



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MARIA VILMA NEVES DE LIMA**

**MORBIDADE HOSPITALAR REGISTRADA NA REDE DO SUS EM CAPITAL DA  
REGIÃO NORDESTE DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2001 A 2005**

**FORTALEZA**

**2009**

MARIA VILMA NEVES DE LIMA

MORBIDADE HOSPITALAR REGISTRADA NA REDE DO SUS EM CAPITAL DA  
REGIÃO NORDESTE DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2001 A 2005

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

FORTALEZA

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

L699e Lima, Maria Vilma Neves de  
Morbidade hospitalar registrada na rede SUS em capital da região nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2005 / Maria Vilma Neves de Lima. – 2009.  
130 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2009.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientação: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

1. Morbidade. 2. Hospitalização. 3. Perfil de Saúde. 4. Serviços de Informação. I. Título.

---

CDD 362.042

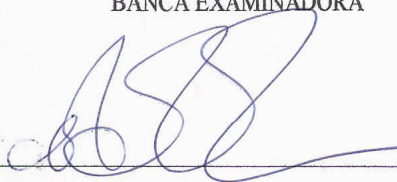
MARIA VILMA NEVES DE LIMA

MORBIDADE HOSPITALAR REGISTRADA NA REDE SUS EM CAPITAL DA  
REGIÃO NORDESTE DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2001 A 2005

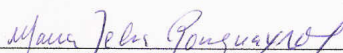
Dissertação apresentado ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública

Data da defesa: 09/09/2009

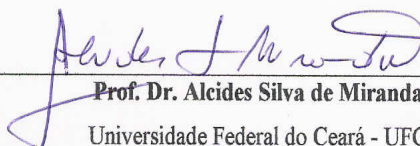
BANCA EXAMINADORA



**Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro** (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC



**Prof. Dra. Maria Zélia Rouquayrol**  
Universidade Federal do Ceará - UFC



**Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda**  
Universidade Federal do Ceará - UFC

À minha mãe, *in memoriam*, fonte de luz e amor, estímulo constante à busca do crescimento pelo conhecimento.

À Vitória, filha querida, razão maior da minha existência e ao Santiago, pelo apoio e compreensão.

## AGRADECIMENTOS

A finalização deste trabalho exigiu muito esforço e dedicação. Para sua execução, a participação direta ou indireta de muitas pessoas foi fundamental. A todos, o meu mais sincero agradecimento. Destaco, porém, algumas que atuaram de maneira muito especial:

Primeiramente, agradeço ao Professor Ricardo Pontes, eterno mestre, pelo incentivo para a realização do mestrado e cuja presença constante foi essencial durante todo o processo e sem a qual, haveria muito menos coisas a contar.

Ao Prof. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, pela orientação e permanente disposição em colaborar.

À Professora Zélia Rouquayrol, exemplo de vida, pela colaboração e incentivos constantes.

Ao Prof. Alberto Novaes Júnior, pela colaboração criteriosa, segura e ética, qualidades essenciais a um mestre.

Aos amigos, integrantes do “paredão quanti” com os quais seria justo dividir o título, tanto nos ajudamos mutuamente, tanto dividimos angústias e alegrias: Vera Borges, Lindélia Coreolano, Ivoneida Aragão, Ana Paula Brilhante, Lúcia Andrade e Geziel Sousa dos Santos.

Particularmente, aos colegas Geziel, sem o qual não teria passado da fase inicial, da unificação do grande banco de dados; Lindélia, pela disposição constante em colaborar e Vera Borges pela fé inabalável no criador, que a todos contagia.

Ao Prof. Carlos Henrique de Alencar, pela incalculável colaboração, sem a qual, a finalização teria sido impossível.

Ao Prof. Marcelo Nogueira, pelo incentivo inicial e estímulo final.

Ao colega Osmar José do Nascimento pelo apoio constante.

Aos colegas da Célula de Vigilância Epidemiológica, Ana Cristina Serpa Barroso, pela presença, generosidade e incentivo constantes, pela capacidade e argúcia que tanto me ajudaram e Ewerton dos Santos pela construção das tabelas dinâmicas.

À Deuzanir, prestimosa e sempre presente, simbolizando toda a equipe de apoio da Célula de Vigilância Epidemiológica.

A Eugenio de Castro Almeida, técnico de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, presença luminosa, conhecedor incontestável do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e que sempre partilhou este conhecimento com segurança e boa vontade.

Perguntaram ao Dalai Lama...

“O que mais te surpreende na humanidade?”

E ele respondeu:

“Os homens, porque perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem dinheiro para recuperar a saúde”.

E por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem do presente de tal forma que acabam por não viver nem o presente nem o futuro. E vivem como se nunca fossem morrer...e morrem como se nunca tivessem vivido”.

## RESUMO

O Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) cobre a produção hospitalar de todos os serviços financiados pelo setor público no país, constituindo uma fonte de dados extremamente relevante para estudos epidemiológicos, sendo ainda, a única fonte de dados de internação hospitalar no Brasil. A utilização de dados de morbidade torna-se cada vez mais importante como indicador do nível de saúde da população. Com o objetivo de caracterizar os padrões de morbidade hospitalar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), foram analisadas as internações realizadas em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no período de 2001 a 2005, segundo as variáveis: sexo, idade, diagnóstico principal de internação, segundo os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), e ano de internação. Foram calculados coeficientes e proporções de internação por sexo e faixa etária, proporções e índice de dissimilitude (ID) de internação por esfera administrativa e grupos diagnósticos. Para o cálculo de coeficientes aproximou-se o número de internações ao número de pacientes, por meio da aplicação de algoritmo proposto em estudo anterior, obtendo-se uma redução de 5,42% no número de eventos, no período. Realizada distribuição espacial dos coeficientes de internação, utilizando o *software GeoDA versão 0.9.5-1(BETA)*. Os hospitais públicos responderam por 53% das internações, com média de 83.539 hospitalizações e a rede contratada conveniada por 46,2% das mesmas, com média de 72.923 atendimentos. Hospitais localizados no interior do estado foram responsáveis por 0,8% das hospitalizações de residentes no município de Fortaleza. A assistência hospitalar pública não atingiu o parâmetro de 8 a 10% da população/ano, permanecendo com uma média de 7%. O coeficiente geral de internação passou de 70,7 internações por mil habitantes, para 68,7 internações por mil habitantes ao final. Excluídas as internações pelos capítulos XV. Gravidez, parto e puerpério, as do capítulo XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade (diagnóstico secundário), e XXI, Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, os coeficientes de morbidade hospitalar variaram de 48,6/1000 habitantes, em 2001, para 51,3 internações/1000 habitantes, em 2005, com variação de 5,6%, menor que o crescimento populacional. Os principais diagnósticos, por ordem de grandeza de suas proporções, excetuado as internações por complicações da gravidez, parto e puerpério foram: doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório e Neoplasias [tumores]. A distribuição espacial das internações, segundo o bairro apresentou pequenas variações no tocante ao coeficiente de internação/1000 habitantes.

Palavras-chave: Morbidade. Internação. Perfil de Saúde. Serviços de Informação.



## ABSTRACT

The Hospital Information System of the Unified Health System (SUS) covers the production of all hospital services financed by the public sector in the country, constituting a source of highly relevant data for epidemiological studies, and also the only source of data hospital in Brazil. The use of morbidity data becomes increasingly important as an indicator of the level of population health. In order to characterize the patterns of morbidity in the network of the Unified Health System (SUS), we analyzed all hospital admissions in public and private hospitals contracted to SUS in the city of Fortaleza, capital of Ceará, from 2001 to 2005, according to gender, age, principal diagnosis of hospitalization according to the chapters of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) and year of admission. Were calculated and proportions of hospitalization by sex and age, proportions and relative frequency (RF) of hospitalization for the administrative and diagnostic groups. For the calculation of coefficients approached the number of admissions to the number of patients through the application of the proposed algorithm in a previous study, resulting in a reduction of 5.42% in the number of events in the period. Carried spatial distribution of the coefficients of hospitalization, using the GSI software Arc View 3.3. Public hospitals accounted for 53% of hospitalizations, with an average of 83,539 hospitalizations and network hired private contractors, for 46.2% of them, and rating of 72,923 calls. Hospitals located within the state accounted for 0.8% of hospitalizations of residents in the city of Fortaleza. The public hospital care did not meet the parameter of 8 to 10% of the population per year, staying an average of 7.0%. The overall hospital admissions fell from 70.7 per thousand to 68.7 admissions per thousand at the end. Excluding admissions by Chapters XV Pregnancy, childbirth and postpartum, the Chapter XX External causes of morbidity and mortality (secondary diagnosis), and XXI Factors influencing health status and contact with health services, the morbidity rates of hospital ranged from 48.6 / 1,000 inhabitants in 2001 to 51.3 internações/1000 inhabitants in 2005, an increase of 5.6%, lower than population growth. The main diagnoses in order of magnitude of its proportions, excepted hospitalizations for complications of pregnancy, childbirth and puerperium were: respiratory diseases, some infectious and parasitic diseases, injuries, poisoning and certain other consequences of external causes, diseases of the digestive, circulatory diseases and neoplasms [tumors]. The spatial distribution of admissions according to the neighborhood showed small variations with respect to the coefficient of internação/1000 inhabitants.

Keywords: Epidemiology. Hospitalization. Health Profile. Information Services.

## LISTA DE TABELAS

1 – População residente por sexo, segundo faixa etária. Fortaleza, 2007. ....	43
2– Evolução do PIB. Fortaleza, 2002 a 2006. ....	45
3– Rede escolar e matrículas, segundo esfera administrativa e nível de ensino. Fortaleza, 2006. ....	47
4– Percentual de alfabetização, segundo faixa etária. Fortaleza, 1991 a 2000.....	48
5 - Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDH-M por Região Administrativa – Fortaleza, 2000. ....	49
6 - Estabelecimentos de saúde, segundo tipo e esfera administrativa. Fortaleza, dez/2007.....	52
7 - Estabelecimentos de saúde, segundo natureza e esfera administrativa. Fortaleza, dez/2007.	52
8 - Estabelecimentos Hospitalares, segundo tipo de prestador. Fortaleza, 2007.....	53
9 – Estabelecimentos hospitalares, segundo esfera administrativa pública. Fortaleza, 2007.....	53
10 –Distribuição percentual de leitos hospitalares de Fortaleza em relação ao estado do Ceará, segundo tipo de prestador. Fortaleza, 2007. ....	55
11 - Leitos totais e percentual de leitos destinados ao SUS. Fortaleza, 2007. ....	55
12 – Número e coeficiente de internação hospitalar no âmbito do SUS em Fortaleza, no período de 2001 a 2005. ....	68
13 - Internações gerais na rede SUS, de residentes em Fortaleza, segundo esfera administrativa, no período de 2001 a 2005. ....	69
14 - Distribuição percentual de internações em hospitais públicos de Fortaleza, no período de 2001 a 2005. ....	70
15 – Internações gerais realizadas na rede hospitalar pública e privada conveniada ao SUS, em Fortaleza, no período de 2001 a 2005, segundo unidade hospitalar.....	71
16 – Distribuição percentual de internações no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005. ....	76
17 – Coeficientes de internação no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005.....	78
18 – Distribuição de bairros segundo estratificação do coeficiente de internação hospitalar em Fortaleza, 2001 a 2005.....	83
19 – Distribuição média das internações no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, realizadas no período de 2001 a 2005, segundo grupos diagnósticos, esfera administrativa e índice de dissimilitude. ....	84
20 – Caracterização do perfil de morbidade, segundo esfera administrativa. Fortaleza, 2001 a 2005. ....	85
21 – Número e distribuição percentual de internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, de residentes em Fortaleza, segundo capítulo CID10, no período de 2001 a 2005. ....	88
22 – Distribuição percentual da média de internações por estados mórbidos, realizadas em hospitais da esfera municipal, segundo capítulos da CID. Fortaleza, 2001 a 2005.....	90
23 – Coeficiente de Internação por estados mórbidos, por 1000 habitantes, de residentes em Fortaleza, atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, no período de 2001 a 2005. ....	93
24 – Coeficiente geral de Internação e coeficiente de morbidade hospitalar por 1000 habitantes, em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, de residentes em Fortaleza, segundo capítulos da CID10 e sexo, no período de 2001 a 2005.....	94
25 – Coeficiente de morbidade hospitalar, na rede SUS, por 1000 habitantes residentes em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005. ....	96

26 – Coeficiente de morbidade hospitalar das seis principais causas de internação, em hospitais da rede SUS, em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005. .... 98

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Lista de categorias de três caracteres da CID-10.....	35
Quadro 2 – Matriz de indicadores .....	63
Figura 1 – Fluxo de internação (BRASIL, 2006b).....	28
Figura 2 – Fluxo de internação .....	37
Figura 3 – Mapa de Fortaleza e Secretarias Executivas Regionais. ....	40
Figura 4 – Evolução urbana de Fortaleza - século XIX. Evolução demográfica – 1970-1980-1991-2000.....	42
Figura 5 – População residente por sexo e faixa etária. Fortaleza, 1872-1980-2006.....	44
Figura 6 – Distribuição da Renda Média Mensal por bairro na cidade de Fortaleza, 2000. ....	46
Figura 7 – Índice de Desenvolvimento Humano, Fortaleza, 2000.....	49
Figura 8 – Distribuição percentual da Mortalidade por Faixa Etária. Fortaleza, 1999 a 2008* .....	51
Figura 9 – Distribuição espacial da rede hospitalar do SUS. Fortaleza, 2007. ....	54
Figura 10 – Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. ....	57
Figura 11 – Fluxo para unificação dos bancos de dados do SIH/SUS. ....	65
Figura 12 – Tendência linear do número de internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Fortaleza, 2001 a 2005. ....	70
Figura 13 – Média anual de internações em hospitais da esfera municipal de residentes em Fortaleza no período de 2001 a 2005.....	74
Figura 14 – Média anual de internações em hospitais da esfera estadual de residentes em Fortaleza no período de 2001 a 2005.....	75
Figura 15 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2001.....	81
Figura 16 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2002. ....	81
Figura 17 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2003.....	82
Figura 18 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2004.....	82
Figura 19 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2005.....	83
Figura 20 – Coeficiente médio de morbidade hospitalar, na rede SUS, por 1000 habitantes residentes em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005. ....	97
Figura 21 – Coeficientes médios das dez principais causas de internação de residentes em Fortaleza, segundo diagnóstico CID 10 e faixa etária. Fortaleza, 2001 a 2005. ....	102

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVINC	Anos Vividos com Incapacidade
AVPAI	Anos de Vida Perdidos ajustados por Incapacidade
AVPMP	Anos de Vida Perdidos devido a Morte Prematura
BBS	Bulletin Board System
CGH	Coordenação da Gestão Hospitalar
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª revisão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRRIFOR	Central de Regulação e Referência das Internações de Fortaleza
DALY	Disability-Adjusted Life Years
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRG	Diagnosis Related Group
FCH	Ficha de Cadastro Hospitalar
GIH	Guia de Internação hospitalar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IVH	Índice de Valorização de Resultados
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB /1993	Norma Operacional Básica de 1993
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PGF	Programa de Gestão Financeira
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNIS	Rede Nacional de Informações em Saúde
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGAIH	Sistema de Gerenciamento da AIH
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAIH01	Sistema de Entrada de Dados da Internação
SNCPC	Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Sistemas de Informações em Saúde (SIS).....	17
1.2	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).....	19
1.3	Autorização de Internação Hospitalar – AIH.....	26
1.4	Morbidade.....	29
1.5	Morbidade hospitalar.....	33
1.6	Caracterização do município de Fortaleza.....	38
1.6.1	Aspectos Históricos.....	38
1.6.2	Aspectos Naturais e Geográficos.....	40
1.6.3	Aspectos Sócio – Econômicos.....	41
1.6.4	Perfil de morbimortalidade.....	50
1.7	O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.....	51
1.7.1	Rede física.....	51
1.7.1.1	Rede assistencial hospitalar.....	53
1.7.2	O Modelo de Gestão e de Atenção à Saúde.....	56
1.8	Justificativa.....	58
2	OBJETIVOS.....	60
2.1	Geral.....	60
2.2	Específicos.....	60
3	METODOLOGIA.....	61
3.1	Área de estudo e período de referência.....	61
3.2	Universo de estudo.....	61
3.3	Delineamento do estudo.....	62
3.4	Descrição das variáveis.....	62
3.5	Fonte de dados.....	62
3.6	Tratamento dos dados.....	63
3.7	Consolidação, processamento e análise dos dados.....	64
3.8	Aspectos éticos.....	66
4	RESULTADOS.....	68
4.1	Cobertura assistencial hospitalar.....	68
4.2	Distribuição espacial das internações gerais, segundo bairro de residência do paciente.....	75
4.3	Perfil de morbidade hospitalar.....	84
4.3.1	Distribuição percentual de internações por estados mórbidos.....	87
4.3.1.1	Distribuição percentual de internações por estados mórbidos em hospitais da esfera municipal.....	89
4.3.2	Coefficientes gerais de internação por estados mórbidos.....	93
4.3.3	Coefficientes de internação por sexo.....	94
4.3.4	Coefficientes de internação por faixa etária.....	96
5	DISCUSSÃO.....	103
6	RECOMENDAÇÕES.....	106
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS.....	108
	ANEXOS.....	115

## 1 INTRODUÇÃO

O conhecimento dos problemas de saúde de uma população, seus tipos e distribuição, constitui fator primordial para que se cumpra o principal objetivo da saúde pública, que é: "... ciência e arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde mediante a atividade organizada da sociedade" (LAURENTI, 1991; WINSLOW, 1920).

Conhecer e intervir numa dada realidade sanitária é um dos grandes desafios para a Sociedade e o Estado brasileiro, em face da complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado que ocorrem nas populações. A intervenção pressupõe a definição de problema, a análise da situação de saúde encontrada e requer apropriação e uso da informação em benefício da ampliação da capacidade de resposta (MENDES, 2000; MORAES; GOMEZ, 2007).

Uma base de informações confiável e oportuna permite identificar os determinantes do processo saúde-doença, as desigualdades em saúde e o impacto das ações e programas para reduzir a carga de doenças na população, constituindo, ainda, ferramenta imprescindível à vigilância epidemiológica, por desencadear o processo "informação-decisão-ação", tríade que sintetiza a dinâmica de suas atividades, as quais são iniciadas a partir da informação de um indício ou suspeita de caso de alguma doença ou agravo (BRASIL, 2005; SOUSA, 2008).

A história dos registros de informações sobre pessoas doentes, tal como ocorreu em outros campos de saberes remonta a antiguidade, tendo sido encontrado registros gravados em murais. Atribuem-se a Imhotep, médico egípcio, registros feitos em papiros. A literatura refere que, com a institucionalização da medicina científica por Hipócrates de Cós, no século V a.C., já era sentida a real necessidade de se registrarem observações sobre os pacientes, que propiciassem a reflexão sobre o curso da doença e a indicação de possíveis causas (PINTO, 2006).

A atual lógica organizativa das informações de interesse para a Saúde tem raízes no final do século XVIII e início do século XIX, com o exercício de um biopoder disciplinar que nasce *pari passu* ao nascimento da clínica, surgindo de um certo "pré-juízo" de sinais, sintomas, signos e práticas relacionadas ao processo saúde/doença/cuidado que, em dado contexto histórico, adquirem relevância política e social, tornando-se eventos que precisam ser monitorados, vigiados pelo aparato estatal. A informação em saúde tem sua origem na ruptura de uma medicina clássica para uma medicina moderna, fundamentada no pensamento

anátomo-clínico e nos princípios da patologia, quando os médicos passam a ser os principais responsáveis pela organização hospitalar, transformando o sistema antes dominado por congregações religiosas. (FOUCAULT, 2007; MORAES, 2007).

A forma como as sociedades ocidentais desenvolveram dispositivos que lidam com as questões relacionadas à vida, à gestão da vida foi fortemente marcada por esta ruptura. Dentre estes dispositivos, encontra-se o desenvolvimento, paulatino e contínuo, de inquéritos, levantamentos e/ou coletas de dados relacionados aos indivíduos e às populações (MORAES, 2007).

A doença, vista até então como portadora de uma essência abstrata, passou a ter sua significação corporificada no indivíduo: o portador do corpo doente. Esta visão implica na constituição de saberes específicos, classificatórios, geradores de uma base para a classificação das doenças. A instituição de acervos estatísticos comparáveis no tempo e no espaço é decorrente desta visão. Sistemas de informações constituídos como um processo de coleta, tratamento, análise e disseminação de informações, tornam-se um instrumento fundamental para o próprio desenvolvimento dos saberes médicos (MORAES, 1994).

Indivíduos e população foram alvos de mecanismos diversos e complementares que os instituíram como objeto de saber. Registrar a doença individual constituía uma questão aritmética, enquanto o monitoramento de eventos coletivos exigia métodos complexos de observação, incluindo instrumentos que permitissem o cruzamento de perspectivas, contemplando uma aproximação ao real. Aí reside a origem da organização de bases permanentes de informação em saúde (FOUCAULT *apud* MORAES, 1998).

Institucionalizada a partir do biopoder voltado para o controle dos indivíduos e das populações a informação em saúde vem assumindo dimensões novas na sociedade contemporânea, constituindo-se atualmente em espaço de exercício de uma política de governo, por meio da qual, seleciona, sumariza e ordena em bancos de dados as observações a partir da racionalidade de um poder vigilante (MORAES, 1998).

Ao analisar a política nacional de informação, no Brasil, Branco (2001) define informação, segundo duas abordagens: tecnicista e política. Na primeira, a autora aborda três vertentes: (1) como objeto, quando se refere a dados e documentos concretos, com potencial informativo; (2) como conhecimento, ao comunicar sobre determinado fato, tema ou evento; (3) como processo, enquanto ato de informar e ser informado, produzir conhecimento, alterando o estado cognitivo pela atribuição de significado aos dados trabalhados. Aponta igualmente três vertentes na segunda abordagem: (1) como instrumento para o processo de



tomada de decisão; (2) como experiência sócio-psicológica, dependente do contexto cultural, político e econômico; (3) como necessidade voltada para o exercício dos direitos humanos.

Segundo a autora, a evolução da política nacional de informação em saúde no país deu-se em ciclos, com ênfase em cada um dos aspectos abordados, seguindo a lógica predominante. Tal fato já fora abordado por Almeida (1998) em estudo sobre a descentralização dos sistemas de informação no país (BRANCO, 2001).

No primeiro ciclo, compreendido entre os anos 60 e 70, foram enfatizados os aspectos técnicos e tecnológicos da produção e gestão da informação em saúde, caracterizado pela centralização, adotada como estratégia nacional para a padronização e melhoria das estatísticas disponíveis. Essa centralização foi favorecida, ainda, por dois aspectos: (1) pelas características da tecnologia disponível no momento, baseada na disponibilização de grandes computadores; (2) pela relação de subordinação entre o Ministério da Saúde (MS) e as secretarias estaduais e municipais. Almeida (1998) ressalta, ainda, a forte centralização política nos “anos de chumbo”, época em que os sistemas estavam sendo criados. A informação é reduzida a estatísticas médicas-sanitárias ou administrativas, com potencial informativo determinado pelo saber técnico.

O segundo ciclo foi fortemente determinado pelo cenário político nacional. O MS passou a enfatizar a importância da informação para a formulação e avaliação de políticas. A informação começou a ser concebida como produtora potencial de conhecimento, com dimensão política, ressaltando-se a importância da informação para o controle social. Entretanto, não se observou alterações na forma de gerir a informação em saúde, mantendo-se uma gestão centrada em uma política prescritiva e normativa. As diretrizes operacionais mantiveram-se restritas a ações de caráter técnico e tecnológico, centralizadas, verticalizadas e segmentadas, segundo a lógica de programas específicos (BRANCO, 2001).

A constituição de 1988 provoca grandes alterações neste cenário, ao reconhecer os municípios como entes governamentais autônomos, responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região, reforçando o papel da “informação em saúde” como instrumento de apoio ao planejamento e à tomada de decisão, assim como elemento estratégico para o fortalecimento e consolidação do preceito legal da descentralização. A produção e utilização da informação em saúde, até então realizada pelos governos federal ou estadual, passa a ser, também, atribuição municipal (BRANCO, 1996; BRASIL, 1994; CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Não obstante a grande evidência assumida pela informação, a prática de gestão da informação não acompanhou a evolução conceitual do discurso, evidenciando-se a falta de

integração entre as ações e instâncias gestoras, a proliferação de sistemas, a duplicidade e redundância de dados e informações, a carência de infra-estrutura técnica e tecnológica e dificuldades de acesso e disseminação (BRANCO, 2004).

A gestão da informação em saúde replica o modelo de implementação, pelo Estado, de políticas sociais: tópico, fragmentador em suas respostas às demandas sociais e reativo a situações midiáticas. Tal fato implica na fragilização da identidade da área de informação em saúde e a uma visão reducionista e tecnicista das práticas de informação em saúde (MORAES; GOMES, 2007).

A substituição do modelo vigente de gestão da informação, baseado em aspectos técnicos e tecnológicos pelo formato em rede, tem sido apontada como alternativa para uma ampliação conceitual e de perspectiva da informação em saúde, compreendida como fenômeno social e, portanto, com dimensão política, econômica, histórica e social. A Rede Interegencial de Informações para a Saúde (RIPSA), a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) e o Cartão Nacional de Saúde constituem iniciativas neste sentido (BRANCO, 2004).

### **1.1 Sistemas de Informações em Saúde (SIS)**

Sistemas de informação em saúde, conceitualmente, podem ser compreendidos como instrumentos que permitem a aquisição, organização e análise de dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde; avaliação da eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (WHITE, 1980).

Os Sistemas de Informações em Saúde permeiam desde os sistemas administrativos e gerenciais, os científico-tecnológicos, os econômico-sociais, até a mediação semiótica entre um programador e a máquina, uma vez que envolve tanto fatores subjetivos da informação em saúde quanto fatores materiais de transferência e registro de dados (GONZÁLEZ DE GOMES, 1987).

Historicamente, a experiência do Sistema de Saúde do Brasil tem sido acompanhada da implementação de vários sistemas de informação, que podem ser relacionados em: (1) sistemas de informação que registram a experiência demográfica e de saúde no país, o que poderia ser nomeado como “linha da vida”: o nascimento (Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC), a doença (Sistema de Informações sobre Agravos

de Notificação - SINAN, Sistema de Informações Hospitalares – SIH), a morte (Sistema de Informação de Mortalidade – SIM); (2) o registro, compilação e difusão dos dados em saúde do Sistema Único de Saúde (Departamento de Informática do SUS – DATASUS); e (3) um processo de articulação interinstitucional para identificar fontes de informação, padronizar e construir indicadores e difundir de forma organizada dados básicos, indicadores e análises das condições de saúde (RIPSA) (ALMEIDA; ALENCAR, 2000; CARVALHO, 2006).

Até a década de 1970, poucas unidades da federação possuíam sistemas de informação. Os indicadores de saúde da população eram obtidos por métodos indiretos, por estimativas baseadas em dados censitários e pesquisas amostrais. Em 1975 foi criado o Sistema de Informação em Saúde (SIS) e um subsistema de mortalidade, a partir da adoção de um modelo único de declaração do óbito para o todo o Brasil, num contexto em que existiam múltiplas instituições promovendo ou executando ações de saúde, em especial, os ministérios da Saúde, da Previdência Social, da Educação e Cultura, do Interior e do Trabalho. A instituição do SIS compreendia um esforço no sentido de racionalizar o setor e marcar o início do papel de mentor do sistema pelo Ministério da Saúde (ALMEIDA; ALENCAR, 2000; CARVALHO, 2006).

A partir deste momento, foram sendo criados os principais sistemas de informações de saúde de abrangência nacional. Cada um deles foi concebido em anos e conjunturas diferentes, com lógica e objetivos próprios. SIM, SINAN e SINASC são considerados sistemas epidemiológicos por terem a epidemiologia na base de sua constituição, tendo a população como base de dados, que serão tanto mais fidedignas quanto maior for a cobertura. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) têm lógica predominantemente contábil e constituem importantes instrumentos de controle e avaliação, principalmente, da assistência médica prestada pelo SUS. Os serviços de saúde constituem suas bases de informação e compreendem número de atendimentos/procedimentos e custo operacional dos serviços (ALMEIDA, 1995; BRASIL, 2005).

Os sistemas de informação instituídos refletem a fragmentação resultante da atividade compartimentalizada de diversas instituições, de serviços e programas verticais. Essa fragmentação reflete-se no papel do sujeito na informação em saúde, que se encontra “fracionado” nas diversas bases de dados em saúde existentes. O conceito de coletivo/população é tratado como o somatório de indivíduos ou de determinados agravos referidos a tempo e lugar, de forma descontextualizada, estática e restrita (BRASIL, 1994; MORAES; GOMES, 2007).

## 1.2 Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A principal base de dados para o estudo das internações hospitalares no Brasil é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), modelado no final da década de 1970 e implantado em todo o país entre 1983 e 1984. Não obstante constituir-se em um banco de dados administrativo, não tendo sido desenhado na perspectiva do controle e avaliação da assistência hospitalar, tem possibilitado a geração de informações importantes relativas à morbidade e à descrição da assistência e do uso de recursos (PORTELA *et al.*, 1997).

Caracteriza-se como um modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a determinado procedimento, tendo uma base de cálculo pré-definida. Apóia-se no conceito de que os pacientes apresentam características homogêneas, no que se refere a variáveis demográficas, sociais e clínicas (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993).

O modelo prospectivo baseia-se na noção de produto, diferentemente do retrospectivo, no qual o pagamento é feito ato a ato. O produto hospitalar corresponde ao “conjunto específico de bens e serviços que cada doente recebe em função de suas necessidades”. O modelo prospectivo permite uma melhor previsibilidade de gastos e incentiva um melhor desempenho hospitalar, por meio do controle do tempo médio de permanência e da diminuição de atos desnecessários (FERREIRA, 2000).

O Mecanismo de Pagamento Fixo por Procedimentos também é utilizado pelo “Medicare”, nos Estados Unidos da América, onde é denominado de *Diagnosis Related Group* (DRG). Classifica os pacientes internados por grupos homogêneos, de acordo com o volume de recursos que consomem durante a sua permanência no hospital (VERAS; MARTINS, 1994).

Desde a sua implantação o SIH/SUS tem evoluído de forma associada aos grandes movimentos que marcaram a história da reforma sanitária brasileira. Levcovitz & Pereira (1993) apontam os principais fatos que caracterizam esta evolução:

Até 1976 – Revisão e pagamento manual de contas médicas e hospitalares pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);

1976 – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS); e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

1977 – Implantação do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), o qual ressarcia despesas ato a ato, mediante a comparação entre a

fatura apresentada pelo hospital contratado e um parâmetro que estabelecia o limite máximo, segundo o tipo de patologia ou procedimento médico. Os instrumentos do SNCPCCH compreendiam uma Guia de Internação hospitalar (GIH) e uma Tabela de Honorários Médicos para os atos profissionais, cujos valores eram expressos em unidades de serviço - US.

1979 – Início dos estudos para elaboração Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), como resposta aos principais problemas do SNCPCCH: imprevisibilidade dos gastos hospitalares, discordâncias entre prestadores e o INAMPS, relativas aos procedimentos que excediam o limite estabelecido e às denúncias de fraudes.

1980 – Apresentado o novo sistema (SAMHPS), o qual se caracterizava como “um sistema de remuneração fixa por procedimento, baseado no conceito de valores médios globais atribuídos [...] aos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede de assistência hospitalar”. Os principais instrumentos do sistema compreendiam uma tabela de procedimentos com valores fixados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para pagamento de serviços profissionais e hospitalares, materiais, medicamentos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e um formulário padrão, a Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

Na época, o valor financeiro para cada procedimento foi calculado a partir da análise das contas apresentadas pelos hospitais durante seis meses e a tabela de procedimentos teve como base a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial de Saúde.

1981 – Implantação experimental do SAMHPS/AIH em Curitiba / Paraná, objetivando a realização dos ajustes necessários para o funcionamento real, em todo o país;

1983 – Divulgados os documentos e manuais do SAMHPS/AIH, implantada a primeira “Tabela de Procedimentos e Valores” e iniciada a sua expansão para todo o país, sob recomendação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP), em resposta à crise de financiamento da Previdência Social e a conseqüente necessidade de contenção de despesas com assistência médica. A implantação foi feita para os hospitais privados, contratados ou conveniados com o INAMPS.

1985 – Novo modelo de AIH, com série numérica pré-impresa;

1986 – Extensão integral do SAMHPS/AIH às entidades filantrópicas e beneficentes, por meio de convênio padrão específico - feita uma diferenciação do Índice de Valorização de Resultados (IVH), para hospitais filantrópicos e a classificação diferenciada para realização de procedimentos de alta complexidade e custo;

1987 - O SAMHPS/AIH é integralmente estendido aos hospitais universitários e de ensino. Inicia-se também a transferência da administração operacional do sistema para as Secretarias Estaduais de Saúde – SES, sendo que o processamento e o pagamento de prestadores continuavam centralizados no INAMPS;

1988 (maio) – Incorporação do pagamento das órteses e próteses médico cirúrgicas – OPM ao SAMHPS/AIH, com pagamento direto ao fabricante / importador.

1988 (outubro) – Promulgação da nova Constituição Federal e instituição do Sistema Único de Saúde – SUS.

1990 – O INAMPS é transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, sobrepondo-se na estrutura administrativa à da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, e são aprovadas as leis 8080 e 8142, que dispõem sobre a organização e mecanismos de financiamento do SUS.

Ainda neste ano o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS pela Portaria GM/MS n.º 896/90. Desde então, são publicadas portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema. A AIH é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços.

O SIH/SUS mantém as mesmas características do SAMHPS/AIH: AIH em formulário pré-numerado, digitação, processamento e informações para pagamento centralizados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Após implantação, o sistema passou por várias transformações, sendo as principais sintetizadas por Gomes (2006 *apud* CARVALHO, 2006):

1992/94 – AIH em meio magnético digital – descentralização da digitação; as secretarias estaduais e municipais ganham novos instrumentos para avaliação, com a criação dos aplicativos: Programa de Gestão Financeira - PGF e Sistema de Gerenciamento da AIH - SGAIH, pelo DATASUS.

A partir de 1994, com a vigência da Norma Operacional Básica de 1993 – NOB 01/1993, os recursos federais passaram a ser transferidos de forma direta e automática às demais instâncias de governo, mediante a condição de gestão em que se encontravam. Os estados e municípios em condição de gestão Semiplena recebiam o total de recursos que lhes era devido e se responsabilizavam pelo pagamento a seus prestadores de serviços, apesar do processamento do SIH continuar centralizado no DATASUS / MS.

2000 - Com a publicação da Portaria GM/MS n.º 396/00, a gestão do SIH passa a ser responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, bem como a atualização anual do

Manual de Orientações Técnicas e Operacionais do Sistema de Informação Hospitalar, e sua disponibilização na internet, no sitio <http://sihd.datasus.gov.br>

2001/2003 – Implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde<sup>1</sup> (CNES), descentralização do cadastro de prestadores de serviços, passando a responsabilidade pela alimentação e manutenção para as Secretarias Municipais e Estaduais e conseqüente extinção da Ficha de Cadastro Hospitalar (FCH),

2006 - O processamento das AIH até então centralizado no Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do SUS/DATASUS/SE/MS é descentralizado por meio da Portaria GM/MS n.º 821/04, para estados, Distrito Federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS (BRASIL, 2006a).

2008 - Instituída a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, definida pela Portaria SAS n.º 3848/07 (CARVALHO, 2006).

