

# Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

## Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social

### *Hospital assistance as an indicator of social inequality*

Juan Stuardo Yazlle Rocha, Breno José Guanais Simões e Geraldo Luiz Moreira Guedes  
*Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto - SP - Brasil*

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle, Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social.  
*Rev. Saúde Pública*, 31 (5): 479-87, 1997.

# Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social\*

## *Hospital assistance as an indicator of social inequality*

Juan Stuardo Yazlle Rocha, Breno José Guanais Simões e Geraldo Luiz Moreira Guedes\*\*

*Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto - SP - Brasil*

### Resumo

#### **Objetivo**

Testar um modelo para o estudo das desigualdades nas hospitalizações no Município de Ribeirão Preto (SP), entendidas como decorrentes da posição social dos pacientes e das políticas de assistência médico-hospitalar no Brasil.

#### **Material e Método**

Foram estudadas 56.293 internações, ocorridas no ano de 1993, de pessoas residentes em Ribeirão Preto (SP) hospitalizadas nos 12 hospitais da cidade. Foram estabelecidos 6 níveis ocupacionais segundo a classificação brasileira de ocupações, a saber: profissionais, intermédios, qualificados não manuais, qualificados manuais, semiqualificados e não qualificados.

#### **Resultados e Conclusões**

Dois terços dos pacientes internados não tinham inserção econômica (fora da População Economicamente Ativa (PEA) – constituídos por donas-de-casa, aposentados, menores, estudantes – e um terço deles possuía uma ocupação definida na PEA. Foi encontrada forte associação entre os estratos sociais e o sistema de financiamento da hospitalização, classificado em particulares, medicina de grupo e sistema único de saúde. Houve diferenças em parâmetros das hospitalizações bem como no perfil de morbidade desses grupos. Foram discutidas as desigualdades na idade na hospitalização, idade ao morrer na internação, na duração média das internações, no coeficiente de mortalidade hospitalar, nas reinternações e na frequência das doenças à internação. Este modelo permitiu inferir a posição social dos pacientes pelo sistema médico que utilizam nas hospitalizações, mesmo naqueles sem inserção econômica e que constituem a maioria. Os mecanismos sociais compensatórios do estado de bem-estar não conseguiram anular as diferenças.

#### **Hospitalização. Classe social. Ocupações.**

\* Apresentado no VII Congresso Anual da Associação Latina para Análise de Sistemas de Saúde, Genebra, Suíça, junho, 1996.

\*\* Aluno do Programa de Doutorado em Medicina Preventiva da FMRP-USP.

**Correspondência para/Correspondence to:** Juan Stuardo Yazlle Rocha - Av. Bandeirantes, 3900 - V. Monte Alegre - 14049-900 Ribeirão Preto - SP - Brasil - E-mail: jsyrocha @ fmrp.usp.br

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo 97/09815-2.

Recebido em 3.9.1996. Reapresentado em 8.4.1997. Aprovado em 21.5.1997.

**Abstract****Objective**

To test a model for the study of inequalities in hospitalizations in the city of Ribeirão Preto (SP), understanding them to be due both to the social position of inpatients and also to health care policies in Brazil.

**Material and Method**

Using a hospital information system in existence for more than 25 years in the city of Ribeirão Preto - SP, 56.293 hospitalizations of municipal inhabitants occurring in some of the 12 general hospitals in 1993, were studied. Using the Brazilian occupancy classification for mortality, these inpatients were grouped on 6 occupational levels, as in the British classification: professional, intermediate, qualified non manual, qualified manual, partially qualified and unqualified.

**Results and Conclusions**

Two-thirds of the inpatients had no place in the i.e. did not belong to the economically active population – and consisted of housewives, pensioners, children and students – and one third had some economic activity and thus belonged to the economically the active population. A close association was found between social strata and the classification of the hospital financing system into private, private group clinic and public health system patients. There were differences in hospital parameters as well as in morbidity patterns between these groups. The inequalities relating to average age, average age of hospital deaths, mean lengths of stay, hospital mortality, re-internment and frequency of diseases are discussed. This model allows the social position of the inpatient to be estimated using the hospital financing system, including also those patients with no economic activity, which covers the majority of the population. Social mechanisms created to compensate for inequalities in the welfare state do not cancel out the social differences.

