

## Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes internados na rede pública do estado do Rio Grande do Sul segundo suas regiões funcionais de planejamento

Clinical and sociodemographic profile of patients hospitalized in the public network of the state of Rio Grande do Sul according to their functional planning regions

Marinela da Silveira Boemo<sup>1</sup> , Gabriel Bragança de Moraes Ethur<sup>1</sup> ,  
Adriano Mendonça Souza<sup>1</sup> , Luciane Flores Jacobi<sup>1</sup> , Aline Leite Costa<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

### RESUMO

O objetivo deste artigo é caracterizar as internações hospitalares e associar suas ocorrências às Regiões Funcionais de Planejamento do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Este estudo caracteriza-se como observacional, analítico e transversal, com a utilização de dados secundários, disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes às hospitalizações na rede pública de saúde no período de janeiro a dezembro de 2019. Realizou-se uma análise descritiva e de correspondência para verificar a associação entre as variáveis (sexo, faixa etária, causa da hospitalização e óbito) e as Regiões Funcionais do estado. A maioria das hospitalizações ocorreu com pessoas do sexo feminino (55,1%), adultos (50,7%) e, principalmente, por morbidades ligadas a gravidez, parto e puerpério (14,3%), doenças do aparelho circulatório (12,0%) e doenças do aparelho respiratório (11,8%), com 5,2% de óbitos. Estas variáveis também foram analisadas em função das Regiões Funcionais do estado. Houve diversidade na ocorrência das variáveis em relação às regiões. Com isso, espera-se que esses resultados auxiliem na gestão da rede de atenção à saúde do RS, favorecendo o planejamento de intervenções específicas por região que previnam ou reduzam a necessidade de internações.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento regional da saúde; Hospitalizações; Análise de correspondência

### ABSTRACT

The objective of this article is to characterize the hospital admissions and associate their occurrences with the Functional Planning Regions of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. This study is characterized

as observational, analytical and transverse with the use of secondary data, available on the Health Unic System (DATASUS) website, referring to hospitalizations in the public network in the period from January to December 2019. A descriptive and correspondence analysis was performed to verify the association between the variables (gender, age group, cause of hospitalization, death) and the functional regions of the state. It was found that most hospitalizations occurred with female (55.1%), adults (50.7%), and mainly for morbidities linked to pregnancy, childbirth and puerperium (14.3%); diseases of the circulatory system (12.0%) and diseases of the respiratory system (11.8%) and with 5.2% of deaths. These variables were also analyzed according to the functional regions of the state. There was diversity in the occurrence of variables in relation to regions. It is hoped that the result of this study can assist in actions in the area of health surveillance, as well as favoring the planning of region-specific interventions that prevent or reduce the need for hospitalizations.

**Keywords:** Regional health development; Hospitalizations; Correspondence analysis

## 1 INTRODUÇÃO

A gestão em saúde busca, conforme Dermindo (2019), pela melhor combinação dos recursos disponíveis, aprimorar o funcionamento das organizações por meio de ações eficientes e eficazes, permitindo que a instituição alcance seu objetivo. O mapeamento dos perfis sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes que utilizaram os leitos hospitalares, segundo Nascimento (2015), pode contribuir para a melhoria do gerenciamento dos recursos em saúde, uma vez que pode trazer previsibilidade de seu uso e, conseqüentemente, colaborar para um melhor planejamento em relação a essa alocação.

Após a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal (Brasil, 1988), surgiu a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde. A partir de primeiro de agosto de 1990, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), que constitui uma das fontes de informações existentes na área da saúde a nível nacional, relativa à produção de serviços hospitalares dos estabelecimentos conveniados ao SUS (Lucena et al., 2014; SUS, 2015).

O SIH/SUS, conforme Bittencourt, Camacho e Leal (2006), é de abrangência nacional, com origem nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), destinadas ao pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Sua

finalidade é a de transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS e, após o processamento, gerarem relatórios para os gestores. A AIH é preenchida pelo hospital após a alta hospitalar e enviada eletronicamente para a Secretaria de Saúde municipal ou estadual, dependendo do nível de gestão do município (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021).

O volume de dados gerado pela atenção à saúde da população e armazenado pelos diversos sistemas de informação do setor, de acordo com Cerqueira et al. (2019), quando tratado adequadamente, pode permitir a extração de informações importantes para um melhor conhecimento acerca de várias áreas, como a saúde. O SIH consiste em um relevante instrumento de informação para orientar o gestor nas tomadas de decisão relacionadas ao planejamento das ações de saúde, inclusive para a vigilância em saúde e morbidade/mortalidade hospitalar do município ou do estado (Cerqueira et al. 2019).