Atualmente o sistema é composto de: (1) Sistema de Entrada de Dados da Internação/SISAIH01 que é utilizado no nível do estabelecimento de saúde, onde ocorre de fato o atendimento ao paciente e (2) Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado/SIHD a partir do qual são compactadas as informações de toda a rede e enviadas para o nível federal que se encarrega da disseminação das informações. Este sistema é uma ferramenta que subsidia o trabalho de controle, avaliação e auditoria do SUS no nível local (CARVALHO, 2006).

Estudiosos do SIH/SUS apontam vantagens, limitações e potencialidades do sistema. Dentre as vantagens, Carvalho (2006) refere a abrangência do banco, que cobre internações hospitalares realizadas no país desde o ano de 1983 aos dias atuais com registro de aproximadamente 12 milhões de internações/ano. A autora ressalta, ainda, a importância do sistema como importante instrumento indutor e de avaliação das políticas relacionadas à organização e ao financiamento da assistência médico-hospitalar no sistema público de saúde. Fornece informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação hospitalar (CARVALHO, 2006).

---

<sup>1</sup> “O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000. O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES disponibiliza informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, Federal, Estadual e Municipal.” Extraído de <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 12 de julho de 2009.

A autora, em estudo anterior, ressalta a potencialidade da base de dados do SIH, pelo montante de variáveis de que dispõe e pela agilidade que apresenta. Os dados por ele aportados tornam-se disponíveis aos gestores em menos de um mês e o consolidado do Brasil pode ser acessado por meio da Internet em um prazo de dois meses (CARVALHO, 1997).

Ao discutir sobre o SIH/SUS, Moraes (1998) ressalta sobre o potencial do sistema como instrumento de gestão e de avaliação da qualidade da assistência hospitalar:

O SIH vem sendo utilizado, hegemonicamente, como um sistema de pagamento pelos setores financeiros. O uso intensivo desta sua vertente contábil é fruto do próprio contexto histórico de sua criação (“modernizar” o repasse financeiro entre setor público e setor privado), mas o SIH é mais do que um sistema de pagamento. É um instrumento de gestão fundamental, que permite o monitoramento das ações hospitalares com efetividade, se houver a decisão política de gerenciar a oferta desses serviços para além da identificação de fraudes. Havendo compromisso com a qualidade assistencial prestada à população, o SIH é imprescindível. Além desta dimensão de sistema relevante à gestão séria em saúde, há a dimensão de controle social que o SIH pode instrumentalizar, ao ser apropriado pelos Conselheiros de Saúde ou mesmo pela mídia, por exemplo (p. 110).

A partir das variáveis contidas no SIH/SUS é possível trabalhar uma série de indicadores, tanto epidemiológicos, a partir da morbidade e mortalidade hospitalar, como de desempenho da rede assistencial (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2000).

O SIH/SUS tem interfaces diretas ou indiretas, com outros serviços de informação e outras atividades próprias dos órgãos gestores. Destacam-se entre os primeiros: o CNES, o Cadastro de Usuários – CNS, a Programação Pactuada e Integrada – SISPPI, os sistemas de regulação (SISREG, p.ex.) e o sistema financeiro (SIAFI no nível federal). Entre as interfaces indiretas, a programação dos procedimentos por estabelecimento, considerando parâmetros de necessidade e oferta; e o acompanhamento, a avaliação e o controle da produção (LUCAS, 2005).

O SIH/SUS tem sido alvo de muitas críticas, dentre elas, o questionamento sobre a qualidade dos dados, em decorrência tanto de fraudes e manipulações por parte dos prestadores, como pela codificação pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10<sup>a</sup> revisão – CID-10<sup>2</sup>, que leva os pesquisadores a

---

<sup>2</sup>

A CID (sic) é a compilação de todas as doenças e agravos conhecidos, elaborada pela Organização Mundial de Saúde, que a define como “um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas segundo algum critério estabelecido” e que permite a identificação de uma mesma doença ou agravo em qualquer lugar do mundo, ainda que os nomes não sejam os mesmos em virtude da diferença das línguas. Atualmente está na décima revisão (CID 10). A CID-10 recomenda para a definição de causas na internação hospitalar: a afecção a ser usada em análise por causa única, em morbidade, é a afecção principal tratada ou investigada durante um episódio relevante de atenção à saúde. A afecção principal é definida como a afecção diagnosticada no final da consulta (internação), primariamente, responsável pela necessidade de tratamento ou investigação do paciente (OMS, 2000, v. 2; PINHEIRO, 2009).



classificarem os motivos de internação em capítulos ou em grupos de causa da CID-10, em vez da categoria específica. O processo exige pessoal capacitado para tal. Erros de codificação não podem ser corrigidos, uma vez que os dados constituem faturas de serviços prestados não podendo ser alterados posteriormente. As informações anotadas nos prontuários médicos – fonte primária de dados para o preenchimento do formulário AIH também influi na qualidade dos dados (TRAVASSOS, 1996).

Ainda como limitação, Noronha (2001) considera que apesar de ser “avançado para o momento em que foi criado” o SIH/SUS não incorporou avanços tecnológicos e houve falta de revisão do sistema de classificação, fato que o tornou desatualizado diante de outros sistemas que foram desenvolvidos e aprimorados ao longo do tempo. Existem, ainda, restrições em seu uso para a avaliação da morbidade hospitalar, por não permitir a construção de coeficientes, uma vez que as informações referem-se ao evento "internação" e não às "pessoas internadas" (NORONHA, 2001).

Outro ponto de crítica levantado diz respeito à cobertura do sistema que, segundo Bittencourt *et al.*, (2006), equivale a 75% das internações hospitalares para os procedimentos de baixa e média complexidade, o que não se observa para os de alta complexidade que pelo custo elevado tem cobertura limitada pelos planos de saúde. Esses valores variam entre os estados brasileiros (BITTENCOURT *et al.*, 2006).

Algumas questões foram apontadas por Carvalho (2006), as quais afetam a cobertura das informações registradas no SIA/SUS: (1) O sistema não identifica reinternações e transferências de outros hospitais, o que leva eventualmente a duplas ou triplas contagens de um mesmo paciente; (2) por ter como lógica o financiamento da atenção hospitalar, o sistema limita o número de AIH a um valor equivalente a 9% da população residente/ano, estabelecendo um teto financeiro por estado, o que interfere fortemente no número e natureza dos documentos efetivamente apresentados. Os gestores optam, em muitos casos, pela cobrança de procedimentos mais caros, arcando com os mais baratos; (3) A capacidade instalada e o perfil da rede de serviços locais influem diretamente no quantitativo de documentos e no perfil de gastos apresentados, na medida em que é impossível pagar procedimentos para a realização dos quais não existe serviço disponível; (4) Possibilidade de que políticas adotadas possam afetar o sistema pela indução de determinados procedimentos (CARVALHO, 2006).

A autora, ao analisar as potencialidades e perspectivas do SIH/SUS, afirma que o mesmo é bem aceito por prestadores de serviços, técnicos e gestores das três esferas de governo, sendo utilizado ainda por pesquisadores e acadêmicos. Entretanto, não alcançou

ainda todo o seu potencial, por problemas que são comuns a todos os sistemas de informação em saúde no país, destacando-se os relacionados à infra-estrutura de informática e de comunicação e à cultura da informação (CARVALHO, 2006).

O último ponto, segundo a autora, decorre em grande parte da pouca atenção dispensada à qualidade dos dados no momento da coleta e registro, associada ainda à insatisfatória capacidade de análise e uso das informações como subsídio à tomada de decisão nos três níveis de governo, notadamente nos municípios de menor porte.

Almeida (1996), em reflexão sobre a potencialidade do SIH/SUS, compara o sistema brasileiro com as características e gerenciamento dos SIS na França:

Com relação às informações hospitalares, o Brasil possui um sistema mais sofisticado do que aquele existente na França, para os hospitais que integram o Sistema Único de Saúde. O Sistema de Informações Hospitalares com base nas AIH (Autorização de Internações Hospitalares) permite que se tenham informações gerenciais e epidemiológicas mais detalhadas e ágeis do que aquelas obtidas atualmente na França, onde há uma separação dos dados destinados ao controle de pagamento das internações das informações epidemiológicas (p. 11).

Bittencourt *et al.* (2006) referem, em artigo de revisão sobre os usos do SIH/SUS na saúde coletiva, um expressivo número de trabalhos que utilizaram os dados do SIH/SUS para o fortalecimento da vigilância epidemiológica, sendo vários os motivos apontados para tal uso: oportunidade da informação, fácil acesso, reconhecida deficiência das estatísticas dos sistemas de informações epidemiológicos e necessidade de ampliação de estratégias e práticas no enfrentamento de doenças (BITTENCOURT *et al.*, 2006).

Com a implantação dos Pactos de Gestão busca-se um modelo no qual predomina a responsabilização, tanto dos órgãos gestores quanto dos estabelecimentos prestadores de serviço, por resultados sanitários pré-definidos (CARVALHO, 2006).

Tal fato poderá significar a dissociação da remuneração por prestação de serviços, tornando o SIH/SUS menos suscetível à omissão e/ou alteração intencional de dados em resposta a instruções normativas, o que poderia se traduzir em um banco com informações mais fidedignas, capaz de subsidiar definições no âmbito da gestão do sistema de saúde e de fornecer suporte às atividades de vigilância epidemiológica, por refletir o perfil de morbidade hospitalar (CARVALHO, 2006).

### 1.3 Autorização de Internação Hospitalar – AIH

A unidade de registro e análise do SIH/SUS é a AIH, documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar. Fornece informações para o gerenciamento do sistema, sendo por meio dela que hospitais, profissionais e serviços auxiliares de diagnose e terapia se habilitarão a receber pelos serviços. Existe em meio magnético, tendo múltiplas funções: controlar a autorização para internação de acordo com a hipótese diagnóstica; identificar o usuário e os serviços a ele prestados; possibilitar o repasse de recursos para as unidades hospitalares e profissionais contratados, após o controle e avaliação dos procedimentos realizados (BRASIL, 2006b).

A portaria nº. 246, de 23 de dezembro de 2005, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), padroniza os campos do laudo para solicitação de internação/autorização hospitalar, os quais contêm, além da identificação do paciente, caracterização do hospital e gestor (número de leitos, clínicas disponíveis, meios diagnósticos e terapêuticos), as informações da anamnese, exame físico, exames complementares (quando houver), as condições que justificam a internação, dados de identificação dos profissionais solicitantes e autorizadores, diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a tabela do SUS e CID. A mesma portaria traz, ainda, a instrução normativa que orienta o preenchimento do laudo (anexos A,B,C, D e E ).

Existem dois tipos de AIH: Tipo 1 que é para internação inicial e é de emissão exclusiva do gestor do SUS e Tipo 5 que é de continuidade, para pacientes crônicos, que permaneçam internados após o prazo para apresentação/fatura da AIH. O mecanismo de emissão de AIHs no caso de doenças agudas corresponde à liberação de uma AIH tipo 1 que corresponde a uma internação de curta duração. Para as internações de longa permanência, típicas no caso de pacientes crônicos/fora de possibilidade terapêutica e psiquiátricos, emite-se uma AIH tipo 1, a qual poderá estar relacionada a até onze AIHs dos tipos 1 e 5 no período de um ano. A AIH do tipo 1 que deu início à internação, com determinado número, cobrirá 45 dias de permanência hospitalar. A partir dos 45 dias, podem ser emitidas até duas AIHs do tipo 5 com o mesmo número da primeira e validade de trinta e um dias cada uma. Se a internação tem continuidade, emite-se uma nova AIH do tipo 1 com outro número, e o processo se repete. Em conseqüência, análises que não tenham a internação como unidade de observação irão subestimar valores, podendo invalidar observações referentes ao tempo permanência e aos custos da internação (PORTELA *et al.*, 1997).

A emissão de nova AIH para um mesmo paciente numa mesma internação é possível nas condições: (1) em cirurgia, quando ocorre uma 2ª cirurgia em outro ato anestésico durante a mesma internação de um mesmo paciente, neste caso estão incluídos também os casos de reoperação; (2) de obstetrícia para cirurgia e vice-versa, no caso de uma internação, originalmente designada para procedimento obstétrico e que precisa de uma intervenção cirúrgica que extrapola a obstetrícia e quando se tratar de ato realizado em outro ato anestésico; (3) de clínica médica para obstetrícia: nos casos em que resultar na realização de parto e/ou intervenção cirúrgica obstétrica em paciente que havia sido internada por outro motivo não relacionado desde o momento inicial à internação; (4) de obstetrícia para obstetrícia: quando houver duas intervenções obstétricas em tempos cirúrgicos diferentes, numa mesma internação; (5) de obstetrícia para clínica médica: nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela para o procedimento que gerou a internação; (6) de cirurgia para clínica médica, nos casos em que, esgotado o tempo de permanência do procedimento, o paciente apresentar quadro clínico que exija que o mesmo continue internado por motivo não decorrente ou conseqüente ao ato cirúrgico; (7) de clínica médica para cirurgia, em casos clínicos, onde no decorrer do internamento haja uma intercorrência cirúrgica, desde que não tenha relação direta com o quadro clínico, depois de ultrapassada a metade da média de permanência. Nesses casos, deve ser fechada a AIH clínica e aberta nova AIH cirúrgica; (8) paciente sob cuidados prolongados, psiquiatria, reabilitação, internação domiciliar e AIDS, quando no decorrer da internação, o paciente desenvolva quadro clínico que necessite de uma cirurgia. Nestes casos deve ser observado o que determinam as normas de cada especialidade; (9) em clínica médica: paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia, três dias após a alta da primeira internação; (10) politraumatizados, pode ser emitida uma nova AIH para o Tratamento de Politraumatizados nos casos em que seja necessária nova intervenção cirúrgica no decorrer da mesma internação (BRASIL, 2006b).

O fluxo para internação compreende cinco movimentos, conforme figura 1.

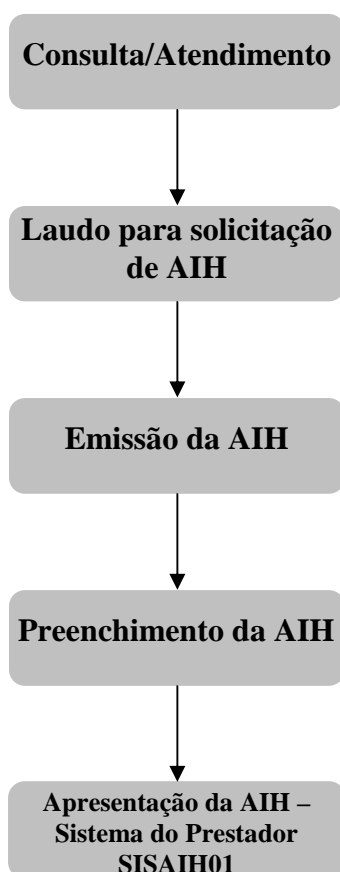


Figura 1 – Fluxo de internação

Fonte: BRASIL, 2006b.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo pode iniciar-se de três formas: (1) com o atendimento de urgência direto no estabelecimento onde o usuário é atendido; (2) por encaminhamento de outra unidade; (3) por meio da Central de Regulação, onde houver (BRASIL, 2006b).

O modelo de Laudo para Solicitação de AIH é padronizado e está disponibilizado no sítio <http://sihd.datasus.gov.br>, sendo possível utilizar modelos próprios, desenvolvidos por gestores locais ou prestadores, desde que supram as mesmas informações necessárias à alimentação do SISAIH01. Preenchido em duas vias pelo profissional solicitante. A primeira via é enviada ao órgão Gestor Local para viabilizar a emissão da AIH e a segunda é anexada ao prontuário do paciente (BRASIL, 2006b).

Com a extinção do formulário de AIH impresso, após a vigência da AIH magnética em 2001, o único instrumento de controle das internações no SUS é o registro do número da AIH autorizada pelo gestor local no laudo (que é o documento que deve ser impresso e anexado ao prontuário). Esse registro pode ser feito pelo gestor/prestador das

seguintes formas: (1) gerado a partir do módulo autorizador (aplicativo gratuito desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS); (2) por meio de etiquetas impressas, que podem ser autocolantes com numeração gerada a partir de aplicativo especialmente desenvolvido pelo gestor local; (3) impressa em papel comum que pode ser colado ou grampeado diretamente no laudo de solicitação de AIH; (4) número manuscrito e controlado por protocolo de entrega pelo gestor ao autorizador. As AIH são preenchidas utilizando-se o SISAIH01 e são apresentadas ao gestor local em meio magnético. O SIHD importa a produção, critica os dados, calcula os valores brutos e emite relatórios gerenciais (BRASIL, 2006b).

#### **1.4 Morbidade**

O conjunto de casos de uma dada afecção ou de agravos à saúde que acometem um grupo de indivíduos de determinada população é denominado genericamente como morbidade (PEREIRA, 2001).

A doença é produto direto ou indireto das condições gerais em que se desenvolve uma sociedade, tendo determinantes de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica. Embora seja um fenômeno de natureza subjetiva, de difícil conceituação e redução a dados estatísticos precisos, pode ser dimensionada por meio de indicadores de saúde dentre os quais, os de morbidade (LAURELL, 1983; LEBRÃO, 1997).

Embora “o interesse do homem pela doença seja tão antigo como ele mesmo”, baseado na universalidade da experiência que habilita a todos a opinar sobre o assunto, apenas nos fins do século XVII é iniciada a aplicação da estatística - compreendida como a medida do estado - aos problemas de saúde da população (FOUCAULT, 2007).

O interesse pelo estudo das causas das doenças foi praticamente inexistente até há 100 anos atrás, quando William Farr, em 1885, enfatizou a necessidade de coletar as estatísticas de morbidade, tendo os estudos de morbidade se confundido com o desenvolvimento das classificações das doenças, sendo Farr, o responsável por uma classificação estatística de doenças. Outros autores, como Chadwick e Shattuck, também utilizaram dados originados da estatística vital para descrever e denunciar os perfis de morbidade, mortalidade e condições de vida da população (SWAROOP, 1964).

Ao final do século XVIII, a notificação às autoridades locais de saúde das enfermidades infecciosas selecionadas - como febre amarela, cólera, tuberculose, peste, varíola, tornou-se gradativamente uma prática requerida aos médicos na Europa e nos Estados

Unidos. Em 1925, todas as unidades federadas dos Estados Unidos da América passaram a participar de um sistema nacional de notificação de morbidade. No período de 1930 a 1950 observou-se o desenvolvimento do primeiro inquérito nacional de saúde nos EUA (1935) e a organização do primeiro registro de câncer, na Dinamarca (1943) (SWAROOP, 1964; TEIXEIRA *et al.*, 1998).

Em novembro de 1951, em Genebra, foi realizada a conferência sobre “estadísticas de morbilidad”, onde se reconheceu a importância dos dados de morbidade (OPAS, 1951, p.5):

Las estadísticas de morbilidad permiten determinar la incidencia de enfermedades, invalidez y traumatismos en una población, y constituyen una valiosa fuente de información para el estudio de numerosos problemas. Esta información sirve para ampliar la que suministran las estadísticas de morbilidad, ya que es bien reconocido que, en cualquier comunidad, las principales causas de defunción distan mucho de ser las principales causas de enfermedad [...] Los directores de salud pública, cuya principal preocupación al principio era la prevención de las enfermedades infecciosas, pronto se dieron cuenta de que, a fin de poder desempeñar mejor su labor en la comunidad, necesitaban poseer mayor información sobre muchas otras afecciones. Al administrador de hospitales le es de suma importancia conocer la incidencia y naturaleza de las enfermedades prevalentes en su zona de trabajo, a fin de poder suministrar los servicios adecuados [...] (p. 5).

No Brasil, o uso dos dados de morbidade começou a ser motivo de preocupação e interesse a partir da década de 1970, com o aparecimento dos boletins de altas hospitalares em São Paulo e, posteriormente, de inquéritos domiciliares de morbidade (LEBRÃO, 1997).

Com as mudanças observadas no perfil das doenças ocorrentes no Brasil, seguindo a tendência mundial, cada vez mais, gestores, profissionais e pesquisadores passaram a utilizar essa fonte de dados para o monitoramento de doenças, notadamente para a vigilância de doenças crônicas. Neste sentido, o Ministério da Saúde tem orientado, a partir de 2006, para o monitoramento e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), a formulação de coeficientes de internação (BRASIL, 2006a; MALTA *et al.*, 2006).

A utilidade das estatísticas de morbidade está ligada a algumas informações: 1) quantas pessoas sofrem de determinadas doenças, com que frequência e por quanto tempo; 2) que demanda exerce essas doenças sobre os recursos médicos de saúde pública e que perda financeira causa; 3) qual a letalidade das diferentes doenças; 4) em que extensão as pessoas estão prevenidas contra essas doenças ao efetuar suas atividades normais; 5) em que extensão as doenças estão concentradas em grupos específicos da população, por exemplo, idade, sexo, grupo étnico, ocupação ou lugar de residência; 6) qual o efeito da atenção médica e dos

serviços de saúde pública sobre o controle da incidência da doença (LAURENTI *et al.*, 2005; LEBRÃO 1995).

Laurenti *et al.* (2005) esquematizam os usos destas informações: no controle das doenças transmissíveis; no planejamento de serviços preventivos e de serviços adequados de tratamentos; na verificação da relação com os fatores sociais; na avaliação da importância econômica das doenças; na investigação da etiologia e patogenia; na investigação da eficácia das medidas preventivas e terapêuticas; em estudos da distribuição das doenças (LAURENTI *et al.*, 2005).

Em vigilância epidemiológica, os dados de morbidade são os mais utilizados por permitirem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Correspondem à distribuição de casos, segundo a condição de portadores de infecções ou patologias específicas, como também de seqüelas. São oriundos da notificação de casos e surtos, da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigações epidemiológicas, da busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras formas (BRASIL, 2005a).

Carvalho e Eduardo (1998, p. 32) descrevem, sobre as informações em morbidade:

[...] fornecem dados importantes para o controle das doenças; para a investigação de etiologia e patogenia e da relação com fatores econômicos, sociais e culturais; para a investigação de eficácia das medidas preventivas e terapêuticas; para estudos nacionais e internacionais da distribuição das doenças e para o planejamento de serviços destinados a prevenção e a cura das doenças.

A estrutura da morbidade da população vem se modificando nas últimas décadas, com o declínio das doenças infecciosas e o gradual aumento das doenças crônicas, em decorrência de diversos fatores, dentre os quais, a introdução de novos hábitos e estilos de vida, dos avanços tecnológicos, principalmente na área das ciências médicas e da indústria farmacêutica. Estes avanços implicam no aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população. O volume maior de doenças vem se transferindo para as idades mais avançadas. Assim, a morbidade complementa a mortalidade como índice de saúde e doença (LAURENTI, 2004; LEBRÃO, 1995).

Estes autores justificam esta complementaridade em três razões principais: a dificuldade de determinação da causa básica de morte para as doenças crônicas; a seleção de uma única causa de morte leva à perda de informações sobre doenças concomitantes; doenças



crônicas de baixa letalidade não aparecem nas estatísticas de mortalidade (LAURENTI, 2004; LEBRÃO, 1995).

Quanto à importância das estatísticas de morbidade, Lebrão (1997, p. 51), enfatiza:

As estatísticas de morbidade têm hoje uma importância cada vez maior, pois elas são mais reveladoras que as de mortalidade, uma vez que estas mostram um quadro de saúde como ela foi, enquanto que para se perceber a saúde como ela é, é necessário utilizar as estatísticas de morbidade. Elas representam as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbito.

Alguns autores ressaltam a complexidade dos estudos de morbidade. San Martin (1981) resalta a questão da subjetividade do fenômeno. O indivíduo passa do estado normal ao patológico lenta ou bruscamente, não existindo uma fronteira nítida entre as variedades da saúde e da doença. Swaroop (1964) considera que a exatidão do diagnóstico depende do conhecimento do médico e das facilidades disponíveis para o diagnóstico. Ressalta, ainda, que os diagnósticos não informam sobre a gravidade, a perda da habilidade funcional, entre outros, não se constituindo numa descrição adequada do estado de saúde (SAN MARTIN, 1981; SWAROOP, 1964)

Pereira (2001) considera as diferentes perspectivas, ao se lidar com morbidade, dado as várias acepções que a palavra “doença” assume: a) anormalidade no estado de saúde percebida pelo indivíduo doente; b) anormalidade biológica em estrutura ou função, diagnosticada por profissional de saúde, após exame; c) expressão social, representada por atitudes e comportamentos assumidos pelas pessoas ao perceberem desvios no estado normal da própria saúde (PEREIRA, 2001).

Travassos *et al.* (1995) sugerem que há um acentuado componente social tanto na morbidade quanto na utilização dos serviços de saúde, sendo as chances de adoecer e morrer, influenciadas tanto pela posição social como pela experiência de vida dos indivíduos sendo muitos os fatores que podem interferir nos índices de morbidade de uma comunidade, dentre os quais: a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde; a percepção das pessoas à saúde/doença; a estrutura demográfica da população. Assim, as estatísticas de morbidade, a partir de serviços de saúde, estão sujeitas a alterações derivadas da estrutura da demanda de assistência médica e da política assistencial neste campo. É possível que se mensure mais a oferta de recursos do que a real necessidade da população (TRAVASSOS *et al.*, 1995).

## 1.5 Morbidade hospitalar

Dentre as fontes de informações sobre morbidade de uma população estão as estatísticas hospitalares, talvez a mais antiga fonte de dados de morbidade, uma vez que se tem notícias de que teria sido proposta a coleta de dados hospitalares no ano de 1732 (LEBRÃO, 1997).

Florence Nightingale foi uma das grandes incentivadoras das estatísticas hospitalares, tendo em 1863 publicado o trabalho intitulado – *Proposta para um Plano Uniforme de Estatísticas Hospitalares*. Precursora desses registros, durante a guerra da Criméia (1853-1856), defendia com veemência a importância dos registros como fundamental para a continuidade no tratamento dos pacientes. Florence coletou dados e organizou um sistema de registros que utilizou como ferramenta para melhorar as condições dos hospitais civis e militares (PINTO, 2006).

A prática sistemática dos registros hospitalares iniciou-se a partir do último quarto do século XVIII, com o surgimento do hospital como instrumento terapêutico, de intervenção sobre o doente e a doença. Até meados do século XVII os hospitais europeus eram essencialmente voltados para a assistência material, salvação espiritual e segregação dos pobres que estavam morrendo e ameaçavam a saúde da população, constituindo verdadeiros “morredouros” (FOUCAULT, 2007).

As mudanças ocorridas a partir de então, basearam-se numa técnica predominantemente militar: a disciplina, visando vigiar constantemente os pacientes e seus respectivos registros. Foi então que nasceu a discussão na prática médica. Já em 1785, o Hôtel-Dieu em Paris exigia dos médicos a análise de seus registros pelo menos uma vez ao mês. O processo evoluiu tanto que, desde 1918, praticamente todas as pessoas norte-americanas que tenham sido atendidas em hospitais possuíam um prontuário (SANTOS, 2008).

Caracterizada até então como uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão, o hospital passa a constituir um campo documental, local não somente de tratamento clínico, mas também de registro, acúmulo e formação de saber, que permite a observação, tanto de casos individuais, como de grupos de indivíduos de uma população. Indivíduos e população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da prática médica. Os registros cotidianos de diversos hospitais e regiões, ao

serem confrontados, permitiam constatar os fenômenos patológicos comuns à população (FOUCAULT, 2007).

Dos registros individuais iniciais, podem ser citados: identificação de pacientes por etiquetas amarradas ao punho e fichas em cima de cada leito, com o nome do doente e doença; registro geral de entradas e saídas, constando o nome do paciente, o diagnóstico médico, a enfermaria que ocupou e as condições de alta ou óbito; registro de cada enfermaria, feito pela enfermeira-chefe; registro da farmácia, com as receitas despachadas para cada paciente; registro médico, com anotações de diagnóstico, receitas e tratamentos prescritos nas visitas aos pacientes internados (FOUCAULT, 2007).

A coleta de dados hospitalares é feita de maneira diversa em vários países. Nos Estados Unidos da América é feita uma amostra anual de saídas a partir de uma amostra de hospitais; no Canadá, o Instituto do Prontuário permite a coleta da totalidade das internações; na Inglaterra é feita uma amostra de 10% das saídas de toda a rede hospitalar; no Brasil, é colhida a totalidade das internações cobertas pelo SUS, por meio do SIH/SUS (LEBRÃO, 1997).

A morbidade hospitalar é classificada por meio da CID-10, instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a CID-10 em 1996/1997, como a classificação de doenças obrigatória em todo o território nacional pelo Ministério da Saúde, sendo adotada em diversos sistemas da área de saúde, tais como os de Mortalidade, de Assistência à Saúde, de Morbidade, de Gestão Hospitalar e tantos outros. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

A primeira versão da CID foi proposta no século XIX, tendo sido desenvolvida, inicialmente, para classificar e codificar as causas de morte da população, a partir dos registros populacionais. Permaneceu por muito tempo como uma classificação de causas de morte, mas tanto a nona quanto a décima revisão foram bastante expandidas com o intuito de possibilitar o seu uso em estatísticas de morbidade tendo sido, a partir de então, utilizadas em estudos de morbidade, por serem classificações de caráter universal, oferecendo possibilidade de classificar todos os agravos à saúde e permitindo comparações (CASTRO; CARVALHO, 2005; LAURENTI, 1991).

Composta por uma lista tabular, formada por categorias, isto é, códigos alfanuméricos, de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (nesse caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, tem-se, portanto, as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e de outro número.

Um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo.

<b>Capítulos</b>	□	<b>Agrupamentos</b>	□	<b>Categorias</b>	□	<b>Subcategorias</b>
				(uma letra e dois dígitos)		(0 a .9)

A CID-10 é composta por 21 capítulos, especificados no quadro 1.

Quadro 1 – Lista de categorias de três caracteres da CID-10

Capítulo	Código	Especificação
I	(A00-B99)	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	(C00-D48)	Neoplasias [tumores]
III	(D50-D89)	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
IV	(E00-E90)	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
V	(F00-F99)	Transtornos mentais e comportamentais
VI	(G00-G99)	Doenças do sistema nervoso
VII	(H00-H59)	Doenças do olho e anexos
VIII	(H60-H95)	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX	(I00-I99)	Doenças do aparelho circulatório
X	(J00-J99)	Doenças do aparelho respiratório
XI	(K00-K93)	Doenças do aparelho digestivo
XII	(L00-L99)	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	(M00-M99)	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	(N00-N99)	Doenças do aparelho geniturinário
XV	(O00-O99)	Gravidez, parto e puerpério
XVI	(P00-P96)	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	(Q00-Q99)	Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	(R00-R99)	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte
XIX	(S, T)	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas
XX	(V, W, X, Y)	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	(Z00-Z99)	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Fonte: OMS, 2000.

As estatísticas hospitalares podem ser utilizadas com três finalidades principais: clínica, administrativa e epidemiológica, não sendo exclusivos, uma vez que, geralmente, observa-se uma superposição entre os mesmos. Segundo Lebrão (1997), o uso clínico dessas estatísticas ainda é restrito. O uso administrativo compreende as atividades de planejamento dos serviços. O epidemiológico compreende a distribuição dos pacientes em relação a variáveis como diagnóstico, idade, sexo, ocupação, entre outros; o estudo das tendências dessas distribuições e estudos de caso-controle e seguimento (LAURENTI, 2005; LEBRÃO, 1997).

Sobre o uso administrativo das estatísticas hospitalares no planejamento dos serviços, Lebrão (1997, p. 63) afirma que:

[...] as informações deveriam estar disponíveis a fim de permitir o acompanhamento de mudanças no padrão de demanda e utilização dos serviços hospitalares, a programação de determinados serviços de diagnóstico e tratamento ou, ainda, a verificação da eficiência e eficácia do hospital.

Com relação ao uso epidemiológico, Mathias e Soboll (1996) reforçam que o conhecimento dos principais diagnósticos mostra tendências ou padrões de morbidade quando são analisados e comparados periodicamente para uma determinada região. Sexo e idade são variáveis associadas com diferentes riscos de adoecer que se expressam em uma morbidade e mortalidade específicas que, quando analisados, subsidiam a organização da assistência à saúde de uma população definida, entre outros fatores, por suas características demográficas (MATHIAS; SOBOLL, 1996).

As informações hospitalares são de fundamental importância, por permitirem, quando analisadas e agregadas a informações de outros serviços de assistência à saúde, avaliar a assistência prestada, a estrutura dos serviços de saúde e a política médico-assistencial, podendo, ainda, refletir condições de vida e saúde da população. São dados relativamente seguros, por serem referentes a pacientes que, salvo raras exceções, foram vistos por profissional médico (LAURENTI; BUCHALLA, 1985).

Dados de morbidade, provenientes do SIH/SUS subsidiaram em 2002 a elaboração do Projeto Carga de Doenças, que calcula o indicador Anos de Vida Perdidos ajustados por Incapacidade (AVPAI), que corresponde ao *DALY (Disability-Adjusted Life Years)* de inúmeros agravos e seqüelas. Este indicador combina informação sobre mortalidade e morbidade para representar o perfil de saúde de uma população. Na realidade, o AVPAI é a soma de dois componentes: o AVPMP (Anos de Vida Perdidos devido a Morte Prematura), que corresponde ao *YLL (Years of Life Lost)*, e o AVINC (Anos Vividos com Incapacidade) correspondente ao *YLD (Years Lived with Disability)* (LEITE *et al.*, 2002).

Objetivando a descrição do perfil epidemiológico das internações em hospitais conveniados de Fortaleza a Secretaria Municipal de Saúde publicou um boletim, em 1997, e um segundo, em 2004, o qual complementa a análise do boletim anterior.

Várias limitações são apontadas quanto ao uso das informações de internação hospitalar, sendo a principal, o seu caráter de seletividade e parcialidade. São consideradas seletivas por tratarem de doenças que demandaram internação e parciais por serem restritas a

uma parte da população que efetivamente chega ao hospital, não representando a morbidade do coletivo (LAURENTI, 2005).

Por meio do organograma abaixo, Laurenti (2005) mostra que somente uma fração da população, mesmo doente, chega a ser hospitalizada.

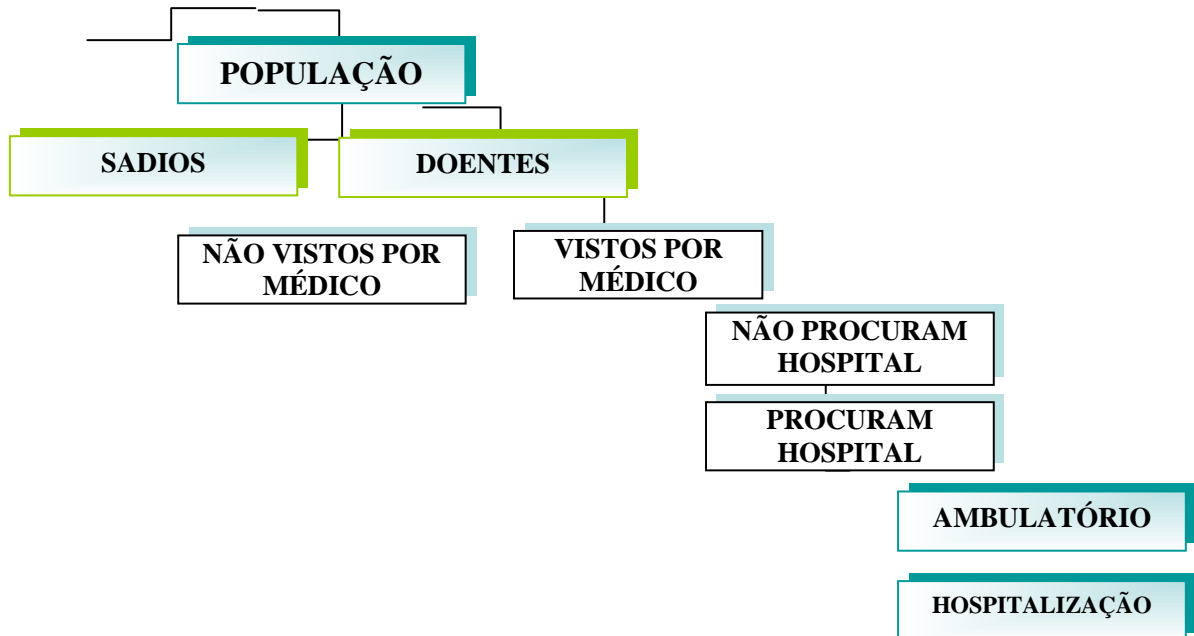


Figura 2 – Fluxo de internação

Leite *et al.* (2002) ressaltam, ainda, outra limitação ao uso das estatísticas obtidas com base em informações de registros hospitalares pelas mesmas serem relativas a episódios ou eventos e, por isso, apresentam falhas na cobertura de condições cujas causas não são bem definidas ou não possuem tratamento específico. Consideram, ainda, como limitante a utilização de tabela de procedimentos e o fato do sistema de informações hospitalares ter sido criado para fins de faturamento, o que poderá levar a escolha de registros de agravos de maior complexidade (LEITE *et al.*, 2002).

