



---

**INTERNAÇÕES POR DOENÇAS INFECCIOSAS INTESTINAIS: ANÁLISE DESCRITIVA PRELIMINAR DE DADOS NO ESTADO DE ALAGOAS**

**Rogério Café Peixoto**

É Farmacêutico da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ- AL. Mestre em Gestão e Economia da saúde pelo Programa de Pós graduação em gestão e economia - PPGES da UFPE. Trabalha com atenção primária em Unidade Básica de Saúde. Bacharel em Direito e Especialista em Gestão Pública.

**ABSTRACT**

This study, in the form of descriptive analysis aims to analyze the supposed correlation between variables forces and their implications, their different behavior, on issues involving hospitalizations observing the behavior of each variable, including those built on different population basis, justifying the possible causes and consequences of the occurrence thereof. For this, variables such as "hospitalization for intestinal infectious disease in less than 1 year" (Int M) and "hospitalization for intestinal infectious disease in less than 1 year per capita" (Int PC M) were used, as well as some variants derived from these two, obtained from secondary data by DATASUS and SEPLANDE in 2010, to make correlations using Microsoft Excel. The primary analysis showed weak correlations but not zero, where all seven observed variables increased Pearson's coefficients of the first with respect to the second variable. There was a difference of correlation forces when compared to variables constructed under different population basis, as well as the interference of per capita factor.

**KEYWORDS:** Intestinal Infectious Diseases. Hospital Admissions. Universal Health System.

**1 INTRODUÇÃO**

De acordo com Pereira e Cabral (2008), com o surgimento repentino e sem distinção de faixa etária, a Doença Diarreica Aguda (DDA) pode ter como causas algumas bactérias, vírus e parasitas, sendo classificada por alguns, como síndrome.

Por serem classificadas como doenças evitáveis, as "diarreias" sequer seriam passíveis de gastos com internações hospitalares, entretanto o estado não tem cumprido seu papel em garantir a saúde de sua população e o de evitar tais manifestações e subsequentes gastos, verificando-se que no estado de Alagoas



os valores totais, no ano de 2010, foram equivalentes a US\$ 2.550.631,40 com todas as internações por infecções intestinais e US\$ 469.866,50 com todas as internações por infecções intestinais em menores de um ano de idade, com base nos dados do DATASUS.

Os dados da Secretaria da Saúde de Estado de Alagoas (ALAGOAS, 2014), baseados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas, registram que, nos últimos cinco anos, as doenças infecciosas e parasitárias atingiram o número de 106.179 casos, representando 11,28% de todas as internações

hospitalares em Alagoas. Isto coloca esta categoria de doenças em terceiro lugar dentre as classificadas e ficando abaixo somente das causas de internação por gravidez, parto e puerpério que somaram 269.484, representando 28,63% do total e das doenças do aparelho respiratório com 113.939 registros de internação sendo 12,11% do total.

Entre 2007 e 2011, foram registradas 9.906 internações de residentes de Alagoas, no estado da Bahia. Observa-se uma redução média de 13,5% ao ano, sendo a imensa maioria das internações de residentes na 10ª RS e 95% das internações ocorrem no município de Paulo Afonso. Quando verificados os grupos de causas, vê-se que a maioria das internações (56,47%) é por causas codificadas no capítulo XV (gravidez, parto e puerpério), seguida dos capítulos X (doenças do aparelho respiratório) e XI (doenças do aparelho digestivo). É importante destacar que o impacto da redução de internações na Bahia se dá devido à diminuição de partos de alagoanas naquele estado, explicando, portanto, a elevação de internações por causas do capítulo XV observada para a 10ª RS. A proporção de internações de residentes em Alagoas no estado da Bahia, segundo grupo de causa relativa ao capítulo I, é de 5,42% do total das internações (ALAGOAS, 2014).

As internações, no estado de Pernambuco, de residentes de Alagoas totalizaram 7.354 internações no mesmo período. Observam-se os maiores percentuais de internações entre os domiciliados da 2ª RS (32,1%), 3ª RS (28,3%) e 1ª RS (19,6%). Quando analisado o município de internação, verifica-se que a maioria ocorre em Recife (48,1%), seguido por Palmares (28,3%) e Barreiros (17,0%), concentrando, portanto, 93,4% das internações de alagoanos naquele estado. A maioria das internações ocorre por causas gravidez, parto e puerpério, seguidas de Neoplasias e das doenças infecciosas e parasitárias. A proporção de internações de residentes em Alagoas no estado de Pernambuco, segundo grupo de causas relativas ao capítulo I, é de 8,32% do total das internações (ALAGOAS, 2014).