Tendo em vista o exposto, recorrer à análise estatística se mostra uma estratégia proeminente quando se trata da análise de dados, como os mencionados pelos sistemas anteriormente citados. As técnicas estatísticas possibilitam a análise de variáveis de forma isolada, por meio da análise descritiva, assim como a avaliação de associação entre as variáveis.

No presente estudo foram consideradas as variáveis sexo, faixa etária, motivos de internação (CID-10), óbito e região do estado. Acredita-se que essas variáveis indicam características específicas que podem auxiliar na tomada de decisão para o direcionamento de recursos em saúde.

Com isso, o objetivo desta pesquisa é caracterizar as internações hospitalares e associar suas ocorrências às Regiões Funcionais de Planejamento do Estado. Espera-se auxiliar na compreensão do perfil de adoecimento da população, colaborando com os gestores na elaboração dos planos de atenção à saúde que previnam o agravamento das doenças, a fim de que a hospitalização seja evitada.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Gestão em Saúde Pública**

Antes da criação do SUS, de acordo com Brasil (2003), a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente, gerando uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários. Mas, a partir dos anos 1980, com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, as ações e serviços de saúde foram institucionalizados como política pública e a saúde estabelecida como um direito de todos e um dever do Estado (Lorenzetti et al., 2014).

Foi determinado na Constituição Federal de 1988 que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – fossem responsáveis por financiar o SUS, gerando receita suficiente para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Também era necessário planejar esse financiamento, promovendo arrecadações e repasses necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema (F. C. Cobaito & V. Q. Cobaito, 2020). As competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS, conforme Brasil (2003), são orientadas pelas Normas Operacionais do SUS e instituídas por meio de portarias ministeriais.

O conjunto de ações previstas para o gestor local é realizado, de acordo com Chaves & Anselmi (2006), por processos permanentes de decisão e de avaliação, sustentados em informações produzidas e organizadas de forma sistematizada. Essas ações precisam contemplar as necessidades da população e a oferta de serviços, tecnologias e recursos, equilibrando os aspectos epidemiológicos, técnicos e políticos.

Para Chaves & Anselmi (2006), o SIH-SUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pode ser utilizado pelo setor de avaliação e controle, possibilitando a organização de informações que podem subsidiar o gestor no processo de gestão em

saúde. O SIH-SUS é o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, fornecidos mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações. Esses dados são consolidados pelos municípios plenos e pelos estados, que após sua análise e aprovação enviam ao DATASUS – Rio para processamento (DATASUS, 2022).

O SIH, conforme o DATASUS (2022), também auxilia os gestores no conhecimento e na construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar, no direcionamento adequado das ações de prevenção e promoção da saúde para uma população definida, e na avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada a uma população.

## **2.2. Perfil de Saúde ou Epidemiológico**

O perfil de saúde ou epidemiológico permite caracterizar o estado de saúde e fatores diretamente e indiretamente relacionados a agravos na população, e, assim, apoiar a organização e elaboração de medidas de prevenção e controle (Barata, 2013). Com isso é importante considerar alguns conceitos envolvidos para a compreensão desse assunto, tais como: Morbidade; Saúde-Doença; Prevenção; e Classificação Internacional de Doenças (CID).

### **2.2.1. Morbidade**

A morbidade refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças num dado intervalo de tempo em uma determinada população, mostrando o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população. Os dados sobre morbidade, conforme Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010), são frequentemente úteis no entendimento de certas tendências na mortalidade. Mudanças nas taxas de mortalidade podem ser decorrentes de modificações no padrão de morbidade ou de letalidade de determinada doença.

As estatísticas de morbidade são utilizadas, preferencialmente, para a avaliação do nível de saúde e para o aconselhamento de ações de caráter abrangente que visem melhorar o estado sanitário da comunidade. Os índices de morbidade interessam, no campo da saúde pública, ao planejador, ao administrador, ao pesquisador, ao epidemiologista e a toda comunidade ligada ao SUS; e não só a estes, pois serão as informações basilares que vão auxiliar a tomada de decisão (Rouquayrol & Gurgel, 2018).

### **2.2.2. Saúde-doença**

O processo saúde-doença é utilizado para adjetivar, de maneira geral, um determinado contexto social ou a maneira de passar de um estado de saúde para um estado de doença e seu modo recíproco. Descontextualizada, a expressão saúde-doença refere-se a uma ampla gama, que vai desde o estado de completo bem-estar físico, mental e social até o de doença, e também da coexistência de ambos em proporções diversas. A ausência gradativa ou completa de um desses estados corresponde ao espaço do outro, e vice-versa (Rouquayrol & Gurgel, 2018).

