

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

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM MUNICÍPIOS
URBANOS E RURAIS DE PERNAMBUCO EM 1998.**

**KILMA MARIA DE MEDEIROS LACERDA
MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA**

ORIENTADOR: FÁBIO JOSÉ DELGADO LESSA

Recife, 1999

**KILMA MARIA DE MEDEIROS LACERDA
MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA**

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM MUNICÍPIOS
URBANOS E RURAIS DE PERNAMBUCO EM 1998.**

Monografia apresentada no XV Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Estudos em Saúde Coletiva-NESC, do Instituto Aggeu Magalhães- CpqAM, da Fundação Oswaldo Cruz –FIOCRUZ, pelas alunas Kilma Maria de Medeiros Lacerda e Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Fábio José Delgado Lessa.

Recife, 1999

**KILMA MARIA DE MEDEIROS LACERDA
MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA**

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM MUNICÍPIOS
URBANOS E RURAIS DE PERNAMBUCO EM 1998.**

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

Orientador: _____
Fábio José Delgado Lessa
Professor – NESC CPqAM/FIOCRUZ/MS

Debatedor: _____
Eduarda Angela Pessoa Cesse
Professor – NESC CPqAM/FIOCRUZ/MS

Recife, 1999

Sumário

Dedicatória

Agradecimentos

Apresentação

Lista de Tabelas e Gráficos

I - Introdução

1.1. Caracterização do problema

1.2. Marco Teórico

1.2.1. *Perfil e Transição Epidemiológica e Demográfica*

- Panorama Demográfico
- Determinantes do quadro Demográfico
- Panorama Sanitário
- Determinantes do quadro Epidemiológico

1.2.2. *Assistência Hospitalar e Desigualdades Regionais*

II – Objetivos

Geral

Específicos

III - Procedimentos Metodológicos

- Área de Estudo
- Desenho de Estudo
- População de Estudo
- Definição e Descrição das Variáveis
- Coleta de Dados
- Processamento e Análise dos Dados

IV - Resultados

V - Discussão

VI- Conclusões

VII- Referências Bibliográficas

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência. Também como ao meu orientador Fábio Lessa, pelo apoio, dedicação e crença neste trabalho.

Maria Luiza

Dedico o trabalho em primeiro lugar ao meu esposo e filhos pelo o apoio que me foi dado, possibilitando a conclusão de um ideal que a muito tempo era alimentado. A minha mãe que me possibilitou a estadia aqui no Recife.

Kilma Maria de Medeiros Lacerda

Agradecimentos

Ao nosso orientador, Fábio Lessa, pela dedicação e sabedoria , proporcionando-nos verdadeiro aprendizado.

A Coordenação do XV Curso de Especialização em Saúde Pública, pela organização e presença em todos os momentos.

Ao corpo Docente desta Instituição , pelo apoio e ensinamentos.

As colegas do XV Curso de Especialização em Saúde Pública, pela troca de experiências e companheirismo demonstrado.

Apresentação

O presente trabalho apresenta os perfis das internações hospitalares de municípios urbanos e rurais do Estado de Pernambuco no ano de 1998. Com o crescimento econômico observado em todo o país necessariamente após a década de 50, a industrialização condicionou novas distribuições espaciais da população. A população que era predominantemente rural começou a migrar para as cidades, com estas transformações o conceito e perfil da saúde também mudaram, vieram novas necessidades, interesses e expectativas. O diferencial urbano-rural continua sendo objeto de interesse de pesquisas principalmente pelas distintas realidades ligadas ao acesso, recursos físicos e humanos, qualidade de vida, valores culturais e econômicos.

Lista de Tabelas

Tabela 01 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo Diagnóstico, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 02 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo faixa etária, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 03 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo especialidade médica, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 04 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo a evolução da doença, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 05 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo mesorregião, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 06 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo microrregião, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 07 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo porte de hospital, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Tabela 08 – Distribuição de Internações Hospitalares e Média de Permanência no Leito, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Quadro – Percentual Médio de Internação por município de atendimento, em municípios urbanos e rurais-PE-1998.

Lista de Gráficos

Gráfico 01 – Distribuição de Internações hospitalares e razão de Internação, segundo sexo, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

Gráfico 02 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo tempo de permanência em leito, em municípios urbanos e rurais –PE-1998

Gráfico 03 – Distribuição de Internações Hospitalares e Razão de Internação, segundo a natureza dos hospitais, em municípios urbanos e rurais –PE-1998.

I - Introdução

1.1. Caracterização do Problema

No Brasil, as áreas urbanas, suburbana e rural são definidas por leis municipais. Consideram-se populações urbanas e suburbanas, entendidas estas últimas como prolongamento das primeiras, as populações residentes nas áreas das cidades (sedes municipais), das vilas (sedes distritais) e também, das aglomerações definidas como urbanas por órgãos oficiais. A população rural abrange todos os que residem fora dos limites das cidades, das vilas e das áreas urbanas isoladas (IBGE, 1989 apud Rouquayrol, 1999).

As definições de áreas urbanas e rurais podem ser usadas, na área da saúde como determinantes e variáveis de processo saúde e doença de populações. Tem-se conhecimentos que as populações rurais, na maioria das vezes, tem acesso difícil a serviços de saúde com infra estrutura precária comprovados pela constante migração de doentes a municípios urbanos.

Segundo PEREIRA(1995), as diferenças de ordem urbano-rural , em termos de saúde dependem do tipo de país ou região. Embora existam especificidades regionais, pode-se esperar que nas áreas rurais haja maior risco de doenças infecciosas e parasitárias. São nitidamente predominantes, neste ambiente, as zoonoses, os acidentes ofídicos, as intoxicações relacionadas ao uso de defensivos agrícolas e o câncer de pele. Nas áreas urbanas, devido ao melhor saneamento básico, há comparativamente menor risco de doenças infecciosas e parasitárias. É possível que predominem, nestas áreas, as doenças de transmissão sexual, a gripe e as demais infecções respiratórias agudas, bem como aquelas ligadas ao consumo de drogas, à poluição atmosférica, a violência e aos problemas de trânsito .

A distribuição diferenciada de saúde nas populações urbanas e rurais pode decorrer do fato da população rural despertarem bem menos interesse e receberem menos atendimento por parte das agências governamentais; seus componentes dispõem de poucas e precárias oportunidades de trabalho; caracterizam-se por baixos índices de escolaridade; apesar de ligados à terra são mal alimentados e desnutridos; baixa a proporção de domicílios com saneamento adequado. (ROUQUAYROL, 1999).

Quando refere-se rural e urbano está-se generalizando regiões mas não pode-se ao todo generalizar situações, sabe-se que dentro do urbano e do rural existem diferenciais no que diz respeito a fatores sócio-econômicos, culturais, políticos que vão direta ou indiretamente influir na saúde. Não pode-se esquecer que as áreas urbanas hoje são reflexo de migrações das áreas rurais e que muitas doenças ditas rurais encontram-se nas áreas urbanas .

Ao longo dos anos as doenças e a freqüência das mesmas tem mudado, não só de acordo com regiões, mas também por mudanças decorrentes de fatores ecobiológicos, sócio econômicos, políticos, culturais, médicos e ou de saúde pública, portanto, as mudanças nos perfis de morbidade são decorrentes de diversas motivações.

Geralmente os dados sócio-econômicos e de saúde são apresentados de forma agregada, descrevendo áreas abrangentes, como por exemplo rural em oposição a urbana. Este seria um dos motivos que explica serem as zonas urbanas consideradas, tradicionalmente superiores as rurais, em termos de saúde e padrão de vida (AKERMAN, 1994).

Nos últimos anos, o Brasil tem experimentado mudanças não só no que diz respeito à sua estrutura demográfica e epidemiológica, como também, nos aspectos financeiros e tecnológicos da assistência à saúde. Modificações consideráveis ocorreram em termos da mortalidade, morbidade, fecundidade e migração e essas alterações podem ter influído nas mudanças encontradas na assistência hospitalar (LEBRÃO, 1997).

O conhecimento dos principais diagnósticos mostra tendências de morbidade quando são analisados e comparados periodicamente para a determinação da região (MATHIAS & SOBOLL, 1994).

No Brasil, as hospitalizações pagas pelo sistema público de saúde são conhecidas através de um instrumento preenchido nos hospitais, obrigatório para a internação dos pacientes e para posterior recebimento dos pagamentos referentes a essas internações, que é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esse documento contém todas as informações relativas às internações, como dados demográficos, diagnósticos, procedimentos realizados e custos, o que permite o

conhecimento do perfil da morbidade atendida por essa parcela do sistema e, de maneira importante, o cálculo dos custos das diferentes causas de internação. (LEBRÃO, 1997).

Este trabalho objetiva conhecer o perfil da morbidade hospitalar, através da AIH, de municípios urbanos e rurais de Pernambuco, no ano de 1998. Tal estudo justifica-se pela ausência de trabalhos que tracem diferenciais entre ambientes urbanos e rurais, sobretudo no que se refere a morbidade. Como também o conhecimento detalhado das situações de morbidade para melhor direcionamento e planejamento das ações de saúde.

1.2. Marco Teórico

1.2.1. Perfil e Transição Epidemiológica e Demográfica

Panorama Demográfico

Em todo o mundo o crescimento populacional se dá de forma acelerada. Segundo Pereira (1995), ao que se presume, somente no século I d.C. a população mundial alcançou a marca de 210 milhões de habitantes. Mil anos depois, esse número ascendia a 284 milhões de pessoas, passando para 500 milhões, em 1650; 1 bilhão, em 1800; 2 bilhões, em 1930; 3 bilhões, em 1960; 4 bilhões, em 1975; e 5 bilhões em 1986. As estimativas para a virada do século são de cerca de 6 bilhões de habitantes.

O crescimento de uma população é expresso pelo número de “nascimentos” somado ao de “imigrantes”, descontando-se, do resultado, o número de “óbitos” e de “emigrantes”. Deve-se dispor: 1) do tamanho da população em um dado momento, conhecido através de recenseamento, e 2) do número de nascimentos, óbitos e migrantes, ocorridos à partir de então (PEREIRA, 1995).

Em 1872, de acordo com o primeiro censo, realizado no Brasil, a população do País era de cerca de 10 milhões de habitantes; em 1900, esse número situava-se em pouco mais de 17 milhões; em 1950, foram contados perto de 52 milhões de pessoas; no ano de 1980, a cifra era quase 120 milhões de habitantes; e, em 1991, de cerca de 146 milhões (PEREIRA, 1995). Tais conhecimentos nos proporcionam a possibilidade de trabalhar com projeções, para o planejamento de ações de saúde.