## 1.6 Caracterização do município de Fortaleza

### 1.6.1 Aspectos Históricos<sup>3</sup>

As origens da cidade de Fortaleza estão relacionadas com as primeiras tentativas de colonização do Ceará, no ano de 1603, quando a expedição liderada por Pero Coelho de Sousa construiu na barra do Ceará o Forte de São Tiago.

A capitania recebeu o nome de Nova Lusitânia e a localidade que rodeava o Forte foi chamada de Nova Lisboa. No ano de 1612, Martins Soares Moreno construiu o Forte de São Sebastião no local ocupado pelas ruínas do Forte erguido por Pero Coelho.

A aldeia que rodeava o Forte foi chamada de N. S. do Amparo. Em 1649, Matias Beck construiu o Forte Schoonenborch, às margens do riacho Pajeu, que se constituiu o principal ponto de origem da cidade de Fortaleza, tendo sido rebatizado como Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção quando os portugueses o conquistaram de seus fundadores em 1654, e, mais tarde, reduzido apenas a Fortaleza.

Elevada à categoria de vila a 13 de abril de 1726, passou a ser sede da capitania do Ceará em 1799, quando este se separou de Pernambuco. No século XVIII, sob influência portuguesa, foram erguidas duas importantes igrejas: a velha Sé, demolida em 1937 para dar lugar à construção da nova e atual Catedral, e a Igreja do Rosário que, segundo a tradição, surgiu de uma capela erguida por escravos, local de oração dos negros e passou por algumas reformas até tomar a forma que hoje possui.

Em 1823, criadas as províncias em substituição às capitanias pela 18ª Assembléia Constituinte Brasileira, Fortaleza foi elevada à categoria de cidade da província. Seus limites foram definidos por decreto municipal em 1875, a partir da aprovação da *Planta topográfica da cidade de Fortaleza e subúrbios*, elaborada pelo engenheiro da província e do município Adolfo Herbster.

Durante o século XIX, com o surgimento da cultura do algodão, Fortaleza consolida a liderança urbana no Estado. Sua privilegiada localização junto ao mar facilitava as relações de troca, ampliando sua importância regional. O porto de Mucuripe, apto a receber grandes embarcações, ganhou vulto como escoadouro da produção de algodão do interior. O binômio gado-algodão criava as bases de organização do espaço em Fortaleza.

---

<sup>3</sup> Extraído do Plano Municipal de Saúde 2001-2004, nos cinco primeiros parágrafos.

A cidade expandia-se em direção oeste, sul e sudoeste, uma vez que o rio Pajeú representava um obstáculo natural para leste. As vias férreas, bem como as estradas de rodagem foram sendo implantadas segundo essa mesma configuração territorial, historicamente legada, tendo o binômio porto-ferrovia como um dos aspectos estruturantes da localização residencial e industrial em Fortaleza, deslocando-se para oeste as indústrias e a classe de baixa renda (FORTALEZA, 2001; VIEIRA, 2002).

Entre os anos de 1846 e 1877 a cidade passa por um período de enriquecimento e melhoria das condições urbanísticas com a exportação do algodão e a execução de diversas obras e melhorias, tais como o Liceu do Ceará, o Farol do Mucuripe, a Santa Casa de Misericórdia, a introdução de linhas de navios a vapor, ligando a cidade ao Rio de Janeiro e à Europa, a rede de iluminação pública, a introdução do sistema de canalização d'água, entre outras (VIEIRA, 2002).

No início do século XX, Fortaleza passou por um processo de modificação em sua infra-estrutura urbana: o crescimento populacional. A cidade cresce muito chegando ao final da década de 1910 como a sétima cidade do Brasil em população. A necessidade do planejamento e da construção de bairros residenciais para acolher a população vinda do sertão nordestino, expulsa pela seca e pela desigualdade fundiária, já se fazia sentir (VIEIRA, 2002).

Com o término da 2ª Guerra Mundial, houve um considerável crescimento industrial no município, o beneficiamento de produtos regionais, notadamente relacionados às produções alimentícia e têxtil, impulsionou o parque industrial, transformando a capital cearense em pólo de atração da mão-de-obra regional (FORTALEZA, 2001).

Entre as décadas de 1950 e 1960 a cidade passa por um grande crescimento econômico e inicia-se a ocupação de bairros mais distantes do centro. Ao final dos anos 1970 começa a despontar como um futuro pólo industrial do Nordeste com a implantação do Distrito Industrial de Fortaleza (ARAÚJO; CARLEIAL, 2001).

Hoje, Fortaleza é uma cidade com população superior a dois milhões de habitantes, representando cerca de 29,5% do contingente populacional do estado do Ceará, concentrando, aproximadamente, dois terços de toda a atividade econômica estadual. Continua sendo palco de inúmeras migrações, tanto pelo aspecto puramente econômico, como pelo poder atrativo que a metrópole exerce sobre a população do interior do estado. O município recebe, por meio do êxodo rural, um expressivo contingente de pessoas a cada ano, o que acarreta inchaço de sua periferia e o conseqüente crescimento relativo de sua população carente e o aumento da demanda por serviços públicos de saúde (VIEIRA, 2002).



### 1.6.2 Aspectos Naturais e Geográficos

Cidade plana, localizada no litoral atlântico, a 3°43'02"S e 38°32'35"W no nordeste do país, com 34 km de praias e com altitude média, relativamente, baixa, em torno de 20 metros, Fortaleza possui área de 313,14 Km<sup>2</sup>, distribuídas em seis Secretarias Executivas Regionais, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (figura 02). Limita-se ao norte com o oceano Atlântico, ao sul com os municípios de Pacatuba, Euzébio, Maracanaú e Itaitinga. Ao leste com o município de Aquiraz e o Oceano Atlântico e a Oeste com o município de Caucaia (FORTALEZA, 2006).

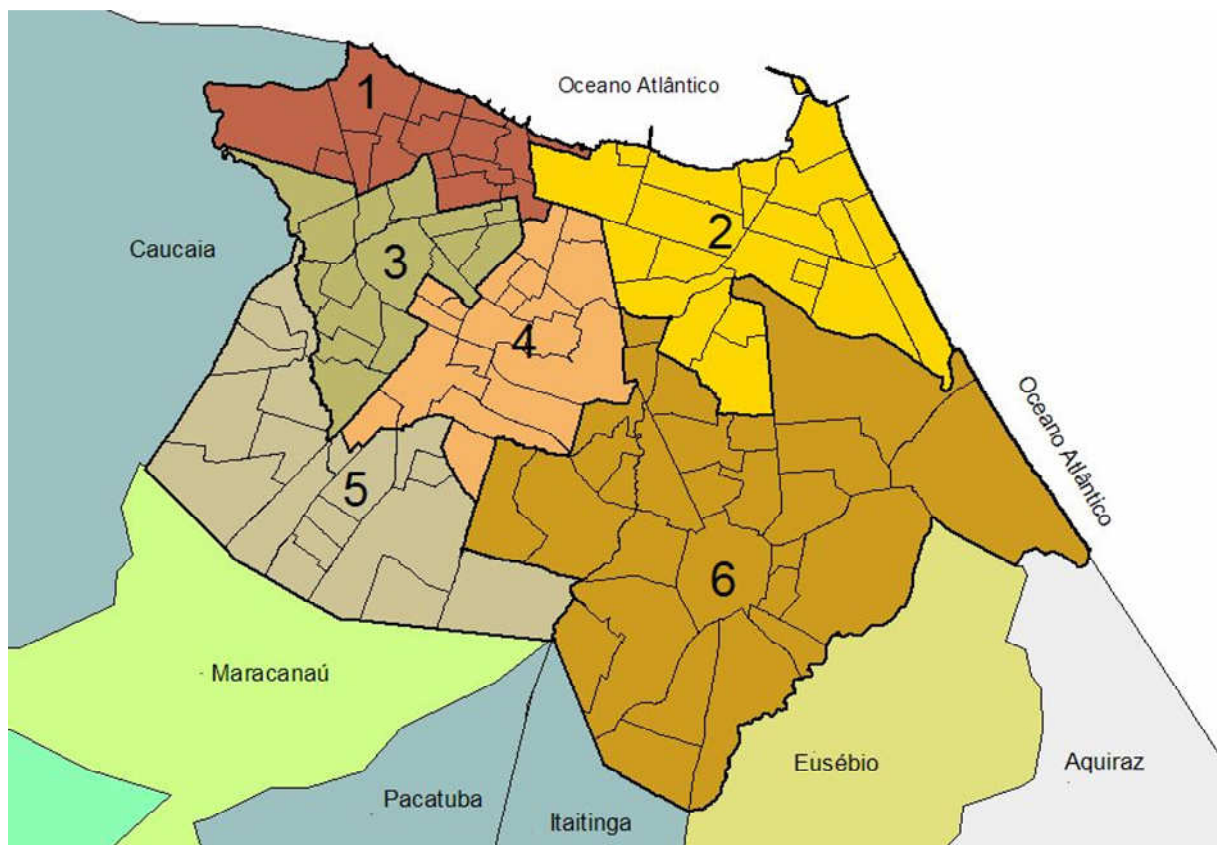


Figura 3 – Mapa de Fortaleza e Secretarias Executivas Regionais

Localizada muito próximo à linha do Equador, Fortaleza possui clima quente, com temperatura média de 27°C. A vegetação predominante é de mangue e restinga, tendo o Parque Ecológico do Cocó como a maior área verde da cidade. A hidrografia da capital cearense é formada pelos rios Ceará, Coaçu, Maranguapinho, Cocó e Pacoti como os mais

importantes. Há, também, alguns riachos que alimentam as lagoas do município e outros que deságuam no oceano Atlântico (FORTALEZA, 2001).

### 1.6.3 Aspectos Sócio - Econômicos

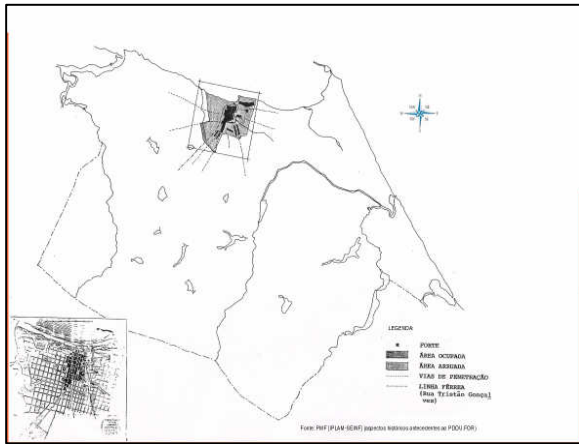
O crescimento demográfico de Fortaleza, ao longo de sua história, teve como principais causas o período de secas no interior e o conseqüente êxodo rural e a busca por melhores condições de emprego e renda. A modernização da cidade e o aumento da importância econômica e política da cidade configurava a “esperança” para os contingentes populacionais castigados pelas secas periódicas passando a migrar para a capital, acelerando o seu crescimento. No passado houve um povoamento espraçado, adensando-se separadamente os diversos núcleos da atual configuração do município (FUCK JUNIOR, 2004).

De uma população de 200 habitantes no núcleo urbano no ano de criação da vila, em 1726, a cidade já contabilizava 2874 pessoas no primeiro censo populacional, realizado em 1777. A cidade atingiu sua primeira centena de milhar de habitantes em 1922, com a anexação dos municípios de Messejana e Parangaba. Em 1973, quando foram criadas as Regiões Metropolitanas no país, Fortaleza contava com quase um milhão de habitantes, passando a constituir-se em uma delas. O crescimento da cidade tornou-se visível, em termos de sua malha urbana e de verticalização dos seus solos (ARAÚJO; CARLEIAL, 2001).

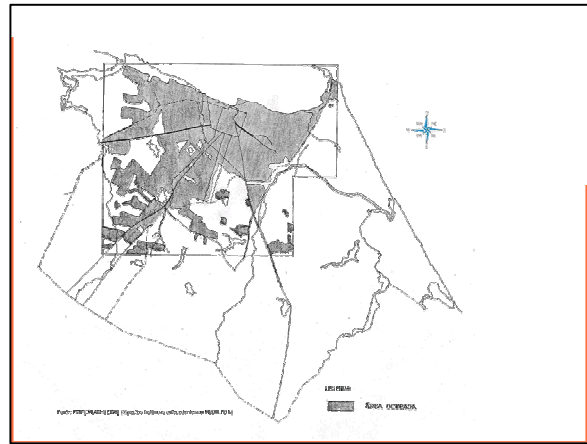
Na década de 1980, Fortaleza ultrapassa Recife em termos populacionais, tornando-se a segunda cidade mais populosa do Nordeste, 1.308.919 habitantes. Ao longo das últimas décadas a cidade foi “inchando”, sendo, atualmente, a capital de maior densidade demográfica do país, com 7.764,6 hab/km<sup>2</sup>.

Atualmente, Fortaleza é a quarta maior cidade do país, com população de 2.458.545 habitantes, no ano de 2007, onde se observa a predominância do sexo feminino, que responde por 53,20% do total, sendo a razão de sexos igual a 88. Esse indicador reflete a realidade do país, na qual prepondera a sobremortalidade masculina, nas faixas etárias jovens e adultas, em decorrência de mortes por causas violentas (RIPSA, 2002).

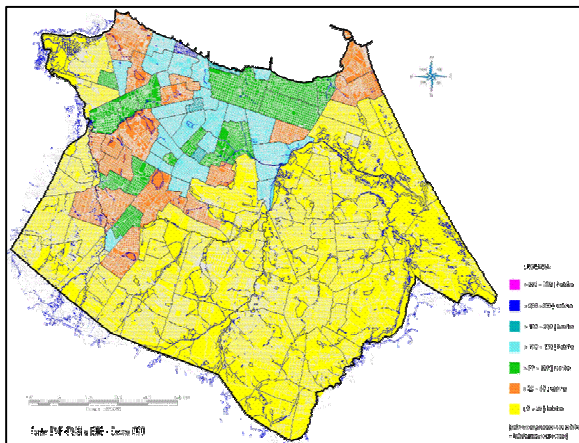
A figura 04 mostra a evolução urbana e demográfica de Fortaleza - século XIX–1970-1980-1991-2000.



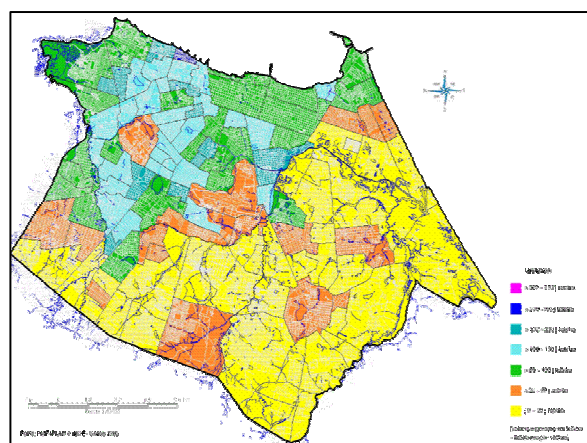
Século XIX – Planta da Cidade de Fortaleza e subúrbios 1875



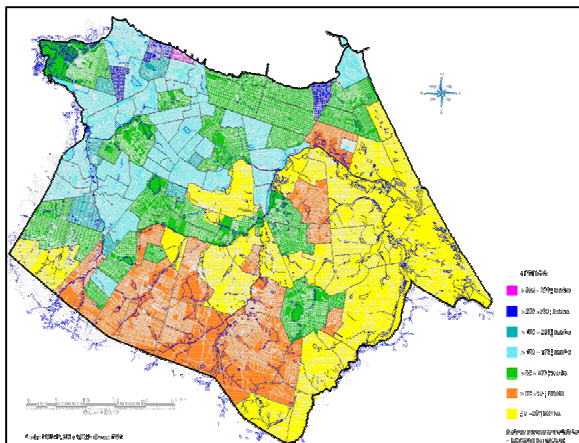
Evolução Urbana Século XIX -1959



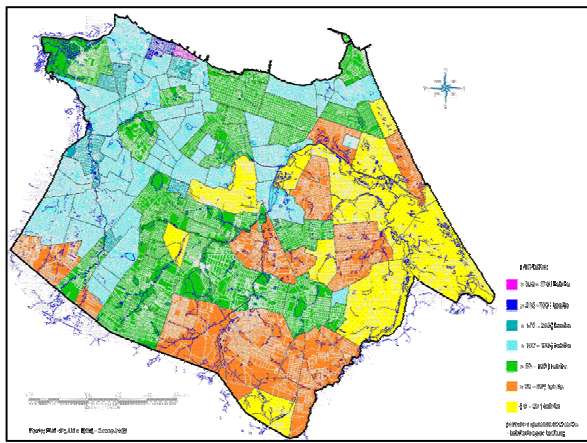
Fortaleza: Densidade Populacional Censo Demográfico 1970



Fortaleza: Densidade Populacional Censo Demográfico 1980



Fortaleza: Densidade Populacional Censo Demográfico 1991



Fortaleza: Densidade Populacional Censo Demográfico 2000

Figura 4 – Evolução urbana de Fortaleza - século XIX. Evolução demográfica – 1970-1980-1991-2000

Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Catálogo de Indicadores da Situação Epidemiológica de Fortaleza. Construído a partir de dados do censo de 2000/IBGE.

Com uma expressiva taxa de crescimento, o município apresentou um percentual de incremento anual de 2,17% para o período de 1991 a 2000. Esse valor reflete a velocidade de crescimento observada entre os volumes populacionais enumerados nos respectivos

recenseamentos. Com relação à distribuição da população por faixa etária, em 2007, evidencia-se a predominância de pessoas na faixa etária menor de 50 anos, representando cerca de 85,0% da população.

Tabela 1 – População residente por sexo, segundo faixa etária. Fortaleza, 2007

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Menor 1 ano	19.672	18.952	38.624	1,6
1 a 4 anos	82.439	80.471	162.910	6,6
5 a 9 anos	109.753	109.944	219.697	8,9
10 a 14 anos	113.600	113.634	227.234	9,2
15 a 19 anos	121.070	121.191	242.261	9,9
20 a 29 anos	235.780	261.575	497.355	20,2
30 a 39 anos	175.737	207.223	382.960	15,6
40 a 49 anos	137.419	168.176	305.595	12,4
50 a 59 anos	81.764	108.820	190.584	7,8
60 a 69 anos	43.467	64.806	108.273	4,4
70 a 79 anos	20.926	36.952	57.878	2,4
80 anos e mais	8.123	17.051	25.174	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.149.750</b>	<b>1.308.795</b>	<b>2.458.545</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, 2000.

Entretanto, o índice de envelhecimento da população é crescente para o período compreendido entre 2000 e 2006, apresentando os valores de 25,4% e 28,5%, respectivamente. Esse índice traduz o número de pessoas de 60 e mais anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado local e ano. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado (IBGE, 2000; RIPS, 2008).

O gradativo envelhecimento da população, devido à redução da natalidade, à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida, associado a mudanças no perfil de adoecimento, com a substituição das doenças infecciosas pelas doenças não infecciosas e outros agravos e violências, são fatores que implicam na mudança da configuração da pirâmide populacional para os anos de 1872, 1980 e 2006. Fortaleza apresenta uma taxa de fecundidade de 1,7, taxa bruta de natalidade de 16,4, taxa bruta de mortalidade de 5,4 e esperança de vida ao nascer de 69,6 (CEARÁ, 2007). (figura 5).

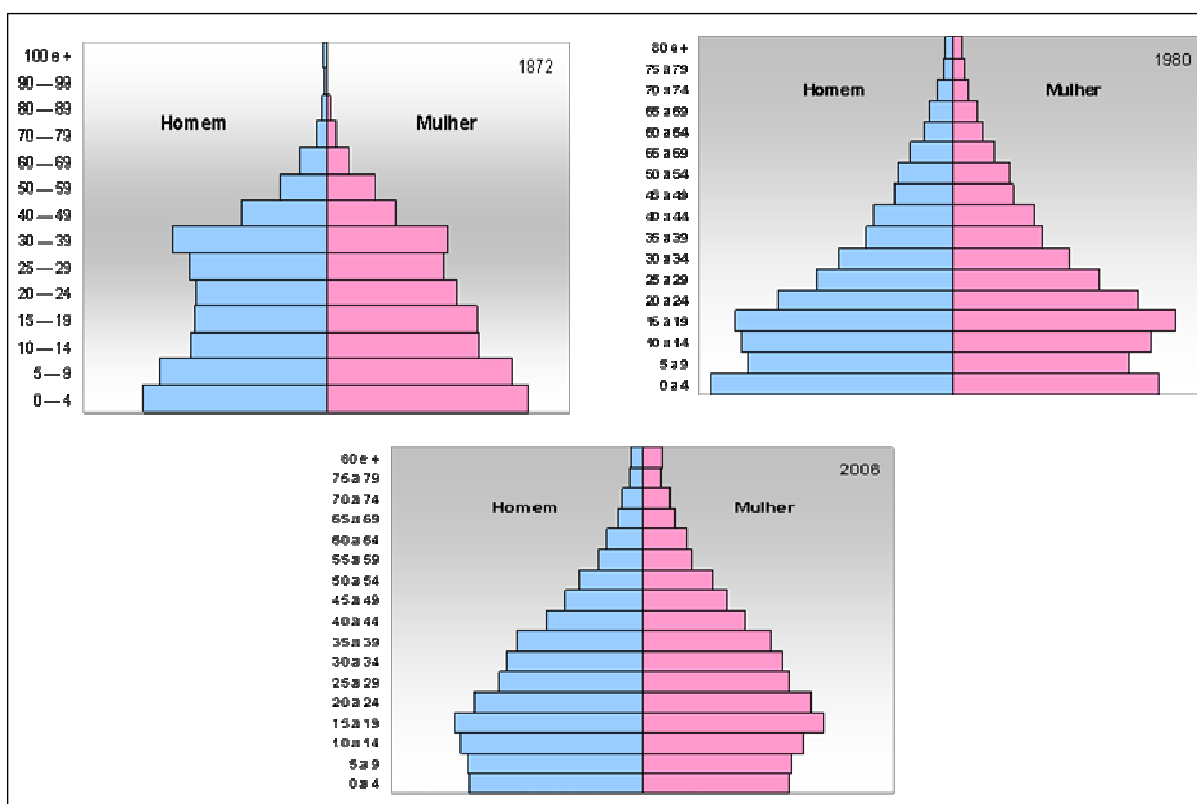


Figura 5 – População residente por sexo e faixa etária. Fortaleza, 1872-1980-2006

Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Catálogo de Indicadores da Situação Epidemiológica de Fortaleza. Construído a partir de dados do censo demográfico 2000/IBGE e contagem populacional; para os anos intercensitários, estimativas dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/DATASUS.

Fortaleza detém a maior concentração de atividades econômicas e serviços de todo o Estado e essa expressividade é evidenciada, principalmente, nos setores secundário e terciário, com ênfase para os sub-setores de comércio e serviços que proporcionam o maior número de empregos. A análise da estrutura do Produto Interno Bruto, no município, segundo os setores econômicos, revela para a indústria uma participação semelhante a do Estado como um todo, cerca de 1/3 dos respectivos PIBs. Considerando-se que em termos municipais a atividade agropecuária é praticamente inexistente, o restante do produto é respondido pelo setor de comércio e serviços, em termo de 2/3 do total (IBGE, 2000).

Em 2006 o PIB de Fortaleza foi de 22.537.716.000 de reais, com um aumento nominal relativo ao ano anterior de quase de 3 bilhões. No ano de 2004, de acordo com o IBGE, o PIB foi de 15.797.377.000 reais. Esse total representa 47,5% do PIB do Ceará e 0,89% do Brasil. Dentre as capitais do Nordeste, Fortaleza possui o segundo maior PIB, sendo superada apenas por Salvador (IBGE, 2006).

Tabela 2– Evolução do PIB. Fortaleza, 2002 a 2006

Ano	PIB	
	(1.000)	Per Capita
2002	14.423.062	6.415
2003	15.549.352	6.788
2004	17.562.202	7.529
2005	19.734.557	8.309
2006	22.537.716	9.325

Fonte: IBGE.

Os dados do Censo 2000 (IBGE) mostram Fortaleza com 114 bairros, nos quais estão presentes as evidências das disparidades de renda. Ao analisar-se a renda média mensal por bairros (figura 04), observa-se uma distribuição desigual, com concentração de renda em seis bairros, que apresentam renda mensal superior a 10 salários mínimos.

Conforme recente estudo de Araújo e Carleial (2003), chefes de família com rendas médias mais elevadas residem, sobretudo, no leste (por tradição) e sudeste (por expansão), a começar do Centro (R\$ 1.306,06), passando pelos bairros de Meireles (R\$ 4.288,36), Aldeota (R\$ 3.336,30), Praia de Iracema (R\$ 1.859,73), Mucuripe (R\$ 2.796,98), Varjota (R\$ 2.167,98), Papicu (R\$ 2.220,41), Cocó (R\$ 3.437,34), Praia do Futuro I (R\$ 1.616,46), Joaquim Távora (R\$ 1.572,94), Estância (Dionísio Torres) (R\$ 3.264,66), Salinas (R\$ 2.125,66), Guararapes (R\$ 3.537,79), Engenheiro Luciano Cavalcante (R\$ 1.469,07), Cidade dos Funcionários (R\$ 1.685,57), Parque Manibura (R\$ 2.125,68), Cambeba (R\$ 1.675,89) e Alagadiço Novo (R\$ 1.566,29). Observa-se, que esta grande área é palco de inúmeros investimentos de infra-estrutura, que beneficiam setores estratégicos da economia, como o comércio para classes de renda alta, e as áreas de recepção de turistas. Mesmo assim, alguns bairros do setor oeste aparecem entre aqueles com renda alta: Fátima (bairro próximo ao centro) com renda média de R\$ 2.017,22; Benfica (bairro antigo) com 1.417,93; e Parquelândia (R\$ 1.530,53) (ARAÚJO; CARLEIAL 2003).

Ao observar-se as rendas mais baixas dos chefes de domicílios que variam entre R\$ 269,63 a R\$ 373, 87, é no setor oeste, que se vê a predominância. São bairros antigos e novos que se misturam, nesse traçado, acompanhando o litoral (Arraial Moura Brasil, Pirambu, Cristo Redentor, Barra do Ceará e Floresta), além de prosseguir no sentido norte-sul (Autran Nunes, Genibau, Granja Portugal, Granja Lisboa, Bom Jardim, Parque São José, Parque Santa Rosa (Apolo XI), Parque Presidente Vargas, Canidezinho e Siqueira); finalmente, mais para o sul, encontram-se: Barroso e Jangurussu, e Curió. Alguns são bairros periféricos, outros estão nas imediações do litoral; e, nem todos, estão na mesma situação de renda. Mas, o que eles têm em comum é que se localizam em torno de fábricas, como aqueles

que fazem limites com o Município de Maracanaú, sede de dois distritos industriais. Nesse caso, também, existem bairros considerados pobres no setor leste. Eles se situam no extremo do litoral, no Cais do Porto e Vicente Pinzon, e assim como outros, margeiam a área de expansão mais abastarda, a sudeste, que são Edson Queiroz e Sabiaguaba (ARAÚJO; CARLEIAL, 2003; FORTALEZA, 2006; IBGE, 2000).

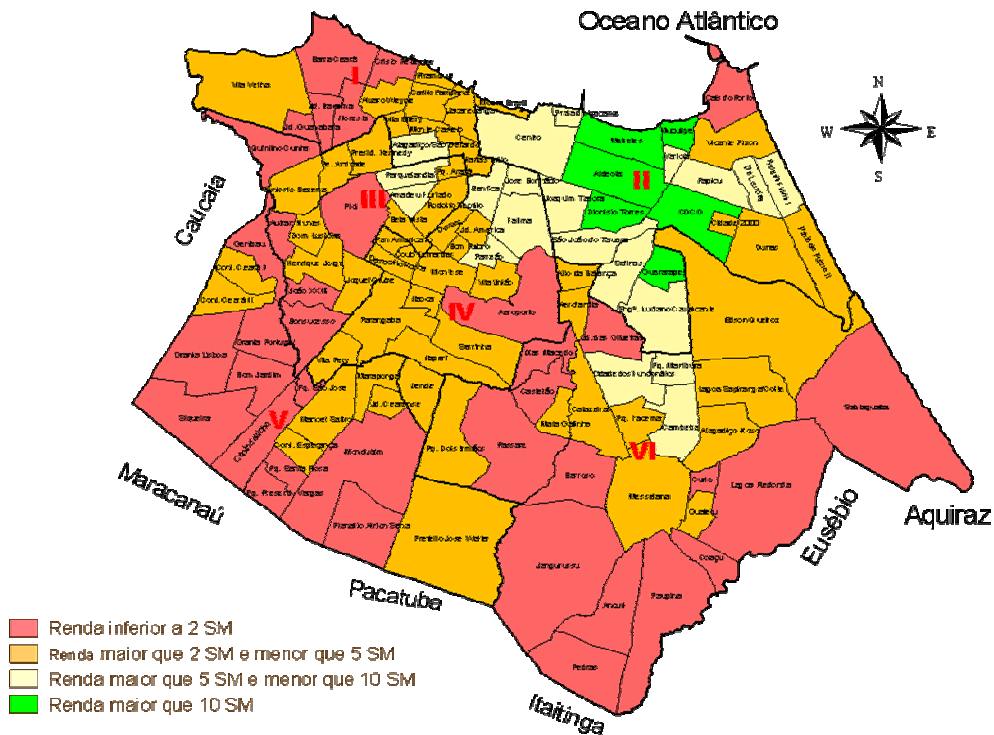


Figura 6 – Distribuição da Renda Média Mensal por bairro na cidade de Fortaleza, 2000

Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Catálogo de Indicadores da Situação Epidemiológica de Fortaleza. Construído a partir de dados do censo de 2000/IBGE.

A rede escolar do município de Fortaleza compreende 2188 unidades, sendo 1014 do ensino fundamental (46,34%), 285 do ensino médio (13,03%) e 889 de pré-escolar (40,63%), perfazendo um total de 631011 matrículas com percentuais de 66,48%, 22,78% e 10,17% para o ensino fundamental, médio e pré-escolar, respectivamente (tabela 03) (IBGE, 2000).

Tabela 3– Rede escolar e matrículas, segundo esfera administrativa e nível de ensino. Fortaleza, 2006.

Esfera	Pré-escolar		Fundamental		Médio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estadual	3	0,34	167	16,47	160	56,14	330	15,08
	0,91		50,61		48,48		100	
Federal	1	0,11	1	0,1	2	0,7	4	0,18
	25		25		50		100	
Municipal	179	20,13	220	21,7	1	0,35	400	18,28
	44,75		55		0,25		100	
Privada	706	79,42	626	61,74	122	42,81	1454	66,45
	48,56		43,05		8,39		100	
Total	889	100	1014	100	285	100	2188	100
	40,63		46,34		13,03		100	
<b>Matrículas</b>								
Estadual	506	0,75	95008	22,65	108474	75,46	203988	32,33
	0,25		46,58		53,18		100	
Federal	47	0,07	588	0,14	1097	0,76	1732	0,27
	2,71		33,95		63,34		100	
Municipal	27058	39,92	198577	47,34	445	0,31	226080	35,83
	11,97		87,83		0,2		100	
Privada	40164	59,26	125320	29,87	33727	23,46	199211	31,57
	20,16		62,91		16,93		100	
Total	67775	100	419493	100	143743	100	631011	100
	10,74		66,48		22,78		100	

Fonte: IBGE.

Para o período compreendido entre 1991 e 2000, observa-se um incremento no percentual de alfabetização no município, em todas as faixas etárias, com maior expressividade na faixa etária de 5 a 9 anos (IBGE, 2000).



Tabela 4– Percentual de alfabetização, segundo faixa etária. Fortaleza, 1991 a 2000

Faixa etária	1991		2000		Variação percentual alfabetizados - 1991/2000
	Alfabetizado	Não Alfabetizado	Alfabetizado	Não Alfabetizado	
Menor 1 ano	-	100	-	100	
1 a 4 anos	-	100	-	100	
5 a 9 anos	43,53	56,47	51,86	48,14	19,14
10 a 14 anos	85,28	14,72	93,59	6,41	9,74
15 a 19 anos	89,87	10,13	96,07	3,93	6,90
20 a 29 anos	88,67	11,33	93,65	6,35	5,62
30 a 39 anos	85,79	14,21	90,3	9,7	5,26
40 a 49 anos	79,09	20,91	87,48	12,52	10,61
50 a 59 anos	73,38	26,62	80,78	19,22	10,08
60 a 69 anos	67,65	32,35	75,11	24,89	11,03
70 a 79 anos	60,79	39,21	70,05	29,95	15,23
80 anos e mais	-	-	62,75	37,25	-
<b>TOTAL</b>	<b>69,45</b>	<b>30,55</b>	<b>77,26</b>	<b>22,74</b>	<b>11,25</b>

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991 e 2000.

O município apresentou, no período de 1970 a 1980, uma evolução no seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), passando de 0,463 para 0,681, o que corresponde a uma variação percentual de 64,58%, significando que passou de uma classificação de baixo desenvolvimento humano para médio desenvolvimento humano. Em 1991 a classificação não se alterou, permanecendo como médio desenvolvimento humano (IDH-M = 0,762). O IDH é a síntese de quatro indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, expectativa de vida, proporção de alfabetização de pessoas com 15 anos ou mais de idade e proporção de matrícula bruta nos três níveis de ensino (relação entre a população em idade escolar e o número de pessoas matriculadas no ensino fundamental, médio e superior), podendo ser calculado para municípios. O IDH varia de 0 a 1, sendo considerados de baixo desenvolvimento os países que atingem menos de 0,499 pontos, de médio desenvolvimento os que possuem notas de 0,500 até 0,799, e de alto desenvolvimento os países que atingem pontuação superior a 0,800 (FORTALEZA, 2000; PNUD, 2003, 2009).

Em 2002, a Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento (SEPLA) calculou o IDH-M por bairros (IDHM-B), utilizando as variáveis sociais - Anos de Estudo, População Alfabetizada e Rendimento, aplicadas em 114 bairros, obtendo como resultado: 07 Bairros com "Altos Índices", 66 com "Médios Índices" e 41 estão classificados como de "Baixos Índices de Desenvolvimento Humano" (FORTALEZA, 2000) (Tabela 5, figura 7).

Tabela 5 - Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDH-M por Região Administrativa – Fortaleza, 2000.