#### **2.2.1. Prevenção**

A medicina preventiva pode ser definida como a técnica e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental. Ela envolve a saúde pública e a medicina individual. A prevenção é abrangente, sendo que o sucesso da prevenção na promoção da saúde, com vistas a uma sociedade sadia, depende, parcialmente, da ação dos especialistas. No coletivo, a ação preventiva deve começar no nível das estruturas socioeconômicas (Rouquayrol & Gurgel, 2018).

#### **2.2.1. Classificação Internacional de Doenças (CID)**

A CID é a base para identificar tendências e estatísticas de saúde em todo o mundo, e contém cerca de 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte. O

documento fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais de saúde compartilhar informações em nível global (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018).

Segundo Rossetto et al. (2019), conhecer as causas de hospitalização (CID-10) e óbito é de grande interesse, principalmente para o acompanhamento das doenças em nível de atenção primária e para orientar o planejamento de políticas públicas. Também podem subsidiar os profissionais de saúde na implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, minimizando ou evitando hospitalizações desnecessárias da população. Assim, o presente estudo utilizou essas variáveis e ainda o sexo, faixa etária e regiões funcionais do estado, acreditando-se produzir informações relevantes devido a importância desses dados para o planejamento de ações de saúde específicas para as regiões.

### 3. MÉTODO DE PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como observacional, analítico e transversal com a utilização de dados secundários, coletados a partir de informações constantes no SIH/SUS, disponibilizados na base de dados *on-line* no DATASUS. Foram estudados os dados referentes às hospitalizações no estado do Rio Grande do Sul (RS) de janeiro a dezembro de 2019. As variáveis consideradas neste estudo estão descritas no Quadro 1 e a identificação das morbidades segundo a CID-10, no Quadro 2.

Quadro 1 – Descrição das variáveis deste estudo

Variáveis	
Sexo	Masculino; feminino
Faixa etária (anos)	Jovens (< 19); Adultos (19 a 59); Idosos (≥ 60)
Motivos de internação	De acordo com a CID-10
Óbito	Sim; Não

Quadro 2 - Identificação das morbidades (CID-10)

Capítulos (C) - Divisão das morbidades	Grupos
CI - algumas doenças infecciosas e parasitárias	Entre A00 e B99
CII - neoplasias (tumores)	Entre C00 e D48
CIII - doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	Entre D49 e D89
CIV - doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Entre E00 e E90
CV - transtornos mentais e comportamentais	Entre F00 e F99
CVI - doenças do sistema nervoso	Entre G00 e G99
CVII - doenças do olho e anexos	Entre H00 e H59
CVIII - doenças do ouvido e da apófise mastoide	Entre H60 e H95
CIX - compreende doenças do aparelho circulatório	Entre I00 e I99
CX - doenças do aparelho respiratório	Entre J00 e J99
CXI - doenças do aparelho digestivo	Entre K00 e K93
CXII - doenças da pele e do tecido subcutâneo	Entre L00 e L99
CXIII - doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Entre M00 e M99
CXIV - doenças do aparelho geniturinário	Entre N00 e N99
CXV - gravidez, parto e puerpério	Entre O00 e O99
CXVI - algumas afecções originadas no período perinatal	Entre P00 e P96
CXVII - malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Entre Q00 e Q99
CXVIII - sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	Entre R00 e R99
CXIX - lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Entre S00 e T98
CXX - causas externas de morbidade e de mortalidade	Entre V01 e V99; W00 e W99; X00 e X60; Y00 e Y98
CXXI - fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Entre Z00 e Z99
CXXII - códigos para propósitos especiais*	U04; Entre U80 e U89 e U99

U04 - Designação provisória de novas doenças de etiologia incerta; Entre U80 e U89 - Agentes bacterianos resistentes a antibióticos; U99 - CID 10ª Revisão não disponível.

Para avaliar os aspectos socioeconômicos foi considerada a divisão vigente do território do estado do RS (Cargnin et al., 2015), em que foram analisadas as



hospitalizações na rede pública do estado a partir das nove regiões funcionais (Quadro 3).

Quadro 3 – Divisão do território do estado do Rio Grande do Sul

Regiões Funcionais	
RF1	Centro Sul, Metropolitano Delta do Jacuí, Paranhana, Encosta da Serra, Vale do Caí e Vale do Rio dos Sinos
RF2	Vale do Taquari e Vale do Rio Pardo
RF3	Serra, Hortênsias e Campos de Cima da Serra
RF4	Litoral
RF5	Sul
RF6	Campanha e Fronteira Oeste
RF7	Celeiro, Missões, Fronteira Noroeste e Noroeste Colonial
RF8	Alto do Jacuí, Central, Jacuí Centro e Vale do Jaguari e RF9
RF9	Alto da Serra do Botucaraí, Médio Alto Uruguai, Nordeste, Norte, Produção e Rio da Várzea

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva para verificar o comportamento das variáveis do estudo. A associação das variáveis foi realizada por meio do teste não paramétrico de associação do Qui-quadrado. Após, foi realizada a análise fatorial de correspondência que somente é exequível e justificada se existir uma associação significativa entre as variáveis pelo teste do qui-quadrado, conforme Vicini et al. (2018).

