

28, 29 e 30
de Outubro



XVI SENPEX

Inclusão e Diversidade Científica:
Democratizando o Conhecimento

EPIDEMIOLOGIA DE MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS NO PERÍODO DE 2013 A 2022 NOS ESTADOS DO SUL DO BRASIL

Saúde

**Weliton Chagas Rodolfo¹; Heloísa Helena Zapeline de Souza²; Ranusia Adelia
Talamini Garcia³; Kassiane Dutra⁴; Lucas Corrêa Preis⁵**

¹ Centro Universitário Barriga Verde. chagaswel13@gmail.com

² Centro Universitário Barriga Verde. heloisaz.contato@gmail.com

³ Centro Universitário Barriga Verde. ranusiaatalamini@hotmail.com

⁴ Centro Universitário Barriga Verde. kassidutra@hotmail.com

⁵ Centro Universitário Barriga Verde. lucas.preis@unibave.net

Resumo: A hospitalização é um evento marcante e multifacetado, podendo representar-se por um capítulo crítico na jornada de saúde de um indivíduo. Esse processo não se limita à mera internação em um ambiente clínico, mas envolve uma série de elementos psicossociais, clínicos e logísticos. Este estudo teve como objetivo investigar a epidemiologia da morbidade hospitalar no âmbito do SUS durante o período de 2013 a 2022 nos Estados do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo-explanatório, retrospectivo e ecológico em que foram abordados os Estados do Sul do Brasil. Os foram coletados via sistema informatizado disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Este estudo revelou pequeno incremento progressivo no número de morbidade hospitalar do SUS no período de 2013 a 2022 na região sul do Brasil. A maioria desses casos ocorreu em indivíduos do sexo feminino, pertencentes à cor branca, com idades entre 50 e 69 anos.

Palavras-chave: epidemiologia; morbidade hospitalar; Sistema Único de Saúde.

Introdução

O processo de hospitalização inicia-se com a admissão do paciente em instituição hospitalar. Nesta fase, os profissionais de saúde realizam uma avaliação inicial, coletando informações médicas, histórico clínico e dados relevantes para

determinar a natureza e a gravidade da condição. É uma etapa oportuna para o estabelecimento de um plano de cuidados personalizado (Goidanich; Guzzo, 2012).

A transição para o ambiente hospitalar pode ser desafiadora para o paciente, uma vez que, a mudança de familiaridade, a presença de equipamentos médicos e o ambiente impessoal podem gerar ansiedade e desconforto. A adaptação psicológica a esse novo cenário é um aspecto importante, muitas vezes influenciando o estado emocional do paciente durante o processo de tratamento (Weber *et al.*, 2019).

A relação entre o paciente e a equipe de saúde desempenha um papel central no processo de hospitalização. A comunicação eficaz, a empatia e a transparência são essenciais para estabelecer uma parceria colaborativa entre pacientes e profissionais de saúde. A compreensão clara dos procedimentos, diagnósticos e prognósticos contribui para o bem-estar psicológico do paciente (Nieweglowski; Moré, 2008).

O núcleo do processo de hospitalização reside no tratamento da condição de saúde subjacente. Isso pode envolver uma variedade de intervenções, desde procedimentos cirúrgicos e terapias medicamentosas, incluindo até cuidados intensivos. A monitorização constante, a gestão da dor e a prevenção de complicações são partes integrantes desse estágio (Kachinski *et al.*, 2022).

À medida que o paciente se recupera, o planejamento da alta hospitalar torna-se crucial. Isso envolve a coordenação de cuidados pós-hospitalares, a orientação sobre medicamentos, a instrução de autocuidado e a garantia de que o paciente tenha recursos adequados para continuar o tratamento em casa (Marin; Angerami, 2002).

Durante o período de hospitalização, a qualidade de vida do paciente pode ser significativamente afetada. Restrições à mobilidade, mudanças na dieta, desconforto físico e a dependência de terceiros para atividades básicas podem levar a uma redução na qualidade de vida percebida. A recuperação completa muitas vezes requer esforços contínuos para restabelecer uma vida plena após a alta hospitalar (Christmann *et al.*, 2011).