**Hospitalization. Social class. Occupations.**

## INTRODUÇÃO

É conhecida de há muito tempo a relação entre nível de vida – ou condições de vida e de trabalho – e a saúde. Recentemente Paim<sup>6</sup> (1995), em extensa revisão do assunto, levantou as principais propostas metodológicas para o estudo da desigualdade de origem social, desde a concepção ecológica da epidemiologia clássica (positivista), o enfoque geográfico-ecológico – caracterização do grau de desenvolvimento econômico e social de cada unidade de estudo – até a construção de indicadores (Borrell<sup>1</sup>, 1995). A tautologia, assinalada por Samaja<sup>8</sup> e ainda não resolvida, concebe a saúde como componente e ao mesmo tempo como resultado do nível de vida. Para os objetivos do presente trabalho consideramos que a saúde e o nível de vida são produtos da forma de organização da produção social e da inserção concreta do indivíduo no sistema produtivo e na sociedade. Destaca-se o estudo da desigualdade no adoecer e sua manifestação no interior dos sistemas de assistência à saúde num momento concreto. Na área da saúde, estudos epidemiológicos têm privilegiado a ocupação do indivíduo como o indicador principal

do lugar que ele ocupa na sociedade; à ocupação encontram-se associados a renda, o nível de vida e as condições de saúde. A esses indicadores associa-se também o nível de acesso e consumo de serviços de saúde; no geral, igual aos outros setores sociais, tem-se que ao maior nível socioeconômico corresponde maior, e melhor, consumo de bens e serviços de saúde. Desta forma, na sociedade de classes onde as oportunidades e o consumo de bens e serviços seguem as linhas que demarcam os diferentes segmentos sociais, o padrão de consumo de assistência à saúde corresponde ao conceito de “medicina de classes” (Donnangelo e Pereira<sup>4</sup>, 1976). Problema associado a esta concepção reside em como caracterizar os usuários dos serviços de saúde, do ponto de vista da sua inserção econômica e social, visto que a maioria dos mesmos é composta por menores de idade, donas de casa, estudantes, aposentados e idosos (Yazlle Rocha<sup>12</sup>, 1975; Forster<sup>5</sup>, 1991), não fazendo parte, portanto, da população considerada economicamente ativa. Nos sistemas de assistência à saúde, essas pessoas são, geralmente, dependentes dos membros contribuintes do sistema de saúde, à exceção dos aposentados, que recebem assistência por direi-

to adquirido. Todavia, sabe-se que, para aliviar as tensões geradas na desigualdade originária do modo de produção capitalista, criou-se o modelo de sociedade de bem-estar, onde o Estado se obriga a oferecer às populações desfavorecidas, por fora dos mecanismos de mercado, o acesso aos bens sociais: saúde, educação, habitação e outros. Isto representaria um mecanismo de mascaramento da desigualdade originária, produzida nas relações de produção, que se deslocaria para a “igualação” na esfera do consumo (Donnangelo e Pereira<sup>6</sup>, 1976).

Nos países centrais do sistema capitalista, os Estados de bem-estar criaram sistemas e mecanismos destinados a garantir os direitos sociais que viriam a ser considerados modelos para os países do terceiro mundo. A Inglaterra desenvolveu o Sistema Nacional de Saúde, que se tornaria o paradigma da saúde nos anos 60, mas encontra-se em fase de reorganização desde 1991. Lá, após os anos 70, já se tornara evidente que as políticas compensatórias não eram capazes de atenuar diferenças sociais. A publicação no início dos anos 80 do Black Report (Towsend e Davidson<sup>10</sup>, 1982) viria mostrar ao mundo que a desigualdade no adoecer e morrer se acrescentara a desigualdade na assistência médica (Whitehead<sup>11</sup>, 1992).

A interpretação e explicação das desigualdades sociais, como exposta anteriormente, fundamenta-se na concepção marxista da sociedade capitalista, de classes; embora largamente aceita esta concepção, não se conseguiu até hoje a operacionalização da categoria classes sociais que, além da posição do indivíduo na produção, deveria incluir as práticas jurídico-políticas e ideológicas. Entretanto, na área da saúde muitos dos problemas enfrentados situam-se em “bolsões” de desigualdades, caracterizando-se antes como problemas sociais do que médicos que urge equacionar.

Na Inglaterra há uma larga tradição em estudar grupos populacionais utilizando um modelo de estratificação baseado na ocupação dos indivíduos, que divide a população economicamente ativa em seis estratos: profissionais, intermediário, qualificados não manuais, qualificados manuais, semiqua- lificados e não qualificados (Towsend e Davidson<sup>10</sup>, 1982). Este modelo, que já se mostrou eficiente para estudos populacionais, perde utilidade quando se deseja estudar a fração da população atendida em serviços de saúde que, como se disse anteriormente, na sua maioria é constituída por pessoas fora da População Economicamente Ativa (PEA). Para contornar este problema, Forster<sup>5</sup> estudou uma amostra das hospitalizações em Ribeirão Preto, através de uma

entrevista com os pacientes internados e/ou parentes (Forster<sup>5</sup>, 1991), encontrando forte associação entre a ocupação do chefe de família e o sistema de assistência médico-hospitalar utilizado. Conhecer as desigualdades e problematizar sua existência, traduzidas em perfis diferenciais de morbi-mortalidade e padrões desiguais de assistência, é pré-condição para obter o encaminhamento da solução.