SER	Parâmetro utilizado									IDHM - GERAL		
	Média de anos de estudo do chefe de família			Taxa de alfabetização			Renda média do chefe de família (Em Salários Mínimos)					
	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo
I	----	6	9	15	----	----	----	----	15	----	10	5
II	5	11	4	20	----	----	4	5	11	7	10	3
III	----	7	9	16	----	----	----	----	16	----	11	5
IV	1	11	7	19	----	----	----	----	19	----	16	3
V	----	5	12	17	----	----	----	----	17	----	7	10
VI	----	5	22	26	1	----	----	1	26	----	12	15
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>45</b>	<b>63</b>	<b>113</b>	<b>1</b>	<b>----</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	<b>7</b>	<b>66</b>	<b>41</b>

Fonte: PMF - Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento – SEPLA.

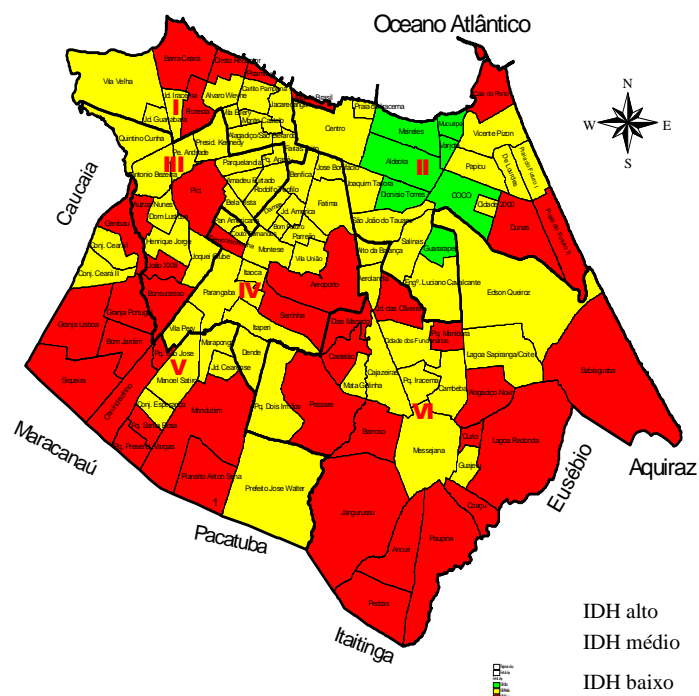


Figura 7 – Índice de Desenvolvimento Humano, Fortaleza, 2000

Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Catálogo de Indicadores da Situação Epidemiológica de Fortaleza/IBGE, censo demográfico, 2000/Mapa IDH-M - 2004 (divisão territorial: bairros e regionais).

#### 1.6.4 Perfil de morbimortalidade

O município de Fortaleza vem apresentando, ao longo de tempo, mudança no perfil de morbimortalidade de sua população: as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as violências assumem uma relevância cada vez maior como causa de morbidade e mortalidade, muito embora co-existam as enfermidades infecto-contagiosas e emergenciais. Assim, nos últimos anos registram-se altas prevalências de doenças endêmicas como dengue, hanseníase e tuberculose, entre outras. O município apresentou declínio nos coeficientes de mortalidade geral e mortalidade infantil (FORTALEZA, 2006).

A análise das seis principais causas de óbitos em Fortaleza, no período de 1999 a 2007, mostra que as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de óbito, mesmo apresentando declínio em suas taxas ao longo deste tempo. As neoplasias ocupam o segundo lugar, com tendência ascendente. As causas externas aparecem como terceira causa de mortalidade, sobressaindo-se, dentre elas, os homicídios e os acidentes de transporte terrestre. Seguem-se as doenças do aparelho respiratório e as afecções originadas no período perinatal. As doenças infecciosas e parasitárias configuram a sexta causa de morte, com taxas declinantes no período (FORTALEZA, 2009).

A proporção de óbitos em Fortaleza, segundo os ciclos de vida, igualmente vem sofrendo mudanças, isto é, as mortes de crianças e adolescentes diminuíram no período de 1985 a 2004 passando de 32,8% em 1985 para 10,2% em 2004, enquanto os óbitos de idosos tiveram um aumento expressivo, passando de 39,1% em 1985 para 54,3% em 2004 (FORTALEZA, 2006).

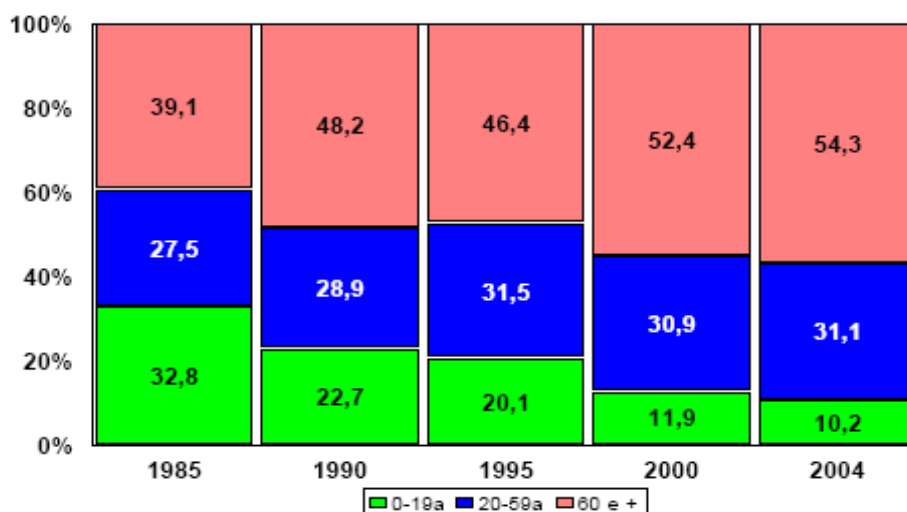


Figura 8 – Distribuição percentual da Mortalidade por Faixa Etária. Fortaleza, 1999 a 2008\*.  
Fonte: SMS/CEVEPI/Boletim DANT.

## 1.7 O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza

### 1.7.1 Rede física

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, apresentando capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais. A gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2007).

Sua rede física é constituída de 2407 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, dos quais, a maioria compreende consultórios isolados, com 66,47% do total. As unidades básicas, do tipo Centro de Saúde, correspondem a 3,74%. As unidades hospitalares correspondem a 3,74% do total (BRASIL, 2009).

Tabela 6 - Estabelecimentos de saúde, segundo tipo e esfera administrativa. Fortaleza, dez/2007.

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Privada</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Centro de saúde/unidade básica de saúde	-	1	89	-	90	3,74
Central de regulação de serviços de saúde	-	1	2	-	3	0,12
Clinica especializada/ambulatório especializado	2	7	15	499	523	21,73
Consultório isolado	-	-	-	1.600	1.600	66,47
Cooperativa	-	-	-	11	11	0,46
Farmácia	-	1	-	1	2	0,08
Hospital especializado	1	3	1	37	42	1,74
Hospital geral	2	5	6	24	37	1,54
Hospital dia	-	-	-	6	6	0,25
Policlínica	-	1	-	7	8	0,33
Pronto socorro especializado	-	-	1	3	4	0,17
Pronto socorro geral	-	-	1	-	1	0,04
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	-	2	-	69	71	2,95
Unidade de vigilância em saúde	-	-	6	-	6	0,25
Unidade móvel de nível pré-hospitalar/urgência/emergência	-	1	1	1	3	0,12
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>122</b>	<b>2.258</b>	<b>2.407</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Do total de estabelecimentos inscritos no CNES, 149 são públicos, correspondendo a 6,2% e 2.258 (93,8%) são privados. Dos públicos, 121 são da esfera administrativa municipal (85,2%), 20 da estadual (14,1%) e 1 da esfera federal (0,7%) (BRASIL, 2009).

Tabela 7 - Estabelecimentos de saúde, segundo natureza e esfera administrativa. Fortaleza, dez/2007.

<b>Natureza</b>	<b>Público</b>				<b>Privada</b>		<b>Total</b>	
	<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>		<b>%</b>
Administração Direta da Saúde (MS, SES, e SMS)	1	20	121	142	95,3	-	142	
Adm. Direta outros órgãos (MEX, MEX, Marinha,...)	4	1	-	5	3,4	-	5	
Adm. Indireta - Autarquias	-	-	1	1	0,7	-	1	
Adm. Indireta-Organização Social Pública	-	1	-	1	0,0	-	1	
Empresa Privada	-	-	-	0	0	2.216	98,1	2.216
Fundação Privada	-	-	-	0	0	6	0,3	6
Cooperativa	-	-	-	0	0	11	0,5	11
Serviço Social Autônomo	-	-	-	0	0	1	0,0	1
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	-	-	-	0	0	19	0,8	19
Economia Mista	-	-	-	0	0	5	0,2	5
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>122</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>2.258</b>	<b>100</b>	<b>2.407</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

## 1.7.1.1 Rede assistencial hospitalar

A Rede Assistencial Hospitalar, em dezembro de 2007, estava constituída de 90 hospitais, sendo 20 da esfera pública (22,0%), sete filantrópicos (8,0%), 62 privados (69,0%) e 1 de organização sindical (1,0%) (BRASIL, 2009).

Tabela 8 - Estabelecimentos Hospitalares, segundo tipo de prestador. Fortaleza, 2007.

<b>Tipo de prestador</b>	<b>Hospital especializado</b>	<b>Hospital geral</b>	<b>Hospital dia</b>	<b>Pronto socorro especializado</b>	<b>Pronto socorro geral</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Público	5	13	-	1	1	20	22
Filantrópico	4	3	-	-	-	7	8
Privado	33	20	6	3	-	62	69
Sindicato	-	1	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.

Das unidades públicas, nove são municipais (45,0%), oito são estaduais (40,0%) e três são federais (15,0%). A rede hospitalar municipal própria é formada por uma unidade de nível terciário e oito hospitais de nível secundário (BRASIL, 2009).

Tabela 9 – Estabelecimentos hospitalares, segundo esfera administrativa pública. Fortaleza, 2007.

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Esfera administrativa</b>			
	<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Total</b>
Hospital especializado	1	3	1	5
Hospital geral	2	5	6	13
Hospital dia	0	0	0	0
Pronto socorro especializado	0	0	1	1
Pronto socorro geral	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>20</b>
<b>Percentual</b>	<b>(15%)</b>	<b>(40%)</b>	<b>(45%)</b>	

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

A Rede Hospitalar Municipal própria é formada por uma unidade de nível terciário (Instituto Dr. José Frota — Centro) e oito hospitais de nível secundário: (1) Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira - IJF Parangaba (HDMJBO); (2) Hospital Distrital

Dr. Evandro Ayres de Moura - IJF Antônio Bezerra (HDEAM); (3) Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira - IJF Messejana (HDEBO); (4) Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC); (5) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana (HDGM-M); (6) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará (HDGM-BC); (7) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter (HDGM-JW); (8) Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima (CAC) (FORTALEZA, 2007).

Ao se observar a distribuição espacial dos hospitais no território municipal, constata-se que a maioria deles localizada na área geográfica da SER II, que concentra 31% do total de unidades, seguindo-se a SER IV, com 25%. As Regionais III e I têm número semelhantes de unidades, com 16% e 15%, respectivamente. As regionais VI e V, têm apenas 8% e 5% do total de hospitais da rede em seu território. Trata-se de uma distribuição iníqua, uma vez que as SERs V e VI, juntas, concentram cerca de 42% da população fortalezense. A SER II, com maior número de estabelecimentos hospitalares privados da rede SUS de Fortaleza, concentra cerca de 15% da população total do município (FORTALEZA, 2007).

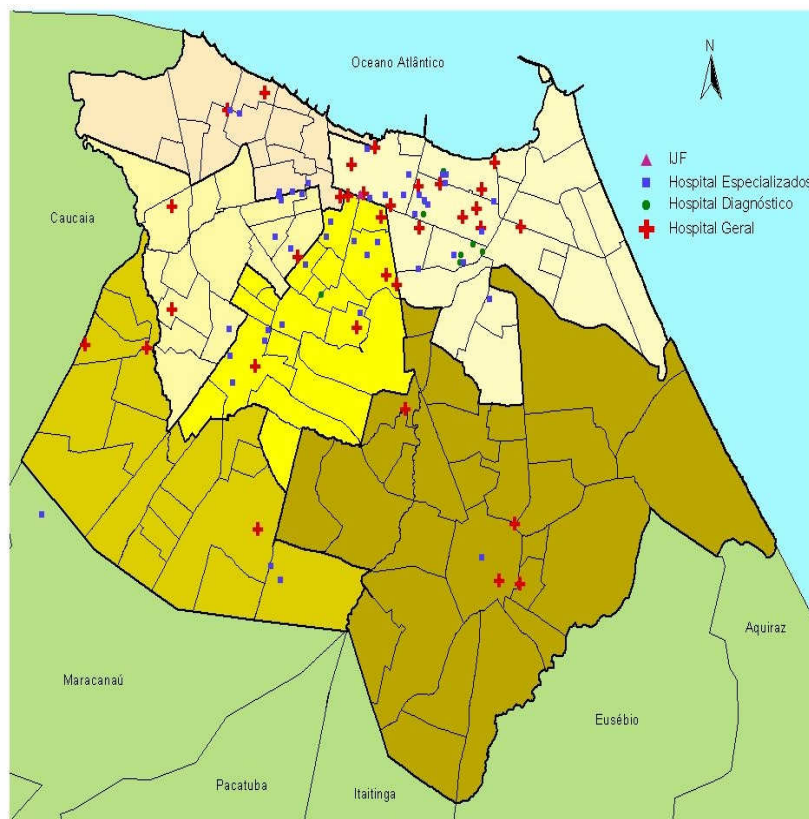


Figura 9 – Distribuição espacial da rede hospitalar do SUS. Fortaleza, 2007.

Segundo o CNES, existem 18.964 leitos hospitalares cadastrados para o estado do Ceará. Desse total, 8.906 (47,0%) estão localizados em Fortaleza. A tabela 10 mostra a distribuição dos leitos do estado por tipo especialidade (BRASIL, 2009).

Tabela 10 – Distribuição percentual de leitos hospitalares de Fortaleza em relação ao estado do Ceará, segundo tipo de prestador. Fortaleza, 2007.

Leitos por especialidade									
Tipo de prestador	Localização	Cirúrgicos	Clínicos	Complementares	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital DIA	Total
Público	Ceará	1518	2706	584	1337	1469	278	94	7986
	Fortaleza	1056	800	496	410	425	229	92	3508
	%	69,6	29,6	84,9	30,7	28,9	82,4	97,9	43,9
Filantrópico	Ceará	1140	809	259	520	924	86	0	3738
	Fortaleza	504	213	61	74	458	74	0	1384
	%	44,2	26,3	23,6	14,2	49,6	86,0	0,0	37,0
Privado	Ceará	1676	1890	333	944	1035	1025	232	7135
	Fortaleza	1075	820	275	429	357	814	196	3966
	%	64,1	43,4	82,6	45,4	34,5	79,4	84,5	55,6
Sindicato	Ceará	11	66	2	13	13	0	0	105
	Fortaleza	0	48	0	0	0	0	0	48
	%	0,0	72,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	45,7
Total	Ceará	4345	5471	1178	2814	3441	1389	326	18964
	Fortaleza	2635	1881	832	913	1240	1117	288	8906
	%	60,6	34,4	70,6	32,4	36,0	80,4	88,3	47,0

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Do total de leitos cadastrados para Fortaleza no ano de 2007, 74,4% eram destinados ao SUS (6.622 leitos), o que corresponde a 2,7 leitos por 1000 habitantes.

Tabela 11 - Leitos totais e percentual de leitos destinados ao SUS. Fortaleza, 2007.

Tipo de Prestador	Leitos totais	Leitos SUS	%
Público	3.508	3.381	96,4
Filantrópico	1.384	1.168	84,4
Privado	3.966	2.025	51,1
Sindicato	48	48	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>8.906</b>	<b>6.622</b>	<b>74,4</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.



### 1.7.2 O Modelo de Gestão e de Atenção à Saúde

O modelo de saúde do município desenvolveu-se ao longo dos anos na perspectiva da organização dos serviços, segundo ações hierarquizadas nos níveis básico, secundário e terciário, priorizando, entretanto, o caráter assistencial tradicional, com foco no “indivíduo”, orientado para a cura e nos hospitais, em detrimento de estratégias organizadas com ações de promoção da saúde voltadas para a coletividade (FORTALEZA, 2001).

Segundo o relatório de gestão do ano de 2005, a atenção básica caracterizava-se, até então, pela justaposição e desarticulação de programas, muitas vezes desenvolvidos em um mesmo território, acentuando a fragmentação do cuidado. Dos recursos financeiros do SUS transferidos para Fortaleza, no período de 2001 a 2004, em média, 65% corresponderam ao Grupo de Despesas referentes aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, 21% à Atenção Básica e 14% às Ações Estratégicas (FORTALEZA, 2006).

No do Pacto de Indicadores Atenção Básica<sup>4</sup>, do ano de 2004, o Sistema de Saúde de Fortaleza registrou, entre outros indicadores, 18,17% de cobertura do PSF; 8,79% de cobertura da primeira consulta de odontologia; 0,87 de consultas médicas em atenção básica/hab/ano; 0,24 de visita domiciliar/hab/ano. Em contraposição, a assistência ambulatorial especializada apresentou cobertura de 2,23 consultas especializadas/hab/ano, indicando ter sido 2,5 vezes maior do que o número de consultas básicas realizadas no mesmo período (FORTALEZA, 2006).

Buscando o desenvolvimento de uma política pública de saúde integral, equânime, com qualidade, humanizada, resolutiva e que contribua para a melhoria da qualidade de vida da população, está sendo implementado o modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio dos arranjos organizacionais de cinco Redes Assistenciais (RAs): (1) Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; (2) Rede Assistencial da Ambulatorial Especializada; (3) Rede Assistencial da Urgência e Emergência; (4) Rede Assistencial Hospitalar; (5) Rede Assistencial da Saúde Mental (Fortaleza, 2007).

O modelo é composto, ainda, pelos processos desenvolvidos pela Inteligência Epidemiológica e pela Inteligência de Gestão para tomada de decisão (Figura 10).

---

<sup>4</sup> Indicadores Disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>

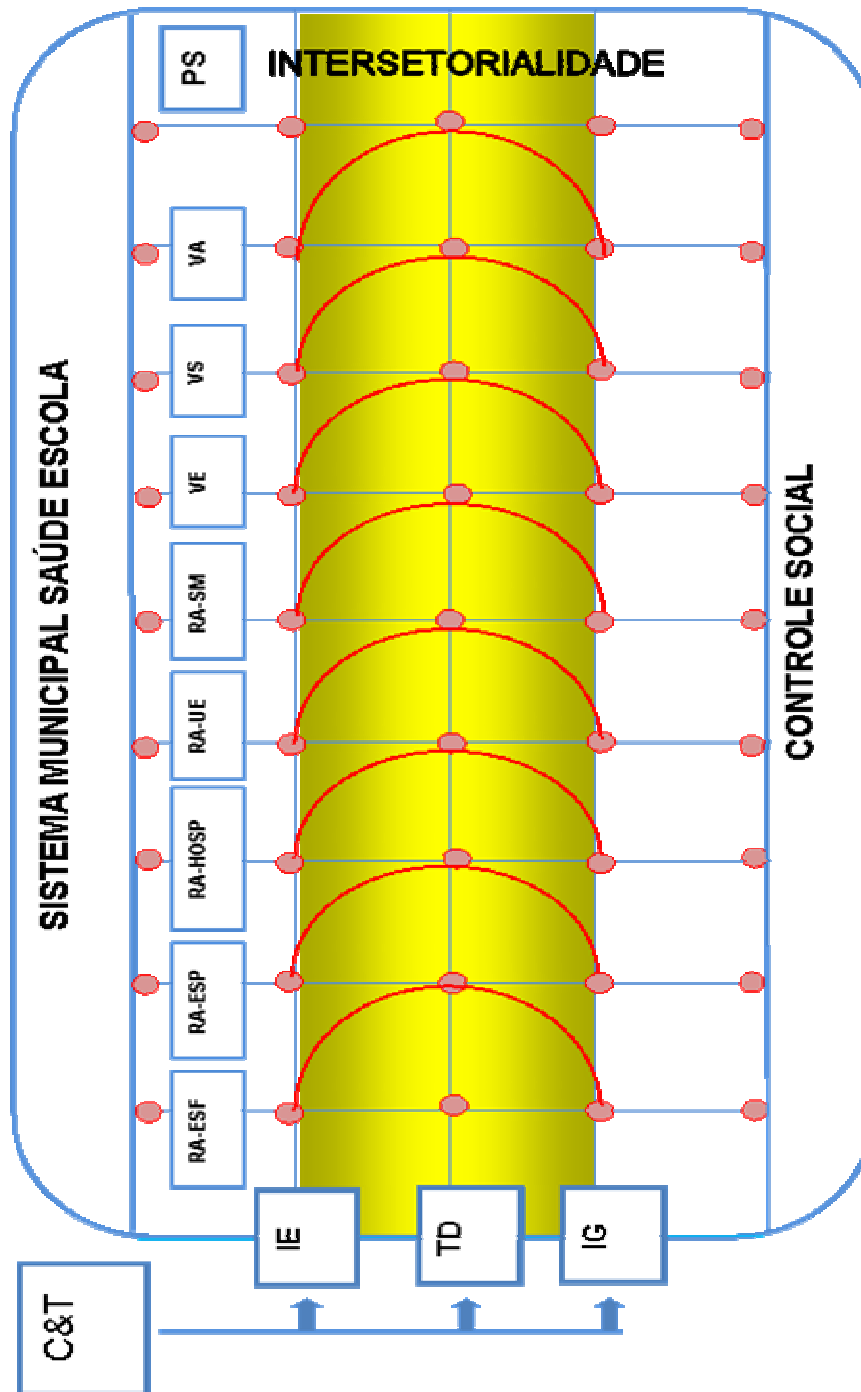


Figura 10 – Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

Fonte: FORTALEZA, 2007.

Pelo modelo proposto, a organização e o funcionamento das Redes Assistenciais, são potencializados a partir das informações geradas pela Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão, formando arcos de tomada de decisão. A conexão em rede é

fundamental, dado que o sistema preconiza integralidade do cuidado, o que requer interação sistêmica entre as RAS. O campo da Promoção da Saúde representa o diálogo com outros campos de conhecimento e setores e a problematização das necessidades e das potencialidades em saúde presentes em cada território e RA. Como ferramenta de gestão destaca-se a intersetorialidade. No modelo, a Vigilância em Saúde confere capilaridade ao processo de produção de informações para tomada de decisão e construção do Sistema Municipal de Saúde. A área de Ciência e Tecnologia compõe o Sistema, propondo novos caminhos, novos arranjos, novas possibilidades; ampliando e dando potência aos processos evolutivos de tomada de decisão e construção do SUS (GOYA, 2009).

A rede hospitalar é regulada por meio da Central de Regulação e Referência das Internações de Fortaleza – CRRIFOR e a gestão dos hospitais públicos municipais é feita de forma compartilhada entre os seus gestores através da Roda de Gestão da Rede Hospitalar. Composta pelos diretores dos hospitais municipais e pela Coordenação de Gestão Hospitalar (CGH), a Roda de Gestão da Rede Hospitalar foi implantada em março de 2005, com o objetivo de proporcionar a troca de experiências, compartilhamento de decisões e condutas integradas (FORTALEZA, 2007).

## 1.8 Justificativa

O SIH/SUS constitui a única fonte de dados de internação hospitalar no Brasil. É um banco de dados de abrangência nacional, que cobre a produção hospitalar de todos os serviços financiados pelo setor público, contendo informações sobre aproximadamente 12 milhões de internações/ano, constituindo-se, assim, em uma fonte de dados extremamente relevante para estudos epidemiológicos e para vigilância em saúde, assim como para programação, gerência e avaliação dos serviços hospitalares.

O sistema apresentou uma média anual de internações de aproximadamente 520.000, para o Ceará e 160.000 internações para Fortaleza, no período de 2001 a 2005, segundo dados do DATASUS.<sup>5</sup>

Não obstante esta expressividade, em termos do volume de dados aportados, assim como a oportunidade da informação e o fácil acesso, o SIH/SUS tem sido pouco

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

utilizado para caracterização do perfil de morbidade do município de Fortaleza, o que implica no desconhecimento da real magnitude e qualificação dos problemas que demandam internação.

Esse conhecimento, assim como a necessidade de qualificação da rede, tornam oportuno o presente estudo, sobretudo por dois fatores: (1) o processo de transição/polarização epidemiológica pelo qual passa o país, no qual o município de Fortaleza se insere; (2) a proposição de mudança de modelo de gestão, objetivando a integralidade da atenção ao indivíduo e a coletividade.

Neste contexto, a utilização de dados de morbidade torna-se cada vez mais importante como indicador do nível de saúde da população, assim como suporte e decisão gerencial, na definição de políticas públicas voltadas para a prevenção e controle de doenças, para o estudo dos fatores de risco, avaliação da qualidade da assistência prestada, e da estrutura dos serviços existentes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o perfil de morbidade hospitalar no Município de Fortaleza - Ceará, no período de 2001 a 2005.

### **2.2 Específicos**

Caracterizar a distribuição das internações do SUS por diagnóstico principal, segundo faixa etária, sexo, bairro de procedência;

Identificar tendências no padrão de internação hospitalar do SUS, no município, no período estudado;

Descrever a distribuição espacial das internações de residentes em Fortaleza, no período estudado;

Caracterizar o perfil de internações por esfera administrativa.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Área de estudo e período de referência

O município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil, constituiu a área de estudo, no período de 2001 a 2005.

A pretensão inicial seria estudar o período de 2001 a 2008, estabelecendo um paralelo entre os dois períodos, dado a proposta de implantação de um novo modelo de gestão a partir de 2005. Entretanto, a implantação do SIHD em 2006, com a respectiva migração em paralelo do sistema antigo e a conversão de artigos DBF para uma base GDB (Banco de dados *interbase*) inviabilizou a proposta.

#### 3.2 Universo de estudo

Foram analisadas as internações ocorridas nas unidades hospitalares públicas e conveniadas ao SUS, no período de referência.

Para a análise do perfil de morbidade hospitalar, foram excluídos os capítulos XV. Gravidez, parto e puerpério (O00 - O99); XX. Causas externas de Morbidade e de Mortalidade (V01 - Y98) e o capítulo XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99). O primeiro por conter internações decorrentes da condição fisiológica da mulher (partos, abortos espontâneos), não se constituindo em estados mórbidos, sendo, porém, consideradas no cálculo do coeficiente geral de internações, por representarem, mais de três quartos das internações realizadas no município, em estudo anterior (FORTALEZA, 2004). O capítulo XX, por se constituir em código adicional (diagnóstico secundário) a outro código que indica a natureza da lesão, sendo utilizado no caso, o capítulo XIX. As categorias Z00-Z99, por contemplarem outras circunstâncias que não uma doença, um traumatismo ou uma causa externa classificáveis nas categorias A00-Y89 e que são registradas como "diagnósticos" ou "problemas". Isto pode acontecer de dois modos principais: (a) quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para algum propósito específico, tais como receber assistência ou serviço limitado para uma

afecção atual, doar órgão ou tecido, receber imunização profilática ou discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo; (b) quando alguma circunstância ou problema está presente e influencia o estado de saúde da pessoa, mas não é em si uma doença ou traumatismo atual. Tais fatores podem ser obtidos durante inquéritos populacionais, quando a pessoa pode ou não estar atualmente doente, ou ser registrados como fator adicional a ser levado em conta quando a pessoa está recebendo cuidados para alguma doença ou traumatismo. Com relação ao tipo de AIH, foi utilizado algoritmo para composição de dados por internação a partir do banco do SIH/SUS, proposto por PORTELA *et al.*, (1997), visando aproximar o número de internações ao número de pacientes.

### **3.3 Delineamento do estudo**

Estudo transversal, no qual foram construídas séries temporais com dados secundários, referentes às bases de dados de internações hospitalares do SIH/SUS, no período de referência.

### **3.4 Descrição das variáveis**

As variáveis descritas no estudo foram relativas a: (1) natureza do evento: diagnóstico principal de internação, segundo os capítulos da CID 10; (2) tempo: ano de internação; (3) pessoa: sexo, faixa etária; (4) serviço: internação por esfera administrativa.

### **3.5 Fonte de dados**

Foram utilizados dados secundários, obtidos a partir do banco de dados do SIH/SUS, disponibilizados em arquivos compactados, por meio do BBS (*Bulletin Board System*) pelo endereço eletrônico [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), seguindo os links: arquivos, arquivos

de dados, MS-BBS, Ceará ou diretamente pelo site [ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos\\_Publicos/Estado\\_CE/00\\_index.htm](ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos_Publicos/Estado_CE/00_index.htm).

O MS-BBS é um canal de comunicação que permite a troca e disseminação de dados e informações relativos ao SUS, especialmente do SIH/SUS e do SIA/SUS.

As populações utilizadas para a construção de coeficientes foram as disponibilizadas pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS), estimadas com base no censo de 2000 (IBGE, 2000). O critério de seleção compreendeu a população residente no município de Fortaleza, segundo sexo e faixa etária, segundo os extratos: menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais, para cada um dos anos que compreendem o período de estudo.

A morbidade hospitalar foi explorada a partir do que foi registrado como diagnóstico principal da internação, segundo os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID 10).

A estratificação dos bairros, segundo coeficiente de internação hospitalar foi feita utilizando-se o programa GeoDA.

### 3.6 Tratamento dos dados

Foram utilizados recursos de representação tabular e gráfica para análise e discussão dos dados obtidos. Os indicadores trabalhados estão detalhados no quadro 1.

Quadro 2 – Matriz de indicadores

Indicador	Conceituação	Método de cálculo	Categorias
Coeficiente geral de internação	Número de internações por todos os grupos de causas, por 1000 habitantes, na população residente no município, por ano.	Número de internações por todos os grupos de causas, sobre a população total residente no período estudado (x 1000).	População geral
Coeficiente de morbidade hospitalar (Coeficiente de internação por estados mórbidos)	Número de internações hospitalares por todos os grupos de causas, excetuando-se o grupo XV. Gravidez, parto e puerpério (O00 - O99); XX. Causas externas de Morbidade e de Mortalidade (V01 - Y98) e o capítulo XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99) por 1000 habitantes, na população residente no município, por ano.	Número de internações por todos os grupos de causas, excetuando-se o grupo XV. Gravidez, parto e puerpério(O00 - O99); XX. Causas externas de Morbidade e de Mortalidade (V01 - Y98) e o capítulo XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99) e o capítulo XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99) sobre a população residente no período estudado (x 1000).	Sexo: masculino e feminino. População geral População estratificada por faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 anos, 60 a 69, 70 a 79, 80 anos e mais. Grupos de causa: capítulos I a XIV; XVI a XIX da CID 10.



Indicador	Conceituação	Método de cálculo	Categorias
Proporção de internações hospitalares (SUS) por esfera administrativa.	Distribuição percentual das internações nas três esferas administrativas.	Número de internações por esfera administrativa sobre o total de internações (x100).	Esferas: pública e privada conveniada ao SUS. Grupos de causa: capítulos I a XXI da CID 10.
Proporção média de internações hospitalares (SUS) na esfera municipal por grupos de causas.	Distribuição percentual da média de internações em hospitais da esfera municipal, por grupo de causas, no ano de estudo.	Número de internações por grupos específicos de causas, sobre o total de internações por todas as causas, de cada unidade hospital (x100)	Grupos de causa: capítulos I a XXI da CID 10. Hospitais da esfera municipal.
Índice de dissimilitude (ID)	Desigualdade na distribuição de internações por grupo diagnóstico e esfera administrativa.	Razão entre os percentuais de internação por grupos diagnósticos em cada esfera e percentual total por esfera. ID =1 → distribuição igual da morbidade em todas as esferas; ID >1 → concentração de casos em determinada esfera; ID <1 → frequência menor que o esperado.	Esfera administrativa pública e privada conveniada ao SUS. Grupos de causa: capítulos I a XIV; XVI a XIX da CID 10.
Proporção de internação por bairro	Distribuição espacial dos coeficientes de internação por 1.000hab.	Estratificação por quebra natural ( <i>GeoDA versão 0.9.5-1BETA</i> ) segundos os estratos: 1- 57,6/1000; 57,6-171,1/1000;171,1-529,5/1000; 529,5-2171,4/1000 e Sem Registro.	Bairros

### 3.7 Consolidação, processamento e análise dos dados

Como a cada mês corresponde um banco de dados e o período estudado totaliza 60 meses, os dados foram unificados em um único repositório, utilizando o gerenciador de bancos de dados Microsoft Office Access® 2007. Para tanto, os bancos foram analisados isoladamente e as variáveis de interesse escolhidas e unificadas, com a finalidade de otimizar as consultas necessárias, as quais foram realizadas por meio do cruzamento das variáveis em estudo. As AIH tipo 5 e as de pacientes não residentes em Fortaleza foram excluídas.

Após unificação do banco utilizou-se algoritmo para composição de dados de internação a partir do SIH/SUS e composto novo banco, cuja unidade de informação corresponde à internação hospitalar. Para tanto, foram criadas consultas SQL (*Structured Query Language*), utilizando-se o gerenciador de bancos de dados Microsoft Office Access® 2007.

O algoritmo proposto por Portela *et al.* (1997) envolveu três etapas e partiu de alguns pressupostos lógicos simples, envolvendo, essencialmente, as variáveis: número e tipo de AIH, CGC do hospital, data de nascimento, sexo do paciente, diagnóstico principal, procedimento realizado, data de internação, data de saída e motivo de cobrança registrada por AIH. A estas foi acrescido a variável CEP de residência do paciente. Cada consulta criada correspondeu a uma etapa proposta pelos autores.

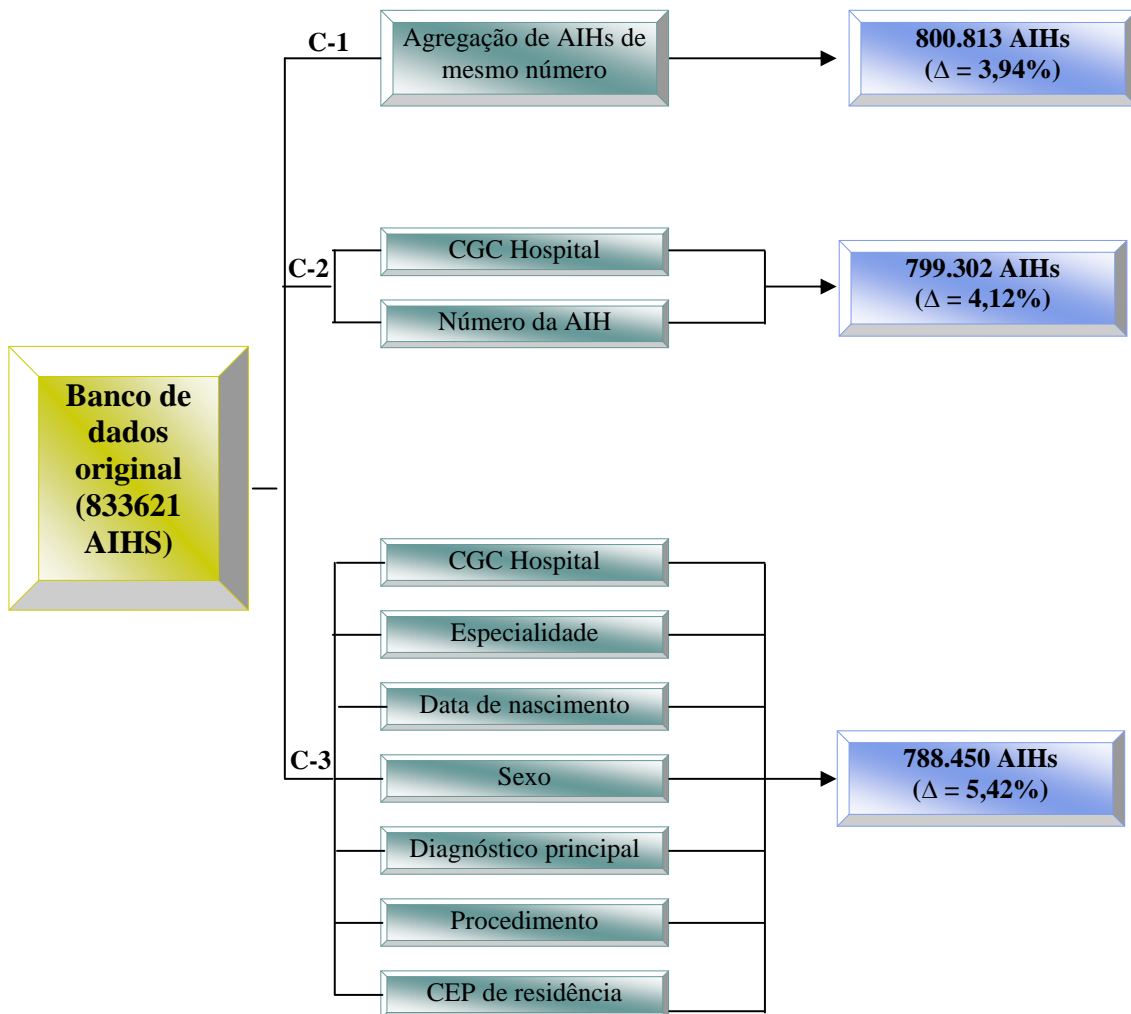


Figura 11 – Fluxo para unificação dos bancos de dados do SIH/SUS  
Fonte: Portela, 1997.

