



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PATRICIA MARIA RUFINO DORNELLAS

**ADOLESCENTES NO BRASIL: INTERNAÇÕES
HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Londrina
2011

PATRICIA MARIA RUFINO DORNELLAS

**ADOLESCENTES NO BRASIL: INTERNAÇÕES
HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador:
Prof. Dra. Wladithe Organ de Carvalho

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D713a Dornellas, Patricia Maria Rufino.

Adolescentes no Brasil : internações hospitalares no Sistema Único de Saúde / Patricia Maria Rufino Dornellas. – Londrina, 2011.
134 f. : il.

Orientador: Wladithe Organ de Carvalho.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) –
Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa
de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Adolescentes –
Assistência hospitalar – Teses. 3. Adolescentes – Cuidados médicos – Teses. 4.
Adolescentes – Saúde e higiene – Teses 5. Serviços de saúde pública – Aspectos
econômicos – Teses. 6. Epidemiologia – Pesquisa – Teses. I. Carvalho, Wladithe Organ
de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU616-053.6

PATRICIA MARIA RUFINO DORNELLAS

**ADOLESCENTES NO BRASIL: INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Wladithe Organ de Carvalho
UEL – Londrina – PR

Prof^ª. Dra. Thais Aidar de Freitas Mathias
UEM – Maringá – PR

Prof^ª. Dra. Leila Sollberger Jeolás
UEL – Londrina – PR

Londrina, 14 de Março de 2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais que se sensibilizam e se dedicam a esta etapa de vida que abrange a adolescência. Aproveitem esta leitura, consultem e implementem o que pode e deve ser aprendido.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, pelo dom da vida! Sem Ele nada seria possível.

Ao meu marido e grande companheiro Edson e meus amados filhos Vitor Hugo e Rafael, que em todos os momentos me apoiaram e incentivaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional e principalmente pela paciência pelo tempo de convívio que deles eu tirei.

Aos meus pais, Helio e Izaura, por serem os meus maiores exemplos de vida e pelo seu amor e apoio incondicional recebido em todos os momentos, por me fazerem a pessoa que sou.

Aos meus irmãos João Mario, Helio Junior e Cynthia, pelo amor, carinho e apoio recebidos, e por torcerem e acreditarem em mim.

Aos meus familiares pelo convívio harmonioso e incentivo recebido.

À minha querida Célia, nossa “Tia Célia”, por cuidar da minha família e da minha casa, para que eu pudesse concretizar esta etapa.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, professora Dra. Wladithe Organ de Carvalho, que soube me compreender como ninguém, que além de direcionar os passos da pesquisa, mostrou os caminhos da vida. E acima de tudo, compartilhou os sonhos, as alegrias, as incertezas, as decepções e a conquista.

À professora Rosangela Pimenta, pelo grande incentivo, apoio e colaboração.

À amiga Marcia Amaro, pelo acolhimento e por todas as valorosas contribuições.

À acadêmica de enfermagem Gislene Reis, pela colaboração em momentos importantes.

Aos professores e amigos de turma do curso de Mestrado, pelo companheirismo, incentivo, sugestões e alegrias compartilhadas, foram momentos que deixaram muitas saudades.

Às amigas e amigos de trabalho do Hospital Universitário de Londrina que me deram suporte e acreditaram que eu pudesse ser capaz quando, algumas vezes, eu mesma duvidava.

Aos casais das Equipes de Nossa Senhora, amigos de todas as horas, pela força e por suas orações.

A todas as pessoas que, de alguma forma, colaboraram no desenvolvimento desse trabalho.

“Se queres construir um barco,
não comeces por procurar madeira,
cortar tábuas ou distribuir o trabalho,
[...] primeiro tens que evocar nos homens
o desejo de um mar livre e amplo.”

Antoine de Saint Exupéry

DORNELLAS, Patricia Maria Rufino. **Adolescentes no Brasil**: internações no sistema único de saúde. 2011. 121 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

RESUMO

Estudo ecológico com abordagem quantitativa. O objetivo foi analisar o perfil das internações hospitalares de adolescentes pelo Sistema Único de Saúde no Brasil em 2008. A adolescência foi considerada como o período de vida dos 12 aos 19 anos de idade. As informações sobre internações hospitalares foram obtidas através dos arquivos reduzidos das Autorizações de Internação Hospitalar. Os dados foram obtidos do Ministério da Saúde através do DATASUS. O programa computacional Tabwin foi utilizado para o processamento eletrônico e tabulação dos dados. As variáveis de estudo foram relacionadas aos adolescentes, às características das internações hospitalares e dos estabelecimentos de saúde. Foram feitas análise bivariada, taxas e razão de taxas. No referido ano, ocorreram 11.122.672 internações, sendo 9,6% destas correspondentes à faixa etária estudada. A taxa de internação por mil adolescentes foi de 39,6, a região Norte apresentou a maior taxa de internação (53,0). A razão nacional foi 3 adolescentes femininos para 1 masculino. Nas regiões Sudeste e Sul as internações foram maiores nas instituições privadas, nas outras regiões foram nas públicas. A análise de correlação linear de Pearson da taxa de internação foi positiva para as variáveis: taxa de fecundidade e proporção de pobres e negativa com o grau de urbanização, coberturas de plano de saúde e de pré-natal, não houve correlação com o número de leitos por habitantes. As principais causas de internações femininas foram gravidez, parto e puerpério (72,0% das AIH de adolescentes femininas) e as maiores taxas ocorreram nas regiões Norte (75,6%) e Nordeste (75,6%). Para os adolescentes masculinos, as principais causas foram lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (26,6% das AIH de adolescentes masculinos). A maior taxa de internação por essas causas ocorreu na região Sudeste (28,5%). A permanência hospitalar, para ambos os sexos foi inferior a quatro dias. A proporção das internações em unidades de terapia intensiva foi 2,9% para os adolescentes masculinos e 0,8% para as femininas. A taxa de mortalidade foi 0,3 para as adolescentes do sexo feminino e 1,3 para os masculinos. Os resultados desta pesquisa levam a concluir que as condições sócio-econômicas e as relações de gênero determinam as características das internações dos adolescentes e as principais causas de internação.

Palavras-Chaves: Adolescente. Internação. Epidemiologia.

DORNELLAS, Patricia Maria Rufino. **Teenagers in Brazil: Hospitalizations in the Single Health System.** 2011. 121 f. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Services Management) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

ABSTRACT

Ecological study with quantitative approach. The aim was to analyze the profile of teenager hospitalizations within the Single Health System in Brazil in 2008. A person is considered a teenager when aged 12 to 19. Hospitalization information was obtained from the Hospitalization Authorizations (AIH) brief files available by the Ministry of Health at the DATASUS database. Tabwin software was used to capture and tabulate online data. The variables analyzed were related to teenagers, hospitalizations and health services characteristics. Bivariate analysis, rates and ratio rates were analyzed. In that year, 11.122.672 hospitalizations took place, 9.6% corresponding to teenagers. Hospitalization rate was 39.6/1.000, the northern region presented the higher hospitalization rate (53.0). The national ratio was 3/1 female to male. In the southeastern and Southern regions the hospitalization were higher in private institutions, whilst in all the other regions they took place in public institutions. Pearson Correlation analysis of hospitalization rate was positive for the following variables: fecundity rate and poverty proportion, and negative for the urbanization grade, health maintenance organization and prenatal care coverage. There was no correlation between number of hospital beds per habitant. The leading female hospitalization causes were pregnancy, birth and postnatal care (72% of female AIH) and higher rates took place in the Northern (75.6%) and Northeastern (75.6%) regions. Among male hospitalizations leading causes were lesion, poisoning and other external causes (26.6% of male AIH). The highest hospitalization rate by these causes took place in the Southeastern (28.5%) region. Hospitalization stay for both genders was less the four days. The proportion of hospitalizations in intensive care units was 2.9% for males and 0.8% for females. Mortality rate was 0.3% for females and 1.3% for males. The results of this study lead to the conclusion that socioeconomic conditions and gender issues determine the characteristics of teenager hospitalization and their leading causes.

Keywords: Adolescent. Hospitalization. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de internações pelo SUS na população geral e proporção de internações em adolescentes. Brasil, estados e regiões, 2008.....	39
Tabela 2- Taxas de internações pelo SUS e razão de taxas, em adolescentes. Brasil e regiões, 2008.....	40
Tabela 3- Taxas de internações pelo SUS e razão de taxas, em adolescentes segundo sexo e regiões. Brasil e regiões, 2008.....	41
Tabela 4- Proporção de internações pelo SUS, em adolescentes, segundo o estado do estabelecimento de internação. Brasil e estados, 2008.....	45
Tabela 5- Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo idade detalhada. Brasil e regiões, 2008.....	48
Tabela 6- Porcentagens de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo feminino, segundo as principais causas e regiões do Brasil, 2008.	49
Tabela 7- Taxas de internações pelo SUS de adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo gravidez, parto e puerpério (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	51
Tabela 8- Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo doenças infecciosas e parasitárias (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	53
Tabela 9- Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho geniturinário (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	55
Tabela 10- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho respiratório (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	57
Tabela 11- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho digestivo (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	59
Tabela 12- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo lesões por consequência de causas externas (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	61
Tabela 13- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo transtornos mentais e comportamentais (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	63

Tabela 14- Taxas de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo feminino, segundo regiões e caráter de atendimento. Brasil, 2008.....	64
Tabela 15- Taxas de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo feminino segundo idade detalhada e caráter de atendimento. Brasil, 2008.....	64
Tabela 16- Porcentagens de internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino, em Unidades de Terapia Intensiva. Brasil e regiões, 2008.....	66
Tabela 17- Taxas de mortalidade hospitalar em adolescentes do sexo feminino internadas pelo SUS. Brasil e regiões, 2008.....	66
Tabela 18- Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo idade detalhada. Brasil e regiões, 2008.....	68
Tabela 19- Porcentagens das principais causas de internação dos adolescentes do sexo masculino pelo SUS segundo causas. Brasil e regiões, 2008.	69
Tabela 20- Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo lesões por consequência de causas externas (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	71
Tabela 21- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo doenças infecciosas e parasitárias (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	73
Tabela 22- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e do capítulo doenças do aparelho respiratório (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	74
Tabela 23- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e do capítulo doenças do aparelho digestivo (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	75
Tabela 24- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo doenças do aparelho geniturinário (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	77
Tabela 25- Taxas de internações ¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo transtornos mentais e comportamentais (CID 10). Brasil e regiões, 2008.....	78
Tabela 26- Taxa de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo masculino e caráter de atendimento. Brasil e regiões, 2008.....	79
Tabela 27- Taxa de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo masculino segundo idade detalhada e caráter de atendimento. Brasil, 2008.....	80
Tabela 28- Porcentagens de internações de adolescentes do sexo masculino pelo SUS em Unidades de Terapia Intensiva. Brasil e regiões, 2008.....	82
Tabela 29- Taxa de mortalidade intrahospitalar dos adolescentes do sexo masculino internados pelo SUS. Brasil e regiões, 2008.....	82
Tabela 30- Matriz de correlação de Pearson entre variáveis selecionadas e taxa de internação em adolescentes. Brasil, 2008.....	84

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Taxas de internações por mil habitantes, pelo SUS em adolescentes, segundo sexo. Brasil, 2008..... 41
- Figura 2** – Porcentagem de internações pelo SUS de adolescentes segundo o regime do estabelecimento de saúde. Regiões do Brasil, 2008..... 42
- Figura 3** – Porcentagem de internações pelo SUS, em adolescentes segundo a natureza do estabelecimento de saúde. Regiões do Brasil, 2008..... 44
- Figura 4** – Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino, Brasil e estados, 2008..... 47
- Figura 5** – Porcentagens das internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino, segundo regiões e dias de permanência. Brasil, 2008..... 65
- Figura 6** – Taxas de internações pelo SUS em adolescentes do sexo masculino, segundo estados. Brasil, 2008..... 67
- Figura 7** – Porcentagens das internações pelo SUS dos adolescentes do sexo masculino, segundo regiões e dias de permanência. Brasil, 2008..... 81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CID10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TMGH	Taxa de mortalidade geral hospitalar
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UF	Unidades Federativas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A ADOLESCÊNCIA E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO	15
1.2	INTERNAÇÕES HOSPITALARES	19
1.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
3.1	DELINEAMENTO	28
3.2	POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	28
3.3	FONTE DE DADOS.....	28
3.4	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH-SUS)	29
3.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	30
3.5.1	Variáveis Relacionadas à Caracterização da População de Estudo	30
3.5.2	Variáveis Relacionadas à Caracterização das Internações Hospitalares	30
3.6	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.6.1	Apresentação das Taxas	32
3.6.2	Análise de Correlação	33
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	37
4	RESULTADOS	38
4.1	Características das Internações Hospitalares de Adolescentes no SUS	38
4.2	Características das Internações Hospitalares Segundo os Estabelecimentos de Saúde	42
4.3	Características das Internações Segundo o Sexo	46
4.3.1	Características das Internações dos Adolescentes do Sexo Feminino-	46
4.3.2	Características das Internações dos Adolescentes do Sexo Masculino-	67
4.4	Correlação Entre Taxa de Internação e Indicadores de Saúde	83
5	DISCUSSÃO	86

6 CONCLUSÃO	100
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	114
ANEXO A	115
ANEXO B	116
ANEXO C	117
ANEXO D	118
ANEXO E	119
ANEXO F.....	120
ANEXO G.....	121

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ADOLESCÊNCIA E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

Neste estudo abordar-se-á especificamente a fase da adolescência. Etimologicamente, adolescência vem de *adolescere*, palavra latina que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se grande, brotar, surgir (LOPES; SARUÉ, 2010). Viver este período significa estar em desenvolvimento para atingir a maturidade (VIEIRA et al., 2007).

Maakaroun (1991, p. 3) define a adolescência como:

Fase do desenvolvimento do ser humano correspondente à segunda década da existência. É um período de transição entre a infância e a idade adulta, continuando um processo dinâmico de evolução da vida, iniciado com o nascimento. [...] A adolescência contém, na sua expressão, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e a reformulação de caráter social, sexual, ideológico e vocacional impostas por uma completa e radical transformação corporal que impõe ao indivíduo um status de adulto.

Já para Ayres e França Jr. (1996, p. 68) a definição de adolescência envolve outros elementos peculiares e problematizadores. O adolescente é considerado, antes de tudo, vulnerável por ser *um grupo social que se encontra em fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas a um redimensionamento de identidades de papéis sociais*.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), a adolescência é um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a etapa da pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e adolescência (15 aos 19 anos), definições que tanto a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2010) quanto o Ministério da Saúde têm adotado (BRASIL, 2006a). O início aos dez anos é aceito porque, biologicamente, começa o processo de maturação sexual (puberdade). Já a finalização desse processo é predominantemente de origem sociológica (VASQUEZ, 1999).

Já para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a faixa etária que compreende o período da adolescência é de 15 a 19 anos.

A idade limite para internação nas instituições de saúde na pediatria é de até 12 anos de idade como, por exemplo, Hospital Universitário de Londrina, Hospital Infantil Sagrada Família de Londrina e Hospital Infantil Pequeno Príncipe de Curitiba; outras instituições limitam as internações na pediatria até 14 anos, como o Hospital Universitário de Maringá, e outras ainda até 15 anos, como o Hospital de Câncer – INCA.

Conforme define o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), - Lei nº. 8.069 de 13/07/1990, o adolescente é visto como pessoa compreendida na faixa etária de 12 a 18 anos completos (BRASIL, 2001).

Como visto, estas instituições que possuem credibilidade para formulação de políticas públicas, elaboração e execução de projetos tanto da iniciativa privada como da pública, apresentam diferentes recortes da faixa etária na qual definem o período de vida que compreende a adolescência.

Além deste recorte biológico, definir adolescência também implica em buscar compreender seus processos sociais e históricos.

Segundo Ariès (1981), cada época corresponde a uma idade particular destacada da vida humana- a juventude foi privilegiada no século XVII, a infância no século XIX, e a adolescência no século XX.

Este conceito adotado por Ariès possibilita afirmar que a adolescência é uma construção social e cultural, datada e construída a partir de limites e lugares definidos nas diferentes sociedades.

A “adolescência” é uma construção posta em um determinado tempo, a partir das relações sociais, econômicas e políticas vigentes e se foi inventada pode ser transformada. A emergência da “adolescência” vem responder a uma demanda da própria sociedade e nela foi sendo estabelecida uma rede articulada das práticas discursivas e não discursivas que lhe deram a coerência necessária para que o visível e o invisível, o enunciado e o silenciado pudessem, juntos, marcar esses sujeitos (CAMPOS, 2008, p. 113).

A adolescência refere-se assim, a esse período de latência social constituída a partir desta sociedade capitalista, gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar (BOCK, 2004).

Essa falta de concordância acerca da delimitação da faixa etária da adolescência leva a uma reflexão sobre a dificuldade da ciência positivista em representar a adolescência, franca fase de transição e mudanças constantes que é. O olhar científico do homem ocidental, racional e objetivante, desenvolveu-se principalmente a partir do final do século XIX. E foi nesse período, sob essas influências, que a adolescência passou a ser considerada na psicologia do desenvolvimento, a qual estuda as mudanças de comportamento relacionadas à idade. A adolescência representa, assim, um desafio constante para o ser humano, por confrontá-lo com as suas próprias vicissitudes e labilidades, e por não seguir delimitações meramente cronológicas (TRAVERSO-YEPEZ ; PINHEIRO, 2002).

O ECA afirma a condição de cidadão às crianças e aos adolescentes, quando elimina o termo “menor”, não sendo mais aqueles considerados objetos de tutela, mas sim, sujeitos cujos direitos devem ser garantidos, merecedores de atenção integral, em condição adequada ao seu processo de desenvolvimento (BRASIL, 2001). Isso gerou repercussões importantes sobre o Sistema Único de Saúde:

Em 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, foi confiada ao Sistema Único de Saúde a missão de assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo o acesso às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 2006b, p. 307).

Com a promulgação do ECA, foi aprovado a criação dos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar. Suas ações devem garantir à criança e ao adolescente direitos fundamentais que garantam seu desenvolvimento integral, baseadas em três diretrizes: os serviços oferecidos devem obedecer critérios municipais; a setorialidade destes serviços deve atender suas áreas específicas de necessidade (saúde, educação, assistência social, entre outras) e a participação da comunidade junto ao poder público para formular políticas e exercer controle sobre sua execução e seus resultados (PAULILO, 2007).

Mas, uma mudança de termos legais não necessariamente se traduz em mudanças nas condições de vida reais da população. Assim, muitos

adolescentes, apesar da legislação recentemente colocada em vigor, continuam vivendo em condições degradantes e adoecedoras.

Não bastassem algumas cifras estatísticas, a maioria dos adolescentes e jovens brasileiros vive com pouco acesso aos serviços de saúde, entram precocemente no mercado de trabalho sem preparo técnico e emocional, não conseguindo realizar seus projetos de vida; iniciam muito cedo a atividade sexual – em todas as camadas sociais – e de forma desprotegida, apesar de muitos terem acesso a informações. É elevado o número dos que caem nos labirintos das drogas, e crescente a população dos que vivem perambulando nas ruas, sob elevado risco de todo tipo de violência (FERNANDES, 2010, p. 2-3).

Os estudos sobre internações de adolescentes são restritos a pesquisas locais ou enfocam doenças e agravos específicos (MARTINS; ANDRADE, 2005; PARAGUASSÚ et. al., 2005; MARTINS; ANDRADE, 2007; ROSA et al., 2008; PAIVA et. al., 2008; AMORIM et. al., 2008; SIMÕES, 2010).

A internação hospitalar do adolescente se torna um fato preocupante tanto pelo comprometimento da sua saúde nesta fase precoce, como a perda de qualidade de vida, além do despreparo dos serviços para atender as demandas específicas dessa população.

Os serviços de saúde não são, tradicionalmente, espaços onde encontramos os adolescentes majoritariamente, pois neste ciclo de vida não se apresentam questões clínicas num quantitativo que seja expressivo ao ponto de apresentar-se como uma grande demanda de atendimento clínico individual para os serviços de saúde, como ocorre, por exemplo, para crianças e idosos (ROCHA, 2001, p. 35).

Assim, é preciso que os serviços de saúde cada dia mais enxerguem esse público crescente, com suas peculiaridades e necessidades específicas.

[...] com a internação, o adolescente percebe profunda alteração no seu mundo-vida, afetando o seu ser-si-mesmo e o seu ser-com-os-outros na família e com os amigos (ARMOND; BOEMER, 2004, p. 927).

A internação do adolescente gera sofrimento e ansiedade nele e na família, desencadeados tanto pela estrutura física da instituição onde ele é internado bem como pela organização dos processos de trabalho na área da saúde.

A família e a própria sociedade intervém de maneira significativa nas atitudes dos adolescentes. O contexto familiar fundamenta as etapas de crescimento, desenvolvimento e construção da identidade do adolescente e deve ser encarado como um processo dinâmico em que a história e a experiência de vida de cada membro interferem nas relações familiares e sociais (SIMÕES, 2010 p. 58).

A análise epidemiológica das hospitalizações dos adolescentes pode contribuir para que as decisões relativas às políticas públicas de atendimento à saúde sejam subsidiadas em dados que traduzam a real situação da população compreendida por esta faixa etária.

Se as mudanças físicas são universais nesta idade, as conseqüências da passagem por esta fase da vida não o são e representam desafio para as diferentes formas de lidar com elas (JEOLÁS; FERRARI, 2007, p. 106).

No Brasil, as políticas públicas para adolescentes, criadas e regulamentadas desde a década de 80, se desenvolvem de forma fragmentada e desarticulada (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Segundo Paulilo (2007), para falar em políticas para a adolescência, vestida de sua vulnerabilidade, em um país como o Brasil, com tanta desigualdade social, é preciso ter que reconhecer as falhas no sistema público, uma vez que na saúde e na violência estão os seus problemas mais ameaçadores.

1.2 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Delineando um breve panorama histórico, sabe-se que, nos primórdios da humanidade, as práticas de saúde estavam associadas às ações instintivas e místicas para garantir a sobrevivência. O hábito de se isolar as pessoas doentes em templos nos quais se realizavam ritos de cura era comum (GEOVANINI et al., 2001).

Com o advento da ciência moderna, o significado da internação hospitalar foi se modificando. Contudo, o hábito do isolamento se manteve. No final do século XIX, na época de Florence Nightingale, nasce a “enfermaria Nightingale”, usada a partir de então como modelo de espaço para internação no mundo todo, e que inovou por unir a visão holística de ser humano com princípios científicos (LISBOA, 2002).

A criação deste modelo se intensifica com as transformações evidenciadas por Michel Foucault no ambiente hospitalar, estabelecendo o vínculo entre os saberes de enfermagem e médico (PADILHA, 2005).