Esta é uma situação em que não afeta apenas o paciente, mas também repercussões nas dinâmicas familiares. Estes que muitas vezes enfrentam o estresse emocional da preocupação com o ente querido, as dificuldades logísticas associadas à visitação e, em alguns casos, a necessidade de assumir novas responsabilidades de cuidado. Esses impactos podem persistir mesmo após a alta hospitalar (Henriques; Cabana, 2013).

A hospitalização também pode ter implicações socioeconômicas, especialmente em sistemas de saúde com diferentes modalidades de financiamento. Os custos associados à internação, as consequências financeiras para os pacientes e as pressões sobre os recursos hospitalares são fatores que influenciam a eficácia e a equidade do processo (César et al., 1997). Em algumas situações, a hospitalização pode estar associada a estigmas sociais, especialmente em casos de condições crônicas ou de longa duração. O paciente pode enfrentar desafios na reintegração à sociedade, seja devido a mudanças físicas visíveis, como cicatrizes ou dispositivos médicos, ou devido a percepções equivocadas sobre sua capacidade (Araújo; Santos, 2023).

A experiência de hospitalização muitas vezes redefine as práticas de autocuidado do paciente. Ele pode se tornar mais consciente de sua saúde, adotar mudanças no estilo de vida e desenvolver uma abordagem mais proativa em relação ao seu bem-estar. Por outro lado, em alguns casos, a hospitalização pode resultar em desafios de autocuidado devido às limitações físicas ou emocionais (Costa *et al.*, 2013).

O processo de hospitalização transcende a mera administração de cuidados médicos, sendo uma experiência holística que demanda uma abordagem centrada no paciente. A compreensão dessas nuances não apenas aprimora a qualidade do atendimento, mas também informa a formulação de políticas de saúde que visam otimizar a experiência do paciente ao longo de seu percurso hospitalar (Mazzi; Tonhom; Leonello, 2020).

Conhecer as nuances da epidemiologia de morbidade hospitalar entre os anos de 2013 e 2022 não apenas fornece uma base sólida para a compreensão da saúde da população no Sul do Brasil, mas também orienta a formulação de estratégias eficazes para aprimorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde no país. Essas análises oferecem uma compreensão profunda das dinâmicas de saúde de uma população, proporcionando percepções valiosas para aprimorar políticas públicas, direcionar recursos de maneira eficaz e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Convém destacar que conhecer a epidemiologia de morbidade hospitalar permite fornecer um retrato preciso das condições de saúde prevalentes em uma determinada população, as quais, tem influenciado no processo saúde-doença e requerendo tratamento hospitalar. Isso não apenas ajuda na identificação de fatores

de risco e áreas críticas de intervenção, mas também orienta a alocação de recursos para atender às necessidades específicas de diferentes grupos demográficos (Bucuvic; Ponce; Balbi, 2011). Além disso, compreender essas tendências permite antecipar e planejar respostas a mudanças nos padrões epidemiológicos. O surgimento de novas doenças, o aumento de certas condições de saúde e as variações sazonais podem ter implicações significativas na demanda por serviços hospitalares, exigindo uma abordagem proativa na gestão do sistema de saúde (Teixeira, 1999).

No contexto do SUS, a relevância de estudos epidemiológicos é ainda mais crucial. O sistema enfrenta desafios complexos, incluindo a diversidade geográfica e socioeconômica do Brasil, o que demanda uma abordagem adaptada às particularidades regionais. Diante disso, o objetivo da presente pesquisa é investigar a epidemiologia da morbidade hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o período de 2013 a 2022 nos Estados do Sul do Brasil.