O objetivo do presente trabalho é testar um modelo para o estudo das desigualdades nas hospitalizações no Município de Ribeirão Preto (SP) entendidas como decorrentes da posição social das pessoas e das políticas de assistência médico-hospitalar no Brasil.

## MATERIAL E MÉTODO

### Caracterização da Localidade Estudada

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 1993, foi estimada em 449.683 pessoas, e a renda média anual per capita, em aproximadamente, US\$ 5.000. A mortalidade infantil em 1993 foi de 16,3 por mil nascidos vivos, 7 cujas principais causas de morte foram: distúrbios circulatórios (35%), neoplasias (16%), AIDS (6,4%), distúrbios respiratórios (11%) e causas externas (10%). Contava com 12 hospitais sendo 10 gerais e 2 psiquiátricos com um total de 1.797 e 622 leitos, resultando em índice de 4,0 e 1,4 leitos por mil habitantes, respectivamente. Conta com uma Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e com um Hospital Universitário de 600 leitos e um Pronto-Socorro regional. 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 Rocha<sup>13, 14, 15</sup>, 1985, 1989, 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. Esta folha contém dados de identificação do hospital, enfermaria, e características dos pacientes: número de registro (um único para cada paciente), idade, sexo, ocupação, data da internação, procedência, fonte de financiamento (categoria da internação), diagnóstico principal (motivo ou causa da internação), diagnósticos secundários, procedimentos cirúrgicos, causas externas dos aci-

dentos, envenenamentos ou violências, data da saída e condição de saída. Esses 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 super-especializados leva 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.

### Modelo de Análise

Para o presente estudo adotou-se um modelo de análise que separa os pacientes hospitalizados segundo tenham 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 Mortalidade (Ministério da Saúde<sup>2</sup>, 1987). Posteriormente foram agrupadas em estratos sociais segundo o modelo utilizado pelo Registrar General na Inglaterra (Towsend e Davidson<sup>10</sup>, 1982), observando alguns critérios utilizados por Singer<sup>9</sup> (1976) no seu estudo na área metropolitana de Salvador (Bahia). Apesar da existência de alguns itens muito genéricos, foram classificados, preliminarmente, os pacientes hospitalizados em 1993 e pertencentes à PEA, em 6 níveis ocupacionais: 1) *profissionais* - como médicos, engenheiros, advogados, dirigentes empresariais; 2) *intermédios* - como técnicos, gerentes, administradores; 3) *qualificados não manuais* - como professores secundários, vendedores, agentes financeiros; 4) *qualificados manuais* - como operadores de máquinas, cabeleiros, artesãos; 5) *semi-qualificados* - como encanadores, ferreiros, marceneiros; e 6) *não qualificados* - como pedreiros, lixeiros, serventes. Esses estratos representam posição socioeconômica de importância decrescente dos indivíduos estudados. A estratificação das ocupações utilizada é apresentada na Tabela 1. Pacientes fora da PEA foram classificados em: aposentados, do lar, menores, estudantes e desempregados; 29 pacientes sem

informação ou informação prejudicada foram incluídos como fora da PEA, no item "prejudicados".

As hospitalizações foram classificadas segundo a fonte de financiamento da internação em: particulares, medicina de grupo e sistema único de saúde, respectivamente por pagamento direto do paciente ao médico e estabelecimento hospitalar, sistemas privados de pré-pagamento ou medicina de grupo incluindo cooperativas, convênios ou empresas médicas e, finalmente, o sistema público representado pelo sistema único de saúde. Essas categorias de hospitalização representam um gradiente de custeio, e assistência, decrescente: nível elevado para os particulares e nível mínimo para o sistema público.

Foram estudadas também, as reinternações (repetição do registro do paciente no mesmo hospital, no ano de estudo) a idade na internação, a condição do paciente no egresso (vivo ou morto), a duração da internação e o diagnóstico principal ou causa da internação. No estudo das reinternações considerou-se a proporção de pacientes com mais de uma internação e o coeficiente de reinternação, isto é, o quociente entre o total de hospitalizações repetidas e o número de pacientes, com mais de uma internação.

