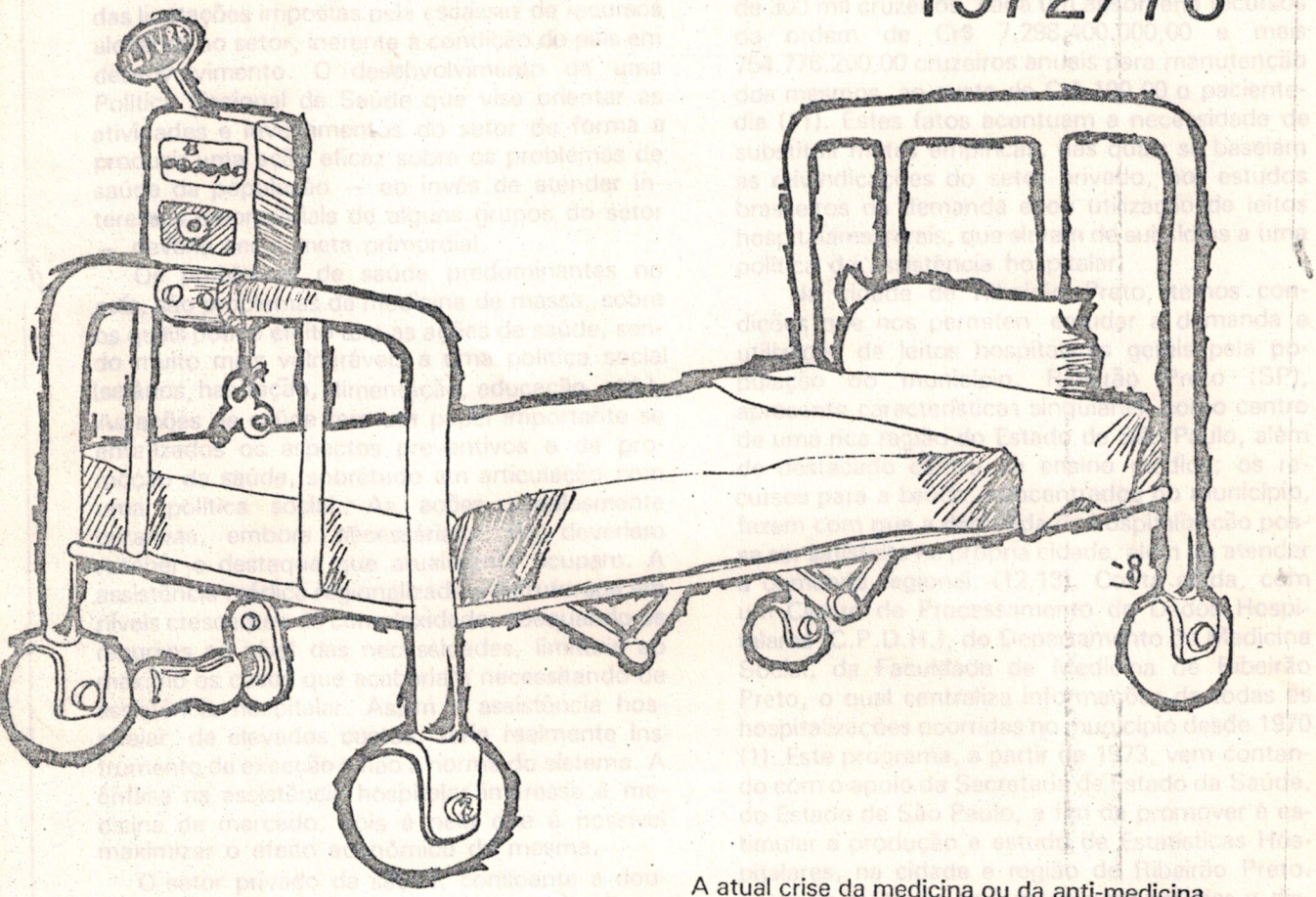
Assistência médico-hospitalar

Ribeirão Preto (SP) 1972/76



Considerações para uma política de assistência hospitalar

Juan Stuardo Yazlle Rocha
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

A atual crise da medicina ou da anti-medicina, envolve tanto a escassez relativa de recursos, a inadequação dos investimentos em relação às reais necessidades de saúde da população, como a distorção do próprio aparelho formador de recursos humanos que visa atender a uma estrutura de mercado sem considerar o interesse geral da população. A crise decorre principalmente do tipo de articulação da medicina com a economia e do papel atribuido ao setor, decorrente deste tipo de articulação.

