

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996

Study of public and private hospital care on a populational basis, 1986-1996

Juan Stuardo Yazlle Rocha e Breno José Guanais Simões (in memoriam)

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP - Brasil

ROCHA Juan Stuardo Yazlle e Breno José Guanais Simões (in memoriam) Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996 Rev. Saúde Pública, 33 (1): 44-54, 1999 www.fsp.usp.br/~rsp

Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996

Study of public and private hospital care on a populational basis, 1986-1996

Juan Stuardo Yazlle Rocha e Breno José Guanais Simões (in memoriam)

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP - Brasil

Descritores

Morbidade. Política de saúde.
Hospitais privados.
Hospitais públicos.

Resumo

Introdução

Tendo em vista que esta última década é o período da criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) - público, universal e equânime - com o objetivo de corrigir distorções da estrutura dos serviços e oferecer ampla cobertura às necessidades de saúde da população, foi estudada a evolução da assistência hospitalar pública e privada, em bases populacionais, no período de criação e implantação do SUS.

Métodos

Foram estudadas 984.142 internações nos hospitais gerais de Ribeirão Preto no período 1986 a 1996, selecionando aquelas dos residentes no próprio município. As internações são classificadas segundo o sistema de financiamento em particulares, de pré-pagamento e do SUS. Estudou-se a composição social dos pacientes de cada sistema assistencial e o perfil de morbidade hospitalar.

Resultados e Conclusões

Observou-se crescimento contínuo de hospitalizações, tanto em número absoluto como em coeficiente por mil habitantes, passando de 43.773 a 55.844 internações ao ano. Todavia, estudando as categorias das internações, verificou-se que as particulares apresentaram redução em números absolutos e em coeficiente por habitantes - de 3.181 e 7,3 para 2.215 e 3,9; as internações do SUS oscilaram apresentando decréscimo de um terço em números absolutos e percentualmente passando de 33.254 e 76,0 para 29.373 e 51,7 ao final do período. Ao contrário destas, as internações por sistemas de pré-pagamento triplicaram em números absolutos e duplicaram em coeficiente - de 7.338 e 16,8 para 25.256 e 44,4. A assistência do SUS foi consumida principalmente por trabalhadores manuais não qualificados e semiquilificados, ficando os profissionais, técnicos, não manuais e qualificados manuais, com serviços privados. A morbidade hospitalar dos pacientes SUS foi diferente do perfil de morbidade dos pacientes dos sistemas privados. A política de saúde no período, limitando o financiamento do SUS, reprimindo demanda e desestimulando os prestadores privados a trabalhar com pacientes SUS levou a uma seletividade negativa para o SUS. O resultado foi que aumentou a diferença nos padrões de assistência entre os serviços públicos e privados.

Correspondência para/Correspondence to:

Juan Stuardo Yazlle Rocha
Av. Bandeirantes, 3900
14049-900 Ribeirão Preto, SP - Brasil.
E-mail:jsyrocha@fmrp.usp.br

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

Recebido em 6.4.1998.

Reapresentado em 1.7.1998.

Aprovado em 13.7.1998.

Keywords

Morbidity. Health policy.

Hospitals, private. Hospitals, public.

Abstract

Introduction

The last decade saw the creation and implementation of the Brazilian National Health System (NHS) – public, universal and equalitarian – with the objective of offering wide coverage to meet the population's health needs. The objective of the study was the assessment of the evolution of public and private hospital care on a populational basis during the period of the implementation of the NHS.

Methods

The 984,142 inpatients of the general hospitals of Ribeirão Preto, Brazil, during the period 1986 to 1996 were studied and those of them living in their own municipal district were selected. The inpatients are classified according to the financing system as private, pre-payment and NHS; the social situation of the patients and the profile of hospital morbidity are analysed.

Results

In the period studied a continuous growth in the number of hospitalizations is observed, both in absolute numbers and in coefficient per thousand inhabitants, increasing from 43,773 to 55,844 inpatients per year. Though when the categories of the hospitalizations are studied, it is seen that private inpatients present a reduction both in absolute numbers and as a coefficient from 3,181 (7.3%) to 2,215 (3.9%); the NHS inpatients decrease in absolute numbers and in a percentage by a third at the end of the period - falling from 33,254 (76.0%) to 29,373 (51.7%). On the other hand the pre-payment inpatient system triplicates in absolute numbers and duplicates by rate for inhabitant - from 7,338 (16.8%) to 25,256 (44.4%). The NHS hospital care attends mainly unskilled and semi-skilled manual workers; the professionals, technicians, non manual and skilled manual workers being assisted by the private services. The hospital morbidity of NHS inpatients is different from that of the private inpatient systems. The health policy in that period, limiting NHS financing, repressing demand and discouraging the private providers to work with NHS inpatients led to negative selectivity. The result was an increase in difference between standards of care as between the public and private services.

INTRODUÇÃO

A criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), público, integral, universal e equânime tinha entre outros objetivos, superar o modelo existente de prestação de serviços de saúde, privatizante e mercantilista, redesenhando a presença e função do setor público, regulando e fiscalizando a prestação de assistência por prestadores privados contratados ou conveniados, que ficariam subordinados ao interesse público, resgatando assim a função social do setor, desvirtuado que fora com sua transformação em setor de acumulação econômica. Esta última década é o período de definição e consolidação da estrutura jurídico-legal do SUS no Brasil, avançando no último quinquênio com a descentralização da gestão para estados e municípios, regulamentada através das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/92, 01/93 e, mais recentemente, da NOB-96. Apesar dos ganhos já obtidos, como a grande expansão e o consumo da assistência ambulatorial e hospitalar e a progressiva

racionalização de despesas, todavia há muitas dificuldades a vencer no processo de construção do novo Sistema de Saúde. Um grave fator limitante do desenvolvimento e implantação do SUS é seu financiamento, questão esta não resolvida até o presente momento¹⁵. O financiamento do SUS encontra-se limitado no governo federal a valores em torno de 3% do PIB e, nos governos estaduais, a menos de 10% dos orçamentos; já em nível municipal, observa-se crescimento dos investimentos com saúde bem acima de 10%, não raro chegando a valores em torno a 20%. O resultado é que o nível municipal da saúde, compreendendo a assistência médico-sanitária-ambulatorial, tornou-se o segmento mais dinâmico do setor, qualitativa e quantitativamente. Ao contrário, a oferta de assistência especializada e/ou hospitalar pelo SUS, em serviços públicos ou privados contratados ou conveniados atravessa grandes dificuldades, entre outras coisas por falta de financiamento adequado.

