

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES - CPqAM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**AUTORA: ROSSANA BARROS DE OLIVEIRA
ORIENTADOR: FÁBIO LESSA**

CONSULTA

(043.41)"1999"
048p
Ex.1

Recife, 1999

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES - CPqAM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC

PERFIL DAS INTERNAÇÕES NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

AUTORA: ROSSANA BARROS DE OLIVEIRA
ORIENTADOR: FÁBIO JOSÉ DELGADO LESSA

Recife, 1999

ROSSANA BARROS DE OLIVEIRA

PERFIL DAS INTERNAÇÕES NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de pós Graduação *latu sensu* a nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ, sob a orientação do Professor Fábio Lessa.

Recife - 1999

ROSSANA BARROS DE OLIVEIRA

PERFIL DAS INTERNAÇÕES NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* a nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CpqAM/FIOCRUZ/MS, pela Comissão formada pelos Professores:

Orientador:

Professor Fábio José Delgado Lessa – NESC

Debatedor:

Professor Paulo Camelo de Andrade Almeida
Consultor HC-UFPE

*Numa época em que reina a confusão,
em que corre o sangue,
em que se ordena a desordem,
em que o arbítrio tem a força de lei,
em que a humanidade se desumaniza...
Não digam nunca: isso é natural!
A fim de que nada passe por imutável.*

*Sob o familiar, descubram o insólito.
Sob o cotidiano, desvelem o inexplicável.
Que tudo que seja dito ser habitual,
cause inquietação.
Na regra é preciso descobrir o abuso,
e sempre que o abuso for encontrado
é preciso encontrar o remédio.*

(Bertolt Brecht)

A *Bastos, Bruno e Tássia*, pelo carinho e compreensão, e pela maneira abnegada que foram capazes de compreender minhas “ausências”, em função da realização desse trabalho, e a mamãe pelo cuidado incessante, sempre disposta a me ajudar em todos os momentos, dedico a eles essa monografia.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Saúde Coletiva – NESC, em especial ao professor *Fábio José Delgado Lessa*, pela orientação e incentivo sempre presentes no desenvolvimento desse trabalho.

Ao Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco – NUSP, pelo apoio institucional que vem dando à implantação do NEPI-HC, e em particular:

- À professora *Rosa Carneiro*, Coordenadora do NUSP, pelo apoio e confiança, oferecendo as condições necessárias à realização desse estudo;
- Ao chefe da Missão Japonesa *Noriaki Ikeda*, pelo incentivo;
- A *Socorro Machado Freire*, pelo carinho e solidariedade com que sempre me acolheu.

Ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, com atenção especial:

- A *Rosilda*, companheira dos momentos alegres e difíceis, por ter colaborado na confecção desse trabalho e por acreditar em um projeto que aos poucos transformamos em realidade;
- Ao Dr. *Paulo Camelo*, Consultor da Unidade de Contas Médicas do Hospital das Clínicas, pela disponibilidade, desprendimento e valiosa contribuição prestada.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	14
II.	JUSTIFICATIVA	24
III.	OBJETIVOS	25
IV.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
V.	RESULTADOS	31
VI.	DISCUSSÃO	58
VII.	CONCLUSÃO	63
VIII.	RECOMENDAÇÕES	65
IX.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66



Apresentação

APRESENTAÇÃO

Estudos de morbidade têm sido um importante instrumento na definição do Modelo de atenção do SUS, portanto são capazes de subsidiar aos gestores no planejamento das ações desenvolvidas pelos Serviços. Este estudo definirá o perfil das internações através da utilização das informações do SISAIH, bem como ações de epidemiologia que serão desenvolvidas pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CCS – Centro de Ciências da Saúde

COP – Classificado em outra parte

CEP – Código de Endereçamento Postal

CPF – Cadastro de Pessoa Física

Cap CID – 10 – Capítulo do Código Internacional das Doenças – 10ª Revisão

DCIH – Documento de Cobrança de Internação Hospitalar

DSMS – Banco de Dados de Autorização de Internação Hospitalar do Estado

DBF – Data Base File

DAIH – Raiz dos Bancos de Dados da AIH

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FPT – Fora de Possibilidade Terapêutica

HC – UFPE - Hospital das Clínicas Universidade Federal Pernambuco

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NCOP – Não Classificada em Outra Parte

NE – Não especificada

PNAD/FIBGE – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio

RDPE – Reduzido Pernambuco

RM – Razão de Masculinidade

SUS – Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação sobre nascidos vivos

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS-PE – Sistema Único de Saúde-Pernambuco

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SP – Serviços Profissionais

SH – Serviços Hospitalares

SADT – Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

SISAIH – Sistema Informações de Autorização de Internação Hospitalar

SGAIH – Sistema de Informações Gerenciais de Autorização de Internação Hospitalar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UF – Unidade Federada

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das internações por sexo segundo Cap. do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Gráfico 2 – Distribuição das internações por faixa etária segundo Cap. de CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Gráfico 3 – Distribuição das internações por município de residência, HC-UFPE, 1998.

Gráfico 4 – Distribuição das internações por Cap. do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Gráfico 5 – Distribuição das internações segundo especialidades no HC-UFPE, 1998.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição das internações por sexo segundo capítulo do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 2 – Distribuição das internações por faixa etária segundo capítulo do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 3 – Distribuição das internações por município de residência segundo capítulo do CID – 10 , HC- UFPE, 1998.
- Tabela 3.a – Distribuição das internações por capítulo do CID –10 segundo município de residência, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 4 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 5 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo XV do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 6 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo XI do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 7 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo II do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 8 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo XIV do CID – 10, HC-UFPE, 1998.
- Tabela 9 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo XIII do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Tabela 10 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo IX do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Tabela 11 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo XIX do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Tabela 12 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo I do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Tabela 13 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo capítulo X do CID – 10, HC-UFPE, 1998.

Tabela 14 – Distribuição das internações por tipo de AIH segundo capítulo do CID – 10 , HC-UFPE, 1998.

Tabela 15 – Distribuição das internações por tipo de evolução segundo capítulo do CID – 10 , HC-UFPE, 1998.

Tabela 16 – Distribuição das internações, diárias de UTI e média de utilização de diárias de UTI segundo capítulo do CID – 10 , HC-UFPE, 1998.

Tabela 17 – Distribuição das internações por capítulo do CID – 10 , segundo especialidades, HC-UFPE, 1998.

Tabela 17.a – Distribuição das internações por especialidade segundo capítulo do CID – 10 , HC-UFPE, 1998.

RESUMO

Estudos de morbidade são instrumentos importantes para avaliar as ações e o planejamento dos serviços de saúde; nessa perspectiva, este trabalho se propõe a identificar o perfil de morbidade hospitalar no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, para atingir os objetivos foram estudadas todas as internações realizadas no ano de 1998, segundo variáveis epidemiológicas: sexo, idade, município de residência, diagnóstico por capítulo do CID – 10 e evolução. E variáveis assistenciais: tempo de permanência em leito, valor da internação, uso de UTI e tipo de AIH. No período estudado foram internados 12.186 pacientes, dos quais, quando excluídas as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, 38,8% eram do sexo masculino e 37,7% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi a dos 15 a 44 anos. Entre as principais causas de internação a gravidez, parto e puerpério estão em primeiro lugar 25,4%. Todas as AIHs emitidas foram do tipo normal, 94% dos pacientes evoluíram para alta, a utilização da UTI é feita preferencialmente por problemas originados no período perinatal. Em relação a procedência, 35,7% dos pacientes internados são residentes do Recife. A especialidade de cirurgia interna 38,5% da população estudada. Pudemos observar que o perfil de internações atendidas retrata a dinâmica peculiar da Instituição e não o quadro epidemiológico apresentado pela população.



Introdução



I INTRODUÇÃO

1.1 PERFIL E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Em 1971, Omran (Omran, 1971 apud Araújo, 1992) denominou de “transição epidemiológica”, as alterações nos padrões de morbidade e mortalidade, efeito de transformações sociais, ocorridos em uma população.

Sua teoria está baseada na transformação histórica por que passou a humanidade, a qual ele considera como fases epidemiológicas. A primeira fase foi a “Era das Pestilências”, época em que predominavam as altas taxas de mortalidade por doenças infecto-contagiosas endêmicas e por epidemias que adotavam, muitas vezes, características pandêmicas e assolavam populações inteiras. Outra característica eram os altos índices de natalidade. Essa fase permaneceu, desde o começo dos tempos históricos, até o fim da Idade Média; nesse período os indivíduos viviam em média 20 anos e a população apresentava um lento crescimento demográfico.

Avançado esse período, iniciou-se a “Era do Declínio das Pandemias”, que ocorreu historicamente no período entre a Renascença até o início da Revolução industrial, e tinha como principal característica o progressivo desaparecimento das pandemias, muito embora, nessa fase, tivesse ocorrido também uma melhora significativa nos padrões referentes à qualidade de vida das pessoas, aumentando, assim, a expectativa de vida para valores próximos aos 40 anos; ao mesmo tempo, a mortalidade foi reduzida “até níveis de 30 por 1000 e a natalidade continuava acima de 40 por 1000, iniciou-se um longo período de crescimento populacional” (Omran apud Araújo, 1992: 05-06).

Com o surgimento da Revolução industrial, chegando até os tempos modernos, inicia-se a “Era das Doenças Degenerativas e das causadas pelo Homem”. Nessa fase, em decorrência de investimentos nas áreas de habitação, saneamento, alimentação e educação, o padrão de vida das populações

melhorou sobremaneira, e pode-se observar uma redução considerável na incidência de doenças infecciosas, mesmo antes das Ciências Médicas terem descoberto os antibióticos, e após esses achados da medicina as mortes por tais causas sofreram uma violenta redução.

Com a possibilidade de tratamento e cura das doenças infectocontagiosas, "a expectativa de vida chegou aos 70 anos, nos meados deste século" (Omran apud Araújo, 1992: 06) e as principais causas de mortalidade passaram a ser as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas havendo nessa fase uma diminuição da aceleração no crescimento demográfico.

No entanto, é do conhecimento corrente o fato da transição epidemiológica ocorrer de maneira divergente nos países subdesenvolvidos. Ao realizarmos uma comparação entre o perfil epidemiológico de países desenvolvidos e de países subdesenvolvidos, é possível constatar que tal fato não se deu de forma semelhante (Araújo, 1992).

"Ao examinar as condições de saúde da América Latina, Frenk et. al. distingue o estudo das mudanças nos processos de saúde e enfermidade, que definem o perfil epidemiológico de uma população (o conceito de transição epidemiológica em sentido restrito) e a resposta socialmente organizada a tais mudanças (transição de atenção sanitária). A premissa básica desses autores é de que os países latino-americanos são qualitativamente diferentes das nações desenvolvidas e reproduzem formas sócio estruturais diferenciadas" (Frenk et al apud Barreto, 1993: 137).

Na verdade, o que ocorre na América Latina é um novo modelo de transição epidemiológica, que conduz a um perfil de morbimortalidade contraditório.

Segundo Frenk (apud Barreto, 1993) considera que a transição epidemiológica, nesse continente, apresenta as seguintes características, quais sejam:

- Os países que estão numa fase avançada de transição, como é o caso de Cuba, Costa Rica e Chile, cujas características do perfil epidemiológico são semelhantes às dos países do Primeiro Mundo;
- Os países como Haiti, Bolívia e Peru, inseridos na fase inicial do processo de transição;
- E finalmente, os países que chegaram a atingir uma fase avançada de transição, como é o caso do Brasil e do México, porém com um modelo diferente, ou, como já foi dito, um modelo contraditório de transição epidemiológica, que Frenk chama de "modelo polarizado prolongado".

Esse modelo possui algumas características peculiares, como, **a superposição de etapas**: as doenças infecciosas superpõem-se às crônico-degenerativas; **a contraposição**: o retorno de doenças, anteriormente erradicadas, em avançada fase de controle; **a transição prolongada**: onde coexiste alta incidência de doenças infecciosas, porém sem que se chegue ao predomínio absoluto dos processos crônicos; e finalmente **a polarização epidemiológica**: que é o somatório das três características, anteriormente citadas, atingindo desproporcionalmente grupos sociais diferentes, fato que ocorre, inclusive, dentro de uma mesma cidade, estado ou país (Frenk et al apud Barreto, 1993).

No Brasil, a transição epidemiológica apresenta as características do modelo polarizado prolongado, citado por Frenk. Ao mesmo tempo, convivemos com doenças típicas do desenvolvimento, sem que tenhamos nos livrado das doenças típicas do subdesenvolvimento (Araújo, 1992; Duchiate, 1995).

É preciso reconhecer que houve mudanças significativas no perfil de morbimortalidade brasileira nas duas últimas décadas (Monteiro, 1995).

Paralelamente a essas mudanças, o país passou por intensas transformações no perfil político-econômico-demográfico, passando por governos com características ditatoriais, autoritários, autoritários e populistas, populistas clássicos e populistas caóticos, sucessivamente (Monteiro, 1995), mudanças

essas que contribuíram, de forma incisiva, na formação do perfil de morbidade da população brasileira.

Para Duchidae (1995), o Perfil de morbidade no Brasil, país de grande extensão territorial e complexidades próprias, apresenta, ao mesmo tempo, ilhas de excelência semelhantes a países de primeiro mundo e uma miséria que lembra a Ásia ou a África.

