

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA  
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**SISTEMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SUS:  
ANÁLISE DAS MORBIDADES HOSPITALARES NO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E MUNICÍPIO DE  
SANTA MARIA, 2007 A 2010**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO**

**- Modalidade Artigo Publicável -**

**Fabiane Vargas de Vargas**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**SISTEMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SUS:  
ANÁLISE DAS MORBIDADES HOSPITALARES NO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E MUNICÍPIO DE  
SANTA MARIA, 2007 A 2010**

**Fabiane Vargas de Vargas**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentada ao Curso de Pós-Graduação Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da área de concentração em Gestão e Políticas de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Sistema Público de Saúde.**

**Orientadora: Enfa. Ms. Luciane Silva Ramos**  
**Co-orientadora: Enfa. Ms. Clara Leonida Marques Colomé**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão

**SISTEMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SUS: SUAS  
CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

Elaborado por

**Fabiane V. Vargas**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Comissão Examinadora:**

  
**Luciane Silva Ramos, Ms. (SMS/SM)**  
(Presidente/orientador)

  
**Maria Denise Schimdt, Ms. (UFSM)**

  
**Gizele Scotti Do Canto, Dra. (UFSM)**

**Liane Righi, Dra.(UFSM)**

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

## RESUMO

Trabalho Final de Pós-Graduação  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **SISTEMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SUS: ANÁLISE DAS MORBIDADES HOSPITALARES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, 2007 A 2010**

AUTORA: FABIANE VARGAS DE VARGAS

ORIENTADORA: LUCIANE SILVA RAMOS

CO-ORIENTADORA: CLARA LEONIDA MARQUES COLOMÉ

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

Este artigo é um recorte da proposta de intervenção<sup>1</sup> do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria. Tem como objetivo analisar a distribuição das internações hospitalares do SUS na população do Estado do Rio Grande do Sul e do município de Santa Maria, no período de 2007 a 2010, no sentido de contribuir para o processo de gestão do sistema de saúde locorregional. É um estudo epidemiológico-descritivo de fontes secundárias do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, por local de residência, sexo e faixa etária. Os resultados indicam que, no Estado, o quadro de internações foi estável durante todo o período analisado e que no município de Santa Maria somente a 1ª causa se manteve constante. Constatou-se, ainda, que o sexo feminino e as pessoas entre 20 a 29 anos foram as que mais internaram. Diante disso, destaca-se a importância de conhecer e divulgar tais informações e, com isso, contribuir no processo de planejamento e organização dos serviços locorregionais de saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Internação Hospitalar. Planejamento em Saúde.

---

<sup>1</sup> Na intervenção citada foi produzido um material educativo/informativo com o propósito de subsidiar gestores, trabalhadores de saúde, acadêmicos e usuários do Sistema Único de Saúde acerca dos Sistemas de Informação em Saúde à luz do Pacto pela Vida.

## **ABSTRACT**

Post-graduation Final Paper  
Integrated Multi-professional Residence Program in Public Health System  
Federal University of Santa Maria

### **HOSPITALIZATION SYSTEM OF 'SUS' (SINGLE HEALTH SYSTEM): ANALYSIS OF HOSPITAL MORBIDITY IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL AND IN THE CITY OF SANTA MARIA, 2007 THE 2010.**

AUTHOR: FABIANE VARGAS DE VARGAS  
SUPERVISOR: LUCIANE SILVA RAMOS  
CO-SUPERVISOR: CLARA LEONIDA MARQUES COLOMÉ  
Date and local of defense: Santa Maria, June 18th 2011.

This article is part of the intervention proposal<sup>2</sup> in the Multi-professional Residence Program at the Federal University of Santa Maria. It aims to analyze the distribution of hospitalizations of 'SUS', the unique government health system, in Portuguese, in the population of Rio Grande do Sul state and in the city of Santa Maria, from 2007 to 2010, in order to help in the management process in the local and regional health systems. It is a descriptive-epidemiologic paper, by secondary sources from the Hospital Information System of 'SUS'. Their residences, sex and ages are described here. The results indicate that the timetable of hospitalizations is stable in Rio Grande do Sul state in the period analyzed and, in Santa Maria, only the first cause was constant. It was noticed that there are more hospitalizations among females from 20 to 29 years of age. Thus, it is highlighted the importance of knowing and publishing such information in order to help in the management process and in the organization of local and regional services.

**Key words:** Unique Health System (SUS, in Portuguese). Hospitalization. Health planning.

---

<sup>2</sup> An educative and informative material was produced in the above mentioned intervention in order to subsidize the managers, the health workers, the students and the users of 'SUS' about the Health Information Systems under the view of Pact for life.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cinco primeiras causas de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, Rio Grande do Sul e Santa Maria, AIH pagas por lista morb CID-10, 2007 a 2010 .....	15
Tabela 2 - Cinco primeiras causas de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, Rio Grande do Sul, AIH pagas por lista morb CID-10 e sexo, 2007 a 2010 .....	16
Tabela 3 - Cinco primeiras causas de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, Santa Maria, AIHS pagas por lista morb CID-10 e sexo, 2007 a 2010 .....	17

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População residente, número total de internações hospitalares SUS e por sexo, local de residência, Rio Grande do Sul, AIH pagas por lista morb CID-10, período entre 2007 a 2010 .....	13
Gráfico 2 – População residente, número total de internações hospitalares SUS e por sexo, local de residência, Santa Maria, AIH pagas por lista morb CID-10, período entre 2007 a 2010 .....	14

## SUMARIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>29</b>



## INTRODUÇÃO

Em conformidade com a Lei 8.080/1990, art. 7º, os serviços de saúde pública, bem como os privados contratados ou conveniados ao SUS, deverão obedecer, dentre outros, os seguintes princípios: “VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII – utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática”<sup>1</sup>. Nesta perspectiva, a quantidade e qualidade dos serviços de saúde são indicadores importantes para avaliar as condições de vida de uma população, já que é conhecida, há muito tempo, a relação entre o nível de vida e saúde<sup>2</sup>. No que diz respeito à quantidade dos serviços, os principais indicadores são o número de internações ou procedimentos realizados, o nível de complexidade envolvido e a intensidade de tratamento ofertado<sup>3</sup>.