No geral, o setor público sempre foi majoritário no financiamento das ações e serviços de saúde,

correspondendo, historicamente e com poucas variações nas últimas décadas, a cerca de 70% de todos os gastos setoriais. Isso inclui os recursos federais, estaduais e municipais, destinados às ações de saúde pública e de assistência médica, com serviços próprios e com os contratados pelo poder público. Os restantes 30% correspondem aos gastos pessoais ou empresariais com pagamento direto de serviços ou contratação de convênios, planos e seguros de saúde (Rodrigues Neto⁹, 1996). Esse citado autor distingue no setor privado da saúde dois tipos de segmentos: um que seria dependente dos recursos públicos e o outro independente. O primeiro não seria um setor privado típico na medida em que depende do apoio financeiro da Previdência Social e não disputa mercado ao ter garantida a compra da sua produção pelo setor público; no entanto, seria responsável por cerca de 70% das internações hospitalares no País.

O outro segmento tem várias formas de organização, sendo representado maioritariamente pelos planos e seguros de saúde que hoje alcançam cerca de 30 milhões de pessoas... Embora tido como autônomo em relação ao recurso público, na verdade esse segmento beneficia-se de várias formas desse recurso: na dedução do Imposto de Renda, na apuração dos balanços e lucros das empresas, das isenções tributárias decorrentes de alegadas finalidades filantrópicas... e, sobretudo, do uso corrente dos serviços públicos pelos seus beneficiários, especialmente em emergências e procedimentos de alto custo (Rodrigues Neto⁹, 1996).

No Brasil não temos estudos acerca da assistência médico-hospitalar em bases populacionais, incluindo os sistemas públicos e privados; a democratização da saúde permitiu a divulgação de dados de hospitalizações pelo SUS, bastante atuais e globais* mas não se conhece o que ocorre do outro lado do sistema público: os planos e seguros privados, além da assistência particular, e como se articulam esses diferentes sistemas. Há fortes indícios de que se implantou uma divisão de tarefas entre os sistemas público e privado onde o papel do primeiro é suportar a carga maior para viabilizar o segundo. Esta divisão de tarefas seria concretizada pela seleção das clientelas e mecanismos de transferência dos casos

indesejados pelos sistemas privados – aqueles não-rentáveis – para o SUS. Para confirmar isto é necessário caracterizar socialmente as clientelas dos sistemas público e privado e os perfis de morbidade em cada um deles. Em estudos anteriores (Forster e col.³ 1991; Yazlle Rocha e col.¹⁶, 1997) foi mostrado que há forte associação entre o lugar ocupado no processo produtivo e o tipo de sistema de financiamento das hospitalizações, ou seja, que se pode utilizar a categoria das internações como variável *proxy* do lugar ocupado pelo paciente – ou seu responsável – na estrutura produtiva; além disto, foram encontradas muitas diferenças clínico-epidemiológicas entre essas diferentes clientelas. Isto caracteriza a assistência médico-hospitalar no Brasil como dividida¹⁰ integrando o modelo de medicina de classes (Yazlle Rocha¹⁶). Qual a transformação operada na assistência médico-hospitalar pela criação e desenvolvimento do SUS? Qual será a tendência de evolução deste modelo assistencial? Por razões muito especiais em Ribeirão Preto, São Paulo, teve-se condições de realizar estudos globais acerca da assistência médico-hospitalar que podem contribuir ao esclarecimento de algumas destas questões.

O objetivo do presente trabalho é estudar a assistência médico-hospitalar pública e privada aos ribeirãopretanos atendidos no Município de Ribeirão Preto, no período de 1986 a 1996 caracterizar os usuários de cada sistema assistencial e estudar os perfis de morbidade segundo sua inserção no sistema econômico.

MÉTODOS

Ribeirão Preto, cidade situada na região nordeste do Estado de São Paulo (Brasil), é centro de uma rica região agro-industrial, voltada à produção de açúcar, álcool, laranja, leite e café e é centro regional de comércio, serviços públicos, instituições de ensino e importante centro médico. A população local, em 1996, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)** era de 452.804 pessoas, sendo a renda média per capita de aproximadamente US\$ 5.000. Segundo dados oficiais do município⁸ a mortalidade infantil em 1993 foi de 16,3 por mil nascidos vivos e nesse ano as principais causas de morte foram: distúrbios circulatórios (35%), neoplasias (16%), SIDA (6,4%), distúrbios respiratórios (11%) e causas externas (10%). Conta com 10 hospitais gerais que, em 1987, tinham 1.628 leitos e em 1996

* Ver a respeito a série de publicações sobre hospitalizações na rede pública e conveniada, no Informe Epidemiológico do SUS⁶, ou no "site" do DATASUS na Internet - www.datasus.gov.br.

** Informações obtidas via Internet - www.seade.gov.br.

possuíam 1.788, resultando nos índices de 4,19 e 3,94 leitos por mil habitantes, respectivamente. Conta com um Hospital Universitário e uma Unidade de Emergência regional, com 474 e 183 leitos, respectivamente. O município possui uma rede de 28 unidades básicas de saúde e 5 unidades distritais com atendimento 24 horas.