C1 - A primeira consulta compreendeu a agregação de AIHs de mesmo número em uma única observação, compondo-se novos valores para as variáveis que discriminam, a partir da soma dos respectivos valores nas AIHs agregadas. Neste momento, para cada grupo de AIHs unificado conservou-se a menor data de internação e a maior data de saída registrada.

C2 - Na segunda consulta utilizou-se o uso simultâneo do CGC do hospital e do número da AIH como variáveis-chave na junção dos dados.

C3 - A última consulta agrupou as variáveis: CGC do hospital, especialidade, data de nascimento, sexo, diagnóstico principal, procedimento realizado, motivo da cobrança e CEP de residência do paciente. No banco resultante considerou-se que as AIHs compõem uma única internação se, depois de agrupadas com base nessas variáveis, verificar-se simultaneamente que: (a) a data de internação em uma AIH é a mesma data ou data seguinte àquela de saída da AIH imediatamente anterior; (b) o motivo de cobrança de AIHs (de números diferentes) seqüenciadas em um agrupamento é dado pelos códigos 13 (alta em estado inalterado), 16 (alta administrativa), 21 (permanência maior que 30 dias por características próprias da doença), 22 (permanência maior que 30 dias por intercorrência), 23 (permanência maior que 30 dias por motivo social), 24 (permanência maior que 30 dias por doença crônica) ou 25 (permanência maior que 30 dias por impossibilidade de vivência sócio-familiar), podendo somente a última AIH na seqüência passível de compor uma internação estar vinculada a um motivo de cobrança diferente dos mencionados (alta por outras razões, transferência para um outro serviço/clínica ou óbito); e (c) os números de AIHs consecutivas obedecem à ordem crescente.

O banco de dados resultante foi exportado para o formato de dados DBF (*Data Base File*) e usado o programa Microsoft Office Excell® 2007, para elaboração de relatórios de planilhas dinâmicas.

### **3.8 Aspectos éticos**

A pesquisa foi realizada com dados secundários, obtidos do banco do SIH/SUS mediante autorização prévia da Secretaria de Saúde de Fortaleza – SMS.

Não houve riscos de as informações chegarem ao conhecimento de pessoas externas ao projeto, uma vez que foram excluídas do banco as variáveis referentes à identificação das pessoas atendidas, assegurando o tratamento dos dados com confiabilidade e arquivamento de tal forma que apenas o pesquisador teve acesso.

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins de produção de conhecimento científico, garantido o sigilo das informações durante todo o processo de pesquisa e após término da mesma.

Em observação à Portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a pesquisa foi submetida à avaliação do comitê de Ética em Pesquisa da universidade Federal do Ceará, antes da sua execução e aprovada por meio do protocolo COMEPE nº 128/09.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Cobertura assistencial hospitalar

A população do município de Fortaleza no período estudado variou de 2.183.609 habitantes, em 2001, para 2.374.944, em 2005, com crescimento de aproximadamente 8,8 %. Na tabela 12 é apresentado o total anual de internações no âmbito do SUS, de pessoas residentes em Fortaleza, no mesmo período.

Tabela 12 – Número e coeficiente de internação hospitalar no âmbito do SUS em Fortaleza, no período de 2001 a 2005

Variáveis	2001	2002	2003	2004	2005	Média período	Varição percentual 2001-2005
População	2183609	2219836	2256235	2292539	2374944	2265433	8,8
Total de internações	154311	153805	157682	159469	163183	157690	5,7
Coef. Geral Inter/1000hab	70,7	69,3	69,9	69,6	68,7		-2,8
Internações Cap XV	44064	43515	40447	39100	37499	40925	-14,9
Internações Cap XX	435	62	-	-	10	-	-
Internações Cap XXI	3699	2412	2101	3111	3797	3024	2,6
Internações por estados mórbidos	106113	107816	115134	117258	121877	113640	14,9
Coef. Morbidade hospitalar/1000 habitantes	48,6	48,6	51,0	51,1	51,3	50,1	5,6
% internação na população	7,1	6,9	7,0	7,0	6,9	7,0	---

Fonte: SIH/SUS

Observa-se que o número absoluto de internações variou de 154.311, em 2001, para 163.183, em 2005, com média anual de 157.690 internações e crescimento de 5,7%, o que se reflete no coeficiente geral de internação com variação negativa de 2,8%. Durante o período a assistencial hospitalar pública não atingiu o parâmetro de 8 a 10% da população/ano, permanecendo com uma média de 7,0%.

O coeficiente geral de internação passou de 70,7 internações por mil habitantes para 68,7 internações por mil habitantes ao final. Entretanto, ao excluirmos as internações pelos capítulos XV. Gravidez, parto e puerpério, que corresponderam a aproximadamente 26% do total, as do capítulo XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade (diagnóstico secundário), e XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, com um percentual aproximado de 2% das internações, os coeficientes de

morbidade hospitalar variaram de 48,6/1000 habitantes, em 2001, para 51,3 internações/1000 habitantes, em 2005, com variação de 5,6%, menor que o crescimento populacional.

Ao se analisar o número de internações por esfera administrativa, tabela 13, nota-se que os hospitais públicos concentraram, no período, 53% das internações, com média de 83539 hospitalizações e a rede contratada conveniada respondeu por 46,2% das mesmas, e média de 72923 atendimentos. Hospitais localizados no interior do estado foram responsáveis por 0,8% das hospitalizações de residentes no município de Fortaleza.

Tabela 13 - Internações gerais na rede SUS, de residentes em Fortaleza, segundo esfera administrativa, no período de 2001 a 2005.

Esfera administrativa	2001		2002		2003		2004		2005		Total		Média	Variação percentual 2001-2005
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
H.Público	82184	53,3	85744	55,7	83758	53,1	81109	50,9	84900	52,0	417695	53,0	83539	3,3
H.P.Conveniada	71087	46,1	65902	42,8	72530	46,0	77492	48,6	77604	47,6	364615	46,2	72923	9,2
H.Interior	1040	0,7	2159	1,4	1394	0,9	868	0,5	679	0,4	6140	0,8	1228	-34,7
<b>Total</b>	<b>154311</b>	<b>100</b>	<b>153805</b>	<b>100</b>	<b>157682</b>	<b>100</b>	<b>159469</b>	<b>100</b>	<b>163183</b>	<b>100</b>	<b>788450</b>	<b>100</b>	<b>157690</b>	<b>5,7</b>

Fonte: SIH/SUS

A variação na frequência absoluta de internações foi mais expressiva nas unidades hospitalares da esfera privada, que apresentaram crescimento constante no período, quase três vezes mais que as unidades da esfera pública. A tendência linear para as unidades desta esfera apresenta-se ascendente (figura 12).

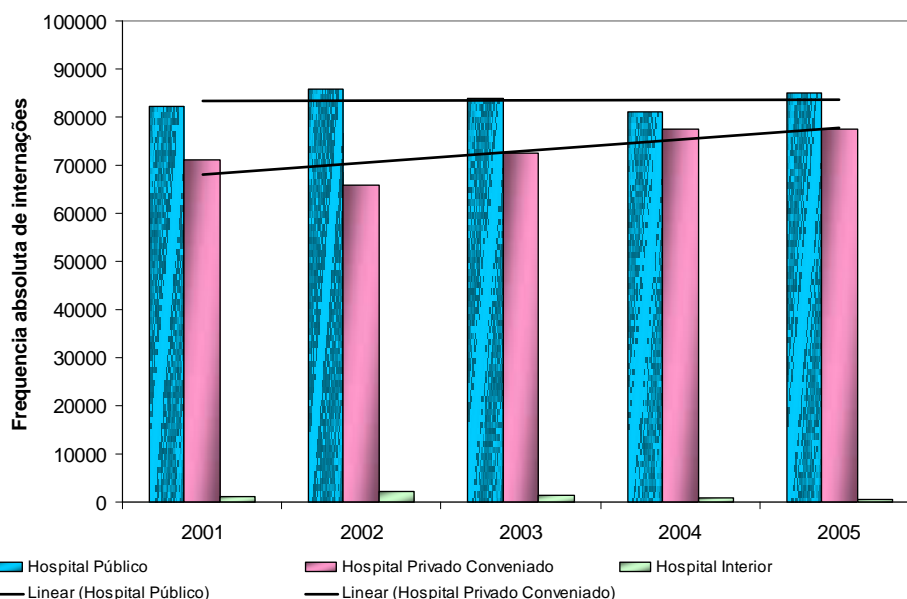


Figura 12 – Tendência linear do número de internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Fortaleza, 2001 a 2005.

A tabela 14 traz um recorte das internações gerais realizadas em hospitais da esfera pública.

Tabela 14 - Distribuição percentual de internações em hospitais públicos de Fortaleza, no período de 2001 a 2005.

Hospitais Públicos	2001		2002		2003		2004		2005		Variação percentual 2001 - 2005
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Municipais	37102	45,1	39494	46,1	39794	47,5	40928	50,5	42107	49,6	13,5
Estaduais	31290	38,1	32120	37,5	31082	37,1	28887	35,6	30977	36,5	-1,0
Federais	13792	16,8	14130	16,5	12882	15,4	11294	13,9	11816	13,9	-14,3
<b>Total</b>	<b>82184</b>	<b>100,0</b>	<b>85744</b>	<b>100,0</b>	<b>83758</b>	<b>100,0</b>	<b>81109</b>	<b>100,0</b>	<b>84900</b>	<b>100,0</b>	<b>3,3</b>

Fonte: SIH/SUS

Verifica-se que a esfera municipal foi a única a apresentar incremento no número de internações. Os hospitais da esfera municipal internaram, em média, 1,3 e 3,1 vezes mais que a estadual e federal, respectivamente. Na esfera federal observou-se a maior redução percentual (16,8% em 2001, para 13,9% em 2005).

A tabela 15 mostra o total de internações realizadas na rede hospitalar pública e privada conveniada ao SUS, em Fortaleza, no período de 2001 a 2005, segundo unidade hospitalar de cada esfera.

Tabela 15 – Internações gerais realizadas na rede hospitalar pública e privada conveniada ao SUS, em Fortaleza, no período de 2001 a 2005, segundo unidade hospitalar.

	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%	Média
<b>Hospitais Públicos – Esfera Municipal</b>								
Instituto Dr. José Frota Central	8990	8530	8160	7957	8623	42260	21,2	8452
Hospital Gonzaga Mota Messejana	5234	6141	7362	7029	7311	33077	16,6	6615
Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição	4795	5451	6281	7116	6296	29939	15,0	5988
Hospital Regional Governador Gonzaga Mota Barra do Ceara	4399	4524	4038	4148	4435	21544	10,8	4309
Hospital Gonzaga Mota JoséWalter	3887	3972	3119	3779	4417	19174	9,6	3835
Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira – Messejana	2667	2927	3207	3015	3110	14926	7,5	2985
Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira – Parangaba	2618	2884	2614	2850	3090	14056	7,0	2811
Hospital Distrital Evandro Aires de Moura – Antônio Bezerra	2874	2936	2768	2590	2540	13708	6,9	2742
CROA – Centro de Assist. a Criança Lúcia de Fátima R. G. SA	1638	2129	2245	2444	2285	10741	5,4	2148
<b>Hospitais Públicos – Esfera Estadual</b>								
Hospital Geral Dr. César Cals	10683	10886	9517	8799	9305	49190	31,9	9838
HGF – Hospital Geral de Fortaleza	8458	8235	8420	8348	8604	42065	27,3	8413
Hospital de Messejana	3865	3886	4195	4499	4737	21182	13,7	4236
HIAS – Hospital Infantil Albert Sabin	3279	3364	3122	3232	2741	15738	10,2	3148
Hospital de Saúde Mental de Messejana	2165	2836	2964	1300	3302	12567	8,1	2513
Hospital da Policia Militar do Ceara	1726	1887	1545	1396	1192	7746	5,0	1549
Hospital São José de Doenças Infecciosas	1114	1026	1319	1313	1096	5868	3,8	1174
<b>Hospitais Públicos – Esfera Federal</b>								
MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand	10107	10051	9026	7248	6640	43072	67,4	8614
Hospital das Clinicas Walter Cantídio	3665	4065	3853	4046	5176	20805	32,6	4161
<b>Hospitais Privados Conveniados</b>								
Hospital Pronto Socorro Infantil Ltda	14466	13980	14948	14774	15036	73204	20,1	14641
Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	9553	9770	9766	10025	10358	49472	13,6	9894
Hospital Cura D`Ars	2376	4630	5997	6561	6588	26152	7,2	5230
Hospital Batista Memorial	2713	3145	5733	6909	5339	23839	6,5	4768
Instituto Clínico de Fortaleza Ltda	4745	3886	4316	4405	4544	21896	6,0	4379
PSA Pronto Socorro dos Acidentados	3176	3038	3906	4479	4553	19152	5,3	3830
Instituto de Medicina Infantil	5195	4135	3531	3309	2793	18963	5,2	3793
Hospital Menino Jesus	2832	2458	2834	3163	3276	14563	4,0	2913
Hospital Maternidade Argentina Castelo Branco	2825	2909	2619	2829	2571	13753	3,8	2751
Hospital Maternidade do Sindicato dos Arrumadores de Fortaleza	2952	2284	1815	1766	1545	10362	2,8	2072
Clinica de Acidentes	2394	1583	907	2097	2371	9352	2,6	1870



Tabela 15 – Internações gerais realizadas na rede hospitalar pública e privada conveniada ao SUS, em Fortaleza, no período de 2001 a 2005, segundo unidade hospitalar.

	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%	Média
Maternidade Sra. Juvenal de Carvalho	1773	1956	1687	1536	1535	8487	2,3	1697
Casa de Saúde São Gerardo Ltda	1338	1335	1690	1447	1539	7349	2,0	1470
Instituto do Câncer do Ceara	972	1130	1204	1458	1691	6455	1,8	1291
Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças	1280	1146	1217	1177	1250	6070	1,7	1214
Instituto de Psiquiatria do Ceará Ltda.	848	826	1178	1194	1395	5441	1,5	1088
Instituição Espírita Nosso Lar	719	790	1380	1194	1138	5221	1,4	1044
Pronto Socorro Prontomédico	1261	756	790	932	1262	5001	1,4	1000
SOS Socorros Médicos	679	479	959	1419	1404	4940	1,4	988
Hospital Mira Y Lopez	958	786	1084	999	1063	4890	1,3	978
Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	798	785	831	928	935	4277	1,2	855
Casa de Saúde e Maternidade Jesus Sacramentado Ltda	2133	1100	-	-	-	3233	0,9	1617
Clinica de Saúde Mental Dr. Suliano Ltda	638	412	790	618	729	3187	0,9	637
Associação das Pioneiras Sociais	128	622	795	696	759	3000	0,8	600
Clinica de Recuperação e Reabilitação de Mutilados S/C Ltda	286	308	503	515	560	2172	0,6	434
Prontocárdio Pronto Atendimento Cardiológico	187	188	362	572	742	2051	0,6	410
Casa de Saúde e Maternidade São Raimundo S/A	654	288	343	173	219	1677	0,5	335
Casa de Saúde e Maternidade São Pedro	1348		167			1515	0,4	758
Hospital Antônio Prudente S/C Ltda	277	276	260	214	308	1335	0,4	267
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara			11	770	439	1220	0,3	407
Neurocentro S/C Ltda.	214	202	269	294	197	1176	0,3	235
Instituto de Prevenção a Desnutrição e a Excepcionalidade	337	310	222	225		1094	0,3	274
Instituto dos Cegos do Ceará	484	76	61	101	296	1018	0,3	204
Instituto de Oftalmologia de Parangaba S/C Ltda	311	46	41	167	438	1003	0,3	201
Clinica de Olhos Leiria De Andrade	165	68	61	129	171	594	0,2	119
Clinica Dr. José Nilson S/C Ltda		13	130	160	176	479	0,1	120
Clinica Neusa Rocha S/C Ltda	8	29	42	70	42	191	0,1	38
Centro de Oftalmologia S/C Ltda	2	30	49	45	61	187	0,1	37
Hospital Geral e Maternidade Angeline	-	-	-	87	82	169	0,0	85
Prontoclínica de Fortaleza	7	30	31	45	16	129	0,0	26
São Lucas Hospital de Cirurgia e Anestesia	35	94	-	-	-	129	0,0	65
Instituto Brasileiro de Cirurgia Ocular S/C Ltda	-	-	-	10	80	90	0,0	45
Instituto do Coração da Criança e do Adolescente	-	-	-	-	75	75	0,0	75

Tabela 15 – Internações gerais realizadas na rede hospitalar pública e privada conveniada ao SUS, em Fortaleza, no período de 2001 a 2005, segundo unidade hospitalar.

	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%	Média
C.C.O. Centro Cearense de Oftalmologia Ltda	-	-	-	-	15	15	0,0	15
Instituto de Oftalmologia de Otorrinolaringologista de Fortaleza	-	-	-	-	13	13	0,0	13
Instituto de Oftalmologia do Pirambu	12	-	-	-	-	12	0,0	12
Total - Municipais	37102	39494	39794	40928	42107	199425	25,5	39885
Total - Estaduais	31290	32120	31082	28887	30977	154356	19,7	30871
Total - Federais	13792	14130	12882	11294	11816	63914	8,2	12783
Total - Privadas Conveniadas	71079	65899	72529	77492	77604	364603	46,6	72921
Total Geral de Internações	153263	151645	156288	158601	162504	782301	100,0	156460

Fonte: SIH/SUS. Excluídas internações em hospitais do interior do estado

Na esfera municipal o Instituto Dr. José Frota, único pronto socorro geral do município, concentrou ao longo do período, 21% do total das internações gerais, com média de 8452 hospitalizações. O Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira – Parangaba, pronto socorro especializado, respondeu por 7% das hospitalizações nesta esfera.

Dentre os hospitais gerais o Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota - Barra do Ceará, responderam por 42% das internações. Os Hospitais Distritais Edmilson Barros de Oliveira – Messejana e Evandro Aires de Moura – Antônio Bezerra, apresentaram percentual de internações inferior a 10%.

Os hospitais especializados, Hospital Gonzaga Mota José Walter e o Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima R. G. SA – CROA, responderam por 15% das internações da esfera municipal.

A figura 13 mostra o número absoluto de internações gerais nos hospitais municipais no período estudado.

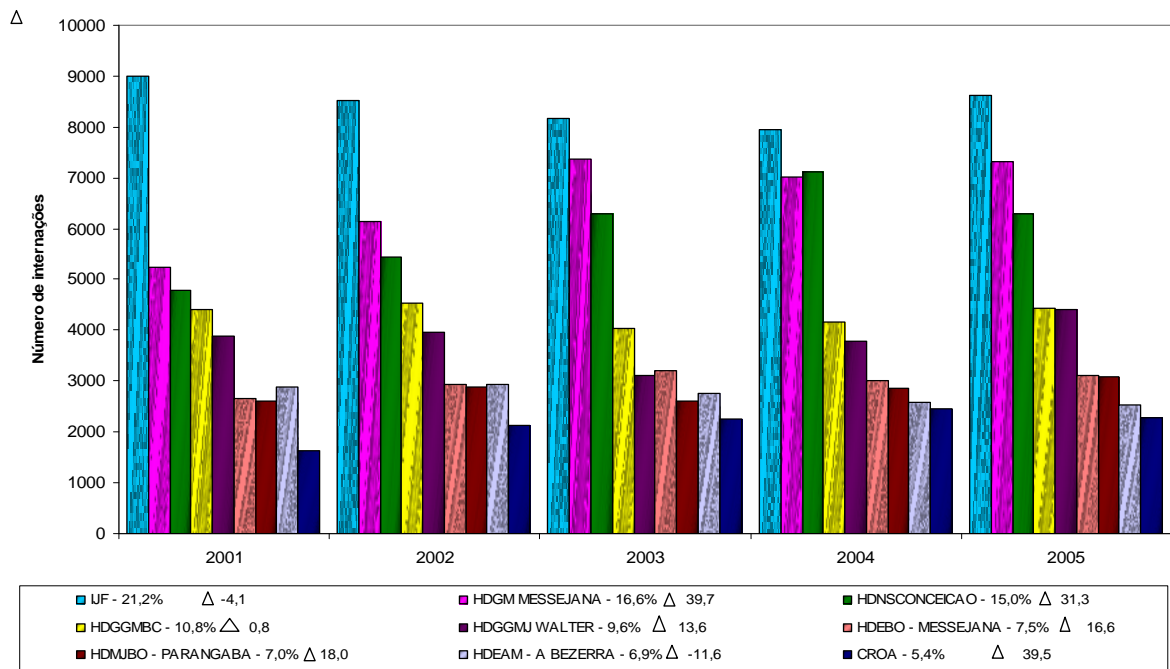


Figura 13 – Média anual de internações em hospitais da esfera municipal de residentes em Fortaleza no período de 2001 a 2005.

Fonte: SIH/SUS

Ao se considerar o início e o final do período percebe-se que o Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota de Messejana, o CROA e o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição tiveram variação positiva superior a 30%. O Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira e o Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota José Walter apresentaram variação de 18,0%, 16,6% e 13,6%, respectivamente. O Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota Barra do Ceará teve a menor variação positiva, 0,8%. Hospital Distrital Evandro Aires de Moura e IJF tiveram variação negativa (11,6 e 4,1%).

Na esfera estadual, os Hospitais Gerais Dr. César Cals e o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) foram responsáveis por 59% das internações no período. Dentre os hospitais especializados, o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studant Gomes (Hospital do coração) e o Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS concentraram 24% das internações nesta esfera.

A figura 14 mostra o número absoluto de internações gerais nos hospitais da esfera estadual no período estudado.

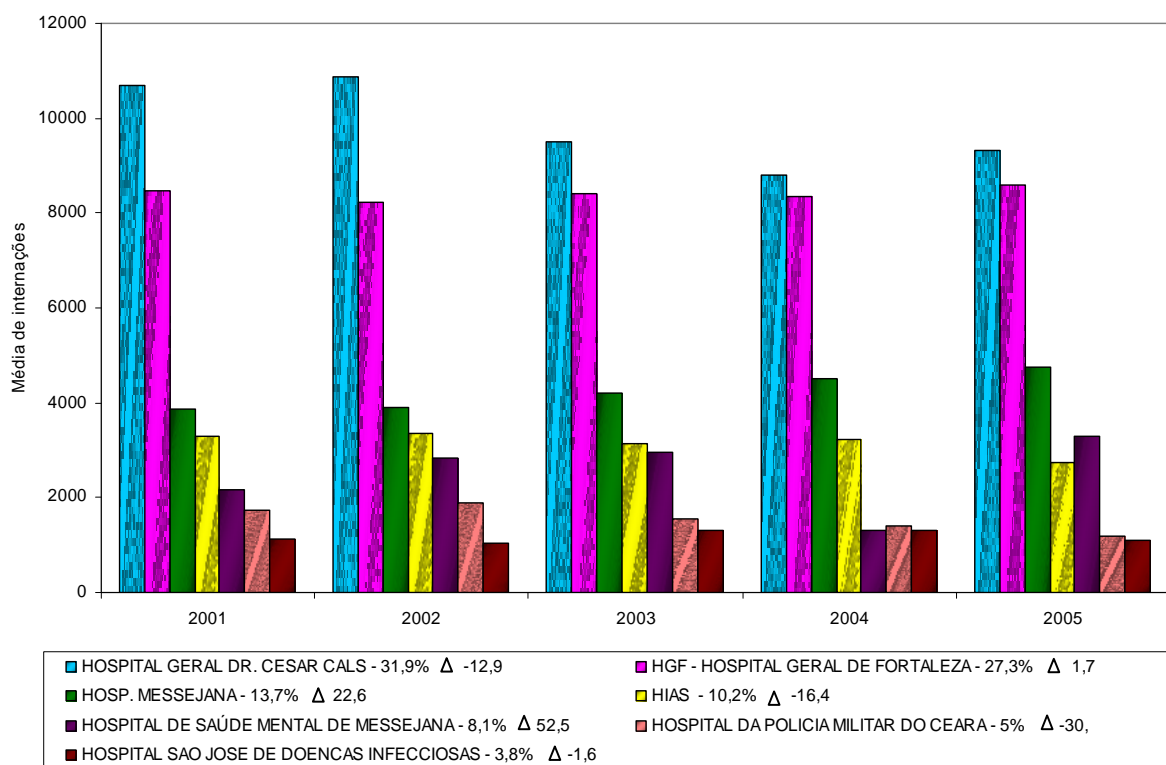


Figura 14 – Média anual de internações em hospitais da esfera estadual de residentes em Fortaleza no período de 2001 a 2005.

Fonte: SIH/SUS.

O Hospital de Saúde Mental de Messejana apresentou a maior variação percentual (52,5%), seguindo-se o Hospital de Messejana do Coração e o Hospital Geral de Fortaleza com variação de 22,6% e 1,7%, respectivamente. Nos demais a variação foi negativa.

Na esfera privada destacam-se os hospitais Pronto Socorro Infantil Ltda. (hospital especializado) e Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (hospital geral, com 20,1% e 13,6%, respectivamente, das internações nesta esfera.

#### 4.2 Distribuição espacial das internações gerais, segundo bairro de residência do paciente

A tabela 16 apresenta a distribuição percentual do número de internações gerais, segundo o bairro de residência da pessoa atendida.

Tabela 16 – Distribuição percentual de internações no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005.

Bairros	2001		2002		2003		2004		2005		Total		Média
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Centro	14853	9,6	13870	9,0	12974	8,2	11718	7,3	14549	8,9	67964	8,6	13593
Barra do Ceará	8665	5,6	8155	5,3	8261	5,2	8262	5,2	7489	4,6	40832	5,2	8166
Bom Jardim	6644	4,3	7557	4,9	6146	3,9	5953	3,7	6015	3,7	32315	4,1	6463
Jacarecanga	6160	4,0	6446	4,2	6593	4,2	6264	3,9	6071	3,7	31534	4,0	6307
Moura Brasil	2610	1,7	3060	2,0	5287	3,4	8499	5,3	9001	5,5	28457	3,6	5691
Messejana	4090	2,7	4554	3,0	4911	3,1	3997	2,5	4175	2,6	21727	2,8	4345
Parangaba	3926	2,5	3752	2,4	3937	2,5	4284	2,7	5321	3,3	21220	2,7	4244
Henrique Jorge	3875	2,5	3916	2,5	3930	2,5	3998	2,5	3922	2,4	19641	2,5	3928
Conj. Ceará I	2372	1,5	2564	1,7	3417	2,2	6009	3,8	4240	2,6	18602	2,4	3720
Jangurussu	3369	2,2	3381	2,2	3684	2,3	3940	2,5	3839	2,4	18213	2,3	3643
Mondubim	3403	2,2	3443	2,2	3410	2,2	3827	2,4	4115	2,5	18198	2,3	3640
Bom Sucesso	3068	2,0	3286	2,1	3655	2,3	3411	2,1	3098	1,9	16518	2,1	3304
José Walter	2834	1,8	2736	1,8	2914	1,8	2841	1,8	3754	2,3	15079	1,9	3016
Passaré	2797	1,8	2762	1,8	3020	1,9	3249	2,0	3143	1,9	14971	1,9	2994
Cristo Redentor	2766	1,8	2550	1,7	2645	1,7	2714	1,7	3135	1,9	13810	1,8	2762
Granja Portugal	2487	1,6	2879	1,9	2574	1,6	2724	1,7	3007	1,8	13671	1,7	2734
Meireles	3436	2,2	2267	1,5	4623	2,9	1683	1,1	1633	1,0	13642	1,7	2728
Vila Velha	2352	1,5	2060	1,3	1980	1,3	2146	1,3	4803	2,9	13341	1,7	2668
Álvaro Weyne	2375	1,5	2288	1,5	2473	1,6	2443	1,5	2362	1,4	11941	1,5	2388
Vicente Pinzon	1996	1,3	2244	1,5	2490	1,6	2489	1,6	2449	1,5	11668	1,5	2334
Manuel Sátiro	2316	1,5	2315	1,5	2228	1,4	2256	1,4	2309	1,4	11424	1,4	2285
Quintino Cunha	2250	1,5	2045	1,3	2093	1,3	2285	1,4	1963	1,2	10636	1,3	2127
Ant. Bezerra	2319	1,5	2075	1,3	2017	1,3	1972	1,2	2148	1,3	10531	1,3	2106
Edson Queiroz	1860	1,2	1985	1,3	1892	1,2	1898	1,2	1972	1,2	9607	1,2	1921
Bela Vista	1772	1,1	1862	1,2	1944	1,2	1926	1,2	1876	1,1	9380	1,2	1876
Serrinha	1827	1,2	1824	1,2	1850	1,2	1958	1,2	1859	1,1	9318	1,2	1864
Cais do Porto	1803	1,2	1937	1,3	1997	1,3	1647	1,0	1480	0,9	8864	1,1	1773
Jd. das Oliveiras	1836	1,2	1868	1,2	1663	1,1	1625	1,0	1689	1,0	8681	1,1	1736
Pici	1677	1,1	1624	1,1	1874	1,2	1750	1,1	1656	1,0	8581	1,1	1716
Parquelândia	1522	1,0	1289	0,8	1555	1,0	1565	1,0	1586	1,0	7517	1,0	1503
Montese	1310	0,8	1329	0,9	1500	1,0	1432	0,9	1406	0,9	6977	0,9	1395
Rod. Teófilo	1593	1,0	1325	0,9	1144	0,7	1461	0,9	1242	0,8	6765	0,9	1353
Jóquei Clube	1347	0,9	1397	0,9	1329	0,8	1273	0,8	1308	0,8	6654	0,8	1331
D. Rocha	1268	0,8	1284	0,8	1269	0,8	1281	0,8	1240	0,8	6342	0,8	1268
Vila Peri	1267	0,8	1239	0,8	1237	0,8	1252	0,8	1116	0,7	6111	0,8	1222
Vila União	1248	0,8	1288	0,8	1129	0,7	1214	0,8	1212	0,7	6091	0,8	1218
Lagoa Redonda	1075	0,7	1074	0,7	1208	0,8	1308	0,8	1385	0,8	6050	0,8	1210
Jd. Iracema	1390	0,9	1267	0,8	1149	0,7	1171	0,7	1045	0,6	6022	0,8	1204
Canindezinho	1084	0,7	1248	0,8	1290	0,8	1277	0,8	1123	0,7	6022	0,8	1204
Benfica	1161	0,8	1279	0,8	1482	0,9	1283	0,8	793	0,5	5998	0,8	1200
Siqueira	1128	0,7	1177	0,8	1145	0,7	1276	0,8	1201	0,7	5927	0,8	1185
Barroso	1147	0,7	1203	0,8	1310	0,8	1154	0,7	1087	0,7	5901	0,7	1180
Autran Nunes	1313	0,9	1174	0,8	1102	0,7	1103	0,7	1121	0,7	5813	0,7	1163
Pq. Genibaú	1061	0,7	1005	0,7	954	0,6	1319	0,8	1194	0,7	5533	0,7	1107
Pres. Kennedy	1241	0,8	1142	0,7	1067	0,7	1059	0,7	1018	0,6	5527	0,7	1105
Joaquim Távora	1197	0,8	1041	0,7	1427	0,9	802	0,5	794	0,5	5261	0,7	1052
Papicu	843	0,5	1036	0,7	1086	0,7	1131	0,7	1137	0,7	5233	0,7	1047
S. João Tauape	1055	0,7	1054	0,7	1024	0,6	1047	0,7	998	0,6	5178	0,7	1036
São Gerardo	664	0,4	762	0,5	948	0,6	1187	0,7	1445	0,9	5006	0,6	1001
Jd. Guanabara	1069	0,7	1103	0,7	966	0,6	1008	0,6	831	0,5	4977	0,6	995
Alto da Balança	998	0,6	975	0,6	907	0,6	955	0,6	985	0,6	4820	0,6	964



Tabela 16 – Distribuição percentual de internações no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005.

Bairros	2001		2002		2003		2004		2005		Total		Média
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Jardim Américo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Pan Americano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Parreão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Granja Lisboa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Pq. Santa Rosa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Curio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Mata Galinha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Pq. Dois Irmãos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Pq. Iracema	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Sapiranga Coite	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
ign	7484	4,8	7974	5,2	6048	3,8	5785	3,6	5474	3,4	32765	4,2	6553
<b>Total geral</b>	<b>154311</b>	<b>100,0</b>	<b>153805</b>	<b>100,0</b>	<b>157682</b>	<b>100,0</b>	<b>159469</b>	<b>100,0</b>	<b>163183</b>	<b>100,0</b>	<b>788450</b>	<b>100,0</b>	<b>157690</b>

Fonte: SIH/SUS.

Os dados mostram uma concentração de internações de pessoas residentes no Centro e na Barra do Ceará, totalizando aproximadamente, 14% das internações do período. Os bairros Bom Jardim e Jacarecanga apresentaram uma média de 4% de internações. O Arraial Moura Brasil apresentou, em média, 3% de internação. Com percentual acima de 2% ficaram os bairros: Messejana, Parangaba, Henrique Jorge, Conjunto Ceará, Jangurussu, Mondubim e Bom Sucesso. Com percentual da ordem de 2% ficaram os bairros: José Walter, Passaré, Cristo Redentor, Granja Portugal, Meireles, Vila Velha, Álvaro Weyne, Vicente Pinzon, Vila Manuel Sátiro, Quintino Cunha, Antônio Bezerra, Edson Queiroz, Bela Vista, Serrinha, Cais do Porto, Jardim das Oliveiras, Pici e Parquelândia. Os demais bairros apresentaram percentual inferior a 1%. O registro de internações com bairro ignorado atingiu o percentual de 5,2%.

Tabela 17 – Coeficientes de internação no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005.

BAIRRO	2001	2002	2003	2004	2005	Coeficiente médio
Moura Brasil	684,8	789,8	1342,6	2124,0	2171,4	1422,5
Centro	587,9	540,0	497,0	441,8	529,5	519,3
Jacarecanga	444,2	457,2	460,1	430,2	402,5	438,9
Bom Jardim	188,8	211,3	169,0	161,1	157,2	177,5
Henrique Jorge	148,3	147,4	145,5	145,7	138,0	145,0
Parangaba	137,3	129,1	133,2	142,7	171,1	142,7
Vila Ellery	118,2	113,1	105,7	110,4	114,3	112,3
Barra do Ceará	122,6	113,5	113,1	111,3	97,4	111,6
Bela Vista	108,9	112,6	115,7	112,8	106,1	111,2
Pq. Pres. Vargas	113,9	127,4	102,7	103,0	97,4	108,9
José Walter	105,0	99,7	104,5	100,2	127,8	107,4
Messejana	104,5	114,5	121,5	97,3	98,1	107,2

Tabela 17 – Coeficientes de internação no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005.