O setor saúde visa não somente, reproduzir e elevar a capacidade da força de trabalho necessária à economia, mas também, produzir riqueza (lucro), na medida em que a assistência converteu-se em objeto de consumo (3,4). Os mecanismos de mercado que constituem a lógica do sistema de assistência médica, constituem também a essência da sua irracionalidade, que coloca como objetivo primordial a produção de serviços pagos, a gerar lucros financeiros, independentemente de ater-se à satisfação de necessidades ou de procurar medidas efetivas de solução dos problemas (6).

Desta forma a crise do setor decorreria mais de um desencontro entre os objetivos reais da Estrutura de Assistência Médica vigente e as necessidades de saúde da população brasileira, do que das limitações impostas pela escassez de recursos alocados ao setor, inerente à condição de país em desenvolvimento. O desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde que vise orientar as atividades e investimentos do setor de forma a produzir uma ação eficaz sobre os problemas de saúde da população — ao invés de atender interesses empresariais de alguns grupos do setor — deveria ser a meta primordial.

Os problemas de saúde predominantes no país, são problemas de medicina de massa, sobre os quais pouco efeito tem as ações de saúde, sendo muito mais vulneráveis a uma política social (salários, habitação, alimentação, educação, etc.). As ações de saúde tem um papel importante se enfatizados os aspectos preventivos e de promoção da saúde, sobretudo em articulação com uma política social. As ações simplesmente curativas, embora necessárias, não deveriam receber o destaque que atualmente ocupam. A assistência médica regionalizada e estruturada em níveis crescentes de complexidade, adequando os recursos ao nível das necessidades, limitaria ao máximo os casos que acabariam necessitando de assistência hospitalar. Assim a assistência hospitalar, de elevados custos, seria realmente instrumento de exceção e não a norma do sistema. A ênfase na assistência hospitalar interessa à medicina de mercado, pois é nela que é possível maximizar o efeito econômico da mesma.

O setor privado da saúde, consoante a doutrina de mercado acima, tem reivindicado financiamentos para construção e ampliação de hospitais da rede privada, credenciamento automático pelo I.N.P.S., e vantagens relativas ao sistema de pagamento (6). A justificativa para esta reivindicação, se baseia em que seria necessário um certo número de leitos por habitantes, a fim de garantir adequada assistência hospitalar. O índice leitos/habitantes, geralmente apontado como desejável (inclusive pela Organização Panamericana de Saúde), embora nunca justificado, é de 4,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes. A necessidade de leitos hospitalares é determinada, entre outros fatores, pelas características demográficas da população, seu nível de vida (e de saúde), os sistemas de assistência médica, aspectos culturais (percepção e conduta perante a doença), etc (5,13). A importância da estimativa adequada do número de leitos necessários para uma população, se evidencia quando lembramos que o custo estimado para construção e equipamento de um leito hospitalar, no início do presente ano, em São Paulo, atingia a cifra de 300 mil cruzeiros. O Estado de São Paulo contava, em 1.974, com 65.807 leitos gerais, dando um índice de 3,3 leitos por 1.000 habitantes. Para atingir o índice de 4,5 leitos/1.000 hab. seria necessária a construção de 24.328 novos leitos, que ao custo de 300 mil cruzeiros, cada um absorveria recursos da ordem de Cr$ 7.298.400.000,00 e mais 754.776.200,00 cruzeiros anuais para manutenção dos mesmos, ao custo de Cr$ 100,00 o paciente-dia (11). Estes fatos acentuam a necessidade de substituir metas empíricas, nas quais se baseiam as reivindicações do setor privado, por estudos brasileiros da demanda e/ou utilização de leitos hospitalares gerais, que sirvam de subsídios a uma política de assistência hospitalar.