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<sup>3</sup>

## RESULTADOS

No ano de 1993 houve 97.946 internações nos hospitais de Ribeirão Preto, das quais 94.697 tiveram alta e 3.249 foram a óbito. Eram moradores em Ribeirão Preto os pacientes de 63.993 hospitalizações; dessas foram excluídas 7.700 hospitalizações de crianças recém-nascidas resultando nas 56.293 internações ocasionadas por 44.336 pacientes, que com 20% de reinternações, incluídas nesse total, são o objeto de estudo do presente trabalho. Isto representa um coeficiente de hospitalização de 125,2 por mil habitantes. Das 56.293 hospitalizações, 35,7% eram de pacientes trabalhadores com ocupação definida no processo produtivo (ou 20.083), e as restantes 36.210 (ou 64,3%) eram de seus dependentes (do

Tabela 1 - Distribuição das ocupações nos níveis ocupacionais.

Table 1 - Distribution of occupations by occupational level.

Nível	Código das ocupações*
Profissional	11-29; 51-71; 79; 81-83; 91; 121-129; 130-139; 151; 192-195; 211-240
Intermediário	30-42; 84; 110; 152-161; 174-189; 191; 196-199; 241-249; 300-310; 312-313; 398; 410
Qualificado não manual	92; 140-149; 162-173; 311; 314-360; 390; 399; 421-432; 500; 591
Qualificado manual	43; 72-77; 380; 391-397; 440-490; 560-589; 592-601; 611-612; 791-797; 880
Semiqualificado	2; 4; 370; 520-532; 541; 551; 631-673; 701-704; 711-783; 799-820; 831-836; 840-879; 890; 891; 893-901; 903-949; 954; 956; 957; 961-969; 972-985; 987-989; 991-998
Não qualificado	540; 552; 621; 839; 892; 902; 951-953; 955; 959; 971; 986; 990; 999

\* Classificação Brasileira de Ocupações, Brasil, 1987

Tabela 2 - Distribuição de hospitalizações da PEA segundo a ocupação e categoria da internação - Ribeirão Preto, 1993.

**Table 2 - Hospitalisation distribution of PEA by occupation and inpatient category - Ribeirão Preto, 1993.**

Ocupação	Categoria da internação						Total
	Particular	%	M. Grupo	%	SUS	%	
Profissionais	192	14,2	735	54,3	426	31,5	1.353
Intermédios	243	10,0	1.254	51,6	933	38,4	2.430
Qualificação não manual	173	6,3	1.730	62,7	854	31,2	2.757
Qualificação manual	184	4,2	1.723	39,8	2.427	56,0	4.334
Semi qualificado	71	1,7	1.292	31,3	2.764	67,0	4.127
Não qualificado	49	1,0	982	19,3	4.051	79,7	5.082
Total	912	4,5	7.716	38,4	11.455	57,0	20.083

X<sup>2</sup> = 2.735; p = 0.000001; 10 g.l.

PEA - População Economicamente Ativa

SUS - Sistema Único de Saúde

Tabela 3 - Distribuição de hospitalizações, fora da PEA, segundo a ocupação e categoria da internação - Ribeirão Preto, 1993.

**Table 3 - Hospitalisation distribution patients outside the PEA by occupation and inpatient category - Ribeirão Preto, 1993.**

Ocupação	Categoria da internação						Total
	Particular	%	M. Grupo	%	SUS	%	
Aposentados	361	4,7	2.218	28,7	5.149	66,6	7.728
Do lar	758	4,4	5.699	32,9	10.867	62,7	17.324
Menores	283	3,3	2.660	30,7	5.722	66,0	8.665
Estudantes	174	8,2	831	39,0	1.126	52,8	2.131
Desempregados	1	0,3	24	7,2	308	92,5	333
Prejudicados	1	3,4	1	3,4	27	93,1	29
Total	1.578	4,4	11.433	31,6	23.199	64,1	36.210

