico e obstétrico foram maiores no CEAS, 63,16% e 23,77%, respectivamente, e o cirúrgico na CAH, 19,48%, condizente com o fato de um dos hospitais ser de ensino e propiciar uma triagem dos diversos tipos de tratamento.

A proporcionalidade dos vários tipos de tratamento foi aberrante quanto aos atendimentos de pacientes não-pagantes financiados pelo próprio hospital. Enquanto o tratamento clínico participou em 82,73%, o mais alto ocorrido, o obstétrico correspondeu a 12,05% e o cirúrgico a 5,22%, os mais baixos encontrados.

A média de permanência dos pacientes variou de acordo com o tipo de tratamento recebido e a fonte que o financiou; entretanto, em cada uma das fontes as médias dos três tratamentos guardaram entre si a mesma ordem, segundo seus valores em dias, observado quanto ao total dos atendimentos. O maior tempo médio neste total correspondeu ao tratamento clínico (7,64 dias) seguindo-lhe o cirúrgico (5,53 dias); o menor se referiu ao obstétrico (3,35 dias). Constituiu exceção o FUNRURAL, onde a maior média de permanência foi devida ao tratamento cirúrgico (Tabela 15).

As médias de permanência referentes ao período de 1970 a 1974 para os dados analisados pelo CPDH, em Ribeirão Preto, foram: para o sexo masculino de 7,8 dias para os casos clínicos e 8,6 para os cirúrgicos; para o feminino 4,5 e 4,1 dias, respectivamente, ocorrendo, portanto uma situação inversa em cada sexo (Favero, 1975)⁴.

Os valores das médias de permanência do grupo de pacientes pagantes foram inferiores aos dos não-pagantes, situando-se estes últimos acima de 35% em relação àqueles, nas médias correspondentes aos

tratamentos clínico e cirúrgico e 4,83% quanto ao obstétrico. A menor discrepância verificada em relação ao tratamento obstétrico resultou da alta da parturiente não depender, na maioria dos casos, da assistência recebida. A maior média de permanência dos pacientes não-pagantes já havia sido estudada na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1967 (Carvalho, 1969)¹.

Analisadas pela ordem decrescente de suas médias de permanência, a fonte de financiamento de pacientes pagantes que apresentou o maior valor foi o FUNRURAL, cujos amparados e dependentes permaneceram, em média, 6,78 dias no hospital. Foram os valores mais próximos àqueles relativos ao grupo de não-pagantes, confirmando a semelhança apontada anteriormente. Exceto a média de permanência dos casos clínicos, 7,79 dias inferior a do mencionado grupo, as dos casos cirúrgicos e dos obstétricos, 8,09 e 3,62 dias, respectivamente, foram mais elevadas, destacando-se que a do obstétrico foi a maior encontrada para qualquer fonte. A razão de ambos os valores terem sido elevados foi detectada. Os dois hospitais classificados como regionais pelo FUNRURAL contribuíram com 25,97% dos atendimentos cirúrgicos, parcela a que correspondeu uma média de permanência de 13,61 dias, e um único hospital atendeu 18,59% dos casos obstétricos aos quais correspondeu uma permanência média de 5,86 dias. A patologia cirúrgica poderia justificar a maior estada dos pacientes cirúrgicos, uma vez que aos hospitais regionais eram encaminhados os casos que exigiam maiores recursos assistenciais que os encontrados nos hospitais locais. Contudo, não é compreensível a permanência média encontrada para as parturientes, ainda mais que a assistência a elas prestada, por força do convênio global, não estava vinculada às diárias, exceto se, devido a dificuldade de transporte, internavam-se precocemente como medida cautelar (Tabela 15).

Na ordem decrescente das médias de permanência, seguiram-se as dos convênios do INAMPS e das "outras formas de previdência", ambas de 5,53 dias; a maior média dos casos clínicos no INAMPS (6,84 dias) foi compensada pelas dos cirúrgicos e do obstétrico, 5,14 e 3,31 dias, respectivamente (Tabela 15). As médias referentes aos pacientes assistidos por contratos no Vale do Paraíba foram inferiores àquelas relativas ao total dos contratos no Estado de São Paulo e no País (Tabela 16).

As "outras formas de previdência" apresentaram uma média de permanência elevada, dentro do grupo de pacientes pagantes, (7,42 dias) próxima a do FUNRURAL; em contraposição a dos casos cirúrgicos 4,64 dias e a dos obstétricos, 2,97 dias que foram as mais baixas encontradas para qualquer fonte de financiamento. (Tabela 15).