A análise de correspondência verifica a associação entre linhas e colunas das tabelas de contingência. De acordo com Härdle e Simar (2007), a ideia é criar índices simples que mostrem as relações entre a linha e as categorias das colunas. Esses índices expressarão, simultaneamente, quais categorias de colunas têm mais peso em uma categoria de linha e vice-versa. A análise de correspondência está relacionada a questão da redução da dimensão, sendo que, para isso, extrai os índices em ordem decrescente de importância para que as principais informações da tabela possam ser resumidas em espaços com dimensões menores.

Segundo Costa (2016), a análise de correspondência pode ser segmentada em dois formatos: análise de correspondência simples (ACS); e análise de correspondência múltipla (ACM).

A ACS é aquela em que apenas duas variáveis são envolvidas no estudo. Embora cada uma das variáveis possua diversas classificações, o que se busca é a representação dos dados de forma gráfica e que se possa observar as associações. Essa representação gráfica das associações entre as categorias das duas variáveis do estudo constitui um mapa.

Todas as análises foram realizadas no aplicativo computacional *Statistica 9.1* e o nível de significância considerado foi de 5%.

## **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No estado do RS em 2019, foi registrado no SIH/SUS um total de 770.280 mil hospitalizações. Destas, a maioria foi de pacientes do sexo feminino (55,1%) com diagnóstico principal nos capítulos XV (14,3%), IX (12,0%) e X (11,8%), na idade adulta (50,7%), que não foi a óbito (94,8%), e residentes no estado (99,5%).

O maior percentual de hospitalizações em pacientes do sexo feminino está em consonância com dados brasileiros (Castro et al., 2018; Costa et al., 2010; Lacerda & Lima, 1999), podendo estar associado a reprodução ou mesmo ao fato de a mulher procurar mais os serviços de saúde (Lacerda & Lima, 1999). Mas, principalmente, pelo fato de que a maior parte da população gaúcha é composta por mulheres, desde o Censo Demográfico de 1991 (Plano Estadual de Logística e Transportes do Rio Grande do Sul [PELT-RS], 2014).

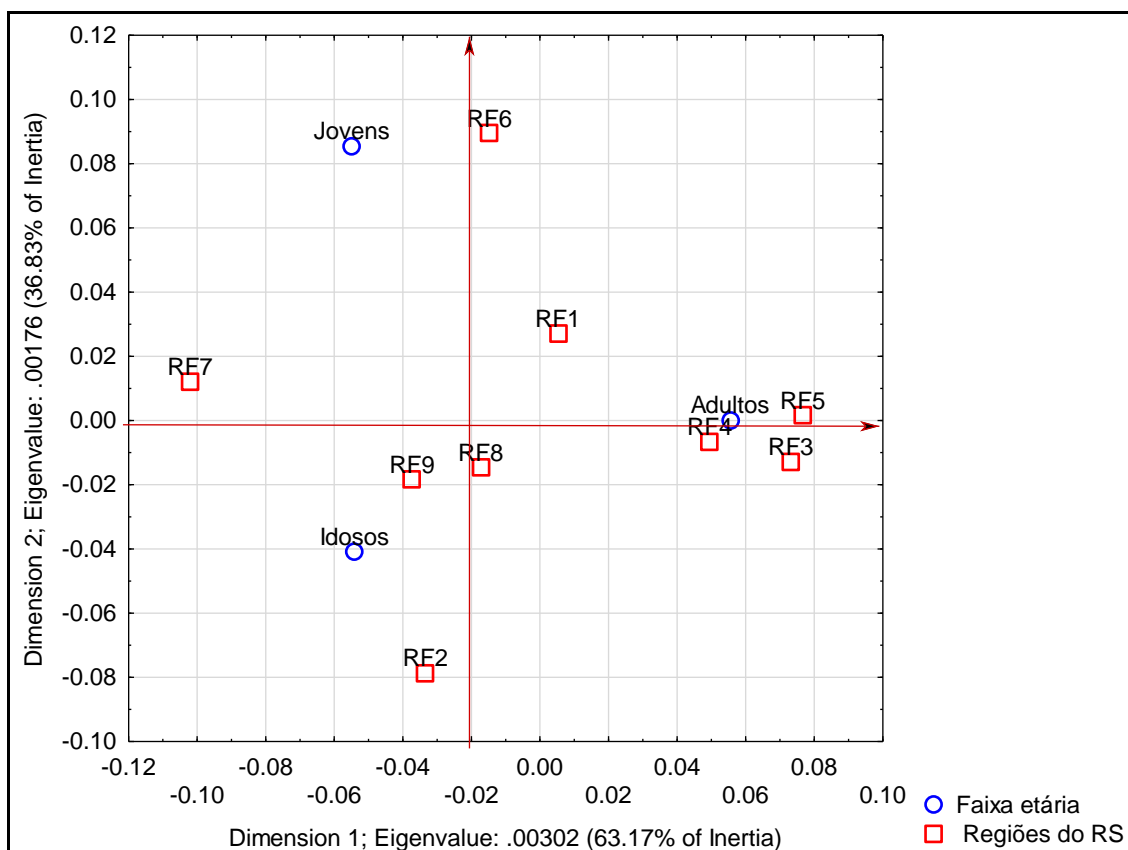
Em relação ao diagnóstico principal, os capítulos XV, IX e X compreendem, respectivamente, a gravidez, o parto e o puerpério; doenças do aparelho circulatório; e doenças do aparelho respiratório (OMS/CID-10, 2021). Hospitalizações pelo Capítulo XV devem ser esperadas pelos gestores de saúde, pois o estado possui uma população maior de mulheres (Cargnin et al., 2015).