PEA - População Economicamente Ativa

SUS - Sistema Único de Saúde

lar, menores, estudantes, desempregados) e aposentados. Na Tabela 2 é apresentada a distribuição de hospitalizações de pacientes com inserção na economia, segundo o nível da ocupação e a categoria de internação. Verifica-se que em 4,5% dos casos, utilizaram serviços particulares, em 38,4 % deles, os sistemas de seguro saúde privados e em 57,0% das hospitalizações utilizaram o sistema único de saúde (SUS). Com referência ao nível da ocupação, tem-se que as hospitalizações de pacientes dos níveis profissional, intermediário e qualificado não manual utilizaram serviços de saúde privados, particulares e de medicina de grupo, em 4.327 oportunidades (sombreado forte) ou 66,2% destes casos; as que se utilizaram do sistema público foram 2.213 (sombreado claro) ou 33,8%. As hospitalizações de pacientes dos níveis qualificado manual, semi qualificado e não qualificado ocorreram em 56 a 79,7% dos casos no sistema público de saúde (sombreado forte) variando de 20,3 a 44,2% do total dessas hospitalizações os casos em que ocorreram em sistemas privados (sombreado claro). O teste do *chi* quadrado aplicado à Tabela 2 apresentou forte associação entre o nível de ocupação dos pacientes e a categoria, ou modalidade de financiamento, da internação (X<sup>2</sup> = 2.735; p=0,000001, 10 g. l.).

Na Tabela 3 é apresentada a distribuição das hospitalizações de pacientes sem inserção econômica na produção, segundo a “ocupação” referida e a categoria da internação. Vê-se que a proporção das hospitalizações em serviços particulares foi igual a encontrada nas hospitalizações de pacientes com inserção na PEA; as hospitalizações na medicina de grupo ocorreram em proporção um pouco menor (31,6%) sendo que as hospitalizações no sistema público ocorreram em proporção um pouco maior (64,1%). Acredita-se que no geral as hospitalizações de pacientes fora da PEA se distribuem entre as diferentes categorias de internação de forma semelhante àquela observada entre os integrantes da PEA, dos quais eles são dependentes para assistência médico-hospitalar.

Em síntese, pode-se dizer que a assistência médico-hospitalar estudada encontra-se polarizada em dois subconjuntos sociais (sombreado forte), contíguos e parcialmente superpostos:

- o *pólo dominante*, constituído por hospitalizações de profissionais, técnicos e trabalhadores qualificados não manuais e seus dependentes que utilizam preponderantemente sistemas privados de assistência médica (4.327 hospitalizações da Tabela 2, ou 21,5% do total)

- o *pólo subalterno*, constituído por hospitalizações de trabalhadores qualificados manuais, semiqualeificados e não qualificados que utilizam preponderantemente o sistema público de assistência médica (9.242 hospitalizações na Tabela 2, ou 46%)
- *as áreas de justaposição* (sombreado claro), representada por hospitalizações de profissionais, técnicos e trabalhadores qualificados não manuais que utilizam serviços públicos de saúde (área de justaposição descendente de 11% do total) e as hospitalizações de trabalhadores qualificados manuais, semiqualeificados e não qualificados que utilizam serviços privados de saúde (justaposição ascendente de 21,4%) somando ambas 6.514 internações ou 32,4% do total (vide Tabela 2).

Na Tabela 4 consta alguns indicadores das hospitalizações segundo categoria da internação e a condição de saída dos pacientes (vivos ou mortos). A idade média em que ocorre a hospitalização é significativa pois reflete o resultado da exposição a riscos e o desgaste dos grupos sociais; a média de idade, para os pacientes que egressaram vivos, foi de 39,5 anos entre as hospitalizações particulares, 36,5 naquelas da medicina de grupo e 36,3 para os pacientes do SUS; a diferença fica mais clara se for

utilizada a idade mediana (35, 34 e 32 anos, respectivamente). A diferença é mais acentuada nos pacientes que faleceram na hospitalização: a idade média variou de 66,9 anos, entre os particulares, a 56,1 anos entre os pacientes do sistema público (medianas de 70 e 60 anos respectivamente), ou seja, a morte ocorre dez anos antes, em média, entre os pacientes que utilizaram o sistema público. O coeficiente de mortalidade por mil hospitalizações é mais elevado entre os pacientes do SUS, (38,8 contra 27,7 entre os particulares e 16,6 para a medicina de grupo) embora esses sejam em média mais jovens do que os outros. Se for considerado o coeficiente de mortalidade por pacientes (excluindo as reinternações) as diferenças tornam-se ainda maiores: 50,3 óbitos por mil pacientes no SUS contra 32,3 entre os particulares e 20,6 na medicina de grupo. Não apenas as doenças que levam à hospitalização incidem mais precocemente entre usuários do SUS como levam estes à morte com maior frequência, fato que a assistência médico hospitalar não conseguiu compensar. A mortalidade hospitalar foi menor entre os hospitalizados por sistemas de medicina de grupo, o que poderia ser explicado pelo fato que estes sistemas não cobrem algumas doenças crônicas e tendem a dificultar a assistência a casos graves, excluindo aquelas patologias não rentáveis, casos estes em que os pacientes

Tabela 4 - Indicadores das hospitalizações segundo categoria da internação: condição de saída, idade média e mediana, duração média da internação e % de reinternações - Ribeirão Preto, 1993.