Desde 1970 funciona no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo o Centro de Processamento de Dados Hospitalares – CPDH – com total cobertura dos estabelecimentos da cidade e da região, a qual se expandiu em 1991 (Yazlle Rocha¹⁴, 1993). O Centro oferece assessoria aos hospitais para melhoramento dos serviços de arquivo médico e estatística. É um sistema de registro contínuo de informações referentes à utilização de leitos – estatísticas hospitalares – e caracterização da assistência prestada através de uma folha-resumo – folha de alta – que é preenchida por ocasião do egresso dos pacientes. Essa folha contém dados de identificação do hospital, enfermaria, e características dos pacientes: número de registro – único para cada paciente – idade, sexo, ocupação, data da internação, procedência, fonte de financiamento – ou categoria da internação, diagnóstico principal – ou motivo que causou a internação – diagnósticos secundários, procedimentos cirúrgicos, causas externas dos acidentes, envenenamentos ou violências, data da saída e condição de saída. Estes dados, junto com o censo das enfermarias são conferidos e processados eletronicamente; são emitidos relatórios mensais com dados censitários e tabelas gerais por município e estabelecimento. Características locais, como a existência de uma população de referência conhecida, número de leitos hospitalares suficientes, múltiplos sistemas de financiamento das hospitalizações, existência de estabelecimentos de saúde especializados e superespecializados levam a admitir, há mais de duas décadas, que há cobertura total da demanda de internações da população do município. De outro lado, a existência do próprio CPDH permite conhecer as características da assistência hospitalar em bases populacionais.

No presente estudo, foram incluídas as internações realizadas nos hospitais gerais do Município de Ribeirão Preto, no período de 1986 a 1996, excluindo-se os pacientes procedentes de outros municípios e os recém-nascidos. As hospitalizações foram classificadas segundo a fonte de financiamento da internação, em: particulares, sistema de pré-pagamento e sistema único de saúde, respectivamente por pagamento direto do paciente ao médico e estabelecimento hospitalar, sistemas privados de planos de saúde, medicina de grupo, cooperativas, convênios ou de autogestão e, finalmente, o sistema público representado pelo SUS, aí incluídas as internações no único hospital geral público, o Hospital das Clínicas e a sua Unidade de Emergência, e os pacientes assistidos em hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS. Estas categorias de hospitalização representam um gradiente de custeio, e assistência, decrescente: nível elevado para os particulares e nível mínimos para o sistema público.

Os pacientes foram classificados segundo tivessem ou não inserção na estrutura econômica, a partir da ocupação do paciente, referida no momento da internação, informação que faz parte dos dados gerais de identificação; as ocupações foram codificadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações para o Subsistema de Informações sobre Mortalidade⁷ e agrupadas em estratos sociais segundo o modelo utilizado pelo Registrar General na Inglaterra (Towsend e Davidson 1982) em 6 níveis ocupacionais: 1) profissionais – como médicos, engenheiros, advogados e dirigentes empresariais; 2) intermediários – como técnicos, gerentes, administradores; 3) qualificados não manuais – como professores secundários, vendedores e agentes financeiros; 4) qualificados manuais – como operadores de máquinas, cabeleireiros e artesãos; 5) semiquilificados – como encanadores, ferreiros e marceneiros; 6) não qualificados – como pedreiros, lixeiros e serventes.

O diagnóstico principal ou causa da internação dos pacientes foi estudado agrupando-os segundo a Lista Especial para Tabulação de 118 subgrupos da Classificação Internacional de Doenças, CID, (Revisão 1975). Conceituou-se o perfil de morbidade como as doenças, ou grupo de diagnósticos, que excedem (ou não alcançam) numericamente a frequência esperada em cada subsistema assistencial. A fim de caracterizar as diferenças ou dissimilaridades (Borrel², 1997) entre os perfis de morbidade dos diferentes sistemas de assistência médico-hospitalar foi analisada a distribuição dos grupos diagnósticos, percentualmente e através do cálculo de um índice de frequência relativa, estimando a proporção de casos de uma dada doença em cada sistema assistencial em relação à proporção daquele sistema no total dos internados (Yazlle Rocha¹³, 1989). O cálculo deste índice terá valor igual a 1,0 se a proporção da doença X entre os pacientes do sistema assistencial Y for igual à proporção de internações pelo sistema Y no total de hospitalizações. Valores acima ou abaixo medem o quanto o valor encontrado se afasta do valor que seria esperado se a distribuição da morbidade entre os diferentes sistemas assistenciais fosse semelhante.

Para o processamento geral dos dados foi utilizado o processador de texto, banco de dados e processador estatístico para saúde pública Epi-Info 6.02

RESULTADOS

No período do estudo, segundo dados da Fundação SEADE, a população do Município de Ribeirão Preto variou de 377.557 habitantes, em 1986, a 452.804, em 1996, com crescimento de aproximadamente 20%. Na Tabela 1 é apresentado o total geral anual de hospitalizações, durante o período de estudo, nos hospitais gerais do município o qual variou de 87.121 internações, em 1986, a 99.058 internações, em 1996, com crescimento de

Tabela 1 - Número e proporção de hospitalizações em Ribeirão Preto, 1986-1996.

Variáveis	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
População	377.557	388.434	399.531	410.849	422.386	434.142	446.111	449.683	459.149	449.144	452.804
Total geral hosp.	87.121	79.596	80.961	80.563	84.444	86.510	87.484	97.946	99.480	100.979	99.058
Total hosp. R.P.	49.539	51.928	54.395	53.280	55.951	55.397	56.444	63.993	65.318	66.151	65.120
% hosp. R.P.	56,9	65,2	67,2	66,1	66,3	64,0	64,5	65,3	65,7	65,5	65,7
Total hosp. s/ RN	43.773	45.586	47.845	47.300	49.746	48.955	53.176	56.293	57.702	57.710	56.844
Coef. hosp. 1000 h	115,9	117,4	119,8	115,1	117,8	112,8	119,2	125,2	125,7	128,5	125,5

Fonte: Centro de Processamento de Dados da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CPDH/FMRP).

13,7%, com um pico em 1995 de 100.979 internações. Do total geral de 984.142 hospitalizações no período, 346.626 ou 35%, aproximadamente, foram internações de pacientes de fora de Ribeirão Preto. Constituem o objeto do presente estudo 564.022 internações no período, excluídos os 73.494 recém-nascidos nos hospitais. As internações anuais passaram de 43.773, em 1986, a 56.844, em 1996, com crescimento de 29,8%, maior que o crescimento populacional; desta forma, o coeficiente geral de hospitalizações para a população do município, que oscilou até 1991, apresentou grande crescimento nos últimos 4 anos, passando de 125 internações por mil habitantes (Tabela 1).