Quanto aos motivos de internação (capítulos da CID-10), verificou-se que as morbidades que compõem o Capítulo XV apresentam os maiores percentuais na maioria das regiões, ou seja, RF1 (15,1%), RF3 (14,6%), RF4 (17,9%), RF5 (18,1%), RF6 (17,4%) e RF8 (14,7%), e nas demais regiões, RF2, RF7 e RF9, as causas de internações foram devidas ao Capítulo X (13,6%, 16,8% e 13,4% respectivamente). Já, o Capítulo VIII se destacou pelo menor percentual em todas as regiões, não ultrapassando 0,4% em nenhuma delas.

Na Figura 2, pode-se visualizar o mapa perceptual das Regiões Funcionais de Planejamento estaduais e a faixa etária dos pacientes.

Figura 2 - Visualização das associações, por intermédio do mapa perceptual gerado pela análise de correspondências, entre as Regiões Funcionais de Planejamento estaduais e a faixa etária dos pacientes



Fonte: elaborada pelos autores (2021)

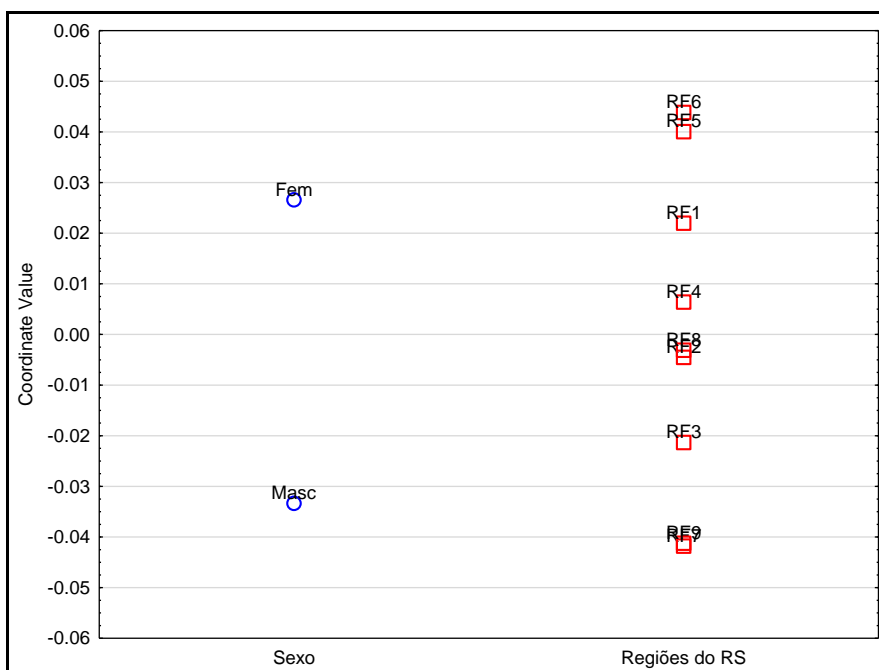
Considerando as faixas etárias e as regiões funcionais, a RF5 apresentou o maior percentual de hospitalizações entre pessoas adultas (54,8%) e o menor entre

idosos (31,7%), e a RF2 apresentou o maior entre idosos (38,1%) e menor entre jovens (12,9%). O maior percentual entre os jovens (18,0%) ficou na RF6 e o menor entre adultos (45,5%) na RF7.