Na cidade de Ribeirão Preto, temos condições que nos permiten estudar a demanda e utilização de leitos hospitalares gerais pela população do município. Ribeirão Preto (SP), apresenta características singulares, como centro de uma rica região do Estado de São Paulo, além de destacado centro de ensino médico; os recursos para a saúde, concentrados no município, fazem com que a demanda de hospitalização possa ser satisfeita na própria cidade, além de atender a demanda regional. (12,13). Conta ainda, com um Centro de Processamento de Dados Hospitalares (C.P.D.H.), do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o qual centraliza informações de todas as hospitalizações ocorridas no município desde 1970 (1). Este programa, a partir de 1973, vem contando com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde, do Estado de São Paulo, a fim de promover è estimular a produção e estudo de Estatísticas Hospitalares, na cidade e região de Ribeirão Preto. Entre os métodos propostos para estudar a distribuição de recursos para a saúde individual, discutidos por Navarro, estão os baseados na Demanda e na Distribuição de recursos (7). O.C.P.-D.H. de Ribeirão Preto (SP), nos permite estes métodos ao estudo das necessidades de leitos hospitalares gerais, de uma população brasileira.

Em estudos anteriores (12,13,14), apresentamos a utilização de leitos hospitalares gerais, pela população do município em 1972, e as características da Morbidade e Mortalidade Hospitalar. Naquele ano encontramos um elevado coeficiente de internação (122 internações/1.000 h.), com baixo índice de hospitalização (0,63 dias/had-ano) decorrente da curta duração média das internações (5,1 dias). A uma porcentagem de ocupação dos leitos de 70,7%, a população do município necessitou do índice de apenas 2,43 leitos/1.000 hab para satisfazer a sua elevada demanda de internações. Destacamos, naquele trabalho, a importâcia que adquirem no padrão de utilização dos leitos, a composição etária da população servida e o sistema previdenciário de assistência médica responsável, em parte, este

UTILIZAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES GERAIS — RIBEIRÃO PRETO (SP)
1972 — 1976

ANO	POPULAÇÃO RIB. PRETO	N.º LEITOS HOSP. GERAIS	PORCENT OCUP.	INDICE LEIT/ 1000 H.	TOTAL EGRESSOS	T. D.M.I.	EGRESSOS R.PRETO	% TOT.	COEF. EGRES/HAB.	D.M.I.	INDICE LEITOS/1000 H. UTILIZADO
1972	231.679	1209	70,2	5,22	40.832	7,6	28.147	68,93	121,49	5,1	2,4
1973	238.205	1211	64,2	5,08	41.087	6,9	27.561	67,08	115,70	5,2	2,6
1974	244.407	1215	63,8	4,97	44.178	6,3	29.340	66,41	120,05	4,8	2,5
1975	250.228	1315	71,8	5,26	49.203	7,0	32.645	66,34	130,46	5,1	2,5
1976	255.434	1365	75,7	5,34	54.183	7,0	35.993	66,43	140,91	5,3	2,7

Fonte: C. P. D. H.

último, pela curta duração das internações. As causas de internações frequentes eram gravidez, parto e puerpério, doenças dos aparelhos respiratórios e circulatório, acidentes, envenenamentos e violências.

Neste trabalho, estudamos a utilização dos leitos hospitalares gerais do município no período de 1972 a 1976.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos cinco anos do período do nosso estudo (1972-1976), a população estimada do município de Ribeirão Preto, teria apresentado um crescimento de 10% passando de 231.679 a 255.434 habitantes. O número de leitos hospitalares gerais (excluidos os berços, aumentou de 13% chegando no fim do período a 1.365 leitos. Este aumento do número de leitos ocorreu praticamente nos dois últimos anos do período. Assim, o índice de leitos/1000 hab., que em 1972 era 5,22, reduziu-se a 4,97 em 1974, para crescer até o fim do período até 5,34 leitos/1000 hab. Em Ribeirão Preto existem instituições representativas de todos os sistemas de financiamento da assistência médico-hospitalar: particular (5-8% das internações), previdência social (55-60% das internações), medicina de caridade (22-25% das internações), outras formas de seguro, como medicina de grupo, cooperativas, etc., (7,10% das internações) e outros.