Procedimentos Metodológicos

Este é um estudo quantitativo, do tipo descritivo-explanatório, retrospectivo e ecológico, cujo local do estudo caracteriza-se os Estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. No total, a população na região é composta por 29.933.315 pessoas, distribuídas em um conjunto de 1.901 municípios. No Rio Grande do Sul, a população é a mais numerosa, assim como o número de municípios, totalizando 10.880.506 habitantes distribuídos em 497 cidades. Em seguida, no Estado do Paraná, há uma população de 11.443.208 habitantes, abrangendo 399 cidades. Já no Estado de Santa Catarina, encontra-se o menor índice populacional e número de municípios, contando com 295 cidades e uma população de 7.609.601 habitantes (IBGE, 2022).

Os dados obtidos foram disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no site do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS). Os dados disponibilizados são oriundos do SIH/SUS através da Secretaria de Assistência à Saúde, em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o processamento dos dados é conduzido pelo DATASUS. As unidades hospitalares que integram o SUS, seja de natureza pública ou privada mediante convênio, encaminham as informações referentes às internações por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para

os gestores municipais, no caso de gestão plena, ou estaduais, para as demais situações (Brasil, 2023).

Foram reunidos os dados relativos a todas as hospitalizações ocorridas entre 2013 e 2022, nos quais a causa de internação estava associada aos capítulos do CID-10. O sistema informatizado TABNET foi utilizado como estratégia de acesso aos dados, utilizando-se de um formulário específico construído com as seguintes variáveis: ano do atendimento, sexo, cor/raça, faixa etária, caráter do atendimento, regime do atendimento e o número de óbitos resultantes das internações hospitalares no período estudado. Destaca-se que, os valores referentes a taxa mortalidade por local de internação não foi calculada pelos autores, sendo a mesma obtida diretamente pela consulta ao sistema TABNET e apresentada por mil habitantes.

Os dados coletados foram estruturados em uma planilha e submetidos a análise no software Microsoft Excel 365®. Para examinar esses dados, utilizou-se estatísticas descritiva, empregando cálculos de frequência absoluta e relativa. Os resultados obtidos foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

No que diz respeito aos aspectos éticos, é importante salientar que todos os dados coletados são de conhecimento público, estando acessíveis de forma irrestrita pela internet. As bases de dados consultadas não continham informações confidenciais, eliminando assim a necessidade de submeter o projeto à apreciação de um comitê de ética em pesquisa.

Resultados e Discussão

A coleta de dados resultou em um total de 19.961.710 casos de internação entre os anos de 2013 e 2022 nos Estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Desse montante, 4.633.629 (23,17%) internações foram registradas em Santa Catarina, 7.954.504 (39,77%) casos de internações no Estado do Paraná e 7.373.577 (36,90%) casos de internações no Estado do Rio Grande do Sul. A Tabela 1 apresenta os dados de morbidade hospitalar do SUS no período de 2013 a 2022 na região sul do Brasil segundo variáveis estudadas no presente estudo.

Tabela 1 – Morbidade hospitalar do SUS no período de 2013 a 2022 na região sul do Brasil segundo variáveis. Orleans, Santa Catarina, Brasil (2023)