Estes resultados são corroborados com estudos realizados no estado do RS (Meneghell et al., 1997) e em outros estados da federação, em diferentes regiões do país (Castro et al., 2018; Lacerda & Lima, 1999). Tais constatações acompanham o cenário da população gaúcha, a qual também tem apresentado um aumento populacional de pessoas nesta faixa etária (adultos) (Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2021). Outro fato que pode estar associado aos maiores percentuais estarem ligados a RF3 (54,5%) e RF4 (53,4%), é que, assim como na RF5, há nessas regiões um grande fluxo de pessoas devido à atividade econômica que as caracterizam, seja ela portuária ou turística (Cargnin et al., 2015; COREDE Hortênsias, 2017).

O mapa perceptual das Regiões Funcionais de Planejamento estaduais e o sexo dos pacientes é apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Visualização das associações, por intermédio do mapa perceptual gerado pela análise de correspondências, entre as Regiões Funcionais de Planejamento estaduais e o sexo do paciente

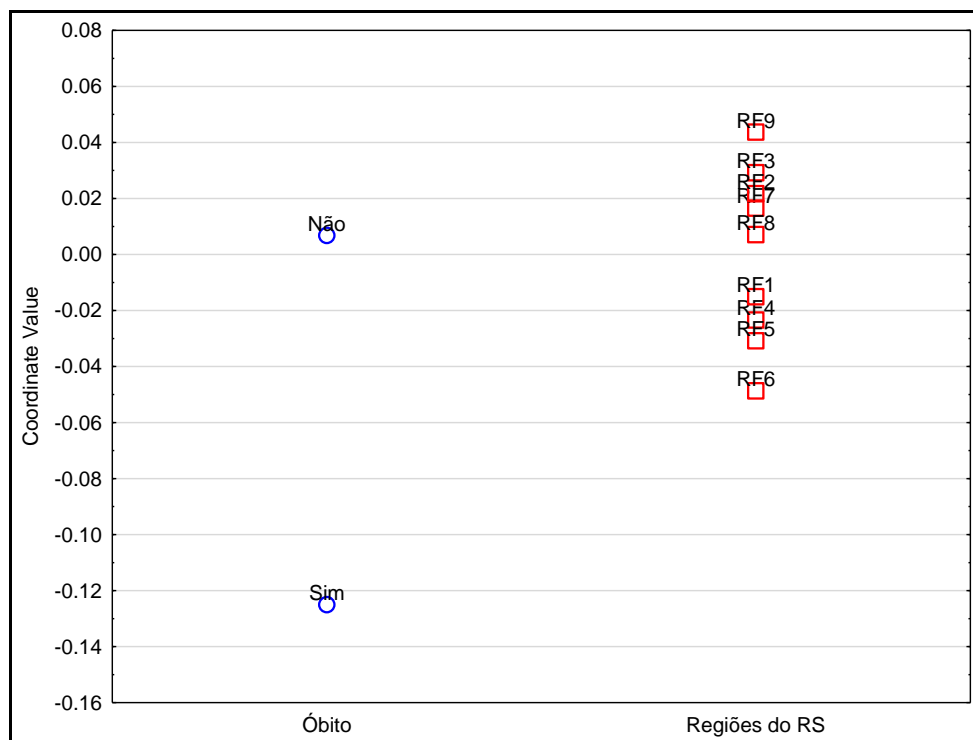


Fonte: elaborada pelos autores (2021)

Observou-se que nas regiões RF6 e RF5 a maioria das internações foi do sexo feminino (57,8% e 57,6%, respectivamente), e nas regiões RF7 e RF9 as internações foram, predominantemente, do sexo masculino (ambas com 46,4%). As regiões RF6 e RF5 representam a metade Sul do estado, juntas correspondem a 14,8% do total da população gaúcha e possuem o mesmo percentual (16%) de sua população na área rural. Já o menor percentual (53,6%) de mulheres é encontrado nas regiões RF7 e RF9, regiões essas com os maiores índices de população na zona rural (31% e 29%, respectivamente) (Cargnin et al., 2015). Conforme o Censo Agropecuário Brasileiro (2017), 81% da população rural no Brasil é de homens, reforçando os dados de êxodo seletivo e masculinização das regiões rurais do estado (Froehlich et al., 2011; Loiola & Jacobi, 2020).

Na Figura 4, pode-se visualizar o mapa perceptual das Regiões Funcionais de Planejamento estaduais e o óbito.