No mesmo período, no Estado de Sergipe, as internações de residentes em Alagoas atingiram 1.177 no total. Quantidade muito inferior a dos estados de Pernambuco e da Bahia, e vislumbrando uma diminuição de 13,6% em média ao ano, tendendo a redução. Destas internações realizadas em Sergipe, 81,8% são de residentes nas 6ª (45,2%) e 10ª (36,6%) regiões. Destaque para as cidades de Porto Real do Colégio, São Brás e Penedo, enquanto que, na 10ª RS, mais da metade é de residentes em Piranhas, seguido por Delmiro Gouveia e Olho d'Água do Casado. Quando analisado o município de internação, verifica-se que a maioria ocorre em Aracaju, seguido por Nossa Senhora da Glória. A proporção de internações de residentes de Alagoas no estado de Sergipe, segundo grupo de causa relativa ao capítulo I, é de 4,97% do total das internações (ALAGOAS, 2012).

Para Oliveira et al. (2010), os internamentos por causas sensíveis à atenção primária é um indicador da eficácia da atenção primária, pois tais hospitalizações decorrem de falta de atendimento primário levando a que a condição mais simples da doença evolua para o internamento que poderia ser evitado.

As causas de internação hospitalar em crianças de zero a quatro anos no Brasil, já estudadas por Oliveira et al. (2010) norteiam e auxiliam a compreender o perfil de adoecimento nessa faixa etária e a elaborar planos de atenção à saúde que previnam o agravamento das doenças a fim de que a hospitalização seja evitada.

Cunha e Krebs (apud DUNCAN; SCHIMIDT; GIUCLIANI, 2004, p. 1.295), afirmam que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é bem organizado, e realiza grande parte do seu propósito, oferecendo grande variedade de vacinas, com destaque para as vacinas do primeiro ano de vida, consagradas e recomendadas pelo Programa Ampliado de Imunizações (PAI), da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além destas, oferecem ainda as vacinas do calendário definido, reiterando a importância das vacinas para as demais faixas etárias.

Faleiros e Machado (apud DUNCAN; SCHIMIDT; GIUCLIANI, 2004, p. 1.325) na mesma obra, tratando especificamente sobre diarreia, reconhecem ser esta uma doença associada a altas taxas de morbidade, hospitalizações e óbitos associados. No entanto, verificou-se a diminuição no padrão de mortalidade por este tipo de doença.

A Secretaria da Saúde de Estado de Alagoas (SESAU), em 2012, vincula a falta de saneamento à ocorrência de doenças constituintes do indicador Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental (DRSAI). Compõem este indicador as doenças classificadas em cinco grupos, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10): as doenças de transmissão oro fecal; as doenças transmitidas por vetores; as doenças transmitidas por meio do contato com a água; doenças relacionadas com a higiene e as geohelmintíases e teníases. O conceito ampliado de saneamento permite controlar doenças deste tipo, reduzindo a possibilidade de sub-registros, bem como a ocorrência dessas morbidades sem demanda por hospitalizações.

Para Oliveira et al. (2010), compete à atenção primária promover a saúde das populações, complementando a estrutura hierárquica do Sistema Público de Saúde Brasileiro. Segundo estes autores, com a apropriada e efetiva ação da atenção básica é possível evitar as internações hospitalares, com os internamentos de crianças por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Como resultado, a epidemiologia social, investigando o que determina o processo saúde-doença, obteve como resultados de que indivíduos pobres, que vivem em ambientes degradados, apresentam pior estado de saúde do que comparado com outros que vivem em ambientes mais adequados. Nesta mesma linha, Barata (2005), investigando os determinantes sociais do processo saúde-doença, verificou também que indivíduos pobres vivendo em ambientes degradados apresentam pior estado de saúde do que aqueles indivíduos pobres vivendo em ambientes melhores (BARATA, 2005). Reiterando a linha de raciocínio, Lynch et al. (2000) acreditam que se deveria iniciar o combate ao processo saúde-doença partindo das causas estruturais e materiais e não apenas às percepções de desigualdade.