Ao considerarmos a agenda das doenças infectocontagiosas, temos que admitir que houve uma melhora significativa nos indicadores, a partir da década de 60, como por exemplo, a redução em vinte e cinco por cento das taxas de mortalidade infantil; chegando a cinqüenta por cento em algumas regiões. A desnutrição em crianças, uma das principais causas de mortalidade em menores de um ano e do retardo no desenvolvimento estáturo-ponderal de escolares, também foi reduzida, assim como a desnutrição entre adultos; o controle das doenças imunopreveníveis em crianças, como o tétano, a tuberculose infantil, o sarampo, entre outras; a eliminação da varíola e da poliomielite; a redução em mais de sessenta por cento das mortes por gastroenterites; a melhoria no controle da doença de Chagas e das formas graves de esquistossomose (Monteiro, 1995).

É preciso reconhecer, no entanto, que nessa agenda nem todos os resultados foram positivos. É o caso do crescente número de casos de tuberculose em adultos, provavelmente por sua associação com a AIDS, a partir de meados dos anos 80, a proliferação de casos de leishmaniose em áreas urbanas, o baixo desempenho no controle da malária na Amazônia e a reintrodução do cólera e do dengue em várias regiões do país. (Monteiro, 1995)

Mesmo com esse cenário, o resultado deve ser apreciado como favorável, embora "muitos dos benefícios antes assinalados foram superiores nas regiões desenvolvidas do país e nos estratos de maior renda, o que contribuiu para a exacerbação de intoleráveis desigualdades regionais e sociais" (Monteiro 1995:08).

O mesmo não aconteceu com a nova agenda da saúde pública do país, a das doenças crônico-degenerativas. Nesse campo, observou-se um aumento

intenso e generalizado de doenças como: obesidade, câncer de pulmão e de mama, mortes por homicídios e acidentes de trânsito, principalmente na população jovem das grandes cidades, e a introdução da AIDS. (Monteiro, 1995)

Nesse contexto, faz-se necessário lembrar as dificuldades que permanecem ainda hoje, quando se pretende descrever tendências de morbidade, decorrente da falta de registros que possibilitem a construção de indicadores da ocorrência de doenças em longos períodos de tempo (Barreto, 1993); entretanto os indicadores de mortalidade continuam a ser medidas indispensáveis, na construção de perfis de morbidade, principalmente quando consideramos serem esses dados de cobertura universal, quando se tem um registro adequado (Rouquayrol, 1999).

1.2 PERFIL DE MORBIDADE

Quando se estuda morbidade, é preciso reconhecer que na história da relação homem-natureza se encontram as causas da produção das doenças (Barros, 1983).

O homem, para manter viva sua natureza, relaciona-se com o meio, transformando-o através do trabalho, atividade social consciente, com a finalidade de produzir as condições necessárias à sua sobrevivência (Breilh, 1991).

Portanto, "cada sociedade cria seu perfil patológico" (Laurell apud Barros, 1983:14). E o processo de produção das doenças de uma determinada população é resultado do modo de produção e das relações de subordinação-dominação que nela se estabelece.

Indicadores de saúde, como os de morbidade e mortalidade, vêm, ao longo do tempo, sendo analisados com objetivo de medir o nível de saúde/doença de uma população. Morbidade é o termo utilizado para expressar a presença de doença ou condição patológica. Ou ainda, podemos afirmar que morbidade pode

ser traduzida como "a situação de saúde/doença de um grupo social determinado, envolvendo aspectos biológicos, culturais, antropológicos, econômicos e psicológicos" (Meneghell et al 1995:50). Portanto, o perfil de morbidade de um conjunto de indivíduos de uma região ou país está intimamente relacionado com o grupo social ao qual pertence e com a oferta dos serviços de saúde existente na localidade.

Atualmente, as estatísticas de mortalidade vêm sendo gradualmente substituídas pelas de morbidade. Tal fato decorre do aumento da expectativa de vida dos indivíduos, algo em torno dos 70 anos, o que tem feito com que os índices de mortalidade não mais satisfaçam aos epidemiologistas (Laurenti, 1987).

Embora os indicadores de morbidade sejam um importante instrumento para avaliar a importância econômica das doenças, o controle das doenças transmissíveis, o planejamento dos serviços preventivos, o planejamento dos serviços adequados de tratamento, entre outras, é fato que tais informações são, na grande maioria das vezes, incompletas ou inexatas, fazendo com que não exista uma idéia verdadeira e completa da morbidade de uma determinada área, mesmo que sejam considerados todos os dados produzidos (Laurenti, 1987), sendo, então, a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, bem como a percepção das pessoas à saúde/doença, fatores que interferem diretamente nas estatísticas de morbidade.

Existem vários fatores que devem ser considerados quando analisamos os determinantes da utilização dos serviços; entre eles, podemos considerar os fatores socioculturais, organizacionais, relacionados ao consumidor e os fatores relacionados com o prestador de serviços (Dever, 1988).

Quanto a utilização dos serviços, sabemos que nem todas as pessoas têm acesso a rede, pelos fatores acima mencionados, como também pela iniquidade existente entre indivíduos e até mesmo entre as regiões do país. Atualmente no Brasil a distribuição da rede de serviços "é profundamente desigual, quando se consideram as distintas regiões do país, as áreas urbanas ou rurais, as regiões

ricas e pobres das cidades, determinando, junto com outros fatores socio-econômicos e culturais uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelas diferentes populações e estratos sociais” (Buss apud Meneghell et al, 1995:51)

A primeira maior pesquisa realizada no Brasil sobre morbidade referida foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/FIBGE) em 1981. (Meneghell et al, 1995).

Em 1984, Rocha realizou uma análise de morbidade da população infantil atendida na unidade de emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – 1980/1982, com os seus resultados, verificou que cinquenta por cento dos atendimentos foram de crianças com até 2 anos de idade e os grupos diagnósticos mais freqüentes foram: doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, lesões e envenenamentos e doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos. A autora observou que a morbidade entre os lactantes aparece como dependente da época sazonal e entre os pré-escolares e escolares como independente.

Um outro estudo, realizado com informações dos prontuários médicos de pacientes admitidos no Hospital Pediátrico do INAMPS, no município de Salvador, por Costa em 1985, demonstrou que foram as crianças menores de 1 ano as responsáveis pela maior proporção de internamentos, e dentre estes a patologia que se destacou foi a gastroenterocolite, representando 60,7% de todas as internações. A autora acredita que, na medida em que, ao lado de um desenvolvimento sócio-econômico racional, fossem adotadas medidas preventivas específicas, se reduziria tanto as internações quanto os óbitos por aquela causa, o que resultaria também na redução da mortalidade infantil.

O trabalho desenvolvido por Lebrão (1982), Mortalidade Hospitalar no Vale do Paraíba – 1975, observou que as causas de internação mais freqüentes foram em primeiro lugar as relativas à gravidez, parto e puerpério, a grande maioria dos atendimentos foi feita no próprio município de residência (83,8%), os menores de

1 ano e maiores de 65 anos foram os grupos com maior coeficientes de saídas, o coeficiente de mortalidade hospitalar foi de 2,8 por 100 saídas.

O objetivo da pesquisa de Barros foi estudar a morbimortalidade hospitalar de crianças menores de um ano, residentes em Ribeirão Preto – SP, internados nos hospitais gerais e no Pronto Socorro Infantil desse município, em 1975. Observou um elevado coeficiente de internação para essa faixa etária (437/1000) sendo maior no sexo masculino. Apenas três diagnósticos – diarreia, desidratação e pneumonia – foram responsáveis por 80,36% das internações. A morbidade hospitalar apresentou diferenças segundo a categoria de internação das crianças. 75% dos óbitos hospitalares foram decorrentes de doenças infecciosas. A letalidade hospitalar foi três vezes mais elevada nas crianças “indigentes” do que naquelas de categoria particular.

Em 1995, Meneghell et. al. analisaram 817.244 internações hospitalares ocorridas no Rio Grande do Sul, através do SUS (8,6 hospitalizações/100 habitantes). Os grupos que mais freqüentemente utilizaram os serviços foram as mulheres, os menores de um ano e os idosos. As principais causas de internação foram as doenças respiratórias, parto e doenças do aparelho circulatório.

1.3 SIH COMO FONTE DE INFORMAÇÃO PARA ESTUDOS DE MORBIDADE

Existe, segundo a Organização mundial de Saúde, uma grande variedade de fontes de dados sobre morbidade, das quais podemos citar: a notificação compulsória de doenças; as estatísticas hospitalares; as estatísticas de serviços de assistência médica (pacientes de ambulatório); os registros médicos de indústrias e escolas; os registros especiais de doenças; os registros de óbitos; os inquéritos de morbidade, entre outros (Laurenti, 1987)

No Brasil, os Sistemas de Informação em Saúde que integram o SUS, a nível do Ministério da Saúde e das secretarias dos estados e municípios, congregam dados gerados pelo Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), de nascidos vivos (SINASC), de agravos de notificação compulsória (SINAN), da produção de serviços e atendimento ambulatorial (SIA) e das internações hospitalares (SIH) (Rouquaryol, 1999).

Esses sistemas foram regulamentados através da Lei 8.080 de 1990, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1990, o sistema de informação hospitalar (SIH) passou a processar dados de todas as unidades hospitalares da rede pública própria (federal, estadual e municipal) e da rede contratada e conveniada para o Ministério da Saúde. Após 1993, os dados começaram a ser processados pelas secretarias estaduais de saúde (Rouquaryol, 1999), sendo o sistema totalmente descentralizado, a partir de 1994.

Com a informatização do sistema, a qualidade dos dados e informações produzidas melhorou bastante. Sabe-se que "a utilização de parâmetros de aceitação na digitação do código de diagnósticos reduz o número de inconsistências, porém na utilização epidemiológica, o cruzamento de diagnósticos por sexo e faixa etária, tem apresentado problemas" (Moreira, 1995:44).

Outro fato importante foi a disponibilização, a partir de 1997, do TABWIN, aplicativo que procede à leitura dos bancos de dados, realiza tabulações e contém recursos para realizar cálculos básicos, além de construir indicadores e utilizar as ferramentas do geoprocessamento. (Pereira, 1995)

Apesar dos recursos oferecidos, a utilização do SIS continua a ser feita basicamente para apuração de contas e pagamentos aos prestadores (Rouquaryol, 1999). E, embora seja um instrumento de registro sistemático de doenças, a nível nacional, de acesso fácil e baixo custo (Meneghel, et al, 1995), poucos são os estudos realizados com base nesses dados.

Moreira (1995) considera que, entre as principais utilizações do SIH, podem ser enumeradas:

1. Organização da demanda entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, a partir da caracterização da necessidade da população, como por exemplo: o estabelecimento de ações ambulatoriais a pacientes de grupo de risco, acompanhamento das ações estabelecidas para o atendimento a doenças crônico-degenerativas, etc;
2. Organização do fluxo de acesso em um modelo assistencial hierarquizado e regionalizado, permitindo a utilização racional dos recursos, que atualmente destinam-se ao atendimento à saúde da população como um todo, e não mais de forma carimbada ao atendimento hospitalar;
3. O acompanhamento da resolutividade do serviço através dos clássicos indicadores hospitalares.

Diante do exposto, é preciso lembrar a importância do SIH como subsídio para o reconhecimento da situação de saúde da população, assim como para o planejamento das ações na gestão dos serviços.



Justificativa



II JUSTIFICATIVA

Conhecer o perfil de morbidade hospitalar do HC – UFPE justifica-se em função da:

- Ausência de exploração de dados produzidos pelo próprio hospital, não contribuindo para definição de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população;
- Estruturação do núcleo de epidemiologia do HC – UFPE, gerando a necessidade da elaboração de um diagnóstico preliminar para reconhecer o perfil da clientela assistida e avaliar um modelo analítico na perspectiva da monitorização da situação de saúde da população atendida pelo hospital;
- Necessidade de definição de uma metodologia de trabalho com objetivo de desenvolver ações de epidemiologia nas unidades do hospital.



Objetivos

III OBJETIVOS

GERAL:

Estudar o perfil da morbidade no Hospital das Clínicas – UFPE no ano de 1998.

ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil das internações ocorridas segundo variáveis epidemiológicas (sexo, idade, município de residência, diagnóstico segundo capítulo de CID - 10)

- Caracterizar o perfil das internações ocorridas segundo variáveis assistenciais (óbito, valor da internação, tempo de permanência, tipo de AIH, evolução, uso de UTI, especialidade e diagnóstico).

Procedimientos metodológicos

IV PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Descrição da área de estudo

A área de estudo corresponde ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – HC-UFPE. A referida unidade é uma instituição vinculada ao Ministério da Educação e do Desporto, com função básica de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação dos Centros de Ensino da Universidade Federal de Pernambuco, em particular o Centro de Ciências da Saúde – CCS.

Atua como hospital escola e centro de pesquisa científica em todas as áreas da saúde, e integra o Sistema Único de Saúde do Estado – SUS-PE, prestando serviços médico-hospitalares e atendimento ambulatorial à população do Estado de Pernambuco e da Região Nordeste.

É um hospital de referência em vários setores. Pela sua excelência em tratamento de patologias de alta complexidade, constitui-se num importante centro de realização de projetos de pesquisas, desenvolvimento de conhecimento e formação de profissionais na área de saúde.

Mantém convênios internacionais de cooperação com o Japão, França e Estados Unidos, e com as universidades estaduais e federais, a nível nacional, para o desenvolvimento de programas de saúde pública no combate às doenças tropicais e endêmicas da região, como a esquistossomose mansônica e a filariose, entre outras, doenças que têm recebido a atenção de pesquisadores do HC-UFPE.

Na graduação, o HC oferece suporte aos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Farmácia, Fonoaudiologia e Ciências Biomédicas..

Na pós-graduação são oferecidas, atualmente, residência médica, residência de enfermagem e residência de nutrição, especialização em saúde mental, mestrados em medicina interna, em cirurgia, em doenças infecciosas e

parasitárias, em neuropsiquiatria, em pediatria, em anatomia patológica e doutorado em medicina.