A junção desses saberes cria uma nova consciência sanitária universalista e torna-se indispensável a elaboração de projetos de mudanças na área da saúde (ELIAS, 2004).

Inicia-se então a reformulação dos hospitais, relacionando fenômenos patológicos, tratamento das doenças e a forma de acomodação dos pacientes. Foi necessário reduzir os efeitos negativos do hospital, como a possibilidade de não contaminar as pessoas e as cidades com doenças endêmicas. Assim, o hospital vai assumindo suas características sanitárias e se tornando um local para assistência à saúde (VASCONCELOS, 2011).

A definição de hospital, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, p.15) é o *estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.*

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), as internações hospitalares são aqueles atendimentos que necessitam ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Hoje, ser internado continua sendo algo altamente indesejado, representando a retirada do indivíduo de sua vida social. Pode não ter mais a conotação de exclusão sócio-econômica como em outras épocas (GEOVANINI et al., 2001), mas continua sendo algo ruim do ponto de vista cultural para a maioria das pessoas.

Ao buscar o atendimento hospitalar, as pessoas se internam “por inteiro”, ou seja, a sua maneira de viver passa a ser estabelecida por normas e

rotinas hospitalares, além do laço afetivo com seus familiares ser temporariamente distanciado, deixando-as com sentimento de desamparo e abandono (AMIN, 2001).

Observou-se que o total de pessoas internadas no Brasil em 2004 (anexo A) foi o equivalente a 13% da população do país para o mesmo ano (179.108.134 habitantes). Viacava et al. (2001) encontraram uma porcentagem próxima a esta (13,8%) num estudo sobre utilização de serviços de saúde no Brasil.

Essa porcentagem pode ser considerada expressiva se comparada com outros países, como a Inglaterra (9 a 10%), (UNITED KINGDOM, 2000); Estados Unidos (11,74%) (CDC, 2007), o que pode ser reflexo do modelo de saúde hospitalocêntrico que ainda persiste no Brasil (SANTOS, 2009).

1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. É formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 2000).

Em seu artigo 2º, a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 afirma que:

a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2002b, p. 1).

Para promover a saúde da população, o Estado deve oferecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (RIBEIRO, 2009).

Este Sistema representa o principal comprador de serviços de saúde no país. Suas instituições afetam decisivamente a distribuição de serviços por organizações estatais e privadas (lucrativas ou filantrópicas). O SUS compõe um

sistema misto com os serviços contratados por operadoras de seguros privados para seus beneficiários e aqueles pagos por desembolso direto (RIBEIRO, 2009).

Com o SUS, o Estado ampliou as suas metas com relação à saúde, ou seja, deixou de considerar a saúde pública apenas como forma de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade e assumiu o dever de garantir a saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação (SANTOS, 2005). Porém, na prática, ainda não tem conseguido concretizar essas metas.

O SUS, embora tenha sido institucionalizado a partir de um conceito amplo de saúde, opera ainda com o conceito de saúde como ausência de doença, não desenvolvendo ações que levem em conta fatores sociais, econômicos e ambientais que afetam os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos que interferem nas condições de vida e saúde da população. A Promoção da Saúde, como referencial que oferece uma forma mais ampla de pensar e agir em saúde vem reforçar as propostas do SUS de melhoria nesse quadro, por meio da intervenção nesses fatores (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p. 14).

De um modo geral, o sistema de saúde está voltado para a atenção ao indivíduo doente. Embora a Organização Mundial de Saúde - OMS (2010) defina saúde como o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade, é difícil a aplicação deste conceito como base para a determinação das políticas de saúde, pois envolve desempenho dos profissionais de saúde, qualidade e utilização de insumos (medicamentos, etc.) (MEDRONHO, 2009).

Ainda existem diferenças entre o SUS idealizado e implantado legalmente e aquele vivenciado pelos usuários dos serviços de saúde. Trabalha-se arduamente pela consolidação dos seus princípios doutrinários- universalidade, equidade e integralidade para os serviços e ações de saúde, porém só o trabalho dos profissionais dos serviços se mostra insuficiente para se mudar o quadro, quando se pensa em termos de políticas de saúde que abrangem toda a população (BRASIL, 2000).

Basicamente, o que mantém as diferenças entre o SUS real e o das leis é o sub-financiamento a que o Sistema foi exposto desde a sua criação. Investe-se pouco e mal na saúde, e isso tem se tornado regra após a criação do SUS, em função da suposta ameaça que este representa para grupos que, interessados em lucrar com o adoecimento, perdem com a prevenção.

O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais. Houve a opção governamental pela desconsideração da indicação Constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%), pelo “passa-moleque” em 1996 do desvio de mais da metade da CPMF aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal no ano de 2000 na aprovação da EC-29, de calcular a sua contrapartida com base na variação nominal do PIB, pressionando a aplicação de porcentual sobre a arrecadação somente para os Estados, Distrito Federal – DF e Municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2003, para não regulamentar a EC-29 com porcentual sobre a receita corrente bruta para a esfera federal (SANTOS, 2009, p. 14).

Por outro lado, é importante destacar que não basta só aumentar recursos sem se pensar em como melhor aplicá-los. Esse é o debate que ocorre desde o surgimento do SUS entre as linhas incrementalista e estruturalista. Santos (2007) retrata um momento dessa discussão quando fala sobre a criação da CPMF:

Anos 1995 e 1996- aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para o SUS, apesar da oposição da área econômica. Dura derrota com a retirada simultânea, pela área econômica, de outras fontes orçamentárias federais para o setor. Reação dos atores do SUS- esforços redobrados de inclusão social; medidas racionalizadoras de gastos; elevação de produção/productividade; mas, sinais de predomínio do “incrementalismo” na construção do sistema e arrefecimento ou menor clareza nos processos de mudança estrutural nos modelos de atenção e de gestão (SANTOS, 2007, p. 433).

O SUS é resultado de um movimento social que há muito vem lutando por uma sociedade menos desigual, combatendo as iniquidades no acesso às ações e aos serviços de saúde, na perspectiva da prevenção da doença e na

promoção da saúde, esta entendida como direito do cidadão e dever do Estado para todos (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA, 2003).

O desafio da inclusão social deveria ser consolidado através da cobertura universal e do acesso equitativo. Porém, este se depara na prática com outros fatores complicadores como a implantação de uma assistência humanizada. Entende-se por humanização a melhoria da assistência conjugada às necessárias condições de trabalho para os profissionais da saúde.

De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito-atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. [...] A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios- conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O princípio da universalidade representa a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS. Qualquer pessoa possui o direito de ser atendido nas unidades públicas de saúde. A universalidade prevê o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2000). Representa ainda a instituição do desafio da assistência à saúde para a totalidade da população brasileira. Isso se torna quase impossível quando se pensa no sub-financiamento que o Sistema sofre desde a criação, motivado por interesses e corporativismos do complexo médico-industrial, associado a membros da classe política (SANTOS, 2009).

A integralidade como princípio demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração tanto os aspectos curativos quanto preventivos, observando, para isso, as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. “Ou seja, a cada qual de acordo com as suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de

complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico” (BRASIL, 2000). No contexto da integralidade da atenção à saúde, o cuidado hospitalar é importante objeto de pesquisa em serviços de saúde, devido ao seu papel central na assistência e ao seu alto custo. O entendimento dos fatores associados à utilização de serviços hospitalares é fundamental para a discussão de políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileiro (PORTO, 1997).

Dentro do princípio da equidade, prevalece a necessidade de reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no nosso país, buscando um maior equilíbrio. Depende do planejamento de políticas de saúde através de estratégias de elevação de todas as pessoas a um patamar mínimo (BRASIL, 2000). Equidade é um conceito complexo, com diversas formas de operacionalização. As normas do SUS estão de acordo com a definição de equidade como “tratamentos de saúde iguais para necessidades de saúde iguais” (PORTO, 1997, p. 35).

É preciso pensar em como promover a inclusão social, partindo do princípio da equidade, ou seja, não tratar de forma igual pessoas que tenham necessidades diferentes. É preciso criar programas que privilegiem os grupos populacionais mais desfavorecidos e com demandas específicas, como os adolescentes e jovens, na tentativa de favorecer-lhes o acesso aos serviços (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA, 2003).

O grande desafio para uma política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens é justamente o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades desta população, de modo integral, e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Estas ações devem considerar as desigualdades de gênero, baseadas na raça/cor, na orientação sexual e na classe social, e contribuir para a sua superação. É preciso considerar, também, as diferenças culturais e as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do País e seu impacto na situação de saúde e na organização das ações (BRASIL, 2006a, p. 9).

A adequação da oferta de serviços de saúde e sua reorientação e organização formam um processo complexo, passando pela análise de questões, como necessidade, demanda, oferta, acesso, uso e equidade, que formam a base

dos estudos relacionados aos serviços de saúde, levando, também, em consideração, questões relacionadas à avaliação da qualidade desses serviços (MEDRONHO, 2009). O principal objetivo desses serviços é a produção de impacto positivo na condição de saúde da população.

No Brasil, a incorporação do método epidemiológico às atividades dos serviços e ao planejamento do setor saúde tem sido apenas parcial. A epidemiologia dispõe de instrumental apropriado para determinação dos resultados e do impacto das medidas e intervenções em saúde (MEDRONHO, 2009).

O interesse pelo tema surgiu pela minha inquietude ao me deparar com a internação hospitalar de pacientes caracterizados pela faixa etária acima de 12 anos e 1 dia, em unidades de internação adulto, local onde suas características de “adolescentes” não são valorizadas.

Este estudo procurou realizar uma análise epidemiológica nacional sobre internações de adolescentes, tendo como motivação conhecer o perfil destas hospitalizações, sem a pretensão de se produzir recomendações ou protocolos para a saúde dos adolescentes.

Portanto, faz-se necessário identificar o perfil destas internações hospitalares com intuito de que elas sejam mais adequadas às necessidades específicas desta população. Assim este grupo etário poderá ser favorecido com serviços equânimes e integrais no SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares de adolescentes ocorridas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil em 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as internações dos adolescentes segundo as características sócio-demográficas, estabelecimentos de saúde e internações.
- Analisar a correlação entre a taxa de internação e indicadores sócio-econômicos e de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO

Estudo ecológico com abordagem quantitativa.

3.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Os dados utilizados neste estudo são constituídos da totalidade das internações hospitalares de adolescentes na rede hospitalar própria ou integrada ao SUS no Brasil, no período de 01/01/2008 a 31/12/2008.

Diante do exposto na introdução acerca das diferentes delimitações da faixa etária que compreende a adolescência, pode-se constatar que não há concordância entre as instituições tanto nacionais quanto internacionais acerca desse tema. Assim, considerando o predomínio da idade mínima nas normatizações institucionais citadas, bem como a idade máxima predominante nos Órgãos Nacionais e Internacionais, e a característica da abrangência presente neste estudo, a adolescência foi contemplada como o período de vida entre 12 e 19 anos de idade.

As análises segundo o local de residência são apropriadas quando o objetivo é dimensionar o risco de adoecimento ou morte numa determinada população (MEDRONHO, 2009). Os dados levantados neste estudo tiveram as correlações analisadas e discutidas segundo as cinco regiões administrativas do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Isso caracteriza a abrangência nacional do estudo e facilita a análise dos dados, em função das diferenças marcantes e já conhecidas existentes entre essas regiões.

3.3 FONTE DE DADOS

Foram utilizados dados secundários, provenientes das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Os arquivos reduzidos contêm registros correspondentes a cada AIH paga na Unidade da Federação no período. Existe um arquivo para cada UF e ano.

As AIH contêm os dados para o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde. Não há identificação dos sujeitos no banco de dados disponibilizados.

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH-SUS)

O SIH/SUS é um sistema de informação nacional, que cobre a produção hospitalar de todos os serviços financiados pelo setor público. Este banco, além da lógica contábil, também gera informações sobre a morbidade hospitalar, consumo de recursos, uso de procedimentos diagnósticos e de alta complexidade, características demográficas e geográficas, natureza e complexidade dos hospitais (ESCOSTEGUY et al., 2005).

O sistema de AIH de controle de internações hospitalares se baseia em uma tabela de custos por procedimentos, não obrigatoriamente vinculada aos custos reais do hospital. Dessa forma, *o fato de a AIH ser principalmente um sistema de faturamento afeta sua confiabilidade, porque os hospitais tendem a registrar a informação no sistema de forma a facilitar o faturamento e reembolso, ou aumentar o valor dos pagamentos* (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008, p.135).

As informações do SIH/SUS individualizam as internações através de um número seqüencial e contêm dados sobre os diagnósticos (principal e secundário) além dos procedimentos realizados. Os registros nesse banco estão organizados segundo os meses das datas de apresentação e de competência desses formulários. A partir de 1997 os diagnósticos das internações passaram a ser classificados pela CID-10 (RUZANY; TRAVASSOS, 2006).

Uma limitação deste sistema é que se destina somente às internações ocorridas pelo SUS e a unidade de análise é a internação e não o indivíduo, ou seja, uma mesma pessoa pode ter mais de uma internação dentro do período analisado.

O preenchimento do campo de diagnóstico principal segundo os agrupamentos da CID-10 também pode ser uma limitação deste sistema.

Estas limitações podem ter alguma interferência na análise e compreensão dos dados, mas são insuficientes para justificar a não utilização destas informações, principalmente em estudos exploratórios, que revelam as realidades, subsidiando o planejamento e/ou avaliação do sistema de saúde, em qualquer nível (PEIXOTO; SOUZA; FREITAS, 2010).

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.5.1 Variáveis Relacionadas à Caracterização da População de Estudo

a) Demográficas-

Faixa etária- 12 a 19 anos;

Sexo- masculino ou feminino;

Local de residência do paciente- conforme informado pela unidade hospitalar. **Categorizado em-**

–Regiões- Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

3.5.2 Variáveis Relacionadas à Caracterização das Internações Hospitalares

a) Local de internação do paciente- conforme informado pela unidade hospitalar.

–**Estado de residência-** as internações ocorridas no mesmo estado informado como sendo o de residência do adolescente.

–**Fora do Estado de residência-** as internações ocorridas em qualquer estado que não o informado como sendo o de residência.

b) Regime do estabelecimento- a personalidade jurídica dos hospitais.

Categorizado em-

–**Públicos-** os estabelecimentos de natureza Federal, Estadual e Municipal.

–**Privados-** os estabelecimentos de natureza filantrópica-

- ✓ Hospitais Filantrópicos (privados com esta característica)- a partir de abril de 1988, quando os contratados foram divididos em filantrópicos e não filantrópicos.
- ✓ Hospitais Filantrópicos isentos de tributos e contribuições federais, para atender a Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal, a partir de fevereiro/1997.
- ✓ Hospitais Filantrópicos isentos de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido, para atender a Instrução Normativa 01/97 da Receita Federal, a partir de fevereiro/1997.

– **Outros-**

- ✓ Hospitais Contratados (privados não filantrópicos e não universitários).
- ✓ Hospitais Contratados, optantes pelo Simples.
- ✓ Hospitais de Sindicatos- a partir de maio de 1992, quando entraram no sistema.
- ✓ Ignorados- Nível de agregação dos municípios gestores.

c) Natureza do estabelecimento- origem do capital social e a vinculação administrativa.

- As esferas administrativas Federal, Estadual e Municipal correspondem a estabelecimentos públicos.

–Os estabelecimentos filantrópicos, organizações não governamentais e correlatos são estabelecimentos privados.

–As instituições de saúde contratadas, sindicais e de natureza ignorada foram apresentadas como outros.

d) Causas da Internação- de acordo com os capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10);

–Foram apresentadas as cinco principais causas de internação e as demais foram somadas e apresentadas como outras.

–Também foi apontado o principal agrupamento de causas dentro dos principais capítulos.

e) Dias de permanência- total de dias de internação referentes às AIH pagas no período. São contados os dias entre a internação e

a alta. Foram agrupados e apresentados em 0 a 2 dias, 3 e 4 dias, 5 a 7 dias, 8 a 14 dias e 15 e mais, devido a distribuição de freqüência e variação do tempo de permanência.

f) Caráter de atendimento- tipo de internação, segundo classificação utilizada pelo SIH/SUS (BRASIL, 2010a).

– **Eletivo-** A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de parto, emitida para gestantes, que têm validade até a data do parto.

– **Urgência/Emergência em Hospital de Referência-** A AIH é solicitada pelo hospital até 48 horas úteis após a internação.

– **Outras Causas Externas-** foi feito a somatória das internações por acidentes no local de trabalho ou a serviço da empresa, acidentes no trajeto para o trabalho, outros tipos de acidentes de trânsito, outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos.

g) Internações em UTI- são unidades hospitalares que realizam tratamento intensivo. Foram apresentadas como diárias de UTI. Categorizadas em sim e não.

h) Mortalidade hospitalar- óbitos ocorridos em pacientes internados.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa computacional de tabulação do sistema de informações do SUS – TABWIN, de domínio público, que incorpora uma série de recursos relacionados à tabulação (LAZZAROTTO; ADÃO, 2009).

Foi realizada análise descritiva com distribuição de freqüência, análise bivariada, taxas e razão de taxas e correlação de Pearson entre alguns

indicadores selecionados e taxa de internação. Os resultados foram apresentados em figuras ou tabelas.

3.6.1 Apresentação das Taxas

As taxas foram apresentadas por mil habitantes adolescentes residentes.

Taxa de internação geral- Relação do número de internação dos adolescentes residentes pela população residente de adolescentes. Calculada pela fórmula-

$$\text{Tx. Internação} = \frac{\text{Número de internação de adolescentes residentes}}{\text{População residente de adolescentes}} \times 1000$$

As taxas de internação específicas foram calculadas de acordo com as características complementares, por exemplo, taxa de internação segundo o sexo.

3.6.2 Análise de Correlação

Foram escolhidos indicadores que subsidiassem a discussão da desigualdade na distribuição das taxas de internação, apontando para possíveis determinantes das diferenças encontradas. Um dos critérios de escolha dos indicadores foi a sua disponibilidade em fontes oficiais. Todos foram obtidos da publicação oficial “Indicadores e Dados Básicos, Brasil, 2008 - IDB-2008 (RIPSA, 2008).

Alguns dos indicadores (Número de Leitos Hospitalares por Habitante, Cobertura de Planos de Saúde, Número de Consultas de Pré-Natal) foram sugeridos como instrumentos de medição para o monitoramento da equidade em saúde por Vianna et al. (2001) e outros (Proporção de Pobres, Grau de Urbanização, Taxa de Fecundidade) têm sido utilizados em estudos que discutem

desigualdade em saúde no Brasil (DUARTE et al., 2002; JATENE, 2008; BRASIL, 2009).

O teste de correlação de Pearson foi utilizado por permitir considerar os indicadores selecionados como variáveis no teste estatístico e teve como unidade de análise 26 Estados e o Distrito Federal. A variável dependente taxa de internação foi correlacionada com as variáveis independentes: indicadores de recursos, de necessidades de saúde, socioeconômicos, demográficos e de equidade do serviço de saúde.

A hipótese inicial foi de que as taxas de internações seriam diretamente proporcionais à disponibilidade de recursos locais, neste caso, de leitos destinados ao SUS- quanto menor a disponibilidade de leitos, menor a taxa de internação e vice-versa. O indicador de recursos escolhido foi o **Número de Leitos Hospitalares por Habitante** dado pela razão entre o número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS e população total residente, ajustada para o meio do ano, multiplicada por 1.000.

Seria plausível também que as taxas de internações fossem inversamente proporcionais à cobertura de planos de saúde- quanto maior a cobertura de planos de saúde, maior utilização de leitos não-SUS e, conseqüentemente, menor a taxa de internações pelo SUS e vice-versa. O indicador escolhido foi a **Cobertura de Planos de Saúde**, definido como percentual de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de planos de saúde (privados e de servidores públicos) em relação a população total residente. Sua limitação é considerar todos os planos, independente de sua cobertura para internações.

Após um olhar exploratório nos dados, verificou-se que a maior proporção de internações entre os adolescentes no Brasil, independente da região, devia-se a gravidez, parto e puerpério. Sendo assim, como indicador de necessidade de saúde foi adotada a **Taxa Específica de Fecundidade** para a faixa de 15 a 19 anos, que revela o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher nesta faixa etária específica, na população residente. A hipótese foi de que seria associada positivamente com a taxa de internação- nos locais onde a taxa específica de fecundidade fosse maior haveria também maior necessidade de internação para assistência à gestação, parto e puerpério. Além disso, a fecundidade é mais

rejuvenescida nos grupos menos instruídos, bem como nos menos favorecidos economicamente (IBGE, 2009).

A distribuição e a utilização de serviços de saúde sofrem influência de fatores socioeconômicos (VIANNA et al., 2001; DUARTE et al., 2002; JATENE, 2008). Para ser o indicador socioeconômico foi escolhida a **Proporção de Pobres**-percentual da população residente com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo. A cobertura de planos de saúde tem sido relacionada à renda da população (IBGE, 2010) portanto, além de ser um indicador de cobertura de serviço de saúde, reflete a situação socioeconômica, permitindo a análise de desigualdade em saúde.

O **Grau de Urbanização** é um indicador demográfico que apresenta o percentual da população residente em áreas urbanas em determinado espaço geográfico. A urbanização é apontada como um dos principais fatores para a queda da fecundidade no Brasil (JATENE, 2008). As áreas menos urbanizadas são relacionadas a maiores percentuais de mães adolescentes e à maior taxa de mortalidade por homicídios (DUARTE et al., 2002). A cobertura por planos de saúde é maior nas áreas urbanas (29,7%) que nas áreas rurais (6,4%) (IBGE, 2010).

Finalmente, diante do predomínio absoluto das internações por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, escolheu-se a **Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal** como indicador de equidade da assistência a saúde. O percentual de mães com seis consultas de pré-natal foi proposto por Vianna et al (2001) como indicador, ainda que grosseiro, da qualidade do serviço de saúde, por ser o mínimo para causar impacto na saúde materna e infantil. Atualmente o ponto de corte disponibilizado pelos dados oficiais fica em sete ou mais consultas. Entre as mães com 12 anos ou mais de estudo - possivelmente as que têm melhores níveis de renda e, conseqüentemente, maiores condições de acesso a serviços - foram encontrados os maiores percentuais de nascidos vivos cuja gestação teve o acompanhamento realizado por sete ou mais consultas pré-natal (IBGE, 2009). A hipótese é de que as regiões com maiores taxas de fecundidade específica de 15 a 19 anos (indicador de necessidade) e, portanto, maiores taxas de internação, apresentariam menores proporções de sete ou mais consultas de pré-natal, caracterizando ausência de equidade dos serviços de saúde pela prestação de assistência inversa à necessidade da população (HART, 1971).