**Table 4** - Indicators of hospitalisations by inpatient category: condition on discharge, average and median ages, average length of stay and re-internment percentage - Ribeirão Preto, 1993.

	Indicadores	Categoria internação		
		Particular	M. Grupo	SUS
Cond. de saída	Total de egressos	2.490	19.149	34.654
	Número	2.421	18.831	33.309
Vivos	Idade média	39,5	36,5	36,3
	Idade mediana	35,0	34,0	32,0
	Dur. média intern.*	3,1	2,8	3,9
	Número	69	318	1.345
Mortos	Coef. mortal.**	32,3	20,6	50,3
	Idade média	66,9	64,9	56,1
	Idade mediana	70,0	69,5	60,0
	Dur. média intern.*	5,3	6,7	7,7
Total pacientes	Número	2.139	15.463	26.734
Internações únicas	Número	1.902	12.922	22.366
Internações múltiplas	% pacientes	11,1	16,4	16,3
	Média internações	2,48	2,45	2,81

\* Excluídas as internações psiquiátricas

\*\* Coeficiente mortalidade por mil pacientes, excluídas as reinternações

PEA - População Economicamente Ativa

SUS - Sistema Único de Saúde

são encaminhados para a assistência particular e o sistema público. Isto pode explicar as diferenças encontradas na duração média das internações, tanto entre os pacientes egressos vivos (3,1 dias para os particulares a 3,9 dias para o SUS) como para os casos de óbito (5,3 dias para os particulares, 6,7 para os casos da medicina de grupo e 7,7 dias para os pacientes SUS); essas diferenças na duração das hospitalizações sugerem que os casos são, certamente, mais graves e complexos entre os pacientes do sistema público. Estudou-se também a repetição das internações. Para conhecer plenamente este fato seria necessário que houvesse um único número de registro hospitalar para todos pacientes do município; o que temos é que cada hospital utiliza um número único para seus próprios pacientes. Assim pôde-se detectar as reinternações quando elas ocorrem no mesmo hospital, geralmente, por conta do mesmo sistema ou categoria da internação. Infelizmente não foi possível estudar as reinternações quando ocorrem por outro sistema ou categoria da internação que, geralmente se dá, em outro estabelecimento hospitalar; assim sendo, os presentes resultados subestimam, certamente, a realidade das reinternações. No entanto, apesar dessas limitações, pôde-se determinar que a proporção de pacientes com mais de uma internação no ano foi maior entre os usuários da medicina de grupo e do SUS do que

entre os usuários da categoria particular (16,4 e 16,3 contra 11,1% respectivamente); igualmente, a média de internações nos pacientes com reinternações foi maior entre os pacientes do SUS do que entre os usuários dos sistemas privados (2,81 - 2,45 - e 2,48 para hospitalizações do SUS, da medicina de grupo e particulares).

Na Tabela 5 são apresentadas as causas da internação segundo grupos da Classificação Internacional de Doenças (CID) e a categoria da internação. Os perfis de morbidade hospitalar são diferentes para os dois pólos acima citados: assim, ao nível de análise dos grandes grupos da CID, entre as hospitalizações do SUS, são proporcionalmente mais frequentes as doenças infecciosas e parasitárias, do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, mentais, as anomalias congênicas e as lesões, envenenamentos e violências. Entre os pacientes particulares são proporcionalmente mais frequentes as neoplasias, doenças do sistema nervoso central, do aparelho geniturinário, sistema osteomuscular, doenças perinatais e da pele e do tecido subcutâneo; entre os pacientes da medicina de grupo são mais frequentes as hospitalizações por doenças do aparelho geniturinário, sistema osteomuscular e afeções perinatais. São proporcionalmente menos frequentes do que o esperado entre pacientes SUS as doenças do aparelho geniturinário, do sistema osteomuscular e as afeções perinatais.