Os leitos disponíveis para pacientes indigentes, em sua maioria são fornecidos pela Sahta Casa de Misericórdia (140 leitos) e do Hospital das Clínicas da F.M.R.P.U.S.P. (365 leitos). O número total de hospitalizações gerais no período cresceu, passando de 40.832 em 1972 a 54.183 em 1976 (excluidos os recém-nascidos). Apesar do grande aumento no número de hospitalizações no período (+ 32%), a porcentagem de ocupação dos leitos, oscilou de 70,2% em 1972, caindo a 63,8% em 1974, para aumentar até 75,7% em 1976. A oscilacão na porcentagem de ocupacão (apesar do aumento constante do número de internações, maior que o aumento no número de leitos), deveu-se à flutuação na duração das internações, que em média cairam de 7,6 dias em 1972 a 6,3 dias em 1974 para subir a 7,0 dias em 1975 e 1976. É importante destacar que sempre restou uma capacidade vaga de utilização de leitos. (é desejável uma porcentagem de ocupação média em torno de 80%). Isto nos garante que Ribeirão Preto manteve, no período, condições para atender a toda a demanda local de hospitalizações gerais, mesmo com o crescimento total de internações.

As hospitalizações do município de Ribeirão Preto, no período, passaram de 28.147 em 1972 a 35.993 em 1976 (excluídos os recém-nascidos), isto é, houve um aumento de + 28%, o que significa que o aumento maior no total de internações foi de pacientes de fora do município (a proporção do total, das internações de Ribeirão Preto, reduziu-se de 68,9% a 66,4%). É importante assinalar que o coeficiente de internação (ou egressos), para Ribeirão Preto, que já era alto em 1972(121,5 internações/1.000 hab.), aumentou ainda mais, chegando a 140,9 internações/1.000 hab. em 1976. Se a demanda de internações já era coberta em 1972, resulta difícil explicar o aumento verificado (que aproxima Ribeirão Preto dos padrões americanos e canadenses, 144 e 155 respectivamente), e sobretudo aceitar que estas internações tenham ocorrido por "necessidade". O que poderia estar ocorrendo, e as evidências sugerem isto, é uma super-utilização (over-use), induzida pela estrutura de assistência hospitalar, dada a existência de leitos hospitalares disponíveis. Roemer (10) e Newell (8), já assinalaram que a demanda pode ser "induzida" pela oferta de recursos. Nos nossos dados, há elevada correlação positiva entre o índice de leitos por habitantes e o coeficiente de internações por habitantes (r = 0,81).

Um terceiro perâmetro a estudar, necessário para calcular o índice leitos/habitantes efetivamente utilizados (além do coeficiente de internações ou egressos e da porcentagem de ocupação dos leitos), é a duração média das internações (DMI). Nossos achados, para Ribeirão Preto foram surpreendentes, assinalando uma DMI baixa, 5,1 dias no ano de 1972. Este achado se repete nos anos seguintes. Mesmo se excluirmos as internações pelo grupo XI da Classificação Internacional de Doenças, (Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério), que sabidamente são hospitalizações de curta duração, a DMI permanece baixa: 6,1, 6,2, 5,7, 6,0, 6,2 dias, para cada ano do período, respectivamente. É um tempo de hospitalização curto em comparação a padrões de outros países, que

oscilam de 8 a 12 dias, embora se verifique tendência a diminuir o tempo de hospitalização, em países americanos nos últimos anos (2,9). Foi sugerido por alguns autores, que os nossos dados indicariam haver desospitalização precoce dos pacientes em Ribeirão Preto. No período de estudo, em torno de 20% das internações, foram internações de apenas um dia, muitas das quais, talvez, "induzidas" pela estrutura da assistência médico-hospitalar do município ou pela existência de leitos disponíveis. Outros fatores contribuintes para a baixa DMI, são estrutura populacional do município, o nível de saúde da população, os abundantes serviços médicos externos existentes no município (consultórios e ambulatórios). Nas condições acima descritas, a população de Ribeirão Preto utilizou apenas a metade dos leitos de que dispunha no município, isto é, o índice leitos/habitantes efetivamente utilizado pela população oscilou de 2,4 a 2,7 leitos gerais/1.000 hab. no período do nosso estudo.

CONSIDERAÇÕES PARA UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O debate de uma Política de Assistência Hospitalar não pode ficar reduzido à discussão do índice leitos/habitantes que possa ser considerado mais adequado ou não. É preciso situar a assistência hospitalar dentro de uma política de Assistência Médica, a qual por sua vez, refletirá a Política Social geral do país. Somos pela defesa do direito que todo cidadão tem, igualmente, à assistência. O principal problema da estrutura da assistência médica no Brasil é ser composta de múltiplos sistemas que competem (e às vezes, até se opõem) entre si, sua não universalidade e a desigualdade do direito à saúde (condicionada pelo nível econômico do paciente). Isto, aliado ao pagamento por serviço prestado, caracteriza a assistência médica, como mercadoria, objeto de consumo, em detrimento da sua função social primordial.