No início do período de estudo a assistência hospitalar pública – a assistência nos hospitais estaduais – mais aquela financiada pela Previdência Social representou sempre a parcela maior de hospitalizações dos municípios de Ribeirão Preto (Tabela 2). De 33.254 internações no sistema público, em 1986, cresceu para o valor máximo de 35.383 internações, em 1988, oscilando com tendência decrescente nos anos seguintes para terminar o período com 29.373 internações; este sistema de hospitalizações que era responsável por 76,0% das

internações, em 1986, diminuiu para 51,7%, em 1996 (Tabela 2 e Figura).

Os sistemas de pré-pagamento de assistência privada – cooperativas, empresas e planos de assistência – passaram de 7.338 internações, em 1986, a 25.256, em 1996, com crescimento constante em todo o período, aumentando mais de 220%; do total da assistência hospitalar, passaram de 17% a mais de 44% do total (Tabela 2 e Figura).

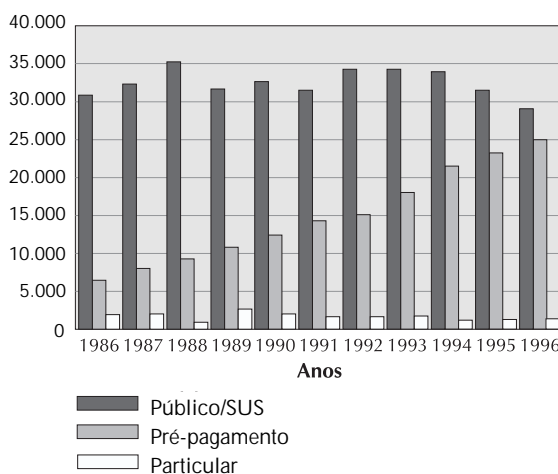


Figura - Hospitalizações em Ribeirão Preto segundo a fonte de financiamento, 1986-1996.

Tabela 2 - Hospitalizações em Ribeirão Preto segundo categoria da internação, 1986-1996.

Categ. interna	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Particulares	3.181	3.100	2.359	3.357	2.866	2.361	2.407	2.490	2.040	2.167	2.215
% Hosp. partic.	7,3	6,8	4,9	7,1	5,8	4,8	4,5	4,4	3,5	3,8	3,9
Pré-pagamento	7.338	8.013	10.103	11.379	12.848	14.351	15.295	19.149	21.361	23.503	25.256
% Hosp. pré-pag.	16,8	17,6	21,1	24,1	25,8	29,3	28,8	34,0	37,0	40,7	44,4
Público/SUS	33.254	34.473	35.383	32.564	34.032	32.243	35.474	34.654	34.301	32.040	29.373
% Público/SUS	76,0	75,6	74,0	68,8	68,4	65,9	66,7	61,6	59,4	55,5	51,7

Fonte: CPDH/FMRP.

SUS - Sistema Único de Saúde

Tabela 3 - Número de hospitalizações do SUS, segundo a participação dos prestadores e proporção do total da população, 1986-1996

Prestador SUS	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
HU	8.233	9.200	11.307	12.905	13.770	13.152	14.287	13.848	14.104	16.179	17.148
Contr/Convenc.	25.021	25.273	24.076	19.659	20.262	19.091	21.187	20.806	20.197	15.861	12.225
% Pop.	8,5	8,6	8,8	7,9	8,1	8,0	7,7	7,7	7,5	7,1	6,5

Fonte: CPDH/FMRP.

HU - Hospital Universitário

Tabela 4 - Distribuição de hospitalizações da População Economicamente Ativa segundo a ocupação e categoria da internação – Ribeirão Preto, 1996.

Ocupação	Categoria da internação						
	Partic.	%	Pré-pag.	%	SUS	%	Total
Profissionais	144	9,5	1.067	70,2	310	20,4	1.521
Intermédios	233	8,6	1.757	64,6	728	26,8	2.718
Qual. não M.	155	5,1	2.153	71,2	716	23,7	3.024
Qual. manual	164	3,7	2.209	49,5	2.093	46,9	4.466
Semiqualic.	82	1,9	1.642	38,2	2.576	59,9	4.300
Não qualific.	50	1,0	1.112	21,1	4.100	77,9	5.262
Total	828	3,9	9.940	46,7	10.253	49,4	21.291

Fonte: CPDH/FMRP.

Tabela 5 - Distribuição das hospitalizações em Ribeirão Preto segundo grupos diagnósticos, categoria da internação e frequência relativa, 1996.

Grup. Diagnósticos	Particular			Pré-Pagamento			SUS			Total	
	Núm.	%	FR	Núm.	%	FR	Núm.	%	FR	Núm.	% T
001-009 D. Infec. Intestinais	17	1,4	0,4	557	46,1	1,0	634	52,5	1,0	1208	2,1
010-018 Tuberculose	1	0,8	0,2	10	7,8	0,2	117	91,4	1,8	128	0,2
080-088 Rickett. e Tr. Art.	0	0,0	0,0	18	15,9	0,4	95	84,1	1,6	113	0,2
150-159 Neo. M. Org. Digest.	7	1,9	0,5	199	53,1	1,2	169	45,1	0,9	375	0,7
210-229 Neoplas. Benignos	37	4,6	1,2	532	65,8	1,5	239	29,6	0,6	808	1,4
239 Neoplasma. Natur. Ne	45	5,8	1,5	430	55,4	1,2	301	38,8	0,8	776	1,4
270-279 Out. Tr. Met. e Imun.	73	7,9	2,0	359	38,9	0,9	492	53,2	1,0	924	1,6
280-289 D. Sangu. Or. Hem.	6	2,1	0,5	107	37,5	0,8	172	60,4	1,2	285	0,5
290-294 Quad. Psicot. Org.	0	0,0	0,0	10	3,8	0,1	254	96,2	1,9	264	0,5
295-299 Outras Psicoses	10	1,1	0,3	14	1,5	0,0	928	97,5	1,9	952	1,7
300-316 Tr. Neu. Tr. Person.	9	1,8	0,5	77	15,3	0,3	417	82,9	1,6	503	0,9
340-349 Out. Transt. SNC	9	1,7	0,4	167	32,2	0,7	343	66,1	1,3	519	0,9
410-414 Doe. Isquem. Coraç.	13	0,9	0,2	624	45,3	1,0	739	53,7	1,0	1.376	2,4
451-459 D. Veias Linfat. Out.	79	4,9	1,3	1.147	71,4	1,6	381	23,7	0,5	1.607	2,8
470-478 O. Doen. Vias. Aer. SU	56	5,4	1,4	584	56,3	1,3	398	38,3	0,7	1.038	1,8
480-487 Pneumonia e Gripe	77	2,8	0,7	1.135	40,8	0,9	1.568	56,4	1,1	2.780	4,9
490-496 D. Pulm. Obst. Cron.	44	3,6	0,9	680	55,8	1,3	494	40,6	0,8	1.218	2,1
510-519 O. D. Aparel. Respir.	19	1,8	0,5	314	29,9	0,7	718	68,3	1,3	1.051	1,8
540-543 Apendicites	27	4,9	1,3	291	52,9	1,2	232	42,2	0,8	550	1,0
560-569 O. D. Intest. Perito.	46	5,6	1,4	451	55,3	1,2	318	39,0	0,8	815	1,4
590-599 O. D. Apare. Urinário	37	3,4	0,9	605	56,2	1,3	435	40,4	0,8	1.077	1,9
600-608 D. Org. Genit. Masc.	47	7,6	2,0	355	57,7	1,3	213	34,6	0,7	615	1,1
610-611 Doenças da Mama	106	21,4	5,5	279	56,4	1,3	110	22,2	0,4	495	0,9
614-616 D. Inflam. Org. Pelv. F.	8	5,6	1,4	87	60,8	1,4	48	33,6	0,6	143	0,3
617-629 O. Trans. Trat. Gen. F.	111	6,3	1,6	1.133	64,1	1,4	523	29,6	0,6	1.767	3,1
630-639 Gravidez Term. Abo.	48	3,8	1,0	424	33,9	0,8	778	62,2	1,2	1.250	2,2
640-648 Com. Rel. Gravidez	53	2,9	0,7	733	40,4	0,9	1.028	56,7	1,1	1.814	3,2
650-659 Parto Norm. Ass. P.P.	159	2,8	0,7	1.823	32,5	0,7	3.624	64,6	1,3	5.606	9,9
660-669 Comp. Tr. Par. Part.	173	7,8	2,0	1.285	58,1	1,3	752	34,0	0,7	2.210	3,9
710-719 Artropat. Tran. Afin.	26	4,4	1,1	320	54,3	1,2	243	41,3	0,8	589	1,0
725-729 Reumatismo	13	3,8	1,0	193	56,8	1,3	134	39,4	0,8	340	0,6
730-739 Osteopat. Condrop.	23	5,1	1,3	237	52,5	1,2	191	42,4	0,8	451	0,8
800-804 Fratura do Crânio	9	3,1	0,8	75	26,1	0,6	203	70,7	1,4	287	0,5
810-819 Fratura Memb. Sup.	23	2,7	0,7	328	38,8	0,9	494	58,5	1,1	845	1,5
850-854 Traumat. Intracran.	13	1,8	0,5	301	42,3	1,0	397	55,8	1,1	711	1,3
860-869 Traumat. Int. Tor. Ab.	6	2,8	0,7	26	12,3	0,3	179	84,8	1,6	211	0,4
870-879 Ferim. Cabeça Pesc.	0	0,0	0,0	470	27,8	0,6	1.220	72,2	1,4	169	0,3
890-897 Ferim. Membro Inf.	8	6,6	1,7	55	45,1	1,0	59	48,4	0,9	122	0,2
Sub Total	1.438	4,0	1,0	16.012	44,5	1,0	18.542	51,5	1,0	35.992	63,3
Total	2.215	3,9	1,0	25.256	44,4	1,0	29.373	51,7	1,0	56.844	100,0

FR - Frequência Relativa

As hospitalizações particulares foram 3.181, em 1986, oscilando no início do estudo e apresentando redução constante fechando o período com 2.215 hospitalizações, redução de mais de 30%; do total, representavam 7,3% das hospitalizações no início, passando a 3,9% do total ao final do período.

A composição dos prestadores de assistência para o SUS também se modificou. Na Tabela 3 as hospitalizações SUS estão classificadas segundo tivessem ocorrido no Hospital Universitário (HU) local ou nos estabelecimentos privados contratados ou conveniados. Verifica-se que no início do período do total de 33.254 internações pelo SUS, 8.233 (ou 24,7%) ocorreram no complexo do HU; as internações no único hospital público do município crescem continuamente em todo o período enquanto

as hospitalizações nos hospitais contratados ou conveniados apresentam oscilações e diminuição ao final; em 1996 as internações no HU representaram 58,3% do total das hospitalizações pelo SUS. Esses dados são compatíveis com o ocorrido em outros hospitais universitários do País que apresentaram grande expansão da sua assistência no período (Lucchese⁴, 1996). Entretanto, a partir de 1992 as hospitalizações pelo SUS correspondem a menos de 8% da população do município.

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição das hospitalizações dos pacientes com inserção no sistema produtivo segundo a categoria da internação em 1996. Do total de 56.844 internações, 21.291 (ou 37,5%) eram de pessoas com inserção no sistema produtivo. Entre elas a transformação do padrão de

Tabela 6 - Perfis de morbidade hospitalar segundo categorias de internação, Ribeirão Preto, 1996.

Particulares	Pré-Pagamento	SUS
Índices elevados	Índices elevados	Índices elevados
· doenças da mama	· varizes membro inferior	· psicoses alcoólicas
· transtornos metabolismo dos lípides	· hemorróidas	· psicoses orgânicas
· transtornos hidroeletrólíticos	· leiomioma uterino	· psicoses esquizofrênicas e afetivas
· hiperplasia próstata	· neoplasma benigno de pele	· tuberculose pulmonar
· hidrocele	· inflamações colo do útero, vagina e vulva	· leishmaniose
· complicações trabalho de parto	· prolapso genital	· tripanossomíase
· ferimento membro inferior	· doença crônica amígdalas e adenóides	· dependência álcool
· prolapso genital	· asma	· pneumotórax
· infertilidade feminina	· coletíase	· hemotórax
· doença crônica amígdalas e adenóides	· calculose rim e ureter	· traumas fígado
· desvio septo nasal	· hiperplasia próstata	· fraturas ossos da face
· inflamações colo do útero, vagina e vulva	· hipertrofia prepúcio e fimose	· ferimentos globo ocular
· varizes		· ferimentos do pescoço
· hemorróidas		· ferimentos parede torácica
· apendicites		· epilepsias
· osteopatias		· doenças respiratórias
· condropatias		· abortos
· deformidades osteomusculares		· parto normal
Índices nulos	Índices baixos	Índices baixos
· leishmaniose	· psicoses orgânicas	· varizes membro inferior
· tripanossomíase	· psicoses alcóolicas	· doenças da mama
· psicoses orgânicas	· tuberculose	· inflamações do colo do útero, vagina e vulva
· ferimentos da cabeça	· neuroses	· prolapso genital
Índices baixos:	· transtornos personalidade	· doença crônica das amígdalas e adenóides
· tuberculose pulmonar	· pneumotórax	
· doença isquêmica coração	· hemotórax	
· psicoses esquizofrênicas	· leishmaniose	
· pneumonia e gripe	· tripanossomíase	
· parto normal	· fraturas osso da face	
· fratura membro sup.		
· pneumotórax		
· hemotórax		

assistência médico-hospitalar é ainda mais acentuada comparando com os resultados encontrados em 1993 (Yazlle Rocha e col.¹⁶, 1997): a proporção de usuários particulares caiu de 4,5 a 3,9%; os usuários dos sistemas de pré-pagamento cresceram de 38,4 a 46,7% e as internações pelo SUS caíram de 57 a 49,4% do total. Analisando o comportamento por segmento ocupacional repete-se o padrão já observado: profissionais, intermédios e qualificados não manuais utilizam preponderantemente sistemas privados de assistência hospitalar em proporções entre 70 e 80%; uma novidade é que em 1996, os pacientes do segmentos qualificados manuais passaram a utilizar mais os sistemas privados (53%) do que os serviços vinculados ao SUS; o SUS foi o sistema de hospitalizações utilizado predominantemente nas hospitalizações de pacientes semi-qualificados (59,9%) e não qualificados (77,9%).

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição das hospitalizações segundo grupos diagnósticos, categoria da internação e a frequência relativa. Os grupos diagnósticos somaram mais de 60% do total das internações e apresentaram grandes diferenças na distribuição da morbidade entre os sistemas de assistência; das 128 internações do grupo diagnóstico tuberculose (010-018), 117 ocorreram na categoria SUS correspondendo a 91,4% do total de hospitalizações por tuberculose; destacaram-se neste grupo os casos de tuberculose pulmonar. Como o SUS respondeu por apenas 51,7 % de todas as hospitalizações, houve um número desproporcional de casos de tuberculose nesta categoria de internação. Esta grande concentração pode ser melhor aferida pelo índice de frequência relativa ou de dissimilitude, obtido pela divisão de dois quocientes: $(117/128) / (29.373/56.844)$, ou 91,4/51,7 o que resulta 1,8. Isto indica que a frequência de casos de tuberculose entre os pacientes SUS foi 1,8 vez maior do que o esperado, ou seja, quase o dobro do que seria se a distribuição fosse igual entre todos os sistemas de saúde, quando o índice teria valor igual a 1. Os grupos diagnósticos com frequência distante do valor esperado – elevada ou reduzida – caracterizando o perfil de morbidade, são apresentados na Tabela 6. Os grupos diagnósticos que apresentaram elevada concentração no SUS são: quadros psicóticos orgânicos (290-294) e outras psicoses (295-299); rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes (080-088); transtornos neuróticos, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos (300-316),

traumatismos internos do tórax, do abdome e da bacia (860-869); fratura do crânio (800-804) e ferimentos da cabeça e pescoço (870-879); outros transtornos do sistema nervoso central (340-349) outras doenças do aparelho respiratório ((510-519, gravidez terminada em aborto (630-639); parto normal e outras indicações de assistência na gravidez, no trabalho de parto e no parto (650-659).

Apresentam baixos índices de frequência relativa no SUS: doenças das veias e dos linfáticos (451-459) com 0,5; doenças da mama (610-611) com índice de 0,4; doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (614-616) e outros transtornos do trato genital feminino (617-629) com índices 0,6; outras doenças das vias aéreas superiores (470-478) com índice 0,7.

Nas hospitalizações por sistemas de pré-pagamento têm índice de frequência relativa elevado: doenças das veias e dos linfáticos e outras doenças do aparelho circulatório (451-459); os neoplasmas benignos (210-229); as doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (614-616); outros transtornos do trato genital feminino (617-629); outras doenças das vias aéreas superiores (470-478); doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490-496); outras doenças do aparelho digestivo (570-579); outras doenças do aparelho urinário (590-599); doenças dos órgãos genitais masculinos (600-608).

Apresentam baixos índices de frequência relativa nas hospitalizações por sistemas de pré-pagamento: outras psicoses (295-299) com 0,0; quadros psicóticos orgânicos (290-294) com 0,1; tuberculose (010-018) com índice 0,2; transtornos neuróticos e transtornos da personalidade (300-316); traumatismos internos do tórax e abdome (860-869) com 0,3; rickettsioses e doenças transmitidas por artrópodes (080-088) com índice 0,4; fratura do crânio (800-804) com índice 0,6.

Nas hospitalizações pelo sistema particular destacam-se pela frequência relativa elevada os seguintes grupos: doenças da mama (610-611); outros transtornos metabólicos e transtornos imunitários (270-279); doenças dos órgãos genitais masculinos (600-608); complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto (660-669) – com destaque para as outras complicações do trabalho de parto e as não especificadas que justificariam a elevada incidência de cesáreas nessas

pacientes (Yazlle Rocha e col.¹² 1985); ferimentos do membro inferior (890-897) com índice 1,7; outros transtornos do trato genital feminino (617-629); neoplasmas de natureza não especificada (239) com índice 1,5; outras doenças das vias aéreas superiores (470-478); outras doenças dos intestinos e do peritônio (560-569) – doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (614-616), com índice 1,4; doenças das veias e dos linfáticos e outras doenças do aparelho circulatório (451-459); apendicites (540-543) e, osteopatias, condropatias e deformidades osteomusculares adquiridas (730-739) com índices 1,3.

Entre as hospitalizações particulares não houve casos de rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes (080-088), quadros psicóticos orgânicos (290-294); nem ferimentos na cabeça e pescoço (870-879); tiveram frequência relativa baixa: tuberculose (010-018); doença isquêmica do coração (410-414); com índice 0,2; outras psicoses (295-299) com índice 0,3; doenças infecciosas intestinais (001-009); e outros transtornos do sistema nervoso central (340-349) com índices 0,4; neoplasmas malignos dos órgãos digestivos (150-159); doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (280-289); transtornos neuróticos e transtornos da personalidade (300-316); outras doenças do aparelho respiratório (510-519); traumatismos intracranianos (850-854) com índices 0,5; pneumonia e gripe (480-487); complicações relacionadas com a gravidez (640-648); parto normal e assistência ao trabalho de parto e parto (650-0659), fratura de membro superior (810-819) e traumatismo interno de tórax e abdome (860-869), com índices 0,7.

DISCUSSÃO

A assistência hospitalar é sabidamente muito seletiva, não apenas na medida em que a ela se encaminham ou são dirigidos os casos que requerem de cuidados especiais mas também porque a acessibilidade à internação está condicionada à existência dos recursos procurados – especialistas, equipamentos e outros, e à disponibilidade – ou posse – de recursos financeiros ou de um sistema de financiamento da hospitalização. Acriação no Brasil do SUS, público e universal, com serviços próprios (públicos) e privados conveniados e/ou contratados, acessível a toda a população, poderia levar à eliminação dos fatores de seletividade, absorvendo a grande maioria dos casos carentes de assistência,

independentemente da condição social das pessoas. Em Ribeirão Preto, SP, há disponibilidade de recursos e diversos sistemas de financiamento da assistência hospitalar permitindo assegurar que praticamente toda a demanda por hospitalizações é atendida no próprio município. Admite-se como parâmetro de hospitalizações internar 10% da população ao ano; a Norma Operacional Básica 01/93 fixaria como teto da assistência hospitalar para os municípios 8% da população ao ano. Em Ribeirão Preto o coeficiente de hospitalizações no período do estudo é elevado – acima de 110 por mil habitantes – sendo que nos últimos 4 anos passou de 125 por mil, mantendo uma característica há muito já conhecida do nível da assistência médica na cidade (Yazlle Rocha¹¹, 1975). Todavia o perfil assistencial alterou-se nos últimos tempos: há dez anos, a assistência hospitalar pública consumida pelos ribeirãopretanos – a previdenciária mais aquela oferecida por um grande hospital regional universitário, estatal – compreendia praticamente três quartos do total das hospitalizações. Dez anos depois, instituído o SUS, a assistência hospitalar pública não apresentou crescimento em números absolutos, salvo pequenas oscilações, e decresceu percentualmente, compreendendo, em 1996, pouco mais da metade das internações. Nos presentes resultados, as hospitalizações pelo SUS – excluídos os recém-nascidos – estão acima dos 8% previstos até 1992 (exceto de 1989) e, posteriormente, manifesta-se a sistemática limitação e redução da cobertura hospitalar com internações abaixo dos esperados 8% da população – sendo que nos dois últimos anos, com o município em gestão semiplena, o volume de internações alcançou apenas 7,1 e 6,5% da população (Tabela 3). O Hospital Universitário de Ribeirão Preto que, por seu caráter regional não tem limitação de autorização de internação hospitalar – na realidade pode até emitilas – dobrou o número de hospitalizações de ribeirãopretanos sem todavia conseguir compensar a redução da oferta pelos prestadores privados conveniados e/ou contratados.

A redução das hospitalizações pelo SUS decorreu da retração dos prestadores privados desestimulados pelo subfinanciamento da saúde; analisando o período 1987-1995 afirma Lucchese⁴: ... a implementação do SUS e dos dispositivos constitucionais de universalização da assistência e descentralização do sistema de saúde não foi acompanhada da

expansão dos recursos federais para financiar as inovações necessárias, ... Essa instabilidade (financeira) atua como fator corrosivo importante na consolidação do SUS e, sem dúvida, tem impacto no processo de implementação da descentralização da assistência à saúde no País.

Estabelecimentos hospitalares privados contratados ou conveniados passaram a recusar o atendimento a pacientes SUS de forma crescente, diminuíram os leitos disponibilizados para o mesmo ou simplesmente denunciaram o convênio com o sistema; do outro lado, os leitos antes destinados ao atendimento de pacientes SUS passaram a ser direcionados para o atendimento da clientela crescente dos sistemas de pré-pagamento: convênios hospital empresa, medicina de grupo, autogestão, cooperativas médicas. O efeito no sistema público foi a repressão da demanda e filas de espera para procedimentos eletivos estimulando a população de melhor renda a procurar sistemas assistenciais privados; o elevado nível de renda da cidade e região de Ribeirão Preto permitiu o acesso de significativa parcela da população aos sistemas privados de pré-pagamento evitando as trágicas cenas – vistas algumas cidades brasileiras, de casos graves sem assistência às portas de hospitais e pronto-socorros. Os presentes resultados indicam que houve migração seletiva de pacientes para os sistemas privados – aqueles que pela condição de renda ou trabalho podiam ter acesso a um sistema alternativo de assistência com melhores condições do que as oferecidas pelo SUS e/ou portadores de problemas de saúde solucionáveis em níveis rentáveis para os prestadores privados. Ou seja, implantou-se uma seletividade negativa para o SUS, dirigindo-se à demanda dos mais carentes financeiramente e portadores dos casos mais complexos e de assistência mais custosa. Como foi mostrado, a clientela SUS passa a ser predominantemente de trabalhadores manuais não qualificados e semiquilificados; os trabalhadores manuais qualificados e os não manuais passaram a usar predominantemente os sistemas privados de saúde. Não surpreende pois o grande crescimento, absoluto e percentual, das hospitalizações nos sistemas privados de pré-pagamento que triplicou em números absolutos e mais do que dobrou em termos percentuais. Esta divisão de tarefas entre os sistemas público e privado tem como característica a demanda reprimida no