Figura 4 – Visualização das associações, por intermédio do mapa perceptual gerado pela análise de correspondências, entre as Regiões Funcionais de Planejamento estaduais e o óbito



Fonte: elaborada pelos autores (2021)

Quanto ao óbito hospitalar, foi verificado que a região RF6 apresentou o maior percentual de óbitos (6,2%), e a região RF9 o menor (4,2%). Esses dados são semelhantes aos de estudos já realizados no Brasil (Junqueira & Duarte, 2013), mas tornam-se elevados quando confrontados com resultados evidenciados em um estudo de fora do país, que destaca um percentual menor de óbitos nas hospitalizações, tanto antes quanto depois da pandemia (Sabbatini et al., 2021).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maioria das hospitalizações ocorreu com pessoas do sexo feminino, adultos e, principalmente, por morbidades ligadas a gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório.

Os resultados deste estudo podem repercutir nas ações de vigilância em saúde, pois podem auxiliar no estabelecimento de deficiências e subsidiar a definição de prioridades locais de saúde. A identificação desses fatores associados a maior frequência de internações hospitalares nas Regiões Funcionais do estado, auxiliam no planejamento de intervenções específicas por região que previnam ou reduzam a necessidade de internações.

Como limitações deste estudo, pode-se apontar que o SIH/SUS apresenta subnotificações em algumas localidades. Em Figueiredo et al. (2021), os autores não incluem informações sobre comorbidades e variáveis sociais que poderiam ser úteis para análises de utilização de serviços de saúde. Em Costa et al. (2010), múltiplas internações por condições evitáveis de um mesmo paciente não puderam ser identificadas e deve ser observado que o SIH/SUS contempla apenas as internações financiadas pelo SUS (Figueiredo et al., 2021; Tagliaria, Murarob & Ferreira, 2016).

Uma sugestão para trabalhos futuros seria incluir um maior número de variáveis utilizando essa mesma metodologia estatística, possibilitando a identificação de outros fatores que possam contribuir para as decisões administrativas nessas áreas do estado gaúcho.

## REFERÊNCIAS

- Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul. (2021). Departamento de Planejamento Governamental. (6a ed.) Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão.
- Barata, R. B. (2013). Epidemiologia e políticas públicas. *Rev Bras Epidemiol*, 16(1), 3-17.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica*. (2a ed.). Santos.
- Bittencourt, A. S., Camacho, L. A. B, & Leal, M. C. (2006). O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, 22(1),19-30. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100003>
- Brasil. Para entender a gestão do SUS. (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)
- Brasil. (1988). *Constituição: República Federativa do Brasil* (atualização) – Porto Alegre – Editora CORAG. Edição Especial – p.96 – Organização: Maria Helena Bueno Gargioni, 2006.
- Cargnin, A. P., Bertê, A. M. A., Lemos, B. O., & Oliveira, S. B. (2015). Perfis - regiões funcionais de planejamento. SEPLAN-RS/DEPLAN. Recuperado de <https://planejamento.rs.gov.br/perfis-por-regioes-funcionais-de-planejamento>
- Castro, G. G., Leit, M. A. F.J, Martins Junior G, Silva, K. R., & Reis Junior, A. G. (2018). Perfil das internações hospitalares em município de Minas Gerais. *REFACS* (online), 6(1), 45-52. Recuperado de <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1795>
- Censo Agropecuário Brasileiro (2017). Recuperado de [https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/templates/censo\\_agro/resultadosagro/pdf/genero.pdf](https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/templates/censo_agro/resultadosagro/pdf/genero.pdf)
- Cerqueira, D. R. C., Alves, P. P., Coelho, D. S. C., Reis, M. V. M., & Lima, A. S. (2019). Uma análise da base de dados do Sistema de Informação Hospitalar entre 2001 e 2018: dicionário dinâmico, disponibilidade dos dados e aspectos metodológicos para a produção de indicadores sobre violência. *IPEA*.
- Chaves, L. D. P., & Anselmi, M. L. (2006). Produção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP. *Rev Gaúcha Enferm*, 27(4), 583-592.