Variável	Santa Catarina		Paraná		Rio Grande do Sul	
	n	%	n	%	n	%
Ano do atendimento						
2013	417.714	9,0%	752.746	9,5%	737.424	10,0%
2014	435.302	9,4%	749.760	9,4%	763.362	10,4%
2015	450.970	9,7%	757.387	9,5%	758.854	10,3%
2016	466.484	10,1%	795.574	10,0%	749.140	10,2%
2017	472.069	10,2%	836.060	10,5%	751.800	10,2%
2018	488.256	10,5%	874.110	11,0%	746.131	10,1%
2019	508.575	11,0%	887.744	11,2%	768.181	10,4%
2020	431.722	9,3%	736.355	9,3%	663.681	9,0%
2021	471.251	10,2%	777.723	9,8%	718.500	9,7%
2022	491.259	10,6%	787.045	9,9%	716.804	9,7%
Sexo						
Masculino	2.043.693	43,8%	3.560.917	44,5%	3.253.012	44,1%
Feminino	2.623.482	56,2%	4.436.885	55,5%	4.120.865	55,9%
Cor/Raça						
Branca	4.133.272	88,6%	5.406.805	67,6%	5.372.076	72,9%
Preta	116.452	2,5%	159.925	2,0%	334.701	4,5%
Parda	217.578	4,7%	1.026.745	12,8%	344.464	4,7%
Amarela	34.661	0,7%	64.217	0,8%	37.971	0,5%
Indígena	7.217	0,2%	7.662	0,1%	15.025	0,2%
Sem informação	157.995	3,4%	1.332.448	16,7%	1.269.640	17,2%
Faixa etária						
Menor 1 ano	183.917	3,9%	342.702	4,3%	344.127	4,7%
Entre 1 e 9 anos	268.277	5,7%	501.082	6,3%	390.630	5,3%
Entre 10 e 19 anos	362.644	7,8%	631.941	7,9%	499.515	6,8%
Entre 20 e 29 anos	757.019	16,2%	1.222.669	15,4%	1.020.402	13,8%
Entre 30 e 49 anos	1.159.128	24,8%	1.850.722	23,3%	1.663.395	22,6%
Entre 50 e 69 anos	1.202.182	25,8%	2.064.143	25,9%	2.052.234	27,8%
Mais 70 anos	734.008	15,7%	1.341.245	16,9%	1.403.574	19,0%
Caráter atendimento						
Eletivo	981.409	21,0%	1.511.029	19,0%	1.600.234	21,7%
Urgência	3.671.146	78,7%	6.368.390	80,1%	5.761.995	78,1%
Acidente no local trabalho ou a serviço da empresa	8	0,0%	17	0,0%	18	0,0%
Outros tipos de acidente de trânsito	11.058	0,2%	3	0,0%	8	0,0%
Outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos físicos	3.554	0,1%	23.029	0,3%	1.385	0,0%
Regime						
Público	374.730	8,0%	566.175	7,1%	503.105	6,8%
Privado	862.620	18,5%	1.525.037	19,2%	1.583.644	21,5%
Ignorado	3.429.825	73,5%	5.863.292	73,7%	5.287.128	71,7%
Óbitos						
2013	16.469	7,9%	28.948	8,3%	35.458	8,8%
2014	17.369	8,3%	29.404	8,4%	36.003	8,9%

2015	18.134	8,6%	30.464	8,7%	36.549	9,0%
2016	19.547	9,3%	32.123	9,2%	38.455	9,5%
2017	19.358	9,2%	31.484	9,0%	38.084	9,4%
2018	20.540	9,8%	33.414	9,5%	39.037	9,7%
2019	21.159	10,1%	34.122	9,8%	39.762	9,8%
2020	23.485	11,2%	38.729	11,1%	42.586	10,5%
2021	31.065	14,8%	54.850	15,7%	56.375	13,9%
2022	22.529	10,7%	36.399	10,4%	42.166	10,4%

Fonte: Datasus (2023).

Analisando os dados da Tabela 1, observa-se que os Estados do Paraná e do Rio Grande do Sul apresentaram índices de internações hospitalares bem superiores aos índices registrados nos mesmos períodos pelo Estado de Santa Catarina. Além disso, percebe-se que, do total de 19.961.710 casos de internações hospitalares ocorridas no período, 8.857.622 (44,29%) dessas internações foram resultantes de pacientes do sexo masculino e 11.181.223 (55,92%) casos de internações de pacientes do sexo feminino.

O estudo de Arruda et al. (2014) destaca diferenciais de gênero relacionados à saúde, destacando a maior vulnerabilidade dos homens para doenças graves e crônicas, bem como, a probabilidade aumentada de mortes prematuras. Em contraste, as mulheres apresentam uma maior incidência de episódios agudos de doenças, mas com uma relação inversa entre morbidade e mortalidade, demonstrando uma maior capacidade de sobrevivência em comparação aos homens. Um aspecto crucial revelado na discussão é a predominância do acesso dos homens aos serviços de saúde, principalmente em ambulatórios de especialidades e hospitais. Este comportamento pode ser atribuído à relutância masculina em buscar serviços de atenção primária, diferente do padrão observado nas mulheres. Essa disparidade na procura por serviços de saúde entre os gêneros pode ter implicações significativas na eficácia do sistema de saúde e na promoção da prevenção e tratamento precoce.