No entanto, existe um déficit de estudos que sistematizam as principais causas de morbidades hospitalares, já que a maioria dos estudos aborda uma causa de internação específica ou uma determinada faixa etária e sexo. Tal motivo se repete nos estudos voltados ao Estado do Rio Grande do Sul e, principalmente, ao município de Santa Maria, dificultando, assim, a utilização destas no uso de estratégias de planejamento e monitoramento de ações em saúde. Além disto, estas necessidades vêm ao encontro do processo de formação vivenciado pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (UFSM), com área de concentração em gestão e políticas de saúde, a qual inserida, em espaços de gestão municipal e regional, pode verificar a fragilidade de produções com as condições das morbidades hospitalares do SUS.

Diante desta problemática é que se apresenta a seguinte questão norteadora dessa pesquisa: **Quais as principais causas de morbidade hospitalar do SUS, segundo o SIH-SUS, na população do Estado do Rio Grande do Sul e no município de Santa Maria durante os anos de 2007 a 2010?**

Assim, a relevância deste estudo se justifica em atender a necessidade de se conhecer as principais causas de morbidades hospitalares, visto que são dispositivos importantes para subsidiar a (re) formulação de políticas públicas e programas voltados às reais condições locais de saúde. Nessa dimensão, a análise das situações do processo de adoecer e/ou morrer, em uma determinada população, são características essenciais para a gestão e atenção à saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) permite o acesso às informações de morbidades hospitalares e o fomento de análises através do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), concebido na década de 80, o qual processa as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH). Este sistema processa dados sobre as internações hospitalares no Brasil e por regiões, estados e municípios brasileiros, estratificados por anos e meses, além de fornecer variáveis como: tempo de permanência no hospital, sexo, idade, óbitos e quantidade de leitos existentes por especialidades.

O SIH-SUS favorece aos gestores, aos profissionais de saúde, às instituições formadoras e aos usuários da rede SUS o acesso de informações à saúde, na medida em que disponibiliza, via internet e através de acesso público, tabulações e cruzamento de variáveis para posteriores análise de distribuição, comparação e correlação de fenômenos. Assim, o SIH-SUS permite levantar informações epidemiológicas, demográficas e geográficas para cada internação hospitalar<sup>4</sup>, facilitando o controle, avaliação e ações de vigilância epidemiológica. Neste sentido é que a epidemiologia se define enquanto a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde associados às populações humanas<sup>5</sup>.

Apesar das facilidades de acesso às informações e do SIH-SUS ser a única fonte sobre a morbidade hospitalar na esfera nacional, sistematizando em torno de 70% da cobertura das internações de todo o País<sup>6</sup>, este apresenta limitações quanto à universalidade das informações, já que o segmento dos serviços privados não pertencentes à rede SUS não são contabilizados. Além disto, o sistema é pouco empregado, considerado de baixa confiabilidade e os dados produzidos deste devem ser cuidadosamente analisados, na medida em que o sub-registro ainda é significativo em muitas regiões e que determinados tipos de diagnóstico remuneram melhor o hospital<sup>7</sup>.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar a distribuição das internações hospitalares do SUS na população residente do Estado Rio Grande do Sul e do município de Santa Maria, comparando-as no período de 2007 a 2010, a fim de que com isto contribuam com subsídios importantes para o processo de gestão do sistema público de saúde local/regional.

## MATERIAL E MÉTODOS

O percurso metodológico deste estudo caracteriza-se como epidemiológico-descritivo, através de dados coletados em fontes secundárias do SIH-SUS, referentes ao Estado do Rio Grande do Sul e do município de Santa Maria/RS, dos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. Sendo assim, foram selecionadas, do banco de dados do SIH-SUS, as cinco principais causas de morbidade, considerando o local de residência, além das variáveis sexo e faixa etária.

Este período foi escolhido por contemplar a fase inicial da divulgação do Pacto pela Saúde<sup>8</sup>, em especial, na dimensão do Pacto pela Vida, o qual representa o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

Salienta-se que o levantamento das causas de morbidade baseou-se no conteúdo de AIH pagas por lista de morbidades CID-10, apresentados segundo a 10<sup>a</sup> Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde<sup>9</sup> do período em questão.

A lista de morbidade CID-10<sup>9</sup> se subdivide em XXII capítulos e seus subsequentes códigos, sendo: I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (código: 001-057); II – Neoplasias [tumores] (058-096); III – Doença do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (97-100); IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (101-111); V – Transtornos mentais e comportamentais (112-119); VI – Doenças do sistema nervoso (120-129); VII – Doenças do olho e anexos (130-139); VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide (140-142); IX – Doenças do aparelho circulatório (143-164); X – Doenças do aparelho respiratório (165-179); XI – Doenças do aparelho digestivo (180-197); XII – Doenças de pele e do tecido subcutâneo (198-199); XIII – Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (200-210); XIV – Doenças do aparelho geniturinário (211-233); XV – Gravidez, parto e puerpério (234-244); XVI – Algumas afecções originárias no período perinatal (245-253); XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (254-266); XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (267-270); XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (271-289); XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade (1.096-1.103); XXI – Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (290-298); XXII – Código para propósitos especiais (900-999).