- Costa, A. L. A. (2016). *Análise de correspondência simples com novos escores e o uso da análise de correspondência múltipla em dados composicionais de granulometria de grãos de café*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Lavras.
- Costa, J. S. D, Reis, M. C, Silveira Filho, C. V, Linhares, R. S, Piccinini, F., & Fantine, E. (2010). Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*, 44(5), 923-933.
- Cobaito, F. C., & Cobaito, V. Q. (2020). SUS – sistema único de saúde: a gênese, contemporaneidade, e os desafios do amanhã. *Revista Inova Saúde*, 12(1), 160-167. Recuperado de <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/6026>
- DATASUS (2022). Institucional. Recuperado de <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>
- Dermindo, M. P. (2019) Gestão eficiente na saúde pública brasileira. *Journal of Management & Primary Health Care*, 11(Supl 1), e55s. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11iSup.933>
- Figueiredo, F. S. F, Rodrigues, T. F. C. S, Cardoso, L. C.B, Santos, F. G. T, Oliveira, R. R, & Radovanovic, C. A. T. (2021). Declínio das taxas de internação hospitalar por doenças cardiovasculares em adultos no Brasil. *Cogitare enferm.*, 26, e72327. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72327>
- Froehlich, J. M., Rauber, C. C., Carpes, R. H., & Toebe, M. (2011). Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. *Ciência Rural*, 41(9), 1674-1680. <https://doi.org/10.1590/S0103-84782011005000124>
- Härdle, W., Simar, L. (2007). *Applied Multivariate Statistical Analysis*. (2a ed.). Springer.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Recuperado de <https://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-hospitalares-do-sus-sih-sus.html>
- Junqueira, R. M. P., & Duarte, E. C. (2013). Fatores associados à chance para a mortalidade hospitalar no Distrito Federal. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 22(1), 29-39. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100003>
- Lacerda, K. M. M, Lima, M. L. L.T. (1999). Perfil das internações hospitalares em municípios urbanos e rurais de Pernambuco em 1998. [Monografia de Especialização]. Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36925/2/1999lacerda-kmm%3b%20lima-mlt.PDF>

- Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014). Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, 23(2), 417-425. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
- Loiola, D. B., & Jacobi, L. F. (2020). Levantamento de indicadores demográficos de Santa Maria/RS no período de 2000 a 2010. *Revista Thema*, 17(4), 855-870. <http://dx.doi.org/10.15536/thema.V17.2020.855-870.1296>
- Lucena, C. D. R. X. (2014). Análise descritiva quanto às internações eletivas de 2012 e quanto à utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como estratégia para qualificação da informação em saúde [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília.
- Meneghell, S. N, Armani, T. B, Rosa, R. S, & Carvalho L. (1997). Internações hospitalares no Rio Grande do Sul. *Inf. Epidemiol. Sus*, 6(2), 49-59. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000200006>
- Nascimento, A. B. (2015) Gerenciamento de leitos hospitalares: análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. *Rev Enferm Atenção Saúde [Online]*, 4(1), 65-78.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10). Recuperado de <https://cid.ninsaude.com/>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018). OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11), Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/18-6-2018-oms-divulga-nova-classificacao-internacional-doencas-cid-11>
- Plano Estadual de Logística e Transportes do Rio Grande do Sul. (2014) Recuperado de <https://transportes.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/06173357-produtos-p06-e-p07-1-zoneamento-de-trafego-e-pesquisas-rodoviaras.pdf>
- Plano Estratégico Participativo de Desenvolvimento Regional do COREDE Hortênsias: 2015-2030. (2017) Conselho Regional de Desenvolvimento do COREDE Hortênsias - Canela: COREDE Hortênsias. Recuperado de <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/09144213-plano-hortensias.pdf>
- Rossetto C., Soares J. V., Brandão M. L., Rosa N. G., & Rosset I. (2019). Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. *Rev Gaúcha Enferm.*, 40, e20190201. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190201>
- Rouquayrol, M. Z. & Gurgel, M. (2018). *Epidemiologia & Saúde*. (8a ed.), MedBook.

Sabbatini, A. K, Robicsek, A., Chiu, S.T., & Gluckman, T. J. (2021). Excess Mortality Among Patients Hospitalized During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Hospital Medicine*, 16(10), 596-602. <https://doi.org/10.12788/jhm.3633>

SUS. (2015). *Sistemas de Informação da Atenção à Saúde - Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS – SIH*. Cidade Gráfica e Editora LTDA.

Tagliaria, A. B, Murarob, C. F., & Ferreira, M. G. G. (2016). Impacto da estratégia saúde da família nas internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40(4), 876-891. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n4.a1958>

Vicini, L., Souza, A. M., Morales, F. E. C., & Souza, F. M. (2018). *Técnicas Multivariadas Exploratórias*. Ed. UFSM.

## Como citar este artigo

BOEMO, M. da S.; COSTA, A. L.; ETHUR, G. B. de M.; SOUZA, A. M.; JACOBI, L. F.. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes internados na rede pública do estado do Rio Grande do Sul segundo suas regiões funcionais de planejamento. **Revista Práticas de Administração Pública**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p.116-133, jan/abr 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2526629273782>. Acesso em: xx/xx/ 20xx