Tabela 5 - Distribuição das causas de internação segundo Capítulos da CID e categoria de internação - Ribeirão Preto, 1993.  
**Table 5 - Distribution of the definitive causes of hospitalisation by CID chapters and inpatient category - Ribeirão Preto, 1993.**

Capítulo CID	Categoria da internação						Total
	Particular	%	M. Grupo	%	SUS	%	
D. infec. paras.	57	2,4	585	24,7	1.731	72,9	2.373
Neoplasias	187	5,4	1.207	34,9	2.060	59,6	3.454
D. end.met.imun	73	4,7	462	29,7	1.022	65,6	1.557
D.sang. org. hem	4	1,6	54	22,0	187	76,3	245
D.mentais	31	1,8	64	3,8	1.606	94,4	1.701
D. sis.nerv.cent.	117	5,7	706	34,3	1.235	60,0	2.058
D. ap.circulat.	279	4,0	2.718	38,6	4.050	57,5	7.047
D.ap.respirator	273	3,9	2.461	35,5	4.201	60,6	6.935
D.ap.digestivo	242	4,9	1.772	36,2	2.875	58,8	4.889
D.ap.geniturina	329	7,2	2.020	44,3	2.215	48,5	4.564
Grav.parto.puer.	460	4,2	3.518	32,2	6.939	63,6	10.917
D.pele,tc. sub-c.	32	5,5	188	32,1	365	62,4	585
D.sis. osteom. tc.	114	5,5	972	47,0	983	47,5	2.069
Anom.congênit.	20	4,0	121	24,0	363	72,0	504
Afec. peri.nat.	6	1,5	180	44,0	223	54,5	409
Sint.sin.m.mald.	80	3,9	827	40,2	1.152	55,9	2.059
Lesões envenen.	170	3,8	1.186	26,8	3.070	69,4	4.426
Classif.suplem.	16	3,2	108	21,6	377	75,2	501
<b>Total</b>	<b>2.490</b>	<b>4,4</b>	<b>19.149</b>	<b>34,0</b>	<b>34.654</b>	<b>61,6</b>	<b>56.293</b>

## DISCUSSÃO

No Brasil há poucos estudos sobre assistência médico-hospitalar, e quando eles são realizados quase sempre estão referidos a estabelecimentos e/ou sistemas de assistência, particulares, seguros privados ou públicos o que dificulta análises gerais da assistência que possam esclarecer e orientar as decisões políticas nessa área. É desejável criar ou desenvolver bancos de dados em bases populacionais, incluindo variáveis, como a ocupação, que possam fundamentar estudos com alcance interpretativo dos fenômenos em estudo; curiosamente, o sistema de registro de hospitalizações da previdência social (AIH) não inclui a ocupação do paciente, mas o atestado de óbito a inclui: a ocupação passa a ser relevante somente após a morte do indivíduo?

Em estudos anteriores (Yazlle Rocha<sup>12</sup>, 1975) mostra que crianças, mulheres e idosos (acima da quinta década da vida) têm coeficientes de hospitalização mais elevados que o restante da população, sendo as causas destas internações as doenças da infância, problemas ligados à gravidez, parto e puerpério e as doenças crônicas e degenerativas, principalmente as cardíacas e vasculares cerebrais. Todavia, quando são feitos estudos em bases populacionais, trata-se a população como um todo homogêneo, abstrato, desconhecendo que há grandes diferenças entre classes (ou estratos) e que a explicação e a dinâmica da morbi-mortalidade passa pela existência e reprodução dessas desigualdades. O modelo de análise utilizado no presente estudo, centrado na inserção econômica do indivíduo na sociedade, dentro de uma perspectiva marxista, permitiu discernir a forte associação existente entre nível ocupacional e categoria da hospitalização; assim, a categoria da hospitalização, e o tipo de assistência a que se tem acesso, é atributo da situação social do paciente ou do responsável por ele, no caso dos dependentes. Pode-se então estudar os sistemas de assistência hospitalar como estimadores da posição social dos pacientes. Quando isto não se faz, e se integram estes dois subgrupos (ativos e inativos) para compor o conjunto dos hospitalizados provenientes de uma população conhecida, atribui-se as desigualdades encontradas às diferenças de idade e sexo, e não à sua base real: o pertencimento social de classes.

Entretanto, outra questão a considerar é que não há uma relação bi-unívoca entre pertencimento de classe e cobertura por sistemas sociais de assistência à saúde; isto leva à existência de áreas de justaposição, como as apresentadas na Tabela 2, que são expressão das políticas de saúde expandindo ou não

a cobertura pelos diferentes sistemas. Na última década, o fenômeno mais presente, na região, tem sido a expansão da cobertura dos sistemas privados de assistência médico-hospitalar, por conta de convênios e contratos entre empresas e hospitais ou empresas médicas. De outro lado, diante de problemas crônicos e/ou graves, deficitários para a medicina de grupo, a tendência será ao encaminhamento ou fuga para os sistemas privado ou público, dependendo da posição do paciente. Acredita-se que é possível discriminar, nesse grande conjunto, que se denomina medicina de grupo, a existência de modalidades de assistência hospitalar intermediárias, que poderão desfazer em parte as justaposições assinaladas, ilustrando melhor os diversos gradientes assistenciais da nossa medicina de classes.