Neste estudo, apenas o capítulo XXII não apareceu no levantamento dos dados. Quanto as Causas Externas na CID-10, a Nota Técnica do SIH-SUS diz que podem ser classificadas tanto no capítulo XIX como no XX, sendo que o Ministério da Saúde indica que, nas causas externas, o diagnóstico principal deve ser codificado pelo capítulo XIX e o secundário pelo XX. Cabe enfatizar que a causa de internação é a informada como o diagnóstico principal, definido como sendo o que motivou a internação. No decorrer desta, pode haver mudança no diagnóstico, nem sempre registrada no documento<sup>9</sup>.

No que se refere à população total residente no Estado e no município de Santa Maria, a mesma é apresentada somente com a intenção de realizar o cálculo do Número de Internações Hospitalares Esperadas (NIHE) numa determinada região e ano, conforme a Portaria nº 1.101/GM de 2002, a qual dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS<sup>10</sup>.

O referido cálculo é realizado considerando a população total multiplicada pelo parâmetro recomendado de internações ao ano, divididos por 100. Conforme a Portaria em questão, geralmente estima-se que de 7 a 9% da população geral terá necessidade de internações hospitalares durante o ano em determinada região. Nesse sentido, no presente estudo, os cálculos realizados consideraram o 7%, isto é, a menor estimativa de internação. Para efeitos de cálculo, a população residente dos anos de 2007 a 2009 foi coletada das estimativas do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) e a população do ano de 2010 foi retirada do censo demográfico de 2010, ambos disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS)<sup>11</sup>.

No primeiro levantamento, foram sistematizadas as cinco primeiras causas de internações hospitalares do SUS, das AIH pagas por lista morbidade CID-10, por local de residência Rio Grande do Sul e Santa Maria, nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. A seguir, foram analisadas as AIH pagas por lista morbidades CID-10 e a variável sexo, sendo que a categoria de ignorado não apareceu neste estudo. Ainda foram levantados dados referentes às AIH pagas com a variável faixa etária. Foi considerada a faixa etária 1, a qual distribui as faixas etárias em treze categorias, sendo as mesmas: menor de 1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais e idade ignorada, sendo esta última excluída deste estudo.

A apresentação dos dados das cinco primeiras causas de internação está demonstrada em tabelas e de forma descritiva. Quanto ao número total de internações, no nível estadual e municipal, os dados foram construídos graficamente, conforme evolução das morbidades

hospitalares no decorrer do período analisado, possibilitando a comparação de algumas variáveis, as quais sinalizam uma tendência locorregional.

Por fim é importante dizer que, por serem dados coletados de fontes secundárias, através de bancos oficiais e públicos de informações, os quais, além disso, foram previamente levantados na proposta do Projeto de Pesquisa da Residência Multiprofissional e seus resultados serem contemplados, posteriormente, no Projeto de Intervenção em Saúde, o referido projeto foi apreciado e aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEPeS) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria.

## RESULTADOS

Em um primeiro momento, foi levantado o número de morbidades hospitalares do SUS, no Estado do Rio Grande do Sul, conforme AIH pagas e a população residente, bem como a distribuição das internações por sexo e a população residente, como está ilustrado no Gráfico 1. Observa-se que, nos anos de 2007 a 2010, a quantidade de internações se manteve entre 717.060 e 737.266, havendo moderadas oscilações no período analisado.

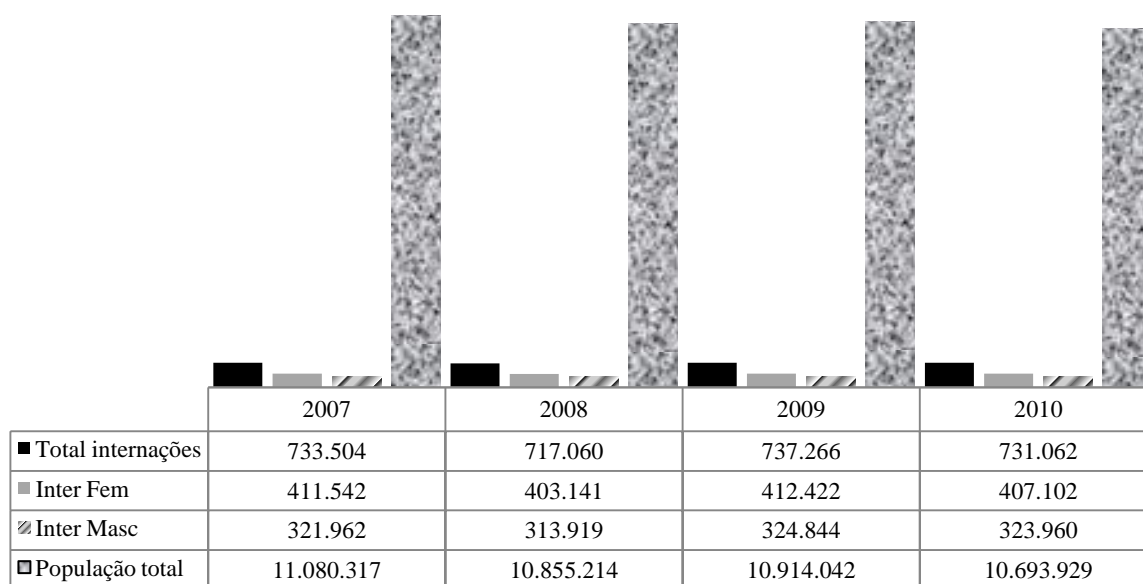


Gráfico 1 – População residente, número total de internações hospitalares SUS e por sexo, local de residência, Rio Grande do Sul, AIH pagas por lista morb CID-10, período entre 2007 a 2010.

Quanto à população residente no Estado do Rio Grande do Sul, pôde-se verificar que esta não apresentou alterações significativas, sendo que a maior verificada foi a redução entre os anos de 2007 e 2008, sofrendo acréscimo posterior no ano de 2009.

Na quantificação do Número de Internações Hospitalares Esperadas, os resultados obtidos de internações esperadas/ano foram de: 775.622 (2007); 759.864 (2008); 763.982 (2009) e 748.578 (2010). Estes resultados demonstram que o número de internações no Rio Grande do Sul (Gráfico 1) está um pouco abaixo da estimativa considerada pela Portaria nº 1.101/2002 para todos os anos analisados, apresentando percentual aproximado de internações de 6,7%.

O Gráfico 2 demonstra o comportamento das internações hospitalares do SUS no município de Santa Maria, com variação entre aproximadamente 9.500 até 11.000 internações hospitalares, sendo que no ano de 2010 houve o maior número de internações, quando comparados aos outros anos, totalizando 10.963 hospitalizações.

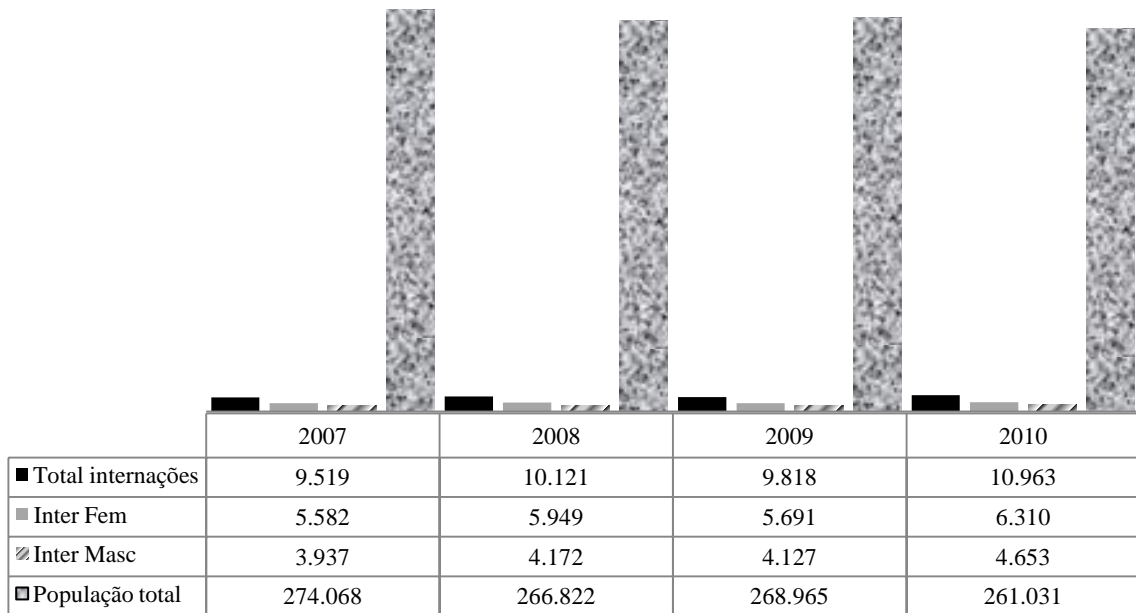


Gráfico 2 – População residente, número total de internações hospitalares SUS e por sexo, local de residência, Santa Maria, AIH pagas por lista morb CID-10, período entre 2007 a 2010.

Os dados demográficos populacionais dos residentes no município de Santa Maria se mantiveram praticamente estáveis durante o período analisado, com discretas alterações, sendo que este cenário acompanha o verificado no Estadual. Quanto aos NIHE, no município de Santa Maria tem-se: 19.184 (2007); 18.677 (2008); 18.827 (2009) e 18.272 (2010) internações hospitalares. Estes achados mostram que o número de internações hospitalares na população residente de Santa Maria está abaixo das estimativas de internações esperadas, segundo a Portaria nº 1.101/2002, nos anos analisados ficando em torno de 4%.

Quanto à distribuição das causas de morbididades hospitalares e a variável sexo (masculino e feminino), foi verificada a predominância do sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino, no que diz respeito ao número de internações hospitalares, tanto no RS como em Santa Maria, durante todo o período estudado.

Na sequência será apresentada a sistematização dos resultados obtidos neste estudo quanto às cinco primeiras causas de internações hospitalares, tanto no Rio Grande do Sul quanto no município de Santa Maria, referentes às AIH pagas (Tabela 1).

Cinco primeiras causas de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, Rio Grande do Sul e Santa Maria, AIH pagas por lista morb CID-10, 2007 a 2010.								
2007		2008		2009		2010		
RS	Santa Maria	RS	Santa Maria	RS	Santa Maria	RS	Santa Maria	
1ª	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério
2ª	Gravidez, parto e puerpério	Neoplasias	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Neoplasias	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório
3ª	Doenças do aparelho circulatório	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho circulatório	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo
4ª	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Transtornos mentais e comport.
5ª	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Infecciosas e parasitárias	Transtornos mentais e comport.	Neoplasias	Transtornos mentais e comport.	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 1

No RS, pôde ser observado que as principais causas de internação se mantiveram praticamente constantes e ocupando as mesmas posições durante os anos estudados, sendo: 1ª - doenças do aparelho respiratório; 2ª - gravidez, parto e puerpério; 3ª - doenças do aparelho circulatório; 4ª - doenças do aparelho digestivo e; 5ª - neoplasias, com exceção do ano de 2008, quando foram as doenças infecciosas e parasitárias.