BAIRRO	2001	2002	2003	2004	2005	Coeficiente médio
Castelão	118,1	105,1	108,5	106,1	90,3	105,6
Dem. Rocha	108,3	107,9	104,9	104,3	97,4	104,6
Parquelândia	106,6	88,8	105,4	104,4	102,1	101,5
Álvaro Weyne	100,8	95,5	101,6	98,7	92,1	97,7
Pedras	105,8	66,7	76,5	91,9	117,9	91,7
Cristo Redentor	93,8	85,1	86,8	87,7	97,8	90,2
Edson Queiroz	89,9	94,4	88,5	87,4	87,6	89,6
Benfica	88,0	95,4	108,8	92,7	55,3	88,0
Coaçu	67,0	68,9	85,5	100,3	108,3	86,0
Meireles	110,9	71,9	144,3	51,7	48,4	85,5
Bom Sucesso	80,6	84,9	93,0	85,4	74,9	83,8
Conj. Ceará I	55,6	59,1	77,5	134,1	91,3	83,5
Praia de Iracema	77,8	87,9	94,9	88,4	64,1	82,6
Bom Futuro	89,8	80,2	80,9	87,0	72,9	82,2
Anto Bezerra	92,1	81,0	77,5	74,6	78,4	80,7
Vila União	83,0	84,3	72,7	76,9	74,1	78,2
Cais do Porto	82,1	86,8	88,0	71,5	62,0	78,1
Jd. Cearense	72,4	79,0	82,3	74,4	75,3	76,7
Passaré	73,4	71,3	76,7	81,2	75,8	75,7
Rod. Teófilo	87,4	71,5	60,7	76,3	62,6	71,7
São Gerardo	49,6	56,0	68,6	84,5	99,3	71,6
Granja Portugal	65,3	74,3	65,4	68,1	72,6	69,1
Alto da Balança	74,0	71,1	65,1	67,4	67,1	68,9
Jóquei Clube	72,2	73,6	68,9	65,0	64,4	68,8
Serrinha	69,8	68,5	68,4	71,2	65,3	68,6
Manuel Sátiro	70,2	69,0	65,4	65,1	64,3	66,8
Monte Castelo	68,2	63,8	63,1	68,0	63,1	65,3
Jd. Guanabara	72,4	73,4	63,3	65,0	51,7	65,2
Farias Brito	58,5	72,9	63,7	62,2	53,5	62,2
Maraponga	69,1	54,1	60,5	56,7	62,0	60,5
Mucuripe	59,8	62,7	60,4	57,1	57,6	59,5
Vila Peri	62,9	60,5	59,5	59,2	51,0	58,6
Varjota	53,7	65,3	64,5	53,6	54,8	58,4
Vicente Pinzon	49,5	54,7	59,8	58,8	55,8	55,7
Lagoa Redonda	50,8	49,9	55,2	58,9	60,2	55,0
Dom Lustosa	58,2	56,6	55,5	49,4	54,3	54,8
Jangurussu	52,1	51,4	55,1	58,0	54,6	54,3
Jd. das Oliveiras	58,5	58,6	51,3	49,4	49,5	53,5
Jd. Iracema	62,2	55,8	49,8	49,9	43,0	52,1
Autran Nunes	60,4	53,1	49,1	48,3	47,4	51,7
Dias Macedo	51,0	47,1	49,8	56,5	52,7	51,4
Montese	49,3	49,2	54,6	51,3	48,6	50,6
Vila Velha	46,6	40,2	38,0	40,5	87,5	50,6
Cambeba	43,4	49,8	44,8	60,6	46,8	49,1
Papicu	40,7	49,3	50,8	52,1	50,5	48,7
Siqueira	46,6	47,9	45,8	50,2	45,6	47,2
Quintino Cunha	51,3	45,9	46,2	49,7	41,2	46,9
Barroso	46,6	48,1	51,6	44,7	40,6	46,3
Cajazeiras	36,0	48,8	52,4	44,5	47,7	45,8
Pres. Kennedy	52,7	47,7	43,9	42,8	39,7	45,4
Damas	47,2	54,5	41,6	38,4	40,1	44,4



Tabela 17 – Coeficientes de internação no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, segundo bairro de residência dos pacientes. Fortaleza, 2001 a 2005.

BAIRRO	2001	2002	2003	2004	2005	Coeficiente médio
Joaquim Távora	50,9	43,6	58,8	32,5	31,1	43,4
Pici	43,7	41,6	47,2	43,4	39,7	43,1
Mondubim	41,6	41,4	40,3	44,5	46,2	42,8
Aerolândia	44,2	44,5	43,5	36,7	41,5	42,1
Alagadiço Novo	36,8	35,1	32,5	45,8	56,3	41,3
Cidade 2000	40,3	39,5	42,2	37,7	40,7	40,1
Praia do Futuro I	32,1	39,5	45,5	43,9	38,7	40,0
Paupina	41,5	32,0	40,6	41,2	42,5	39,5
Canindezinho	35,8	40,6	41,2	40,2	34,1	38,4
Dionísio Torres	61,7	49,1	32,1	24,4	21,6	37,8
Conj. Esperança	36,6	31,5	35,6	42,3	38,6	36,9
S João Tauape	37,9	37,2	35,6	35,8	32,9	35,9
Cid Funcionários	36,9	34,7	33,7	35,8	35,8	35,4
Luc. Cavalcante	36,7	37,2	35,0	33,6	31,0	34,7
Ancuri	33,8	27,6	37,0	36,8	37,7	34,6
José Bonifácio	36,6	30,0	32,4	32,1	31,4	32,5
Fátima	29,1	27,9	27,7	30,8	24,7	28,0
Pq. São José	28,9	28,0	29,4	28,7	19,4	26,9
Guararapes	31,8	31,0	25,2	23,2	22,7	26,8
Salinas	27,0	24,3	22,6	32,3	27,4	26,7
Pq. Genibaú	26,5	24,7	23,1	31,4	27,4	26,6
Itaperi	26,2	25,7	24,1	28,2	26,5	26,1
Padre Andrade	28,0	23,7	24,0	23,6	23,2	24,5
Pq. Manibura	22,8	21,2	26,5	20,8	21,2	22,5
Floresta	22,9	21,6	19,1	18,2	16,2	19,6
Amadeu Furtado	17,5	19,9	17,5	18,6	16,4	18,0
Aldeota	19,0	17,9	17,9	18,0	17,0	18,0
Dunas	4,9	6,7	11,3	10,0	9,6	8,5
Sabiaguaba	14,6	9,4	1,4	3,7	5,6	6,9
Cocó	4,3	3,6	2,8	4,0	3,5	3,6
Guajeru	2,8	3,7	0,0	0,0	0,0	1,3
Carlito Pamplona	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pirambu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
João XXIII	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parque Araxá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aeroporto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Couto Fernandes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dendê	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Itaoca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Jardim América	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pan Americano	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parreão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Granja Lisboa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pq. Santa Rosa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Curio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mata Galinha	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pq. Dois Irmãos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pq. Iracema	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sapiranga Coite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total geral	70,7	69,3	69,9	69,6	68,7	69,6

Fonte: SIH/SUS.

As figuras 15, 16, 17, 18 e 19, trazem a distribuição espacial dos coeficientes de internação por bairro, para os anos em estudo, segundo os extratos: 1-|57,6 internações por 1000 habitantes; 171,1-|529,5 internações por 1000 habitantes; 529,5-|2171,4 internações por 1000 habitantes; sem informação.

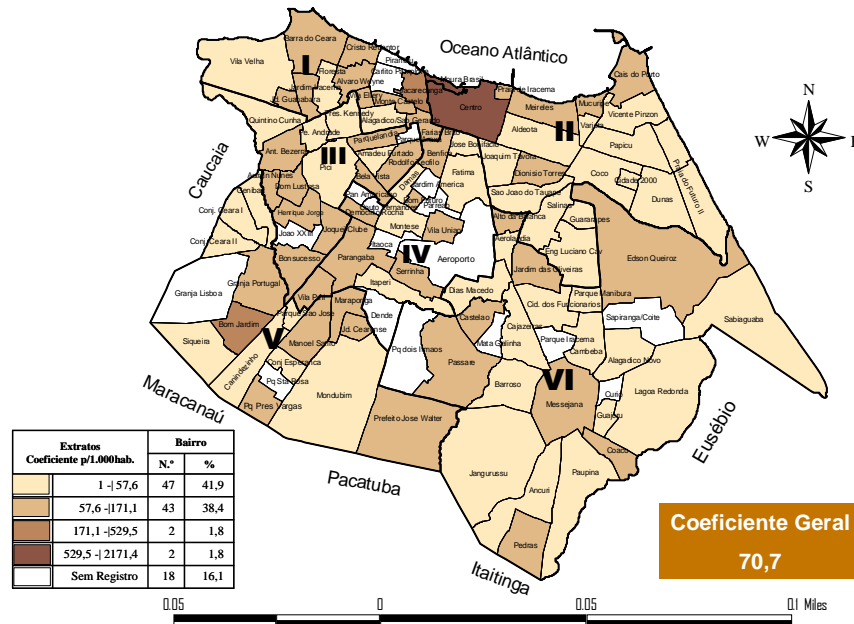


Figura 15 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2001.

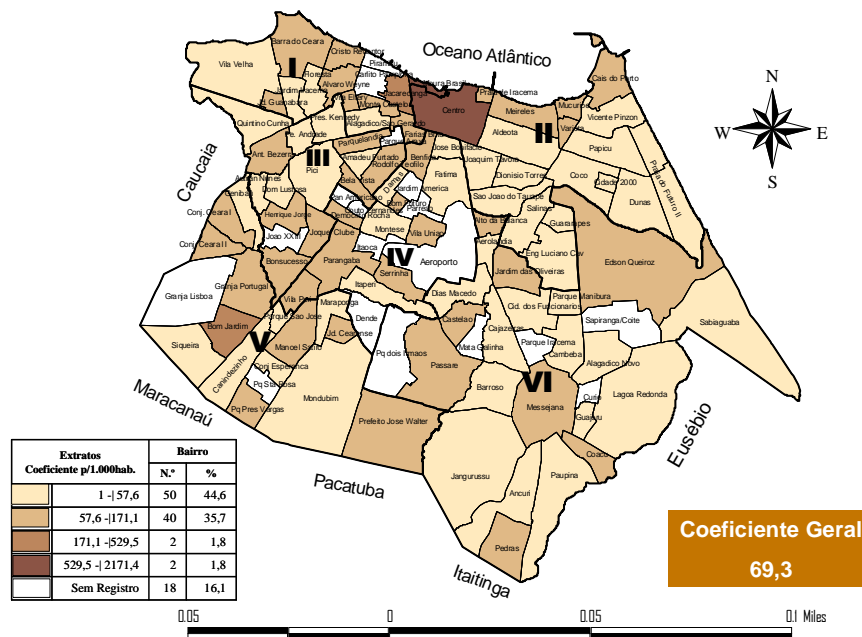


Figura 16 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2002.

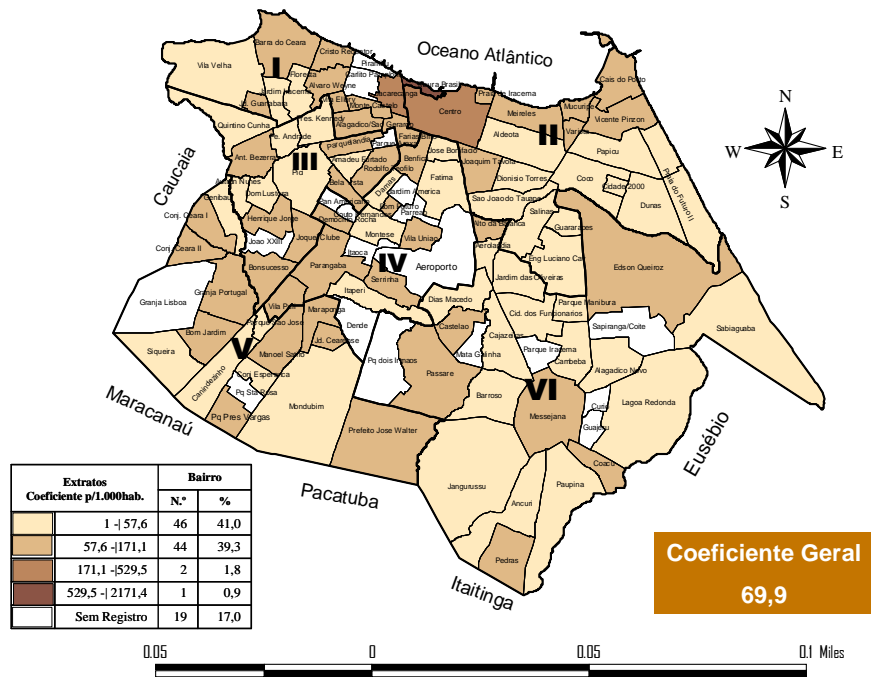


Figura 17 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2003.

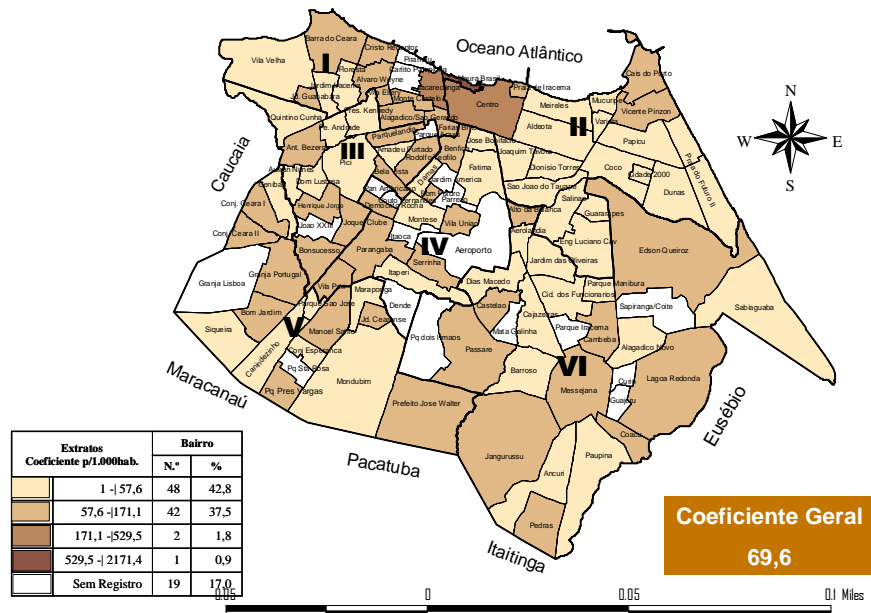


Figura 18 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2004.

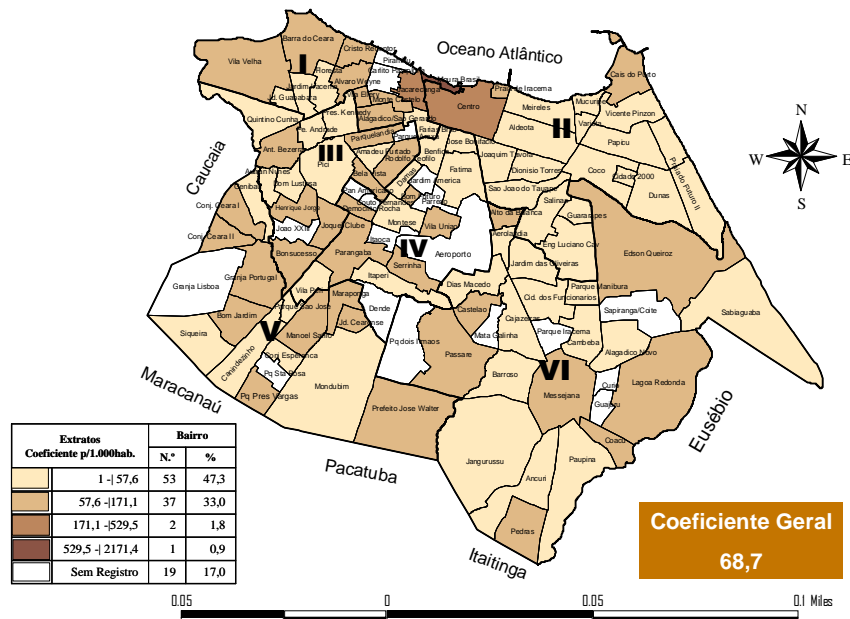


Figura 19 – Coeficiente de internação hospitalar por 1000 habitantes, segundo CEP de residência do paciente. Fortaleza, 2005.

A distribuição espacial das internações, segundo o bairro, no período de 2001 a 2005 apresentou pequenas variações no tocante ao coeficiente de internação/1000 habitantes. Em todos os anos o percentual de bairros classificados no primeiro extrato foi superior a 40%, sendo mais expressivo no ano de 2005 (47,3%). O percentual de bairros classificados no segundo extrato variou de 38,4% em 2001 para 33,0% em 2005, sendo mais expressivo em 2003 (39,3%). Nos demais estratos o percentual girou em torno de 1%. Seis bairros apresentaram coeficientes elevados em todos os anos: Arraial Moura Brasil, Centro, Jacarecanga, Bom Jardim, Henrique Jorge e Parangaba. Os dois primeiros, no extrato de 529,5-2171,4 internações por 1000 habitantes.

Tabela 18– Distribuição de bairros segundo estratificação do coeficiente de internação hospitalar em Fortaleza, 2001 a 2005.

Extrato	2001		2002		2003		2004		2005		Média
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1- 57,6	47	41,9	50	44,6	46	41,0	48	42,8	53	47,3	48,8
57,6-171,1	43	38,4	40	35,7	44	39,3	42	37,5	37	33,0	41,2
171,1-529,5	2	1,8	2	1,8	2	1,8	2	1,8	2	1,8	2
529,5-2171,4	2	1,8	2	1,8	1	0,9	1	0,9	1	0,9	1,4
S/I	18	16,1	18	16,1	19	17,0	19	17,0	19	17,0	18,6

Fonte: SIH/SUS.

### 4.3 Perfil de morbidade hospitalar

A tabela 19 traz a distribuição média das internações por condições mórbidas, no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, realizadas no período de 2001 a 2005, segundo grupos diagnósticos, esfera administrativa e frequência relativa.

Tabela 19– Distribuição média das internações no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, realizadas no período de 2001 a 2005, segundo grupos diagnósticos, esfera administrativa e índice de dissimilitude.

Capítulos CID 10	Públicas			Privadas			Interior			Total	%T
	Nº	%	FR	Nº	%	FR	Nº	%	FR		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	5330	39,3	0,7	8136	59,9	1,3	111	0,8	1,0	13577	8,6
II. Neoplasias [tumores] (C00 - D48)	4223	42,3	0,8	5752	57,6	1,2	9	0,1	0,1	9984	6,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários (D50 - D89)	488	59,4	1,1	332	40,3	0,9	3	0,3	0,4	823	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	1147	42,4	0,8	1552	57,4	1,2	6	0,2	0,3	2705	1,7
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	2548	29,6	0,6	6064	70,4	1,5	2	0,0	0,0	8613	5,5
VI. Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	803	54,3	1,0	676	45,7	1,0	1	0,0	0,1	1479	0,9
VII. Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	113	14,6	0,3	662	85,4	1,8	0	0,1	0,1	776	0,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95)	151	86,3	1,6	24	13,6	0,3	0	0,1	0,1	175	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	5306	49,1	0,9	5465	50,6	1,1	31	0,3	0,4	10802	6,9
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	7395	37,3	0,7	12398	62,5	1,4	43	0,2	0,3	19837	12,6
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	5924	52,8	1,0	5274	47,0	1,0	21	0,2	0,2	11219	7,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	1439	53,6	1,0	1238	46,1	1,0	6	0,2	0,3	2683	1,7
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	1699	63,3	1,2	1619	48,7	1,1	4	0,2	0,2	3322	2,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	4772	55,5	1,0	3792	44,1	1,0	37	0,4	0,6	8601	5,5
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	3220	72,5	1,4	1216	27,4	0,6	5	0,1	0,1	4441	2,8
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	937	70,0	1,3	401	30,0	0,6	0	0,0	0,0	1339	0,8
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clín e laborat (R00 - R99)	1104	66,8	1,3	538	32,6	0,7	10	0,6	0,8	1652	1,0
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	7732	66,6	1,3	3864	33,3	0,7	17	0,1	0,2	11613	7,4
Sub total <sup>(*)</sup>	54331	47,8	0,9	59003	51,9	1,1	306	0,3	0,3	113640	72,1
TOTAL	83539	53,0	1,0	72923	46,2	1,0	1228	0,8	1,0	157690	100,0

Fonte: SIH/SUS (\*) Internações por estados mórbidos, excluindo-se as internações pelos capítulos XV, XX e XXI.

FR – Frequência relativa.

Os dados tornam evidentes as diferenças na distribuição da morbidade entre as esferas administrativas. Das 19837 internações por doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), 12398 ocorreram na esfera privada correspondendo a 62,5% do total de internações por doenças do aparelho respiratório. Este número mostra que houve concentração de internações por doenças respiratórias na esfera privada, uma vez que a mesma respondeu por 51,9% das internações por estados mórbidos. A frequência relativa indica que a frequência de doenças respiratórias entre os pacientes atendidos em hospitais da esfera privada foi 1,4 vezes maior que o esperado se a distribuição fosse igual entre as três esferas.

Verifica-se concentração na esfera privada para as internações por doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99), 59,9% do total de internações por este diagnóstico, com frequência relativa igual a 1,3; para os transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), 70,4% do total de internações pelo grupo, frequência relativa igual a 1,5. A maior frequência relativa obtida na esfera privada corresponde a doenças do olho e anexos (H00 - H59), com quase o dobro do número de internações esperado e 85,4 % das internações por esta patologia.

Do total de internações por lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S, T), 66,6%, concentraram-se na esfera pública, com frequência relativa igual a 1,3. Dos 175 casos de doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95), 151 ocorreram na esfera pública (86,3% do total de internações do grupo).

As frequências relativas por esfera administrativa estão sumarizadas na tabela 20, por ordem decrescente das frequências relativas.

Tabela 20 – Caracterização do perfil de morbidade, segundo esfera administrativa. Fortaleza, 2001 a 2005.

Índice de dissimilitude	Hospitais da esfera pública	Hospitais da esfera privada
Elevado (>1)	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95) XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96) XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99) XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências causas externas (S,T) XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais (R00 - R99)	VII. Doenças do olho e anexos (H00 - H59) V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99) I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) II. Neoplasias [tumores] (C00 - D48)

	XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)
	III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários (D50 - D89)	IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)
		XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)
	IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários (D50 - D89)
	II. Neoplasias [tumores] (C00 - D48)	XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseqüências de causas externas (S,T)
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais (R00 - R99)
Baixo (<1)	X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)
	V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95)
	VII. Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	
		VI. Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)
=1		XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)
		XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)
		XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)

Fonte: SIH/SUS

ID – Índice de Dissimilitude.

O grupo diagnóstico com frequência elevada nas unidades hospitalares da esfera pública compreenderam: doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95) com ID igual a 1,6; Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96), ID igual a 1,4; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99) e lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S,T), ambas com ID igual a 1,3; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99), ID igual a 1,2; doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (D50 - D89) com ID igual a 1,1; Ressalte-se o índice elevado de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais (R00 - R99), com ID igual a 1,3. Esta categoria inclui casos em que não foi possível chegar a um diagnóstico conclusivo, diagnósticos provisórios atribuídos a pacientes que não retornaram a uma consulta subsequente, encaminhamentos sem diagnóstico esclarecido.

Frequências baixas foram observadas, na esfera pública para os grupos diagnósticos: doenças do aparelho circulatório (I00 - I99) com ID igual a 0,9; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90) e neoplasias [tumores] (C00 - D48), ambas

com ID igual a 0,8; algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) e doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), ID igual a 0,7; transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), FR igual a 0,6 e doenças do olho e anexos (H00 - H59) com ID igual a 0,3.

Nas internações na esfera privada apresentaram freqüência relativa elevada: doenças do olho e anexos (H00 - H59), ID igual a 1,8; transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), ID igual a 1,5; doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), ID igual a 1,4; algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99), ID igual a 1,3; neoplasias [tumores] (C00 - D48) e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90), ambas com ID relativa igual a 1,2; apresentaram ID igual a 1,1, as doenças do aparelho circulatório (I00 - I99) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99).

Apresentaram baixos índices de dissimilitude na esfera privada: doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (D50 - D89), ID igual a 0,9; lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S,T), com ID igual a 0,7; apresentaram ID igual a 0,6, algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96) e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99); doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95), ID igual a 0,3; sintomas, sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais (R00 - R99), apresentaram ID igual a 0,7.

As doenças do sistema nervoso (G00 - G99), do aparelho digestivo (K00 - K93), da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99) e as doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99), apresentaram ID igual a um, nas duas esferas administrativas.

#### 4.3.1 Distribuição percentual de internações por estados mórbidos

Na tabela 21 são apresentados número e distribuição percentual de internações gerais e por estados mórbidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, de residentes em Fortaleza, segundo capítulo CID10, no período de 2001 a 2005.

As internações por estados mórbidos representaram 68,8% do total, em 2001, com leve crescimento ao longo do período, chegando a 74,7%, ao final. As demais causas de internação, com percentual médio de 31,2%, têm nas internações decorrentes de gravidez, parto e puerpério uma média de 26%, com declínio de valores no período, passando de 28,6% em 2001, para 23,5 em 2005, apresentando variação negativa de 14,9%. As internações pelo



capítulo XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde representaram aproximadamente 2% do total do período.

Tabela 21 – Número e distribuição percentual de internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, de residentes em Fortaleza, segundo capítulo CID10, no período de 2001 a 2005.

Classificação CID 10	2001		2002		2003		2004		2005		Total		Variação percentual
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias(A00 - B99)	12455	8,1	12942	8,4	14313	9,1	13383	8,4	14790	9,1	67883	8,6	18,7
II.Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	5619	3,6	10232	6,7	10954	6,9	11435	7,2	11678	7,2	49918	6,3	107,8
III.Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários (D50 - D89)	888	0,6	849	0,6	767	0,5	737	0,5	873	0,5	4114	0,5	-1,7
IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	3087	2,0	2692	1,8	2488	1,6	2412	1,5	2846	1,7	13525	1,7	-7,8
V.Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	7443	4,8	7775	5,1	9998	6,3	7718	4,8	10132	6,2	43066	5,5	36,1
VI.Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	1287	0,8	1263	0,8	1626	1,0	1519	1,0	1702	1,0	7397	0,9	32,2
VII.Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	1077	0,7	367	0,2	426	0,3	722	0,5	1287	0,8	3879	0,5	19,5
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95)	174	0,1	187	0,1	173	0,1	178	0,1	164	0,1	876	0,1	-5,7
IX.Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	9743	6,3	10715	7,0	10543	6,7	10987	6,9	12021	7,4	54009	6,9	23,4
X.Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	21378	13,9	19503	12,7	19317	12,3	20648	12,9	18338	11,2	99184	12,6	-14,2
XI.Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	11699	7,6	10992	7,1	10572	6,7	11111	7,0	11720	7,2	56094	7,1	0,2
XII.Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	2764	1,8	2612	1,7	2650	1,7	2706	1,7	2683	1,6	13415	1,7	-2,9
XIII.Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	3079	2,0	3471	2,3	3250	2,1	3480	2,2	3332	2,0	16612	2,1	8,2
XIV.Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	9515	6,2	8183	5,3	8616	5,5	8767	5,5	7924	4,9	43005	5,5	-16,7
XVI.Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	3472	2,3	4431	2,9	4579	2,9	4661	2,9	5060	3,1	22203	2,8	45,7
XVII.Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	1392	0,9	1222	0,8	1212	0,8	1290	0,8	1578	1,0	6694	0,8	13,4
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais ex clín e laborat (R00 - R99)	1793	1,2	1430	0,9	1329	0,8	1630	1,0	2077	1,3	8259	1,0	15,8
XIX.Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	9248	6,0	8950	5,8	12321	7,8	13874	8,7	13672	8,4	58065	7,4	47,8
Total internações estados mórbidos	106113	68,8	107816	70,1	115134	73,0	117258	73,5	121877	74,7	568198	72,1	14,9
XV. Gravidez parto e puerpério (O00 - O99)	44064	28,6	43515	28,3	40447	25,7	39100	24,5	37499	23,0	204625	26,0	-14,9
XX.Causas externas de morbidade e de mortalidade (V,W,X,Y)	435	0,3	62	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,0	507	0,1	-97,7
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99)	3699	2,4	2412	1,6	2101	1,3	3111	2,0	3797	2,3	15120	1,9	2,6
Demais internações	48198	31,2	45989	29,9	42548	27,0	42211	26,5	41306	25,3	220252	27,9	-14,3
Total geral de internações	154311	100,0	153805	100,0	157682	100,0	159469	100,0	163183	100,0	788450	100,0	5,7

Fonte: SIH/SUS.

Os mais importantes diagnósticos, por ordem de grandeza das proporções, excetuando as complicações da gravidez, parto e puerpério, foram as doenças do aparelho

respiratório (12,6%); doenças infecciosas e parasitárias (8,6%); lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (7,4%); doenças do aparelho digestivo (7,1%). As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias responderam por 6,9 e 6,3% das internações, respectivamente. Com igual percentual médio, de 5,5%, estão as doenças do aparelho geniturinário e os transtornos mentais e comportamentais. Seguem-se as afecções originadas no período perinatal e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com média de 2,8 e 2,1%, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e as doenças da pele e do tecido subcutâneo, ambas com 1,7%. Com média inferior a 1% estão as doenças do sistema nervoso; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; doenças do olho e anexos; doenças do sangue e de órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários; e as doenças do ouvido e da apófise mastóide.

As doenças do aparelho respiratório, primeira causa de internação por estados mórbidos, apresentam tendência decrescente, com variação negativa no período (14,2%). A maior variação negativa, entretanto, é observada para as doenças do aparelho geniturinário (16,7%). Seguem-se as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (- 7,8%); doenças do ouvido e da apófise mastóide (-5,7%); doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (-1,7%).

Os demais grupos diagnósticos apresentaram variação percentual positiva no período, sendo mais expressivo para as neoplasias [tumores], com 107,8 %; as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas com 47,8%; algumas afecções originadas no período perinatal, apresentando variação de 45,7%; transtornos mentais e comportamentais, 36,1%; doenças do sistema nervoso, 32,2%; doenças do aparelho circulatório, 23,4%; Doenças do olho e anexos, algumas doenças infecciosas e parasitárias e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas apresentaram variação igual a 19,5%, 18,7% e 13,4%, respectivamente. Os demais grupos apresentaram variação inferior a 10%.

#### 4.3.1.1 Distribuição percentual de internações por estados mórbidos em hospitais da esfera municipal

Ao se fazer um recorte sobre as unidades da esfera municipal tem-se o exposto na tabela 22, que mostra a distribuição percentual da média de internações por estados mórbidos, realizadas em hospitais da esfera municipal, segundo capítulos da CID 10, no período estudado. A tabela traz nas linhas a distribuição percentual de cada grupo diagnóstico por

hospital e nas colunas a distribuição percentual dos grupos diagnósticos em cada unidade hospitalar.

Tabela 22 – Distribuição percentual da média de internações por estados mórbidos, realizadas em hospitais da esfera municipal, segundo capítulos da CID. Fortaleza, 2001 a 2005.

Diagnóstico CID 10	CROA		HDEBO		HDEAM		HDJMBO		HDNSC		HDGGMJW		HDGGMM		HDGGMBC		IJF		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias(A00 - B99)	653	30,4	240	8,9	168	6,7	344	12,4	871	29,0	210	15,9	245	14,5	220	13,0	209	2,6	3159	12,2
	(20,7)		(7,6)		(5,3)		(10,9)		(27,6)		(6,7)		(7,7)		(7,0)		(6,6)		(100,0)	
II.Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	0	0,0	82	3,0	104	4,2	273	9,9	3	0,1	59	4,4	182	10,8	120	7,1	652	8,0	1476	5,7
	(0,0)		(5,6)		(7,0)		(18,5)		(0,2)		(4,0)		(12,3)		(8,1)		(44,2)		(100,0)	
III.Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários (D50 - D - 89)	6	0,3	13	0,5	12	0,5	17	0,6	25	0,8	26	2,0	20	1,2	22	1,3	6	0,1	147	0,6
	(4,1)		(8,8)		(8,3)		(11,6)		(17,0)		(17,8)		(13,5)		(14,7)		(4,2)		(100,0)	
IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	13	0,6	40	1,5	54	2,2	92	3,3	73	2,4	29	2,2	24	1,4	60	3,5	57	0,7	442	1,7
	(3,0)		(9,0)		(12,2)		(20,9)		(16,6)		(6,6)		(5,4)		(13,5)		(12,9)		(100,0)	
V.Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	0,2	15	0,1
	(0,0)		(2,7)		(0,0)		(1,4)		(1,4)		(1,4)		(2,7)		(0,0)		(90,5)		(100,0)	
VI.Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	1	0,1	6	0,2	6	0,2	39	1,4	26	0,9	10	0,7	3	0,2	2	0,1	203	2,5	297	1,1
	(0,4)		(2,1)		(2,1)		(13,0)		(8,9)		(3,3)		(1,1)		(0,7)		(68,3)		(100,0)	
VII.Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	0,5	44	0,2
	(0,0)		(0,5)		(5,0)		(0,5)		(0,0)		(0,5)		(0,0)		(0,9)		(92,8)		(100,0)	
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95)	1	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	3	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	8	0,1	18	0,1
	(5,4)		(0,0)		(12,2)		(6,5)		(15,2)		(2,2)		(7,3)		(6,5)		(44,6)		(100,0)	
IX.Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	1	0,1	18	0,7	70	2,8	143	5,2	322	10,7	39	3,0	17	1,0	63	3,7	519	6,4	1194	4,6
	(0,1)		(1,50)		(5,9)		(12,0)		(27,0)		(3,3)		(1,4)		(5,3)		(43,5)		(100,0)	
X.Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	1321	61,4	478	17,7	248	9,9	148	5,4	962	32,0	341	25,8	367	21,8	386	22,9	89	1,1	4340	16,7
	(30,4)		(11,0)		(5,7)		(3,4)		(22,2)		(7,9)		(8,5)		(8,9)		(2,0)		(100,0)	
XI.Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	67	3,1	592	21,9	520	20,8	404	14,6	141	4,7	164	12,4	52	3,1	151	9,0	574	7,1	2666	10,3
	(2,5)		(22,2)		(19,5)		(15,2)		(5,3)		(6,2)		(2,0)		(5,7)		(21,5)		(100,0)	
XII.Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	14	0,7	241	8,9	263	10,5	144	5,2	3	0,1	30	2,3	6	0,4	11	0,7	234	2,9	947	3,6
	(1,5)		(25,5)		(27,7)		(15,2)		(0,3)		(3,2)		(0,7)		(1,2)		(24,7)		(100,0)	
XIII.Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	3	0,1	135	5,0	201	8,0	97	3,5	10	0,3	6	0,4	5	0,3	12	0,7	368	4,5	837	3,2
	(0,4)		(16,2)		(24,0)		(11,6)		(1,2)		(0,7)		(0,5)		(1,4)		(44,0)		(100,0)	
XIV.Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	65	3,0	137	5,1	124	4,9	94	3,4	242	8,1	305	23,1	329	19,5	353	21,0	53	0,6	1702	6,6
	(3,8)		(8,0)		(7,3)		(5,5)		(14,2)		(17,9)		(19,3)		(20,8)		(3,1)		(100,0)	
XVI.Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	2	0,1	27	1,0	0	0,0	1	0,0	305	10,1	67	5,1	398	23,6	254	15,1	2	0,0	1057	4,1
	(0,2)		(2,6)		(0,0)		(0,1)		(28,8)		(6,3)		(37,7)		(24,1)		(0,2)		(100,0)	
XVII.Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	1	0,0	12	0,5	13	0,5	5	0,2	4	0,1	3	0,2	2	0,1	10	0,6	87	1,1	136	0,5
	(0,4)		(8,9)		(9,2)		(4,0)		(2,6)		(1,9)		(1,3)		(7,6)		(64,0)		(100,0)	
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais ex clín e laborat (R00 - R99)	0	0,0	104	3,8	89	3,5	20	0,7	4	0,1	24	1,8	32	1,9	7	0,4	49	0,6	329	1,3
	(0,1)		(31,6)		(26,9)		(6,0)		(1,1)		(7,4)		(9,6)		(2,2)		(15,0)		(100,0)	
XIX.Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	1	0,1	575	21,3	629	25,1	942	34,1	11	0,4	6	0,4	4	0,2	10	0,6	4976	61,1	7153	27,6
	(0,0)		(8,0)		(8,8)		(13,2)		(0,2)		(0,1)		(0,1)		(0,1)		(69,9)		(100,0)	
TOTAL	2151	100,0	2702	100,0	2505	100,0	2765	100,0	3006	100,0	1320	100,0	1686	100,0	1683	100,0	8141	100,0	25959	100,0
(%)	(8,3)		(10,4)		(9,6)		(10,7)		(11,6)		(5,1)		(6,5)		6,5		(31,4)		(100,0)	

Fonte: SIH/SUS.