No que diz respeito a cor/raça, a maior parte dos casos de internações registradas no período foram de paciente de cor/raça branca, em todos os três Estados analisados, representando 4.133.272 de internações no Estado de Santa Catarina, 5.406.805 no Estado do Paraná e 5.372.076 de internações no Estado do Rio Grande do Sul. As internações de pacientes cuja cor/raça é parda representou o segundo maior índice de internações hospitalares no período.

A análise das internações infantojuvenis por câncer em Santa Catarina, no período de 2008 a 2018, realizada pelo estudo de Santos et al. (2019) revelou uma

dados semelhantes aos encontrados neste estudo. Os dados apontam para um maior número de internações de crianças e adolescentes brancos em comparação com outras cores/raças. A explicação para essa prevalência pode ser atribuída, em parte, às características populacionais do Estado, refletindo a maior proporção de pessoas declaradas como brancas na população catarinense. No entanto, é crucial questionar se outros fatores podem influenciar essa disparidade. Pode haver questões socioeconômicas, culturais ou de acesso aos serviços de saúde que merecem ser investigadas para compreender integralmente a razão por trás dessa diferença.

Em relação a faixa etária dos pacientes que foram submetidos a internações hospitalares no SUS no período estudado, as informações também apresentaram semelhança nos três Estados analisados. A maior parte das internações hospitalares registradas foram de paciente com idade entre 50 e 69 anos, sendo 1.202.182 para o Estado de Santa Catarina, 2.064.143 de internações para o Estado do Paraná e 2.052.234 de internações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul.

A análise de dados referentes às internações e óbitos por Linfoma Não Hodgkin (LNH) entre os anos 2017 e 2022 no estudo de Silva et al. (2022) mostra a distribuição etária das internações, com uma prevalência significativa na faixa etária de 50 a 59 anos (15,4%), enquanto a análise dos óbitos revela que a maior quantidade ocorreu em indivíduos de 60 a 69 anos (21,6%). O sistema imunológico tende a enfraquecer com a idade, tornando os indivíduos mais suscetíveis a doenças malignas e indivíduos mais velhos podem enfrentar desafios adicionais no acesso a serviços de saúde. Infere-se assim que, a idade é um fator que pode contribuir para a necessidade de internação hospitalar para tratamento de saúde.

Em relação a variável caráter do atendimento, entre os 19.961.710 casos de internações, 15.801.531, o que representa 79,05% do total, tiveram caráter de atendimento de urgência. Santa Catarina registrou o menor número de internações em caráter de urgência, totalizando 3.671.146 casos, seguido pelo Estado do Rio Grande do Sul, que contabilizou 5.761.995 de casos de internações hospitalares cujo atendimento era de urgência. O Estado do Paraná registrou o maior número de internações cujo atendimento era de urgência, com um total de 6.368.390 de casos registrados no período.

Convém destacar aqui a diferença entre um atendimento eletivo e de urgência. A internação em caráter eletivo refere-se a procedimentos médicos planejados e agendados, onde o paciente e a equipe de saúde têm a oportunidade de se preparar

adequadamente para o processo de hospitalização de uma pessoa. Enquanto a internação em caráter de urgência refere-se a casos em que há necessidade imediata de atendimento hospitalar devido a condições médicas agudas e emergenciais. O estudo da análise dos dados sobre urolitíase no Brasil, no período de junho de 2017 a junho de 2020, revela que a notável grande maioria dessas internações tenha sido classificada como atendimento de urgência, representando 72,8% do total, enquanto apenas 27,2% foram eletivas (Castro; Sousa, 2023).

No que diz respeito a variável regime, observa-se um alto índice de internações hospitalares nas quais a informações foi tratada como ignorada, situação na qual, dificulta-se o processo de análise efetiva desta variável. Ainda assim, observa-se que, a maior parte das internações, nos três Estados analisados, foram registradas em instituições privadas com convênio de prestação de serviço no SUS.