No entanto, os dados referentes ao município de Santa Maria demonstram uma diferença em relação aos do RS, já que o único motivo de internação constante neste município foi gravidez, parto e puerpério, a qual ocupou o 1º lugar de internação ao longo deste período. As demais causas variaram de posições no decorrer do tempo e foram as seguintes: neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório e transtornos mentais e comportamentais.



É importante relatar que, em Santa Maria, as doenças do aparelho circulatório aparecem somente nos anos de 2007 e 2010; as neoplasias nos anos 2007, 2008 e 2009 e, por fim, os transtornos mentais e comportamentais nos anos de 2008, 2009 e 2010. As demais causas, a saber, doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e gravidez, parto e puerpério aparecem nos quatro anos citados.

Quanto à variável faixa etária, no RS, foi constante a de 20 a 29 anos como a faixa etária com maiores internações, acompanhada, na sequência, dos 50 a 59 anos. As demais faixas etárias oscilaram nos anos analisados. Entretanto, quando levantados os dados do município de Santa Maria, as faixas etárias apresentaram padrão constante no período de 2007 a 2010, sendo: 1ª - 20 a 29 anos; 2ª - 30 a 39 anos; 3ª - 40 a 49 anos; 4ª - 50 a 59 anos e 5ª - 60 a 69 anos.

No que se referem as cinco principais causas de internação, por local de residência e sexo, as mesmas podem ser visualizadas nas tabelas subsequentes (Tabela 2, Tabela 3), as quais fornecem informações do Rio Grande do Sul e de Santa Maria, respectivamente.

Cinco primeiras causas de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, Rio Grande do Sul, AIH pagas por lista morb CID-10 e sexo, 2007 a 2010.

	2007		2008		2009		2010	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1ª	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério
2ª	Doenças do aparelho circulatório	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças aparelho respiratório
3ª	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho circulatório
4ª	Lesões enven. e causas externas	Doenças do aparelho digestivo	Lesões enven. e causas externas	Doenças do aparelho digestivo	Lesões enven. e causas externas	Doenças do aparelho digestivo	Lesões enven. e causas externas	Doenças do aparelho digestivo
5ª	Neoplasias	Doenças do aparelho geniturinário	Infeciosas e parasitárias	Doenças do aparelho geniturinário	Infeciosas e parasitárias	Doenças do aparelho geniturinário	Infeciosas e parasitárias	Doenças do aparelho geniturinário

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 2

Da Tabela 2, pôde-se aferir que, no sexo feminino, as cinco principais causas se mantiveram constantes nos quatro anos, bem como as suas posições, sendo elas: 1ª - gravidez,

parto e puerpério; 2<sup>a</sup> - doenças do aparelho respiratório; 3<sup>a</sup> - doenças do aparelho circulatório; 4<sup>a</sup> - doenças do aparelho digestivo e; 5<sup>a</sup> - doenças do aparelho geniturinário. Quando analisados os dados do sexo masculino, pôde-se verificar que estes também acompanham a situação do sexo feminino, já que se mantiveram constantes as causas e posições de interações, com exceção da 5<sup>a</sup> causa, no ano de 2007, a qual são as neoplasias e, nos anos subsequentes, dão espaço às doenças infecciosas e parasitárias. Entre as quatro primeiras causas com quadro permanente, no sexo masculino, durante o período analisado, estão: 1<sup>a</sup> - doenças do aparelho respiratório; 2<sup>a</sup> - doenças do aparelho circulatório; 3<sup>a</sup> - doenças do aparelho digestivo; 4<sup>a</sup> - lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Nesta perspectiva, o cenário levantado do município de Santa Maria (Tabela 3) demonstra outras constatações. Quando observada a variável sexo verifica-se que, diferentemente do observado a nível estadual, não se tem uma causa que se mantém estável quanto à posição ocupada nos quatro anos analisados, exceto a gravidez, parto e puerpério, que é a primeira causa de morbidade hospitalar nas mulheres em todo o período. Outro fator importante é que somente no sexo masculino aparecem os transtornos mentais e comportamentais e as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Cinco primeiras causas de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, Santa Maria, AIHS pagas por lista morb CID-10 e sexo, 2007 a 2010.

	2007		2008		2009		2010	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1 <sup>a</sup>	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério	Transtornos mentais e comport.	Gravidez, parto e puerpério	Doenças aparelho respiratório	Gravidez, parto e puerpério
2 <sup>a</sup>	Transtornos mentais e comport.	Neoplasias	Transtornos mentais e comport.	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Transtornos mentais e comport.	Doenças aparelho respiratório
3 <sup>a</sup>	Neoplasias	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho digestivo
4 <sup>a</sup>	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho circulatório	Neoplasias	Doenças do aparelho digestivo	Doenças aparelho respiratório	Doenças aparelho respiratório	Lesões enven. e causas externas	Neoplasias
5 <sup>a</sup>	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Lesões enven. e causas externas	Doenças do aparelho circulatório	Lesões enven. e causas externas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> Revisão

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 3

Destaca-se que os gráficos e tabelas apresentados anteriormente serão retomados, a seguir, na discussão dos resultados.

## DISCUSSÃO

Há uma concepção corrente, entre os estudiosos da gestão em saúde, de que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) constituem instrumentos de fundamental importância na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, os SIS têm o papel de:

contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base de ampliação do exercício do controle social e da cidadania; contribuir também para resgatar uma relação mais humana entre a intuição e o cidadão.<sup>12</sup>

É no contexto dos SIS que se encontra o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) que, a despeito de oportunizar reflexões de alcance técnico-político e social, permite conhecer, ainda, as principais causas que levam a população a necessitar de práticas de saúde voltadas à promoção, prevenção e tratamento. No que tange a abordagem deste estudo, o mesmo se refere, especificamente, ao âmbito das morbidades hospitalares.

Desta forma, é relevante dizer que existem certas patologias que somente em estágios avançados, graves ou associados a outros agravos são indicativos de internação hospitalar, dentre elas os distúrbios psiquiátricos, diarreias, dengue, tuberculose e hepatites, gerando as Autorizações de Internações Hospitalares. São estas autorizações que alimentam o SIH que, mesmo tendo um caráter financeiro, serve como indicador indireto do perfil de morbidade por grupo de causas nas três instâncias do SUS. Ressalva-se, a título de esclarecimento, que o SIH não abarca as internações da rede privada, as internações domiciliares e os atendimentos de emergência<sup>4</sup>. Neste sentido é pertinente mencionar que o SIH abrange 70% das internações hospitalares em nível de País, estados e municípios<sup>3</sup>, sendo isto mais um dos fatores limitantes da fidedignidade do SIH e, conseqüentemente, do objetivo a que se propõe esta investigação.

No que se refere, especificamente, aos achados do presente estudo observa-se que ao número total de internações hospitalares do SUS, considerando as estimativas da Portaria nº 1.101/2002 a qual refere que, geralmente, de 7 a 9% da população necessitará de internação hospitalar durante o ano, tanto o Rio Grande do Sul quanto Santa Maria estão abaixo das estimativas ficando em torno de 6,7% e 4%, respectivamente. No entanto, um ponto importante é o que já foi mencionado anteriormente, ou seja, que as hospitalizações de serviços privados não são contabilizadas pelo SIH-SUS, o que significa que o número de internações totais com certeza é superior ao apresentado, tanto do Estado quanto no município. Outro aspecto é que a realidade constatada por meio do parâmetro definido pela

referida Portaria possa ser explicada através das limitações decorrentes da dificuldade de acesso ao serviço hospitalar e/ou da efetiva resolutividade da atenção básica. Estudos sobre acesso a serviços de saúde<sup>13</sup> têm sido realizados no Brasil, abordando a utilização de serviços ou acessibilidade, particularmente nas dimensões geográfica, organizacional, social e econômica. E, ainda, quanto à oferta, autores relatam que “outra limitação importante nesta abordagem é que o perfil de morbidade das internações é afetado pela oferta dos serviços”<sup>14</sup> (p. 62).

Em consonância, a relação entre acesso aos serviços hospitalares aumenta com a disponibilidade de leitos e unidades de atenção básica presentes no local, e ao contrário, diminui com a distância entre o município de origem e o local do serviço hospitalar<sup>15</sup>. Assim, quando acessam os serviços hospitalares, o conhecimento dos motivos de internação pode fomentar, ainda, as questões de iniquidades por parte da atenção básica e no acesso a rede hospitalar<sup>16</sup>, bem como as diferenças entre raça, idade e sexo.

Quanto este estudo e a variável sexo, foi constatado que o sexo feminino teve predominância sobre masculino, tanto no Rio Grande do Sul quanto no município de Santa Maria, durante todo o período analisado. Esta questão faz pensar que as características demográficas como, por exemplo, idade e sexo, estão relacionados com a utilização dos serviços de saúde pelo motivo da sua influência biológica na morbimortalidade<sup>17</sup>. Sendo assim, há muitos estudos que trazem a prevalência das mulheres na utilização dos serviços de saúde quando comparadas aos homens<sup>18</sup>, incluindo os serviços com fins preventivos<sup>19</sup>. Deste modo, este estudo confirmou o que já é de conhecimento há muito tempo, a relação entre mulheres e a maior procura por serviços de saúde, já que é o sexo feminino o que mais acessa os serviços de saúde, normalmente devidos às questões sexuais, reprodutivas e maternas.

Quanto aos resultados relacionados às faixas etárias, pode-se dizer que, neste estudo, tanto no município de Santa Maria quanto no Rio Grande do Sul, a faixa etária que mais teve internações no período foi a dos 20-29 anos, ou seja, adultos jovens e economicamente ativos. Este fato é curioso no sentido de que, normalmente, as internações hospitalares concentraram-se nas faixas etárias extremas, ou seja, crianças e pessoas com 60 anos e mais<sup>20</sup>. Nesta relação, seria compreensivo entender que, com o aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população brasileira<sup>21</sup>, as pessoas com 60 anos e mais acessariam mais os serviços de saúde, dentre eles a rede hospitalar. Confirmando isto, um estudo que teve como objetivo identificar os fatores associados às admissões hospitalares no Brasil evidenciou que o grupo etário de 80 anos foi a faixa etária que teve maior coeficiente de internação<sup>22</sup>. Sendo

assim, a questão da transição demográfica e epidemiológica de uma população apresenta diferenças significativas nas características de morbimortalidades e no tipo de necessidade de serviços de saúde.