Muito embora limitados a 3 categorias de internação, com justaposições, os indicadores selecionados para caracterizar a assistência (duração, idade média, mortalidade, reinternação, etc.) confirmam a grande desigualdade existente entre as hospitalizações por sistemas privados e pelo sistema público. Ou seja, à desigualdade diante dos riscos de agravos à saúde vem se acrescentar a decorrente das diferenças no sistema de financiamento da assistência médico-hospitalar e suas conhecidas conseqüências: repressão de demanda e restrições de procedimentos que acabam determinando os resultados desiguais acima assinalados.

A análise da morbidade hospitalar, ao nível dos 17 grandes capítulos da CID, é problemática porque dentro de um capítulo pode-se ter subgrupos com maior frequência ora para um pólo de pacientes, ora para o outro, com o qual, ao totalizar os dados, as diferenças existentes se anulariam nos resultados. O melhor, no futuro, será promover a análise por subgrupos ou categorias diagnósticas associando-os às ocupações e/ou sistemas de assistência hospitalar.

O modelo de estudo aqui aplicado mostrou-se factível e eficiente para o propósito desejado; separando os pacientes das hospitalizações em participantes ou não da PEA e, estratificando os primeiros em 6 níveis ocupacionais, foi possível mostrar a forte associação existente entre a posição social do paciente e o sistema de assistência médico-hospitalar utilizado. Desta forma é possível utilizar o sistema de financiamento das hospitalizações como indicador da posição social dos pacientes, para o estudo das desigualdades sociais. Mostrou-se a polarização da assistência hospitalar entre os sistemas particular e público de saúde, com utilização predominante, respectivamente, por profissionais e trabalhadores manuais, polarização que caracteriza a medicina de classes no Brasil. Foram constatadas, também, impor-

tantes diferenças quanto à idade média dos pacientes quando ocorre a internação e, sobretudo, na idade ao morrer (quando isto ocorreu), acometendo aos pacientes SUS com uma década de antecedência em comparação com os pacientes particulares. A duração média das hospitalizações foi maior entre os pacientes SUS, bem como a frequência de reinternações. O perfil de morbidade hospitalar é diferenciado para as categorias de internação: entre as hospitalizações do SUS foram proporcionalmente mais

freqüentes as doenças infecciosas e parasitárias, do sangue e órgãos hematopoiéticos, as mentais e anormalias congênitas e as lesões, envenenamentos e violências. Entre os pacientes de serviços privados foram proporcionalmente mais freqüentes as neoplasias, as doenças do sistema nervoso central, do aparelho geniturinário, do sistema osteomuscular, as perinatais e do tecido subcutâneo. O modelo de estudo proposto foi muito eficiente para o estudo das desigualdades entre os sistemas de assistência hospitalar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORRELL, C. Métodos utilizados em estudo das desigualdades sociais em saúde. In: Barata, R.B., org. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997. cap. 6.
2. CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Epi Info, Versão 6.04. A Word Processing, Database and Statistic Program for Public Health. Atlanta, 1996.
3. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Liv. Duas Cidades, 1976.
4. FORSTER, A.C. & YAZLLE ROCHA, J.S. Hospitalizações e classes sociais. *Saúde Deb*, (3): 71, 1991.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Classificação brasileira de ocupações para o subsistema de informações sobre mortalidade. Brasília, 1987.
6. PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata, R.B., org. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro, 1997. cap. 1.
7. SAMAJA, J. apud PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata, R.B., org. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro, 1997. cap. 1.
8. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais (SICAEV). *Mortalidade de residentes e não residentes em Ribeirão Preto - SP*. Ribeirão Preto, 1993.
9. SINGER, P. et. al. Demanda por alimentos na área metropolitana de Salvador. *Cad. CEBRAP* (23) 1976.
10. TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. *Inequalities in health: the black report*. England, Penguin Books, 1982.
11. WHITEHEAD, M. The health divide. In: Townsend, P. & Davidson, N. *Inequalities in health : the black report*. London, Penguin Books, 1992.
12. YAZLLE ROCHA, J.S. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, 9:477-93, 1975.
13. YAZLLE ROCHA, J.S. et al. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, 1:457-66, 1985.
14. YAZLLE ROCHA, J.S. et. al. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do Estado de São Paulo (Brasil), 1986. *Rev. Saúde Pública*, 23:374-81, 1989.
15. YAZLLE ROCHA, J.S. et al. Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional. *Medicina, Ribeirão Preto*, 26:636-42, 1993.