De acordo com Castro e Oliveira (2023), o aperfeiçoamento na relação entre o governo estadual e os hospitais contratualizados feitos no Estado do Espírito Santo, pode se traduzir em uma oferta de serviços mais eficaz e abrangente, atendendo às necessidades de saúde da população de forma mais satisfatória. É importante ressaltar que a melhoria nessa relação não apenas fortalece o convênio estabelecido, mas também contribui para um melhor desempenho geral dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Em relação a variável óbitos, percebe-se um aumento progressivo ao longo dos anos analisados em todos os três Estados estudados, entre os anos de 2013 e 2021. A mesma variável, apresenta ainda semelhança para o fato de que, no ano de 2022, há uma queda no número de óbitos também para todos os três Estados analisados.

Uma análise da mortalidade por pneumonia e influenza no intervalo de 1979 a 2001, utilizando informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, identificou uma disparidade temporal de 2,4 meses nos picos mais elevados de mortalidade por essas causas entre as regiões Norte e Sul (Alonso *et al.*, 2007).

O aumento na morbidade hospitalar no contexto do SUS requer uma análise aprofundada das causas subjacentes e suas implicações para o sistema de saúde. Questões como a capacidade de resposta do SUS para atender a uma demanda crescente, a eficácia das estratégias de prevenção e promoção de saúde, e a equidade no acesso aos serviços hospitalares devem ser consideradas. Além disso,

é crucial avaliar como esse aumento na morbidade se relaciona com a qualidade do atendimento oferecido no SUS e a eficiência na gestão de recursos (Gottems, 2008).

Com o objetivo de conduzir uma análise aprofundada dos dados, apresenta-se a seguir a taxa de mortalidade por local de internação entre os anos de 2013 e 2022. A Tabela 2 fornece uma visão detalhada da taxa de mortalidade, a cada mil habitantes por local de internação, segundo o ano de atendimento, nos Estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Destaca-se que, os valores referentes a taxa mortalidade por local de internação não foi calculada pelos autores, sendo a mesma obtida diretamente pela consulta ao sistema TABNET e apresentada por mil habitantes.

Tabela 2 – Taxa mortalidade (por mil habitantes) por local de internação, segundo o ano de atendimento. Orleans, Santa Catarina, Brasil (2023)

Taxa de Mortalidade			
Ano	Santa Catarina	Paraná	Rio Grande do Sul
2013	3,94	3,85	4,81
2014	3,99	3,92	4,72
2015	4,02	4,02	4,82
2016	4,19	4,04	5,13
2017	4,1	3,77	5,07
2018	4,21	3,82	5,23
2019	4,16	3,84	5,18
2020	5,44	5,26	6,42
2021	6,59	7,05	7,85
2022	4,59	4,62	5,88

Fonte: Datasus (2023).

Ao analisar os dados da Tabela 2, é possível identificar quais anos possuem a maior taxa de óbitos em cada Estado. Observa-se que os Estados de Santa Catarina e Paraná apresentam variação próxima uns dos outros em relação a taxa de mortalidade ao longo dos anos, enquanto, o Estado do Rio Grande do Sul, apresenta valores predominantemente superiores aos demais Estados. Em relação ao ano com a maior taxa de mortalidade, todos os três Estados analisados apresentam semelhança, com um registro de maior taxa de mortalidade no ano de 2021, sendo 6,59 óbitos/mil habitantes no Estado de Santa Catarina, 7,05 óbitos/mil habitantes no Estado do Paraná e 7,85 óbitos/mil habitantes no Estado do Rio Grande do Sul.

No ano de 2015, o perfil das internações na cidade de Patrocínio, em Minas Gerais revelou que a maior taxa de mortalidade foi observada em idosos com idade superior a 80 anos, totalizando 43 óbitos (Castro et al., 2018). No período entre 2010

e 2016, foram registrados 1.471 óbitos relacionados a doenças associadas ao saneamento básico. Esses dados representam 31,7% das mortes registradas no Nordeste devido a essa causa, apresentando uma tendência semelhante de aumento da taxa de mortalidade ao longo dos anos, corroborando os resultados encontrados neste estudo (Pimentel et al., 2020).