Após, vieram os convênios do INAMPS, cujos pacientes permanentes permaneceram em média 5,28 dias; não só este valor como os referentes às médias de cada tipo de tratamento foram inferiores às dos contratos. Comparadas com as médias dos convênios no Estado e no País, os resultados apresentaram-se superiores, exceto quanto ao tratamento obstétrico (Tabela 15).

Os pacientes cuja assistência foi financiada por pagamento direto corresponderam aos que, em média, menos tempo permaneceram nos hospitais, 4,85 dias, quer no geral como em relação aos casos clínicos e cirúrgicos, 5,55 e 4,34 dias, respectivamente.

Dentro do grupo de pacientes não-pagantes há a destacar o comportamento da CAH que apresentou as maiores médias de permanência quanto ao total, 8,23 dias nos casos clínicos e cirúrgicos e respectivamente e em oposição, a menor para os obstétricos, 2,98 dias.

O comportamento das médias de permanência em relação ao Vale do Paraíba como um todo repetiu-se quando os hospitais foram agrupados segundo sua natureza jurídica * ou sua sub-região ressalvada uma exceção: nos hospitais filantrópicos a média de permanência relativa aos atendimentos cirúrgicos correspondeu a 5,09 dias, tendo sido maior que a dos clínicos, 4,60 dias (Tabelas 15 e 17). A inversão dos valores decorreu do fato de um hospital filantrópico na sub-região 3-1, representando apenas 15,70% dos atendimentos, ter participado em 37,22% dos dias de assistência; se excluído este caso discrepante a média seria 3,75 dias; a sua influência foi, também, observada na média referente aos casos cirúrgicos dos convênios na sub-região mencionada, a mais alta que esta fonte apresentou para o tipo de tratamento.

Da análise das médias de permanência, infere-se que houve uma relação indireta entre o período de estada do paciente no hospital e a participação das fontes de financiamento, por seus agentes, nas tomadas de decisão envolvendo a assistência médico-hospitalar relativa ao atendido.

O menor período médio referiu-se aos pacientes cujos atendimentos foram financiados pelo pagamento direto, fonte em que o agente, permanentemente, está envolvido nas decisões referentes a cada caso.

No outro extremo estavam os convênios firmados pelo Governo do Estado, CEAS e CAH, nos quais o critério de admissão e alta, bem como a qualidade da assistência proporcionada, circunscrevia-se ao âmbito de decisão dos hospitais. O Estado, na prática, somente decidia sobre as medidas a tomar ante uma evidência dolosa.

Entre os extremos situavam-se, mais próximos do pagamento direto em ordem decrescente da participação decisória, os convênios do INAMPS, as "outras formas de previdência" e os contratos do INAMPS.

* O hospital governamental não foi analisado pelas razões expostas em Material e Métodos.

TABELA 15

Média de permanência hospitalar dos pacientes da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo tipo de tratamento e sub-regiões, 1975.