Foi feita a correlação de Pearson entre a taxa de internação (variável dependente) e as variáveis independentes listadas a seguir:

- **Taxa de fecundidade total-** *Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado* (RIPSA, 2008, p. 74).
Indicador de Saúde demográfico, segundo Região e UF, período 2000 – 2006
(DATASUS,IDB,2008).
- **Cobertura de consultas pré-natal-** *Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado* (RIPSA, 2008, p. 50).
Indicador de Saúde de cobertura, ano de referência 2006
(DATASUS,IDB,2008).
- **Cobertura de Planos de Saúde-** *Percentual da população brasileira cobertos por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado* (RIPSA, 2008, p. 298).
Indicador de Saúde de cobertura, ano de referência 2003 (DATASUS,IDB,2008).
- **Grau de urbanização-** *Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado* (RIPSA, 2008, p. 64).
Indicador de Saúde demográfico, segundo Região e UF, período 2000 – 2007(DATASUS,IDB,2008).
- **Número de leitos hospitalares por habitante-** *Número de leitos hospitalares públicos e privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado* (RIPSA, 2008, p. 240).
Indicador de Saúde de recursos, ano de referência 2005
(DATASUS,IDB,2008).

- **Proporção de pobres residentes-** *Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado de 2007* (RIPSA, 2008, p. 29). Indicador de Saúde socioeconômico, ano de referência 2007(DATASUS,IDB,2008).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – UEL, e aprovado sob o parecer n. 140/09.

4 RESULTADOS

Após a análise do material levantado, foi possível elaborar um perfil das internações hospitalares de adolescentes pelo SUS, no ano de 2008, por regiões do Brasil. Os resultados a seguir, apresentados em números absolutos, proporções e coeficientes, sob a forma de tabelas e gráficos, dizem respeito a 1.064.507 internações hospitalares desta população.

Os dados epidemiológicos (anexo A) levantados neste estudo apontam que a proporção de internações hospitalares de adolescentes ocorridas no Brasil em 2008 foi de 9,6% conforme a tabela 1, apresentada nos resultados.

Esta porcentagem não pode ser considerada inexpressiva, principalmente, quando comparada, no mesmo ano, com internações de crianças menores de 11 anos (16,4%) e idosos acima de 65 anos (15,9%), as duas fases de vida onde se espera maior quantidade de adoecimentos e internações (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2007).

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE ADOLESCENTES NO SUS

Este item apresenta o número total, a proporção e as taxas das internações no Brasil por estados e regiões, segundo sexo e faixa etária detalhada.

O total de AIH disponibilizadas nos arquivos reduzidos, emitidos neste ano, foi de 11.122.672. A proporção de adolescentes correspondente a 1.064.507 internações foi de 9,6% do total. A região Norte (14,0%) apresentou a maior proporção e a Sul (8,0%), a menor. Os valores das proporções dos Estados acompanharam os regionais, conforme apresentado na tabela 1. A região Centro-Oeste apresentou no Distrito Federal proporção menor do que a nacional, contrariamente aos outros estados desta região.

A maior proporção foi no Estado do Amapá com 16,9% e a menor foi no Rio Grande do Sul com 7,1% do total das internações.

Tabela 1– Número de internações pelo SUS na população geral e proporção de internações em adolescentes. Brasil, estados e regiões, 2008.

Estados e Regiões	Nº. de Internações população geral	Nº. de Internações adolescentes	%
Norte	969.018	135.662	14,0
Rondônia	88.807	10.663	12,2
Acre	45.397	6.835	15,9
Amazonas	166.406	24.400	14,8
Roraima	24.974	3.486	14,1
Pará	513.199	72.826	14,2
Amapá	31.732	5.331	16,9
Tocantins	98.503	12.121	12,3
Nordeste	3.093.245	341.588	11,0
Maranhão	349.436	48.606	13,9
Piauí	212.323	23.380	11,0
Ceará	487.882	53.753	11,0
Rio Grande do Norte	163.635	17.926	10,9
Paraíba	234.897	23.751	10,3
Pernambuco	517.157	51.489	10,0
Alagoas	189.445	22.672	12,2
Sergipe	98.238	11.504	11,3
Bahia	840.232	88.507	10,5
Sudeste	4.333.128	352.055	8,1
Minas Gerais	1.160.303	93.837	8,2
Espírito Santo	184.910	17.382	9,5
Rio de Janeiro	702.564	53.806	7,6
São Paulo	2.285.351	187.030	8,1
Sul	1.844.241	147.766	8,0
Paraná	749.996	64.723	8,6
Santa Catarina	377.185	32.172	8,5
Rio Grande do Sul	717.060	50.871	7,1
Centro-Oeste	883.040	87.436	9,9
Mato Grosso do Sul	153.557	16.843	11,0
Mato Grosso	175.584	20.358	11,6
Goiás	400.847	36.652	9,8
Distrito Federal	153.052	13.583	8,9
BRASIL	11.122.672	1.064.507	9,6

Fonte: DATASUS (2008).

O coeficiente nacional foi de 39,6 internações por mil adolescentes. As três regiões mais empobrecidas apresentaram taxas maiores que a nacional, sendo a maior delas na região Norte, seguida da Centro-Oeste e Nordeste (53,4; 44,1 e 41,6 respectivamente). A região Sudeste (34,0) teve a menor taxa de internação de adolescentes pelo SUS (Tabela 2).

Tabela 2– Taxas de internações¹ pelo SUS e razão de taxas, em adolescentes. Brasil e Regiões, 2008.

Regiões	Taxa de Internação	Razão de Taxas	IC 95%
Norte	53,0	1,34	1,33 – 1,35
Nordeste	41,6	1,05	1,05 – 1,05
Sudeste	34,0	0,86	0,85 – 0,86
Sul	39,3	0,99	0,99 – 1,00
Centro-Oeste	44,1	1,11	1,11 – 1,12
BRASIL	39,6	Referência	

Fonte: DATASUS (2010).

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

A Tabela 3 mostra a taxa de internação dos adolescentes por região e sexo, sendo que o feminino predominou em todas as regiões do país- razão nacional de 2,96 meninas para cada menino. Para adolescentes do sexo feminino a maior taxa de internação foi na região Norte (84,9), enquanto que para o sexo masculino foi na região Sul (23,9).

Tabela 3 – Taxas de internações¹ pelo SUS e razão de taxas, em adolescentes segundo sexo e regiões. Brasil e regiões, 2008.

Regiões	Masculino	Feminino	Razão de Taxas	IC 95%
Norte	22,2	84,9	3,83	3,78 - 3,88
Nordeste	18,9	65,0	3,44	3,41 - 3,46
Sudeste	18,7	49,6	2,65	2,63 - 2,67
Sul	23,9	55,3	2,31	2,29 - 2,34
Centro-Oeste	23,1	65,7	2,85	2,81 - 2,89
BRASIL	20,2	59,6	2,96	2,94 - 2,97

Fonte: DATASUS (2008).

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

Observa-se na figura 1 que as taxas femininas foram aumentando regularmente conforme a idade, apresentando-se superiores nos dois últimos anos da adolescência (99,1 a 110/1000) frente aos dois primeiros (15,2 a 17,4/1000). As taxas masculinas foram diminuindo entre 12 e 15 anos e aumentando de 16 a 19 anos, mas permanecem em todo o período em torno de 20,2/1000.

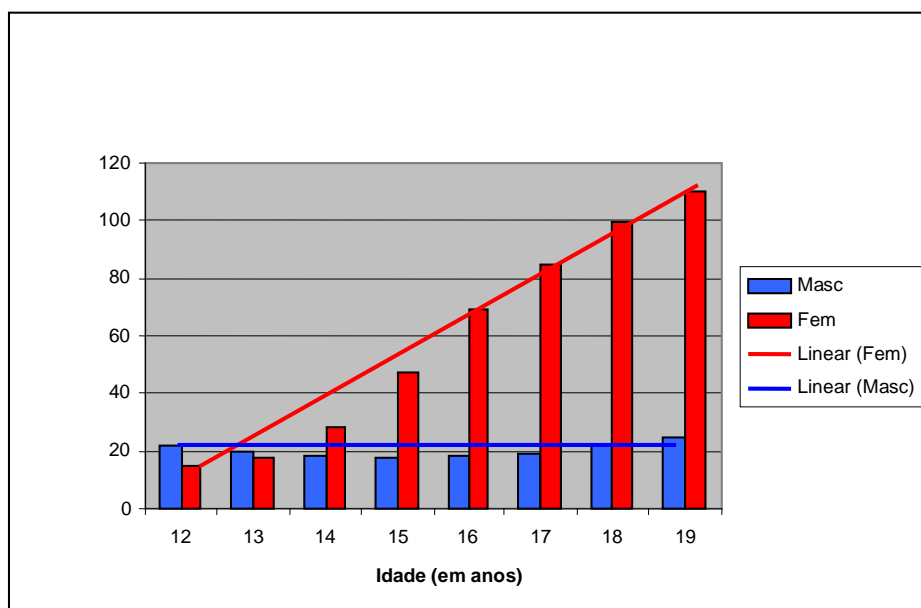


Figura 1– Taxas de internações, por mil habitantes, pelo SUS em adolescentes, segundo sexo. Brasil, 2008.

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

As três regiões menos desenvolvidas Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram valores de internação (67,8%; 56,7% e 53,2% respectivamente) maiores nos hospitais públicos (anexo C). Em contrapartida, as regiões mais desenvolvidas Sudeste e Sul (58,6% e 73,5%) tiveram taxas de internação maiores nas instituições de saúde privadas.

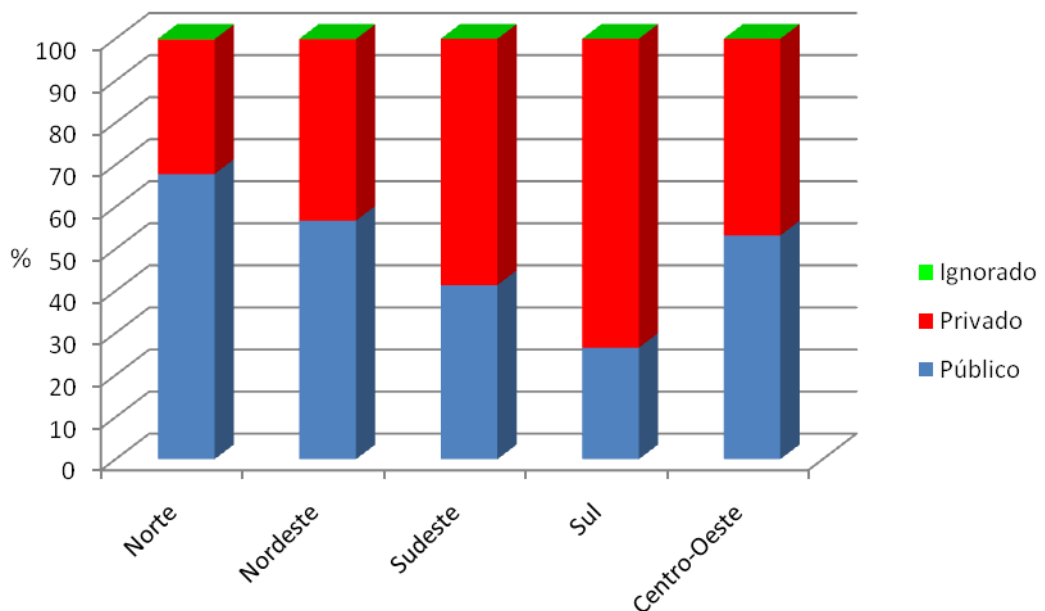


Figura 2 – Porcentagem de internações pelo SUS de adolescentes segundo o regime do estabelecimento de saúde. Regiões do Brasil, 2008.

Conforme demonstra a figura 3, em duas regiões (Sudeste e Sul) evidenciou-se o mesmo cenário- maior número de internação nos filantrópicos, seguidos dos municipais, estaduais e federais. Nas regiões Norte e Nordeste, foi possível observar a importância dos hospitais municipais nas internações de adolescentes. Em todas as regiões os estabelecimentos federais apresentaram menor porcentagem de internações (Anexo D).

A região Centro-Oeste, por sua vez, apresentou distribuição mais heterogênea entre as naturezas dos estabelecimentos. Isso provavelmente se deve às diferenças entre os estados, conforme o mostrado pela tabela (anexo D). Por exemplo, Mato Grosso do Sul assemelha-se ao Sul e Sudeste, com predomínio dos filantrópicos. No Mato Grosso e Goiás os estabelecimentos municipais têm o mesmo percentual dos filantrópicos e dos estabelecimentos sindicais, contratados e ignorados, respectivamente. Já no DF, cerca de 90% são estaduais, em compensação há ausência de estabelecimentos municipais.

Há interessantes diferenças intra-regionais a serem destacadas. Na região Norte, Roraima (90,2%) tem participação importante dos estabelecimentos estaduais, enquanto em Rondônia (85,1%), são os municipais que têm a maioria das internações. No Nordeste, em Sergipe, cerca de 70% das internações foram em filantrópicos. Alagoas tem uma distribuição homogênea entre filantrópicos e outros. Já nos demais estados os estabelecimentos municipais e estaduais dividem a importância. No Maranhão (61,6%), os municipais são os mais importantes (Anexo D).

Na região Sudeste predomina os filantrópicos (53,3%), porém, no Rio de Janeiro os municipais (43,4%) são mais importantes. E finalmente, no Sul, o Paraná é que parece ter a característica mais privatista de todos, pois além dos filantrópicos (50,3%), a categoria outros (entre eles os contratados) predomina, enquanto em Santa Catarina são os estaduais (22,7%) e no Rio Grande do Sul, os federais (16,3%), por conta, provavelmente, da presença das universidades federais(Anexo D).

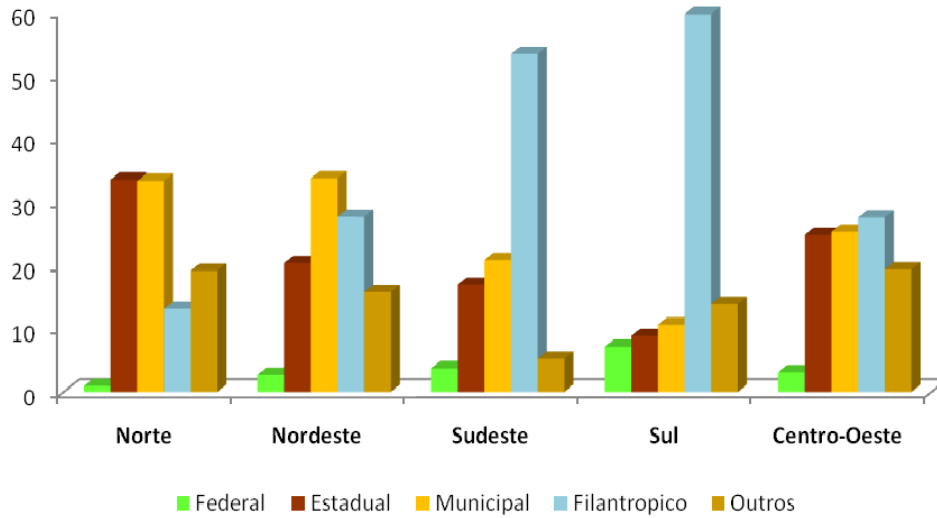


Figura 3 – Porcentagem de internações pelo SUS, em adolescentes segundo a natureza do estabelecimento de saúde. Regiões do Brasil, 2008.

Evidenciou-se através da tabela 4 que a proporção nacional de internações dos adolescentes fora dos seus estados de residência foi de apenas 1,4%. As regiões Nordeste, Sudeste e Sul não apresentaram grandes diferenças de valores entre seus estados. O estado de Goiás destoou da sua região, apresentando 10,0% de internações fora do estado de residência, enquanto que no Distrito Federal 99,4% ocorreram no Estado de residência, provavelmente devido à singularidade de sua localização geográfica em relação aos demais estados do Brasil, que pode repercutir na regionalização do sistema de saúde.

Tabela 4 – Proporção de internações pelo SUS, em adolescentes, segundo o estado do estabelecimento de internação. Brasil e estados, 2008.

Região / Estado	No Estado de residência		Fora Estado de residência		Total
	n	%	n	%	
Norte					
Rondônia	10.461	98,1	202	1,9	10.663
Acre	6.771	99,1	64	0,9	6.835
Amazonas	24.091	98,7	309	1,3	24.400
Roraima	3.438	98,6	48	1,4	3.486
Pará	72.100	99,0	726	1,0	72.826
Amapá	5.024	94,2	307	5,8	5.331
Tocantins	11.929	98,4	192	1,6	12.121
Nordeste					
Maranhão	46.549	95,8	2.057	4,2	48.606
Piauí	23.197	99,2	183	0,8	23.380
Ceará	53.584	99,7	169	0,3	53.753
Rio Grande do Norte	17.855	99,6	71	0,4	17.926
Paraíba	22.961	96,7	790	3,3	23.751
Pernambuco	50.251	97,6	1.238	2,4	51.489
Alagoas	22.016	97,1	656	2,9	22.672
Sergipe	11.421	99,3	83	0,7	11.504
Bahia	87.333	98,7	1.174	1,3	88.507
Sudeste					
Minas Gerais	92.467	98,5	1.370	1,5	93.837
Espírito Santo	17.143	98,6	239	1,4	17.382
Rio de Janeiro	53.624	99,7	182	0,3	53.806
São Paulo	186.836	99,9	194	0,1	187.030
Sul					
Paraná	64.285	99,3	438	0,7	64.723
Santa Catarina	31.823	98,9	349	1,1	32.172
Rio Grande do Sul	50.787	99,8	84	0,2	50.871
Centro Oeste					
Mato Grosso do Sul	16.685	99,1	158	0,9	16.843
Mato Grosso	20.065	98,6	293	1,4	20.358
Goiás	32.976	90,0	3.676	10,0	36.652
Distrito Federal	13.501	99,4	82	0,6	13.583
BRASIL	1.049.173	98,6	15.334	1,4	1.064.507

Fonte: DATASUS, 2008.

4.3 CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES SEGUNDO O SEXO

Considerando que as circunstâncias econômicas, culturais e sociais em que a adolescência acontece variam de acordo com o sexo, e que elas se diferem nas características das internações, a partir daqui discorreu-se sobre os perfis destas internações separadas por sexo.

4.3.1 Características das Internações dos Adolescentes do Sexo Feminino

Através da figura 4 vemos que os Estados que compõem as três regiões mais empobrecidas, apresentaram taxas de internações de adolescentes femininas maiores que a nacional (59,6 por mil). O maior coeficiente foi no estado do Pará (93,3 por mil) e o menor no estado do Rio de Janeiro (41,3 por mil), sendo mantido esse padrão entre os estados dessas regiões (Anexo E).

Tabela 5 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo idade detalhada. Brasil e regiões, 2008.

Idade detalhada	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		BRASIL	
	n	Tx/1000	n	Tx/1000	n	Tx/1000	N	Tx/1000	n	Tx/1000	n	Tx/1000
12 anos	2.878	18,0	7.921	16,0	8.314	13,2	3.540	15,8	2.131	17,9	24.784	15,2
13 anos	3.721	23,3	9.053	18,2	8.927	14,2	4.197	18,5	2.412	20,1	28.310	17,4
14 anos	6.502	41,1	15.377	31,1	14.132	22,6	6.207	27,1	3.863	31,9	46.081	28,3
15 anos	11.293	71,8	26.126	52,7	23.823	37,9	10.024	43,4	6.462	53,0	77.728	47,5
16 anos	16.034	102,4	38.660	77,2	35.565	55,9	15.008	64,6	9.317	75,7	114.584	69,5
17 anos	19.668	125,8	46.853	92,3	45.893	70,8	18.423	79,0	11.562	92,8	142.399	85,3
18 anos	22.434	144,3	56.056	107,8	54.572	82,9	21.194	90,7	13.450	108,0	167.706	99,1
19 anos	24.257	157,1	62.608	118,2	62.487	94,0	23.421	99,9	15.148	121,2	187.921	110
Total	106.787	683,8	262.654	513,5	253.713	391,5	102.014	439	64.345	520,6	789.513	472,3

Fonte: DATASUS (2008).

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

Tabela 6 – Percentagens de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo feminino, segundo as principais causas (capítulos da CID 10) e regiões do Brasil, 2008.

Causas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gravidez, parto e puerpério	80.719	75,6	198.519	75,6	180.139	71	65.819	64,5	43.383	67,4	568.579	72
Doenças do aparelho geniturinário	5.797	5,4	8.759	3,3	12.331	4,9	7.059	6,9	4.847	7,5	38.793	4,9
Doenças infecciosas e parasitárias	6.013	5,6	15.702	6	6.585	2,6	3.566	3,5	2.507	3,9	34.373	4,4
Doenças do aparelho respiratório	3.649	3,4	11.091	4,2	8.333	3,3	5.809	5,7	2.959	4,6	31.841	4
Doenças do aparelho digestivo	3.051	2,9	7.344	2,8	9.114	3,6	4.329	4,2	2.532	3,9	26.370	3,3
Lesões por conseq. causas externas	2.335	2,2	4.506	1,7	7.714	3	3.239	3,2	1.872	2,9	19.666	2,5
Outras causas	5.223	4,9	16.733	6,4	29.497	11,6	12.193	12	6.245	9,7	69.891	8,9

Fonte: DATASUS (2008).

As causas de internações foram apresentadas de acordo com os capítulos da CID-10, conforme mostra a tabela 6. Fica evidente a importância da gravidez, parto e puerpério na proporção de internações de adolescentes femininas em relação às demais causas. A tabela 6 mostra o quanto esta porcentagem é maior nas regiões Norte (75,6%) e Nordeste (75,6%), embora a gravidez na adolescência aconteça em todas as regiões.

As cinco principais causas foram as mesmas em todas as regiões, exceto na Sudeste. A gravidez, parto e puerpério foi a primeira causa de internação em todas as regiões, com as taxas de internação variando entre 35,2 na região Sudeste a 64,2 por mil na Norte.

Neste capítulo o grupo com mais internação em todo o país foi o parto (30,3/1000). A taxa por complicações do trabalho de parto foi 3,9/1000. Os valores apresentaram poucas alterações regionais (Tabela 7).