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional Sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata<sup>1</sup>, atual Cazaquistão. Na ocasião, ocorreu uma discussão acerca da elitização da prática médica e a inacessibilidade dos serviços médicos à grande massa da população. A Conferência também serviu para reafirmar a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, sendo este da alçada política dos governos federal, estadual e municipal. A prática médica girava em torno da teoria preventivista, porém, com as novas formulações foram realizadas uma revisão crítica dessas práticas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS), 2011, p. 13- 18).

Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (CONASS, 2011, p.19).

Em 1988, foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” que se tornou um marco importante para redefinir as prioridades e as distorções da política do estado em relação à saúde pública e o bem da população. Em seu artigo, 196 diz que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O artigo 196 deixa clara a definição da universalidade e a abrangência do que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve representar para a população.

O SUS é uma realidade nas ações colocadas na Constituição visto como de grande e total “relevância pública”, e atribuído ao poder público para que faça a sua regulamentação, e principalmente a fiscalização e

---

<sup>1</sup>A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, aprovou, por unanimidade, como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de autorealização e autodeterminação. A atenção primária é parte

o controle das ações e dos serviços de saúde, para que a população possa suprir suas necessidades básicas e ter dignidade amparada pelo estado.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, o SUS é definido da seguinte forma: integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1979 apud CONASS,2011).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CONASS, 2011, p.25).

O texto estabelecido na Constituição diz claramente que o SUS foi pensado e voltado para um modelo de saúde para atender as necessidades da população, buscando resgatar o compromisso do Estado para com a população e promover o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva.

Para que se possa promover as ações e serviços públicos de saúde, os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS deverão ser desenvolvidos de acordo com as normas previstas no artigo 198 da Constituição, obedecendo aos princípios organizativos e doutrinários, como:

- » universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- » integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- » equidade;
- » descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- » conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- » participação da comunidade;
- » regionalização e hierarquização (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/1990 instituiu o Sistema Único de Saúde que é um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas nos âmbitos federal, estadual e municipais, como também da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, podendo também contar com a participação da iniciativa privada em caráter complementar.

Esta lei trata ainda das condições para que se possa promover, proteger e recuperar a saúde, tratando também da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. Além disso, regula todas as ações e todos os serviços de saúde executados, tanto de forma isolada como conjuntamente, permanente ou eventualmente, por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado em todo o território nacional.

Para compor este estudo ecológico<sup>2</sup>, sob forma de análise descritiva, o autor procedeu com uma revisão dos principais conceitos vinculados as variáveis em questão, as doenças infecciosas intestinais e

<sup>2</sup>Estudo Ecológico: Também conhecido como estudo agregado, que se baseia na comparação entre indicadores relacionados com a exposição a que uma população foi submetida ou na comparação desses indicadores e níveis de exposição de múltiplas populações. (Rouquayrol, 2014 p.130).

internações hospitalares, por intermédio de artigos científicos e livros textos. Utilizou de dados secundários dos bancos de dados do DATASUS e SEPLANDE do ano de 2010.

Este estudo visa verificar a existência e comparação entre as forças de correlações entre as variáveis: cobertura vacinal; Produto Interno Bruto (PIB) Per Capita; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M); proporção de água filtrada/tratada da zona rural; taxa de alfabetização; número de equipamentos disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS) e total de óbitos decorrentes de internações hospitalares por doenças infecciosas intestinais em menores de um ano de idade com as internações hospitalares por doenças infecciosas intestinal em menores de um ano, sob algumas diferentes formas dessa variável, bem como as diferentes formas de construção de algumas delas. Para isto, serão analisadas as doenças compreendidas entre a classificação A00 a A09, do capítulo I da Classificação Internacional das Doenças(CID).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como motivação principal proceder com comparações e correlações, haja vista não terem sido estudadas ainda no estado de Alagoas e conforme estudo semelhante, “Hospitalizações por diarreia infecciosa no estado do Rio de Janeiro” (BITTENCOURT; LEAL; SANTOS, 2002), merece destaque já que preleciona a influência de tais internações aos fatores sociais, econômicos, culturais, além de necessidades médicas e ao seu tipo de financiamento.

Endossa a tese da complexidade de se estudar diarreias o trabalho denominado “Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada a investigação de fatores de risco para diarreia grave” publicado na Revista Saúde Pública em 1996, dos autores Fuchs, Victora e Fachel, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que afirma logo em seu início que tais doenças infecciosas têm se associado com menores níveis econômicos e social, sejam renda, escolaridade, tipo de habitação, disponibilidade de água encanada e esgoto, bem como asseveram que tais doenças geralmente envolvem grande número de variáveis.