Fontes de financiamento		Sub-regiões					
		Tra- tamento	3ª Região	Sub- região 3-1	Sub- região 3-2	Sub- região 3-3	
De pagantes	Total	Todos	6,12	6,29	6,22	5,89	
		Clínico	7,64	8,56	7,88	6,84	
		Cirúrgico	5,53	5,42	6,14	5,21	
		Obstétrico	3,35	3,15	3,51	3,49	
	INAMPS	Sub- total	Todos	5,56	5,97	5,49	5,12
			Clínico	6,86	8,04	7,22	5,72
			Cirúrgico	5,19	5,34	5,36	4,90
			Obstétrico	3,31	3,12	3,43	3,56
		Ambos	Todos	5,49	5,93	4,87	5,09
			Clínico	6,79	8,16	6,18	5,68
			Cirúrgico	5,15	5,39	4,91	4,89
			Obstétrico	3,30	3,11	3,47	3,53
		Contratos	Todos	5,53	6,11	4,99	5,14
			Clínico	6,84	8,61	6,35	5,72
			Cirúrgico	5,14	5,30	5,10	4,97
			Obstétrico	3,31	3,10	3,42	3,54
	Convênios	Todos	5,28	5,60	4,23	3,96	
		Clínico	6,52	6,96	5,10	4,33	
		Cirúrgico	5,19	5,60	3,97	3,80	
		Obstétrico	3,25	3,15	3,69	3,22	
	FUN- RURAL	Todos	6,78	6,66	8,37	5,70	
		Clínico	7,79	8,01	9,95	6,13	
		Cirúrgico	8,09	6,66	11,02	6,53	
		Obstétrico	3,62	3,08	3,34	4,23	
Outras formas de previ- dência	Todos	5,53	5,88	5,92	5,12		
	Clínico	7,42	7,77	8,81	6,67		
	Cirúrgico	4,64	5,14	5,13	3,97		
	Obstétrico	2,97	2,70	3,13	3,01		
Paga- mento direto	Todos	4,85	5,75	4,33	3,25		
	Clínico	5,55	5,96	6,54	5,32		
	Cirúrgico	4,34	4,16	4,61	4,54		
	Obstétrico	3,21	3,66	3,08	2,73		
De não pagantes	Sub- total	Todos	7,72	8,74	6,89	8,12	
		Clínico	9,44	11,08	8,38	9,50	
		Cirúrgico	7,03	7,20	6,93	7,56	
		Obstétrico	3,47	3,47	3,60	3,28	
	CEAS	Todos	7,66	874	6,45	8,27	
		Clínico	9,35	11,08	7,74	9,65	
		Cirúrgico	6,75	7,20	6,60	6,98	
		Obstétrico	3,58	2,53	4,14	3,41	
	CAH	Todos	8,23	—	8,46	7,94	
		Clínico	10,10	—	10,57	9,57	
		Cirúrgico	8,34	—	7,95	10,12	
		Obstétrico	2,98	—	3,10	2,85	
	Hospital	Todos	4,03	—	—	4,03	
		Clínico	4,18	—	—	4,18	
		Cirúrgico	5,15	—	—	5,15	
		Obstétrico	2,54	—	—	2,54	

TABELA 16

Média de permanência hospitalar dos pacientes da 3ª Região Administrativa — Vale do Paraíba — segundo fontes de financiamento, tipo de tratamento e natureza jurídica dos hospitais, 1975.

Fontes de financiamento		Natureza jurídica					
		Tra- tamento	Total	Governa- mental	Filan- trópico	Empre- sarial	
De pagantes	Total	Todos	6,12	4,65	6,16	6,13	
		Clínico	7,64	5,00	7,63	8,46	
		Cirúrgico	5,53	4,00	5,65	5,11	
		Obstétrico	3,35	2,76	3,31	3,62	
	INAMPS	Sub- total	Todos	5,56	4,72	5,44	6,13
			Clínico	6,86	5,10	6,44	8,46
			Cirúrgico	5,19	3,93	5,24	5,11
			Obstétrico	3,31	2,79	3,25	3,62
		Ambos	Todos	5,49	4,76	5,30	6,39
			Clínico	6,79	5,16	6,45	8,90
			Cirúrgico	5,15	3,95	5,17	5,18
			Obstétrico	3,30	2,75	3,23	3,61
		Contratos	Todos	5,53	4,76	5,38	6,96
			Clínico	6,84	5,16	6,61	9,95
			Cirúrgico	5,14	3,95	5,18	5,08
			Obstétrico	3,31	2,75	3,23	3,93
	Convênios	Todos	5,28	—	4,38	5,88	
		Clínico	6,52	—	4,60	7,91	
		Cirúrgico	5,19	—	5,09	5,25	
		Obstétrico	3,25	—	3,17	3,29	
FUN- RURAL	Todos	6,78	—	6,80	6,01		
	Clínico	7,79	—	7,81	7,31		
	Cirúrgico	8,09	—	8,16	6,55		
	Obstétrico	3,62	—	3,66	1,90		
Outras formas de previ- dência	Todos	5,53	3,59	5,47	6,65		
	Clínico	7,42	3,50	7,57	8,29		
	Cirúrgico	4,64	3,00	4,27	6,82		
	Obstétrico	2,97	5,00	2,87	3,55		
Paga- mento direto	Todos	4,85	4,00	5,22	4,48		
	Clínico	5,55	4,14	6,64	4,82		
	Cirúrgico	4,34	4,92	4,46	4,21		
	Obstétrico	3,21	2,60	2,61	4,06		
De não pagantes	Sub- total	Todos	7,72	4,03	7,75	—	
		Clínico	9,44	4,18	9,50	—	
		Cirúrgico	7,08	5,15	7,09	—	
		Obstétrico	3,47	2,54	3,48	—	
	CEAS	Todos	7,66	—	7,66	—	
		Clínico	9,35	—	9,35	—	
		Cirúrgico	6,75	—	6,75	—	
		Obstétrico	3,56	—	3,56	—	
	CAH	Todos	8,23	—	8,23	—	
		Clínico	10,10	—	10,10	—	
		Cirúrgico	8,34	—	8,34	—	
		Obstétrico	2,98	—	2,98	—	
	Hospital	Todos	4,03	4,03	—	—	
		Clínico	4,18	4,18	—	—	
		Cirúrgico	5,15	5,15	—	—	
		Obstétrico	2,54	2,54	—	—	