Além das atividades desenvolvidas pelo quadro de professores, o HC-UFPE conta com 1.268 funcionários técnico-administrativos.

O HC-UFPE conta com uma área física de 62.000 m², dotada de unidade de internação para 387 leitos, dos quais 303 são cadastrados no SUS-PE, 147 unidades ambulatoriais, 14 salas com centro cirúrgico e obstétrico, 07 leitos de recuperação pós-anestésica, 08 leitos de tratamento intensivo para adultos e seis para crianças, 12 consultórios para serviço de pronto atendimento (SPA), 04 anfiteatros e 22 salas de aula. (Universidade Federal de Pernambuco, 1997)

4.2 População de estudo

Serão analisadas 12.186 internações registradas no Hospital das Clínicas, através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH – MS), nas especialidades de Clínica médica; Cirurgia; Obstetrícia; Pediatria; Tisiologia e Psiquiatria, no ano de 1998.

A definição do ano de referência para o estudo ocorreu em função da disponibilidade do Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), necessários para se calcular o perfil da morbidade do hospital, o ano de 1998 consiste no último ano disponível para estudos de morbidade.

4.3 Desenho do estudo

O presente trabalho constitui num estudo observacional, descritivo e transversal, do tipo seccional em função deste delineamento ser o mais adequado para os objetivos do estudo. As vantagens desse tipo de investigação são a simplicidade, o baixo custo; a rapidez; a objetividade na coleta; não há necessidade de seguimento das pessoas; a facilidade para obter amostra representativa da população; a boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial; ser o único tipo de estudo possível de realizar, em numerosas ocasiões, para obter informação relevante, em limitação de tempo e de recursos.

4.4 Descrição das variáveis

Todas as variáveis do estudo foram baseadas na transcrição de informações contidas no prontuário do paciente e conseqüentemente na AIH.

Sexo: Os registros definem código 1 para indivíduos do sexo masculino e código 3 para indivíduos do sexo feminino.

Idade: É preenchida a data de nascimento com 6(seis) dígitos, no formato: 2 dígitos para o dia, 2 dígitos para o mês e 2 dígitos para o ano. O SISAIH01 se encarrega de calcular a idade pela diferença entre a data da internação e a data de nascimento.

Município de Residência: É considerada a residência habitual do paciente – logradouro, número, complemento, CEP, Município e UF, de acordo com o código do IBGE.

Internação: Na caracterização da internação constam a data da emissão da AIH, com 6 (seis) dígitos; a data da saída, com 6 (seis) dígitos; o motivo da

cobrança, com 2 (dois) dígitos e o diagnóstico principal- Classificação Internacional das Doenças (10^a Revisão) CID- 10 que motivou a internação, com 5 (cinco) dígitos, classificada em capítulos da seguinte forma:

- I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- II – Neoplasias (tumores);
- III – Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár;
- IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas;
- V – Transtornos mentais e comportamentais;
- VI – Doenças do sistema nervoso;
- VII – Doenças do olho e anexos;
- VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastóide;
- IX – Doenças do aparelho circulatório;
- X – Doenças do aparelho respiratório;
- XI – Doenças do aparelho digestivo;
- XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo;
- XIII – Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo;
- XIV – Doenças do aparelho geniturinário;
- XV – Gravidez parto e puerpério;
- XVI – Algumas afec originadas no período perinatal;
- XVII – Malf cong deformid e anomalias cromossômicas;
- XVIII – Sint sinais e achad anorm ex clín e laboratoriais;
- XIX – Lesões enven e alg outras conseq causas externas;
- XX – Causas externas de morbidade e mortalidade;
- XXI – Contatos com serviços de saúde;
- U99 – CID 10^a Revisão não disponível/não preenchida/inválida;

Tempo de permanência: É calculado pela diferença entre a data da saída e a data da internação descrita na AIH.

Valor da internação: A hospitalização de um paciente resultará na realização do Procedimento Médico com a Prestação de Serviços Profissionais (SP), Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

(SADT). Os valores pagos são fixos para cada procedimento, podendo ser acrescidos quando da realização de procedimentos especiais, hemoterapia, utilização de materiais especiais, (órtese e prótese), diárias de acompanhante, UTI e permanência a maior. A permanência a maior é computada pelos dias que ultrapassam o dobro da permanência média estipulada para o procedimento.

Tipo de AIH: Magnética-

AIH tipo 1

AIH normal apresentada em todas as contas de internação hospitalar;

AIH Tipo 3

AIH de continuação, gerada automaticamente pelo sistema quando o número de atos profissionais registrados ultrapassa 14, podendo chegar ao máximo de 84, o que corresponde a 5 AIH tipo 3 para 1 AIH tipo 1 correspondente;

AIH tipo 5

AIH de cobrança de alguns procedimentos de doenças crônicas, que utiliza a mesma numeração da AIH tipo 1 anteriormente cobrada para o mesmo procedimento.

Uso de UTI: No valor da diária de UTI estão incluídos a utilização de toda aparelhagem própria de UTI, equipes e exames sob monitorização. As diárias de UTI têm 2 (dois) valores de remuneração: um para os 3 (três) primeiros dias e outro para os dias subsequentes. O limite máximo em UTI é de 59 (cinquenta e nove) dias. O tempo de permanência em UTI é calculado pela diferença entre a data da saída e a data da entrada na UTI.

4.5 Método de coleta

Foram explorados os arquivos RDPE9801 a RDPE9812, compostos de dados reduzidos de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, produzidas pelo Ministério da Saúde – Secretaria Executiva – DATASUS. Estes arquivos são elaborados com base nos arquivos DSMS010 DBF gerados pelos Estados, que por sua vez são produzidos com base nos arquivos de texto DCIH em meio

magnético, e estes, por sua vez, são gerados a partir dos arquivos DAIH010, DAIH20 e DAIH30 criados pelos Hospitais. Os Softwares usados para gerar estes arquivos foram produzidos pelo DATASUS, a exemplo do SISAIH01 e SGAIH.

4.6 Método de análise

Foi usado o programa TABWIN 1.32 para exploração dos bancos de dados. A análise foi realizada através do estudo de distribuição de frequência com apresentação tabular. Para as variáveis tempo de permanência em leito, valor da internação e tempo de permanência em UTI, foi utilizada medida de tendência central (média aritmética).

Resultados

V RESULTADOS

A distribuição das internações por sexo segundo Capítulo de CID-10 permite ver que houve uma pequena predominância do sexo masculino (38,81%) sobre o sexo feminino (35,72%), quando excluídos os diagnósticos relativos a gravidez, parto e puerpério. Porém, nos diferentes capítulos de CID-10 esse comportamento se altera. (Gráfico 1)

Assim, entre as doenças do aparelho digestivo o percentual de internações no sexo masculino é de 7,15% para 4,65% de internações no sexo feminino; nas doenças do aparelho geniturinário é de 4,69% para os homens e 3,99% para as mulheres; nas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo é de 2,90% para os homens e 2,89% para as mulheres; nas lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas é de 2,72% para homens e 1,62% para mulheres; nas doenças infecciosas e parasitárias é de 2,75% para os homens e 1,44% para as mulheres; nas doenças do aparelho respiratório é de 2,31% para os homens e 1,86% para as mulheres.

No grupo das doenças do aparelho circulatório esse valor se inverte e passa a ser de 2,91% das internações no sexo feminino para 2,58% das internações no sexo masculino e nas neoplasias de 4,87% para as mulheres e 3,85% para os homens.

Quanto à Razão de masculinidade (RM), observa-se que nas doenças do aparelho digestivo a relação masculino/feminino é de 1,54; nas doenças do aparelho geniturinário é de 1,18; nas lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas é de 1,68; nas doenças infecciosas e parasitárias é de 1,91; nas doenças do aparelho respiratório é de 1,24; nas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntiva é de 1,00. Nas doenças do aparelho circulatório é de 0,89 e nas neoplasias é de 0,79. (Tabela 1)

Gráfico 1 - Distribuição das internações por sexo segundo Cap. do CID - 10, HC-UFPE, 1998.

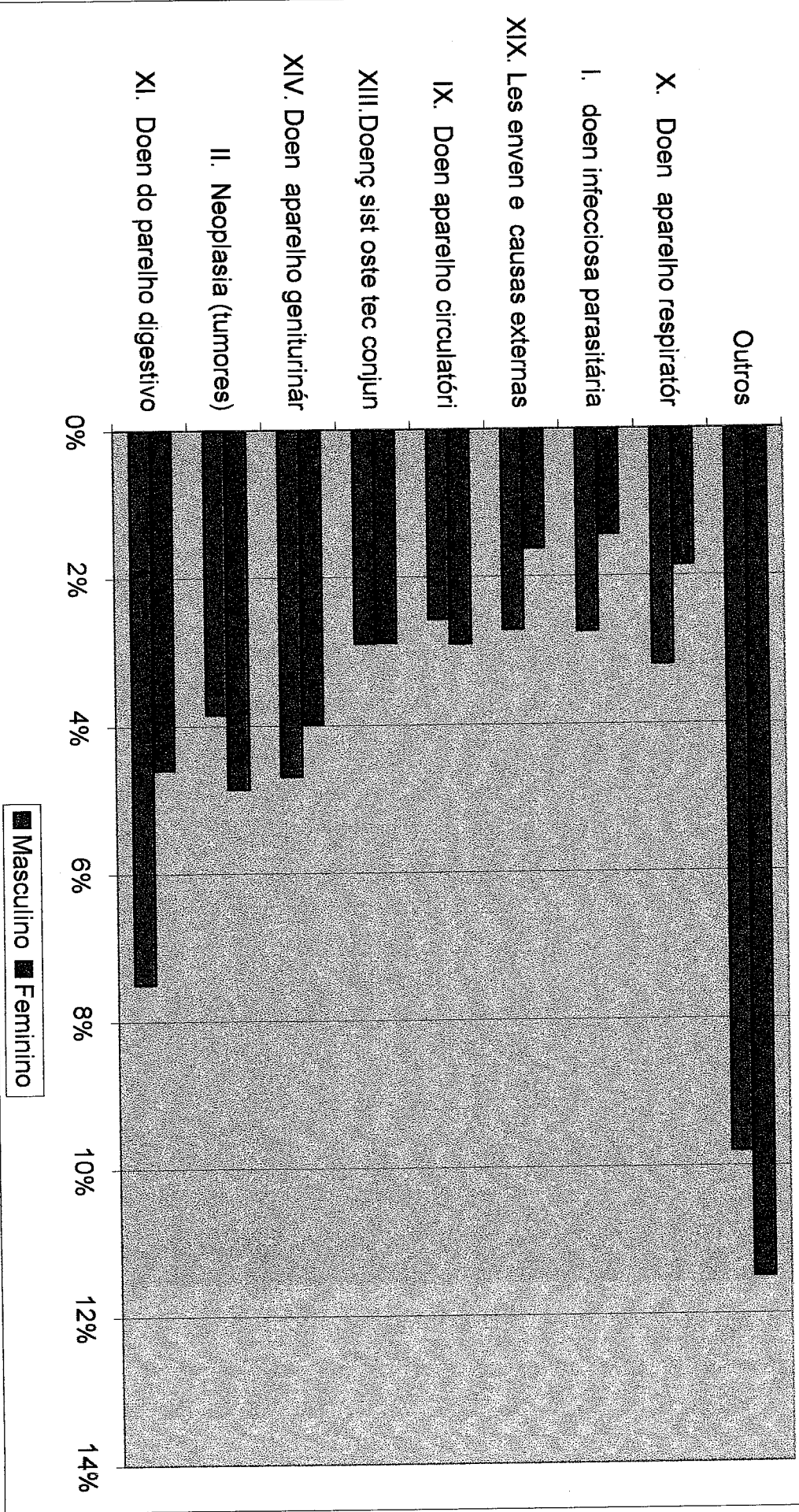


Tabela 1 - Distribuição das internações por sexo segundo Cap. do CID - 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn (Cap do CID - 10)	Masculino		Feminino		Total		RM
	N	%	N	%	N °	%	
Gravidez parto e puerpério	0	0	3102	25,46	3102	25,46	-
Doenças do aparelho digestivo	871	7,15	567	4,65	1438	12	1,54
Neoplasias (tumores)	469	3,85	593	4,87	1062	8,7	0,79
Doenças do aparelho geniturinário	571	4,69	486	3,99	1057	8,7	1,18
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	354	2,90	352	2,89	706	5,8	1,00
Doenças do aparelho circulatório	314	2,58	355	2,91	669	5,5	0,89
Lesões envven e alg out conseq causas externas	332	2,72	197	1,62	529	4,3	1,68
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	335	2,75	175	1,44	510	4,2	1,91
Doenças do aparelho respiratório	282	2,31	227	1,86	509	4,2	1,24
Outros	1202	9,86	1402	11,50	2604	21,3	0,85
Total	4730	38,81	7456	61,18	12186	100	0,63

A distribuição das internações por faixa etária segundo o capítulo de CID – 10 mostra, nas causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério, um predomínio na faixa etária entre 15-24 anos (59,9%) e 25-34 anos (32,9%). (Gráfico 2)

Nas patologias do aparelho digestivo predomina a faixa etária dos 35-54 anos somando 41,5% dos internamentos.

No capítulo das neoplasias verificamos uma concentração das hospitalizações em pacientes com idade acima dos 35 anos.

Nas doenças do aparelho geniturinário 17,8% pertencem a faixa etária dos 25-34 anos, e 16,8% à faixa seguinte.

Quanto às patologias do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 20,1% estão na faixa etária dos 15-24 anos, 18,5% entre 25-34 anos e 16,8% entre os 35-44 anos.