Há entendimento consolidado sobre proteção social como necessidade básica das sociedades, inclusive acerca da desigualdade social e quanto ao acesso e oportunidades de igualdades entre os mais ricos e os mais pobres, em especial na América Latina (BAZZANI et al., 2006 apud CONASS, 2011). Parte das internações hospitalares segundo Ultramari & Duarte (2009) parece estar associada ainda à infraestrutura inadequada e às ações de vigilância sanitárias.

Além disso, uma pesquisa nesse sentido será necessária para avaliar o impacto real que está além dos números, possibilitando dessa maneira identificar as possíveis causas, sugerindo ações específicas e estudos específicos e complementares. Destaca a gravidade do problema para que sejam fomentadas e implementadas políticas públicas específicas e para que mais recursos sejam dirigidos às ações de prevenções das internações hospitalares por doenças infecciosas intestinais no estado de Alagoas. Sugere a ampliação do atendimento da atenção básica em todos os municípios do estado de Alagoas, da quantidade de leitos hospitalares, equipamentos disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), para reduzir o número de óbitos decorrentes de tais internações.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAGOAS. Secretaria de Saúde do Estado de. **Saúde Alagoas: análise da situação de saúde.** Maceió: SESAU, 2012. Disponível em: < <http://siteantigo.saude.al.gov.br:82/analisedesituacaodasaude/documentos/analisedasitu2>>. Acesso em: 6 set. 2014.
- BARATA, Rita. Barradas. Epidemiologia social. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X20050001-00002&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X20050001-00002&lng=pt)>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 03 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. Informações de saúde. 2010.** Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3.ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2009. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)> Acesso em: 18 fev. 2015.

BRASIL. **Ranking IDH Global 2013**. Disponível em:<<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2013.aspx>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2011.

. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, 2011.

. **Contas regionais do Brasil: 2005-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2011.

. **Perfil estados: Alagoas**. 2010. Disponível

em:<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=al>>. Acesso em: 6 nov. 2014.

DUNCAN, Bruce B; SHIMIDT, Maria Ines; GIUCLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FUCHS, Sandra C.; VICTORA, Cesar G.; FACHEL, Jandyra. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-178, abr. 1996. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/71392/000153659.pdf?sequence=1>> Acesso em: 10 jan. 2015.

ULTRAMARI, Clovis; DUARTE, Fábio. **Desenvolvimento local e regional**. Curitiba: IBPEX, 2009.

## RESUMO

*O presente estudo, sob forma de análise descritiva, tem como objetivos a análise das supostas forças de correlação entre as variáveis e suas implicações, seus diferentes comportamentos, nas questões que envolvem as internações hospitalares observando o comportamento de cada variável, inclusive as construídas sob bases populacionais diferentes, justificando as possíveis causas e consequências, entre a ocorrência das mesmas. Para isto, foram utilizadas variáveis como a "Internação por doença infecciosa intestinal em menor de 1 ano" (Int M), a "Internação por doença infecciosa intestinal em menor de 1 ano, per capita, (Int M PC) e algumas variantes destas, obtidas/construídas de dados secundários do ano de 2010 do DATASUS e SEPLANDE, para efetuar as correlações utilizando o Microsoft Excel. A análise principal apresentou fracas correlações porém não nulas, onde todas as sete variáveis observadas aumentaram os coeficientes de Pearson da primeira com relação a segunda variável. Observou-se a diferença das forças de correlação quando comparadas variáveis construídas sob base populacionais diferentes, bem como a interferência do fator per capita.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças Infecciosas Intestinais. Internações Hospitalares. Sistema Único de Saúde.





***ROGÉRIO CAFÉ PEIXOTO, M.Sc.***

Mestre em Gestão e Economia da saúde pelo Programa de Pós graduação em gestão e economia da saúde- PPGES da Universidade Federal de Pernambuco. Farmacêutico efetivo do quadro da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ- AL. Trabalha com atenção primária em Unidade Básica de Saúde. Possui experiência na área de drogaria com gerência e assistência no setor privado. Bacharel em Direito concluído em 2012 pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió- CESMAC. Especialista em Gestão Pública. Pregoeiro certificado pela Prefeitura Municipal de Maceió.