TABELA 17

Média de permanência hospitalar dos pacientes do INAMPS, segundo fontes de financiamentos, tipo de tratamento recebido em algumas áreas, 1975.

Fonte de financiamento	Áreas Tratamento	3ª Região Administrativa Vale do Paraíba	INAMPS	
			Estado de São Paulo	Brasil
Total	Todos	5,49	5,78	6,08
	Clinico	6,79	7,14	7,32
	Cirúrgico	5,15	5,80	6,76
	Obstétrico	3,30	3,48	3,28
Leitos próprios	Todos		12,40	8,93
	Clinico		16,64	17,32
	Cirúrgico		11,39	9,88
	Obstétrico		6,05	3,81
Contratos	Todos	5,53	5,90	6,04
	Clinico	6,84	7,22	7,38
	Cirúrgico	5,14	6,08	6,64
	Obstétrico	3,31	3,48	3,25
Convênios	Todos	5,28	4,40	4,75
	Clinico	6,52	5,87	5,90
	Cirúrgico	5,19	3,35	4,28
	Obstétrico	3,25	3,40	3,29

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social (Mensário Estatístico, 1977).

Os executantes dos convênios, sendo pessoas jurídicas de direito privado e atenderem a uma clientela pequena em relação a dos contratos, têm flexibilidade para decidirem sobre os melhores meios de serem atingidos os objetivos conveniados e para supervisionarem a assistência proporcionada, "motorizando-a" conforme seus interesses.

Estas circunstâncias situam os convênios entre o pagamento direto e as demais fontes de financiamento.

As "outras formas de previdência" diferem basicamente dos contratos do INAMPS por atenderem uma população significativamente menor e restrita a uma categoria profissional, o que lhes favorece um maior envolvimento no processo decisório.

O INAMPS, cobrindo por seus contratos milhões de beneficiários e dependentes*, está restrito a tomadas de decisões de caráter geral, sendo a supervisão suplantada pelo controle, no qual a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) tem papel preponde-

* Os dados disponíveis sobre a população coberta pela Previdência Social não discrimina a grandeza das parcelas cobertas pelos contratos e pelos convênios. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

rante. Tal conjuntura a situa mais distante dos convênios que "as outras formas de previdência".

Por último, está o FUNRURAL, a fonte de financiamento de pacientes pagantes mais próxima do grupo de não-pagantes. O caráter global de seus convênios restringe qualquer interferência continua na assistência, e a ausência de revisão do prontuário do amparado ou de seu dependente, após a alta, impede a supervisão do atendimento, circunstâncias que limitam as tomadas de decisão.

CONCLUSÕES

1. O tratamento clínico preponderou no sexo masculino, discretamente (50,75%) e nos grupos etários de 0 a 14 anos e de 45 ou mais anos (62,62%) e o cirúrgico no sexo feminino (57,82%) e no grupo de 15 a 44 anos (62,63%).

2. As médias de permanência mais elevadas corresponderam ao sexo masculino (7,34 dias) mesmo quando excluídas as parturientes (6,78 dias), e aos grupos etários de menos de 1 ano e de 65 ou mais anos. A menor média foi a dos atendimentos prestados ao grupo com 15 a 24 anos.

3. Os atendimentos relacionados às fontes de financiamento de pacientes pagantes tenderam a vincular-se mais aos grupos etários de 15 a 44 anos e as referentes às de não-pagantes tenderam para os demais grupos.

4. O tratamento obstétrico foi o que determinou menor migração de pacientes; o número de atendimentos devido ao tratamento cirúrgico foi mais elevado para os originários do Vale do Paraíba enquanto que o referente ao clínico o foi para os demais.

5. Os atendimentos a residentes no Vale do Paraíba, quando financiados por fonte de pacientes pagantes, excluído o FUNRURAL, apresentaram maior tendência

de serem prestados próximos ao local de procedência do atendimento.