primeiro e um certo “excesso” de hospitalizações no segundo, resultando nos elevados coeficientes de internações em Ribeirão Preto.

Ao mudar a proporção da participação de cada sistema assistencial nas hospitalizações, com mudança da composição social dos usuários, seria de esperar-se a mudança nos perfis da morbidade também. Como assinalado anteriormente, conceituou-se o perfil de morbidade como as doenças - ou grupo de diagnósticos – que excedem (ou não alcançam) numericamente à frequência esperada em cada subsistema assistencial; o perfil de morbidade é conformado pela incidência/prevalência de problemas de saúde na população de referência e a resultante da pressão da demanda contra as barreiras assistenciais – custos, distâncias, quantidade e qualidade dos recursos – caracterizando a seletividade específica de cada sistema de assistência. Como é destacado na Tabela 6, o SUS ficou com a maior parte dos casos de tuberculose, tripanossomíase e leishmaniose, psicoses: alcoólicas, orgânicas, esquizofrênicas e afetivas, síndrome de dependência do álcool, pneumotórax e hemotórax traumáticos, traumatismos de órgãos abdominais, fraturas dos ossos da face, ferimentos do globo ocular, do pescoço e da parede torácica, epilepsias, abortos não especificados e parto normal. Os sistemas privados ficam com a maior parte dos casos de varizes dos membros inferiores, hemorroidas, leiomiomas uterinos, neoplasias benignas da pele, doenças inflamatórias do colo do útero, vagina e vulva, prolapso genital, doença crônica das amígdalas e adenóides, asma, colelitíase, calculose do rim e do ureter, hiperplasia da próstata, hipertrofia do prepúcio e fimose, hidrocele, outras doenças da mama, transtornos do metabolismo dos lípidos, transtornos do equilíbrio ácido básico, complicações do trabalho de parto, infertilidade feminina, desvio de septo nasal (Tabela 6). Ou seja, os resultados alcançados sugerem que uma paciente SUS com prolapso genital teria menor chance de ser hospitalizada do que uma paciente com problema semelhante usária de um sistema privado; um paciente de um sistema privado com psicose alcoólica teria mais chance de ser hospitalizado num serviço do SUS. Trata-se aqui, da complexa relação entre o público e o privado, o necessário e o desnecessário na assistência à saúde, objeto de conflitos no plano nacional e de certas prescrições no plano internacional: Os documentos

do Banco Mundial localizam a ação pública no provimento de bens e serviços de alta relação custo / benefício, direcionadas a agravos bem definidos, como formularam Jamison e Mosley (1991). Os agravos de relação inversa, isto é, de alto custo e benefício restrito, seriam providos pelos seguros privados. A experiência brasileira sugere que seja revista esta crença pelo fato de que os seguros privados não contemplam agravos que impliquem alto custo na sua oferta de serviços. Na realidade, o cuidado das doenças de longo curso e das cirurgias de alta complexidade permanece na esfera do gasto

público, cobrindo inclusive a população segurada (Melo e Costa⁵, 1994).

A clivagem do sistema de assistência à saúde no Brasil em dois subsistemas: o de atenção básica ou a saúde para os pobres – vinculado ao Subsistema de Distritos de Saúde – e o especializado e hospitalar ou a saúde para os ricos – vinculado ao Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar, como denunciado por Barros¹ (1996), está em fase final de concretização, como produto das políticas de saúde nos últimos anos.

REFERÊNCIAS

1. Barros E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciênc & Saúde Coletiva* 1996; 1(1)
2. Borrel C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p
3. Forster AC, Yazlle Rocha JS. Hospitalizações e classes sociais. *Saúde em Debate*, 1991; (3)71.
4. Lucchese PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. *Planej e Polít Públicas IPEA*, 1996; (14): 75-156.
5. Melo MABC, Costa NR. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planej e Polít Públicas IPEA*, 1994; (11): 49-108.
6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Informe epidemiológico do SUS*. Brasília (DF);
7. Ministério Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Classificação brasileira de ocupações para o subsistema de informações sobre mortalidade*, 1987. Brasília (DF).
8. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais (SICAEV). *Mortalidade de residentes e não residentes em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto (SP); 1993.
9. Rodrigues Neto E. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. *Saúde em Debate* 1996; (49/50):9-10.
10. Whitehead M. The health divide. In: *Inequalities in health: the black report*. London: Penguin Books;1992.
11. Yazlle Rocha JS. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública* 1975; 9:477-93.
12. Yazlle Rocha JS, Ortiz PC, Fung Y.T. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Cad Saúde Pública* 1985; 1:457-66.
13. Yazlle Rocha JS, Jorge A de O, Simões B.J.G., Vichi FL. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do estado de São Paulo (Brasil), 1986. *Rev. Saúde Pública* 1989; 23:374-81.
14. Yazlle Rocha JS, Simões B.J.G., Forster AC. Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional. *Medicina* (Ribeirão Preto) 1993; 26:636-42, 1993.
15. Yazlle Rocha JS. Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. *Saúde e Soc* 1994; 3:3-10.
16. Yazlle Rocha JS, Simões B.J.G., Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31:479-87.