As doenças do aparelho circulatório afetam os pacientes na faixa etária a partir dos 25 anos em 88,4% dos internamentos.

As lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas ocorrem principalmente na faixa etária a partir dos 65 anos (20,9%).

As doenças infecciosas e parasitárias são mais freqüentes nos adultos jovens a partir dos 25 até os 54 anos.

As patologias do aparelho respiratório afetam principalmente crianças entre 5-14 anos (23,5%) e idosos acima dos 65 anos (14,9%).

Observa-se o registro de cinco internações referente ao Capítulo XV do CID – 10 em menores de um ano, dado provavelmente digitado incorretamente, e que por falha do sistema é considerado. (Tabela 2)

Gráfico 2 - Distribuição das internações por faixa etária segundo Cap. de CID-10, HC-UFPE, 1998

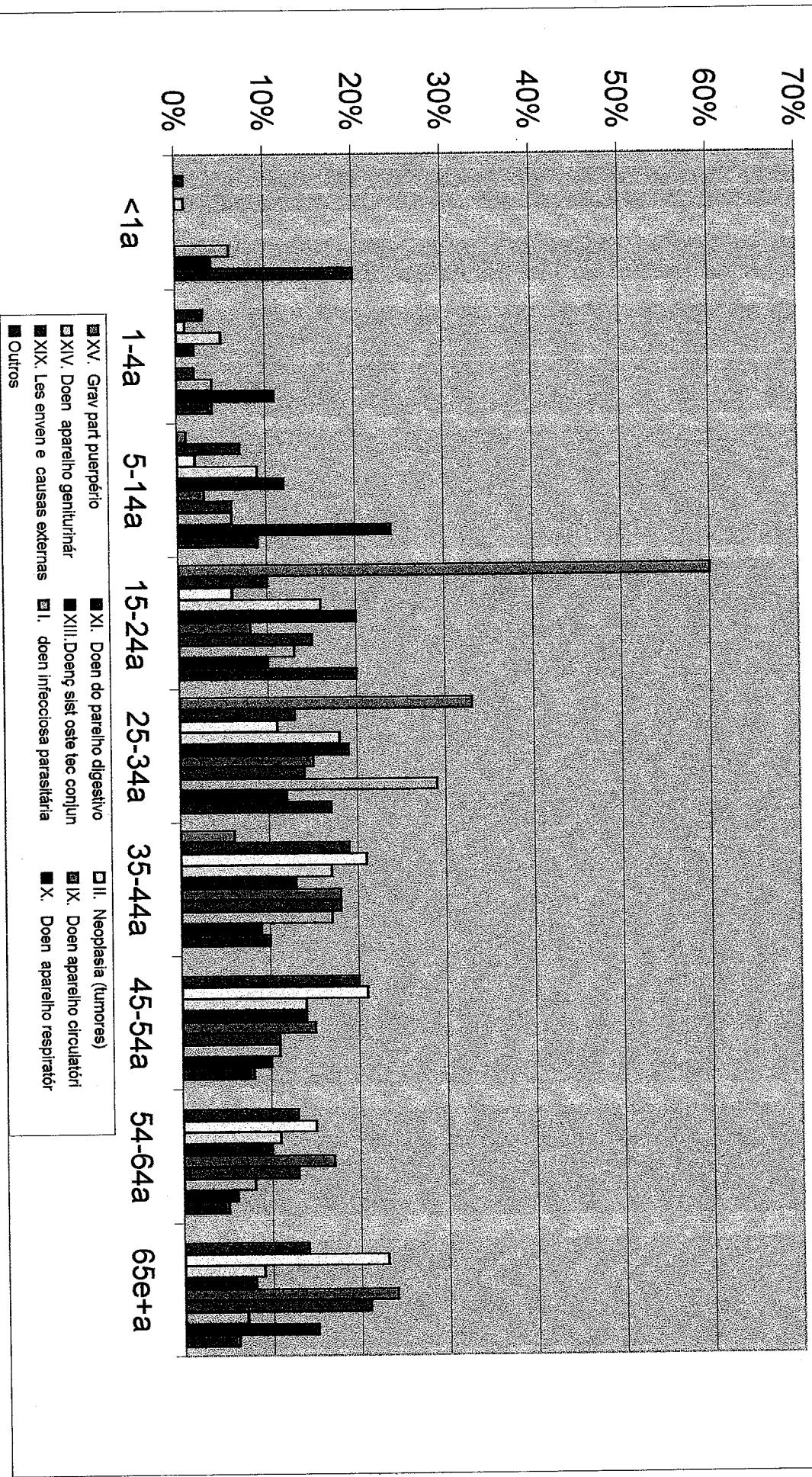


Tabela 2- Distribuição das internações por faixa etária segundo Cap. de CID - 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn (Capít)	<1a	1-4a	5-14a	15-24a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a	65e+a	Total										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%										
XV. Grav part	5	0,16	0	0	39	1,2	1860	59,9	1021	32,9	171	5,5	5	0,1	0	0	1	0,03	3102	100
puerperio																				
XI. Doen do aparelho digestivo	15	1,0	47	3,2	95	6,6	145	10,0	182	12,6	268	18,6	293	20,3	188	13,0	205	14,2	1438	100
II. Neoplasia (tumores)	4	0,3	7	0,6	25	2,3	65	6,1	120	11,2	219	20,6	222	20,9	154	14,5	246	23,1	1062	100
XIV. Doen aparelho geniturinár	13	1,2	56	5,2	97	9,1	169	15,9	189	17,8	178	16,8	147	13,9	116	10,9	92	8,7	1057	100
XIII. Doenç sist oste tec conjun	4	0,5	14	1,9	88	12,4	142	20,1	131	18,5	95	13,4	100	14,1	73	10,3	59	8,3	706	100
IX. Doen aparelho circulatóri	0	0	2	0,2	21	3,1	52	7,7	99	14,7	121	18,0	98	14,6	115	17,1	161	24,0	669	100
XIX. Les enven e causas externas	2	0,3	9	1,7	31	5,8	81	15,3	73	13,7	95	17,9	60	11,3	67	12,6	111	20,9	529	100
I. doen infecciosa parasitária	30	5,8	18	3,5	30	5,8	68	13,3	149	29,2	86	16,8	56	10,9	39	7,6	34	6,6	510	100
X. Doen aparelho respiratór	18	3,5	55	10,8	120	23,5	49	9,6	63	12,3	45	8,8	51	10,0	32	6,2	76	14,9	509	100
Outros	509	19,5	110	4,2	246	9,4	515	19,7	463	17,7	255	9,7	221	8,4	133	5,1	152	5,8	2604	100

A distribuição das internações por capítulo do CID – 10 segundo municípios de residência permite verificar que, nos capítulos referentes a gravidez, parto e puerpério, 45% são de residentes na cidade do Recife, 14% em Jaboatão dos Guararapes e 6,1% em Camaragibe.

Nas doenças do aparelho digestivo 30% são residentes do Recife, 13% de Jaboatão dos Guararapes e 4,4% de Paulista.

Nas neoplasias observamos que o Recife é responsável por 28% das hospitalizações no capítulo, Jaboatão dos Guararapes aparece com 11% e Cabo de Santo Agostinho 4,3%.

No capítulo das doenças do aparelho geniturinário, 37% são de pacientes residentes no Recife, 13% de Jaboatão dos Guararapes e 5,1% de Olinda.

Quando examinadas as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, percebe-se que 28% dos doentes internados residem no Recife, 13% em Jaboatão dos Guararapes e 4,4% residem em Olinda.

A cidade do Recife é o município de residência de 33% dos pacientes internados com doenças do aparelho circulatório, assim como, Jaboatão dos Guararapes (11%), Olinda e Paulista são responsáveis por 4,2% dos internamentos realizados no capítulo.

Nas lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, 31% das hospitalizações são de residentes no Recife, 10% de Jaboatão dos Guararapes e 4,7% de Olinda.

No capítulo das doenças infecciosas e parasitárias observamos que 32% dos pacientes residem no Recife, 14% em Jaboatão dos Guararapes, e 4,3% em Olinda.

Finalmente, quanto às doenças do aparelho respiratório, verificamos que 30% dos pacientes residem no Recife, 16% são de Jaboatão dos Guararapes e 3,7% são residentes de Camaragibe. (Tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição das internações por Cap. do CID -10 segundo municípios de residência, HC- UFPE, 1998.

Diagn (Cap do: CID -10)	Recife		Jab. Guararapes		Camaragibe		Oitinda		Paulista		Cabo. St. Agostinho		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravidez parto e puerpério	1407	45	420	14	189	6,1	55	1,8	64	2,1	109	3,5	858	28	3102	100
Doenças do aparelho digestivo	438	30	193	13	54	3,8	55	3,8	63	4,4	35	2,4	600	42	1438	100
Neoplasias (tumores)	299	28	115	11	25	2,4	42	4	39	3,6	46	4,3	497	47	1062	100
Doenças do aparelho geniturinário	395	37	135	13	39	3,7	54	5,1	25	2,4	19	1,8	390	37	1057	100
Doenç. sist. osteomuscular e tec conjuntivo	195	28	93	13	13	1,8	31	4,4	27	3,8	24	3,4	323	46	706	100
Doenças do aparelho circulatório	223	33	73	11	15	2,2	28	4,2	28	4,2	19	2,8	283	42	669	100
Lesões envelh e alg out conseq causas externas	164	31	54	10	17	3,2	25	4,7	20	3,8	7	1,3	242	46	529	100
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	164	32	73	14	13	2,5	22	4,3	17	3,3	9	1,8	210	41	510	100
Doenças do aparelho respiratório	151	30	81	16	19	3,7	14	2,8	17	3,3	14	2,8	213	42	509	100
Outros	920	35	299	11	112	4,3	84	3,2	85	3,3	68	2,6	1036	40	2604	100

Quando analisamos o comportamento das internações por município de residência segundo capítulo do CID – 10 , observamos que o Recife, Jaboatão dos Guararapes e Camaragibe apresentam um perfil semelhante quanto às principais patologias que encaminham à unidade. (Gráfico 3). Portanto, dos pacientes internados residentes no Recife, 32% são hospitalizados por causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério, 10% a doenças do aparelho digestivo e 9,1% doenças do aparelho geniturinário. Em Jaboatão dos Guararapes 27% das internações são por causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério, 13% as doenças do aparelho digestivo e 8,8% a doenças do aparelho geniturinário. 27% das internações de residentes em Camaragibe são por gravidez, parto e puerpério, 11% por doenças do aparelho digestivo e 7,9% por doenças do aparelho geniturinário.

Entre os residentes na cidade de Olinda, atendidos no hospital, não se observa predominância de patologias; os internamentos relativos a gravidez, parto de puerpério, doenças do aparelho digestivo, e doenças do aparelho geniturinário contabilizam 13% das hospitalizações.

Dos internamentos de residentes de Paulista 17% são referentes a gravidez, parto e puerpério, 9,9% a neoplasias e 7,3% a doenças do aparelho circulatório.

Dos residentes na cidade do Cabo de Santo Agostinho 31% das internações estão relacionadas a gravidez, parto e puerpério, 13% a neoplasias e 10% a doenças do aparelho digestivo. (Tabela 3.a)

Gráfico 3 - Distribuição das internações por município de residência, HC-UFPE, 1998

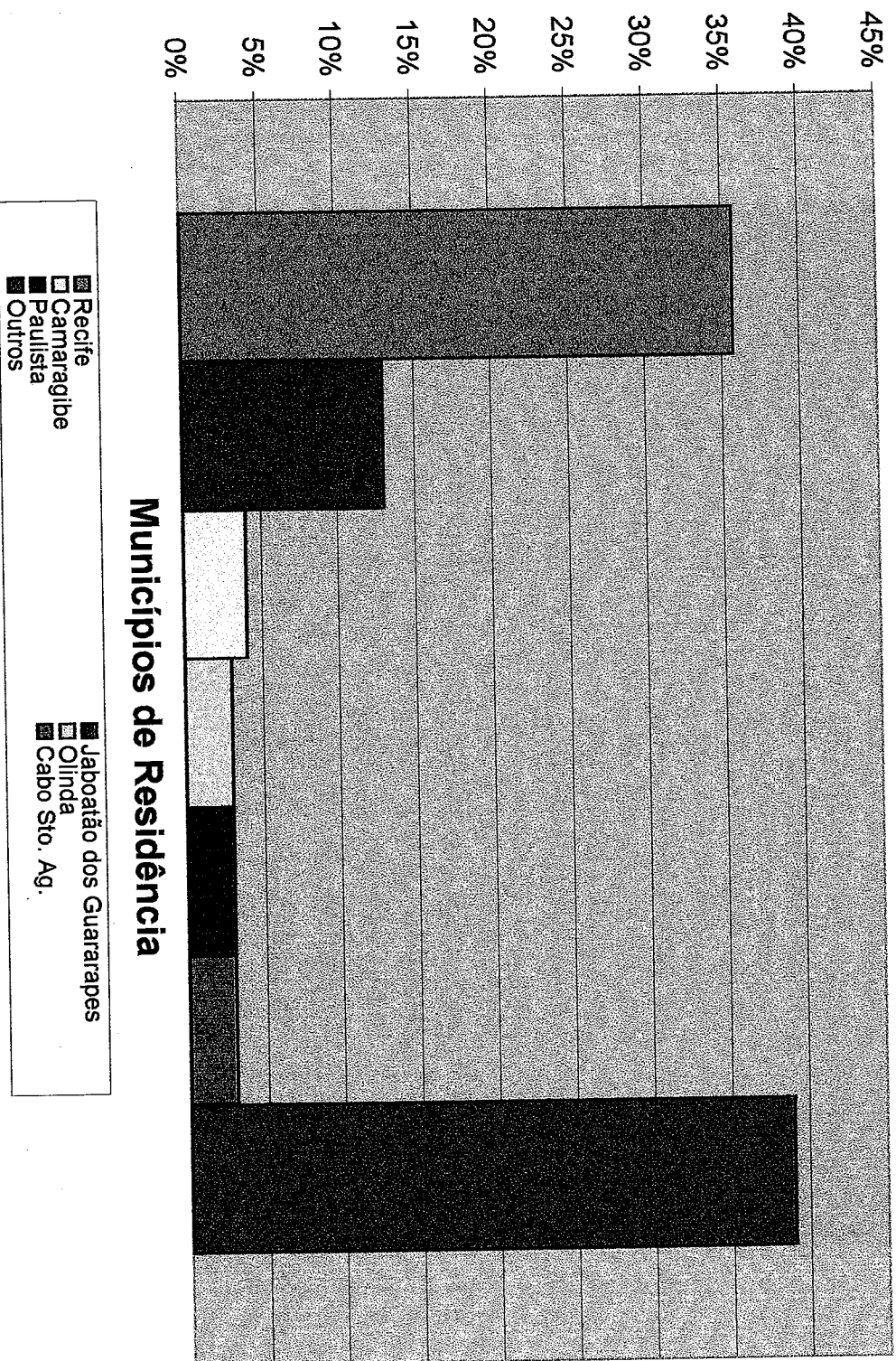


Tabela 3.a- Distribuição das internações por municípios de residência segundo Cap. do CID-10, HC- UFPE, 1998.

Municípios	%	Cap. XV	Cap. XI	Cap. II	Cap. XIV	Cap. XIII	Cap. IX	Cap. XIX	Cap. I	Cap. X	Outros Cap.	Total													
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		N.º												
Recife	35,7	1407	32	438	10	299	6,9	395	9,1	195	4,5	223	5,1	164	3,8	164	3,8	164	3,8	151	3,5	920	21	4356	100
Jab.	12,6	420	27	193	13	115	7,5	135	8,8	93	6,1	73	4,8	54	3,5	73	4,8	81	5,3	299	19	1536	100		
Guararapes Camaragibe	4,0	189	38	54	11	25	5	39	7,9	13	2,6	15	3	17	3,4	13	2,6	19	3,8	112	23	496	100		
Olinda	3,3	55	13	55	13	42	10	54	13	31	7,6	28	6,8	25	6,1	22	5,4	14	3,4	84	20	410	100		
Paulista	3,1	64	17	63	16	38	9,9	25	6,5	27	7	28	7,3	20	5,2	17	4,4	17	4,4	85	22	384	100		
Cabo Sto. Ag.	2,8	109	31	35	10	46	13	19	5,4	24	6,9	19	5,4	7	2	9	2,6	14	4	68	19	350	100		
Outros	38,1	858	18	600	13	497	11	390	8,4	323	6,9	283	6,1	242	5,2	210	4,5	213	4,6	1036	22	4654	100		

A gravidez, parto e puerpério aparecem como a primeira causa de internação, quando considerados todos os capítulos do CID – 10, sendo responsável por 25,45% dos internamentos realizados; a segunda corresponde as doenças do aparelho digestivo em 11,80%, seguidas das neoplasias, responsáveis por 8,71% das internações. (Gráfico 4)

Embora os outros capítulos do CID – 10 correspondam a 21,36% das internações realizados, nenhum isoladamente excedeu o menor percentual considerado (4,17%), ou seja, o das doenças do aparelho respiratório.

Quanto ao percentual de óbitos por capítulo do CID – 10, podemos observar que as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 19,56% das mortes, sendo então, a principal causa de óbito, seguida das neoplasias (17,08%) e das doenças do aparelho digestivo com 13,5%.

Ao observarmos o valor médio pago pelo SUS, por internamento, verificamos que as doenças do aparelho geniturinário apresentam o maior valor médio pago por internação (R\$ 835,87). As lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas representam o segundo maior valor médio (R\$ 704,71) e as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo correspondem ao valor médio subsequente (R\$ 702,35).

Dentre os capítulos do CID – 10, as doenças infecciosas e parasitárias mostram ter a maior permanência média (17,3 dias), as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (10,2 dias), seguido de uma permanência média de 10,2 dias de internamento nas lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas.

Ao descrevermos a letalidade, podemos observar entre as doenças infecciosas e parasitárias, as que apresentam maior gravidade (13,9%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (6,9%) e das neoplasias (5,8%). (Tabela 4)

Gráfico 4 - Distribuição das internações por Cap. do CID - 10, HC-UFPE, 1998.

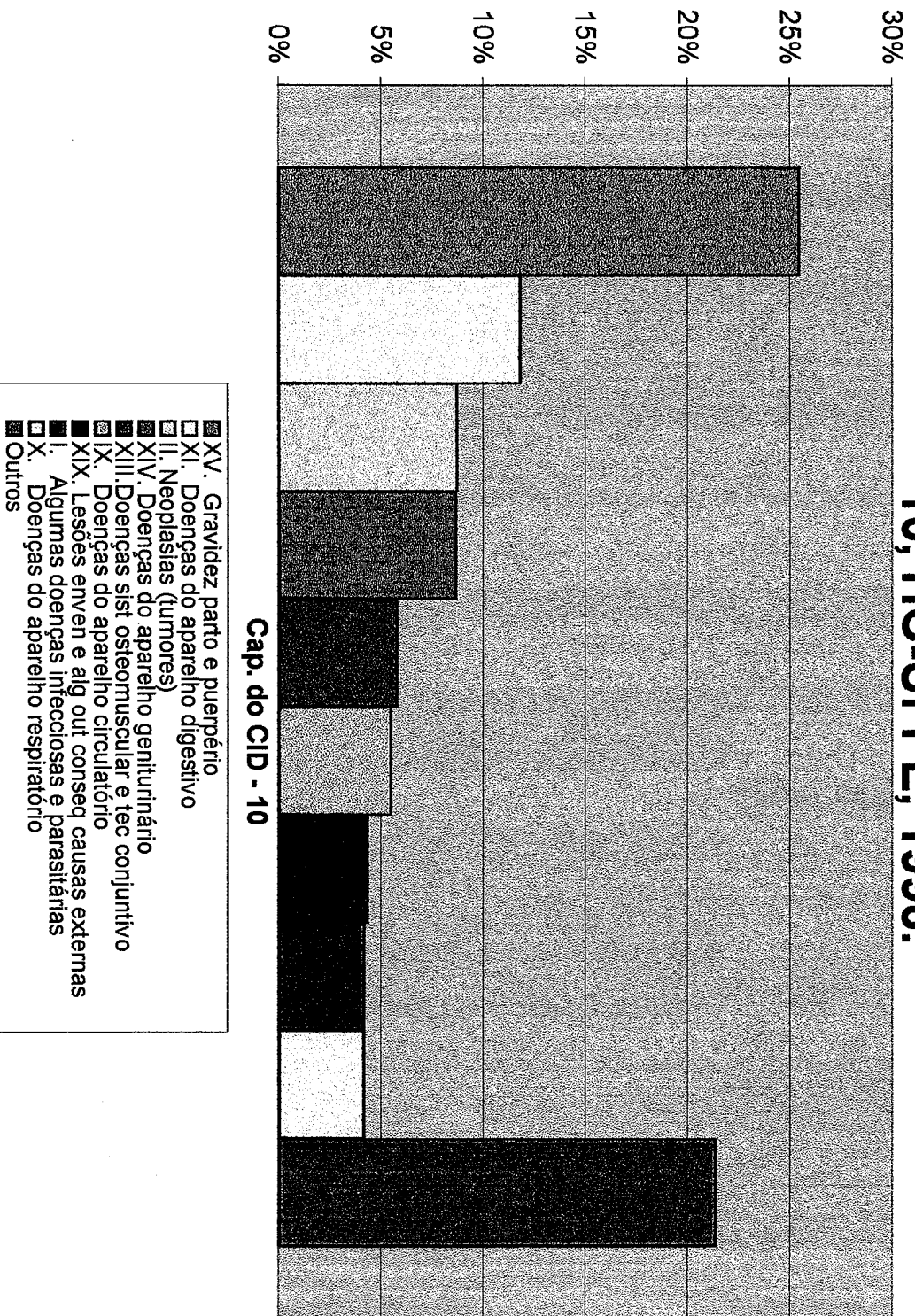


Tabela 4- Distribuição das Internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap. do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn (Cap de CID - 10)	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	N.º	%	N.º	%			
XV. Gravidez parto e puerpério	3102	25,45	4	1,1	360,93	2,6	0,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	1438	11,80	49	13,5	481,27	5,9	3,4
II. Neoplasias (tumores)	1062	8,71	62	17,08	527,16	10	5,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1057	8,67	29	7,99	835,87	6	2,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	706	5,79	8	2,2	702,35	10,6	1,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	669	5,48	29	7,99	549,75	9,4	4,3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	529	4,34	29	7,99	704,71	10,2	5,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	510	4,18	71	19,56	591,08	17,3	13,9
X. Doenças do aparelho respiratório	509	4,17	35	9,64	460,63	7,7	6,9
Outros	2604	21,36	47	12,95	477,99	7,9	16,5
Total	12186	100	363	100	514,69	7,1	3,0

O capítulo XV do CID – 10 corresponde às causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério. Entre os principais causas de internações nesse capítulo, podemos citar: o parto único assistido com 34% dos internamentos, o aborto espontâneo com 6,4% e o parto único por cesariana com 5,7% das internações registradas no capítulo. Não houve ocorrência de óbito entre as principais causas de internações.

Os quatro óbitos registrados figuram entre os outros diagnósticos do capítulo XV do CID – 10 e são eles: hipertensão gestacional sem proteinúria significativa, cinquenta (50) internações e um (01) óbito; hemorragia pós-parto, seis (6) internações e um (01) óbito; infecção puerperal, dezesseis (16) internações e um

(01) óbito e, finalmente, outras doenças maternas COP complicações da gravidez parto e puerpério, vinte e quatro (24) internações e um (01) óbito.

Dentre as internações de maior valor médio, podemos citar a hipertensão gestacional com proteinúria significativa, com internamentos que custaram em média R\$ 541,92, o parto único por cesariana com valor médio de R\$ 509,76 e as obstruções do trabalho de parto devido a anormalidades pélvicas da mãe com valor médio de R\$ 497,87.

Os diagnósticos que apresentaram maior tempo de internação foram a hipertensão gestacional com proteinúria significativa (3,6 dias), as obstruções do trabalho de parto devido a anormalidades pélvicas da mãe (2,9 dias) e os partos únicos por cesariana e obstruções do trabalho de parto devido a má posição ou má apresentação do feto (2,8 dias).

Quanto à letalidade, verificamos um percentual de 0,1% no capítulo em estudo. (Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade por Cap. XV do CID –10, HC- UFPE, 1998.

Diagn-Cap XV do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Outr tipos de parto unico assistido	1054	34,0	0	0	351,56	2,2	0
Aborto espontaneo	198	6,4	0	0	129,45	1,3	0
Parto unico p/cesariana	178	5,7	0	0	509,76	2,8	0
Anormalidades da contracão uterina	162	5,2	0	0	491,55	3	0
Parto unico espontaneo	154	5,0	0	0	232,75	1,9	0
Obstr trab parto dev anorm pelvica da mae	141	4,5	0	0	497,87	2,9	0
Assist prest mae outr probl fet conhec susp	113	3,6	0	0	385,1	3	0
Falso trabalho de parto	96	3,1	0	0	52,25	1,9	0
Obstr trab parto dev ma-posic ma-apres feto	91	2,9	0	0	495,99	2,8	0
Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	90	2,9	0	0	541,92	3,6	0
Outros	825	26,6	4	100	369,19	3,4	0,4
Total	3102	100	4	100	360,93	2,6	0,1

A colelitíase foi a principal causa de internação no capítulo das doenças do aparelho digestivo com 16% das hospitalizações, seguida das hernias inguinais (14,5%) e das fibrose e cirrose hepáticas (10,4%). As fibrose e cirrose hepáticas e as peritonites foram responsáveis por 51% das mortes ocorridas no capítulo.

As outras doenças do fígado correspondem ao maior valor médio pago (R\$ 990,71), seguido das peritonites com R\$ 947,34 e das outras doenças do pâncreas com valor médio de R\$ 769,71.

Dentre os diagnósticos de maior média de permanência podemos destacar a fibrose e cirrose hepáticas com 13,5 dias, as outras doenças do pâncreas com 12,5 dias e as outras doenças do fígado com 11,6 dias de internamento.

Quanto à letalidade, as peritonites apresentam maior gravidade com 17,8%, a fibrose e cirrose hepáticas com 11,3% e as outras doenças do fígado com 2,3%.(Tabela 6)

Tabela 6- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap. XI do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap XI do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	N ^o	%	N ^o	%			
Colelitíase	229	16,0	1	2,0	556,32	3,4	0,4
Hernia inguinal	209	14,5	0	0	363,99	1,4	0
Fibrose e cirrose hepáticas	150	10,4	17	34,7	492,42	13,5	11,3
Hepatite crônica NCOP	64	4,5	0	0	140,79	2	0
Outr hernias abdominais	62	4,3	0	0	381,23	3	0
Fissura e fistula das regiões anal e retal	61	4,2	0	0	225,65	1,6	0
Outr doenc das vias biliares	49	3,4	0	0	488,68	8,3	0
Peritonite	45	3,1	8	16,3	947,34	6,4	17,8
Outr doenc do fígado	44	3,0	1	2,0	990,71	11,6	2,3
Outr doenc do pâncreas	37	2,6	0	0	769,71	12,5	0
Outros	488	34,0	22	44,9	470,64	6,7	4,5
Total	1438	100	49	100	481,27	5,9	3,4

Ao descrevermos as neoplasias, o leiomioma do útero foi o que apresentou o maior número de internações com 12,61% das hospitalizações. As neoplasias malignas da glândula tireóide representaram 6,69% dos internamentos realizados no capítulo. 12,9% dos óbitos ocorridos tiveram como causa as neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões, as neoplasias do fígado e vias biliares intra-hepáticas e as neoplasias malignas do reto foram a segunda causa de óbitos

ocorridos com 8,06%, e as neoplasias malignas do colon foram responsáveis por 6,45% dos óbitos e apresentaram também o maior valor médio (R\$ 975,05).

As neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões tiveram a maior permanência média hospitalar (14,7 dias), seguida das neoplasias do colon (11,3 dias) e das neoplasias do esôfago com 10,9 dias de hospitalização.

A taxa de letalidade maior foi a das neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões (21,1%), as do reto com 15,6% e as do colon (11,8%). (Tabela 7)

Tabela 7- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap. II do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap II do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Leiomioma do utero	134	12.62	0	0	483,46	3,6	0
Neopl maligna da gland tireoide	71	6.69	0	0	246,89	6,1	0
Neopl maligna figado vias biliares intra-hepatica	66	6.21	5	8,06	258,45	8,4	7,6
Neopl maligna do estomago	65	6.12	3	4,84	808,01	10,5	4,6
Neopl maligna do esofago	50	4.71	0	0	319,89	10,9	0
Neopl maligna dos bronquios e dos pulmoes	38	3.56	8	12,9	273,91	14,7	21,1
Neopl maligna do pancreas	37	3.48	2	3,23	816,7	10,5	5,4
Neopl maligna do colon	34	3.20	4	6,45	975,05	11,3	11,8
Neopl maligna do reto	32	3.01	5	8,06	654,98	9,4	15,6
Neopl maligna outr mal def aparelho digestivo	27	2.54	2	3,23	515,48	7,9	7,4
Outros	508	47.83	33	53,23	557,67	12,1	6,5
Total	1062	100	62	100	527,16	10	5,8

No capítulo das doenças do aparelho geniturinário, observamos que a insuficiência renal crônica contribuiu com o maior número de internações (14,57%),

seguida do prolapso genital feminino (9,93%) e da hipertrofia do prepúcio fimose e parafimose (9,83%).

Com relação aos óbitos ocorridos, a insuficiência renal crônica e aguda representam 93,1% do total de mortes. Essas patologias foram as que apresentaram o maior valor médio, sendo pago em média por cada internação, um valor correspondente a R\$ 3.454,00 para a insuficiência renal crônica e R\$ 1.615,00 para a insuficiência renal aguda. Também foram os diagnósticos de maior gravidade, com taxas de letalidade de 45,9% na insuficiência renal aguda e 6,5% na insuficiência renal crônica. (Tabela 8)

Tabela 8- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap XIV do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap XIV do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Insuf renal cronica	154	14.57	10	34,5	3454,00	10	6,5
Prolapso genital femin	105	9.93	0	0	391,30	3	0
Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	104	9.83	0	0	128,40	1	0
Sindr nefrotica	97	9.18	0	0	288,00	6,5	0
Hidrocele e espermatocoele	59	5.58	0	0	195,80	1,3	0
Transt nao-infl ovario tromp Falop lig largo	56	5.30	0	0	237,70	3,7	0
Calculose do rim e do ureter	38	3.59	0	0	611,20	11	0
Insuf renal aguda	37	3.50	17	58,6	1615,00	17	45,9
Nefrite tubulo-intersticial cronica	36	3.40	0	0	269,90	7,7	0
Outr transt dos orgaos genitais masc	32	3.02	0	0	204,70	2,1	0
Outros	339	32.07	2	6,9	428,10	6,1	0,5
Total	1057	100	29	100	835,90	6	2,7

Com relação ao comportamento das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, podemos observar que as osteomielites foram a principal causa

de internação (11,90%), seguida das outras deformações adquiridas dos membros (10,76%) e do lúpus eritematoso disseminado (9,77%).

Quanto à ocorrência de óbitos, verificamos que três patologias foram responsáveis por 62,5% das mortes, o lúpus eritematoso disseminado, as outras artrites reumatóides e os transtornos fibroblásticos.

O maior valor médio foi pago pelas internações por coxartrose (R\$ 1.937,00), por transtornos da continuidade do osso (R\$ 712,26) e pelos transtornos fibroblásticos (R\$ 600,85).

O lúpus eritematoso disseminado também foi responsável pela maior permanência média (14,3 dias), as osteomielites por 13,3 dias e as coxartroses por 12,9 dias de hospitalização.

Quanto à gravidade, o lúpus eritematoso disseminado e os transtornos fibroblásticos apresentaram a maior letalidade (4,3%), seguidas das outras artrites reumatóides (1,9%). (Tabela 9)

Tabela 9- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap XIII do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap XIII do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	perm. média	letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Osteomielite	84	11,90	0	0	508,85	13,3	0
Outr deform adquir dos membros	76	10,76	0	0	506,83	7,7	0
Lupus eritematoso disseminado	69	9,77	3	37,5	298,64	14,3	4,3
Outr artrites reumatoides	54	7,64	1	12,5	206,74	10,3	1,9
Coxartrose	47	6,66	0	0	1937,00	12,9	0
Outr artroses	29	4,10	0	0	431,09	7,1	0
Transt da continuidade do osso	28	3,97	0	0	712,26	11	0
Dorsalgia	27	3,82	0	0	156,25	7,3	0
Transt fibroblasticos	23	3,26	1	12,5	600,85	8,3	4,3
Outr deform adquir sist osteomusc tec conj	19	2,69	0	0	368,11	5,3	0
Outros	250	35,41	3	37,5	600,82	10,5	1,2
Total	706	100	8	100	583,22	10,6	1,1

Entre as doenças do aparelho circulatório, é possível verificar que as varizes dos membros inferiores aparecem como principal causa de internação (21,82%), acompanhadas da insuficiência cardíaca (15,02%) e da embolia e trombose arteriais (9,57%).

Do total de óbitos registrados, a insuficiência cardíaca somada a embolia e trombose arteriais, as outras afecções das artérias e arteríolas e aos acidentes vasculares cerebrais NE como hemorrágico e isquêmico foram responsáveis por 65,5% das mortes.

As embolias e trombozes arteriais também foram as internações de maior valor médio (R\$ 885,86), assim como a insuficiência cardíaca (R\$ 752,17) e as outras afecções das artérias e arteríolas (R\$ 704,67).

Os pacientes com acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico, foram os que tiveram a maior permanência média com 17,3 dias de hospitalização, seguidos dos pacientes com embolia e trombose arteriais (14,6 dias) e as outras afecções das artérias e arteríolas (14 dias).

As patologias de maior gravidade foram os acidentes vasculares cerebrais NE como hemorrágico ou isquêmico, com taxa de letalidade de 12,5%, acompanhadas da insuficiência cardíaca (10,5%) e das outras afecções das artérias e arteríolas (10,3%). (Tabela 10)

Tabela 10- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap IX do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap IX do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	N.º	%	N.º	%			
Varizes dos membros infer	146	21,82	0	0	331,26	2	0
Insuf cardiaca	105	15,02	11	37,93	752,17	12,8	10,5
Embolia e trombose arteriais	64	9,57	3	10,34	885,86	14,6	4,7
Hemorroidas	39	5,83	0	0	185,94	1,2	0
Angina pectoris	32	4,78	0	0	498,98	7,6	0
Febre reumatica c/compr do coracao	30	4,48	0	0	281,79	8,7	0
Outr afeccoes das arterias e arteriolas	29	4,33	3	10,34	704,67	14	10,3
Hipertensao essencial	23	3,43	0	0	247,05	7,6	0
Varizes esofagianas	17	2,54	1	3,45	290,67	3,8	5,9
Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	16	2,39	2	6,90	592,64	17,3	12,5
Outros	168	25,11	9	31,03	663,87	13,4	5,3
Total	669	100	29	100	549,75	9,4	4,3

No capítulo referente a lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, observamos que as complicações de

procedimentos não classificados em outra parte são responsáveis por 39,50% das internações, e também a principal causa de óbito (68,9%).

As complicações por enxertos ortopédicos internos apresentam o maior valor médio (R\$ 1.446,66) seguido das fraturas do fêmur (R\$ 1.247,41). Quanto a permanência média, a fratura do fêmur apresenta a maior média (18,4 dias) assim como as complicações por enxertos ortopédicos internos (16 dias).

As complicações de procedimentos não classificados em outra parte são responsáveis pela maior taxa de letalidade (9,6%) seguida das fraturas do fêmur (7,8%). (Tabela 11)

Tabela 11- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap XIX do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap XIX do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm média	Letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Complic de proced NCOP	209	39,50	20	68,9	754,17	10,9	9,6
Fratura do femur	51	9,64	4	13,8	1.247,41	18,4	7,8
Fratura do antebraço	43	8,13	0	0	468,54	6,6	0
Fratura do ombro e do braço	31	5,86	0	0	496,57	6,4	0
Frat de perna incl tornozelo	21	3,97	0	0	406,57	5,5	0
Traum de musculo e tendao nível do punho e maõ	15	2,83	0	0	200,46	2,8	0
Complic proprias de reimplante e amp	15	2,83	0	0	502,01	10,0	0
Complic disp prot impl enx ortopedico int	10	1,89	0	0	1.446,66	16,0	0
Luxação entorse distensão art lig joelho	9	1,70	0	0	414,90	4,1	0
Outros	125	26,62	5	17,2	629,87	9,6	4,0
Total	529	100	29	100	704,71	10,2	5,5

No capítulo do CID – 10 relativo às doenças infecciosas e parasitárias, foi possível observar que entre as principais causas de internação estão as doenças

por HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias (16,07%), as doenças por HIV não especificadas (11,96%) e a esquistossomose (11,76%).

Entre as principais causas de óbitos as septicemias aparecem em primeiro lugar com 35,2% das mortes, e as doenças causadas por HIV com 28,2%, são portanto a segunda causa de óbitos.

As septicemias apresentaram o maior valor médio por internação (R\$ 1.076,30), seguida das doenças por HIV resultando em outras doenças (R\$ 944,12) e das tuberculoses em outros órgãos (R\$ 937,84).

A maior permanência hospitalar foi decorrente de internações por doenças pelo HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias com uma média de 28,3 dias, por tuberculose respiratória com confirmação bacteriológica e histológica com 18,4 dias e por doenças por HIV resultando em outras doenças com 18,3 dias de hospitalização.

As septicemias apresentaram uma taxa de letalidade bastante elevada (67,6%), assim como as doenças por HIV resultando em outras doenças (35,3%).
(Tabela 12)

Tabela 12- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap I do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap I do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Doenc p/HIV result doenc infecc e parasitarias	82	16,07	9	12,7	619,55	28,3	11
Doenc p/HIV NE	61	11,96	11	15,5	731,43	21	18
Esquistossomose	60	11,76	0	0	263,94	9,5	0
Outr septicemias	37	7,25	25	35,2	1076,3	16,2	67,6
Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	35	6,86	3	4,23	708,5	18,4	8,6
Outr infecc intestinais bacter	25	4,90	1	1,41	239	5,6	4
Tuberc de outr orgaos	23	4,50	1	1,41	937,84	19	4,3
Infecc bacter de local NE	22	4,31	0	0	287,65	9,8	0
Doenc p/HIV result em outr doenc	17	3,33	6	8,45	944,12	18,3	35,3
Sífilis congenita	17	3,33	0	0	287,13	7,5	0
Outros	131	25,68	15	21,1	540,22	16,6	11,45
Total	510	100	71	100	591,08	17,3	13,9

Nas doenças do aparelho respiratório, as doenças crônicas das amígdalas e das adenóides foram a primeira causa de internação (23,77%), acompanhadas das pneumonias por microorganismos NE (23,38%) e de outros transtornos do nariz e dos seios paranasais (8,84%).

Apenas três patologias foram responsáveis por 80% dos óbitos: a insuficiência respiratória NCOP (45,71%), as outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (20%) e as pneumonias por microorganismos NE (14,29%).

Quanto aos valores médios cobrados por internação, as insuficiências respiratórias NCOP representaram em média R\$ 1.945,35 por internamento, as outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas por R\$ 640,96 e as pneumonias bacterianas NCOP por R\$ 515,94.

A maior permanência média corresponde às insuficiências respiratórias não classificadas em outra parte com 25,9 dias de internamento, as pneumonias bacterianas não classificadas em outra parte com 14,5 dias e as bronquiectasias com 11,4 dias de hospitalização.

A insuficiência respiratória não classificada em outra parte surge com a mais elevada taxa de letalidade (72,7%) seguida das outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (17,5%) e da broquiectasia (7,1%). (Tabela 13)

Tabela 13- Distribuição das internações, óbitos, valor médio, permanência média e letalidade segundo Cap X do CID – 10, HC- UFPE, 1998.

Diagn Cap X do CID – 10	Internações		Óbitos		Valor médio	Perm. média	Letalidade
	Nº	%	Nº	%			
Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	121	23,77	0	0	275,72	2,7	0
Pneúmonia p/microorg NE	119	23,38	5	14,29	421,65	9,7	4,2
Outr transt do nariz e dos seios paranasais	45	8,84	0	0	193,94	1,8	0
Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	40	7,86	7	20	640,96	9,7	17,5
Doenc das cordas vocais e da laringe NCOP	35	6,88	0	0	230,28	1,9	0
Asma	24	4,71	0	0	468,81	6	0
Insuf respirat NCOP	22	4,32	16	45,71	1945,35	25,9	72,7
Sinusite cronica	22	4,32	0	0	272,77	3,3	0
Bronquectasia	14	2,75	1	2,86	419,32	11,4	7,1
Pneumonia bacter NCOP	12	2,35	0	0	515,94	14,5	0
Outros	55	10,80	6	17,14	661,55	14,2	10,9
Total	509	100	35	100	460,63	7,7	6,9

Quando consideradas as internações realizadas, verifica-se que todas foram efetuadas através da AIH normal, ou seja, com a AIH de identificação 1 emitida por

meio magnético. Em todos os capítulos do CID – 10, não ocorreram emissões de AIH de continuação ou fora de possibilidade terapêutica. (Tabela 14)

Tabela 14- Distribuição das internações por tipo de AIH , HC-UFPE, 1998.

Diagn (Cap do CID – 10)	Normal		Continuação		Long Perm/FTP		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
XV. Gravidez parto e puerpério	3102	100 0	0	0	0	0	0	0	3102	100
XI. Doenças do aparelho digestivo	1438	100 0	0	0	0	0	0	0	1438	100
II. Neoplasias (tumores)	1062	100 0	0	0	0	0	0	0	1062	100
III.	1057	100 0	0	0	0	0	0	0	1057	100
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	706	100 0	0	0	0	0	0	0	706	100
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	669	100 0	0	0	0	0	0	0	669	100
IX. Doenças do aparelho circulatório	529	100 0	0	0	0	0	0	0	529	100
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	510	100 0	0	0	0	0	0	0	510	100
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	509	100 0	0	0	0	0	0	0	509	100
X. Doenças do aparelho respiratório										
Outros	2604	100 0	0	0	0	0	0	0	2604	100

Quanto à evolução observamos que 94% das internações realizadas evoluíram para alta, dentre os capítulos estudados o das doenças infecciosas e parasitárias foram o que apresentaram o maior percentual de óbitos (13,8%). (Tabela 15)

Tabela 15 – Distribuição das internações por tipo de evolução segundo Capítulo do CID – 10 , HC- UFPE, 1998.

Diagn (Cap do CID – 10)	Alta		Perman.		Transf.		Óbito com necróp		Óbito sem necróp		Outros		Total	
Gravid.parto e puerpério	2980	96	1	0,03	1	0,03	1	0,03	3	0,09	116	3,7	3102	100
D.do ap.digestivo	1357	94,3	30	2,0	2	0,1	5	0,3	44	3,3	0	0	1438	100
Neoplasias (tumores)	967	91	26	2,4	7	0,6	2	0,1	60	5,6	0	0	1062	100
D.do ap.geniturinário	1015	96	12	1,1	1	0,09	1	0,09	28	2,6	0	0	1057	100
Doen sist osteomus e tec conjuntivo	681	96,4	17	2,4	0	0	1	0,1	7	0,9	0	0	706	100
Doenças do aparelho circulatório	603	90,1	28	4,1	9	1,3	3	0,4	26	3,8	0	0	669	100
Les enven e alg out conseq causas externas	447	84,4	53	10	0	0	2	0,3	27	5,1	0	0	529	100
Algu doen infecciosas e parasitárias	431	85,5	6	1,1	2	0,3	5	0,9	66	12,9	0	0	510	100
Doen do aparelho respiratório	466	91,5	7	1,3	1	0,1	7	1,3	28	5,5	0	0	509	100
Outros	2512	96,4	33	1,2	8	0,3	1	0,03	46	1,7	0	0	2604	100
Total	11463	94	213	1,7	31	0,2	28	0,2	335	2,7	116	3,7	12186	

Dentre os capítulos do CID – 10 , as afecções originadas no período perinatal foram as que demandaram a maior média de utilização de UTI com 2,13 dias, seguidas das neoplasias (0,8 dias) e das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (0,49 dias). (Tabela 16)

Tabela 16 – Distribuição das internações, diárias de UTI e média de utilização de diárias de UTI segundo capítulo do CID – 10 , HC-UFPE, 1998.

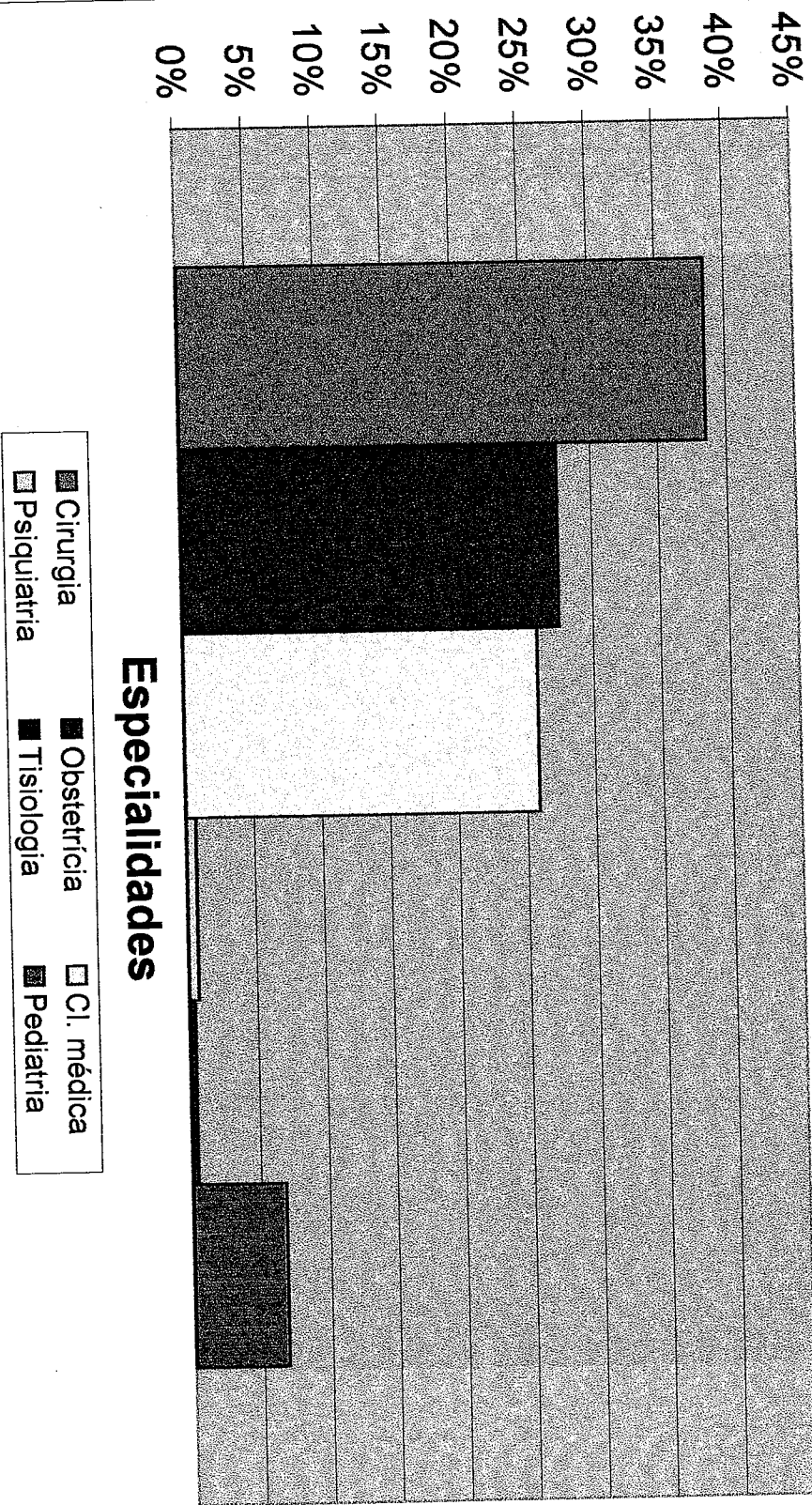
Diagn (Cap do CID –10)	Internação	Diária de UTI	Média de diária de UTI
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	462	987	2,13
X. Doenças do aparelho respiratório	509	134	0,26
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	529	133	0,25
XI. Doenças do aparelho digestivo	1438	123	0,08
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1057	106	0,1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	262	101	0,38
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	187	92	0,49
II. Neoplasias (tumores)	1062	90	0,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	510	82	0,16
IX. Doenças do aparelho circulatório	669	74	0,11
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	706	33	0,04
Outros	4795	36	0,007
Total	12186	1991	0,16

Quanto à distribuição das internações por especialidade segundo capítulo do CID – 10, observamos que as doenças do aparelho digestivo (19,39%), as neoplasias (12,65%), as do aparelho geniturinário (13,44%) e do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (9,59%) são responsáveis por mais de cinquenta por cento das internações realizadas na especialidade de cirurgia e esta é responsável por 38,5% das internações realizadas. (Gráfico 5)

Da mesma forma são também as maiores causas de internações na clínica médica, apresentando percentuais de 16,15% para as doenças do aparelho digestivo; 14,60% para neoplasias e 12,57% para as doenças do aparelho geniturinário.

As doenças infecciosas e parasitárias contribuem com o maior percentual de hospitalizações na pediatria (9,27%) seguidas das doenças do aparelho respiratório com 8,55%. (Tabela 17)

Gráfico 5 - Distribuição das internações segundo especialidades no HC-UFPE, 1998.



Especialidades

- Cirurgia
- Obstetrícia
- Cl. médica
- Psiquiatria
- Tisiologia
- Pediatría

Ao examinarmos o comportamento das internações por capítulo do CID – 10 de acordo especialidade, verificamos que 63,28% das doenças do aparelho digestivo são atendidas na cirurgia e 35,47% na clínica médica; as neoplasias recebem atendimento cirúrgico em 55,93% dos casos e clínico em 43,41%.

Nas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, há uma predominância do atendimento cirúrgico, 63,74% dos casos.

Quanto às doenças do aparelho circulatório observamos um maior percentual de atendimento na clínica médica (55,9%) se comparado aos atendimentos na clínica cirúrgica (40,51%).

De todos os casos atendidos de lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, 79,21% receberam tratamento na cirurgia e apenas 20,42% na clínica médica.

70,2 % dos internamentos realizados por doenças infecciosas e parasitárias foram feitas na clínica médica e 15,1% na pediatria.

Nas doenças do aparelho respiratório é possível observar que 50,88% das hospitalizações acontecem na cirurgia, 35,17% na clínica médica e 13,95% na pediatria. (Tabela 17.a)

Tabela 17 - Distribuição das internações por especialidade segundo Capítulo do CID - 10, HC-UFPE, 1998.

Especialidade	%	Cap XV		Cap XI		Cap II		Cap XIV		Cap XIII		Cap IX		Cap XIX		Cap I		Cap X		Outros Cap		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Cirurgia	38,5	33	0,7	910	19,3	594	12,5	631	13,4	450	9,5	271	5,7	419	8,9	23	0,4	259	5,5	1104	23,5	4694	100
Obstetria	27,5	2295	89,2	0	0	0	0	3	0,08	0	0	0	0	1	0,03	0	0	0	0	358	10,6	3357	100
Cl. médica	25,9	70	2,2	510	16,1	461	14,6	397	12,5	209	6,6	374	11,8	108	3,4	358	11,3	179	5,6	491	15,5	3157	100
Psiquiatria	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	98,9	96	100
Fisiologia	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100	0	0	0	0	52	100
Pediatria	6,8	4	0,4	18	2,7	7	0,8	26	3,1	46	5,5	24	2,8	1	0,1	77	9,2	71	8,5	556	66,9	830	100

Tabela 17.a- Distribuição das internações por Capítulo do CID - 10 segundo especialidade, HC-UFPE, 1998.

Diagn. (Capit)	Cirurgia		Obstetria		Clínica médica		Psiquiatria		Fisiologia		Pediatria		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
XV. Gravidez parto e puerpério	33	1,06	2995	96,55	70	2,26	0	0	0	0	4	0,12	3102	100
XI. Doenças do aparelho digestivo	910	63,28	0	0	510	35,47	0	0	0	0	18	1,25	1438	100
II. Neoplasias (tumores)	594	55,93	0	0	461	43,41	0	0	0	0	7	0,66	1062	100
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	631	59,7	3	0,28	397	37,56	0	0	0	0	26	2,46	1057	100
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	450	63,74	0	0	209	29,6	1	0,14	0	0	46	6,52	706	100
IX. Doenças do aparelho circulatório	271	40,51	0	0	374	55,9	0	0	0	0	24	3,59	669	100
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	419	79,21	1	0,19	108	20,42	0	0	0	0	1	0,19	529	100
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	4,51	0	0	358	70,2	0	0	52	10,19	77	15,1	510	100
X. Doenças do aparelho respiratório	259	50,88	0	0	179	35,17	0	0	0	0	71	13,95	509	100
Outros	1104	42,4	358	13,75	491	18,86	95	3,65	0	0	556	21,35	2604	100



Discussão

VI DISCUSSÃO

Das 12.186 internações analisadas, no ano de 1998, foi possível verificar os percentuais de 38,8% para o sexo masculino e 35,7% para o sexo feminino. Vale ressaltar que nestes valores não estão inclusas as internações relacionadas a gravidez, parto e puerpério.

No estudo de Pereira (1995), o autor sugere que o maior número de internações do sexo masculino ocorre pelo fato dos homens estarem expostos mais freqüentemente a acidentes e violências, e apresentarem uma maior tendência a serem afetados por doenças crônico-degenerativas mais precocemente, e ainda, pela maior prevalência de muitos fatores de risco, neste sexo, como por exemplo: ocupações perigosas, exercidas principalmente pelos homens.

Apesar de termos encontrado um percentual de 38,8% de internações do sexo masculino por causas ligadas a doenças crônico-degenerativas, como sugere Pereira (1995), este estudo em virtude da diferença percentual de 3% entre as internações do sexo masculino quando comparados ao feminino, tende a se assemelhar com as pesquisas de Lebrão (1982). A autora refere não haver diferença significativa no comportamento das internações quanto ao sexo, quando excluídas as hospitalizações relacionadas a gravidez, parto e puerpério.

Quando estudamos a Razão de Masculinidade por capítulo de CID – 10, verificamos que ela é maior que 1 (um), nas doenças do aparelho digestivo, nas doenças do aparelho geniturinário, nas lesões por envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, nas doenças infecciosas e parasitárias e nas doenças do aparelho respiratório. Para as doenças do aparelho circulatório e neoplasias, a razão de masculinidade é menor que 1 (um), sendo respectivamente (0,89 e 0,79).

Segundo Pereira (1995) tal comportamento para as doenças do aparelho circulatório pode ser explicado devido a mudanças ocorridas na sociedade que ocasionaram a inclusão, cada vez mais acentuada, das mulheres no mercado de trabalho, causando sobrecarga de atividades que elevam o nível de estresse e

consequentemente as doenças cardiovasculares; já para as neoplasias, tal fato pode ser esclarecido pela elevada incidência de câncer de útero e mama no País, sendo que no nosso estudo o leiomioma de útero foi a primeira causa de internação no capítulo das neoplasias (tabela 6).

O comportamento das internações por capítulo de CID – 10, segundo a faixa etária, nos permite observar um elevado percentual (58,8%) de internações na faixa etária entre os 15 a 44 anos.

Apesar de não termos realizado nenhuma análise aprofundada a respeito desta demanda, podemos associar tal fato ao elevado percentual de internações por causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério que corresponde a 25,45% do total geral das internações na referida unidade hospitalar, cuja faixa etária está predominantemente situada entre 15-34 anos (92,8%).

Vale ressaltar que esta faixa etária (15 a 44 anos) também é predominante em vários capítulos de CID – 10: doenças do aparelho digestivo (41,2%), neoplasias (37,9%), geniturinário (50%) e nas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (52%).

Os dados encontrados se assemelham ao estudo realizado por Meneghell et al (1997), a respeito das internações hospitalares, no Sul do país. Os autores observaram 45,5% das internações na faixa etária de 15 a 49 anos, e sugerem que tal fato se justifica por esse grupo representar a maior parcela da população.

No que se refere às internações por capítulo do CID – 10, observou-se que 25,45% destas estavam relacionadas a gravidez, parto e puerpério.

Podemos sugerir que este comportamento se justifica pelo período de permanência média (2,6 dias) observada no referido capítulo, o que leva a uma maior rotatividade dos leitos, e, consequentemente, a um maior número de internações.

Avaliamos que o elevado percentual de internação ligadas ao período gravídico-puerperal ocorrido no HC-UFPE segue uma semelhança com perfil das internações que ocorrem no país, a exemplo temos os trabalhos realizados por Meneghell et al (1997), Lebrão (1982).

Apesar das semelhanças observadas entre os estudos de morbidade hospitalar e os dados que foram encontrados no HC-UFPE, e ainda, levando em consideração o período de permanência média no referido capítulo, chamou-nos atenção o percentual de 34% para o procedimento de outros tipos de parto único assistido, fazendo-nos questionar se o HC não estaria deixando de atender aos casos de gravidez de alto risco, atendendo portanto uma demanda não compatível com sua missão institucional e seu nível de inserção no Sistema Único de Saúde.

Na Segunda maior causa das internações (11,8%), encontram-se as doenças do aparelho digestivo, nelas foram obtidos os maiores valores para colelitíase (16%) e hérnia inguinal (14,5%). A exemplo da reflexão feita para as causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, sugerimos a realização de uma análise mais aprofundada para encontrar as razões do atendimento elevado nestas causas específicas, tendo em vista a particularidade da Instituição (nível terciário) e as doenças cujo diagnóstico são de menor complexidade, embora possamos observar que nos diagnósticos de colelitíase o valor médio é maior quando comparamos com outras doenças do pâncreas, levando-se em conta a média de permanência, o que justifica a necessidade do hospital se inserir na lógica da produção de serviços mais rentáveis, apesar de menos complexos.

Vale ressaltar que não foi encontrada nenhuma semelhança entre este comportamento peculiar ocorrido na Unidade e os demais estudos de morbidade hospitalar realizados. Na cidade do Recife, podemos citar o estudo de Carvalho et al, (1998), e em outras regiões e em outras regiões as pesquisas de Meneghell (1997) e Lebrão (1982).

Chamamos a atenção para o estudo de Carvalho et al (1998) por se tratar de uma pesquisa realizada na mesorregião de Pernambuco no ano de 1996, os resultados obtidos, excluindo-se as internações relacionadas a gravidez, parto e puerpério, foram as doenças do aparelho respiratório, as infecciosas e parasitárias e por último as cardiovasculares, ficando desta forma, aquelas ligadas ao aparelho digestivo no quarto lugar.

No terceiro lugar de causas de internação no HC-UFPE estão as neoplasias. Como já foi dito anteriormente, o leiomioma de útero foi a primeira causa de internação no capítulo.

Também no estudo de Koifman (1995) a respeito da incidência de câncer no Brasil, as neoplasias de colo uterino e mama são as de maior incidência em todas as regiões. Segundo o autor, "os coeficientes brasileiros de incidência de câncer de colo uterino são dos mais elevados no mundo, e mesmo o de Campinas, o mais reduzido, ainda assim apresenta magnitude quatro vezes maior que os observados, por exemplo, na Finlândia". No mesmo trabalho, o Recife apresenta um coeficiente de incidência de câncer de colo uterino de 83,2%, estando no primeiro lugar das capitais brasileiras, refletindo a precariedade da organização dos serviços de saúde, uma vez que o acesso ao exame de Papanicolau apresenta alta eficácia na detecção das lesões iniciais precursoras do fenômeno de malignização do colo do útero.

Seguida do leiomioma do útero, está a neoplasia maligna da glândula tireóide com 6,69% e logo após a neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra hepáticas com 6,21%. Carvalho et al (1998), analisando o processo de transição epidemiológica em Pernambuco, observaram que no ano de 1980 o Recife apresentou o percentual de 6,33% de mortalidade ligada a neoplasias e 5 anos depois (1995) este percentual aumentou em quase 100%, passando desta forma para 11,06%.

Em relação a procedência, podemos observar que 35,7% dos pacientes internados são residentes no Recife. Tal fato pode ser explicado pela maior acessibilidade geográfica disponível aos pacientes residentes no Recife, uma vez que o hospital oferece uma boa localização. Outro fator que pode influenciar esse resultado é a questão cultural presente na escolha da unidade pela clientela, tendo em vista que o HC-UFPE é uma Instituição de Ensino, Pesquisa e Assistência, de referência na região, e oferece um atendimento mais qualificado. Dever (1989) considera, em estudo sobre a Epidemiologia da Utilização dos Serviços de Saúde, que o grau de especialização dos profissionais, além dos equipamentos e inovações

tecnológicas que oferece, são fatores determinantes na utilização dos serviços de saúde, denotando que o Hospital Universitário passou a ser "mais um prestador de serviços" do SUS.

Os resultados observados quanto às internações por especialidades revelaram um maior percentual na cirurgia (38,5%). Considerando que o objetivo do estudo não se propõe a analisar os procedimentos realizados por diagnóstico, e ainda, para não correr o risco de fazer uma explicação de causa e efeito, na tentativa de encontrar determinantes para tal fato, sugerimos um maior aprofundamento, em estudos posteriores, embora possamos aventar que mais uma vez, a racionalidade da produção de serviços mais rentáveis é um fator importante quando é feita a opção de que serviços deverão receber maiores investimentos, pois conseqüentemente trarão melhores retornos financeiros.

Conclusão

VII CONCLUSÃO

Procurando entender este contexto, situamos alguns determinantes para explicar o perfil encontrado e sugerimos portanto que seja revista qual a verdadeira missão dos Hospitais Universitários no âmbito do SUS, que demanda devem atender, frente a um modelo regionalizado e hierarquizado.

A inserção do Hospital das Clínicas, enquanto hospital de especialidades, se por um lado vem atendendo às necessidades do SUS, por outro lado, para o ensino de graduação e pós-graduação deixa a desejar, na medida em que não oferece toda a complexidade que o processo ensino-aprendizagem assim o exige.

A dicotomia quantidade X qualidade tem sido um eterno conflito para os dirigentes dos Hospitais Universitários, que se vêm "enjaulados" na lógica da produção de serviços, onde são priorizados os procedimentos mais rentáveis, muitas vezes a fim de não colocar em risco a "saúde financeira" da instituição, mesmo que para isso tenha que pagar o preço das filas intermináveis e da insatisfação da clientela.

Conclui-se com este estudo que o perfil das internações hospitalares reflete a dinâmica dos serviços do hospital, onde a oferta não está baseada apenas no quadro epidemiológico da população, mas também no que a instituição se propõe a oferecer.

Com este estudo, propõe-se, ainda, que seja revisto o papel do Hospital das Clínicas no campo de ação do SUS, integrando-o num sistema que ofereça serviços a uma demanda organizada e programada pelo gestor municipal ou Estadual, mediante a implantação de um consórcio para sua gestão. A autonomia das Universidades, por sua vez, vêm repercutindo negativamente no âmbito dos Hospitais Universitários, pois, ao invés de possibilitá-los de participar ativamente na gestão do SUS, são obrigados a se comportar como uma instituição prestadora de serviço, nos mesmos moldes do setor privado. Mais uma vez, é preciso rever a real missão dos Hospitais Universitários.



Recomendações

VIII RECOMENDAÇÕES

Sugerimos que as hipóteses, questionamentos e dados que foram colocados em discussão nesse estudo, se desdobrem em pesquisas posteriores, desenvolvidas através das ações de epidemiologia, para que sejam elaboradas estratégias de um modelo de gestão que atenda às necessidades da Unidade, a fim de torná-la compatível com sua missão de Hospital Terciário além do que possa também atender às necessidades da população.

Referências bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, J.D. **Polarização epidemiológica no Brasil**. In: Informe Epidemiológico do SUS. FNS, CENEPI, Ano I (2) , Brasília.1992
- BARROS, Marilisa B. **Saúde e classe social : Um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos**. Ribeirão Preto, 1983. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
- BARRETO, M.L; CARMO, E.H. **Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde**. In: Informe epidemiológico do SUS. FNS, CENEPI, Ano III (3-4), Brasília.1994
- BARRETO, J.D. et al. **Mudanças dos padrões de morbimortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas**. In : Epidemiologia e conhecimento médico. Revista de Saúde Coletiva. PHYSIS, v. 3, n. 1. 1993.
- BARROS, M.B. **Morbidade e mortalidade de crianças menores de um ano, em Ribeirão Preto , SP (Brasil) 1975**.In: Revista de Saúde Pública. São Paulo: v. 15, n.3, 1981.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, N ° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. In: CONASEMS. Publicações Técnicas, n. 2. Porto Alegre: dez, 1990.
- COSTA, M.C.N. et La : **Mortalidade e morbidade em um hospital pediátrico de Salvador**. In: Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: v. 12, n. 1-3, jan/set. 1985.
- CASELI, M.P. : **A morbidade hospitalar do idoso no município de São Carlos, SP em 1996**. São Paulo, (In mimo).

- CARVALHO, F.C. et al. **O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco**. Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí. Terezina: v. 1, n. 2, 1998.
- DEVER, G.E. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 212-235.
- DUCHIADE, M. P. **“População brasileira: um retrato em movimento”**. In: MINAYO, M. C. S. (org) **Os muitos Brasis**. São Paulo: HUCITEC- Abrasco. 1995. p 14-55.
- KOIFMAN, S. **“Incidência de Câncer no Brasil”**. In: MINAYO, M. C. S. (org) **Os muitos Brasis**. São Paulo: HUCITEC- Abrasco. 1995. p. 143-171.
- LAURENTI, R. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU, 1987. p.186.
- LEBRÃO et al. **Morbidade hospitalar por lesões e envenenamento**. In : Revista de saúde pública. São Paulo: v. 31, n. 4 , 1997.
- LEBRÃO, M.L. **Morbidade Hospitalar no Vale do Paraíba,1975**. São Paulo: Fonte: s.l; s n; p. 167,1982
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, TAB- Programa para realização de tabulações, construção de gráficos e mapas , nos ambientes DOS, WINDONS e Internet. Brasília. p.55.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE: **AIH/ Sistemas de Apoio à entrada de dados: Manual das Unidades Hospitalares**, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, SUS, Secretaria Nacional da Assistência à Saúde, Brasília. 1995.
- MENEGUHELL, S.N. et al. **Internações hospitalares no Rio grande do Sul**. In: Informe Epidemiológico do SUS, Ano VI (2), Brasília, 1997.
- MOREIRA, M.L. **Sistemas de Informação em saúde (In mimeo)**.
- MONTEIRO, C.A. **A evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Ucitec, 1996. p 349-355.
- ROCHA, S.M.M. et all : **Análise da morbidade e da população infantil atendida na Unidade de emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto,**

1980 a 1982. In: Medicina, 17(4) p.161-170, outubro/dezembro, Ribeirão Preto, 1984.

ROUQUARYOL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 4^a ed, 1999.

Universidade federal de Pernambuco / Hospital das Clínicas: **Novo modelo conceitual e operacional do HC/UFPE**. Recife: Ed. Universitária, 1997.