Em face disso, é possível imaginar a relação da capacidade instalada dos serviços hospitalares e a composição das internações por grupo de causa. Assim, observa-se, no município de Santa Maria, que o maior volume corresponde às internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, o que pode ser indicativo de maior oferta desses serviços. Quanto à análise da faixa etária dos 20 a 29 anos e a primeira causa de internações, ou seja, gravidez, parto e puerpério a mesma representa em torno de 50% e 63% do número total de internações nesta faixa etária, respectivamente, no Rio Grande do Sul e Santa Maria no período de 2007 a 2010. (retirei o parágrafo que falava das mulheres e políticas de saúde)

Os achados referentes ao RS apontam quadro permanente dos motivos de internação, sendo que ocupam, ao passar dos anos, a mesma posição na ordem das causas de hospitalizações. Estas, em uma sequência decrescente assim, se apresentam: doenças do aparelho respiratório; gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho digestivo e neoplasias. Destaca-se que, quando estratificada a variável sexo, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) aparecem em 5º lugar nos anos de 2008 e 2010 nos homens. Este quadro pode ser justificado pelo fato de que as internações decorrentes de gravidez, parto e puerpério dão espaço às doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino. A relevância destas causas de internação pode ser compreendida pelas modificações nos padrões de hospitalizações e de mortalidades nos últimos 20 anos, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias, juntamente com as crônico-degenerativas, entrariam em queda nas mortalidades gerais e com aumento geral nas morbidades<sup>23</sup>. Assim, este grupo de causas apresenta uma complexidade, já que pode ser dividido em: doenças transmissíveis com tendência declinante (difteria, coqueluche, doenças de chagas, hanseníase); as em quadro persistente (malária, tuberculose, meningite, hepatites virais, leishmaniose); e, por último, as emergentes e reemergentes (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-SIDA e dengue, respectivamente)<sup>24</sup>.

Diante do que foi exposto até aqui, constata-se que, no RS, as doenças do aparelho respiratório são os principais motivos de internação na população geral do Estado e também a 1ª causa de hospitalização no sexo masculino durante todo o período analisado. Conforme isto, em estudo realizado sobre as principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, por faixa etária e regiões, foi possível identificar que, quanto às

pneumonias, as mesmas apresentaram tendência ao crescimento nas taxas de internações em todas as regiões, a partir de 2001. No entanto, as registradas na região Sul foram ainda menores dos que nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste<sup>25</sup>. Tal fato faz refletir sobre as questões de desigualdades e disparidades regionais de acesso à saúde, tanto relacionadas às características ambientais e climáticas quanto à organização dos serviços de saúde.

Outro dado interessante ao qual cabe destaque é que mesmo não aparecendo nas cinco primeiras causas de internações gerais no RS e Santa Maria, as doenças do aparelho geniturinário aparecem como a 5ª causa de internação hospitalar no sexo feminino no Estado do RS, quando sistematizados os dados por sexo. De acordo com isto, o estudo realizado acerca do perfil de internação hospitalar na população idosa brasileira, em comparação com de 20-59 anos<sup>26</sup>, demonstrou que na população mais jovem as doenças do aparelho geniturinário predominam como as primeiras causas de internações entre as mulheres (17%).

Quando se analisa o município de Santa Maria, o cenário é diferente, já que existem algumas alterações, tanto na disposição das posições quanto nas causas das internações. No entanto, o que chama mais atenção é o quadro emergente das hospitalizações por transtornos mentais e comportamentais, as quais, na estratificação por sexo, demonstraram serem presentes entre a 1ª e 2ª causa de internação hospitalar no sexo masculino e não aparecem na relação das principais internações nas mulheres, repetindo-se este quadro quanto às lesões, envenenamentos e causas externas.

Em consonância com este quadro, um estudo baseado na revisão da literatura publicada e não publicada sobre gênero no Brasil, no ano de 2007, expressa que os homens apresentam ascensão quanto às mortes por causas externas, como os acidentes de trabalho e armas de fogo<sup>27</sup>. Em outro estudo sobre o perfil de internações hospitalares da população idosa brasileira, em comparação com a população de 20-59 anos, os mesmos apresentam que as doenças do aparelho digestivo e causas externas são as principais motivos de hospitalizações no sexo masculino (15,3% para cada grupo), seguidas dos transtornos mentais e comportamentais, que totalizaram 11,7%<sup>26</sup>. Como causas externas, são definidas as que compreendem motivos não intencionais e caracterizados como evitáveis, como, quedas, envenenamentos, afogamentos, acidentes de trabalho e trânsito, dentre outros<sup>28</sup>. E, quando relacionado ao sexo, se aponta a predisposição de adolescentes e adultos jovens à morbidade e a mortalidade nesse grupo de causas, com predominância no sexo masculino. Igualmente a isto, o quadro permanece o mesmo no grupo dos transtornos mentais e comportamentais, no qual o uso abusivo de álcool se insere como a principal causa, sendo que a utilização crônica e

excessiva do álcool desencadeia interferências nos fatores individuais, familiares e sociais<sup>29</sup>. Esta característica de predominância do sexo masculino nestes grupos de causas pode ser explicada pela probabilidade de maior exposição e vulnerabilidade dos homens a situações de violência, acidentes e uso de substâncias psicoativas.

Quanto ao sexo feminino residente em Santa Maria, o destaque consiste nas neoplasias, as quais ocupam a 2ª principal causa de internação de 2007 a 2009 e a 4ª no ano de 2010, sendo que também aparecem na relação das cinco principais de internação hospitalar nos homens. A permanência das neoplasias nas morbidades pode ser relacionada ao aumento da oferta de hospitalizações a este grupo de causas. No entanto, cabe reforçar que os eventos neoplásicos apresentam cenário em ascendência mundial e no Brasil, fomentando a necessidade de atuação sobre seus riscos e causas<sup>30</sup>.