A manutenção ou elevação de um determinado índice leitos/habitantes, interessa desde uma ótica de mercado que pretende ampliar a capacidade produtora de serviços (que tem remuneração garantida pelo sistema), sejam eles necessários ou não, levem ou não a uma solução dos problemas de saúde. Desde uma ótica de assistência médica, a ênfase pretendida na medicina curativa, principalmente hospitalar, é uma distorção séria que não encontra, sequer, apoio em estudos técnicos. As hospitalizações desnecessárias, além do seu alto custo e de não contribuirem a nenhuma solução, representam um risco para o paciente.

Não se pode pretender extrapolar os dados de Ribeirão Preto (SP), a qualquer outra cidade ou região do país, sem observar as restrições que as diferenças entre locais impõem. A contribuição que a experiência de Ribeirão Preto vem nos dando é que um município com razoável infra-estrutura de saneamento básico, nível de vida regular, ampla rede de serviços médicos ambulatoriais, mesmo com elevado coeficiente de internações, apresenta taxa de utilização efetiva de leitos hospitalares, possível de ser atendida adequadamente com a metade dos recursos hospitalares geralmente preconizados como necessários. Nos sugere também, que o aumento dos recursos hospitalares, além de um certo ponto, acaba produzindo uma demanda artificial, induzida pela necessidade do sistema de assistência médica de utilizar o recurso instalado.

BIBLIOGRAFIA

1. FÁVERO, M.; YAZLLE ROCHA, J. S.; HADDAD, N. & TERUEL, J. R. — Organização de um Centro de Informática Hospitalar em Nível Local. Rev. Paul. Hosp. *21*: (151), 1973.
2. FÁVERO, M. — Estudo da Duração da Internação em Hospitais Gerais de Ribeirão Preto — Tese de Livre-Docência — Fac. de Medicina de Ribeirão Preto, USP, 1975.
3. FOUCAULT, M. — La crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina Educ. Méd. y Salud — Vol. 10, n.° 2 (152), 1976.
4. LANDMANN, J. — Previdência Social e Assistência Médica. Rev. Div. Nac. Tuberculose, Vol. 20 n.° 79, (283), 1976.
5. LLEWELYN — DAVIES, R. & MAUCAULAY, H. M. C. — Planificación y Administración de Hospitales — O. P. S. — Publicación Científica n.° 191, Washington DC, EUA, 1969.
6. MELLO, C. G. — A irracionalidade da privatização da Medicina Previdenciária — Saúde em Debate, n.° 3, 8-15, 1977.
7. NAVARRO, V. — Planning for the Distribution of Personal Health Services — Publ. Hlth. Rep. *84*: (573), 1969.
8. NEWELL, D. J. — Problems of estimating the demand for hospital beds — J. Chron. dis. *17*: 749, 1964.
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD — Las condiciones de Salud en las Américas, 1965 — 1968 — Publicación Científica n.° 207, Washinr ton D. C., EUA, 1970.
10. ROEMER, M. I. — Bed supply and hospital utilization. A national experiment — Hospitals 36: 36 (1961) in Navarro, 1969.
11. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo) — Na área hospitalar a meta é promover o fortalecimento da rede filantrópica — Saúde 1, n.° 5 — Fev., 1977.
12. YAZLLE ROCHA, J. S. — Estudo da utilização de leitos hospitalares gerais do município, no ano de 1972 — Tese de Doutoramento — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP, 1974.
13. YAZLLE ROCHA, J. S. — Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil) — Rev. Saúde Públ. S. Paulo, 9:477-93, 1975.
14. YAZLLE ROCHA, J. S. — Morbidade e Mortalidade Hospitalar em Ribeirão Preto (SP), 1972 — Rev. Saúde Públ. S. Paulo (em publicação) 1977.
15. WHITE; K. L.; ANDERSON, D. O.; BICCE, T. W.; KALIMO, E.; SCHACH, E. — Health Care: An International Comparison of Perceived Morbidity, Health Services Resources, and Use. Int. J. Hlth. Serv. *6*, n.° 2 (199), 1976.