Tabela 7– Taxas de internações¹ pelo SUS de adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo gravidez, parto e puerpério (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento/Categorias	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx int	n	Tx int	n	Tx int	n	Tx int	n	Tx int	n	Tx int
Parto	58.710	46,7	146.401	36,2	121.203	23,7	45.657	24,8	29.644	30,3	401.615	30,3
Gravidez que termina em aborto	5.401	4,3	14.242	3,5	13.504	2,6	3.886	2,1	2.800	2,9	39.833	3,0
- aborto espontâneo	3.156	2,5	8.955	2,2	6.505	1,3	1.680	0,9	1.372	1,4	21.668	1,6
- aborto não especificado	842	0,7	1.882	0,5	2.871	0,6	514	0,3	403	0,4	6.512	0,5
- aborto p/ razões médicas e legais	67	0,1	154	0,0	298	0,1	77	0,0	41	0,0	637	0,0
- outros tipos de aborto	56	0,0	186	0,0	326	0,1	93	0,1	90	0,1	751	0,1
- falha de tentativa de aborto	2	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0,0	5	0,0	11	0,0
- mola hidatiforme	65	0,1	327	0,1	478	0,1	132	0,1	130	0,1	1.132	0,1
- gravidez ectópica	91	0,1	167	0,0	286	0,1	77	0,0	62	0,1	683	0,1
- complic. conseq aborto gravidez ectop molar	146	0,1	28	0,0	50	0,0	13	0,0	35	0,0	272	0,0
- outros produtos anormais da concepção	976	0,8	2.541	0,6	2.688	0,5	1.300	0,7	662	0,7	8.167	0,6
Complicações do trabalho de parto	7.216	5,7	14.430	3,6	18.513	3,6	7.081	3,8	3.947	4,0	51.187	3,9
Demais agrupamentos	9.392	7,5	23.446	5,8	26.919	5,3	9.195	5,0	6.992	7,1	75.944	5,7
Total	80.719	64,2	198.519	49,1	180.139	35,2	65.819	35,7	43.383	44,3	568.579	42,9

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Dentro do grupo “gravidez que termina em aborto” (3,0/1000) encontram-se as categorias- gravidez ectópica; mola hidatiforme; outros produtos anormais da concepção; aborto espontâneo; aborto por razões médicas e legais; outros tipos de aborto; aborto não especificado; falha de tentativa de aborto e complicações em consequência de aborto e gravidez ectópica molar.

O aborto espontâneo representou cerca de metade das internações deste grupo, variando de 2,1 Região Sul a 3,5/1000 no Nordeste. Cerca de 0,5/1000 deveram-se ao aborto não especificado (CID 10 – 006) e a outros produtos anormais da concepção (CID 10 – 002) como mola não-hidatiforme e ovo claro.

As demais causas tiveram coeficientes muito menores, atingindo apenas um dígito.

Destaca-se que as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) foram a segunda causa de internação nas regiões Norte e Nordeste e a quinta no Centro-Oeste e Sul. As doenças do aparelho geniturinário foram a segunda causa de internação nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, o grupo das doenças infecciosas intestinais foi o principal em todas as regiões: Norte (2,0/1000), Nordeste (2,3/1000), Sul (1,2/1000) e Centro-Oeste (1,4/1000) (tabela 8).

Tabela 8 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo doenças infecciosas e parasitárias (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamentos/Categorias	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Doenças infecciosas intestinais	3.133	2,0	9.291	2,3	2.167	0,4	2.285	1,2	1.363	1,4	18.239	1,4
- Diarréia e gastroenterite orig infec. presum	1.144	0,9	4.049	1,0	1.183	0,2	591	0,3	466	0,5	7.433	0,6
- Outras infec. intestinais bacterianas	704	0,6	2.465	0,6	426	0,1	560	0,3	282	0,3	4.437	0,3
- Infec. intestinais virais outr e as NE	919	0,7	1.850	0,5	372	0,1	677	0,4	354	0,4	4.172	0,3
Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	1.087	1,0	2.737	0,7	1.810	0,4	15	0,0	449	0,5	6.098	0,5
- Dengue	1.036	0,8	2.618	0,6	1.477	0,3	11	0,0	431	0,4	5.573	0,4
Outras doenças bacterianas	794	1,0	1.885	0,5	1.246	0,2	619	0,3	376	0,4	4.920	0,4
Demais agrupamentos	5.347	4,0	14.869	3,7	5.578	1,1	3.060	1,7	2.301	2,3	31.165	2,4
Total	6.013	5,0	15.702	3,9	6.585	1,3	3.566	1,9	2.507	2,6	34.373	2,6

Fonte- DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

As internações por doenças infecciosas e parasitárias (1,4/1000) deveram-se às doenças infecciosas intestinais, febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (dengue, na quase totalidade) e a outras doenças bacterianas. Com menor frequência ocorreram internações por tuberculose, hepatites virais, doença pelo vírus da imunodeficiência humana, infecções virais do sistema nervoso central, doenças devidas a protozoários, helmintíases e até mesmo por pediculose, acariase e outras infestações (tabela 8).

A dengue foi a categoria de internação que apareceu com maior frequência no Sudeste (0,3/1000) e em segundo lugar no Norte (0,8/1000), Nordeste (0,6/1000) e Centro-Oeste (0,4/1000) (tabela 8).

Foram constatados erros de classificação, como é o caso de internações por poliomielite aguda em várias regiões do Brasil, doença que é objeto de constante vigilância, cujo certificado de eliminação foi obtido pelas Américas na década de 90 (SCHATZMAYR et al., 2002). Outro exemplo são as internações por cólera nas regiões sul e sudeste, que não apresentam casos da doença. De qualquer forma, é importante que os serviços de saúde mantenham a vigilância sobre estas patologias, pois a tendência é de que permaneçam ainda por longo tempo em nosso meio (PIGNATT, 2003).

Entre as doenças do aparelho geniturinário (tabela 9), as doenças renais túbulo-intersticiais foram a principal causa de internação para as regiões Nordeste (0,7/1000), Sul (1,7/1000) e Centro-Oeste (1,9/1000). Já na Norte e Sudeste destaca-se a categoria das outras doenças do aparelho urinário (1,6 e 0,8/1000, respectivamente).

Tabela 9 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho geniturinário (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Doenças renais túbulo-intersticiais	1.951	1,6	2.648	0,7	3.506	0,7	3.093	1,7	1.901	1,9	13.099	1,0
Outras doenças do aparelho urinário	2.053	1,6	2.381	0,6	4.076	0,8	2.076	1,1	1.637	1,7	12.223	0,9
Transt. não-inflamatórios do trato genital feminino	377	0,3	854	0,2	1.321	0,3	464	0,3	185	0,2	3.201	0,2
Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos	668	0,5	872	0,2	802	0,2	424	0,2	218	0,2	2.984	0,2
Calculose renal	114	0,1	471	0,1	1.118	0,2	491	0,3	506	0,5	2.700	0,2
Doenças da mama	188	0,1	717	0,2	696	0,1	145	0,1	117	0,1	1.863	0,1
Doenças glomerulares	320	0,3	478	0,1	383	0,1	136	0,1	102	0,1	1.419	0,1
Insuficiência renal	99	0,1	273	0,1	337	0,1	178	0,1	154	0,2	1.041	0,1
Outros transtornos do rim e do ureter	25	0,0	56	0,0	83	0,0	49	0,0	24	0,0	237	0,0
Outros transtornos do aparelho geniturinário	2	0,0	9	0,0	9	0,0	3	0,0	3	0,0	26	0,0
Total	5.797	4,6	8.759	2,2	12.331	2,4	7.059	3,8	4.847	4,9	38.793	2,9

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Outras causas de internação classificadas neste capítulo foram doenças glomerulares, insuficiência renal, calculose renal, transtornos do rim e do ureter, doenças da mama, doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos e transtornos não-inflamatórios trato genital feminino (tabela 9).

As doenças do aparelho respiratório estão em terceiro lugar na importância das causas. O grupo da influenza e pneumonias foi a principal causa de internação do aparelho respiratório (tabela 10) para as todas as regiões, Norte (1,4/1000), Nordeste (1,2/1000), Sudeste (0,6/1000), Sul (1,2/1000) e Centro-Oeste (1,2/1000).

Tabela 10 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho respiratório (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Influenza [gripe] e pneumonia	1.765	1,4	4.884	1,2	3.069	0,6	2.132	1,2	1.165	1,2	13.015	1,0
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	887	0,7	3.655	0,9	1.101	0,2	1.303	0,7	642	0,7	7.588	0,6
Outras doenças das vias aéreas superiores	291	0,2	1.278	0,3	3.191	0,6	1.666	0,9	636	0,6	7.062	0,5
Infecções agudas das vias aéreas superiores	258	0,2	702	0,2	386	0,1	315	0,2	347	0,4	2.008	0,2
Outras doenças do aparelho respiratório	295	0,2	322	0,1	280	0,1	194	0,1	76	0,1	1.167	0,1
Outras doenças da pleura	33	0,0	93	0,0	153	0,0	91	0,0	25	0,0	395	0,0
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	51	0,0	89	0,0	64	0,0	53	0,0	40	0,0	297	0,0
Outras doenças respiratória q afetam princ interstício	57	0,0	43	0,0	47	0,0	33	0,0	14	0,0	194	0,0
Afecções necróticas e supurat vias aéreas inf.	11	0,0	22	0,0	35	0,0	19	0,0	11	0,0	98	0,0
Doenças pulmonares devidas a agentes externos	1	0,0	3	0,0	7	0,0	3	0,0	3	0,0	17	0,0
Total	3.649	2,9	11.091	2,7	8.333	1,6	5.809	3,1	2.959	3,0	31.841	2,4

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

As doenças do aparelho digestivo vêm a seguir nas regiões Centro-Oeste e Sudeste. As doenças relacionadas ao apêndice foram o principal grupo de internação nas regiões Norte (0,6/1000), Sudeste (0,6/1000) e Sul (0,9/1000). Na Nordeste o grupo das hérnias (0,5/1000) e, na Centro-Oeste, as doenças do esôfago, estômago e duodeno (0,7/1000) ocuparam o primeiro lugar dentro das doenças digestivas (tabela 11).

Tabela 11 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho digestivo (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Doenças do apêndice	767	0,6	1.240	0,3	3.058	0,6	1.596	0,9	675	0,7	7.336	0,6
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	721	0,6	1.802	0,4	1.010	0,2	662	0,4	726	0,7	4.921	0,4
Transt. vesícula biliar, vias biliares e pâncreas	373	0,3	1.360	0,3	1.864	0,4	802	0,4	451	0,5	4.850	0,4
Hérnias	461	0,4	1.835	0,5	1.232	0,2	270	0,1	196	0,2	3.994	0,3
Outras doenças dos intestinos	114	0,1	292	0,1	597	0,1	260	0,1	93	0,1	1.356	0,1
Doenças do peritônio	209	0,2	189	0,0	341	0,1	244	0,1	131	0,1	1.114	0,1
Outras doenças do aparelho digestivo	228	0,2	223	0,1	301	0,1	176	0,1	83	0,1	1.011	0,1
Doenças cavidade oral, gls. salivares e maxilares	79	0,1	190	0,0	436	0,1	190	0,1	47	0,0	942	0,1
Doenças do fígado	52	0,0	137	0,0	164	0,0	65	0,0	22	0,0	440	0,0
Enterites e colites não-infecciosas	47	0,0	76	0,0	111	0,0	64	0,0	108	0,1	406	0,0
Total	3.051	2,4	7.344	1,8	9.114	1,8	4.329	2,3	2.532	2,6	26.370	2,0

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

A região Sudeste foi a única em que as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas apareceram entre as cinco principais causas de internação.

Tabela 12 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo lesões por consequência de causas externas (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Traumatismos da cabeça	329	0,3	790	0,2	1351	0,3	603	0,3	244	0,2	3317	0,3
Traumatismos do cotovelo e do antebraço	345	0,3	681	0,2	690	0,1	382	0,2	200	0,2	2298	0,2
Traumatismos do joelho e da perna	232	0,2	481	0,1	999	0,2	420	0,2	240	0,2	2372	0,2
Traumatismos do quadril e da coxa	146	0,1	299	0,1	573	0,1	202	0,1	122	0,1	1342	0,1
Outros traumatismos	648	0,5	1067	0,3	1922	0,4	751	0,4	486	0,5	4874	0,4
Efeitos tóxicos subst. origem predom. não-medicinal	317	0,3	275	0,1	468	0,1	180	0,1	142	0,1	1382	0,1
- Efeito toxico de outra subst. e as NE	61	0,0	122	0,0	327	0,1	98	0,1	67	0,1	675	0,1
- Efeito toxico de contato c/animais venenosos	243	0,2	136	0,0	99	0,0	67	0,0	58	0,1	603	0,0
- Demais categorias	13	0,0	17	0,0	42	0,0	15	0,0	17	0,0	104	0,0
Intox. por drogas, medicamentos e subst. biológicas	53	0,0	250	0,1	578	0,1	225	0,1	113	0,1	1219	0,1
- Intox. diuret. out droga med. subst. bio.NE	16	0,0	42	0,0	139	0,0	62	0,0	24	0,0	283	0,0
- Intox. p/antibioticos sistêmicos	8	0,0	72	0,0	87	0,0	46	0,0	15	0,0	228	0,0
- Intox. antiepilépt sedativ-hipnot antiparkins	2	0,0	16	0,0	121	0,0	20	0,0	9	0,0	168	0,0
- Intox. p/drogas psicótropicas NCOP	3	0,0	15	0,0	94	0,0	39	0,0	8	0,0	159	0,0
- Demais categorias	24	0,0	105	0,0	137	0,0	58	0,0	57	0,1	381	0,0
Queimaduras	102	0,1	452	0,1	434	0,1	236	0,1	302	0,3	1526	0,1
Geladuras [frostbite]	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Demais agrupamentos	214	0,2	437	0,1	916	0,2	358	0,2	174	0,2	2099	0,2
Total	2335	1,9	4506	1,1	7714	1,5	3239	1,8	1872	1,9	19666	1,5

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Nesta região foram registradas internações devido a traumatismos, sendo que cabeça teve o maior número de internações (0,3/1000), seguida de joelho e perna (0,2/1000), cotovelo e antebraço (0,2/1000) (tabela 12).

As internações devido a intoxicações por drogas, medicamentos e substâncias biológicas e aquelas por efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinais apresentaram taxa de 0,1/1000. As taxas destes dois grupos foi semelhante nas diferentes regiões, com exceção da Norte, onde o primeiro mostrou-se claramente inferior às internações no segundo (0,3/1000) (tabela 12).

No agrupamento dos efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinais, as taxas de internação variaram de 0,1/1000 nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) para 0,3/1000 na região Norte. Entre as categorias deste agrupamento merece destaque o efeito tóxico de contato com animais venenosos na região Norte (0,2/1000) (tabela 12).

O capítulo transtornos mentais e comportamentais, merece destaque por mostrar a vulnerabilidade dos adolescentes.

Tabela 13 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo feminino segundo agrupamento e categorias do capítulo transtornos mentais e comportamentais (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento/Categoria	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Esquizofrenia, transtorno esquizotípicos e delirantes	94	0,1	801	0,2	741	0,1	302	0,2	168	0,2	2106	0,2
Transtorno mental e comportamental uso subst. psicoativa	12	0,0	293	0,1	667	0,1	452	0,2	158	0,2	1582	0,1
- Transtorno mental comportamental multi- droga outra subst. psicoativa	4	0,0	162	0,0	422	0,1	172	0,1	78	0,1	838	0,0
- Transtorno mental e comportamental uso da cocaína	0	0,0	21	0,0	127	0,0	117	0,1	24	0,0	289	0,0
- Demais categorias	8	0,0	110	0,0	118	0,0	163	0,1	56	0,1	455	0,0
Demais agrupamentos	105	0,1	373	0,1	1076	0,2	719	0,4	146	0,1	2419	0,2
Total	211	0,2	1467	0,4	2484	0,5	1473	0,8	472	0,5	6107	0,5

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescente

Quanto ao caráter de atendimento (tabela 14), as internações de urgência nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (76,0; 61,4 e 58,4 respectivamente) apresentaram valores maiores que o nacional (53,0).

Tabela 14 – Taxas de internações¹ pelo SUS, em adolescentes do sexo feminino, segundo regiões e caráter de atendimento. Brasil, 2008.

Brasil e Regiões	Eletivo		Urgência		Outras Causas Externas ²	
	n	Tx	n	Tx	n	Tx
Norte	10.893	8,7	95.560	76,0	334	0,3
Nordeste	25.889	6,4	235.880	58,4	885	0,2
Sudeste	31.262	6,1	220.412	43,1	2.039	0,4
Sul	11.420	6,2	89.389	48,5	1.205	0,7
Centro-Oeste	4.030	4,1	60.111	61,4	204	0,2
BRASIL	83.494	6,3	701.352	53,0	4.667	0,4

Fonte: DATASUS, 2008.

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

Quando analisado o caráter de atendimento por faixa etária (Tabela 15), o aumento da idade está diretamente relacionado com o aumento das internações, eletivas ou de urgência. Vale ressaltar que, a partir dos dezesseis anos houve aumento das taxas de internação para as urgências.

Tabela 15 – Taxas de internações pelo SUS, em adolescentes do sexo feminino segundo idade detalhada e caráter de atendimento. Brasil, 2008.

Idade Detalhada	Eletivo		Urgência		Causas Externas	
	n	Tx	N	Tx	n	Tx
12 anos	5.646	3,5	18.641	11,5	497	0,3
13 anos	5.631	3,5	22.207	13,6	472	0,3
14 anos	6.601	4,1	39.012	23,9	468	0,3
15 anos	8.523	5,2	68.675	42,0	530	0,3
16 anos	11.312	6,9	102.703	62,3	569	0,3
17 anos	13.233	7,9	128.544	77,0	622	0,4
18 anos	15.380	9,1	151.607	89,6	719	0,4
19 anos	17.168	10,0	169.963	99,5	790	0,5
TOTAL	83.494	6,3	701.352	53	4.667	0,4

Fonte: DATASUS, 2008.

A permanência hospitalar das internações das adolescentes foi, na sua maioria, inferior a dois dias, conforme demonstra a figura 5. A região Sudeste apresentou maior porcentagem de permanência superior a sete dias.

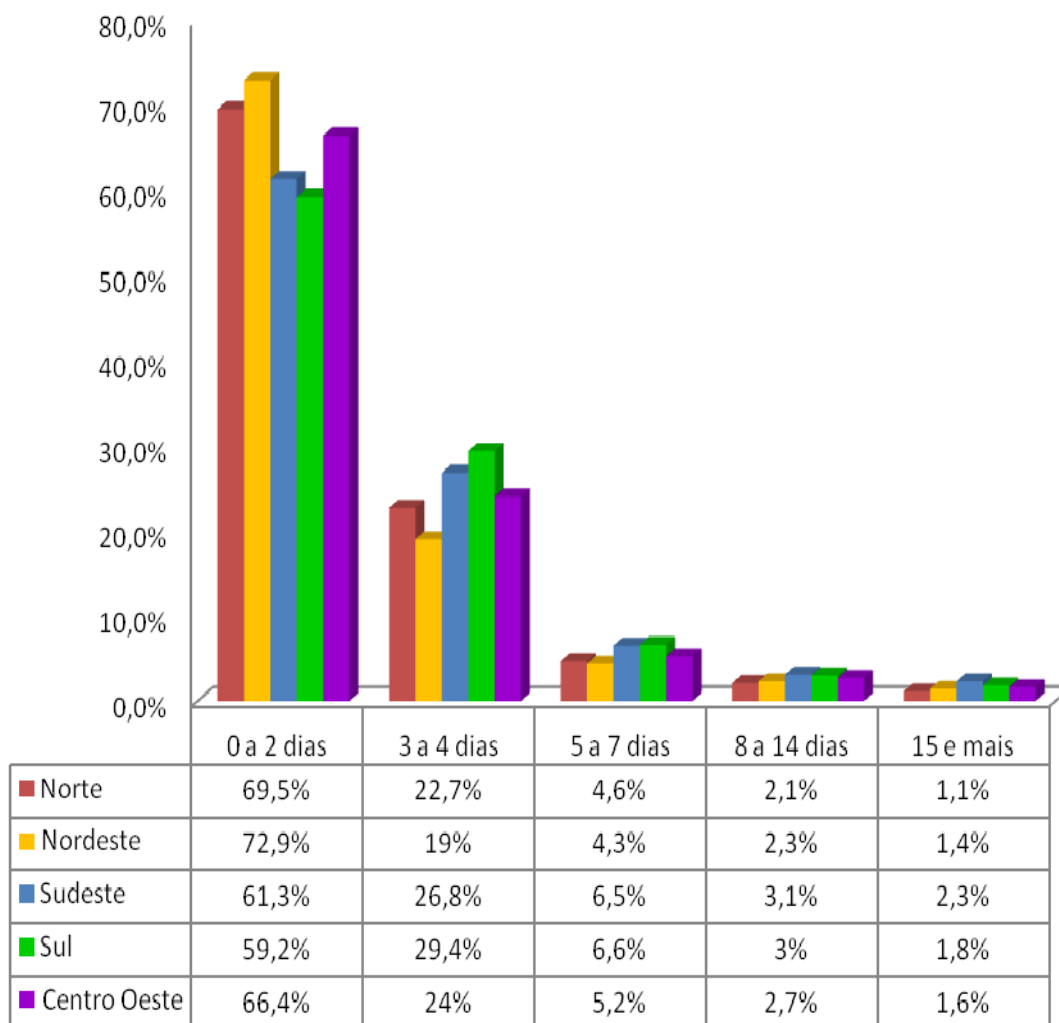


Figura 5 – Porcentagens das internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino, segundo regiões e dias de permanência. Brasil, 2008.

Neste estudo evidenciou-se que a proporção de internações em unidades de terapia intensiva foi baixa (0,8%), conforme demonstra a tabela 16. As regiões Sudeste (1,1%) e Sul (1,4%) apresentaram porcentagens maiores que a nacional.

Tabela 16 – Porcentagens de internações pelo SUS em adolescentes do sexo feminino, em Unidades de Terapia Intensiva. Brasil e Regiões, 2008.

Brasil e Regiões	n	UTI	%
Norte	106.787	416	0,4
Nordeste	262.654	1.546	0,6
Sudeste	253.713	2.705	1,1
Sul	102.014	1.380	1,4
Centro-Oeste	64.345	467	0,7
BRASIL	789.513	6.514	0,8

Fonte: DATASUS, 2008.

A taxa de mortalidade hospitalar (TxMH) nacional (0,3) foi baixa e semelhante em todas as regiões, variando entre 0,2 e 0,3, conforme mostra a tabela 17.

Tabela 17 – Taxas de mortalidade hospitalar em adolescentes do sexo feminino internadas pelo SUS. Brasil e regiões, 2008.

Brasil e Regiões	Nº Óbitos	TxMH
Norte	190	0,2
Nordeste	728	0,3
Sudeste	749	0,3
Sul	327	0,3
Centro- Oeste	148	0,2
BRASIL	2.142	0,3

Fonte: DATASUS, 2008.

Tabela 18 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo idade detalhada. Brasil e regiões, 2008.

Idade detalhada	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		Brasil	
	N	Tx/ 1000	n	Tx/ 1000	n	Tx/ 1000	n	Tx/ 1000	n	Tx/ 1000	n	Tx/ 1000
12 anos	3.942	23,7	11.383	22,2	13.176	20,3	5.777	24,8	2.921	23,7	1.682.521	22,1
13 anos	3.560	21,5	10.123	19,7	11.897	18,4	5.364	22,8	2.629	21,2	1.686.485	19,9
14 anos	3.496	21,2	9.318	18,2	10.729	16,6	4.863	20,4	2.552	20,4	1.684.725	18,4
15 anos	3.190	19,5	8.711	17,0	10.317	15,9	4.839	20,2	2.511	20,0	1.688.992	17,5
16 anos	3.241	20,0	9.051	17,5	10.737	16,5	5.044	20,9	2.641	20,9	1.699.361	18,1
17 anos	3.462	21,5	9.081	17,3	11.345	17,1	5.805	24,0	2.816	22,4	1.715.119	19,0
18 anos	3.849	24,1	10.158	19,0	14.079	21,0	6.619	27,4	3.328	26,4	1.733.913	21,9
19 anos	4.135	26,1	11.109	20,4	16.062	23,8	7.441	30,7	3.693	29,2	1.747.937	24,3
Total	28.875	22,2	78.934	18,9	98.342	18,7	45.752	23,9	23.091	23,1	13.639.053	20,2

Fonte: DATASUS, 2008.

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

Tabela 19 – Porcentagens das principais causas de internação dos adolescentes do sexo masculino pelo SUS segundo causas. Brasil e regiões, 2008.

Causas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lesões por conseq. causas externas	8.206	28,4	18.431	23,4	27.988	28,5	12.297	26,9	6.263	27,1	73.185	26,6
Doenças infecciosas e parasitárias	6.166	21,4	15.047	19,1	7.501	7,6	3.919	8,6	2.613	11,3	35.246	12,8
Doenças do aparelho respiratório	3.455	12	11.595	14,7	8.652	8,8	5.917	12,9	3.004	13	32.623	11,9
Doenças do aparelho digestivo	3.033	10,5	8.123	10,3	11.445	11,6	5.041	11	2.601	11,3	30.243	11
Doenças do aparelho geniturinário	1.848	6,4	4.433	5,6	6.592	6,7	2.266	5	1.400	6,1	16.539	6
Transtornos mentais e comportamentais	357	1,2	2.782	3,5	5.006	5,1	3.429	7,5	1.181	5,1	12.755	4,6
Outras causas	5.810	20,1	18.523	23,5	31.158	31,7	12.883	28,2	6.029	26,1	74.403	27,1

Fonte: DATASUS, 2008

A tabela 19 apresenta as causas de internações de acordo com os capítulos da CID-10.

As principais causas de internações em todas as regiões foi o capítulo lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, com taxas de internação variando de 2,2 (Nordeste) e 3,3 (Sul). Comparado às adolescentes femininas, as taxas de internação masculinas neste capítulo apresentaram valores maiores.

As localizações predominantes dos traumatismos são cotovelo e antebraço (1,3/1000); cabeça (0,8/1000) e punho e mão (0,5/1000). O agrupamento com maior porcentagem de internação para todas as regiões foram os traumatismos de cotovelo e antebraço: Norte (1,8/1000), Nordeste (1,3/1000), Sudeste (1,1/1000), Sul (1,4/1000) e Centro-Oeste (1,3/1000) (tabela 20).

Tabela 20 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo lesões por consequência de causas externas (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento/Categoria	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Traumatismos do cotovelo e do antebraço	2.312	1,8	5.410	1,3	5.988	1,1	2.722	1,4	1.336	1,3	17.768	1,3
Traumatismos da cabeça	905	0,7	2.911	0,7	4.266	0,8	2.134	1,1	718	0,7	10.934	0,8
Traumatismos do joelho e da perna	727	0,6	1.855	0,4	4.053	0,8	1.634	0,9	758	0,8	9.027	0,7
Traumatismos do punho e da mão	623	0,5	1.626	0,4	3.255	0,6	1.150	0,6	713	0,7	7.367	0,5
Outros traumatismos	2.464	1,9	4.807	1,2	7.688	1,5	3.372	1,8	1.944	1,9	20.275	1,5
Efeitos tóxicos subst. origem predom. não-medicinal	807	0,6	523	0,1	631	0,1	269	0,1	240	0,2	2.470	0,2
- Efeito toxico de contato c/animais venenosos	761	0,6	439	0,1	385	0,1	188	0,1	184	0,2	1.957	0,1
- Efeito toxico de outra subst. e as NE	28	0,0	66	0,0	203	0,0	62	0,0	41	0,0	400	0,0
- Demais categorias	18	0,0	18	0,0	43	0,0	19	0,0	15	0,0	113	0,0
Intox. por drogas, medicamentos e subst. biológicas	25	0,0	128	0,0	240	0,0	173	0,1	63	0,1	629	0,0
- Intox. diuret outra droga medic. subst. bio. NE	12	0,0	19	0,0	50	0,0	50	0,0	16	0,0	147	0,0
- Intox. por antibióticos sistêmicos	4	0,0	43	0,0	29	0,0	18	0,0	10	0,0	104	0,0
- Demais categorias	9	0,0	66	0,0	161	0,0	105	0,1	37	0,0	378	0,0
Queimaduras	182	0,1	642	0,2	842	0,2	412	0,2	500	0,5	2.578	0,2
Geladuras [frostbite]	0	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0	4	0,0
Demais agrupamentos	252	0,2	849	0,2	1.444	0,3	636	0,3	241	0,2	3.422	0,3
Total	8.206	6,3	18.431	4,4	27.988	5,3	12.297	6,4	6.263	6,3	73.185	5,4

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

O grupo dos traumas da cabeça em todas as regiões ocupou a segunda posição- Norte (0,7/1000), Nordeste (0,7/1000), Sudeste (0,8/1000), Sul (1,1/1000) e Centro-Oeste (0,7/1000) (tabela 20).

As outras quatro principais causas de internações foram- algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário.

As regiões Norte e Sudeste apresentaram-se com as mesmas ordens de causas de internação. A região Sul foi a única onde o capítulo V (transtornos mentais e comportamentais) apareceu entre as cinco principais causas de internação.

A seguir apresentamos os grupos de doenças dos capítulos de causas de internação.

Nas DIP, o agrupamento das doenças infecciosas intestinais foi a maior causa de internação em todas as regiões: Norte (1,9/1000), Nordeste (1,7/1000), Sudeste (0,4/1000), Sul (1,1/1000) e Centro-Oeste (1,1/1000). Na Sudeste as febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais empataram com as anteriores (0,4/1000) (tabela 21).

Tabela 21 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo doenças infecciosas e parasitárias (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento/Categoria	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Doenças infecciosas intestinais	2.506	1,9	7.145	1,7	1.914	0,4	2.094	1,1	1.145	1,1	14.804	1,1
- Diarréia e gastroenterite orig infec. presum	936	0,7	3.105	0,7	981	0,2	542	0,3	370	0,4	5.934	0,4
- Outras infec. intestinais bacterianas	571	0,4	1.868	0,4	422	0,1	500	0,3	257	0,3	3.618	0,3
- Infec. intestinais virais outra e as NE	753	0,6	1.434	0,3	340	0,1	608	0,3	303	0,3	3.438	0,3
- Demais categorias	246	0,2	738	0,2	171	0,0	444	0,2	215	0,2	1.814	0,1
Outras doenças bacterianas	1.137	0,9	2.659	0,6	1.834	0,3	861	0,5	528	0,5	7.019	0,5
Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	1.171	0,9	2.718	0,7	2.023	0,4	32	0,0	470	0,5	6.414	0,5
- Dengue	1.095	0,8	2.576	0,6	1.672	0,3	26	0,0	447	0,4	5.816	0,4
- Febre hemorrágica devido vírus do dengue	50	0,0	129	0,0	343	0,1	2	0,0	17	0,0	541	0,0
- Demais categorias	26	0,0	13	0,0	8	0,0	4	0,0	6	0,0	57	0,0
Demais agrupamentos	1.352	1,0	2.525	0,6	1.730	0,3	932	0,5	470	0,5	7.009	0,5
Total	6.166	4,7	15.047	3,6	7.501	1,4	3.919	2,0	2.613	2,6	35.246	2,6

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Entre as doenças do aparelho respiratório, as influências e pneumonias foram as causas que mais geraram internações em todas as regiões: Norte (1,4/1000), Nordeste (1,4/1000), Sudeste (0,7/1000), Sul (12,0/1000) e Centro-Oeste (1,3/1000) (tabela 22).

Tabela 22 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e do capítulo doenças do aparelho respiratório (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Influenza [gripe] e pneumonia	1.784	1,4	5.797	1,4	3.423	0,7	2.306	12,0	1.265	1,3	14.575	1,1
Outras doenças das vias aéreas superiores	267	0,2	1.140	0,3	3.034	0,6	1.603	8,3	629	0,6	6.673	0,5
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	657	0,5	3.023	0,7	864	0,2	959	5,0	545	0,5	6.048	0,4
Demais agrupamentos	747	0,6	1.635	0,4	1.331	0,3	1.049	5,5	565	0,6	5.327	0,4
Total	3.455	2,7	11.595	2,8	8.652	1,6	5.917	30,8	3.004	3,0	32.623	2,4

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Entre as doenças do aparelho digestivo, o grupo das hérnias (0,8/1000) foi a maior causa de internação na região Nordeste e, nas outras regiões, foram as doenças do apêndice: Norte (0,8/1000), Sudeste (1,0/1000), Sul (1,3/1000) e Centro-Oeste (1,1/1000) (tabela 23).

Tabela 23 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento do capítulo doenças do aparelho digestivo (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Doenças do apêndice	1.091	0,8	2.358	0,6	5.295	1,0	2.465	1,3	1.078	1,1	12.287	0,9
Hérnias	761	0,6	3.227	0,8	2.817	0,5	823	0,4	509	0,5	8.137	0,6
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	394	0,3	888	0,2	779	0,1	437	0,2	369	0,4	2.867	0,2
Demais agrupamentos	787	0,6	1.650	0,4	2.554	0,5	1.316	0,7	645	0,6	6.952	0,5
Total	3.033	2,3	8.123	1,9	11.445	2,2	5.041	2,6	2.601	2,6	30.243	2,2

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Para as patologias do aparelho geniturinário, as doenças relacionadas aos órgãos genitais masculinos foram a principal causa de internação para as regiões Nordeste (0,3/1000), Sudeste (0,4/1000), Sul (0,5/1000) e Centro-Oeste (0,4/1000). As outras doenças do aparelho urinário e as doenças renais túbulo-intersticiais foram a principal causa da região Norte (0,4 e 0,4/1000, respectivamente) (tabela 24).

Tabela 24 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo doenças do aparelho geniturinário (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento/Categoria	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Doenças dos órgãos genitais masculinos	406	0,3	1.685	0,4	3.489	0,7	960	0,5	423	0,4	6.963	0,5
- Hipertrofia do prepúcio fimose e parafimose	214	0,2	994	0,2	2.346	0,4	611	0,3	244	0,2	4.409	0,3
- Demais categorias	192	0,1	691	0,2	1.143	0,2	349	0,2	179	0,2	2.554	0,2
Outras doenças do aparelho urinário	467	0,4	739	0,2	846	0,2	348	0,2	263	0,3	2.663	0,2
Doenças renais túbulo-intersticiais	534	0,4	704	0,2	479	0,1	341	0,2	248	0,2	2.306	0,2
Demais grupamentos	441	0,3	1.305	0,3	1.778	0,3	617	0,3	466	0,5	4.607	0,3
Total	1.848	1,4	4.433	1,1	6.592	1,3	2.266	1,2	1.400	1,4	16.539	1,2

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

Para o Sul, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (0,4/1000) foram o grupo de classificação mais freqüente no capítulo V (tabela 25).

Tabela 25 – Taxas de internações¹ pelo SUS em adolescentes do sexo masculino segundo agrupamento e categorias do capítulo transtornos mentais e comportamentais (CID 10). Brasil e regiões, 2008.

Agrupamento/Categoria	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int	n	Tx Int
Transt. ment. e comport devido ao uso subst. psicoativa	56	0,0	905	0,2	1.908	0,4	2.159	1,1	667	0,7	5.695	0,4
- Transt. ment. comp mult. drog outra subst psicoat	21	0,0	620	0,1	1.419	0,3	945	0,5	425	0,4	3.430	0,3
- Transt. mentais e comport. devido ao uso cocaína	4	0,0	40	0,0	244	0,0	572	0,3	133	0,1	993	0,1
- Transt. mentais comport devido ao uso álcool	11	0,0	120	0,0	117	0,0	217	0,1	47	0,0	512	0,0
- Demais categorias	20	0,0	125	0,0	128	0,0	425	0,2	62	0,1	760	0,1
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	167	0,1	1.424	0,3	1.736	0,3	692	0,4	365	0,4	4.384	0,3
Demais agrupamentos	134	0,1	453	0,1	1.362	0,3	578	0,3	149	0,1	2.676	0,2
Total	357	0,3	2.782	0,7	5.006	1,0	3.429	1,8	1.181	1,2	12.755	0,9

Fonte: DATASU, 2008

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes

O grupo de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas tais como álcool, opiáceos, canabinóides, sedativos e hipnóticos, cocaína, alucinógenos, fumo, solventes voláteis, outros estimulantes incluindo cafeína, múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas foi isoladamente a primeira causa de internação no capítulo das doenças mentais na região sul (1,1/1000), centro-oeste (0,7/1000) e sudeste (0,4/1000). No nordeste e no norte, onde representaram respectivamente 0,3 e 0,1/1000 das internações classificadas no capítulo, predominou o grupo de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com cerca da metade das internações classificadas neste grupo.

Como se evidencia na tabela 26, o caráter de urgência comparado ao eletivo foi maior em todas as regiões: Norte (17,9), Nordeste (14,1), Sudeste (12,3), Sul (17,2) e Centro-Oeste (19,1).

Tabela 26 – Taxas de internações¹ pelo SUS, em adolescentes do sexo masculino e caráter de atendimento. Brasil e Regiões, 2008.

BRASIL E REGIÕES	Eletivo		Urgência		Outras Causas Externas	
	n	Tx	n	Tx	n	Tx
Norte	4.462	3,4	23.342	17,9	1.071	0,8
Nordeste	16.844	4,0	58.779	14,1	3.311	0,8
Sudeste	26.310	5,0	64.667	12,3	7.365	1,4
Sul	9.360	4,9	32.875	17,2	3.517	1,8
Centro-Oeste	3.171	3,2	19.098	19,1	822	0,8
Brasil	120.294	8,8	397.522	29,1	32.172	2,4

Fonte: DATASUS, 2008.

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

Comparando a idade detalhada ao caráter de atendimento (Tabela 27), observou-se que as taxas diminuíram dos 12 aos 15 anos e aumentaram de 16 a 19 anos.

Tabela 27 – Taxas de internações¹ pelo SUS, em adolescentes do sexo masculino segundo idade detalhada e caráter de atendimento. Brasil, 2008.

Idade Detalhada	Eletivo		Urgência		Causa Ext.	
	n	Tx	n	Tx	n	Tx
12 anos	8.900	5,3	26.563	15,8	1.736	1,0
13 anos	8.046	4,8	23.699	14,1	1.828	1,1
14 anos	7.449	4,4	21.791	12,9	1.718	1,0
15 anos	6.692	4,0	21.210	12,6	1.666	1,0
16 anos	6.502	3,8	22.460	13,2	1.752	1,0
17 anos	6.849	4,0	23.760	13,9	1.900	1,1
18 anos	7.459	4,3	28.072	16,2	2.502	1,4
19 anos	8.250	4,7	31.206	17,9	2.984	1,7
TOTAL	60.147	4,4	198.761	14,6	16.086	1,2

Fonte: DATASUS, 2008.

¹ Taxa de internação por mil habitantes adolescentes.

A permanência hospitalar das internações dos adolescentes foi na sua maioria até quatro dias, conforme demonstra a figura 7.

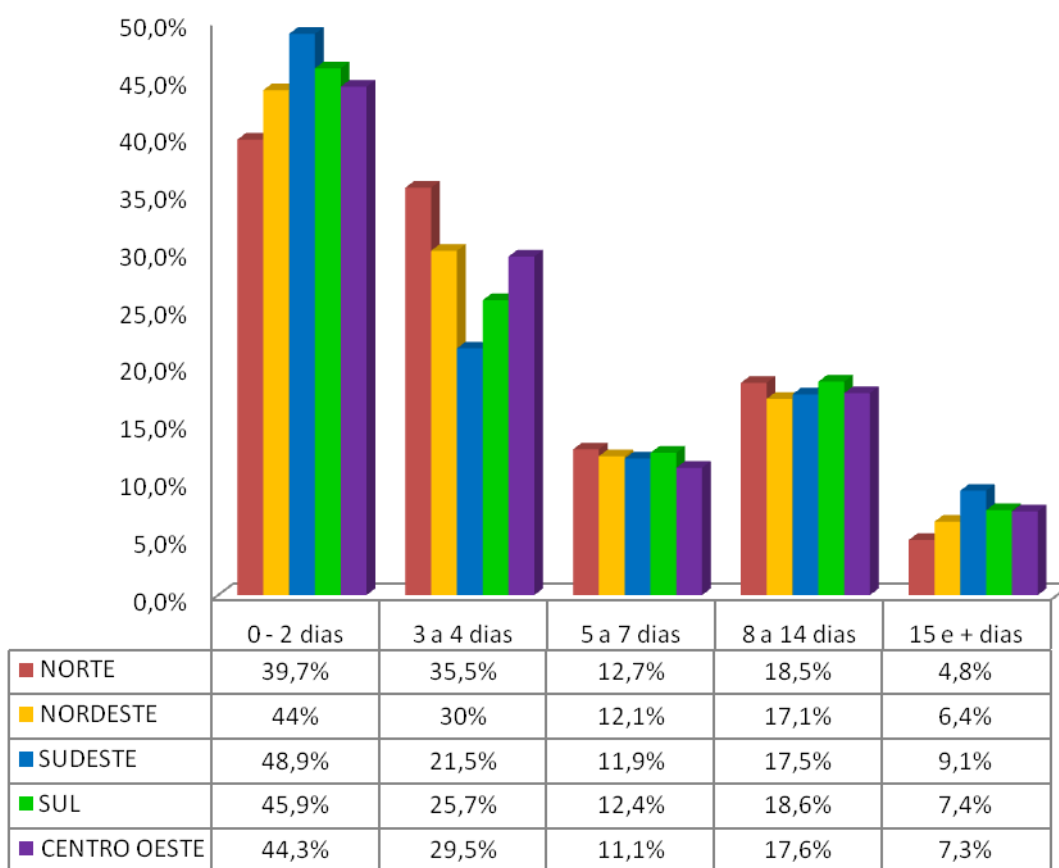


Figura 7 – Porcentagens das internações pelo SUS dos adolescentes do sexo masculino, segundo regiões e dias de permanência. Brasil, 2008.

Neste estudo, evidenciou-se que as internações em unidades de terapia intensiva foram baixas (2,9%), conforme demonstra a tabela 28. As regiões Sudeste e Sul apresentaram, porcentagens maiores que a nacional (3,5 e 4,6, respectivamente).

Tabela 28 – Porcentagens de internações de adolescentes do sexo masculino pelo SUS em Unidades de Terapia Intensiva. Brasil e regiões, 2008.

BRASIL E REGIÕES	n	UTI	%
Norte	28875	475	1,6
Nordeste	78934	1469	1,9
Sudeste	98342	3429	3,5
Sul	45752	2108	4,6
Centro oeste	23091	519	2,2
BRASIL	274994	8000	2,9

Fonte: DATASUS, 2008.

A taxa de mortalidade hospitalar (TxMH) em adolescentes do sexo masculino foi baixa, conforme a tabela 29, com todas as regiões não ultrapassando 1,4 mortes por 100.

Tabela 29 – Taxas de mortalidade hospitalar dos adolescentes do sexo masculino internados pelo SUS. Brasil e regiões, 2008.

Brasil e Regiões	Nº Óbito	Tx Mortalidade/100
Norte	258	0,9
Nordeste	968	1,2
Sudeste	1.384	1,4
Sul	608	1,3
Centro oeste	266	1,2
BRASIL	3.484	1,3

Fonte: DATASUS, 2008.

4.4 CORRELAÇÃO ENTRE TAXA DE INTERNAÇÃO E INDICADORES DE SAÚDE

Apresenta-se, a seguir, a matriz de correlação de alguns indicadores com a taxa de internação (Tabela 30). Os valores dos indicadores em cada estado estão apresentados no Anexo D.

A análise de correlação linear de Pearson da taxa de internação foi positiva com os indicadores taxa de fecundidade e proporção de pobres e negativa com o grau de urbanização, cobertura de plano de saúde, cobertura de pré-natal. Não houve correlação entre a taxa de internação e o número de leitos por habitantes.

Tabela 30– Matriz de correlação de Pearson entre indicadores selecionados e taxa de internação em adolescentes. Brasil, 2008.

Indicadores	Taxa de internação	Proporção de pobres	Grau de urbanização	Taxa específica de fecundidade	Leitos / habitante	Cobertura planos privados saúde	Proporção n.v. c/ 7 ou + consultas pré-natal.
Taxa internação	1	0,430*	- 0,398*	0,689**	- 0,269	- 0,415*	- 0,557**
Proporção de pobres		1	- 0,764**	0,666**	0,069	- 0,895**	- 0,801**
Grau de urbanização			1	-0,457*	- 0,010	0,706**	0,622**
Taxa esp. fecundidade				1	- 0,346	- 0,654**	- 0,819**
Leitos / habitante					1	- 0,015	0,272
Cobertura pl. priv. saúde						1	0,736**
% nasc. vivos c/ 7 ou + consultas pré-natal.							1

Notas- N = 27 estados; * Significativo no nível de 5% (bicaudal); ** Significativo no nível de 1% (bicaudal).

Vale ressaltar que a correlação entre a taxa de internação e os indicadores estudados não demonstram relação de causalidade entre eles. O que ocorre, em caso de correlação positiva, é que variações para mais na taxa de fecundidade e na proporção de pobres estão correlacionados variações para mais na taxa de internação. Em caso de correlação negativa, a relação é inversa- variações para mais na taxa de urbanização, na cobertura de planos de saúde e na proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal estão correlacionadas a variações para menos na taxa de internação. Ou seja, a associação foi evidenciada, porém é necessário cautela ao interpretar os resultados.

5 DISCUSSÃO

Optou-se por discutir os resultados de forma a enfatizar os aspectos sócio-regionais e de gênero, relevantes na problemática da internação do adolescente no Brasil.

Um importante enfoque sobre a adolescência é o do aspecto da vulnerabilidade que pode ser evidenciado através da sexualidade e da violência (JEOLÁS; FERRARI, 2007). No presente estudo este enfoque foi revelado com maior magnitude para as adolescentes por meio da problemática da sexualidade através da gravidez precoce e todas as suas conseqüências sociais. Já os adolescentes mostraram-se vulneráveis em função dos comportamentos que levaram à primeira causa de internação em todas as regiões.

Segundo dados do DATASUS, no Brasil, em 2008, a população de 12 a 19 anos representava 14% da população brasileira, correspondendo a mais de 25 milhões de adolescentes. Com relação ao sexo, a população de adolescentes masculinos é pouco maior (50,7%).

No Brasil, pode-se constatar, em série histórica, que a razão homem/mulher ao nascer vem sendo, aproximadamente, de 105,0%, significando que os nascimentos do sexo masculino ultrapassam os femininos em cerca de 5% (BRASIL, 2007).

Na adolescência, como demonstrado, ainda há mais adolescentes do sexo masculino que do feminino. Esse perfil irá se invertendo ao longo da vida, pois os homens tenderão a morrer mais cedo. Por exemplo, dentre os óbitos masculinos, um percentual de 17,1% ocorreu na faixa etária de 15 a 39 anos, enquanto para as mulheres esse percentual foi de 7,3% (BRASIL, 2007).

Os dados nos remetem a uma situação em que é possível que as condições sócio-econômicas e das relações de gênero interfiram nas características das internações dos adolescentes e as principais causas de internação.

A razão de taxas sugere a relação positiva entre a taxa de internação e as desigualdades regionais. As discrepâncias regionais refletem-se na taxa de internação hospitalar, e esta acompanha o perfil de desigualdade social existente no Brasil (anexo E).

É importante ressaltar que as disparidades regionais no Brasil não se devem somente à escassez de recursos, mas estão relacionadas com a iniquidade. As desigualdades sociais têm uma forte expressão regional. A região Norte possui recursos naturais, porém sem expressão nos índices econômicos. Já as regiões Sul e Sudeste, com mais desenvolvimento econômico e social, apresentam diferenças claras das demais regiões. A Região Nordeste, por sua vez, sofre com a desigualdade, que gera situações de miséria na população (SENA, 2007).

As más condições de vida podem ser definidas como sendo, além da má distribuição de renda, as condições ruins de moradia, a ausência de saneamento básico e a desnutrição (WHITEHEAD, 1992). Estas situações evitáveis e desnecessárias ainda persistem no cenário brasileiro, levando a população ainda a viver em condições iníquas.

A disponibilidade, o acesso, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos), a localização geográfica, cultura médica local e a ideologia do prestador são aspectos da oferta de serviços de saúde que também interferem nas condições de vida da população (TRAVASSOS et al., 2000).

O Brasil, durante alguns séculos, foi um país essencialmente rural, sustentado pelo trabalho escravo, com uma economia primário-exportadora de matérias primas das grandes propriedades rurais para os países mais desenvolvidos. Em 1920 apenas 16,6% da população brasileira residia em cidades. Acompanhando as exigências e características da modernização da economia, iniciou-se a dispersão da população para as cidades, atraída por uma industrialização incipiente. Em 1940 esta população nas cidades já representava 31,2%. Com a velocidade do crescimento das cidades, em 1980, 67,6% dos brasileiros residiam em centros urbanos e, em 2000, chegou a 81,2%, com concentração populacional em um elevado número de centros urbanos de vários tamanhos (CARVALHO, 2006).

Esta concentração regional de infra-estrutura e serviços estimulou o surgimento de grandes fluxos migratórios para as cidades mais desenvolvidas do Sul e Sudeste, que terminaram por assumir uma configuração metropolitana, inclusive com a ocorrência do fenômeno da conurbação, por concentrar uma

proporção bastante elevada da produção, riqueza e população nacional (CARVALHO, 2006).

Com o avanço da industrialização e dos serviços modernos a estrutura produtiva do país tornou-se mais dinâmica, complexa e diversificada, com uma expansão e diferenciação do mercado de trabalho, das classes e da estrutura social. Contudo, esse desenvolvimento teve um caráter bastante desigual e excludente. O processo de industrialização ocorreu em algumas áreas e centros urbanos, que se tornaram pontos privilegiados de investimentos das grandes empresas nacionais e multinacionais. Esses investimentos geraram riquezas, empregos e urbanização, porém distribuídos de forma irregular para a população, resultado da forma de funcionamento da economia capitalista (CARVALHO, 2006).

Segundo Nilo (2010), o conceito de trabalho, estudado na filosofia, geralmente refere-se ao desenvolvimento da produção de objetos úteis aos seres humanos. Desde a Revolução Industrial observamos como uma atividade individual, cujo objetivo mais direto era a subsistência do homem, tornou-se um processo ininterrupto de produção coletiva em massa, gerando lucro e acúmulo de capital. Numa sociedade fundada na propriedade privada, todo trabalho excedente tende a ser apropriado por uma parcela composta por poucos indivíduos.

Essa dinâmica provavelmente gerou boa parte da desigualdade social hoje existente no país. Foge aos objetivos desta pesquisa uma análise mais elaborada destes tópicos, contudo, cabe ressaltar que eles refletem o quadro social atual do Brasil.

A desproporcionalidade da distribuição da renda *per capita* (anexo E) no Brasil ainda é extremamente elevada como, por exemplo, a parcela da renda apropriada pelos 50% mais pobres sendo apenas ligeiramente maior que a parcela apropriada pelo 1% mais rico. Outra forma de ilustrar a magnitude desta desconformidade é dizer que a parcela da renda apropriada pelos 10% mais ricos representa mais de 40% da renda total, ao passo que a parcela apropriada pela metade mais pobre da população corresponde a apenas 15% da renda total (BRASIL, 2005).

O país apresenta uma renda *per capita* acima da dos países pobres. Portanto, não pode ser considerado um país pobre, mas bastante irregular, uma vez que o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um

país não é sua riqueza total, mas sim a maneira como ela se distribui (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Apesar da queda na desigualdade a partir de 2001, o Brasil ainda ocupa uma posição de destaque no cenário internacional como um dos países com maior grau de desproporcionalidade de renda no mundo. O progresso recente, apesar de acelerado, levou o Brasil a ultrapassar apenas 4% dos 126 países dos quais temos informações sobre a distribuição de renda (BARROS et. al., 2010).

Sabe-se que alguns fatores influenciam na demanda hospitalar, entre eles a qualidade dos serviços ambulatoriais e preventivos, a oferta de leitos hospitalares, os problemas de planejamento urbano e a necessidade de melhores resultados (VECINA NETO; MALIK, 2007).

O argumento inicial para as diferenças nas taxas de internação por regiões poderia ser a disponibilidade de leitos no país, o que dificulta o acesso à internações em regiões onde estes são escassos.

No entanto, o que se observou é que as regiões Norte e Nordeste apresentaram maiores taxas de internações de adolescentes e elas não contam com o maior número de leitos SUS/habitante (anexo E). Se a distribuição de leitos por habitante fosse o fator determinante para as internações de adolescentes, a maior taxa de internação deveria ter ocorrido no Centro-Oeste, região com maior concentração de leitos por 10 mil habitantes, devido à alta razão que existe no Distrito Federal (BRASIL, 2007).

Em estudo realizado por Castro, Travassos e Carvalho (2005), apenas 1 a 3% das internações puderam ser atribuídas a diferenças na oferta de leitos entre as unidades da federação; as demais foram por características do indivíduo. O mesmo pode ser observado no presente estudo. No ano de 2008, não houve correlação entre as taxas de internações de adolescentes pelo SUS e a disponibilidade de leitos do SUS por mil habitantes.

A principal causa de internação em adolescentes no Brasil, em 2008, foi a gravidez, parto e puerpério (72,0% das AIH de adolescentes femininas) e, mais especificamente as internações por parto, sendo, portanto, esperada a correlação positiva entre taxa de internação e taxa de fecundidade.

A correlação entre a taxa de internação e os demais indicadores-positiva com a proporção de pobres e taxa de fecundidade e negativa com as taxas

de urbanização, cobertura de planos de saúde e proporção de 7 ou mais consultas no pré-natal, assim como as principais causas de internação em adolescentes, apontam para as necessidades de saúde desta população e, ao mesmo tempo, reforçam sua determinação social.

Todos os indicadores acima são relacionados com a situação social e econômica da população, como é o caso da maior fecundidade na adolescência e a menor proporção de consultas de pré-natal, que têm sido relacionadas pela literatura com menor grau de escolaridade e pior situação econômica (DATASUS, 2008) ou da maior cobertura por planos privados de saúde entre as pessoas com maior renda (VIANNA et. al., 2001).

De acordo com o DATASUS (2008), os dados de nascidos vivos, segundo a idade da mãe, para 2005, mostram que 22,0% dos recém-nascidos no país tiveram mães com menos de 20 anos. Sua distribuição geográfica evidencia maiores frequências nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente 28,7% e 25,2%, e menos no Sudeste e Sul, respectivamente 18% e 19,5%.

O Brasil tem um sistema de saúde misto, composto pelo SUS, que tem financiamento público, e a saúde suplementar, composta de convênios, seguros e medicina privada (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002). A cobertura por planos de saúde, seja público ou privado está associada à renda da população. O SUS não retém as camadas médias e altas da população, ou seja, a melhoria da classe social faz com que as pessoas, entendendo a saúde como mais um produto, busquem outros acessos aos serviços, segundo sua capacidade de compra (RIBEIRO, 2009).

Do total de vínculos a planos privados, cerca de 36,9 milhões são de assistência médica, o que significa uma cobertura aproximada de 19,8% da população brasileira, distribuída de maneira desigual entre as regiões do país. A maioria das capitais apresenta taxas de cobertura superiores a 40%, a exemplo de Vitória (67,6%), São Paulo (59,2%), Rio de Janeiro (49,0%) e Florianópolis (44,9%) (ALBUQUERQUE et. al., 2008).

Segundo estudo de Albuquerque et. al. (2008), no período de 2000 a 2006 houve aumento de cobertura de aproximadamente 297 mil beneficiários na faixa etária de 0 até 19 anos, o que justifica a menor internação pública dos adolescentes nas regiões mais desenvolvidas.

Sendo assim, podemos afirmar que as maiores taxas de internação em adolescentes decorreram das piores condições de vida e, conseqüentemente maior demanda dos serviços de saúde. O oposto ocorre com as regiões Sul e Sudeste, onde as menores taxas de internações de adolescentes podem refletir as melhores condições de vida, tanto na menor necessidade de internação, quanto na possibilidade de outras opções de tratamento como a aquisição de planos privados de saúde que resultarão em internações fora do sistema público (TRAVASSOS; VIACAVAL; FERNANDES, 2000).

As necessidades de saúde estão relacionadas com as características sócio-demográficas de cada região. A influência destas sobre o uso de serviços de saúde depende de como a sua oferta se organiza nas diferentes regiões (CAMPOS, 2003). Sabe-se que alguns fatores influenciam na demanda hospitalar, entre eles a qualidade dos serviços ambulatoriais e preventivos, a oferta de leitos hospitalares, os problemas de planejamento urbano e a necessidade de melhores resultados (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Quando a oferta é insuficiente, as internações acabam deixando de ocorrer (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005). É importante que as políticas de saúde considerem as necessidades e as características dos serviços de saúde de forma a garantir maior equidade na sua distribuição. Ou seja, é necessário dimensionar as desigualdades relativas às condições de saúde das populações das distintas regiões do Brasil (PORTO; MARTINS; VIACAVAL, 2007), para se implementar investimentos de saúde segundo o princípio constitucional da equidade (BRASIL, 2002b).

Os recursos disponíveis na infra-estrutura do sistema de serviços de saúde apresentam uma distribuição desigual entre regiões, estados e municípios, áreas urbanas e rurais e, nas cidades, entre periferia e centro, além de disparidades no acesso de estratos sociais (PAIM, 2006).

Houve redução das irregularidades na distribuição de serviços e profissionais de saúde entre as regiões brasileiras, decorrente da implantação do SUS, que adotou tetos financeiros estaduais mais uniformes e adequados ao tamanho da população e da capacidade regional instalada (VIANNA et. al., 2001).

Observa-se neste estudo pequena proporção de internações fora do estado de residência. Paralelamente, destaca-se a importância das internações em

hospitais públicos, municipais e estaduais no Norte e Nordeste. Em contrapartida, no Sul e Sudeste predominaram as internações em hospitais privados, filantrópicos ou não, contratados pelo SUS.

Para a prestação dos serviços públicos, o SUS utiliza hospitais próprios e privados. A participação dos hospitais prestadores do SUS em relação ao total de hospitais existentes no país é muito expressiva (RIBEIRO, 2009). Segundo Albuquerque et al. (2008), a internação pública ocorre em 65% dos leitos privados que estão contratados ou conveniados ao SUS. O restante dos leitos (35%) está disponível para a assistência suplementar ou para serviços financiados pelo desembolso privado direto.

O número de internações nas esferas estaduais e municipais era esperado em decorrência da descentralização do SUS, ou seja, até 1988, a federal era responsável por cerca de 85% dos recursos públicos e os municípios por apenas 5%. Em 2005, os gastos públicos foram financiados em 50% pela esfera federal e em partes iguais – 25% cada, pelas duas outras esferas. Ou seja, muitos municípios passaram a administrar seus hospitais (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Da mesma forma, era esperada a redução das AIH de hospitais federais a partir de 1997 pela transferência de unidades para governos estaduais e municipais (RIBEIRO, 2009).

Os hospitais privados filantrópicos representam, para o Sistema de Saúde no Brasil, um instrumento de sustentação para a rede hospitalar pública. Eles participam de forma complementar através de celebração de contratos de direito público ou convênios (MARRACINI; PAGNANI, 2010).

Os hospitais filantrópicos têm como principais fontes de receita o SUS (64,0%) e convênios com operadoras (16,0%). Ou seja, é importante prestador de serviços tanto para o público como para o privado por apresentar uma rede capilarizada por todo o território nacional. Possui um elevado número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do país. Os hospitais de alta complexidade, geralmente estão localizados nas regiões metropolitanas. Uma grande parcela deste segmento constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios (LIMA et. al., 2007).

A maior dificuldade dos usuários residentes em regiões mais distantes é o acesso aos serviços de alta complexidade, localizados nos grandes

centros urbanos. Nesse sentido, viver em um município menor e mais distante dos lugares que concentram recursos assistenciais é um aspecto que acrescenta maior vulnerabilidade aos necessitados (REIS et. al., 2008).

Além disso, grandes partes das regiões metropolitanas brasileiras apresentam problemas de restrição de acesso aos leitos hospitalares e atendimentos emergenciais no SUS, o que vai à contramão do princípio constitucional da equidade (RIBEIRO, 2009), conforme já apresentado na Introdução deste estudo.

A equidade vem sendo reiterada como uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde (PAIM, 2006).

Buscar garantir o acesso universal aos hospitais de forma eficiente é o desafio do setor público. Para os usuários, a solução é cada município ter seu próprio hospital. No entanto, no Brasil, apenas 9% dos municípios concentram 62% da população. Cerca de 50% dos municípios tem menos de 10 mil habitantes e concentram 9% da população. É impossível acatar este desejo sem avaliar o poder regional (VECINA NETO; MALIK, 2007). Os resultados encontrados para o sexo feminino estão relacionados à principal causa e grupo de internação- altas proporções de internações em caráter de urgência (aparentemente contraditórias com os poucos dias de permanência), baixa proporção de internações em UTI e reduzida taxa de mortalidade intra-hospitalar.

Embora seja um fenômeno natural, o parto configura-se em uma espécie de urgência, na medida em que a sua evolução e ocorrência não podem ser perfeitamente previstas e cujo processo, uma vez deflagrado, não pode ser muito postergado (MARINHO; CARDOSO, 2006).

O menor tempo de permanência foi em decorrência do grupo responsável pelo maior número de internações. Por não se configurarem no seu conjunto como uma situação de gravidade, as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério são de curta duração.

A indicação da internação está diretamente relacionada com o tempo de permanência no ambiente hospitalar. Normalmente, o tempo de internação para procedimentos de parto é menor que três dias. A fase latente, que precede a fase ativa do trabalho de parto, deve ser evitada, pois prolonga este tempo de

permanência em ambiente hospitalar e expõe a mãe e a criança a riscos desnecessários (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Dentre as explicações para a maior permanência na Região Sudeste, estariam as internações em decorrência de causas externas, que apareceram entre as cinco principais causas de internações de adolescentes femininas somente nesta região. O que pode estar associado a isso é a maior intensidade da violência nos grandes centros urbanos desta região (especialmente Rio de Janeiro e São Paulo), que acaba por envolver grande quantidade de jovens de ambos os sexos na dinâmica do tráfico de drogas. Esta mesma dinâmica também explica o fato de as causas externas serem a principal causa de internação de adolescentes masculinos em todas as regiões (AMARO; ANDRADE; GARANHANI, 2010; MELO et. al., 2007; MINAYO, 2006; ZALUAR, 2004).

A gestação na fase da adolescência pode estar associada ao aumento do risco de complicações neste ciclo. O papel das unidades de terapia intensiva é evitar que estas pacientes evoluam para a morte materna. O prognóstico delas em geral é bom, requerendo, em muitas situações, apenas intervenções de pequeno porte, com baixas taxas de mortalidade (AMORIM et. al., 2008).

Os adolescentes, na busca de independência, reproduzem comportamentos da idade adulta, como os sexuais. A atividade sexual se inicia cada vez mais precocemente, porém raramente esta população procura ou recebe orientações sexuais e métodos contraceptivos. Sem estarem preparadas, as adolescentes se expõem aos mesmos riscos de reprodutividade de uma mulher adulta (VIEIRA et. al., 2007).

Esse fato torna-se um problema de saúde pública à medida que se constata um elevado índice de prematuridade, mortalidade infantil e perinatal nesta faixa etária, associados às precárias condições de vida, de educação e de recursos financeiros (SIMÕES, 2010).

A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um papel importante na construção da autonomia das adolescentes que buscam a igualdade de comportamento entre os gêneros. Isto se torna um desafio para a formação de adultas saudáveis e responsáveis. É necessário reconhecer que as condições de construção desta autonomia estão mais ou menos colocadas conforme as relações

e estruturas sociais em que as adolescentes estão inseridas, que são marcadas por muitas formas de desigualdades (BRASIL, 2006a).

Conforme visto anteriormente, o nível sócio-econômico baixo está relacionado ao aumento das taxas de internações regionais. Na área urbana, de uma forma geral, há mais acesso à educação e à informação. Como a gravidez, o parto e o puerpério foram as maiores causas de internação, pode-se supor que as meninas residentes nestes municípios, que dispõem de poucos recursos educacionais, de saúde e de suporte social, não receberam as orientações adequadas para o início das suas atividades sexuais (BRASIL, 2006b).

A análise dos dados mostrou que a gravidez na adolescência ocorreu em todas as idades, inclusive nas mais inferiores. Avaliar as razões pelas quais adolescentes engravidam é importante para saber mais sobre as condições de vida destas meninas. Entre os fatores, além do nível socioeconômico, o caráter pessoal e familiar pode interferir nesse comportamento (BARROS; PEIXOTO, 2007). Também é possível que para muitas meninas se tornar mãe seja a consequência de situações de violência, doméstica ou não (BRASIL, 2006b).

É discutível neste ponto quantos dos abortamentos registrados como espontâneos (7%) realmente o são e qual seria, assim, a real dimensão da problemática do abortamento na adolescência e da subnotificação associada ao aborto, discutido por Menezes e Aquino (2009).

A família e a sociedade intervêm de maneira direta e significativa na formação dos adolescentes. O contexto familiar fundamenta as etapas do seu crescimento, desenvolvimento e construção da identidade e deve ser percebido como um processo dinâmico em que a história e a experiência de vida de cada membro interferem nas relações familiares e sociais (SIMÕES, 2010).

Estudo realizado por Barros e Peixoto (2007) apontou que as questões culturais e familiares influenciaram diretamente no processo de decisão das adolescentes, principalmente nas camadas mais pobres, onde as mulheres procuram construir suas famílias, com o objetivo de favorecerem sua autoestima.

Segundo estudo realizado por Chalem et. al. (2007), sobre a incidência de gravidez na adolescência, a média de idade do início da atividade sexual na periferia pobre da cidade de São Paulo foi de 15 anos. Observou-se

também que, independentemente da faixa etária, a maioria das adolescentes não estudava nem trabalhava na ocasião da entrevista.

O desconhecimento sobre métodos contraceptivos e dos riscos advindos de relações sexuais desprotegidas expõe as adolescentes aos riscos da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis, limitando a vivência do sexo seguro e saudável (VIEIRA et. al., 2006).

Segundo Carniel (2006), a gravidez na adolescência é considerada de alto risco devido às repercussões sobre a saúde da mãe e do bebê. Contudo, os riscos são maiores no campo emocional e social do que no biológico. Por isso, é preciso se considerar o contexto sócio-cultural vivenciado pela adolescente no que diz respeito à sexualidade e gestação. É preciso compreender qual o real significado que estas têm no seu contexto familiar e social.

A inclusão de adolescentes e jovens nas políticas de saúde, especialmente naquelas voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva, requer novas perguntas sobre a realidade destes sujeitos. Requer, ainda, que tais perguntas sejam feitas a estes sujeitos, respeitando e considerando seus olhares, opiniões e propostas. A capacidade criativa e o potencial de participação social devem ser resguardados e promovidos nas práticas e políticas de saúde, assim como pelas demais políticas sociais (BRASIL, 2006a).

A evolução saudável da gestação requer um acompanhamento direto. O pré-natal acolhe a mulher desde o início da gestação até o fim, assegurando o nascimento de uma criança saudável, além do bem estar materno. O MS estabelece a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal (CALIFE, LAGO; LAVRAS, 2010). Quanto à frequência ao pré-natal, verificou-se que as adolescentes das regiões menos favorecidas tiveram menor concentração de consultas durante este período.

Como o Brasil é um país de vastas dimensões geográficas e grandes diferenças culturais, sociais e econômicas, essas desigualdades refletem-se na qualidade e na cobertura da assistência pré-natal. Quanto maior a proporção de pobres, maior a probabilidade de a mãe ter recebido um serviço de pré-natal inadequado (BRASIL, 2006b).

As internações entre os adolescentes do sexo masculino ocorreram principalmente em caráter de urgência, com período de permanência, proporção de

internações em UTI e mortalidade hospitalar maiores que nas adolescentes do sexo feminino. Tais características apontam para a principal causa de internação neste grupo- as lesões decorrentes de causas externas.

Para os adolescentes masculinos houve predomínio das causas externas (26,6% das AIH de adolescentes masculinos), provavelmente geradas em função da sua busca de identidade constantemente testada e reforçada pelos seus comportamentos reafirmadores, agressivos e viris, tornando-os agentes e ao mesmo tempo vítimas desta violência, em todos os níveis sociais (SOUZA, 2005).

As causas de internação estão associadas a violências mais leves, que não causam óbitos. Segundo estudo realizado por Franciozi et. al. (2008), os traumas nos membros superiores geralmente ocorrem nos mecanismos de defesa, seja contra uma queda ou contra uma agressão. Essas considerações corroboram os achados desta pesquisa, uma vez que, no capítulo lesões, envenenamentos e outras causas externas, a principal causa em todas as regiões foram os traumatismos de cotovelo e antebraço.

Ainda segundo Franciozi et al. (2008), a permanência hospitalar está diretamente relacionada com a idade das vítimas, a energia envolvida no acidente, o número de lesões associadas e os procedimentos médicos utilizados para tratamento.

Neste estudo, o curto espaço de tempo das internações também pode ser consequência de maior hígidez dos adolescentes. Por outro lado, os meninos permanecem mais tempo internados do que as meninas devido, provavelmente, ao fato de terem sofrido mais acidentes e violências, e não por um processo biológico como é a gravidez nas adolescentes.

Os traumas resultantes das causas externas são um grande mal no mundo nos últimos anos (RUOTTI et. al., 2009). No caso do Brasil essa situação se expressa de forma intensa, tendo em vista as imensas desigualdades socioeconômicas e estruturais da sociedade. Os acidentes e violências são causas externas de morbidade e mortalidade apontadas como grandes responsáveis pelas internações hospitalares no Brasil (TOMIMATSU et. al., 2009).

Também no campo das identidades de gênero, existem flagrantes desigualdades aliadas a uma cultura latina historicamente machista, na qual a masculinidade se “comprovaria” por meio de atos violentos (SOUZA, 2005).

É importante salientar que a região Sul foi a única em que os transtornos mentais, mais especificamente o uso de substâncias psicoativas, figurou entre as cinco principais causas de internação de adolescentes masculinos. Tavares, Béria e Lima (2001), num estudo com adolescentes de Pelotas (RS), encontraram importante porcentagem de uso de maconha (a primeira droga ilícita em consumo, ficando atrás somente do álcool e do tabaco) principalmente por meninos. Deitos et. al. (1998), em estudo semelhante em Santa Maria (RS) encontraram resultado similar. Esse dado se assemelha ao de outros estudos que apontam, em cidades como Porto Alegre e Curitiba, um uso de maconha superior ao de outras capitais, como Rio de Janeiro e Fortaleza (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997).

Uma possível explicação sócio-econômica para esse fato talvez resida no aspecto da proximidade geográfica desta região com fronteiras internacionais e, possivelmente, com as rotas de tráfico que aí circulam, apesar dos esforços dos países do Mercosul para combatê-las (OLIVEIRA; ONUKI, 2000).

O adolescente, tanto quanto qualquer outro indivíduo é envolto por uma rede de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que interagem entre si de forma dinâmica, desafiando programas de prevenção e a promoção dos cuidados à sua saúde (CARVALHO; PUCCINI; SILVA, 2007).

Na fase da adolescência os jovens se abrem para o mundo, tornando-se mais expostos e vulneráveis aos riscos de eventos violentos, advindos da cultura de competitividade e da necessidade sentida por eles de comprovação da masculinidade (SOUZA, 2005).

As desigualdades sócio-econômicas vivenciadas pelos adolescentes das camadas menos favorecidas da população geram neles pouca ou nenhuma perspectiva de vida, *o que os torna um alvo fácil de cooptação em atividades delituosas. Assim os adolescentes são vítimas da sociedade, quando estão inseridos em situações de abandono, envolvimento com prostituição ou com o tráfico de drogas e outras ocasiões em que sofre algum tipo de violência* (TAQUETTE et. al., 2005, p.1722).

Associado a este sentimento de descaso sentido pelo adolescente, está a cultura da visibilidade imposta pela sociedade atual (BORELLI; OLIVEIRA; ROCHA, 2008). Eles querem ser vistos e possuem prestígio social. Na

impossibilidade deste reconhecimento imediato devido às dificuldades de acesso e oportunidades sociais, muitos aderem à criminalidade (SALES, 2005; ZALUAR, 2004).

Observa-se uma tendência interiorana com relação à distribuição dos números entre os estados e regiões. Ou seja, até 1997, as capitais e regiões metropolitanas eram os núcleos dinâmicos da expansão da violência homicida. A partir de 1998, o crescimento dos homicídios no interior é significativamente maior do que nestas áreas centrais, indicando uma forte tendência de interiorização desta violência (WAISELFISZ, 2004), o que ajuda a explicar os números mais altos destas interações nas regiões do interior.

No que concerne às violências e criminalidades, formulou-se um cenário social nacional no qual se associa aos adolescentes masculinos, em especial aos pertencentes às classes sociais mais baixas, a condição de protagonistas da violência, que se torna um estigma social. Pode-se também identificar que alguns usam esta situação estigmatizante como justificativa para afirmação de suas identidades desviadas (BORELLI; OLIVEIRA; ROCHA, 2008).

Ainda segundo estas autoras, a experimentação da violência encontra-se relacionada também a outros fatores como as várias percepções desta população acerca da vida e da morte, às apropriações do universo ficcional à vida real, à cultura do risco e às situações vivenciadas de inclusão e exclusão social.

Novamente aqui se revelam traços da vulnerabilidade típica do adolescente, que expressa dificuldade em articular realidade e fantasia, na qual eles, na maioria das vezes, são fortes e imunes a qualquer realidade, inclusive à violência.

Importante aspecto dessa relação realidade-fantasia é destacado por Jeolás e Ferrari (2007) quando afirmam que apreender os múltiplos aspectos da vulnerabilidade juvenil implica reconhecer os aspectos simbólicos das práticas sociais, juntamente com as dimensões econômicas e políticas, como definidores da exposição a riscos entre os diferentes grupos juvenis.

6 CONCLUSÃO

Apesar deste estudo se referir somente às internações ocorridas pelo SUS, as informações nele apresentadas são de relevância para todo serviço de saúde, e permitiu chegar a algumas conclusões-

1. As internações hospitalares dos adolescentes pelo SUS representaram 9,6% do total de internações ocorridas no ano estudado.
2. As taxas de internação nacionais femininas foram aumentando regularmente conforme a idade. As taxas masculinas foram diminuindo entre 12 e 15 anos e aumentando de 16 a 19 anos.
3. O número de internações femininas supera as masculinas em uma razão de 3 para 1.
4. Quanto ao local de residência, evidenciou-se que a proporção nacional de internações dos adolescentes fora dos seus estados de residência foi baixa (1,4%).
5. O caráter de atendimento comparado a idade detalhada e sexo mostraram-
 - Adolescentes do sexo feminino- a taxa de internação por urgência foi muito superior à eletiva, respectivamente 53 a 6,3 internações por mil adolescentes.
 - Adolescentes do sexo masculino- a taxa de internação por urgência foi maior que a eletiva, respectivamente 29,1 a 8,8 internações por mil adolescentes.
6. A natureza dos estabelecimentos de saúde em duas regiões, Sudeste e Sul, mostrou-se semelhante- maior número de internações nos filantrópicos (53,3% e 59,6%, respectivamente), seguidos dos municipais (20,8% e 10,6%), estaduais (16,9% e 8,8%) e federais (3,7% e 7,1%). Nas regiões Norte e Nordeste, destacaram-se os hospitais municipais nas internações de adolescentes (33,3% e 33,7%, respectivamente). Em todas as

regiões, os estabelecimentos federais apresentaram menor porcentagem de internações (3,5%).

7. A porcentagem de internações nos estabelecimentos privados foi pouco maior que nos públicos (51,3% e 48,6%, respectivamente). As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram porcentagens de internação maiores nos hospitais públicos (67,8%; 56,7% e 53,2%, respectivamente). As regiões Sudeste e Sul tiveram porcentagens de internação maiores nas instituições de saúde privadas (58,5% e 73,5%).

8. As cinco causas mais frequentes de internação segundo o sexo foram:

– Adolescentes do sexo feminino- regiões, Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste- gravidez, parto e puerpério, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário. Estas causas apareceram em diferentes ordens de importância entre as regiões. Na região Sudeste, as lesões por conseqüências de causas externas substituem as doenças infecciosas e parasitárias. A gravidez, o parto e o puerpério foram as primeiras causas de internação em todas as regiões, com os coeficientes variando entre 35,2% na região Sudeste e 64,2% na Norte.

– Adolescentes do sexo masculino- As causas de internações foram as mesmas em 4 regiões, Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste- doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário. Na Sul, as doenças do aparelho geniturinário deram lugar aos transtornos mentais e comportamentais. A principal causa de internações em todas as regiões foi o capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas) com os coeficientes variando de 2,2% (Nordeste) e 3,3% (Sul).

9. A permanência hospitalar dos adolescentes do sexo feminino foi, na sua maioria, inferior a dois dias. Para os do sexo masculino foi, na maioria, até quatro dias.
10. A taxa de mortalidade hospitalar é baixa para os adolescentes do sexo masculino (2,9%), porém é maior que a do sexo feminino (0,3%).
11. As características das internações em UTI foram iguais em ambos os sexos, com porcentagens baixas (0,8% feminino e 2,9% masculino) sendo que as regiões sudeste e sul apresentaram valores maiores comparadas às outras regiões.
12. A análise de correlação linear de Pearson da taxa de internação (variável dependente) foi positiva com os indicadores taxa de fecundidade e proporção de pobres e negativa com o grau de urbanização, cobertura de plano de saúde, cobertura de pré-natal e número de leitos por habitantes.

Todos estes resultados encontrados nos remetem a uma situação em que as condições sócio-econômicas e das relações de gênero determinam as características das internações dos adolescentes e as principais causas de internação, no Brasil em 2008. As discrepâncias das condições sócio-econômicas regionais refletem-se na taxa de internação hospitalar, a qual acompanha o perfil de desigualdade social existente no país.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares de adolescentes ocorridas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil em 2008. Pode-se considerar que este objetivo foi atingido, pois os dados aqui apresentados descrevem a realidade das internações dos adolescentes, evidenciando as desigualdades socioeconômicas regionais e as questões de gênero nelas envolvidas.

O motivo deste estudo foi que a proporção de internações de adolescentes no Brasil não é insignificante o suficiente para que os serviços de saúde não busquem se adequar melhor às características dessa demanda. Isso se confirmou, uma vez que a porcentagem de internações de adolescentes encontrada no país em 2008 foi de 9,6% (mais da metade da porcentagem de crianças e de idosos, as duas faixas etárias que mais adoecem, internam-se e morrem), o que significa 1.064.507 adolescentes internados em todo o país.

Outro fator que corrobora com a pesquisa é a complexidade de elementos de ordem social que servem de pano de fundo para essas internações. Ou seja, os serviços de saúde precisam ver no adolescente internado alguém que está vivendo um momento de crise numa fase decisiva da vida. Propícia, portanto, para a intervenção de práticas preventivas que venham a evitar novas internações para os mesmos adolescentes.

Como possíveis contribuições da pesquisa, dois campos podem ser considerados contemplados pelos dados e considerações:

- No campo da pesquisa científica acerca do tema- os estudos sobre internações de adolescentes são restritos a estudos locais ou enfocam doenças e agravos específicos. Este estudo trouxe um levantamento epidemiológico em nível nacional, com dados de fontes oficiais, e discussão englobando aspectos sociais, econômicos, regionais e culturais.
- No campo dos serviços e políticas de saúde- os dados aqui apresentados embasam justificativas importantes para mudanças, tanto nas práticas dos serviços quanto na construção de políticas públicas para adolescentes que integrem diversos setores.

Como sugestões de políticas públicas, este estudo apresenta:

- Que sejam empreendidos esforços concentrados especificamente na melhoria da assistência pré-natal e ao parto;
- Mais do que melhorar a assistência, priorizar a prevenção da gravidez na adolescência, instituindo processos de trabalho multiprofissionais e intersetoriais nas Unidades Básicas de Saúde, que tenham como uma das finalidades o trabalho de ressignificação da sexualidade e da reprodução humana com os adolescentes;
- Instituição da especialidade médica da hebiatria na rede de serviços de saúde;
- Adequação física, humana e organizacional das unidades de internação para o acolhimento de adolescentes com acompanhantes;
- A prática de atividades educativas, culturais e ocupacionais, com a criação de bibliotecas, *lan houses*, sala de exibição de filmes, etc, nas unidades de internação de adolescentes, à semelhança do que é feito nas unidades pediátricas com brinquedotecas, ludotecas, entre outras atividades.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, set.-out. 2008.
- AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina, Paraná, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 302-309, jun. 2010.
- AMIN, T. C. C. **O Paciente Internado no Hospital, a Família e a Equipe de Saúde- Redução de Sofrimentos Desnecessários**. 2001. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- AMORIM, M.M.R. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Rev. assoc. med. bras.**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 261-266, Maio-Jun. 2008.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ARMOND, L.C.; BOEMER, M.R. Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 924-932, nov.-dez. 2004.
- AYRES, J.R.C.M., FRANÇA JR., I. Saúde do adolescente. In: SCHRIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Org.) **Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.67-85.
- BARROS, L.P.; PEIXOTO, S.F.D.M. **Maternidade na Adolescência Versus Projeto de Vida**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Vale do Itajaí, Centro Educação Biguaçu, Biguaçu (SC), 2007.
- BARROS, R. et al. **Determinantes da queda na desigualdade de renda no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. (Texto para Discussão Nº 1460).
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde- um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar.-ago.2005.
- BOCK, A. M. B., A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano- a adolescência em questão. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 26-43, abril, 2004.

BORELLI, S.H.S.; OLIVEIRA, R.C.A.; ROCHA, R.M. Jovens urbanos: trajetórias partilhadas de pesquisa (2002/2008). **Rev. Ponto-e-vírgula**, revista eletrônica semestral do programa de estudos pós-graduados em ciências sociais da PUC-SP, São Paulo, n.4, p.231-253, 2008. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n4/indexn4.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde. **SUS-Princípios e Conquistas**. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 12. ed. São Paulo: DP&A, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desigualdades no acesso e no financiamento**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial- saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008- uma análise da situação da saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/MANUAL%20DO%20SIH-%20DEZEMBRO%20DE%202005%20-%20VERSAO%20FINAL-b.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010a.

BRASIL. Anvisa . **Tecnologia em Serviços de Saúde – Avaliação em Serviços de Saúde**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/indicadores/tmh.htm>. Acesso em: 15 jul. 2010b.

BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença- comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006.

BYDLOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan.-abr. 2004.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**- manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 8, n. 2; p. 569-584, 2003.

CAMPOS, M. T. A. **A adolescência inventada e os sujeitos que se inventam na participação social**- capturas e rupturas. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, São Paulo.

CARNEIRO JÚNIOR., N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov.-dez.2003.

CARNIEL, E.F. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, out.-dez. 2006.

CARVALHO, I.M.M. Globalização, metrópoles e crise social no Brasil. **EURE**, Santiago, v. 32, n. 95, p. 5-20, maio, 2006.

CARVALHO, M.F.P. P.; PUCCINI, R.F.; SILVA, E.M.K. Acidentes não fatais em adolescentes escolares de Belém, Pará. **Rev. Paul. Pediatría**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 324-330, dez. 2007.

CASTRO, A. M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, dez. 2002.

CASTRO, A. M. S. M.; TRAVASSOS, S. B.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-284, abr. 2005.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **National Hospital Discharge Survey**- 2005. Annual Summary With Detailed Diagnosis and Procedure Data. 2007. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_165.pdf#table1. Acesso em: 25 jan. 2011.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência- perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

DATASUS. **IDB – 2008**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 15 nov. 2009.

DEITOS, F. T. et al. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. **Inf. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 11-16, 1998.

DUARTE, C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**- um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.123 p.

ELIAS, P. E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ESCOSTEGUY, C.C. et al. AIH *versus* prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1065-1076, jul./ago. 2005.

FERNANDES, E. C. **Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens – Prosad**. Disponível em: <http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/politica-de-atencao-integral-a-saude-dos-adolescentes-e-jovens-prosad-1054873.html>. Acesso em: 18 set. 2010.

FERRARI, R. A. P., THOMSON, Z., MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes- percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov, 2006.

FRANCIOZI, C. E. S. et al. Trauma na infância e adolescência- epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público. **Acta ortop. Bras.**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 261-265, dez. 2008.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID/Escola Paulista de Medicina, 1997.

GEOVANINI, T. (Org.). **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2.ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

HART, J.T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 1, 1971.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [HTTP://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/comentarios.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/comentarios.pdf). Acesso em: 28 mar. 2011.

JATENE, A. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220 p.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Vulnerabilidades juvenis- sexualidade, acidentes e homicídios. In: JEOLÁS, L.S; PAULILO, M. A. S.; CAPELO, M.R. C. (Org.) **Juventudes, Desigualdades e Diversidades**. Londrina: EDUEL, 2007.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Editora Singular, 2008.

LAZZAROTTO, C. B. G; ADÃO, E, R. **Caderno de Exercícios: Relativo aos Sistemas de Informações sobre a Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC).** Curitiba, 2009.

LIMA, S. M. L. et al. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 116-123, fev. 2007.

LISBOA, T. C. **Breve história dos hospitais: Da Antiguidade à Idade Contemporânea.** Notícias Hospitalares – Gestão de Saúde em debate, São Paulo, n. 37, ano 4, jun.-jul. 2002. Disponível em: <HTTP-//www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>. Acesso em: 09 out. 2009.

LOPES, A. G.; SARUÉ, S. **O despertar da primavera... um tempo lógico.** Disponível em: <http-//www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra09/008.pdf>. Acesso em: 18 set. 2010.

MAAKAROUN, M. de F. Considerações gerais sobre a adolescência. In-MAAKAROUN, M. de F. (Org). **Tratado de adolescência-** um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.p.3-30.

MARRACINI, P.; PAGNANI, E. M. **Gestão em hospital de alta complexidade inserido no sistema brasileiro de saúde (SUS)-** estratégia e custos na área de oncologia. Disponível em:<http-//www.eco.unne.edu.ar/contabilidad/costos/VIIIcongreso/236.doc>. Acesso em: 27 set. 2010.

MARTINS, C. B. G., ANDRADE, S. M., Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil- atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. **Rev Bras Epidemiol**; v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Burns in children and adolescents- hospital morbidity and mortality analysis. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 464-469, out./dez. 2007.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO, E. M. et al. A violência rompendo interações- as interações superando a violência. **Rev. Bras. Saúde mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 89-98, 2007.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil- avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, p.193-204, 2009.

MINAYO, M. C. S. Violência, um problema social que afeta a saúde pública. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 23-35, 2006.

NILO, T. Um Estudo a Respeito da Crítica Arendtiana ao Conceito de Trabalho em Karl Marx. **Argumentos**, v. 2, n. 3, p. 141-146, 2010. Disponível em: <http://www.filosofia.ufc.br/argumentos/pdfs/edicao_3/19.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: ENCONTRO NACIONAL DA ECONOMIA, 35., 2007, Recife-PE. **Anais ... Recife- ANPEC**. Disponível em:<http://www.anpec.org.br/encontro_2007.htm>. Acesso em: 28 jul.2010.

OLIVEIRA, A. J.; ONUKI, J. Brasil, Mercosul e a segurança regional. **Rev. Bras. Polít. Int.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 108-129, jul./dez. 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Health Promotion**: a discussion document. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 29 jul. 2010.

PADILHA, M. I. C. S. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 6, p. 723-6, nov./dez . 2005.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde- o caso do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio/ago. 2006.

PAIVA, V., CALAZANS, G., VENTURI, G., DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 45-53, 2008.

PARAGUASSÚ, A. L. C. B. et al. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 373 – 380, 2005.

PAULILO, M, A. S. Juventudes e políticas sociais públicas. In: JEOLÁS, L.S; PAULILO, M. A. S.; CAPELO, M. R. C. (Org.) **Juventudes, Desigualdades e Diversidades**. Londrina: EDUEL, 2007.

PEIXOTO, H. C. G.; SOUZA, M. L.; FREITAS, S. F. T. **Ordenação dos principais grupos de diagnósticos de internação no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1997, segundo diferentes critérios**. Disponível em:<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Internacoes_Hopitalares/Ordenacao_Diagnosticos_InternHosp_Brasil.pdf>. Acesso em- 15 jul. 2010.

PIGNATT, M. G. Saúde e ambiente- as doenças emergentes no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 7, n. 1, jan./jun. 2003

PORTO, S. M. **Equidade na distribuição geográfica de recursos em saúde- uma contribuição para o caso brasileiro**. 1997. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

PORTO, S.; MARTINS, M.; VIACAVA, F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, jun. 2007.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**- conceitos e aplicações. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em: 21 jul. 2010.

REIS, C. T. et al. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1219-1228, jun. 2008.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, maio/jun. 2009.

ROCHA, C. R. M. O acompanhamento do adolescente no meio social. **Revista Adolescer**- compreender, atuar, acolher. ABEn, Brasília, p. 35-37, 2001. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap2.1.html>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

ROSA, A. M. et al. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 8, p. 575-582, ago. 2008.

RUOTTI, C. et al. Graves violações de direitos humanos e desigualdade no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 533-540, maio/jun. 2009.

RUZANY, M. H.; TRAVASSOS, C. Internação hospitalar de adolescentes no município do Rio de Janeiro- como prevenir? **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 47-52, out. 2006.

SALES, M. A. **(In)visibilidade perversa**- adolescentes infratores como metáfora da violência. 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade São Paulo, São Paulo. 2005.

SANTOS, L. Saúde- conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 821, out. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378>>. Acesso em: 14 maio 2009.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, mar.-abr. 2007.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde- tendências e desafios após 20 anos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan.-abr. 2009.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Gravidez na Adolescência** - Sociedades de Pediatria se integram a programas de prevenção. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=1863&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 18 set. 2010.

SCHATZMAYR, H. G. et al. Erradicação da poliomielite no Brasil- a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz.. **História, Ciências, Saúde** . Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 11-24, jan.-abr, 2002.

SENA, R. R.; SILVA, K. L. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 771-776. dez. 2007.

SIMÕES, A. R. Gravidez na Adolescência- Perfil das Gestantes e Puérperas e Fatores Associados. **R. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 57-68, jan.-jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/70/112>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

SOUZA, E. R, Masculinidade e violência no Brasil- contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, jan.-mar. 2005.

TAQUETTE, S.R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1717-1725, nov.-dez. 2005.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-158, abr. 2001.

TOMIMATSU, M. F. A. I. et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 413-420, maio/jun. 2009.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades Geográficas e Sociais na utilização de Serviços de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, jan./mar. 2000.

TRAVERSO-YEPEZ, M. T.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social- esclarecendo práticas. **Psicol. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 133-147, jul./dez. 2002.

UNITED KINGDOM. **Department of Health. Morbidity, general health and use of health services**. Disponível em:<http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4023524.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2011.

VASCONCELOS, H. P. J. Reflexões sobre o hospital geral: um olhar *psi* e histórico. **Revista IGT na Rede**, v. 7, n. 13, p. 370 – 382. Disponível em:<<http://www.igt.psc.br/ojs/ISSN1807-2526>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

VASQUEZ, M. L. **Significado da regulação da fecundidade para as adolescentes de uma comunidade urbana marginal**. 1999. 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

VIACAVA, F. et al. **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro- Fiocruz, 2001.

VIANNA, S.M. et al. **Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA, 2001. Disponível em: <http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/717c61ba882e252cb27177e112528e5e.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, jan./mar. 2006.

VIEIRA, L. M. et al. Abortamento na adolescência- um estudo epidemiológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1201-1208, set./out., 2007.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência IV**: Os jovens do Brasil. 2004. Disponível em: <http://www.desarme.org/publique/media/Mapa%20da%20viol%C3%Aancia%20IV%20-%20Unesco.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv.**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

ZALUAR, A. **Integração perversa**: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ANEXOS

ANEXO A

Banco de dados geral do perfil epidemiológico das internações de adolescentes, Brasil e regiões, 2008.

BRASIL E REGIÕES	POP. TOTAL	AIH TOTAL REG/UF RESID.	POP. 12-19 ANOS	AIH 12-19 ANOS REG/UF RESID.	COEFICIENTE 1000 hab. 12-19 ANOS	PROPORÇÃO (%) AIH 12-19 ANOS	PROPORÇÃO (%) AIH 0-11 ANOS	PROPORÇÃO (%) AIH >65 ANOS
NORTE	15.142.684	969.018	2.559.371	135.662	53,00	13,99	22,12	9,27
RONDONIA	1.493.566	88807	239.762	10663	44,47	12,17	21,17	12,70
ACRE	680.073	45397	116.124	6835	58,85	15,86	18,58	9,36
AMAZONAS	3.341.096	166406	578.140	24400	42,20	14,84	22,21	8,87
RORAIMA	412.783	24974	69.689	3486	50,00	14,11	20,46	7,88
PARÁ	7.321.493	513.199	1.236.473	72826	58,89	14,19	23,22	8,36
AMAPÁ	613.164	31732	109.781	5331	48,56	16,88	15,64	7,84
TOCANTINS	1.280.509	98.503	209.402	12121	57,88	12,30	21,26	12,40
NORDESTE	53.088.499	3.093.245	8.216.593	341.588	41,57	11,04	18,52	13,65
MARANHÃO	6.305.539	349.436	1.066.644	48606	45,56	13,90	18,43	10,34
PIAUÍ	3.119.697	212.323	488.121	23.380	47,89	11,01	16,91	14,74
CEARÁ	8.450.527	487.882	1.353.809	53.753	39,70	11,01	17,68	15,22
RIO GRANDE DO NORTE	3.106.430	163635	468.330	17926	38,27	10,89	16,65	13,98
PARAÍBA	3.742.606	234897	573.901	23751	41,38	10,33	17,59	16,73
PERNAMBUCO	8.734.194	517.157	1.301.958	51.489	39,5	9,95	17,96	14,15
ALAGOAS	3.127.557	189445	496.091	22672	45,70	12,20	21,12	10,16
SERGIPE	1.999.374	98238	306.443	11504	37,54	11,30	14,61	9,66
BAHIA	14.502.575	840.232	2.161.296	88.507	40,95	10,53	20,31	13,85
SUDESTE	80.187.717	4333128	10.367.747	352055	33,95	8,12	14,43	17,70
MINAS GERAIS	19.850.072	1160303	2.741.345	93837	34,23	8,17	13,91	19,42
ESPÍRITO SANTO	3.453.648	184910	473.579	17382	36,70	9,47	16,37	14,88
RIO DE JANEIRO	15.872.362	702564	1.956.190	53806	27,5	7,64	16,10	17,24
SÃO PAULO	41.011.635	2285351	5.196.633	187.030	35,9	8,11	14,03	17,21
SUL	27.497.970	1844241	3.756.186	147766	39,33	8,01	14,37	19,99
PARANÁ	10.590.169	749996	1.499.622	64723	43,15	8,64	15,12	18,90
SANTA CATARINA	6.052.587	377185	841.387	32172	38,2	8,53	12,71	18,52
RIO GRANDE DO SUL	10.855.214	717060	1.415.177	50.871	35,94	7,09	14,45	21,90
CENTRO-OESTE	13.695.944	883.040	1.981.096	87.436	44,13	9,90	16,98	14,32
MATO GROSSO DO SUL	2.336.058	153.557	343.977	16.843	48,96	10,96	16,62	14,72
MATO GROSSO	2.957.732	175.584	447.071	20.358	45,53	11,59	17,70	12,71
GOIÁS	5.844.996	400847	823.154	36652	44,52	9,82	16,19	16,06
DISTRITO FEDERAL	2.557.158	153.052	366.894	13.583	37,02	8,87	18,56	11,22
BRASIL	189.612.814	11.122.672	26.880.993	1.064.507	39,60	9,57	16,43	15,95

Fonte: DATASUS, 2008.

ANEXO B

Tabela 15 - Internações, no ano de 2004, em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais - Brasil - 2005

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais	Internações, no ano de 2004, em estabelecimentos de saúde							
	Total	Esfera administrativa					Total	SUS
		Público			Privado			
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total		
Brasil	23 252 613	7 022 089	552 505	2 674 128	3 795 456	16 230 524	10 630 932	
Norte	1 746 554	1 100 735	28 764	586 850	485 121	645 819	481 331	
Rondônia	236 946	175 436	-	25 392	150 044	61 510	11 328	
Porto Velho	48 068	21 144	-	21 144	-	26 924	5 139	
Acre	98 732	80 937	3 780	75 399	1 758	17 795	14 591	
Rio Branco	64 406	49 417	3 652	45 765	-	14 989	11 865	
Amazonas	421 075	354 896	12 712	320 706	21 478	66 179	23 233	
Manaus	321 558	270 253	7 041	260 439	2 773	51 305	19 668	
Roraima	30 223	26 098	2 651	18 537	4 910	4 125	805	
Boa Vista	26 958	22 833	2 651	17 433	2 749	4 125	805	
Pará	741 531	317 451	8 472	51 385	257 594	424 080	376 199	
Belém	166 618	56 496	4 920	34 161	17 415	110 122	75 188	
Amapá	65 372	30 638	399	27 300	2 939	34 734	31 173	
Macapá	55 729	21 922	-	21 922	-	33 807	31 173	
Tocantins	152 675	115 279	750	68 131	46 398	37 396	24 002	
Palmas	24 836	15 655	-	15 655	-	9 181	5 763	
Nordeste	5 254 978	2 260 057	121 467	848 259	1 290 331	2 994 921	2 323 923	
Maranhão	571 932	400 888	20 061	32 956	347 871	171 044	134 022	
São Luís	176 056	106 405	19 269	13 979	73 157	69 651	41 993	
Piauí	368 124	247 512	2 296	203 028	42 188	120 612	98 936	
Teresina	144 969	90 537	-	62 724	27 813	54 432	35 376	
Ceará	757 463	341 245	18 794	54 682	267 769	416 218	378 287	
Fortaleza	303 565	125 075	17 401	54 145	53 529	178 490	146 597	
Rio Grande do Norte	263 420	120 102	17 942	54 597	47 563	143 318	117 098	
Natal	108 351	47 204	14 932	28 031	4 241	61 147	39 664	
Paraíba	382 485	185 085	8 266	99 562	77 257	197 400	169 456	
João Pessoa	141 706	44 190	5 342	17 405	21 443	97 516	78 055	
Pernambuco	740 119	342 513	14 992	174 570	152 951	397 606	292 846	
Recife	328 870	143 833	14 339	110 815	18 679	185 037	118 048	
Alagoas	358 717	85 059	7 208	37 365	40 486	273 658	262 134	
Maceió	136 791	35 126	7 208	27 117	801	101 665	93 863	
Sergipe	179 209	27 532	1 163	18 613	7 756	151 677	143 754	
Aracaju	124 452	17 567	1 163	16 093	311	106 885	98 962	
Bahia	1 633 509	510 121	30 745	172 886	306 490	1 123 388	727 390	
Salvador	279 623	87 228	11 712	75 516	-	192 395	141 732	
Sudeste	10 794 799	2 315 352	247 704	809 657	1 257 991	8 479 447	4 396 781	
Minas Gerais	2 003 991	436 465	67 275	92 559	276 631	1 567 526	1 335 210	
Belo Horizonte	384 838	92 360	16 096	64 409	11 855	292 478	172 611	
Espirito Santo	352 300	112 322	8 615	94 729	8 978	239 978	175 743	
Vitória	130 684	72 414	8 615	63 799	-	58 270	44 620	
Rio de Janeiro	1 874 168	762 460	130 017	95 686	536 757	1 111 708	646 838	
Rio de Janeiro	904 347	463 457	119 916	73 908	269 633	440 890	139 726	
São Paulo	6 564 340	1 004 105	41 797	526 683	435 625	5 560 235	2 238 990	
São Paulo	1 263 602	421 733	29 470	258 947	133 316	841 869	376 570	
Sul	3 671 762	631 369	107 528	196 343	327 498	3 040 393	2 594 506	
Paraná	1 510 301	307 267	36 154	81 079	190 034	1 203 034	1 029 157	
Curitiba	388 392	104 048	36 154	31 022	36 872	284 344	190 787	
Santa Catarina	691 013	135 979	10 261	83 544	42 174	555 034	482 121	
Florianópolis	69 823	40 922	10 261	30 661	-	28 901	10 633	
Rio Grande do Sul	1 470 448	188 123	61 113	31 720	95 290	1 282 325	1 083 228	
Porto Alegre	271 783	45 520	28 959	3 403	13 158	226 263	170 099	
Centro-Oeste	1 784 520	714 576	47 042	233 019	434 515	1 069 944	834 391	
Mato Grosso do Sul	318 777	77 026	10 989	17 051	48 986	241 751	199 822	
Campo Grande	114 355	26 899	9 244	17 051	604	87 456	60 296	
Mato Grosso	369 044	152 844	7 386	15 087	130 371	216 200	172 974	
Cuiabá	67 988	12 157	3 701	1 401	7 055	55 831	36 899	
Goiás	907 025	344 472	10 580	78 734	255 158	562 553	448 088	
Goiânia	356 231	100 220	10 382	76 472	13 366	256 011	180 375	
Distrito Federal	189 674	140 234	18 087	122 147	-	49 440	13 507	
Brasília	189 674	140 234	18 087	122 147	-	49 440	13 507	

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005.

ANEXO C

Porcentagem de internações pelo SUS de adolescentes segundo o regime do estabelecimento de saúde. Brasil e regiões, 2008.

Brasil e Regiões	Público		Privado		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	
Norte	92.006	67,8	43.442	32	214	0,2	135.662
Rondônia	10.187	95,5	476	4,5	0	0	10.663
Acre	4.785	70	2.050	30	0	0	6.835
Amazonas	22.775	93,3	1.625	6,7	0	0	24.400
Roraima	3.455	99,11	31	0,9	0	0	3.486
Pará	36.311	49,9	36.301	49,8	214	0,3	72.826
Amapá	4.188	78,6	1.143	21,4	0	0	5.331
Tocantins	10.305	85,0	1.816	15	0	0	12.121
Nordeste	193.815	56,7	147.478	43,2	295	0,1	341.588
Maranhão	35.806	73,7	12.741	26,2	59	0,1	48.606
Piauí	18.770	80,3	4.609	19,7	1	0,0	23.380
Ceará	26.263	48,8	27.437	51,0	53	0,1	53.753
Rio Grande do Norte	10.291	57,4	7.635	42,6	0	0	17.926
Paraíba	15.763	66,4	7.988	33,6	0	0	23.751
Pernambuco	30.202	58,6	21.287	41,3	0	0	51.489
Alagoas	8.222	36,3	14.358	63,3	92	0,4	22.672
Sergipe	2.663	23,1	8.820	76,7	21	0,1	11.504
Bahia	45.835	51,8	42.603	48,1	69	0,0	88.507
Sudeste	145.823	41,4	206.139	58,6	93	0,0	352.055
Minas Gerais	28.819	30,7	65.010	69,2	8	0,8	93.837
Espírito Santo	5.740	30,0	11.642	67	0	0	17.382
Rio de Janeiro	31.510	58,6	22.220	41,3	76	0,1	53.806
São Paulo	79.754	42,6	107.267	57,3	9	0,0	187.030
Sul	39.182	26,5	108.568	73,5	16	0,0	147.766
Paraná	15.166	23,4	49.557	76,5	0	0	64.723
Santa Catarina	9.752	30,3	22.420	69,7	0	0	32.172
Rio Grande do Sul	14.264	28,0	36.591	72	16	0,0	50.871
Centro-Oeste	46.527	53,2	40.883	46,8	26	0,0	87.436
Mato Grosso do Sul	6.052	36,	10.791	64,0	0	0	16.843
Mato Grosso	8.553	42,0	11.805	58	0	0	20.358
Goiás	18.776	51,2	17.850	48,7	26	0,0	36.652
Distrito Federal	13.146	93,7	437	3,2	0	0	13.583
Brasil	517.353	48,6	546.510	51,3	644	0,1	1.064.507

Fonte: DATASUS, 2008.

ANEXO D

Porcentagem de internações pelo SUS, em adolescentes segundo a natureza do estabelecimento de saúde. Brasil e regiões, 2008.

Brasil e Regiões	Federal		Estadual		Municipal		Filantrópico		Outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Norte	1.282	0,9	45.514	33,5	45.210	33,3	17.798	13,1	25.858	19,1	135.662
Rondônia	10	0,1	1.106	10,4	9.071	85,1	460	4,3	16	0,2	10.663
Acre	5	0,1	4.761	69,7	19	0,3	2.038	29,8	12	0,2	6.835
Amazonas	537	2,2	17.056	69,9	5.182	21,2	925	3,8	700	2,9	24.400
Roraima	2	0,1	3.143	90,2	310	8,9	31	0,9	0	0	3.486
Pará	719	1	7.396	10,2	28.196	38,7	11.497	15,8	25.018	34,4	72.826
Amapá	5	0,1	3.836	72	347	6,5	1.142	21,4	1	0	5.331
Tocantins	4	0	8.216	67,8	2.085	17,2	1.705	14,1	111	0,9	12.121
Nordeste	9.238	2,7	69.483	20,3	115.094	33,7	94.291	27,6	53.482	15,7	341.588
Maranhão	1.457	3	4.425	9,1	29.924	61,6	5.998	12,3	6.802	14	48.606
Piauí	2	0	11.908	50,9	6.860	29,3	1.911	8,2	2.699	11,5	23.380
Ceará	1.312	2,4	4.117	7,7	20.834	38,8	21.278	39,6	6.212	11,6	53.753
Rio Grande do Norte	2.264	12,6	4.265	23,8	3.762	21	6.036	33,7	1.599	8,9	17.926
Paraíba	977	4,1	6.243	26,3	8.543	36	4.293	18,1	3.695	15,6	23.751
Pernambuco	840	1,6	15.171	29,5	14.191	27,6	12.497	24,3	8.790	17,1	51.489
Alagoas	1.136	5	3.274	14,4	3.812	16,8	7.044	31,1	7.406	32,7	22.672
Sergipe	115	1	2.427	21,1	121	1,1	8.101	70,4	740	6,4	11.504
Bahia	1.135	1,3	17.653	19,9	27.047	30,6	27.133	30,7	15.539	17,6	88.507
Sudeste	13.145	3,7	59.606	16,9	73.072	20,8	187.786	53,3	18.446	5,2	352.055
Minas Gerais	5.198	5,5	7.058	7,5	16.563	17,7	57.540	61,3	7.478	8	93.837
Espírito Santo	493	2,8	3.823	22	1.424	8,2	10.199	58,7	1.443	8,3	17.382
Rio de Janeiro	5.287	9,8	2.898	5,4	23.325	43,4	14.470	26,9	7.826	14,5	53.806
São Paulo	2.167	1,2	45.827	24,5	31.760	17	105.577	56,4	1.699	0,9	187.030
Sul	10.476	7,1	12.982	8,8	15.724	10,6	88.013	59,6	20.571	13,9	147.766
Paraná	1.498	2,3	5.544	8,6	8.124	12,6	32.550	50,3	17.007	26,3	64.723
Santa Catarina	674	2,1	7.299	22,7	1.779	5,5	20.336	63,2	2.084	6,5	32.172
Rio Grande do Sul	8.304	16,3	139	0,3	5.821	11,4	35.127	69,1	1.480	2,9	50.871
Centro-Oeste	2.754	3,1	21.683	24,8	22.090	25,3	24.058	27,5	16.851	19,3	87.436
Mato Grosso do Sul	797	4,7	876	5,2	4.379	26	9.691	57,5	1.100	6,5	16.843
Mato Grosso	377	1,9	1.968	9,7	6.208	30,5	7.571	37,2	4.234	20,8	20.358
Goiás	823	2,2	6.454	17,6	11.499	31,4	6.404	17,5	11.472	31,3	36.652
Distrito Federal	757	5,6	12.385	91,2	4	0	392	2,9	45	0,3	13.583
Brasil	36.895	3,5	209.268	19,7	271.190	25,5	411.946	38,7	135.208	12,7	1.064.507

Fonte: DATASUS, 2008.

ANEXO E

Taxas de internações pelo SUS em adolescentes segundo sexo, Brasil e estados, 2008.

BRASIL/REGIÕES	Taxa Int Masculino por 1.000	Taxa Int Feminino por 1.000
NORTE		
Rondônia	22	67,6
Acre	23,7	94,6
Amazonas	14,1	70,9
Roraima	16,8	84,6
Pará	26	93,3
Amapá	13,7	83,9
Tocantins	27,5	89,3
NORDESTE		
Maranhão	17,9	74,2
Piauí	22,1	74,6
Ceará	21,8	58,3
Rio Grande do Norte	16,4	60,8
Paraíba	19,8	63,6
Pernambuco	16,5	63,2
Alagoas	17	74,8
Sergipe	14,4	61,3
Bahia	19,7	63
SUDESTE		
Minas Gerais	18,7	50,3
Espírito Santo	19,3	54,6
Rio de Janeiro	13,9	41,3
São Paulo	20,5	51,9
SUL		
Paraná	27,1	59,8
Santa Catarina	22,6	54,4
Rio Grande do Sul	21,3	51,1
CENTRO OESTE		
Mato Grosso do Sul	23,7	75
Mato Grosso	21,7	70,3
Goiás	25,6	64
Distrito Federal	18,2	55,5
BRASIL	20,2	59,6

ANEXO F

Indicadores de saúde selecionados, segundo estados e regiões do Brasil, 2006-2007.

Estados e Regiões	Prop. (%) pobres 2007	Grau urbanização (%) 2000-2007	Tx esp. fec. (15 a 19 anos) 2000-2006	Núm. leitos/ Hab. 2005	Cob. (%) planos privados de saúde 2003	Prop. (%) nascidos vivos – mães c/7 ou mais consultas de pré-natal
Norte	46,55	75,89	0,11	1,61	7,7	30,18
Rondônia	37,65	67,68	0,10	1,65	6,46	32,68
Acre	51,18	69,22	0,13	1,93	5,59	30,56
Amazonas	49,86	76,67	0,12	1,55	10,02	28,66
Roraima	45,39	81,24	0,15	1,6	2,12	35,73
Pará	47,32	74,73	0,10	1,58	8,1	29,17
Amapá	40,79	92,17	0,13	1,48	7,97	23,76
Tocantins	45,11	83,9	0,10	1,78	3,89	39,32
Nordeste	54,71	74,89	0,09	2,12	9,0	39,33
Maranhão	59,37	72,59	0,11	2,32	4,17	25,39
Piauí	55,08	70,04	0,10	2,49	4,9	43,66
Ceará	54,81	75,53	0,09	1,88	9,91	43,6
Rio Grande do Norte	48,09	76,17	0,09	2,28	12,32	43,53
Paraíba	55,56	76,25	0,09	2,66	8,29	48,12
Pernambuco	54,49	80,49	0,08	2,27	12,67	42,89
Alagoas	60,42	74,3	0,11	1,89	8,63	44,79
Sergipe	46,64	73,93	0,09	1,87	9,92	46,53
Bahia	53,71	72,79	0,09	1,93	8,66	35,3
Sudeste	20,52	92,18	0,06	1,84	32,37	68,69
Minas Gerais	29,08	86,85	0,07	1,83	20,2	60,21
Espírito Santo	27,88	82,99	0,07	1,72	23,71	62,1
Rio de Janeiro	20,66	96,59	0,07	2,4	31,44	63,09
São Paulo	15,66	93,81	0,06	1,64	39,21	75,01
Sul	18,05	85,58	0,06	2,1	18,83	70,79
Paraná	19,96	86,92	0,07	2,19	19,4	75,04
Santa Catarina	11,47	83,92	0,06	2,03	20,39	65,98
Rio Grande do Sul	19,84	85,22	0,06	2,06	17,45	69,01
Centro-Oeste	26,17	89,97	0,09	2,13	13,63	60,38
Mato Grosso do Sul	27,69	87,08	0,09	2,03	13,56	63,05
Mato Grosso	31,42	82,99	0,10	1,86	8,63	58,55
Goiás	25,95	92,01	0,09	2,36	9,74	62,26
Distrito Federal	18,72	96,16	0,06	2,0	29	56,36
BRASIL	32,24	84,97	0,08	1,96	20,61	55,38

Fontes: BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos (IDB), 2008.

ANEXO G

Proporção de consultas de pré-natal por nascidos vivos, em %, segundo região, Brasil, 2008.

Região/Numero Consultas	Nenhuma	De 1 a 3	De 4 a 6	7 ou mais
Norte	5,48	16,61	47,73	30,18
Nordeste	2,77	12,01	45,9	39,33
Sudeste	1,3	5,21	24,8	68,69
Sul	1,11	5,07	23,03	70,79
Centro-Oeste	1,48	6,91	31,23	60,38
Brasil	2,18	8,59	33,85	55,38

Fonte: DATSUS, 2008.