6. A média de permanência referente aos atendimentos prestados aos residentes no Vale do Paraíba foi menor que aos não-residentes, quando considerados em seu todo ou em seus grande grupos.

7. A proporcionalidade dos atendimentos obstétricos foi próxima para os referentes às fontes de financiamento de pacientes pagantes (25,64%) e de não-pagantes (23,32%); entretanto, a dos cirúrgicos foi maior para as de pagantes (22,84%) e a dos clínicos para as de não-pagantes (62,73%).

8. O comportamento dos atendimentos prestados ao FUNRURAL esteve mais próximo àqueles prestados a pacientes financiados por fontes de não-pagantes que de pagantes.

9. A média de permanência dos atendimentos manteve uma relação inversa ao poder decisório da fonte que os financiou.

10. A média de permanência mais elevada correspondeu aos atendimentos devidos ao tratamento clínico (7,64 dias), seguido pelo cirúrgico (5,53 dias) e do obstétrico (3,35 dias). Esta ordem manteve-se independentemente da fonte de financiamento envolvida, ou do agrupamento dos hospitais, quer segundo sua natureza jurídica ou a sub-região, exceto algumas exceções justificadas.

11. As médias de permanência nos hospitais filantrópicos foi discretamente superior (6,16 dias) a dos empresariais (6,13 dias), apesar de somente a referente ao tratamento cirúrgico ser mais elevada.

12. A avaliação dos leitos como recursos do sistema saúde, quando não são consideradas variáveis relacionadas à morbidade, recursos disponíveis (materiais e humanos) e a determinação da qualidade prestada, proporciona resultados valiosos para o planejamento por quantificar e caracterizar as necessidades de leitos de uma

região. A avaliação do desempenho é prejudicada pela adoção de padrões empíricos e pragmáticos, podendo, contudo, se transformar em um instrumento ponderável

na supervisão dos investimentos no setor saúde, se os padrões atuais forem substituídos por outros estabelecidos por metodologia científica.

RSPUB9/516

GUIMARÃES, C. [Hospital bed availability in the general hospitals in the Paraíba Valley, SP, Brazil, 1974] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:366-95, 1980.

ABSTRACT: *The objective of this study was to discover the resources of the hospital system of the Paraíba Valley, Brazil and to establish their relationships by finding the hospital bed-inpatient ratio. The number of discharges and deaths that occurred in the Valley's general care hospitals in 1974 were studied so that certain variables (sex, age, residence) could be established. Analysis of these variables and their relationships furnished data for estimating bed need.*

UNITERMS: *Hospitals, Paraíba Valley, SP, Brazil. Hospital bed capacity. Bed occupancy.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, L. de F. Aumento do tempo de permanência hospitalar. *Rev. paul. Hosp.*, 17(2):15-8, 1969.
2. CARVALHO, M. P. de & LEVY, S. N. Sistema de controle e atividades médicas na F.H.D.F. através computador eletrônico. *Rev. paul. Hosp.*, 22:309-14, 1974.
3. DONABEDIAN, A. & AXELROD, S. J. Organizing medical care programs to meet health needs. *Ann. Amer. Acad. pol. soc. Sci.*, 337:46-56, 1961.
4. FAVERO, M. *Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1975. [Tese de Livre-Docência — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
5. FAVERO, M. et al. Organização de um centro de informática hospitalar em nível local. *Rev. paul. Hosp.*, 21:151-7, 1973.
6. GUIMARÃES, C. Evolução da assistência hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1935 a 1974. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 10(Supl. 2) 1976.
7. GUIMARÃES, C. Rede de assistência à saúde. *Rev. paul. Hosp.*, 26:485-502, 1978.
8. LEBRÃO, M. L. *Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974*. São Paulo, 1977. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Saúde Pública da USP].
9. SECRETARIA DOS NEGÓCIOS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Censo hospitalar do Estado de São Paulo: 1935-1936*. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1938. v. A.
10. SHANNON, G. W. et al. The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. *Med. Care Rev.*, 26:143-61, 1969.
11. SYMPOSIUM ON ESTIMATION OF HOSPITAL-BED REQUIREMENTS, Copenhagen, 1965. *Estimation of hospital bed requirements*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1966. (EURO-295).
12. YAZLLE ROCHA, J. S. Utilização dos leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:477-93, 1975.

Recebido para publicação em 07/03/1980

Aprovado para publicação em 23/06/1980