Por fim, cabe reforçar que as diferenças entre os sexos não deve ser justificada meramente pelas questões biológicas, mas considerada as características de vida, comportamentais e variáveis de gênero, bem como as singularidades de acesso a políticas de saúde específicas voltadas a mulheres e homens. Assim, estudos acerca das perspectivas condições, podem aferir com maior precisão e confiabilidade os motivos que levam homens e mulheres a desenvolverem eventos neoplásicos bem como outros agravos e correlacionar as diferenças entre eles.



## CONCLUSÃO

Considera-se que os dados, o conjunto de informações e a construção de indicadores desempenham um papel importante nas políticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disto, sistematizá-los predispõem a análise de situações de vida e de saúde, identificando vulnerabilidades, condicionantes e determinantes de saúde. Nesse contexto, as características das morbidades hospitalares, através da utilização do SIH-SUS, constituem um importante aliado para se pensar e repensar as condições de vida e saúde.

Vale lembrar, no entanto, que as fragilidades do SIH referidas na literatura que fundamentaram este estudo levam a inferir que os aspectos identificados, a partir de uma aproximação inicial com os dados extraídos de fontes secundárias, na tentativa de comparar o contexto estadual com o municipal, não sejam suficientes para caracterizar o perfil de morbidade locorregional. Além disto, acredita-se que estudos futuros que investiguem as mortalidades, correlacionando dados de morbimortalidades, sejam importantes pesquisas para aprofundar as discussões acerca do perfil da situação de saúde do Estado do Rio Grande do Sul e de Santa Maria.

Ademais, os achados deste estudo sinalizam a importância da integração dos Sistemas de Informação em Saúde e a utilização dos mesmos como instrumentos de gestão, possibilitando o monitoramento e avaliação permanente das condições de estrutura e organização da rede de serviços de saúde no contexto do SUS.

Dito de outra forma, os SIS podem subsidiar a gestão do sistema público de saúde na análise da situação de saúde de uma determinada população, por meio da institucionalização de processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços. E, diante disto, pode ser compreendido como um dispositivo indispensável para contemplar as necessidades de saúde de um determinado contexto histórico-social.

Nesse contexto, acrescenta-se a importância de estender a divulgação das informações em saúde com base em dados epidemiológicos e sociais, de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da complexidade da organização da rede de saúde e redes de apoio.

Por fim, a socialização das informações de saúde como um todo deve perpassar por gestores e trabalhadores de saúde, dentre eles residentes multiprofissionais e instituições formadoras bem como usuários do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de setembro de 1990.
2. Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador de desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 1997 Out; 31(5):479-87.
3. Marinho A. Um modelo de quatro quadrantes para a determinação da oferta e da demanda de internações hospitalares. **Economia Aplicada**, São Paulo, 2005 Out-Dez.; 9(4):557-76.
4. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006 Jan; 22(1):19-30.
5. Almeida N, Rouquayrol MZ. **Introdução à epidemiologia**. 4 ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
6. Schramm JMA, Szwarcwald CL. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2000 Jun; 34(3):272-9.
7. Godoy DV *et al.* Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do SUS num serviço terciário de clínica na região nordeste do Rio Grande do Sul. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, 2001 Jul-Ago; 27(4).
8. Brasil. Portaria/GM nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 de fevereiro de 2006.
9. Organização Mundial da Saúde. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10 ed., v. 3. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.
10. Brasil. Portaria/GM nº 1.101. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1º de julho de 2002.
11. \_\_\_\_\_. DATASUS. **População residente no Rio Grande do Sul e município de Santa Maria**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>
12. Ferreira SMG. Sistema de Informação em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001. p. 171-191.

13. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas de Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008 Abr; 24(4): 767-776.
14. Rumel D. *et al.* Condições de saúde da população brasileira. In: Ducan, BB *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 59-67.
15. Oliveira EXG de, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do SUS. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004; 20 - Sup.
16. Costa JSD *et al.* Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2010; 44(5):923-933.
17. Dias-da-Costa JS *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008 Jun; 24(7):1699-1707.
18. Travassos C *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, 2002 May-Jun; 11.
19. Pinheiro, RJ *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002; 7(4):687-707.
20. Rossini FP, Ferraz CA. Estudo das internações de urgência com enfoque demográfico-epidemiológico em hospital público. **Revista Rene**, Fortaleza, 2009 Out-Dez; 10(4):77-86.
21. Paes NA. A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na população idosa brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, 2004; 15 (4): 233-241.
22. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002; 7(4):795-811.
23. Paes NA, Silva LA. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, 1999; 6(2):99-109.
24. Batistela C. Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca AF, Corbo AA (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 121-158.
25. Moura BLA *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2010 Nov.; 10 (Supl. 1): 83-91.
26. Loyola Filho AI *et al.* Causas de internações hospitalares entre brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2004; 13(4):229-238.
27. Pena MVJ, Correia MC, Van Bronkhorst B. **A questão de gênero no Brasil**. Rio de Janeiro: Gráfica O Lutador, 2005, 171 p.

28. Cocco M, Lopes MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**; 12(1):89-97. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v.12/n1/v12n1a11.htm>>.
29. Costa EMA, Carbone MHC. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
30. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007; 12 (Sup.): 1779-1790.

## ANEXO

### Normas Cadernos de Saúde Pública

#### Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

#### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

#### 2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

#### 3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

- ClinicalTrials.gov

- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

- Netherlands Trial Register (NTR)

- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

- Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

- Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

- Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- Processo de submissão *online*

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem

realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- Envio do artigo

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.



12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

- Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *Link* "Submeter nova versão".

- Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.