Os dados apresentados mostram que o IJF responde por 31,4% das internações por estados mórbidos. O segundo hospital, em número de atendimentos, é o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (HDNSC), com 11,6% das internações por estados mórbidos. Com aproximadamente 10% das internações estão o Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira (HDJMBO) e o Hospital Edmilson Barros de Oliveira. Seguem-se os hospitais Distrital Evandro Aires de Moura e CROA, com 9,6% e 8,3%, respectivamente. Os dois gonzaguinhas, Messejana e Barra do Ceará apresentaram o mesmo percentual, 6,5%. O Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota José Walter apresentou o menor percentual de internações por estados mórbidos (5,1%).

As principais causas de internação por estados mórbidos, no período estudado, nos hospitais da esfera municipal, foram: lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (27,6%); doenças do aparelho respiratório (16,7%); algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,2%); doenças do aparelho digestivo (10,3%); doenças do aparelho geniturinário (6,6%); neoplasias [tumores] (5,7%); doenças do aparelho circulatório (4,6%); algumas afecções originadas no período perinatal (4,1%).

O IJF e o Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba) concentraram 83,1 % das internações por lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas; o IJF respondeu por 69,9% das internações e o Frotinha de Parangaba por 13,2%.

A segunda causa de internação, doenças do aparelho respiratório, apresentou concentração de atendimentos no CROA (30,4%) e no Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (22,2%). O Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira respondeu por 11,0% de internações por este diagnóstico.

As doenças infecciosas e parasitárias concentraram-se nos hospitais Nossa Senhora da Conceição (27,6%) e CROA (20,7%).

As doenças do aparelho digestivo distribuíram-se principalmente em quatro hospitais: Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (22,2); IJF (21,5%); Hospital Distrital Evandro Aires de Moura (19,5%) e Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira (15,2%).

Os três gonzaguinhas, Barra do Ceará, Messejana e José Walter internaram mais de 70% dos casos de doenças do aparelho geniturinário (20,8%, 19,3% e 17,9%). O Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição respondeu por 14,2%.

As neoplasias [tumores] concentraram-se em três hospitais: IJF (44,2%); Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira (18,5%) e Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota Messejana (12,3%).

Três hospitais internaram mais de 80% dos casos de doenças do aparelho circulatório: IJF (43,5%); Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (27,0%) e Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira (12,0%).

As internações por afecções originadas no período perinatal tiveram 90,6% de atendimento em três hospitais: Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota Messejana (37,7%); Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (28,8%); Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota Barra do Ceará (24,1%).

Considerando as internações por unidade hospitalar observa-se que 91,8% das internações no CROA são de doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias (61,4 e 30,4%), respectivamente.

O Hospital distrital Edmilson Barros de Oliveira (Frotinha de Messejana) teve como principais causas de internação no período: doenças do aparelho digestivo (21,9%); lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (21,3%) e doenças do aparelho respiratório (17,7%).

As lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas e as doenças do aparelho digestivo foram as principais causas de internação no Hospital Distrital Evandro Aires de Moura (25,1 e 20,8%), seguindo-se as doenças da pele e do tecido subcutâneo (10,5%), as doenças do aparelho respiratório (9,9%) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (8,0%).

As lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (34,1%), as doenças do aparelho digestivo (14,6%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,4%) e as neoplasias [tumores] (9,9%) foram as principais causas de internação no Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira.

As três causas mais freqüentes de internação no Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição compreenderam: doenças do aparelho respiratório(32,0%); doenças infecciosas e parasitárias (29,0%) e algumas afecções originadas no período perinatal (10,1%).

Os três gonzaguinhas: Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota José Walter, Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota Messejana e Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota Barra do Ceará apresentam o mesmo perfil de atendimento internando como principais causas as doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho geniturinário,

doenças infecciosas e parasitárias e afecções originadas no período perinatal, apresentando pequenas variações na ordem dos percentuais.

As lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas correspondem a 61,1% das internações do IJF, correspondendo ao perfil do hospital. O hospital internou 7,1% de doenças do aparelho digestivo, 8,0% de neoplasias [tumores] e 6,4% de doenças do aparelho circulatório.

#### 4.3.2 Coeficientes gerais de internação por estados mórbidos

A tabela 23 apresenta os coeficientes de internação por estados mórbidos, por 1000 habitantes e variação percentual média de internações no âmbito do SUS, de residentes em Fortaleza, no período estudado.

Tabela 23 – Coeficiente de Internação por estados mórbidos, por 1000 habitantes, de residentes em Fortaleza, atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, no período de 2001 a 2005.

Classificação CID 10	Coeficiente por 1000 habitantes					Coef. Médio	Variação percentual
	2001	2002	2003	2004	2005		
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	9,8	8,8	8,6	9,0	7,7	8,8	-21,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	5,7	5,8	6,3	5,8	6,2	6,0	9,2
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	4,2	4,0	5,5	6,1	5,8	5,1	35,9
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	5,4	5,0	4,7	4,8	4,9	5,0	-7,9
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	4,5	4,8	4,7	4,8	5,1	4,8	13,4
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	2,6	4,6	4,9	5,0	4,9	4,4	91,1
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	3,4	3,5	4,4	3,4	4,3	3,8	-23,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	4,4	3,7	3,8	3,8	3,3	3,8	25,2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	1,6	2,0	2,0	2,0	2,1	2,0	34,0
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	1,4	1,6	1,4	1,5	1,4	1,5	-0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	1,4	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	-15,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	-10,8
VI. Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	21,6
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clín e laborat (R00 - R99)	0,8	0,6	0,6	0,7	0,9	0,7	6,5
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	4,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários (D50 - D - 89)	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	-9,6
VII. Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3	9,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-13,3
Total	48,6	48,6	51,0	51,1	51,3	50,2	5,6

Fonte: SIH/SUS.

(\*) coeficiente por 1000 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Os coeficientes de internação por estados mórbidos, de residentes em Fortaleza, no âmbito do SUS, apresentaram tendência crescente no período estudado, com coeficiente médio de 50,2 internações/1000 habitantes e variação positiva igual a 5,6%.

As condições mórbidas que apresentaram maior risco de internação, no período, compreenderam: as doenças do aparelho respiratório (8,8 internações por 1000 habitantes/ano); Algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,0 internações por 1000 habitantes/ano); lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (5,1 internações por 1000 habitantes/ano); doenças do aparelho digestivo (5,0 internações por 1000 habitantes/ano); Doenças do aparelho circulatório (4,8 internações por 1000 habitantes/ano); Neoplasias [tumores] (4,4 internações por 1000 habitantes/ano). Entretanto, observa-se que as neoplasias apresentaram um incremento de 91,0%; as lesões, envenenamentos e algumas conseqüências de causas externas, de 35,9%; as afecções originadas no período perinatal, de 34%; os transtornos mentais e comportamentais, 25,2%; doenças do sistema nervoso, 21,6%.

#### 4.3.3 Coeficientes de internação por sexo

Os coeficientes de internação, estratificados por sexo são apresentados na tabela 24.

Tabela 24 – Coeficiente geral de Internação e coeficiente de morbidade hospitalar por 1000 habitantes, em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, de residentes em Fortaleza, segundo capítulos da CID10 e sexo, no período de 2001 a 2005.

Classificação CID 10	2001		2002		2003		2004		2005		Coef. Médio	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
XV. Gravidez, parto e puerpério (O00 - O99) (*)	–	56,9	–	55,3	–	50,6	–	48,1	–	44,5	–	51,0
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	11,0	8,7	9,7	8,0	9,4	7,9	9,9	8,3	8,4	7,1	9,6	8,0
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	6,4	2,3	6,2	2,2	8,4	2,9	9,2	3,3	8,7	3,2	7,8	2,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	6,4	5,1	6,5	5,2	7,0	5,8	6,1	5,6	6,6	5,9	6,5	5,5
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	6,1	4,7	5,6	4,4	5,3	4,1	5,5	4,3	5,6	4,3	5,6	4,4
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	4,0	2,9	4,4	2,7	5,8	3,2	4,7	2,2	6,1	2,7	5,0	2,7
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	4,4	4,5	4,7	4,9	4,8	4,6	4,9	4,7	5,4	4,8	4,8	4,7
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	2,1	3,0	4,4	4,8	4,3	5,4	4,2	5,7	4,2	5,5	3,8	4,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	3,0	5,5	2,3	4,9	2,1	5,4	2,1	5,4	2,1	4,5	2,3	5,1

XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	1,7	1,5	2,4	1,6	2,3	1,8	2,2	1,9	2,3	2,0	2,2	1,8
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	1,8	1,1	2,0	1,2	1,7	1,2	1,8	1,3	1,6	1,2	1,8	1,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	1,5	1,0	1,5	0,9	1,5	0,9	1,5	0,9	1,4	0,9	1,5	0,9
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99)	2,2	1,3	1,3	0,9	1,1	0,8	1,5	1,3	1,7	1,5	1,5	1,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	1,3	1,5	1,1	1,3	1,0	1,2	0,9	1,2	1,0	1,4	1,1	1,3
VI. Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	0,7	0,5	0,7	0,5	0,9	0,6	0,8	0,6	0,9	0,6	0,8	0,5
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	0,8	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,8	0,6	0,7	0,5
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clín e laborat (R00 - R99)	0,7	0,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	1,0	0,7	0,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários (D50 - D - 89)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
VII. Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	0,4	0,5	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,3	0,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 - H95)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade (V,W,X,Y)	0,3	0,1	0,0	0,0	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0
Coefficiente geral de internação	55,4	84,1	54,7	82,1	57,0	81,2	56,9	80,7	58,5	77,7	56,5	81,1
Coefficiente de morbidade hospitalar	52,9	44,8	53,4	44,3	55,9	46,8	55,5	47,3	56,7	46,5	54,9	46,0

Fonte: SIH/SUS. (\*) Coeficiente por 1000 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Com relação às internações gerais (todos os capítulos), os dados evidenciam a existência de um diferencial de risco de internação para as pessoas do sexo feminino, correspondente a aproximadamente 1,5 (uma vez e meia) ao risco de internação para pessoas do sexo masculino (56,6 e 81,1). Ao se excluir as internações pelos capítulos XV. Gravidez, parto e puerpério, XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade (diagnóstico secundário) e XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, o diferencial se inverte. O risco de internação passa a ser de 1,2 vezes maior para pessoas do sexo masculino.

Observando-se os diversos itens da classificação CID 10, verifica-se que os diferenciais de internações entre pessoas do sexo masculino e feminino são muito aproximados na maioria dos grupos diagnósticos: doenças do aparelho respiratório: 9,6 e 8,0 internações/1000 pessoas; doenças do aparelho respiratório: 6,5 e 5,5 internações/1000



peçoas; doenças do aparelho digestivo: 5,6 e 4,4 internações/1000 peçoas; doenças do aparelho circulatório: 4,8 e 4,7 internações/1000 peçoas.

Três grupos diagnósticos apresentaram diferencial maior entre peçoas do sexo masculino e feminino: lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas: 7,8 internações/1000 homens e 2,8 internações/1000mulheres; transtornos mentais e comportamentais: 5,0 internações/1000 homens e 2,7 internações/1000mulheres; doenças do aparelho geniturinário; 2,3 internações/1000 homens e 5,1 internações/1000mulheres. Nos dois primeiros grupos, o risco de internação para as peçoas do sexo masculino é aproximadamente três e duas vezes maior do que para as de sexo feminino. No grupo de doenças do aparelho geniturinário o risco é duas vezes maior para as peçoas do sexo feminino.

#### 4.3.4 Coeficientes de internação por faixa etária

A tabela 25 mostra os coeficientes de morbidade hospitalar na rede SUS, segundo faixa etária. A média dos coeficientes para o período referido, por faixa etária encontra-se no gráfico 20.

Tabela 25 – Coeficiente de morbidade hospitalar, na rede SUS, por 1000 habitantes residentes em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005.

Ano de internação	Faixa etária (anos)											
	< 1 ano	01 a 04	05 a 09	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e +	
2001	165,5	105,2	32,7	17,6	27,9	36,3	49,0	70,0	101,2	155,9	193,3	
2002	157,9	99,6	33,5	18,4	27,3	36,6	50,0	69,2	102,4	153,8	204,8	
2003	161,0	97,9	34,3	19,9	30,1	39,8	56,8	74,2	105,4	148,5	207,5	
2004	156,8	99,0	33,0	19,5	30,0	38,6	56,8	74,9	109,6	154,6	225,2	
2005	153,7	87,6	33,0	20,9	30,4	39,6	58,6	78,6	108,1	155,9	241,4	
Média	159,0	97,9	33,3	19,2	29,1	38,2	54,2	73,4	105,3	153,7	214,4	
<b>Varição</b>	<b>-7,1</b>	<b>-16,7</b>	<b>1,1</b>	<b>18,8</b>	<b>8,9</b>	<b>9,0</b>	<b>19,7</b>	<b>12,4</b>	<b>6,8</b>	<b>0,0</b>	<b>24,9</b>	

Fonte: SIU/SUS.

Os coeficientes de internação por faixa etária mostram riscos de internação elevados nos extremos, com uma média de 159 internações por 1000 crianças menores de um ano em um extremo, e 214 internações por 1000 idosos (maiores de 80 anos), no outro extremo, no período.

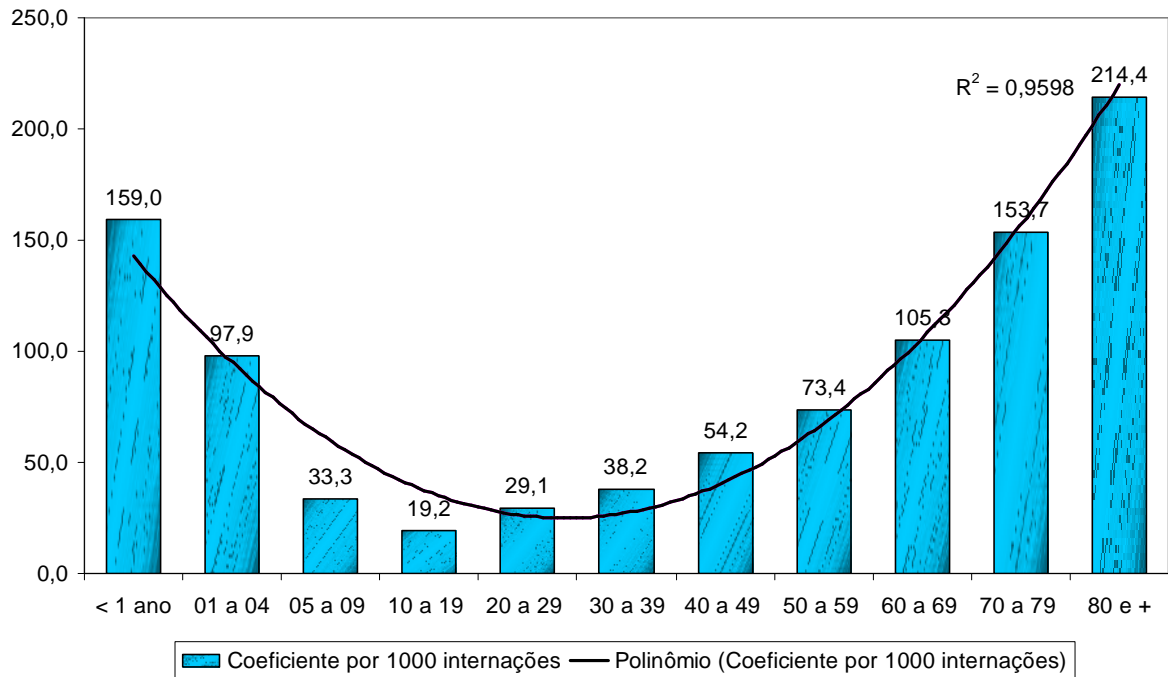


Figura 20 – Coeficiente médio de morbidade hospitalar, na rede SUS, por 1000 habitantes residentes em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005.

A linha de tendência polinomial mostra o decréscimo do coeficiente médio de morbidade hospitalar a partir do segundo ano de vida, indicando menor risco de adoecimento até a faixa de 10 a 19 anos, quando começa a elevar-se, sendo superior a 100 internações por 1000 indivíduos das faixas etárias: de 60 a 79 anos (idoso jovem), 70 a 79 anos (idoso médio) e 80 e mais (idoso). O aumento proporcional à faixa etária evidencia a importância que agravos e doenças associados ao estilo de vida atual, vêm assumindo como as causas externas e as doenças crônico-degenerativas.

Os coeficientes de morbidade hospitalar das três principais causas de internação por estados mórbidos, segundo faixa etária, estão descritas na tabela 26.

Tabela 26 – Coeficiente de morbidade hospitalar das seis principais causas de internação, em hospitais da rede SUS, em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005.

Capítulos CID 10	2001	2002	2003	2004	2005	Coef. Médio	Variação percentual 2001 - 2005
Menores de 1 ano							
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	74,2	80,2	82,1	81,7	87,8	81,2	9,4
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	45,6	35,8	37,6	38,7	31,9	37,9	-16,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	29,6	26,4	26	20,2	18,8	24,2	-18,3
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	2,7	3,9	3,5	4,1	4,1	3,7	37
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	2,2	2,6	3,2	3,3	3,5	3	35,4
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clín e laborat (R00 - R99)	2,7	3,3	3,1	2,4	1,9	2,7	-0,2
1 a 4 anos							
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	54,7	47,4	47,1	50,1	38	47,4	-30,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	31,9	29,5	28,8	26,7	27,5	28,9	-13,6
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)	2,6	6,3	6	6,2	6	5,4	128,8
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	4,1	4,2	4,2	4,4	4,8	4,3	18,2
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)	1,3	2	2	1,9	2,3	1,9	77,2
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	1,8	1,4	2	2,2	1,7	1,8	-7,1
5 a 9 anos							
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	12,6	12,3	12,3	12,3	11,5	12,2	-8,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	7,2	7,4	8,6	7,3	8,3	7,8	15,6
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	3,1	3,1	3,1	3,1	3,3	3,1	5,9
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	2,3	2,6	3,1	3,5	2,9	2,9	29,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	2,7	2,7	2	1,8	1,3	2,1	-53,5
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	0,3	1	1	1,2	1	0,9	225,3
10 a 19 anos							
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	3,8	3,6	3,8	3,8	3,7	3,7	-4,2
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	2,9	2,7	3,8	4	3,7	3,4	27,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	2,2	2,7	3,4	3,1	3,8	3,1	70,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	2	1,8	1,7	1,7	1,6	1,7	-18,5
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	1,8	1,6	1,4	1,5	1,7	1,6	-5,5
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	0,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,3	197,9
20 a 29 anos							
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	5,3	4,9	6,8	7,4	6,9	6,3	29
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	3,8	3,9	5	3,8	5,5	4,4	45,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	3,9	3,3	3,4	3,7	2,8	3,4	-28,6

Tabela 26 – Coeficiente de morbidade hospitalar das seis principais causas de internação, em hospitais da rede SUS, em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005.

Capítulos CID 10	2001	2002	2003	2004	2005	Coef. Médio	Variação percentual 2001 - 2005
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	3,9	3	2,7	2,9	3	3,1	-23,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	1,3	1,7	2,3	2,6	2,5	2,1	87,5
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	0,9	2,5	2,3	2,3	2,3	2	159,6
30 a 39 anos							
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	6,3	6,6	8,3	6,4	7,7	7,1	21,7
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	5,2	5	6,4	6,7	6,8	6	31,8
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	5,4	4,8	4,4	4,6	4,6	4,8	-14,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	4,7	4,1	4,6	4,6	3,8	4,3	-19,6
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	2,1	3,9	4,2	4,2	4	3,7	85,9
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	2,7	3,1	2,8	2,7	2,7	2,8	1,5
40 a 49 anos							
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	7,5	7,7	10,1	7,8	9,7	8,5	29,7
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	5	7,7	8,8	9,3	9	8	79,2
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	7,6	7,3	7,1	7,2	7,2	7,3	-5,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	6,3	5,8	6,9	6,8	6,1	6,4	-4
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	4,5	4,3	6,1	7,4	7,2	5,9	59,9
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	5,2	5,4	5,5	5,6	5,7	5,5	7,9
50 a 59 anos							
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	11,1	12,1	12	12,7	14	12,4	25,8
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	11,2	10,3	10,1	10,6	10,7	10,6	-4,3
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	6,2	10,4	11,5	11,3	11,5	10,2	85,3
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	8,1	6,8	9,2	7	8,2	7,8	0,9
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	5	4,8	6,7	8,2	7,7	6,5	52
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	7	5,6	6,3	6,2	5,9	6,2	-15,3
60 a 69 anos							
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	20,2	23,2	23,5	24,6	25	23,3	23,4
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	10,1	15,5	17,5	18,4	18,3	15,9	80,9
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	14,6	14,1	13,9	13,5	12,7	13,7	-12,4
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	11,2	10,8	9,3	11,5	8,9	10,4	-20,6
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	6,1	5,9	7,9	9,6	9,1	7,7	47,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	9,7	6,7	7	6,7	6,6	7,3	-31,7
70 a 79 anos							
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	35,8	38,2	37,3	40,1	41,5	38,6	16
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	15,4	26	24,7	25,5	24,3	23,2	57,7
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	20	19,4	18,5	20,9	17,8	19,3	-11,1
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	17,6	16,8	14,1	14,5	14,9	15,6	-15,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	15,1	10,3	8,5	8	8	10	-47,1

Tabela 26 – Coeficiente de morbidade hospitalar das seis principais causas de internação, em hospitais da rede SUS em Fortaleza, segundo faixa etária, no período de 2001 a 2005.

Capítulos CID 10	2001	2002	2003	2004	2005	Coef. Médio	Variação percentual 2001 - 2005
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	8,2	10,2	10,7	8,3	9,6	9,4	18
80 anos e mais							
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	52,7	57,7	53,4	58,8	67	57,9	27,1
X. Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	30,8	34,5	31,9	39,9	39,4	35,3	28,1
II. Neoplasias [tumores] (C00 - C97)	14,6	23,8	26,4	24,5	27,2	23,3	86
XIX. Lesões, envenenamentos e alg out conseq causas externas (S,T)	14,7	15	21	21,7	23,2	19,1	58,2
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	12,5	16,7	16,9	18,8	18,2	16,6	45,1
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	15,8	16,4	15,1	16,8	17	16,2	7,8

Fonte: SIH/SUS

Os coeficientes específicos mostrados na tabela 26 evidenciam os maiores riscos de internação para cada faixa etária. Para os menores de um ano, as afecções originadas no período perinatal as doenças do aparelho respiratório (J00 - J99) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) apresentaram riscos de 81,2/1000, 37,9/1000 e 24,2/1000 crianças nesta faixa de idade. As afecções originadas no período perinatal (P00 - P96) apresentaram variação percentual positiva no período. As doenças do aparelho respiratório (J00 - J99) e as doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) tiveram variação negativa de 16,8% e 18,3%.

A partir do primeiro ano de vida e até o quarto, as doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), com coeficiente de 47,4 internações/1000; algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99), com coeficiente de internação igual a 28,9/1000 e algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96), com 5,4 internações/1000 configuraram as principais causas de internação.

Na faixa etária de 5 a 9 anos, continua alto o risco de internação por doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), 12,2/1000 e por algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99), 7,8/1000. Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93) constituíram a terceira causa de risco de internação nesta faixa etária. As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram variação negativa (8,5%), enquanto as outras duas condições mórbidas variaram positivamente (15,6 e 5,9%), respectivamente.

Dos 10 aos 19 anos, as doenças do aparelho respiratório (J00 - J99) continuaram como primeira causa de risco de internação com coeficiente igual a 3,7/1000. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99) passaram para a terceira causa e as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S,T) configuraram o segundo maior coeficiente (3,4/1000).

As lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S,T) passaram a representar o maior risco de internação (6,3/1000) na faixa etária de 20 a 29 anos. Surgem os transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), com 4,4/1000 e as doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99), 3,4/1000.

Dos 30 aos 39 anos de idade, o maior risco de internação coube aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), com coeficiente de 21,7/1000. As lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S,T) e as doenças do aparelho digestivo (K00 - K93) seguiram-se, com coeficientes de 6,0 e 4,8/1000.

Os transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), as neoplasias [tumores] (C00 - C97) e as doenças do aparelho digestivo (K00 - K93) apresentaram coeficientes iguais a 8,5/1000, 8,0/1000 e 7,3/1000 para o grupo etário de 40 a 49 anos.

As doenças do aparelho circulatório (I00 - I99), com coeficiente igual a 12,4/1000, as doenças do aparelho digestivo (K00 - K93), 10,6/1000 e as neoplasias [tumores] (C00 - C97), com coeficiente igual a 10,2/1000 representaram os maiores riscos de internação para pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos.

Na faixa etária de 60 a 69 anos, os principais riscos de internação foram: doenças do aparelho circulatório (I00 - I99), coeficiente de 23,3/1000; neoplasias [tumores] (C00 - C97), 15,9/1000 e doenças do aparelho digestivo (K00 - K93), com coeficiente de 13,7/1000.

Na faixa etária de 70 a 79 anos, os principais riscos de internação foram: doenças do aparelho circulatório (I00 - I99), coeficiente de 38,6/1000; neoplasias [tumores] (C00 - C97), 23,2/1000 e doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), com coeficiente de 19,3/1000.

Na faixa etária de 80 anos e mais, os principais riscos de internação foram: doenças do aparelho circulatório (I00 - I99), coeficiente de 57,9/1000; doenças do aparelho respiratório (J00 - J99), com coeficiente de 35,3/1000 e neoplasias [tumores] (C00 - C97), 23,3/1000.

A figura 21 mostra os coeficientes médios de internação das dez principais causas de internação para todas as faixas etárias, no período estudado.

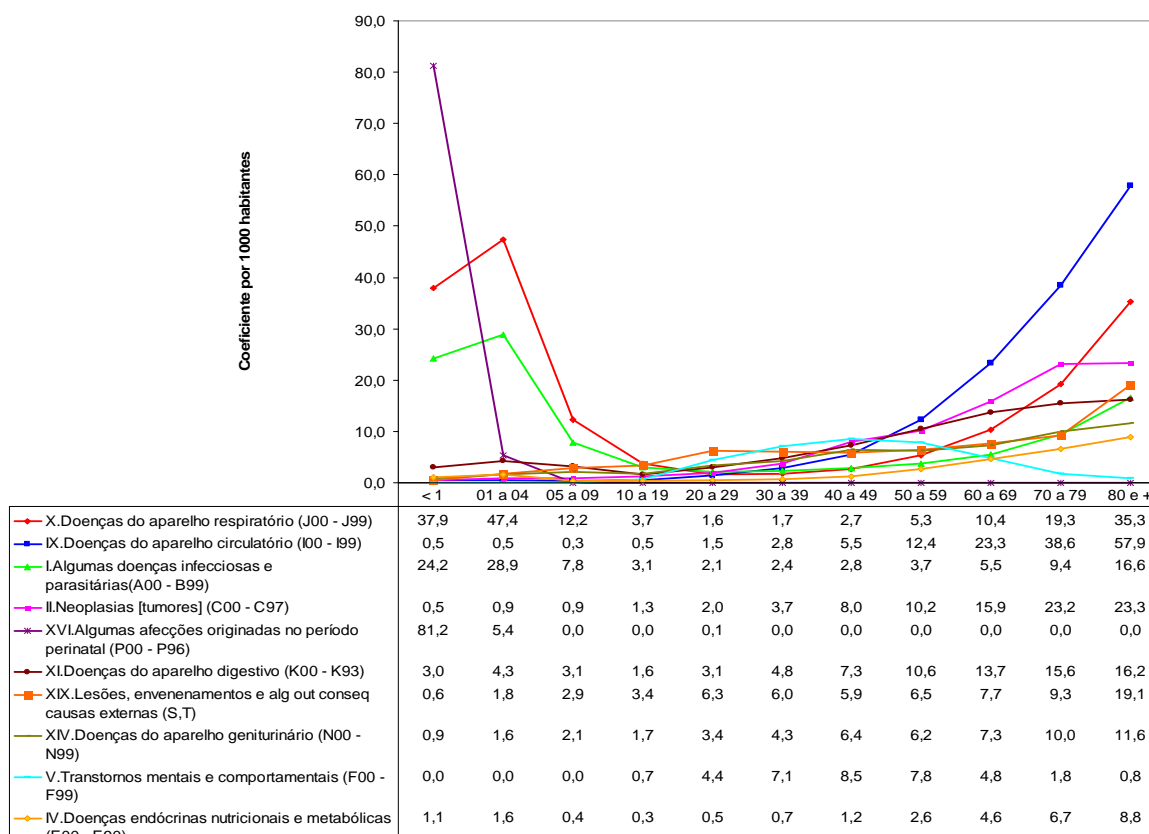


Figura 21 – Coeficientes médios das dez principais causas de internação de residentes em Fortaleza, segundo diagnóstico CID 10 e faixa etária. Fortaleza, 2001 a 2005.

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos podem ser discutidos à luz de três aspectos: fonte de dados, cobertura assistencial e perfil de morbidade.

O SIH/SUS, em linhas gerais, é um sistema de elevada cobertura e confiabilidade média, com tendência de melhoras, na maioria dos registros, além de ser extremamente ágil. Poderá se constituir em instrumento de vigilância, pelas variáveis que contempla desde que se estabeleçam mecanismos de acompanhamento da qualidade dos registros; da confirmação, ou não, do diagnóstico. Dado que nenhum sistema é perfeito, necessário se faz a promoção de avaliações periódicas do SIH/SUS.

A literatura registra diversos trabalhos sobre a importância dos dados de morbidade hospitalar: Barros (1977); Bittencourt *et al.* (2006); Lebrão (1982); Lyra *et al.* (2000); Mattos (2001); Silva Junior *et al.* (2000); Yazlle-Rocha (1980); Foster e Yazlle-Rocha (1991); Martin *et al.* (2006), entre outros.

O Sistema Único de Saúde, público e universal, com oferta de serviços próprios e complementares, acessível a toda população, vem buscando a redução da seletividade do sistema da assistência hospitalar, por meio da absorção da maioria dos casos que demandem internação. Seletividade que é condicionada tanto à percepção da necessidade de utilização dos serviços pelo usuário, quanto pela disponibilização de recursos humanos, materiais e financeiros (ROCHA; SIMÕES, 1999). Admite-se como parâmetro de hospitalizações, internar de 8 a 10% da população ao ano.

Em Fortaleza, CE, existem recursos disponíveis que permitem assegurar o atendimento de praticamente toda a demanda por hospitalização no próprio município. O coeficiente geral de internação apresentou variação negativa no período em estudo e a assistência hospitalar permaneceu abaixo dos 8% previstos, com uma média de 7%. Mesmo respondendo por mais de 50% das internações a cada ano, a variação ao longo do período foi maior na esfera privada conveniada.

A proporção da participação de cada esfera no sistema assistencial sugere que pessoas com doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais; doenças do olho e anexos têm maior chance de serem internados em hospitais da esfera privada conveniada. Com relação aos transtornos mentais e comportamentais este resultado está em consonância com a política de saúde mental, que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. A grande concentração de internações por lesões, envenenamentos e algumas outras



conseqüências de causas externas na esfera municipal decorre da existência de um grande hospital de urgência e emergência, sendo referência estadual e com grande capacidade de resolução. Segundo Melo e Costa (1994), é complexa a relação entre o público e o privado, o necessário e o desnecessário na assistência à saúde. “O cuidado das doenças de longo curso e das cirurgias de alta complexidade permanece na esfera do gasto público, cobrindo inclusive a população segurada”.

As internações nas unidades da esfera pública atendem ao perfil específico de cada uma delas, uma vez que o sistema vincula o pagamento aos procedimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A espacialização, por meio da estratificação dos coeficientes de internação, segundo o bairro de residência da pessoa internada, busca identificar alguma relação entre o evento internação e condições sócio- econômicas que favoreçam o adoecimento. Embora seja possível a identificação de bairros com indicadores sociais precários, a concentração de internações no Centro e no Arraial Moura Brasil sugere incorreção no preenchimento do campo “CEP”, sendo este, possivelmente, referente ao hospital. Tal fato foi comprovado em relação aos registros do IJF Centro, responsável por 21,0% das internações gerais da esfera municipal e 5,0% do total de internações gerais no município. Dezoito bairros, (16%), não apresentaram registro de internações durante todo o período, sugerindo o não preenchido da variável, seja por parte do responsável pelo preenchimento, seja por falta de informação da pessoa atendida. O percentual de internações com bairro ignorado é muito alto (5,2%).

O padrão de morbidade hospitalar dos pacientes de Fortaleza, no geral, manteve-se constante no período de 2001 a 2005. Resultados semelhantes foram encontrados por Costa Lima *et al.* (2004), com apenas uma diferença na ordem da terceira causa de internação: doenças do aparelho digestivo, no estudo referido. No presente trabalho a terceira causa identificada compreendeu as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas. As doenças do aparelho digestivo ocuparam a quarta colocação pela ordem crescente das proporções.

Como primeira causa de internação, as doenças do aparelho respiratório vêm apresentando tendência de declínio, o que acompanha a tendência observada para o país.

Com relação às doenças infecciosas e parasitárias, apesar de redução significativa desse grupo de doenças no perfil de mortalidade, ainda representam impacto importante sobre a morbidade. A esse respeito, Barreto e Carmo (2007) ressaltam que as alterações no quadro de morbi-mortalidade, com a perda de importância relativa das doenças transmissíveis, principalmente no último quarto do século XX, criaram, na opinião pública, uma falsa

expectativa que todo esse grupo de doenças estaria próximo à extinção. Tal quadro não é verdadeiro para o país, nem para a realidade local, como demonstrado pelos movimentos de emergência de novas doenças transmissíveis, como a AIDS; de ressurgimento, em novas condições, de doenças antigas, como a dengue; de persistência de endemias importantes como a tuberculose e a hanseníase.

As Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas representam, igualmente, um forte impacto sobre o perfil de morbidade, alcançado um patamar de 7,0%, próximo ao apresentado para o país, com uma variação percentual para o período em estudo de aproximadamente 48%.

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias se seguem na ordem das proporções. Entretanto, chama atenção a variação percentual das neoplasias, superior a 100,0%. Esse crescimento vertiginoso é semelhante para o país, onde as neoplasias apresentavam uma participação média anual de 3,0% do total das internações até final da década de 1990, e, em 2006, já representavam 5,4% das internações.