O Estado de Pernambuco, apresentou no último censo, uma população estimada de 7.360.900 habitantes, possui uma área de 98.281 Km² e uma densidade demográfica de 72,5 hab./Km². Nosso Estado é o segundo mais populoso da região Nordeste e o sétimo no Brasil. As regiões mais populosas são o litoral e zona da mata, onde se localizam as principais cidades. A menos populosa é a região do sertão (IBGE,1996).

O Estado de Pernambuco vem tendo reduzida sua participação no contingente populacional do País, devido a fatores demográficos e migratórios. O crescimento demográfico tem sido um dos menores registrados no País (1,66%), sendo maior apenas que Paraná (0,85% ao ano), Rio de Janeiro (0,93% ao ano) e Paraíba (1,32% ao ano) . Apesar da queda nas taxas de crescimento populacional, a densidade demográfica vem crescendo, passando de aproximadamente 42 hab./Km² em 1960 para 72 hab./Km² em 1991. (IBGE,1996).

Determinantes do Panorama Demográfico

Tanto do ponto de vista político quanto do da evolução sócio econômica, considera-se usualmente a data de 1930 como ponto de inflexão na história da modernização brasileira , com a quebra da hegemonia da economia agrícola e a dinamização da indústria nacional acelerando os fluxos migratórios rurais e urbanos. Assim ao lado da interiorização da população , devido à expansão de sucessivas fronteiras agrícolas, ocorre simultaneamente o fenômeno da concentração em cidades cada vez maiores (DUCHIADE, apud MINAYO, 1995)

A demografia tem demonstrado que as populações crescem ou diminuem de acordo com as taxas de natalidade e de mortalidade e com as migrações (CARVALHO, 1985). Durante séculos, os países da Europa conviveram com a alternância de altos índices de mortalidade e natalidade. Vieram as catástrofes, epidemias, fome e guerras diminuindo as populações de forma considerável. Por outro lado, as pessoas casavam-se ainda adolescentes e morriam cedo também. A esperança de vida era em torno de 20 anos e o crescimento populacional era praticamente zero.

Nos últimos anos esta situação vem se modificando. A diminuição das catástrofes e seus efeitos e o progresso ocorrido em diversos aspectos da vida em geral, sobretudo associados à industrialização, permitiu a redução gradativa da mortalidade. Vale salientar que a fecundidade resiste mais as mudanças e permanecendo alta, dá lugar ao crescimento populacional. Tais alterações deram origem à teoria da transição demográfica, que postula que os países tendem a percorrer, progressivamente 4 estágios na sua dinâmica populacional, evoluindo de padrões caracterizados por alta mortalidade e alta fecundidade, para os de baixos níveis de mortalidade e fecundidade (PEREIRA, 1995).

No Brasil, a transição demográfica não está completa, situa-se no terceiro estágio da transição, apresentando um aumento da população, porém em ritmo decrescente. A fecundidade entendida como capacidade de procriar, no Brasil é colocada na faixa etária entre 10 e 49 anos de idade na mulher e pode ser medida através de registros civis, recenseamentos e inquéritos. A taxa de fecundidade total no País em 1991 foi de 2,7 filhos por mulher contra 6,2 no ano de 1940 (PEREIRA, 1995), ou seja, as taxas de fecundidade tem decrescido e contribuído com a estabilização da população.

Os fatores determinantes da fecundidade são os mais diversos, podem estar localizados no próprio ser humano e no meio ambiente. O desenvolvimento sócioeconômico, fatores biológicos e comportamentais correlacionam-se de forma complexa (PEREIRA, 1995:149). Nos ambientes rurais a fecundidade, ou taxa de natalidade é diferente dos centros urbanos; no primeiro existe uma necessidade de mais filhos para poderem participar da vida produtiva da família, aí os filhos são sinônimo de força de trabalho; já nas cidades a sobrecarga do dia-a-dia, o alto custo para moradia, educação, alimentação, distância para os locais de trabalho contribuem para o repensar da procriação.

A mortalidade é fator determinante dos aspectos demográficos. Segundo Pereira (1995), o simples conhecimento do nível de mortalidade de uma população permite fazer inferências sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem. A distribuição dos óbitos possibilita-nos a identificação dos grupos mais afetados por determinados agravos à saúde, definir problemas prioritários e orientar a alocação de recursos.

As fontes para o seu conhecimento são: estatísticas de anuários, relatórios e, outras publicações (Internacionais, Nacionais e Estaduais); atestados de óbitos; registros e livros de autópsias; prontuários e estatísticas hospitalares; registros especiais de doenças; inquéritos; recenseamentos demográficos e registros diversos. A mortalidade geral esta reduzida a um terço da que era registrada um século antes. Cerca de 30 óbitos por 1.000 habitantes em meados do século XIX, decresceu para um nível inferior a 10 óbitos por 1.000 habitantes, no final do século XX (PEREIRA, 1995).

Como a fecundidade e a mortalidade estão decrescendo significativamente em todas as regiões Metropolitanas, o que tem diferenciado a dinâmica demográfica de cada uma delas tem sido a migração. O crescimento econômico observado no Brasil no período 1950-1978 teve como suporte a industrialização e condicionou a distribuição espacial da população. Neste caso, a localização da produção industrial nos diversos Estados foi fator de peso no processo de redistribuição da população (CAMARANO,1986).

Segundo Camarano (1986) é importante considerar que a maior parte dos investimentos públicos e privados estão concentrados nas cidades. Na maioria das vezes não se coloca para o migrante a alternativa de ficar no campo ou deslocar-se para as cidades. As transformações ou as não transformações (a estagnação) que aí ocorrem, a destruição do emprego nessas áreas, os fatores climáticos tal como a seca, tornam os grandes centros urbanos a única possibilidade de sua sobrevivência.

As taxas de desemprego, os dados sobre sub-remuneração, subemprego e tamanho do setor informal; da Região Nordeste permite ter uma idéia de qualidade do emprego oferecido pelas áreas urbanas e do que significa esse poder de atração. Isto requer que se leve em consideração num estudo sobre deslocamentos populacionais, além dos fatores de atração, os de expulsão que estão muito presentes na zona rural nordestina. Há que se destacar o papel do consumo no sentido amplo (infra-estrutura urbana), os laços de parentesco, a modernização, para entender porque a população brasileira prefere ser pobre na cidade do que no campo (CAMARANO, 1986).

Com o avanço da transição demográfica, mudam o quantitativo, a composição e as principais características da população, tendo influência muito próxima nas

situações e perfis de saúde. Por isso juntamente com a transição demográfica temos a transição epidemiológica, que será discutida como se segue.

Panorama Epidemiológico

O perfil epidemiológico da população mundial tem mudado no decorrer dos anos. Segundo Pereira (1995) no início da vida de um povo, predominam as doenças infecciosas e parasitárias. Progressivamente cedem lugar às condições crônico-degenerativas, que passam a ser prevalentes especialmente nos idosos.

Importantes transformações, ao longo do século, ocorreram nos países do primeiro mundo, principalmente na Europa e América do Norte, conseguiram controlar e erradicar várias doenças infecciosas e parasitárias. Em consequência, a Segunda metade deste século caracteriza-se pela predominância das “doenças da modernidade”, como: as crônicas e degenerativas, particularmente as cardiovasculares, hipertensão e diabetes, acidentes de trânsito, SIDA(Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) e de outros víruses e neoplasias (FREESE DE CARVALHO, 1998)

A população brasileira, permanece, como na última década, com predominância das doenças da modernidade sem, contudo, ter-se libertado da elevada morbidade por doenças do subdesenvolvimento. Como agravante, persiste e ou aumenta a morbidade por doenças transmissíveis (dengue, cólera, AIDS e tuberculose), enquanto a violência expande-se com rapidez nos centros urbanos, elevando-se a mortalidade particularmente por homicídios entre jovens (ROUQUAYROL, 1999).

Em 1979, a diarreia era a segunda principal causa isolada de morte no país, atrás apenas dos derrames. Em 1995, tinha despencado para o 10º lugar, e o número de mortes havia caído para ¼ do que era a 16 anos antes. Ao mesmo tempo os óbitos por infarto pularam de 34 mil para 54 mil e passaram ao segundo lugar entre as causas de morte dos brasileiros. A população envelheceu, as condições de saúde melhoraram, e as mortes passaram a ocorrer em uma idade mais avançada, aumentando a expectativa de vida. Em 1979, 25% das mortes atingiam crianças com menos de 1 ano, enquanto 47% estavam concentradas na população com 50 anos ou mais. Em 1995 esse quadro havia mudado. As mortes de menores de 1 ano caíram para 9% do total, enquanto as pessoas com mais de 50 anos eram atingidas por 63% dos óbitos (TOLEDO, 1998).

Estes dados não colocam o Brasil em patamar de país desenvolvido, existem muitas diferenças regionais e de classes sociais que tornam esta transição epidemiológica peculiar. Temos hoje a presença marcante das doenças crônico-

degenerativas, mas lidamos constantemente com doenças endêmicas (tuberculose) e reemergentes (dengue, cólera, febre amarela, hepatite, malária) , (TOLEDO,1998

Em Pernambuco em 1996), foram identificados como principais causas de internações , em ordem decrescente de magnitude, as doenças do aparelho respiratório, DIPS, doenças cardiovasculares, enfermidades do aparelho digestivo, transtornos mentais e afecções perinatais (foram excluídas as complicações na gravidez, parto e puerpério, em virtude da predominância do parto normal, evento que não retarda o quadro patológico) (FREESE DE CARVALHO, et al, 1998)

Determinantes do Panorama Epidemiológico

Na transição demográfica e epidemiológica há algumas diferenças que podem ser apontadas em função do nível de desenvolvimento sócio-econômico. Nas sociedades que já completaram a sua transição demográfica, ou seja, os atuais países desenvolvidos, a transição epidemiológica se deu cedo, dada às mudanças estruturais e à melhoria progressiva dos padrões de vida e dos ganhos extraordinários na área de saúde. Eles possuem população relativamente estável, idosa, com alta taxa de esperança de vida.

Ao contrário dos países desenvolvidos, nos países do Terceiro mundo a transição começou mais tarde e esta sendo mais rápida. Tal fato traduz-se, não pelas mudanças estruturais, favorecendo progressivamente melhorias na qualidade de vida, mas pelas descobertas científicas e os progressos da tecnologia, colocando à disposição da população maneiras eficazes de combate as doenças, especialmente na segunda metade do século XX, que muitos conhecimentos foram gerados, proporcionando o melhor desempenho das medidas preventivas e curativas.

As mudanças que houveram no cenário político-econômico-demográfico do País, com o crescimento da economia nacional nos anos 70 e a grave recessão dos anos 80 somados a rápida urbanização do País; a expansão da população atendida por serviços de saneamento, particularmente o abastecimento de água potável; o aumento da escolaridade da população jovem; a expansão da cobertura da rede básica de saúde e da assistência hospitalar; os declínios das taxas de fecundidade; a redução do ritmo de

crescimento populacional e o progressivo envelhecimento da população vem modificando aos poucos o perfil de morbimortalidade.

A aceleração do processo de urbanização com inversão das proporções entre a população rural e urbana, favorecem determinadas morbidades. Segundo Rouquayrol (1999), na área rural dado seu modo de viver, sem terra própria, sem acesso a escola e por serem desassistidas, as populações estão mais sujeitas às doenças associadas ao tipo de habitação, saneamento ambiental, uso de defensivos agrícolas etc. Para essas populações, são comuns os acidentes ofídicos, envenenamento por pesticidas e doenças transmissíveis.

Não deve ser ignorado que em algumas áreas urbanas, especialmente nas metrópoles onde a exploração e a especulação imobiliária coexistem com o fluxo migratório, tendo sido registrada, em suas periferias, a presença das chamadas “endemias rurais”. Existe também agravos associados aos fatores resultantes de aglomerações, estresses advindos de relações sociais competitivas, poluição da atmosfera, hábitos urbanos incompatíveis com a boa saúde, além da miséria existente nas periferias urbanas. A promiscuidade sexual, tem facilitado a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis; a alta concentração de veículos automotores gera, além da poluição atmosférica, alta proporção de acidentes; a anomia e a desorganização social levam algumas vezes ao suicídio ou ao homicídio e, com frequência, ao abuso do álcool e de drogas proibidas (ROUQUAYROL,1999).

Atualmente um instrumento muito usado para conhecer a morbidade de determinada população é a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), por ser instrumento que tem ampla cobertura, sendo usada por todas as unidades de saúde ligadas ao SUS e por transportar informações importantes no que diz respeito a dados demográficos, diagnóstico principal e secundário, procedimentos, tempo de permanência, tipo de saída.

1.2.2. Internação Hospitalar como Fonte de Estudos de Morbidade

A medida da saúde é um dos temas centrais da epidemiologia. A obtenção de uma estimativa quantificada da saúde pode ser tarefa relativamente difícil pois

envolve inúmeras variáveis e geralmente é investigada através de informações sobre doença.

O dados de morbidade interessam, no campo da saúde pública, ao planejador, ao administrador, ao pesquisador, ao epidemiologista e a toda comunidade ligada ao SUS. Seu emprego ainda abrange a medicina clínica, a prevenção de agravos à integridade física, o planejamento de seguros de vida e todos os campos nos quais a variável saúde esteja em foco de interesse (ROUQUAYROL, 1999).

A Morbidade Hospitalar representa um dado importante para medir o grau de utilização dos serviços hospitalares, bem como permite derivar informações sobre as doenças mais graves que requerem hospitalização e por cuja causa os indivíduos são efetivamente hospitalizados (PUGLIESI, C et al, 1971).

O sistema de informação hospitalar do SUS não tem objetivo epidemiológico, estando voltado para controle financeiro. Esse arquivo de dados da assistência médica, criado com a finalidade contábil e baseado no sistema de “autorização de internação hospitalares” (AIH), pode ser utilizado para informar sem distorções, o perfil de morbidade hospitalar da população. O sistema abrange grande parte da assistência hospitalar no País, correspondendo a hospitais públicos (federais, estaduais e municipais), universitários (públicos ou privados), filantrópicos e contratados à iniciativa privada (PEREIRA, 1995).

É importante registrar que, no período de 1991-93, os recursos destinados à assistência hospitalar representaram em média aproximadamente 75% do total de recursos despendidos em serviços médico assistências do SUS (Ugá & Reis, 1994).

A AIH (Autorização de Internação Hospitalar) é um documento que contém todas as informações relativas à internações, como dados demográficos, diagnósticos, procedimentos realizados e custos e, de maneira importante, o cálculo dos custos das diferentes causas de internação. Estima-se que o sistema AIH, atualmente é responsável por 80% da assistência médico- hospitalar prestada à população brasileira, e representa cerca de 1.200.000 internações por mês, aproximadamente 14.000.000 internações por ano, em 6.380 unidades hospitalares, em 1991 (LEVCOVITZ e PEREIRA apud LEBRÃO, 1997). Pode-se com isso ter um perfil das morbidades mais graves ocorridas no País e que leva a hospitalização.

II - Objetivos

*** Objetivo Geral :**

Estudar o perfil das Internações Hospitalares em Municípios com população Rural e Urbana no Estado de PE, no ano de 1998.

*** Objetivos Específicos:**

- Caracterizar as Internações Hospitalares de Municípios Rurais de PE em 1998, segundo as variáveis: diagnóstico, sexo, faixa etária, tempo de permanência em leito, especialidade, natureza hospitalar, evolução, mesorregião, microrregião, porte de hospital, valor médio do internamento e município de atendimento.
- Caracterizar as Internações Hospitalares de Municípios Urbanos de PE em 1998, segundo as variáveis: diagnóstico, sexo, faixa etária, tempo de permanência em leito, especialidade, natureza hospitalar, evolução, mesorregião, microrregião, porte de hospital, valor médio do internamento e município de atendimento.
- Comparar os achados encontrados em residentes de municípios rurais com os achados encontrados de residentes em municípios Urbanos, no Estado de PE, no ano de 1998.

III - Procedimentos Metodológicos:

Área de estudo:

Municípios rurais

- **Terezinha:** foi criado em 20/12/1963, pertence a mesorregião do agreste e a microrregião de Garanhuns. Possui uma área de 142 Km², distante da capital do Estado 250,9 Km. Limita-se ao Norte com os municípios de Sola e Garanhuns, ao sul com o

município de Bom Conselho, ao leste com Brejão e ao oeste com o município de Bom Conselho.

Este município possui um distrito, Terezinha. Com população total de 6.349 habitantes; sendo 1279 urbanos e 5.070 rural. Sua taxa de urbanização é de 20% e densidade demográfica de 45 habitantes por Km². A população estimada para 1998 foi de 6.190 habitantes. Esperança de vida ao nascer de 58,9 anos e taxa de mortalidade infantil de 103,2 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 1.021 mil reais, sendo 111 mil reais destinados à saúde e saneamento. Existe 1 unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Paranatama:** foi criado em 20/12/1963, pertence a mesorregião do agreste e a microrregião de Garanhuns. Possui uma área de 272,7Km² distante da capital do Estado 247,8Km. Limita-se ao Norte com o município de Caetés, ao sul com o município de Salo, ao leste com Garanhuns e ao oeste com o município de Pedra.

Este município possui um distrito, Paranatama e um povoado, Brejo Velho. Com população total de 12.195 habitantes; sendo 1242 urbanos e 10.953 rural. Sua taxa de urbanização é de 10% e densidade demográfica de 45 habitantes por Km². A população estimada para 1998 foi de 12.775 habitantes. Esperança de vida ao nascer de 54,4 anos e taxa de mortalidade infantil de 139,3 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 1.562 mil reais, sendo 164 mil reais destinados à saúde e saneamento. Não existe nenhuma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Frei Miguelinho:** foi criado em 20/12/1963, pertence a mesorregião do agreste e a microrregião Alto Capibaribe. Possui uma área de 215,8Km² distante da capital do Estado 166,1Km. Limita-se ao Norte com o município de Santa Maria de Cambucá, ao sul com o município de Riacho das Almas e Caruaru, ao leste com Surubim e ao oeste com o município de Vertentes.

Este município possui dois distritos, Frei Miguelinho e Lagoa de João Carlos e dez povoados, Chá do Carmo, Placas, Patos Valdemar Lins ou Topado, Algodões, Manso, Capivara, Chá Grande, Sete Ranchos e Passagem. Com população total de 12.867 habitantes; sendo 2.267 urbanos e 10.600 rural. Sua taxa de urbanização é de 18% e

densidade demográfica de 60 habitantes por Km². A população estimada para 1998 foi de 12.385 habitantes.

Apresenta uma receita total de 1.980 mil reais, sendo 447 mil reais destinados à saúde e saneamento. Esperança de vida e mortalidade infantil?

Possui um único hospital ligado ao SUS.

- **Santa Maria de Cambucá:** foi criado em 20/12/1963, pertence a mesorregião do agreste e a microrregião Alto Capibaribe. Possui uma área de 94,5Km² distante da capital do Estado 153,5Km. Limita-se ao Norte com o Estado da Paraíba, ao sul com o município de Frei Miguelinho, ao leste com Surubim, Vertentes e Liria e ao oeste com o município de Vertentes.

Este município possui um distrito, Santa Maria de Cambucá e dois povoados, Caramuru e Sete Ranchos. Com população total de 11.516 habitantes; sendo 2.101 urbanos e 9.415 rural. Sua taxa de urbanização é de 18% e densidade demográfica de 60 habitantes por Km². A população estimada para 1998 foi de 11.571 habitantes. Esperança de vida de 55,2 anos e taxa de mortalidade infantil de 132,9 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 2.008 mil reais, dos quais 363 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Não possui nenhuma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Serrita:** foi criado em 27/06/1934, pertence a mesorregião do sertão e a microrregião Salgueiro. Possui uma área de 1.602Km² distante da capital do Estado 535,5Km. Limita-se ao Norte com o Estado do Ceará, ao sul com o município de Terra Nova, ao leste com Cedro e Salgueiro e ao oeste com os municípios de Moreilândia e Granito.

Este município possui três distritos, Serrita, Ipueira e Ori e um povoado, Santa Rosa. Com população total de 16.830 habitantes; sendo 3.746 urbanos e 13.084 rural. Sua taxa de urbanização é de 22% e densidade demográfica de 11 habitantes por Km². A população estimada para 1998 foi de 16.199 habitantes. Esperança de vida de 61,8 anos e taxa de mortalidade infantil de 81,8 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 3.233 mil reais, dos quais 586 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

-**Tupanatinga:** foi criado em 20/12/1963, pertence a mesorregião do agreste e a microrregião Vale do Ipanema. Possui uma área de 869,8Km² distante da capital do Estado 305,8Km. Limita-se ao Norte com o município de Sertânia, ao sul com o município de Itaíba, ao leste com Buíque e ao oeste com o município de Ibimirim.

Este município possui um distrito, Tupanatinga e três povoados, Monte Verde, Cabo do Campo e Boqueirão. Com população total de 19.197 habitantes; sendo 5.129 urbanos e 14.068 rural. Sua taxa de urbanização é de 27% e densidade demográfica de 22 habitantes por Km². A população estimada para 1998 foi de 19.254 habitantes. Esperança de vida de 58,4 anos e taxa de mortalidade infantil de 106,6 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 1882 mil reais, dos quais 309 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

-**Carnaíba:** foi criado em 29/12/1953, pertence a mesorregião do sertão e a microrregião do Pajeú. Possui uma área de 429,7Km² distante da capital do Estado 395,1Km. Limita-se ao Norte com o Estado da Paraíba e Solidão, ao sul com o município de Custódia, ao leste com Afogados da Ingazeira ao oeste com o município de Quixabá e Flores.

Este município possui dois distritos, Carnaíba e Ibitiranga e três povoados, Ité, Novo Pernambuco e Serra Branca. Com população total de 18.113 habitantes; sendo 5.352 urbanos e 12.761 rural. Sua taxa de urbanização é de 30% e densidade demográfica de 42 habitantes por Km². Esperança de vida de 59,2 anos e taxa de mortalidade infantil de 100,5 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 2.931 mil reais, dos quais 704 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Santa Maria da Boa Vista:** foi criado em 07/06/1972, pertence a mesorregião do São Francisco e a microrregião de Petrolina. Possui uma área de 2.977,8Km² distante da capital do Estado 615,8Km. Limita-se ao Norte com o município de Parnamirim e Santa Cruz, ao sul com o Estado da Bahia, ao leste com Orocó ao oeste com o município de Lagoa Grande.

Este município possui três distritos, Santa Maria da Boa Vista, Carnaúbas e Urimaman , e cinco povoados, Vila de Cupira, Açude do Saco II, Vila de Inhamum, Milano e Vermelho. Com população total de 31.817 habitantes; sendo 13.312 urbanos e 18.588 rural. Sua taxa de urbanização é de 42% e densidade demográfica de 11 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 33.291 habitantes. Esperança de vida de 59,2 anos e taxa de mortalidade infantil de 101,1 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 7.440 mil reais, dos quais 2.126 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

Municípios Urbanos

- **Itacaruba:** foi criado em 20/12/1963, pertence a mesorregião do São Francisco e a microregião de Itaparica. Possui uma área de 438,5Km² distante da capital do Estado 471,8Km. Limita-se ao Norte com o município de Belém de São Francisco, ao sul com o Estado da Bahia, ao leste com Floresta ao oeste com o município de Belém de São Francisco.

Este município possui um distrito, Itacaruba . Com população total de 3.720 habitantes; sendo 3.023 urbanos e 679 rural. Sua taxa de urbanização é de 81% e densidade demográfica de 8 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 3.877 habitantes. Esperança de vida de 64,3 anos e taxa de mortalidade infantil de 64,7 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 3.857 mil reais, dos quais 772 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Toritama:** foi criado em 29/12/1953, pertence a mesorregião do Agreste e a microrregião do Alto Capibaribe. Possui uma área de 34,8Km² distante da capital do Estado 152,7Km. Limita-se ao Norte com o município de Taquaritinga do Norte, ao sul com o município de Caruaru, ao leste com Caruaru ao oeste com o município de Taquaritinga do Norte.

Este município possui um distrito, Toritama e um povoado, Cacimbas . Com população total de 18.455 habitantes; sendo 17.179 urbanos e 1.276 rural. Sua taxa de urbanização é de 93% e densidade demográfica de 530 habitantes por Km². População

estimada para 1998 foi de 19.333 habitantes. Esperança de vida de 59,4 anos e taxa de mortalidade infantil de 99,4 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 2.245 mil reais, dos quais 429 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui duas unidades hospitalares ligadas ao SUS.

- **Barra de Guabiraba:** foi criado em 31/12/1958, pertence a mesorregião do Agreste e a microrregião de Brejão. Possui uma área de 118,1Km² distante da capital do Estado 132,6Km. Limita-se ao Norte com o município de Gravatá e Sair, ao sul com o município de Bonito, ao leste com Cortês ao oeste com o município de Bonito

Este município possui um distrito, Barra de Guabiraba. Com população total de 10.915 habitantes; sendo 8.979 urbanos e 1.936 rural. Sua taxa de urbanização é de 82% e densidade demográfica de 92 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 11.091 habitantes. Esperança de vida de 60,2 anos e taxa de mortalidade infantil de 98,3 por mil nascidos.

- **Camocim de São Felix:** foi criado em 29/12/1953, pertence a mesorregião do Agreste e a microrregião de Brejão. Possui uma área de 50,8Km² distante da capital do Estado 113,7Km. Limita-se ao Norte com Sair, ao sul com o município de Bonito e São Joaquim do Monte, leste com Sair ao oeste com o município de Bezerros.

Este município possui um distrito, Camocim de São Felix e um povoado, Santa Luzia. Com população total de 14.380 habitantes; sendo 11.559 urbanos e 2.821 rural. Sua taxa de urbanização é de 80% e densidade demográfica de 283 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 14.564 habitantes. Esperança de vida de 50,7 anos e taxa de mortalidade infantil de 172,3 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 1.896 mil reais, dos quais 290 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Condado:** foi criado em 31/12/1958, pertence a mesorregião da Mata e a microrregião da Mata Setentrional. Possui uma área de 90,9Km² distante da capital do Estado 83,6Km. Limita-se ao Norte com Iaul, ao sul com o município de Itaquitinga e Nazaré da Mata, leste com Goiana ao oeste com o município de Aliança.

Este município possui um distrito, Condado e um povoado, Antigo Estado Condado-Aliança. Com população total de 20.043 habitantes; sendo 17.330 urbanos e 2.713

rural. Sua taxa de urbanização é de 86% e densidade demográfica de 220 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 20.917 habitantes. Esperança de vida de 57,7 anos e taxa de mortalidade infantil de 112,6 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 2.491 mil reais, dos quais 565 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Itapissuma:** foi criado em 14/05/1982, pertence a mesorregião Metropolitana e a microrregião de Itamaracá. Possui uma área de 74,3Km² distante da capital do Estado 40,5Km. Limita-se ao Norte com Goiana, ao sul com o município de Igarassu, leste com Itamaracá oeste com o município de Igarassu.

Este município possui um distrito, Itapissuma e um povoado, Agrovila Botafogo (parte). Com população total de 19.186 habitantes; sendo 16.077 urbanos e 3.109 rural. Sua taxa de urbanização é de 84% e densidade demográfica de 258 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 20.022 habitantes. Esperança de vida de 61,2 anos e taxa de mortalidade infantil de 86,3 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 6.571 mil reais, dos quais 791 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui uma unidade hospitalar ligada ao SUS.

- **Nazaré da Mata:** foi criado em 20/05/1933, pertence a mesorregião Mata e a microrregião da Mata Setentrional. Possui uma área de 141,9Km² distante da capital do Estado 50,1Km. Limita-se ao Norte com Aliança, Condado e Itaquitinga, ao sul com o município de Tracunhaém, leste com Tracunhaém e oeste com o município de Buenos Aires e Carpina.

Este município possui um distrito, Nazaré da Mata. Com população total de 27.949 habitantes; sendo 22.724 urbanos e 5.225 rural. Sua taxa de urbanização é de 81% e densidade demográfica de 197 habitantes por Km². População estimada para 1998 foi de 28.353 habitantes. Esperança de vida de 58,3 anos e taxa de mortalidade infantil de 107,7 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 5.496 mil reais, dos quais 531 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui duas unidades hospitalar ligada ao SUS.

- **Palmares** foi criado em 24/05/1973, pertence a mesorregião Mata e a microrregião da Mata Meridional. Possui uma área de 376,2Km² distante da capital do Estado

120,2Km. Limita-se ao Norte com Bonito, ao sul com o município de Xexéu, leste com Joaquim Nabuco e Água Preta e oeste com o município de Catende.

Este município possui dois distritos, Palmares e Santo Antônio dos Palmares e um povoado, Usina Serra Azul . Com população total de 56.439 habitantes; sendo 43.799 urbanos e 12.640 rural. Sua taxa de urbanização é de 78% e densidade demográfica de 150 habitantes por Km². Esperança de vida de 60,4 anos e taxa de mortalidade infantil de 92,1 por mil nascidos.

Apresenta uma receita total de 8.716 mil reais, dos quais 0 mil reais são gastos com saúde e saneamento. Possui três unidades hospitalar ligada ao SUS.

Desenho de estudo : Transversal, observacional descritivo do tipo estudo Seccional.

A escolha deste tipo de estudo se deu em função das vantagens por ele oferecidas para se atingir os objetivos propostos no trabalho, além de utilizar dados produzidos nas instituições (dados secundários) envolvem baixos custos e tempos curtos.

Vale salientar que o uso dos dados secundários, pode de alguma maneira não englobar amostra real de toda população, ficando sempre grupos excluídos.

População de estudo :

Foram selecionados os municípios que apresentam população maior ou igual a 75% residente em área rural do Estado de Pernambuco. Totalizaram 22 municípios distribuídos em cinco grupos populacionais, a seguir:

grupo 1: < de 10.000 habitantes

grupo 2: de 10.000 a 20.000 habitantes

grupo 3: de 20.000 a 30.000 habitantes

grupo 4: de 30.000 a 40.000 habitantes

grupo 5: > de 40.000 habitantes.

Depois desta seleção, foram identificados os municípios que tinham população maior ou igual a 75% residente em área urbana. Totalizaram 25 municípios que foram distribuídos nos mesmos grupos populacionais dos municípios rurais. Fez exceção o distrito de Fernando de Noronha, por caracterizar-se em uma ilha com menos de 2.000 habitantes.

Com a finalidade de realizar estudo comparativo, foram selecionados os municípios urbanos que apresentassem os mesmos critérios para que parecem com a população dos municípios rurais. Desta forma, foram oito os municípios rurais da estratificação que tiveram seus perfis de morbidade comparados com oito municípios urbanos de características populacionais semelhantes.

Os 22 municípios rurais selecionados foram: Afrânio, Betânia, Bodocó, Brejão, Caetés, Calumbi, Capoeiras, Caraíba, Flores, Frei Miguelinho, Granito, Ibirajuba, Itaíba, Orobó, Paranatama, Santa Maria da Boa Vista, Santa Maria do Cambucá, Serrita, Solidão, Terezinha, Tupanatinga e Verdejante.

Os 25 municípios urbanos selecionados foram: Abreu e Lima, Arcoverde, Barra de Guabiraba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Camocim de São Félix, Carpina, Caruaru, Condado, Garanhuns, Gravatá, Itacuruba, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Nazaré da Mata, Olinda, Palmares, Paudalho, Paulista, Recife, Santa Cruz do Capibaribe, Toritama e Vitória de Santo Antão.

Os 8 municípios rurais sorteados foram:

grupo 1: Terezinha

grupo 2: Paranatama, Frei Miguelinho, Santa Maria de Cambucá, Serrita, Tupanatinga.

grupo 3: Carnaíba

grupo 4: Nenhum

grupo 5: Santa Maria da Boa Vista

Os 8 municípios urbanos pareados foram :

grupo 1: Itacuruba

grupo 2: Toritama, Itapissuma, Condado, Camocim de São Felix, Barra de Guabiraba

grupo 3: Nazaré da Mata

grupo 4: Nenhum

grupo 5: Palmares

Definição das variáveis :

- **Diagnóstico:** descrito na AIH segundo capítulo da CID, Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Neoplasias, Doenças do sangue órgãos hemat. E transt. Imunitár., Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, Doença do Sistema Nervoso, Doenças do olho e anexos, Doenças do ouvido e da apófise mastóide, Doenças do aparelho circulatório, Doenças do aparelho respiratório, Doenças do aparelho digestivo, Doenças da pele e do tecido subcutâneo, Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, Doenças do aparelho geniturinário, Gravidez parto e puerpério, Algumas afecções originadas no período perinatal, Malf. Cong. Deformid. E anomalias cromossômicas, Sintomas sinais e achados anorm. ex. clin. e laborat., Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas, Causas externas de morbidade e mortalidade, Contatos com serviços de saúde, CID 10ª revisão não disponível não preenchível inválida.
- **Sexo:** transcrito da AIH apresentando o código 1 para masculino e código 3 para feminino.
- **Faixa etária:** definida pela diferença da data do internamento pela data do nascimento, < de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 a + de 80 anos, ignorado.
- **Tempo de permanência em leito:** definido pela diferença da data da alta pela data do internamento: 0 ,1,2,3,4,5,6,7,8-14,15-21,22-18 e 29 dias.

- **Evolução:** transcrita da variável motivo cobrança contido na AIH, tais quais: alta, permanência, transferencia, óbito , ignorado.
- **Natureza hospitalar:** transcrito da variável natureza hospitalar contida na AIH, próprio, privado, público, filantrópico, universitário ensino.
- **Valor médio do internamento:** é a razão entre o valor total pela frequência dos internamentos
- **Especialidade:** definida pela especialidade médica contida na AIH, cirurgia, obstetrícia, clínica médica, crônico/FPT, psiquiatria, fisiologia, pediatria, reabilitação, psi/hosp.dia, ignorado
- **Município de atendimento:** definido conforme registro da AIH, município de atendimento=município de residência.
- **Meso região:** região identificada na AIH dentro da divisão, Sertão PE, Sertão do São Francisco PE, Agreste PE, Mata PE, Recife.
- **Micro região:** identificada na AIH com os seguintes nomes: Salgueiro, Pajeú, Petrolina, Itaparica, Vale do Ipanema, Alto Capibaribe, Garanhuns, Brejo PE, Mata Setentrional PE, Mata Merid. PE, Itamaracá.
- **Porte do hospital :** definido pelo número de leitos existentes nas unidades hospitalares, tais quais até 30 leitos, de 31 a 50 leitos, 51 a 100 leitos e de 101 a 150 leitos.
- **Atendimento = a município de residência:** definido considerando o percentual das internações de residentes ocorridos no próprio município.
- **Tipo de município:** definida segundo categorias urbano/rural. Os urbanos foram considerados os que tinham população maior ou igual a 75% urbana e os rurais, os que tinham população maior ou igual a 75% rural.

Método de coleta de dados :

Foram explorados os arquivos RDPE9801 a RDPE9812, compostos de dados reduzidos de Autorização de Internação Hospitalar-AIH, produzidas pelo Ministério da Saúde – Secretária 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 DAIH10 criados pelos Hospitais. Os Software usados para gerar estes arquivos foram produzidos pelo DATASUS, a exemplo do SISAIH01 e SGAIH.

Método de Análise dos dados :

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 foi utilizado medida de tendência central. Para a variável município de atendimento = município de residência, usamos o limite mínimo, o limite máximo, média e variância. Foi utilizado o teste de significância estatística χ^2 (quiquadrado) para verificar diferenças significativas de proporções entre os dois grupos de municípios.

V- Resultados

A tabela 1, que mostra a distribuição de internações hospitalares e razão de internação hospitalar, segundo diagnóstico médico, permite-nos verificar em municípios urbanos a preponderância do diagnóstico gravidez, parto e puerpério como primeira causa de internação (29,64%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (15,47%), e de algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,35%).

Nos municípios rurais também se verificou que gravidez, parto e puerpério apresentou o maior percentual de internações (35,93%), seguidas de algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,27%) e das doenças do aparelho respiratório (14,84%).

Tanto nos municípios urbanos quanto nos rurais, a primeira causa de internação ocorreu no diagnóstico gravidez, parto e puerpério. Já a segunda causa de internações nos urbanos foram as doenças do aparelho respiratório, enquanto nos rurais foram as doenças infecciosas e parasitárias. Quanto a terceira causa de internações nos municípios urbanos

foram as doenças infecciosas e parasitárias, nos rurais foram as doenças do aparelho respiratório.

Quanto a razão de internamento urbano-rural os diagnósticos que apresentaram maiores taxas, com exceção do diagnóstico ignorado, foram os contatos com serviços de saúde, seguido de doenças do ouvido e da apófise mastóide. Nos rurais, as maiores taxas foram para algumas doenças infecciosas e parasitárias.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO DIAGNÓSTICO EM MUNICÍPIO URBANOS E RURAIS - PERNAMBUCO – 1998

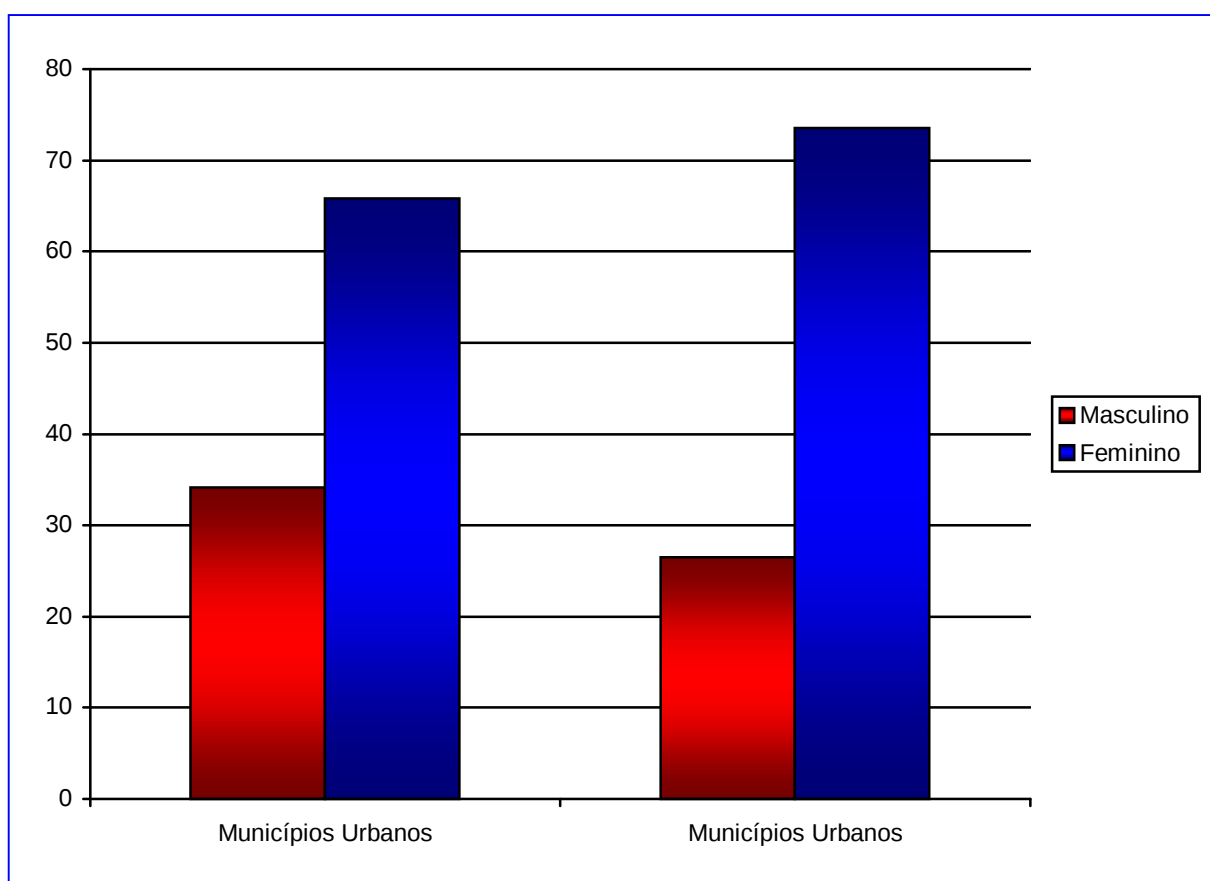
Modalidade Hospitalar por Diagnóstico	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº.	%	Nº.	%	
Alg. Doenç. Infecç. E Parasitária	1.142	8,35	1.239	15,27	0,92
Neoplasias	242	1,77	101	1,25	2,40
Doenç. Sang. Órg. Hemat. e Transt. Imunit.	94	0,69	44	0,54	2,14
“ “ Endóc. Nutric. E Metabólica	744	5,44	316	3,90	2,35
Transt. Mentais e Comportamentais	521	3,81	261	3,22	2,00
Doenç. Do Sist. Nervoso	89	0,65	46	0,57	1,93
Doenç. Do Olho e Anexos	71	0,52	27	0,33	2,63
“ “ do Ouvido e Da Apófise Mastóide	13	0,10	3	0,04	4,33
“ “ Ap. Circulatório	1.017	7,43	393	4,84	2,59
“ “ Ap. Respiratório	2.117	15,47	1.204	14,84	1,76
“ “ Ap. Digestivo	929	6,79	326	4,02	2,85
“ “ da Pele e do Tecido Subcutâneo	129	0,94	53	0,65	2,43
“ “ Sis. Ostedmolec. e Tec. Conjuntivo	148	1,08	120	1,48	1,23
“ “ do Ap. Geniturinário	815	5,96	358	4,41	2,28
Gravidez Parto e Puerpério	4.055	29,64	2.915	35,93	1,39
Alg. Afec. Drienadas no Per. Perinatal	141	1,03	95	1,17	1,48
Malf. Cong. Deformid. e Anomal Cromossomigas	46	0,34	19	0,23	2,42
Sint. Sinais e Achad. Anom. Exulí. e Laborat.	414	3,22	233	2,87	1,89
Lesões Enven. e Alg. Out. Cons. Causas Externas	336	2,46	259	3,19	1,30
Causas Ext. de Morbidade e Mortalidade	50	0,37	22	0,27	2,27

Contatos c/ Serv. de Saúde	118	0,86	18	0,22	6,56
C/D 1ª Ver. N Disp. /n Preenchível	423	3,09	60	0,74	7,05
Total	13.681	100,00	8.112	100,00	56,20

O gráfico 1, apresenta a distribuição de internações hospitalares e razão de internação, segundo sexo e nos permite verificar que o sexo feminino foi responsável pelo maior percentual de internações tanto nos municípios urbanos quanto nos rurais.

Em relação a razão urbano-rural houve uma maior taxa no sexo masculino, predominando na zona urbana.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO SEXO EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS DE PERNAMBUCO, 1998



A TABELA 2, apresenta a distribuição de internações hospitalares e razão de internação, segundo faixa etária e nos permite verificar que o maior percentual de internações em municípios urbanos, ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos (adulto jovem) com 35,16%, seguidas da faixa de 60 anos e mais (idosos) com 15,23% e da faixa de 40 a 59 anos (adulto maduro) com 14,31%.

Nos municípios rurais a maior distribuição de internação ocorreu também na faixa etária de 20 a 39 anos com 38,00%, seguidas das faixas de 60 anos e mais com 13,93% e da faixa de 40 a 59 anos com 12,89%.

Apesar das internações hospitalares terem apresentado maior percentual na faixa etária de 20 a 39 anos em municípios urbanos e rurais, a razão urbano-rural na faixa de 15 a 19 anos apresenta números significativos das internações nos municípios urbanos, sobressaindo-se sobre o rural.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS DE PERNAMBUCO, 1998

Morbidade Hospitalar por Faixa Etária	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº.	%	Nº.	%	
< 1 a	1.053	7,70	788	9,71	1,34
Pré-escolar (1 - 4 a)	1.009	7,37	695	8,57	1,45
Escolar (5 - 9 a)	655	4,79	336	4,14	1,95
Adolesc. Precoce (10 - 14 a)	461	3,37	245	3,02	1,88
Adolec. Tardio (15 - 19 a)	1.653	12,08	790	9,74	2,09
Adulto Jovem (20 - 39 a)	4.810	35,16	3.082	38,00	1,56
Adulto Maduro (40 – 59 a)	1.957	14,31	1.045	12,89	1,87
Idoso (60 - + 80 a)	2.084	15,23	1.130	13,93	1,84
Ignorado	0	0,00	0	0,00	0,00
Total	13.682	100,00	8.112	100,00	13,98

p value = 0,00000000

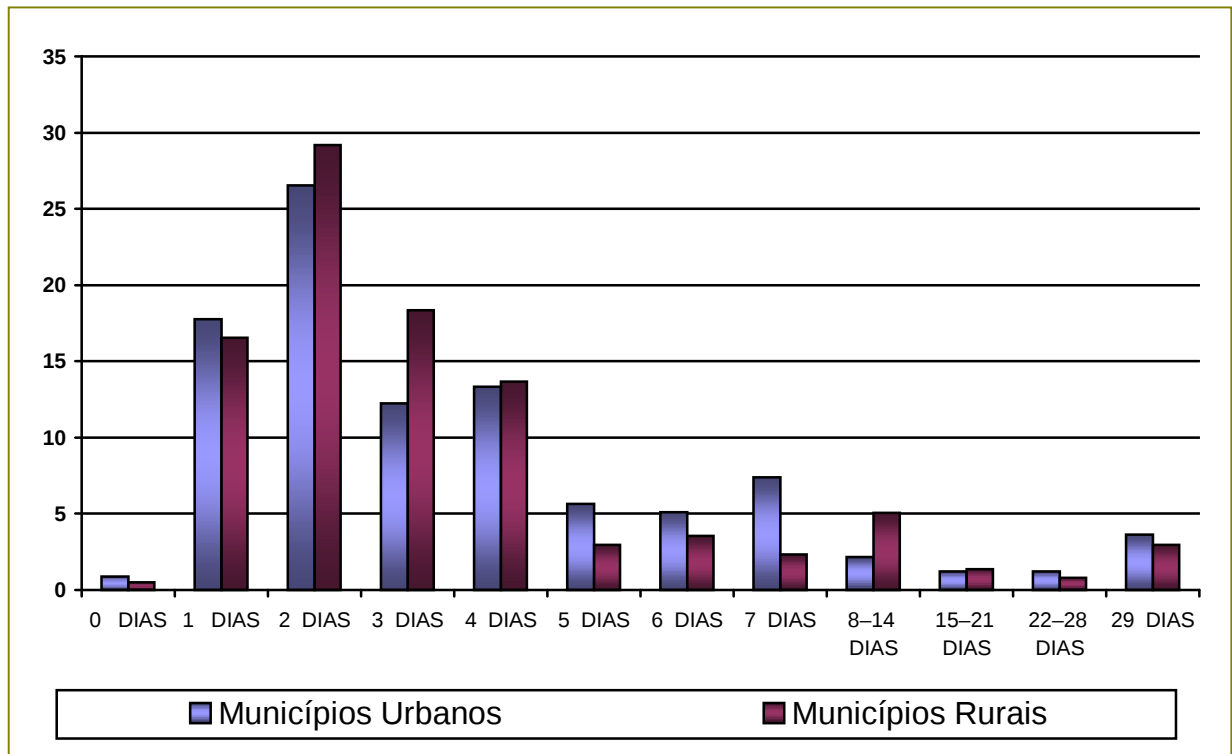
O gráfico 2, apresenta a distribuição de internações hospitalares e razão de internamento, segundo tempo de permanência no leito, onde observamos um maior percentual das internações hospitalares nos municípios urbanos que apresentaram 2 dias de tempo médio de permanência no leito com 26,54%, seguidas de 1 dia de permanência, com 17,79% e de 4 dias de internamento com 13,35%.

Nos municípios rurais o maior percentual de internação ocorreu também no tempo médio de permanência no leito de 2 dias com 29,20%, seguidos de 3 dias com 18,37% e de 1 dia com 16,56%.

O tempo médio de permanência de 2 dias foi o maior, e comum em ambos os municípios. Em segundo lugar nos municípios urbanos foi o tempo médio de 1 dia de permanência, enquanto no rurais o segundo maior tempo foi de 3 dias de internamento. O terceiro maior tempo de permanência no leito nos municípios urbanos foi de 4 dias, enquanto nos rurais foi de 1 dia.

No que diz respeito a razão urbano-rural, os achados de destaque foram para 6 dias de tempo médio de internamento dos urbanos em relação aos municípios rurais.

GRÁFICO 2 – MORBIDADE HOSPITALAR, SEGUNDO TEMPO DE PERMANÊNCIA DO LEITO, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS PERNAMBUCO, 1998



Na tabela 3, podemos verificar a distribuição de internações hospitalares e razão de internação, segundo especialidade médica em municípios urbanos e rurais, onde os achados encontrados determinam um maior percentual de internação nos municípios urbanos, em obstetrícia com 30,41 %, seguidas da clínica médica com 29,94 % e da clínica pediátrica com percentual médio de 18,98 %.

Nos municípios rurais, o maior percentual de internação também ocorreu na especialidade médica obstetrícia com 36,07 %, seguida da clínica médica com 26,05 % e da clínica pediátrica com 22,19 %.

Os internamentos hospitalares por especialidade médica, apresentaram – se distribuídos nas mesmas clínicas (obstetrícia, clínica médica e pediatria) respectivamente em ambos os municípios.

Na razão urbano-rural se destacam os municípios urbanos com as maiores taxas, na especialidade médica de fisiologia e doenças crônicas fora de possibilidade terapêutica.

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE
INTERNAÇÃO, SEGUNDO ESPECIALIDADE MÉDICA EM
MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS – PERNAMBUCO, 1998**

Internações Hospitalares por Especialidade Médica	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº.	%	Nº.	%	
Cirurgia	2.257	16,57	1.010	12,45	2,23
Obstetrícia	4.161	30,41	2.926	36,07	1,42
Clínica Médica	4.096	29,94	2.113	26,05	1,94
Crônic / Fpt	24	0,18	3	0,04	8,00
Psiquiatria	517	3,78	258	3,18	2,00
Tisiologia	19	0,14	2	0,02	9,50
Pediatria	2.597	18,98	1.800	22,19	1,44
Reabilitação	0	0,00	0	0,00	-
Psi. / Hosp. Dia	1	0,01	0	0,00	-
Ignorado	0	0,00	0	0,00	-
Total	13.682	100,00	8.112	100,00	26,53

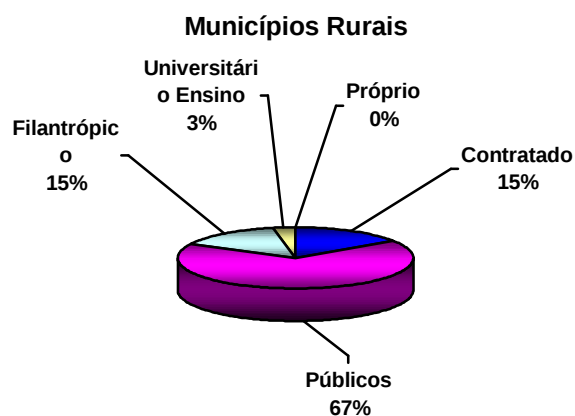
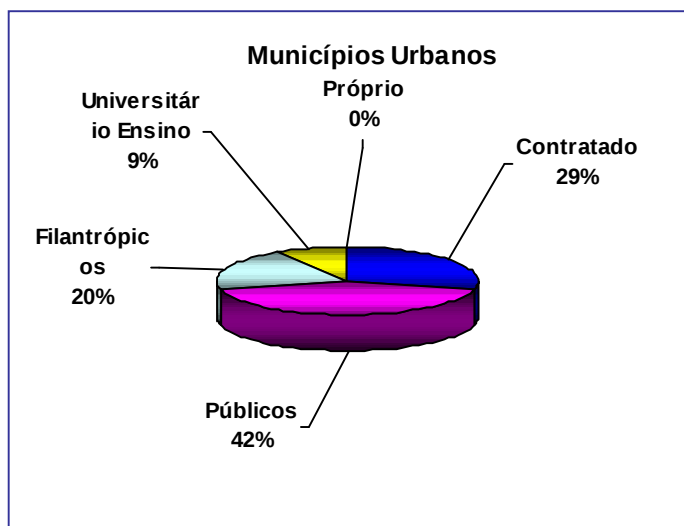
O gráfico 3, apresenta a distribuição de internações hospitalares e razão de internação, segundo natureza dos hospitais, onde podemos constatar nos municípios urbanos, a predominância dos internamentos nos hospitais públicos com 42,79 %, seguidos dos hospitais contratados com 28,64 % e dos filantrópicos com 19,61 %.

Nos municípios rurais o maior percentual de internação também ocorreu nos hospitais públicos com 66,91 %, seguidos dos hospitais contratados com 15,46 % e dos filantrópicos com 14,70 %.

Os internamentos hospitalar e por natureza de hospitais, foram registrados nos mesmos hospitais (públicos, contratados e filantrópicos) respectivamente.

Os hospitais universitários em termos de razão urbano – rural apresentaram maiores taxas de internamentos em municípios urbanos .

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO NATUREZA DOS HOSPITAIS, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS – PERNAMBUCO, 1998



A tabela 4, apresenta a distribuição das internações hospitalares e razão de internação, segundo evolução da doença, onde podemos observar que os municípios urbanos apresentaram maior percentual para alta com 92,37 %, seguidos da permanência com 3,46 % e dos óbitos com 2,47 %.

Os municípios rurais também apresentaram evolução para alta com 94,87 %, seguidos da permanência com 2,18 % e dos óbitos com 1,53 %.

A razão urbano-rural apresentou maiores taxas de internação, com exceção do ignorado, para óbito em municípios urbanos.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO EVOLUÇÃO DA DOENÇA, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS – PERNAMBUCO, 1998

Morbidade Hospitalar Segundo Evolução da Doença	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº	%	Nº	%	
Alta	12.630	92,37	7.696	94,87	1,60
Permanência	473	3,46	177	2,18	2,67
Transferência	227	1,66	113	1,39	2,01
Óbito	338	2,47	124	1,52	2,70
Ignorado	6	0,04	2	0,02	3,00
Total	13.682	100,00	8.112	100,00	26,16

A tabela 5, que apresenta a distribuição de internações hospitalares e razão de internação, segundo mesorregião, permite-nos observar o maior percentual de internações na zona da mata com 62,30 %, seguido da zona do agreste com 27,30 % e do Recife com 8.80 %.

Nos municípios rurais, o maior percentual encontrado foi na zona do agreste com 44,50 %, seguido do Sertão com 34,50 % e do São Francisco com 20,90 %

Não foram encontrados municípios com população predominantemente rural, nas mesorregiões: mata, Recife, e fora da unidade federada, por esta razão apresentam 0% de internamento. Também não foram encontrados municípios com população predominantemente urbana, em mesorregiões como: Sertão e Fora da Unidade Federada.

A Mesorregião do Agreste se destaca com percentuais consideráveis de morbidade, tanto em municípios urbanos quanto em rurais.

Os municípios rurais na razão urbano-rural, apresentaram maiores taxas na mesorregião do São Francisco.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO MESORREGIÃO, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS – PERNAMBUCO, 1998

Morbidade Hospitalar Por Mesorregião	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº	%	Nº	%	
Sertão	0	0,00	2.801	34,50	-
São Francisco	215	1,50	1.702	20,90	0,13
Agreste	3.734	27,30	3.609	44,50	1,03
Mata	8.525	62,30	0	0,00	-
Recife	1.208	8,80	0	0,00	-
Fora Da U. Federada	0	0,00	0	0,00	-
Total	13.682	100,00	8.112	100,00	1,16

A tabela 6, apresenta a distribuição de internações hospitalares e razão de internação, segundo microrregião e nos possibilita verificar que nos municípios urbanos o maior percentual ocorreu na mata meridional com 35,41% ,seguida da mata setentrional com 26,90% e do alto capibaribe com 16,86%.

Nos municípios rurais a microrregião que mais se destacou foi a de petrolina com 20,98%, seguida do alto capibaribe com 19,19% e o pajeú com 18,05%.

Os municípios urbanos apresentaram maior percentual de morbidade na microrregião da mata meridional, enquanto os rurais apresentaram maior percentual na microtrregião de Petrolina. A Microrregião do Alto Capibaribe obteve percentuais importantes da morbidade tanto nos urbanos quanto nos rurais.

A razão urbano-rural que apresentou destaque foi a Microrregião do Alto Capibaribe, com predominância dos urbanos.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E RAZÃO DE INTERNAÇÃO, SEGUNDO MICRORREGIÃO, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS – PERNAMBUCO, 1998

Morbidade Hospitalar por Microrregião	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº	%	Nº	%	
Salgueiro	-	-	1.337	16,48	-
Pajeú	-	-	1.464	18,05	-
Petrolina	-	-	1.702	20,98	-
Itaparica	215	1,57	-	-	-
Vale Do Ipanema	-	-	1.224	15,09	-
Alto Capibaribe	2.307	16,86	1.557	19,19	1,48
Garanhuns	-	-	8.28	10,21	-
Brejo – Pe	1.427	10,43	-	-	-
Mata Setentrional	3.845	26,90	-	-	-
Mata Meridional	4.845	35,41	-	-	-
Itamaracá	1.208	8,83	-	-	-
Total	13.682	100,00	8.112	100,00	1,48

A Tabela 7, apresenta a distribuição do número de hospitais, segundo porte hospitalar, em municípios urbanos e rurais em Pernambuco, 1998. Os municípios urbanos apresentaram maior percentual de internações em hospitais de até 30 leitos com 50%, seguidos dos hospitais com número de leitos entre 51 a 100 leitos e 101 a 150 leitos ambos com 20%.

Os municípios rurais também apresentaram maior percentual de internação em hospitais de até 30 leitos com 66,6% seguidos dos hospitais de 31 a 50 leitos com 33,4% .

Os hospitais de pequeno porte, com até 30 leitos são responsáveis pelos maiores percentuais de assistência à morbidade em municípios urbanos e rurais.

Em se tratando de razão urbano-rural os municípios rurais destacaram-se em atendimento com hospitais de 31 a 50 leitos.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS, SEGUNDO PORTE HOSPITALAR EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS – PERNAMBUCO, 1998

Assistência Hospitalar em Municípios Urbanos e Rurais	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Nº	%	Nº	%	
Até 30 Leitos	05	50	04	66,6	1,25
31 a 50 Leitos	01	10	02	33,4	0,50
51 a 100 Leitos	02	20	-	-	-
101 a 150 Leitos	02	20	-	-	-
Total	10	100	06	100,00	1,75

Na tabela 8 podemos observar a distribuição da internação e permanência no leito em municípios urbanos e rurais de Pernambuco, municípios urbanos pagam 12,86% do valor médio total para um tempo médio de permanência de 13,21%.

Os municípios rurais pagam 12,35% do valor médio total para um tempo de permanência de 12,01%.

A razão urbano-rural não apresentou diferenças significativas de valores pagos por tempo de permanência no leito.

TABELA 8 – VALOR MÉDIO TOTAL PAGO, POR MÉDIA DE TEMPO DE PERMANÊNCIA NO LEITO, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS PERNAMBUCO, 1998

Valor Médio Pago p/ tempo de Permanência no Leito (R\$)	Municípios Urbanos		Municípios Rurais		Razão
	Valor Médio R\$	%	Valor Médio R\$	%	
Valor Médio Total Pago	247,92	12,86	210,80	12,35	1,18
Tempo Médio de Permanência	5,10	13,21	4,30	12,01	1,19

O quadro a seguir apresenta o percentual médio de internação por município de atendimento. Nele, podemos observar que nos municípios urbanos as internações ocorridas no próprio município de residência, apresentaram a menor taxa 17,46% e a maior taxa de 83,61%, enquanto a média foi de 44,66%.

Nos municípios rurais as internações hospitalares ocorridas no próprio município de residência apresentaram a menor taxa de 0% enquanto a maior foi de 75,84%, enquanto a média foi de 30,70%.

Os municípios urbanos, apresentaram maior taxa de internações hospitalares no próprio município de residência.

QUADRO – PERCENTUAL MÉDIO DE INTERNAÇÃO POR MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO, EM MUNICÍPIOS URBANOS E RURAIS PERNAMBUCO, 1998.

Média de Internações	Municípios Urbanos	Municípios Rurais
	Urbanos	Rurais
por Municípios de Atendimento	Lt. Mínimo = 17,46	Lt. Mínimo = 0,00
	Lt. Máximo = 83,61	Lt. Máximo = 75,84
	X = 44,66	X — 30,70
	S = 25,54	S = 32,57

X= média

S= variância

VI- Discussões

As modificações ocorridas nos perfis de morbidade no País, estão dentro da transição epidemiológica e demográfica. A medida que a população progride em sua transição demográfica, paralelamente à redução das doenças infecciosas e parasitárias, observa-se um aumento dos agravos à saúde do tipo crônico-degenerativas. A distribuição social da doença se dá de forma desigual e as razões para essas desigualdades são encontrados na própria distribuição de renda e na prevalência de fatores de risco, que atingem com mais força determinados grupos.

No nosso estudo dentro do aspecto causa de morbidade hospitalar urbana-rural encontramos gravidez, parto e puerpério como 1º causa de internações(ver tabela 1) . Este dado é encontrado sempre que se analisa morbidade hospitalar, o parto é um evento fisiológico da espécie animal e nas populações é um evento natural, tendo altos registros absolutos.

A segunda e terceira causa de internação nos municípios urbanos e rurais foram as doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório. Um estudo realizado por Lebrão (1997) no Estado de São Paulo, nos anos de 1978 e 1988 identificou as complicações de gravidez parto e puerpério (incluindo partos normais) como a 1º causa de morbidade registrada nestes anos. Segundo ela a partir de 1978 as doenças infecciosas e parasitárias cederam lugar para as doenças do aparelho respiratório e circulatório.

Se nos municípios rurais as doenças infecciosas e parasitárias são a segunda causa de morbidade, podemos relacionar com as taxas de natalidade que são maiores em populações rurais, com saneamento básico, higienização e educação para saúde que nestas localidades são sempre mais deficitários.

A Segunda maior causa de morbidade registrada para municípios urbanos foram as doenças do aparelho respiratório, atualmente muito associadas com AIDS e tuberculose.

Comparando estes dados com o quadro epidemiológico do País, estes municípios apresentam características de localidades subdesenvolvidas onde as doenças infecciosas e parasitárias continuam prevalentes.

Outro aspecto analisado na morbidade hospitalar em municípios urbanos e rurais foi o sexo. As maiores percentagens observadas foram no sexo feminino, tanto nos municípios urbanos (65,86%), como nos rurais (73,53%). Em estudo realizado por Yugliesi (1971) sobre a morbidade hospitalar no município de Salvador, o sexo feminino contribuiu com 64% de todas as internações. Neste e em outros estudos o sexo feminino apresenta sempre o maior número de registro de morbidade hospitalar, o que poderia ser associado a reprodução ou mesmo ao fato da mulher procurar mais os serviços de saúde.

Dentro do critério morbidade hospitalar por faixa etária, os maiores registros encontrados foram para as idades entre 20 e 29 anos em ambos os municípios, o que logo pode ser associado a faixa etária de maior fertilidade feminina, também como a maior exposição a causas externas.

A morbidade hospitalar urbano-rural no que concerne a número de dias de internamento foi semelhante em ambos os municípios, com uma média de 2 dias; se as causas de morbidade estão ligadas a parto e doenças infecciosas e parasitárias que tem tempo curto de internação, esta média de 2 dias pode ser correlacionado. Quando falamos em razão urbano-rural tivemos maiores taxas para municípios urbanos no tempo de permanência de 6 dias, assim sendo os municípios urbanos estariam oferecendo serviços de maior complexidade.

Os serviços de saúde mais procurados para ambos municípios foram as clínicas básicas: obstetrícia, clínica médica e pediatria . Se as causas de morbidade enumeradas foram as relacionadas a gravidez, parto e puerpério e doenças infecciosas e parasitárias, as clínicas para atendimento estariam correspondendo a necessidade. A razão urbano-rural a clínica: Tisiologia, Crônico/Fpt, Cirurgia e Psiquiatria sobressaíram-se nos municípios urbanos, estes possivelmente oferecem maior infra estrutura para estes serviços de alta complexidade; muito embora os números absolutos de assistência nestas especialidades são baixos , também como o reduzido número de hospitais cadastrados nestas especialidades .

A morbidade hospitalar por natureza de hospital, tanto para municípios urbanos como rurais tem os hospitais públicos com as maiores porcentagens, seguidos dos hospitais privados. Em termos de razão os hospitais universitários estão assistindo mais os municípios urbanos. A proximidade dos municípios urbanos com a capital do Estado,

também como uma maior oferta de ambulâncias para estes municípios estreitariam os seus laços com os hospitais universitários.

A evolução da morbidade hospitalar em ambos municípios urbanos e rurais a alta é mais presente, com 92,29% nos urbanos e 94,87% nos rurais. A razão urbana rural é maior para os municípios urbanos, talvez pela dificuldade dos casos que chegam aos municípios urbanos e pelo mais fácil acesso aos centros de saúde. Nas áreas rurais, segundo Pereira(1995), pode existir uma deficiência dos registros de óbito, seja pela falta de assistência médica ou pela falta de conhecimento dos procedimentos necessários.

Os municípios urbanos e rurais localizam-se em mesorregiões e microrregiões distintas. Os municípios urbanos localizam-se predominantemente nas mesorregiões da Mata e Recife; enquanto os municípios rurais localizam-se nas mesorregiões do Sertão e São Francisco. A mesorregião do Agreste é ponto comum, lá encontramos municípios urbanos e rurais. O mesmo se diz em relação as microrregiões, onde os municípios urbanos e rurais estão localizados em microrregiões distintas, fazendo exceção a microrregião do Alto Capibaribe que abriga municípios urbanos e rurais. Os municípios urbanos estão localizados mais próximos do litoral e conseqüentemente da capital do Estado o que facilita o seu acesso aos serviços de saúde.

Em municípios urbanos e rurais temos a assistência hospitalar relacionada com hospitais até 50 leitos, tendo os municípios urbanos hospitais com até 150 leitos. Possivelmente os hospitais maiores estão em municípios mais estruturados. Os municípios urbanos sobressaem-se com número de leitos em relação aos rurais, exceto os hospitais de 31 a 50 leitos onde os rurais apresentam maiores razões.

Os valores médios pagos por procedimento tem nos municípios urbanos maiores valores, assim entendido pelo fato dos procedimentos de alta complexidade. Também, os municípios urbanos apresentaram maior média de atendimento como município = atendimento com 44,66 % contra 30,70 % rural.

VII- Conclusões

Por serem as AIH'S um instrumento financeiro do governo e por terem sido elaboradas para um maior controle das internações no Brasil, possuem dados limitados sobre morbidade, o que representa um problema na interpretação das informações geradas. No entanto, não podemos desprezar esta fonte de informação, apenas tentar ressaltar a importância do seu melhor preenchimento por parte dos hospitais, a fim de não induzir distorções das informações, como exemplo podemos citar o preenchimento do campo, município de residência do paciente.

Por outro lado, face a disponibilidade de seus dados em rede nacional, é de fácil acesso e prática é a sua utilização, tornando possível estudos comparativos no país. De lado as críticas sobre o instrumento, podemos verificar também que ele nos pode ser bastante útil, quando suas informações resultam de 80% do total geral de internações do Brasil, podem nos levar a constatação da tendência da morbidade no país, nos estados, regiões e municípios. Além disso, estas informações também podem ser aproveitadas por parte dos gestores de saúde.

Estudos realizados por Yazlle Rocha (1975) mostrou que crianças, mulheres e idosos tem coeficientes de hospitalização mais elevados que o restante da população, sendo as causas destas internações as doenças da infância, problemas ligados a gravidez, parto e puerpério e as doenças crônico degenerativas. Como esta foi a primeira causa de morbidade e o sexo mais prevalente, faz-se necessário um olhar que não homogenize o grupo, classe social, região, cultura, sejam sempre correlacionados.

A população brasileira esta envelhecendo, no entanto temos no País uma população predominante adulta jovem, e esta população vai aparecer nas morbidades com maior incidência. O mesmo confirmamos no nosso estudo, hoje as clínicas mais procuradas são as relacionadas com essa faixa etária: obstetrícia, pediatria e clínica médica.

Tornou-se evidente, em face dos resultados apresentados, que variáveis como diagnóstico, idade, sexo, clínica, evolução não apresentaram diferenças significativas, quando comparados entre municípios urbanos e rurais. Ficou também comprovado que as migrações se dão no sentido leste-oeste e que as cidades mais urbanizadas estão em aproximação com o litoral.

Partindo dos resultados deste trabalho, pudemos observar que as informações trabalhadas, apontaram para uma tendência da morbidade que não se distancia da morbidade de outros municípios de estados nordestinos, pois não encontramos achados que extrapolassem a típica realidade entre municípios urbanos e rurais.

Se epidemiologicamente não estamos apresentando achados relevantes, podemos aproveitá-los sob o ponto de vista administrativo-gerencial, colaborando assim para um melhor direcionamento das ações de saúde nos municípios urbanos e rurais do nosso Estado.

VIII - Referências Bibliográficas

- AKERMAN, M. et al. Saúde e Meio Ambiente: análise de diferenciais intra - urbanos, município de São Paulo, Brasil, 1994. Rev. Saúde Pública, São paulo,4:373,1996.
- BERNARDES, B. & GRILLO, C. Brasil já sofre doenças da riqueza sem ter erradicado as da miséria. Folha de São Paulo , 27/05/1998.
- CAMARANO, A. A. Migração e Estrutura Produtiva: o caso das regiões metropolitanas Nordestinas. Rev. Brasileira Estudos Populacionais, Campinas, v.3 n.2, p.23 - 46,1986.
- CARVALHO, J.A.M. Estimativas indiretas e dados sobre migrações : uma avaliação conceitual e metodológica das informações censitárias recentes. Rev. Brasileira de estudos de população, Campinas, v.2 n.1, p.31-73, 1985.
- DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento: Os muitos brasis saúde e população na década de 80. HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- FREESE DE CARVALHO, E. et al. O processo de transição epidemiologica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí. Terezina; v. 1, n. 1, p. 107-119, jul. / dez. 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA(IBGE),Anuário Estatístico do Brasil, v.57,1997.
- LEBRÃO, M.L.et al. II Morbidade Hospitalar por Lesões e Envenenamentos, SãoPaulo Brasil,1997. Rev. Saúde Pública, São Paulo, (4 suplemento): 26-27, 1997.
- LEBRÃO,M.L. Determinantes da Morbidade Hospitalar em Região do estado de SÃO Paulo (Brasil), 1994. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 1:56, 1999.
- MATHIAS, T.A.F. & SOBOLL, M. L. M. S. , Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v.30 n.3, p.224-232,1996.
- PEREIRA, M. G. Epidemiologia, Teoria e Prática, Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,RJ, 1995.
- PUGLIESI, C. et al. - Inquérito sobre assistência hospitalar e morbidade hospitalar no município de Salvador (Bahia) , Brasil. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 5:1-16,1971.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. 5º edição, Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- TOLEDO, J. R. Causas predominantes de morte refletem desigualdades no País. Folha de São Paulo,24/05/1998.

UGÁ, M.A.D. & REIS, O., 1994. Notas acerca dos repasses financeiros no âmbito dos sistemas SIS e SIH/SUS. Conjuntura e Saúde(NUPES/DAPS/ENSP), junho: 15-20.

YAZLLE ROCHA, J.S. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo(Brasil). Ver. Saúde Pública, 9:477-93,1975.