Em outro estudo, agora relacionado à Covid-19, os resultados indicam que as taxas brutas mais elevadas foram registradas em Manaus (253,6/100 mil) e no Rio de Janeiro (253,2/100 mil). Após a padronização por idade, houve um aumento significativo nas taxas na Região Norte. A maior taxa ajustada foi observada em Manaus (412,5/100 mil), onde 33% dos óbitos por COVID-19 ocorreram em indivíduos com menos de 60 anos. A mortalidade em Manaus para pessoas acima de 70 anos foi o dobro em comparação com o Rio de Janeiro e o triplo em comparação com São Paulo (Silva; Jardim; Lotufo, 2021).

Considerações Finais

Este estudo, alinhado aos seus objetivos, revelou um pequeno incremento progressivo no número de internações hospitalares no SUS ao longo do período de 2013 a 2022 na região sul do Brasil. A maioria desses casos ocorreu em indivíduos do sexo feminino, pertencentes à cor branca, com idades entre 50 e 69 anos. Além disso, identificaram-se pequena constância de aumentos ao longo do tempo, porém com uma redução significativa no último ano nas taxas de mortalidade nos estados analisados. Essa redução pode ser atribuída a certas melhorias no sistema de saúde, bem como à últimas iniciativas e políticas novas, incluindo a implementação de ações preventivas, de tratamento e de reabilitação para indivíduos afetados.

Quanto às implicações teóricas e práticas dos resultados, espera-se que esses dados forneçam subsídios para a formulação de políticas públicas eficazes, visando mitigar a magnitude do problema relacionado às morbidades hospitalares do SUS. Destaca-se, assim, a importância de estudos baseados na análise e interpretação de estatísticas epidemiológicas para o planejamento e execução da assistência em saúde e enfermagem. Como o desdobramento futuro deste trabalho para o avanço do conhecimento científico, sugere-se a realização de estudos sobre o perfil de morbimortalidade em outras regiões do Brasil, assim como o monitoramento contínuo das estatísticas na região Sul do Brasil.

Referências

- ALGAYER, A. C. et al. Análise da cobertura vacinal infantil no estado de mato grosso: um estudo comparativo. **Revista Saberes da Fapan**, v. 8, n. 2 (supl.), p. 10-18, 2020.
- ALMEIDA, B. R. A.; SOUSA, L. V. A. Análise temporal das internações por dengue nas capitais brasileiras – estudo ecológico. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 8, p. e381799, 2022.
- ALONSO, W. J. et al. Seasonality of influenza in Brazil; a traveling wave from the Amazon to the Subtropics. **American Journal of Epidemiology**, v. 165, p. 1434-42, 2007.
- ARRUDA, G. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 19–27, 2014.
- BACKES, D. S. et al. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora. 2008.
- BAPTISTA, L. O. et al. A percepção de pais de crianças com síndrome de down sobre a internação hospitalar. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 9, n. 1, 2018.
- BUCUVIC, E. et al. Fatores de risco para mortalidade na lesão renal aguda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, p. 158–163, 2011.
- CASTRO, G. G. DE et al. Perfil das internações hospitalares em município de Minas Gerais. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 1, p. 45, 2018.
- CASTRO, D. C.; SOUSA, B. O. A. Análise das internações eletivas e de urgência por coletíase no sus no Tocantins entre 2013 e 2017. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 6, n. 1, p. 24–26, 2019.
- CASTRO, S. M.; OLIVEIRA, A. J. Contratualização: um estudo sobre os convênios firmados entre os hospitais filantrópicos e de ensino sob a gestão do Estado do Espírito Santo. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos – ABC**. Disponível em: <<https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/3950>>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- CÉSAR, J. A. et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. **Revista de saude publica**, v. 31, n. 1, p. 53–61, 1997.
- CHRISTMANN, M. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. **Rev AMRIGS**, p. 239–243, 2011.
- COSTA, S. et al. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, n. 1, p. 193–207, 2013.

- DIAS, S. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. **Revista Interdisciplinar**, n. 10, p. 96–104, 2013.
- GASPAR, V. L. V. et al. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 6, p. 447–452, 2004.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.
- GOIDANICH, M.; GUZZO, F. Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização: O Paciente Cirúrgico. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 232–248, 2012.
- GÖTTEMS, L. B. D. Análise da política de atenção primária a saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2008.
- HENRIQUES, R.; MEIRA, C. T. C. O acompanhante no processo de hospitalização. **Revista Hum@nae**, n. 1, 2013.
- IRCB. Iniciativa Rede Colaborativa Brasil. Estudo de caracterização clínica e manejo de pacientes hospitalizados com COVID-19: Geração de conhecimento em contribuição ao SUS e à Plataforma Clínica Global COVID-19. **OPAS e Ministério da**, 2022.
- KACHINSKI, A. L. et al. Associação da mortalidade em idosos acometidos pela covid19 e as doenças crônicas não transmissíveis. **Sağlık Akademisi Kastamonu**, v. 7, n. Special Issue, p. 183-184, 2022.
- LINS, J. G. M. G.; MENEZES, T. A. Avaliando o impacto do financiamento governamental federal em saúde na eficácia da atenção primária: evidências para o Brasil mediante internações hospitalares. **Economia e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. 1001-1032, 2021.
- MARIN, M. J. S.; ANGERAMI, E. L. S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, p. 33–41, 2002.
- MAZZI, N. R.; TONHOM, S. F. R.; LEONELLO, V. M. Necessidades de saúde no período perioperatório: subsídios para uma assistência centrada no paciente. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 146-160, 2020.
- MENDES, E. V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2 ed., Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar>> Acesso em: 02 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>> Acesso em: 05 nov. 2023

NIEWEGLOWSKI, V. H.; MOREÍ, C. L. O. O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 1, p. 111–122, 2008.

OLIVEIRA, M. A.; NETO, M. B. S. Pedagogia Hospitalar: os principais desafios e o processo de resignificação dos estigmas sociais: Hospital pedagogy: the main challenges and the process of resignification of social stigmas. **Revista Cocar**, v. 19, n. 37, 2023.

ORLANDI, D. et al. Sistema de informações hospitalares (SIH-SUS): revisão sobre qualidade da informação e utilização do banco de dados em pesquisas. **IX Congresso CONSAD de Gestão Pública**, 2016.

PARANÁ. **Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná – HOSPSUS**, 2023. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/HOSPSUS>> Acesso em: 05 nov. 2023

PIMENTEL, J. M. F. et al. International hospitals for diseases related to inadequate basic sanitation in Bahia, from 2010 to 2016. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 7945–7957, 2020.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Políticas de Saúde**, 2023. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/politicas-de-saude>> Acesso em: 05 nov. 2023

SILVA, G. A. E.; JARDIM, B. C.; LOTUFO, P. A. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 37, n. 6, 2021.

SANTOS, B. F. et al. Morbidade hospitalar de câncer infantojuvenil no estado de santa catarina, no período de 2008 a 2018. **A saúde coletiva no curso de medicina, campus Chapecó**, p. 189, 2019.

SILVA, R. N. C. et al. Perfil de morbidade hospitalar por linfoma não-hodgkin na região nordeste, de 2017 a 2022. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 44, p. S623, 2022.

SANTA CATARINA. **Política Hospitalar Catarinense**. Florianópolis, 2021.
Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/politica-hospitalar-catarinense/phc-2022/18935-politica-hospitalar-catarinense-aprovada-2/file>> Acesso em: 05 nov. 2023

SOLHA, R. K. T. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. Saraiva Educação SA, 2014.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 4, n. 2, p. 287–303, 1999.

WEBER, L. A. et al. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. **Aquichan**, v. 19, 2019.