Em estudos anteriores, Rocha (1980), mostra que crianças, mulheres e idosos (acima da quinta década da vida) têm coeficientes de hospitalização mais elevados que o restante da população, sendo as causas destas internações as doenças da infância, problemas ligados à gravidez, parto e puerpério e as doenças crônicas e degenerativas, principalmente as cardíacas e vasculares cerebrais. Tal fato foi corroborado pelos resultados encontrados no presente estudo.

O padrão de morbidade hospitalar aqui delineado poderá corresponder ao ápice do "iceberg" da morbidade geral da população de Fortaleza, mediado pela política de assistência médico-hospitalar vigente. A estabilidade do padrão observado pode ser uma evidência de que o mesmo não é um produto aleatório, mas produto social, historicamente determinado.

Parafraseando Yazlle Rocha (1980), a respeito do padrão de morbidade hospitalar como a expressão das condições sociais de vida da população, ou como produto da demanda "induzida" pela estrutura médico-assistencial vigente, ou ainda, como produto destas duas coisas, fato é que a preservação e crescimento deste padrão de hospitalizações atende mais aos interesses vinculados ao consumo de serviços médico-hospitalares do que à atenuação ou (muito menos) solução dos problemas a ele vinculados.

## **6 RECOMENDAÇÕES**

Diante da relevância dos estudos de morbidade hospitalar, algumas recomendações poderiam se destacadas:

A utilização de prontuários médicos como fonte de dados permitiria o aprofundamento e a complementaridade de algumas informações;

A busca pela qualidade da informação é fundamental e deve ser estimulada em todos os níveis;

Como recomendação basilar, a busca por uma melhor qualidade de vida, uma vez que as mudanças no perfil de saúde só ocorrem paralelamente às mudanças nas condições de vida das populações.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos na presente pesquisa permitem duas formulações:

1) o SIH/SUS pode contribuir para melhorar o conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos e administrativos dos serviços.

2) as estatísticas hospitalares, transformadas em informações, poderão se constituir em ferramentas fundamentais, para a gerência e para o planejamento de ações dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. de. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. **Saúde Soc.**, v. 4, n. 2, p. 39-42, 1995.

\_\_\_\_\_. Algumas considerações sobre os sistemas de informação em saúde da França e Brasil. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.5, n. 4, p. 7-12, 1996.

\_\_\_\_\_. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 7, n. 3, p. 27-34, 1998.

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. Descentralização. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 9, n. 4, p. 241-249, oct./nov. 2000.

ARAÚJO, A. M. M.; CARLEIAL, A. N. O processo de metropolização em Fortaleza: uma interpretação pela migração. **Scripta Nova: Rev. Electr. Geografía y Ciencias Sociales**, v. 5, n. 94, p. 73, agosto 2001.

\_\_\_\_\_. Opulência e miséria nos bairros de Fortaleza (Ceará/Brasil). **Scripta Nova: Rev. Electr. Geografía y Ciencias Sociales**, v. 7, n.146, ago. 2003.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009.

BITTENCOURT, A. S.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua Aplicação na Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan. 2006.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 267-270, 1996.

\_\_\_\_\_. O uso da informação em saúde na gestão municipal: para além da norma. *In*: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em Saúde**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p.77-89.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Informação em Saúde no Brasil: um olhar alternativo**. Rio de Janeiro, 2001. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; ABRASCO. Informação em saúde a serviço da sociedade. *In: \_\_\_\_\_*. **Uso e disseminação de informações em saúde: subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS**. Brasília, 1994. p. 27-44.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância epidemiológica. *In: \_\_\_\_\_*. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Sistemas de informação em saúde e a vigilância epidemiológica. *In: \_\_\_\_\_*. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Apostila do aplicativo Tabwin**. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Manual do Sistema de Informação Hospitalar/Atualização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Informações de saúde/rede assistencial**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13 maio 2009.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. Sistemas de Informação em Saúde para Municípios. **Saúde e Cidadania**, v. 6, p. 98, 1998.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 6, n. 4, p. 7-46, 1997.

\_\_\_\_\_. **Sistemas de Informação e Alocação de Recursos: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIA-SUS. *In: A EXPERIÊNCIA brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Usaid/Opas, 2006.

CASTRO, M. S. M.; CARVALHO, M. S. Agrupamento da Classificação Internacional de Doenças para análise de reinternações hospitalares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, fev. 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará 2005**. Fortaleza, 2007.

FERREIRA, J. M. **Um modelo informacional para a gestão do SUS: construindo indicadores desagregados de morbidade hospitalar para o município de Belo Horizonte.** 2000. 187 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2000.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Fortaleza por Bairros.** Fortaleza, 2000.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Plano municipal de Saúde 2001- 2004.** Fortaleza, 2001.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Análise das Doenças e Agravos Não Transmissíveis no período de 1998 a 2005.** Fortaleza, 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão 2005:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão 2006:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007.

\_\_\_\_\_. **Catálogo de indicadores da situação de saúde de Fortaleza.** Disponível em:< [http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/vigilancias\\_EpidemiologicaApresentacao.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/vigilancias_EpidemiologicaApresentacao.asp)>. Acesso em: 10 abr. 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 24. ed, Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FUCK JUNIOR, S. C. F. Aspectos históricos da expansão urbana no sudeste do município de Fortaleza, Ceará – Brasil. **Caminhos da Geografia**, v.5, n.13, p. 141-157, out. 2004.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000.** Rio de Janeiro, 2001.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto interno bruto dos municípios 2003-2006.** Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2006/tab01.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

GONZÁLEZ de GÓMEZ, M. N. O Papel do Conhecimento e da Informação nas Formações Políticas Ocidentais. **Ci. Inf.**, Brasília, v.16, n.2, p. 157-167, jul./dez. 1987.

GOYA, N. **Diversidade de olhares**: os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *In*: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LAURENTI, R. *et al.* Fontes de dados de morbidade. *In*: \_\_\_\_\_. **Estadísticas de saúde**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo; EPU, 2005. p. 87-105.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, dez. 1991.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II – Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. **Rev. Saúde Pública**, v.19, p. 225-232, 1985.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 909-920, 2004.

LEBRÃO, M. L. Estudos de morbidade: usos e limites. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 51-57, 1995.

\_\_\_\_\_. **Estudos de morbidade**. São Paulo: Edusp, 1997.

LEBRÃO, M. L.; JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 26-37, 1997.

LEITE, I. C.; SCHRAMM, J. M. A.; GADELHA, A. M. J.; VALENTE, J.G.; CAMPOS, M.R.; PORTELA, M.C *et AL.* Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimadas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 733-741, 2002.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro; 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57).



LUCAS, V. S. **Manual do Gestor do SSIHD: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado**. Mimeo. São Paulo, 2005.

LYRA, T. M.; MENDES, A. C. G.; SILVA JUNIOR, J. B.; DUARTE, P. O.; MELO FILHO, D. A.; ALBUQUERQUE, P. C. Sistema de Informações Hospitalares – fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças imunopreveníveis. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 9, p. 87-110, 2000.

MALTA, D. C.; CEZARIO, A. C.; MOURA, L. MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J. B. Building Surveillance and Prevention for Chronic Non Communicable Diseases in the National Unified Health System. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.3, p. 47-65, 2006.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n.3, p. 224-232, 1996.

MELO, M. A. B. C.; COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planej. Polít. Públicas IPEA**, v. 11, p. 49-108, 1994.

MENDES, A. C. G.; SILVA JUNIOR, J. B.; MEDEIROS, K. R.; LYRA, T. M.; MELO FILHO, D. A.; SÁ, D. A. Avaliação do sistema de informações hospitalares – SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 9, n. 2, p. 67-86, jun. 2000.

MORAES, I. H. S. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

\_\_\_\_\_. **Informação em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.

MORAES, I. H.; GOMEZ, M. N. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007.

NORONHA, M. F. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**. Tradução centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em Português. 8. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias**. Washington, OPAS, 1953.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PINHEIRO, R. **CID**: código internacional de doenças. Disponível em:<  
<http://renatapinheiro.com/cid-codigo-internacional-de-doencas>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Rev. Eletr. Bibli. Ciênc. Inform.**, Florianópolis, v. 21, 2006. Disponível em:< <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/147/14702104.pdf>. Acesso em [24/09/2008](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/147/14702104.pdf)>.

PORTELA, M. C.; SCHRAMM, J. M. A.; PEPE, V. L. E.; NORONHA, M. F.; PINTO, C. A. M.; CIANELI, M. P. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS) – composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 771-774, out./dez. 1997.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Tabelas de ranking do IDH-M**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2003. CD-Rom.

REDE Interagencial de informações para a saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002. 299 p.

REDE Interagencial de informações para a saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. Ed. Brasília: OPAS, 2008. 349 p.

ROCHA, J. S. Y. Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, v. 14, p. 58-64, 1980.

ROCHA, J. S. Y.; SIMOES, B. J. G. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, fev. 1999.

SAN MARTIN, H. **Salud y enfermedad**. 4. ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1981.

SANTOS, F. **Breve história dos registros hospitalares**. Disponível em:<  
<http://nobresescritores.com.br/?p=18>>. Acesso em: 8 set. 2008.

SILVA JUNIOR, J. B.; MENDES, A. C. G.; CAMPOS NETA, T. J. LYRA, T.M.; MEDEIROS, K. R., SÁ, D. A. de. Sistema de informações hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças transmitidas entre pessoas. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 9, n.2 , p. 137-162, jun. 2000.

SOUZA, M. F. M. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.17, n.1, p. 5-6, mar. 2008.

SWAROOP, S. **Estadística Sanitária**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1964.

TEIXEIRA, M. G.; PENNA, G. O.; RISI, J. B.; PENNA, M.L.; ALVIM ,M.F.; MORAES, J. C. *et al.* Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 7, n. 1, p. 7-28, jan./mar. 1998.

TRAVASSOS, C. **O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH / SUS**. São Paulo, 1996. Mimeo

TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C.; PEREZ, M. **Desigualdade social, morbidade e uso de serviços de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1995. (Série Estudos, n. 4. Política, planejamento e gestão em saúde).

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 3, p. 339-355, 1994.

VIEIRA, T. Seca, disciplina e urbanização: Fortaleza-1865/1879. *In*: SOUZA, S.; CASTRO NEVES, F. (Org.). **Seca**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002. p. 17-48. (Coleção Fortaleza: história e cotidiano).

WHITE, K. L. Information for health care: an epidemiological perspective. **Inquiry**, v. 17, n. 4, p. 296-312, 1980.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, p. 23-33, Jan. 1920.

**ANEXOS**

**Anexo A – Portaria nº743, de 20 de dezembro de 2005**

**Diário Oficial**  
**Imprensa Nacional**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**BRASÍLIA – DF**

N.º 246 – DOU de 23/12/05 – Seção 1 - p. 124  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**PORTARIA Nº 743, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2005**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a importância de implementar no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde- SIH/SUS as melhorias que vêm sendo introduzidas nas Políticas Nacionais de Saúde;

Considerando a necessidade de adequar o layout e o conteúdo do formulário - LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH – AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, visando padronização mínima de informações que possibilitem ampliar capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados pelo SUS, resolve:

Art. 1º - Excluir os modelos vigentes dos seguintes laudos do SIH/SUS:

- Laudo Médico para Emissão de AIH, constante no Módulo do Hospital, aprovado pela Resolução INAMPS nº 4/83.

- Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal, definido na Portaria SAS/MS nº 163, de 22 de setembro de 1998;

Art. 2º - Regulamentar novo Laudo com campos para preenchimento padronizados, que será denominado de LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

(ANEXO I) e LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO II) e respectiva Instrução Normativa que orienta o preenchimento dos Laudos acima no ANEXO III.

Parágrafo 1º - Os gestores estaduais/municipais podem definir informações complementares que julguem necessárias, desde que não suprimam informações estabelecidas nos anexos I e II desta Portaria.

Parágrafo 2º - O modelo do laudo definido nesta portaria está disponível para download no endereço: <http://sihd.datasus.gov.br> na opção Documentação.

Art. 3º - Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra.

§ 1º - O laudo deverá ser preenchido de forma legível, sem abreviaturas, para evitar a dificuldade no entendimento do controle e avaliação, sob pena de rejeição do mesmo pelo autorizador.

§ 2º - Os Profissionais especificados neste artigo deverão solicitar laudos com procedimentos exclusivos de suas áreas de atuação devidamente reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe.

Art. 4º - Definir que somente os profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeiro(a) obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 - Parto normal sem distócia realizado por enfermeiro (a) obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS.


Parágrafo Único - É atribuição do enfermeiro obstetra:

- I. Identificar distócias obstétricas e tomar as providências assistenciais até a chegada do médico;
- II. Prestar assistência à parturiente e ao parto normal;
- III. Realizar episiotomia e episiorrafia sob anestesia local, quando necessário;
- IV. Acompanhar o trabalho de parto;
- V. Realizar o parto sem distócia.


Art. 5º - Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação com efeitos a partir da competência dezembro de 2005, revogando a portaria SAS/ MS nº 163, de 22 de setembro de 1998.


**JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

## Anexo B – Laudo para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO	Masc. <input type="checkbox"/> 1    Fem. <input type="checkbox"/> 3
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		DDI    Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF    16 - CEP
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO    23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
		( ) CNS    ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE    38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA    41 - CBOR
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
( ) CNS    ( ) CPF		
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

## Anexo C – Laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento e de procedimento(s) especial(ais)

	<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Masc. <input type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - TELEFONE DE CONTATO		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
		16 - CEP	
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTDE.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTDE.
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
( ) CNS ( ) CPF			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
( ) CNS ( ) CPF			

	<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 2/2</b>
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO</b>			
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52-QTDE.	
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55-QTDE.	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58-QTDE.	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61-QTDE.	
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64-QTDE.	
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67-QTDE.	
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70-QTDE.	
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73-QTDE.	
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76-QTDE.	
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79-QTDE.	
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82-QTDE.	
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85-QTDE.	
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88-QTDE.	
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91-QTDE.	
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94-QTDE.	
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97-QTDE.	
<b>98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)</b>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			



## **Anexo D - INSTRUÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

É o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimento de saúde com internação (públicos federais, estaduais, municipais, privadas com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O Laudo contém, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames complementares (quando houver), as condições que justifiquem a internação, dados de identificação dos profissionais solicitantes e autorizadores e diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos obrigatórios com letra legível a fim de possibilitar futuras verificações pelos órgãos competentes.

O laudo deve ser preenchido, após a consulta médica, geralmente realizada em unidade ambulatorial ou mesmo em hospital que irá realizar a internação ou que encaminha, e, excepcionalmente, nos casos de emergência até 48 (quarenta e oito) horas após o internamento.

O preenchimento deve ser sempre feito em 02 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

O laudo que corresponde a uma solicitação de internação eletiva e deve ser autorizado antes da realização da mesma em até 15 dias.

### **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Campo 01 - Estabelecimento solicitante - Preencher com o nome do estabelecimento solicitante.

Campo 02 - CNES - Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

Campo 03 - Estabelecimento executante - Preencher com o nome do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 - CNES - Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

### **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Campo 05 - Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas, se indispensável só abreviar o nome do meio.

Campo 06 - Nº do prontuário - número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 07 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) – Preencher com o número do CNS do paciente em procedimentos onde o mesmo é obrigatório. Verificar quais são os obrigatórios que estão sendo periodicamente incluídos, até o total de procedimentos com exigência da autorização.

Campo 08 - Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa;

Campo 09 - Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um x ao lado do quadro indicativo 1 ou 3.

Campo 10 - Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente para contactá-lo, se necessário.

Campo 11 - Preencher com um telefone que possa ser acionado para contato pelo hospital para contato com familiares do paciente.

Campo 12 - Preencher com o endereço completo: rua, número, complemento e bairro.

Campo 13 - Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar ou suprimir qualquer letra do nome do município para permitir a pesquisa por nome nos sistemas de informação.

Campo 14 - Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente. Muito importante para o conhecimento pelo SUS da procedência do paciente. Tem impacto no teto financeiro do município.

Campo 15 - Preencher com a sigla do estado da federação (UF), utilizar duas letras.

Campo 16 - Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro. Não deve ser registrado o código genérico.

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Campo 17 - Preencher com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente, incluir dados da anamnese e do exame físico.

Campo 18 - Preencher com as condições clínicas do paciente que justificam a sua internação.

Campo 19 - Preencher com os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados.

Campo 20 - Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou com a hipótese diagnóstica.

Campo 21 - Preencher com o CID 10 PRINCIPAL, ou seja, o que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento ambulatorial/hospitalar.

Campo 22 - Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 23 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente durante o internamento.

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 24 - Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme o que está na Tabela do SUS.

Campo 25 - Preencher com o código do procedimento para o qual está sendo solicitado a internação ou o atendimento em APAC, de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS.

Campo 26 - Preencher com a especialidade do leito/clínica.

Campo 27 - Preencher com o código do caráter da internação, de acordo com a tabela do SIH.

Campo 28 - Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento de internação ou de ambulatório, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 29 - Preencher com a data da solicitação, colocando dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 30 - CNS/CPF - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 31 - O profissional solicitante deve, obrigatoriamente, assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

#### ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

Preencher apenas em caso de CAUSAS EXTERNAS

Campo 32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO - Preencher com um x em sim ou não.

Campo 33 - Preencher com CNPJ da seguradora

Campo 34 - Preencher com o número do bilhete do seguro.

Campo 35 - Preencher com o número de série do bilhete.

Campo 36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO - Preencher com um X se for o caso.

Campo 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO - Preencher com um X se for o caso;

Campo 38 - Preencher com o CNPJ da empresa empregadora do acidentado.

Campo 39 - Preencher com o número do Código Nacional de Atividade Econômica CNAE da empresa empregadora.

Campo 40 - Preencher com o Código Brasileiro de Ocupação Reduzido/CBOR do acidentado.

Campo 41 - Preencher com o CID principal levando em consideração o estado do paciente em decorrência do acidente de trabalho típico, de trajeto ou de trânsito.

Campo 42 - Preencher com o CID secundário levando em consideração o estado do paciente em decorrência do acidente de trabalho típico, de trajeto ou de trânsito.

Preencher com a natureza da lesão de acordo com a classificação médica legal.

Campo 43 - Lesão leve é aquela que ausenta a vítima em até 07 dias das atividades habituais.

Campo 44 - Lesão grave é aquela ausenta a vítima em mais de 07 e até 30 dias das atividades habituais.

Campo 45- Lesão gravíssima é aquela que ausenta em mais de 30 dias das atividades habituais.

#### AUTORIZAÇÃO

Campo 46 - Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES e também SIHD.

Campo 47 - Preencher com a data da solicitação, colocar o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 48 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 49 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 50 - Parecer Controle Avaliação/Auditoria – Preencher com o nome completo do profissional que está dando o parecer.

Campo 51 - Preencher com a data da autorização, colocar dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 52 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 53 - O profissional solicitante deve, obrigatoriamente, assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 54 - Reservado para o número da AIH quando disponibilizada.

Deve ser implantado um aplicativo de controle e numeração magnéticos das AIH que pode ser o Módulo Autorizador ou outro desenvolvido localmente.

## **Anexo E - LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

É o documento para solicitação de procedimentos especiais e/ou para mudança de procedimento a ser preenchido pelo profissional assistente/solicitante, com autorização do Diretor Clínico ou pelo Órgão Gestor. A normalização sobre PROCEDIMENTO ESPECIAL e MUDANÇA DE PROCEDIMENTO encontra-se no Manual do Sistema de Internação Hospitalar, disponível para download no site [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas).

O preenchimento deste laudo obedece na IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE à idêntica orientação do Laudo para Solicitação de Internação/Autorização Hospitalar nos campos que correspondem a informações coincidentes .

O preenchimento dos campos novos/diferentes deve seguir as orientações abaixo:

### **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE**

Os campos de 01 ao 16 são idênticos aos do Anexo I

Campo 17 - Preencher com o número da AIH que corresponde à internação em curso e que pertence ao paciente que precisa do procedimento especial ou que sofrerá mudança de procedimento.

### **SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

(marcar com um x no quadrado ao lado)

Campo 18 - Preencher com o nome/descrição do procedimento principal da AIH do paciente e que foi anteriormente autorizado.

Campo 19 - Preencher com o código do procedimento principal da AIH do paciente e que foi anteriormente autorizado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 20 - Preencher com o nome/descrição do procedimento que está sendo proposto para atender à mudança do procedimento.

Campo 21 - Preencher com o código do procedimento que está sendo proposto para tender à mudança de procedimento de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 22 - Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança do procedimento. O profissional deve estar, obrigatoriamente, cadastrado no CNES.

Campo 23 - Preencher com a data da solicitação da mudança do procedimento, colocando dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 24 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 25 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 26 - Preencher com a descrição do diagnóstico que está sendo proposto para a mudança de procedimento.

Campo 27 - Preencher com o CID 10 PRINCIPAL, ou seja, o que corresponde à doença/lesão de base que motivou o atendimento ambulatorial/hospitalar. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial.

Campo 28 - Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial.

Campo 29 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente durante o internamento.

### **PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (marcar com um x no quadrado ao lado)**

Campo 30 - Preencher com o nome/descrição do procedimento principal da AIH do paciente e que foi autorizado.

Campo 31 - Preencher com o código do procedimento principal da AIH do paciente e que foi autorizado.

Campo 32 - Preencher com o nome/descrição do primeiro (ou único) procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente.

Campo 33 - Preencher com o código do primeiro (ou único) procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 34 - Preencher com o nome/descrição do segundo procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente, no caso de precisar solicitar mais de um.

Campo 35- Preencher com o código do segundo procedimento especial (se necessário) que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 36 - Preencher com o nome/descrição do terceiro procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente, no caso de precisar solicitar mais de dois.

Campo 37 - Preencher com o código do terceiro procedimento especial (se necessário) que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 38 - Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança do procedimento. O profissional deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 39 - Preencher com a data da solicitação da mudança do procedimento, colocando dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 40 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 41 - O profissional solicitante deve, obrigatoriamente, assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 42 - O profissional solicitante/assistente de preencher com a Justificativa da Solicitação da Mudança de Procedimento para o paciente.

#### AUTORIZAÇÃO

Campo 43 - Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES e também SIHD.

Campo 44 - Preencher com a data da solicitação, colocar o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 45 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 46 - O profissional autorizador deve, obrigatoriamente, assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 47 - Parecer Controle Avaliação/Auditoria – Preencher com o nome completo do profissional que está dando o parecer.

Campo 48 - Preencher com a data da autorização, colocar dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 49 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 50 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 51 - Reservado para a Justificativa nos casos de NÃO autorização da solicitação de mudança de procedimento ou procedimento especial ou para sugerir e autorizar procedimentos diferentes dos solicitados pelo médico assistente.

Informações adicionais podem ser obtidas pelo [cgsi@saude.gov.br](mailto:cgsi@saude.gov.br) ou pelo 61-33152723/2209.

## Anexo F - ARQUIVO REDUZIDO - SIHD

<i>NOME</i>	<i>TIPO</i>	<i>TAM</i>	<i>DEC</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>
UF_ZI	C	6	0	Município gestor
ANO_CMPT	C	4	0	Ano competência
MES_CMPT	C	2	0	Mês competência
ESPEC	C	2	0	Código da especialidade
CGC_HOSP	C	14	0	CCG do hospital
N_AIH	C	13	0	Número da AIH
IDENT	C	1	0	Identificação do tipo de AIH
CEP	C	8	0	CEP do paciente
MUNIC_RES	C	6	0	Código IBGE do município do paciente
NASC	C	8	0	Data de nascimento do paciente (aaaammdd)
SEXO	C	1	0	Sexo do paciente onde: 1=masculino; 3=feminino
UTI_MES_IN	N	2	0	Qtd de dias de UTI no mês inicial da internação
UTI_MES_AN	N	2	0	Qtd de dias de UTI no mês anterior a alta
UTI_MES_AL	N	2	0	Qtd de dias de UTI no mês da alta
UTI_MES_TO	N	2	0	Quantidade de atos - UTI
MARCA_UTI	C	2	0	Marca de UTI - depende do ato
UTI_INT_IN	N	2	0	Dias em UTI no mês inicial (tipo ato = 34 ou 56)
UTI_INT_AN	N	2	0	Dias em UTI no mês anterior à alta (tipo ato = 34 ou 56)
UTI_INT_AL	N	2	0	Dias em UTI no mês da alta (tipo ato = 34 ou 56)
UTI_INT_TO	N	2	0	Totaliza dias em UTI (tipo ato = 34 ou 56)
DIAR_ACOM	N	2	0	Qtd de diárias de acompanhante
PROC_SOLIC	C	10	0	Código do procedimento solicitado
PROC_REA	C	10	0	Código do procedimento realizado
VAL_SH	N	13	2	Valor dos serviços hospitalares
VAL_SP	N	13	2	Valor dos serviços prestados por terceiros
VAL_SADT	N	13	2	Valor de SADT
VAL_RN	N	13	2	Valor de recém-nato
VAL_ACOMP	N	13	2	Valor de acompanhante
VAL_ORTP	N	13	2	Valor de órtese e prótese
VAL_SANGUE	N	13	2	Valor de sangue
VAL_SADTSR	N	11	2	Valor de SADT sem rateio
VAL_TRANSP	N	13	2	Valor de transplante
VAL_OBSANG	N	11	2	Valor de anestesia
VAL_PED1AC	N	11	2	Valor de pediatria
VAL_TOT	N	14	2	Valor total
VAL_UTI	N	8	2	Valor de UTI
US_TOT	N	10	2	Valor total em dólar
DT_INTER	C	8	0	Data da internação (aaaammdd)
DT_SAIDA	C	8	0	Data da saída (aaaammdd)
DIAG_PRINC	C	4	0	Código do diagnostico principal
DIAG_SECUN	C	4	0	Código do diagnostico secundário
COBRANCA	C	2	0	Motivo de cobrança
NATUREZA	C	2	0	Natureza jurídica do hospital
GESTAO	C	1	0	Código do órgão emissor do gestor (E=2, outros=1)
RUBRICA	N	5	0	Número da rubrica
IND_VDRL	C	1	0	Indica exame VDRL (sim=1)
MUNIC_MOV	C	6	0	Município do hospital
COD_IDADE	C	1	0	Código da idade

<i>NOME</i>	<i>TIPO</i>	<i>TAM</i>	<i>DEC</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>
IDADE	N	2	0	Idade
DIAS_PERM	N	5	0	Dias de permanência
MORTE	N	1	0	Indica óbito (sim=1)
NACIONAL	C	2	0	Código da nacionalidade do paciente
NUM_PROC	C	4	0	Número do processamento
CAR_INT	C	2	0	Caráter de internação
TOT_PT_SP	N	6	0	Total de pontos em sp
CPF_AUT	C	11	0	CPF do auditor que autorizou o homônimo
HOMONIMO	C	1	0	Marca de homônimo ( 0 = não , 1 = sim)
NUM_FILHOS	N	2	0	Qtd de filhos do paciente
INSTRU	C	1	0	Grau de instrução
CID_NOTIF	C	4	0	Cid de notificação
CONTRACEP1	C	2	0	Método contraceptivo
CONTRACEP2	C	2	0	Método contraceptivo
GESTRISCO	C	1	0	Gestante de alto risco (0=não; 1=sim)
INSC_PN	C	10	0	Numero da gestante no pré-natal
SEQ_AIH5	C	3	0	Seqüencial da AIH tipo 5 (longa permanência)
CBOR	C	3	0	Código do CBO (código brasileiro de ocupações)
CNAER	C	3	0	Código de acidente de trabalho
VINCPREV	C	1	0	Vínculo com a previdência
GESTOR_COD	C	3	0	Código da autorização pagamento
GESTOR_CPF	C	11	0	Numero do CPF do gestor
GESTOR_DT	C	8	0	Data da autorização dada pelo gestor (aaaammdd)
CNES	C	7	0	Código do CNES
INFEHOSP	C	1	0	Status de infecção hospitalar (onde: 0=não; 1=sim)
CID_ASSO	C	4	0	CID causa
CID_MORTE	C	4	0	CID da morte

### Anexo G - População residente de Fortaleza, por bairro, no período de 2001 a 2005.

BAIRRO	Pop.2001	Pop.2002	Pop.2003	Pop. 2004	Pop. 2005
Álvaro Weyne	23568	23959	24352	24744	25633
Barra do Ceará	70683	71856	73034	74209	76877
Carlito Pamplona	24864	25277	25691	26104	27043
Cristo Redentor	29484	29973	30465	30955	32068
Farias Brito	11863	12060	12258	12455	12903
Floresta	28586	29060	29537	30012	31091
Jacarecanga	13868	14098	14329	14560	15083
Jd. Guanabara	14775	15020	15266	15512	16069
Jd. Iracema	22345	22716	23088	23459	24303
Monte Castelo	13003	13219	13436	13652	14143
Moura Brasil	3811	3874	3938	4001	4145
Pirambu	18817	19129	19443	19756	20466
São Gerardo	13375	13597	13820	14042	14547
Vila Ellery	7351	7473	7596	7718	7996
Vila Velha	50443	51280	52121	52960	54863
Aldeota	39397	40051	40708	41363	42850
Cais do Porto	21954	22318	22684	23049	23877
Centro	25264	25683	26104	26524	27477
Cidade 2000	8041	8174	8308	8442	8745
Cocó	14227	14463	14700	14936	15473
Dionísio Torres	15247	15500	15754	16007	16583
Dunas	1625	1652	1679	1706	1767
Guararapes	2956	3005	3054	3103	3215
Joaquim Távora	23505	23895	24287	24678	25565
Luc. Cavalcante	10530	10704	10880	11055	11452
Meireles	30996	31510	32027	32542	33712
Mucuripe	12134	12336	12538	12740	13198
Praia de Iracema	3212	3265	3319	3372	3494
Papicu	20692	21035	21380	21724	22505
Praia do Futuro I	10777	10955	11135	11314	11721
S. João Tauape	27867	28329	28794	29257	30309
Salinas	2183	2220	2256	2292	2375
Varjota	7052	7169	7287	7404	7670
Vicente Pinzon	40330	41000	41672	42342	43864
Amadeu Furtado	12312	12516	12721	12926	13391
Anto. Bezerra	25185	25603	26022	26441	27392
Autran Nunes	21743	22104	22466	22828	23648
Bela Vista	16264	16534	16805	17076	17690
Bom Sucesso	38051	38683	39317	39950	41386
Dom Lustosa	12606	12815	13025	13234	13710
Henrique Jorge	26138	26572	27008	27442	28429
João XXIII	18045	18344	18645	18945	19626
Jóquei Clube	18663	18972	19283	19594	20298
Padre Andrade	13345	13566	13789	14011	14514
Parque Araxá	6610	6719	6830	6939	7189
Parquelândia	14276	14513	14751	14988	15527
Pici	38388	39025	39665	40303	41752
Pres. Kennedy	23549	23940	24332	24724	25613
Quintino Cunha	43820	44547	45277	46006	47660
Rod. Teófilo	18232	18535	18839	19142	19830
Aeroporto	7785	7915	8044	8174	8468



Benfica	13187	13406	13625	13845	14342
Bom Futuro	6392	6498	6604	6710	6952
Couto Fernandes	5077	5161	5246	5330	5522
Damas	8659	8803	8947	9091	9418
Dem. Rocha	11703	11897	12092	12287	12729
Dendê	2162	2198	2234	2270	2351
Fátima	23525	23915	24307	24698	25586
Itaoca	12979	13194	13411	13626	14116
Itaperi	17097	17381	17666	17950	18596
Jardim Américo	12032	12231	12432	12632	13086
José Bonifácio	8928	9076	9224	9373	9710
Montese	26576	27017	27460	27901	28904
Pan Americano	8950	9098	9248	9396	9734
Parangaba	28598	29072	29549	30024	31104
Parreão	9946	10111	10277	10442	10818
Serrinha	26188	26623	27059	27495	28483
Vila União	15035	15284	15535	15785	16352
Vila Peri	20134	20468	20804	21139	21898
Bom Jardim	35187	35771	36357	36942	38270
Canindezinho	30273	30775	31280	31783	32926
Conj. Ceará I	42679	43387	44098	44808	46419
Conj. Esperança	15592	15851	16111	16370	16959
Pq. Genibaú	40032	40696	41363	42029	43539
Granja Lisboa	50835	51678	52525	53370	55289
Granja Portugal	38106	38738	39373	40006	41444
Jd. Cearense	7678	7806	7934	8061	8351
José Walter	26999	27447	27897	28346	29365
Manuel Sátiro	32992	33539	34089	34637	35883
Maraponga	8757	8903	9049	9194	9525
Mondubim	81886	83244	84609	85971	89061
Pq. Pres Vargas	4910	4991	5073	5155	5340
Pq. São José	10702	10879	11058	11236	11640
Pq. Santa Rosa	10978	11160	11343	11526	11940
Siqueira	24196	24597	25000	25403	26316
Aerolândia	12057	12257	12458	12659	13114
Alagadiço Novo	11454	11644	11835	12026	12458
Alto da Balança	13490	13714	13938	14163	14672
Ancuri	14165	14400	14636	14871	15406
Barroso	24591	24999	25409	25818	26746
Cajazeiras	8816	8963	9110	9256	9589
Cambeba	5535	5627	5719	5811	6020
Castelão	4632	4708	4786	4863	5037
Cid. Funcionários	17226	17512	17799	18085	18735
Coaçu	5299	5387	5476	5564	5764
Curió	7636	7762	7890	8016	8305
Dias Macedo	12134	12335	12537	12739	13197
Edson Queiroz	20691	21034	21379	21723	22504
Guajeru	6034	6134	6234	6335	6562
Jangurussu	64651	65723	66801	67876	70316
Jd das Oliveiras	31360	31880	32403	32925	34108
Lagoa Redonda	21161	21512	21865	22217	23015
Mata Galinha	4202	4272	4342	4412	4570
Messejana	39130	39780	40432	41082	42559
Passaré	38106	38738	39373	40006	41444

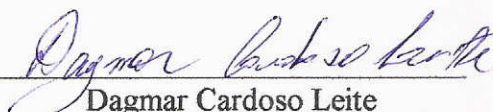
Paupina	18864	19177	19491	19805	20517
Pedras	1607	1634	1661	1687	1748
Pq. Dois Irmãos	23786	24180	24577	24972	25870
Pq. Iracema	4535	4610	4685	4761	4932
Pq. Manibura	6968	7083	7199	7315	7578
Sabiaguaba	2813	2860	2907	2954	3060
Sapiranga Coité	23860	24256	24654	25050	25951
Total geral	2183609	2219836	2256234	2292539	2374944

Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica.

## Declaração de Revisão Gramatical e Ortográfica

Eu, Dagmar Cardoso Leite, brasileiro, licenciado em Letras – Português/Literatura pela Universidade Estadual do Ceará, sob o nº 104/67, de acordo com o parecer nº 001698/84-0 do Conselho Federal de Educação, declaro, para os devidos fins, que efetuei a revisão gramatical e ortográfica da dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, intitulada: **MORBIDADE HOSPITALAR REGISTRADA NA REDE DO SUS EM CAPITAL DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2001 A 2005**, de autoria de **Maria Vilma Neves de Lima**.

Fortaleza, 24 de março de 2011.

  
Dagmar Cardoso Leite



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. N° 131/09**

Fortaleza, 19 de maio de 2009

**Protocolo COMEPE n° 128/ 09**

**Pesquisador responsável:** Maria Vilma Neves de Lima

**Dept°./Serviço:** Secretaria de Saúde de Fortaleza

**Título do Projeto:** "Morbidade hospitalar registrada na Rede do SUS em capital da região Nordeste do Brasil no período de 2001 a 2005"

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 14 de maio de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC