

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

NYNEMBERG MENEZES GUIMARÃES

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM ADOLESCENTES EM SERGIPE,
DE 2002 A 2012**

Aracaju-SE

2017

NYNEMBERG MENEZES GUIMARÃES

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM ADOLESCENTES
EM SERGIPE, DE 2002 A 2012**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Anna Klara Bohland

Aracaju-SE

2017

NYNEMBERG MENEZES GUIMARÃES

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM ADOLESCENTES
EM SERGIPE, DE 2002 A 2012

Aracaju/SE, 9 de Janeiro de 2017

Autor: Nynemberg Menezes Guimarães

Orientadora: Prof. Dra. Anna Klara Bohland
Universidade Federal de Sergipe / DME / CCBS

Aracaju/SE

2017

NYNEMBERG MENEZES GUIMARÃES

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM ADOLESCENTES

EM SERGIPE, DE 2002 A 2012

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Aracaju / SE, 9 de Janeiro de 2017

Examinador

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por conceder-me saúde e inteligência.

Aos meus pais, por todo o apoio.

À mestre, Dra. Anna Klara Bohland, pela paciência e compreensão nesse processo.

Ao Departamento de Medicina e à Universidade Federal de Sergipe, por dispor dos meios para realização deste estudo.

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 – Fluxo básico de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ONU	Organização das Nações Unidas
NESA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SAMPHS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
GPP	Gravidez, parto e puerpério
CE	Causas externas
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
DI	Demais internações
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
BBS	Bulletin Board System

SUMÁRIO

1. Revisão da literatura	
1.1 Introdução	9
1.2 A saúde do adolescente	11
1.3 Estudos de morbidade hospitalar	13
1.4 Estudos de morbidade hospitalar no adolescente	14
1.5 Os Sistemas de Informação Hospitalar no Brasil	15
1.6 Uma nova proposta para estudarmos a morbidade hospitalar no adolescente: os quatro grupos de causas	17
2. Revisão bibliográfica	18
3. Normas de publicação da Revista Paulista de Pediatria	21
4. Artigo científico: Internações hospitalares em adolescentes, em Sergipe, de 2002 a 2012	
Resumo	33
Abstract	34
Introdução	35
Metodologia	36
Resultados	37
Discussão	40
Conclusão	43
Referências Bibliográficas	44

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 INTRODUÇÃO

A adolescência é, estatisticamente definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como a fase da vida entre os 10 e 19 anos de idade, sendo que a faixa etária dos 10-14 anos é denominada pré-adolescência (ou adolescência precoce) e dos 15-19 anos, a adolescência tardia. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei Federal 8.069/90, de 13/07/1990, essa definição engloba os indivíduos entre 12 a 17 anos e 11 meses (artigo 2º), podendo ser aplicada até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142), em situações especiais. A Organização das Nações Unidas (ONU) utiliza a faixa etária dos 15-24 anos, englobando os jovens adultos – 20 a 24 anos, para fins estatísticos e de políticas públicas (Einstein, 2005; Fonseca *et al.*, 2013; Almeida Filho e Barreto, 2012).

Entretanto, são extremamente simplórias essas definições, apenas pela faixa etária, de uma fase da vida repleta de particularidades, busca de definições e necessidades. Assim, os adolescentes apresentam-se como uma parcela da população vulnerável aos mais diversos riscos e conflitos. Portanto, é fundamental uma atuação conjunta de genitores, profissionais da saúde e da educação objetivando as orientações mais saudáveis possíveis. (Davim *et al.*, 2009; Assis *et al.*, 2003; Fonseca *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a adolescência vem ganhando espaço de estudo dentro das áreas médicas, especialmente, a pediatria, incluindo áreas de residência médica, alojamento hospitalar e a ideia de criação do Cartão do Adolescente, por parte do Ministério da Saúde, contendo dados sobre crescimento e desenvolvimento, imunizações e prevenção de doenças transmissíveis (Einstein, 2005).

Contudo, a adolescência não pode ser vista apenas sob a ótica da psicobiologia, visto que os adolescentes são permanentemente influenciados pelo contexto histórico, político e social, com todas suas marcas negativas sobrepostas, tais como, a presença de adolescentes na prostituição, tráfico de drogas e trabalho precoce. Portanto, pensar em saúde de adolescentes é pensar, também, a vida como fruto da construção social e num grupo extremamente heterogêneo. (Ferreira *et al.*, 2007; Fonseca *et al.*, 2013; Almeida Filho e Barreto, 2012).

Historicamente, formaram-se várias definições e caracterizações a respeito do perfil do jovem adolescente. Desde Aristóteles (384-332 a.C.), que descrevia-os como impulsivos sexuais e obstinados até às definições atuais de indivíduos em constantes transformações, com necessidade de auto afirmação e em busca de construção de uma identidade, muitas foram as formas de enxergar esta faixa etária (Davim *et al.*, 2009; Assis *et al.*, 2003).

Na Idade Média, o adolescente era tido como um adulto em miniatura, tendo que submeter-se a todas as obrigações do mesmo. Não tinha uma educação ou orientação particularizada. No séc. XVIII, os jovens passaram a ser estimulados apenas para os estudos e movimentos religiosos. No séc. XIX, com a Revolução Industrial, os adolescentes passaram a conviver mais com os pais e tornaram-se mais dependentes dos mesmos. Durante o século XX e XXI, foi sendo moldada a cultura jovem que conhecemos, além das tentativas de assistência e melhor compreensão desses jovens (Davim *et al.*, 2009).

Para Santos (2012), o marco definitivo na implantação de políticas públicas direcionadas a esse segmento etário foi a criação do ECA, ressaltando que muitos dos seus princípios advém da promulgação da Constituição Federal (1988). Contudo, ainda há déficits importantes nesta assistência, agravados ainda mais pela atual conjuntura do país.

Segundo Waiselfisz (2012) e Fonseca *et al.* (2013), apesar do ECA dispor, no seu art.4º, que:

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

Ainda há muitas violações a essas normas no Brasil, visto que as situações que são exteriorizadas e tornam-se de conhecimento público representam apenas a minoria dos casos em que essas regulamentações são violadas.

1.2 A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Segundo Del Ciampo (2011), os adolescentes representam, aproximadamente 1/5 da população brasileira, o que equivale a cerca de 38 milhões de indivíduos, muitos dos quais passam por profundas modificações e apresentam comportamentos que os colocam em muitas situações de vulnerabilidade, além de não possuírem assistência adequada. Sendo assim, é de suma importância possuir um conhecimento amplo desse segmento populacional, na medida em que pode-se, a partir daí, priorizar áreas de investimentos à prevenção de agravos e à assistência (Ruzany e Travassos, 2006; Almeida Filho e Barreto, 2012).

As mudanças que vem ocorrendo, nas últimas décadas, com relação ao perfil de morbimortalidade dos adolescentes, demonstram a transição epidemiológica. À medida em que as doenças infectocontagiosas estão melhor controladas e vem ocorrendo mudanças de hábitos sociais, interpessoais, alimentares, além de uma maior exposição dos adolescentes a fatores de risco, como bebidas alcoólicas, tabagismo, drogas ilícitas, por exemplo, devido ao sentimento de independência que acompanha a maioria deles com o desenvolvimento puberal e todas suas mudanças psicológicas, ganham destaque outros agravos à saúde. (Santos, 2012; Braz, 2013; Ruzany e Travassos, 2006).

Além disso, a adolescência é uma importante fase de transição cronológica e, historicamente, conflituosa, conseqüentemente, implica em indivíduos mais vulneráveis sob diversos aspectos (Davim *et al.*, 2009), facilitando situações de injúrias e agravos, inclusive, à integridade física, ocasionando internações, muitas das vezes, por causas evitáveis e não planejadas (Del Ciampo e Del Ciampo, 2011).

Para Teixeira *et al* (2013), mesmo com a instauração de diversas políticas públicas para os adolescentes, através da instituição do ECA (Lei Federal 8. 069/90, Brasil), ainda há uma nítida desassistência a esses adolescentes, visto que as ações empregadas não englobam as diversas peculiaridades, especificidades e complexidade que a faixa etária da adolescência exige. Soma-se a isso, a forma desregulada e fragmentada com que essas políticas públicas são aplicadas (Ferrari *et al.*, 2006).

Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família surge numa perspectiva de oferecer uma assistência melhor aos adolescentes, mas os mesmos acabam recebendo atendimento geral, sem aprofundar e particularizar em suas necessidades mais intrínsecas. Ou seja, as problemáticas

pertinentes à sexualidade e reprodução, por exemplo, não são exploradas de forma adequada nesta faixa etária (Teixeira *et al.*, 2013).

Dessa forma, os adolescentes acabam recebendo atendimento de acordo com a demanda rotineira da unidade de saúde sem uma organização de serviços criteriosa e direcionada a esse grupo etário. Sendo assim, faz-se necessária uma contemplação maior do ser adolescente no serviço básico preventivo de saúde (Ferrari *et al.*, 2006).

Ainda, segundo Ferrari *et al.*, 2006, muitos profissionais de saúde demonstram pouco conhecimento ou mesmo julgamentos prévios que aumentam as dificuldades para uma boa relação com esse grupo etário. Portanto, é imprescindível maiores investimentos na formação desses profissionais, bem como a intensificação de trabalhos interdisciplinares para melhor lidar com a complexidade da adolescência.

Segundo Aquino (2009), foi essa percepção de que os adolescentes são um grupo repleto de particularidades que desde a década de 1950, vem sendo criadas, em vários países do mundo, instituições específicas e direcionadas a esse grupo. No Brasil, destaca-se a criação do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), em 1975, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Nessa perspectiva, em 1993, o governo Federal lançou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que trazia como eixo central a ideia de que todo adolescente que não tivesse seu problema de saúde resolvido na rede básica de saúde, deveria ser encaminhado a serviços de maior complexidade que seriam interligados e seguiriam normas do PROSAD. Porém, apesar de os tratamentos realizados nessas unidades específicas apresentarem resultados qualitativamente superiores e de haver incentivos à sua criação, ainda são poucos, no Brasil, os centros para essa finalidade específica (Aquino, 2009).

Para Fonseca *et al.* (2013), apesar de muito longe do ideal, a assistência aos problemas e riscos da adolescência evoluiu muito nos últimos anos, com base nas leis e novos programas assistenciais no país.

1.3 ESTUDOS DE MORBIDADE HOSPITALAR

As mudanças no perfil epidemiológico dos agravos à saúde somadas aos custos crescentes dos procedimentos médicos e internações hospitalares tornam, de suma importância, a realização de estudos que envolvam morbidade hospitalar, de forma que melhore o planejamento e gestão em saúde (Bittencourt *et al.*, 2006). Soma-se a isso, a perspectiva da ONU de que o Brasil apresente, em 2050, uma estrutura etária semelhante à população de países desenvolvidos, com um peso ainda maior da carga de doenças crônicas e degenerativas (Kilsztajn *et al.*, 2003).

Segundo Mendes (2010), estudos mostram que o Brasil apresentou uma transição epidemiológica diferente dos países desenvolvidos, apresentando, ainda hoje, uma tripla carga de agravos – doenças infectoparasitárias; as causas externas e as doenças crônicas e todas as suas consequências e fatores de risco. Em 2005, sistemas de morbidade hospitalar registraram que das quinze principais causas de internações pelo Sistema Único de Saúde, nove foram por doenças crônicas (Mendes, 2010; Kilsztajn *et al.*, 2003).

Para Bittencourt *et al* (2006), há um predomínio, no Brasil, de estudos de morbidade hospitalar envolvendo causas externas, apesar das mesmas representarem cerca de 7% do total de internações realizadas pelo SUS. Isso é justificado pelo grande envolvimento de jovens, pelo alto custo dessas internações e por permitirem atividades de prevenção. Em contraposição, com relação às doenças infecto parasitárias e crônicas, apesar da alta incidência, a quantidade de estudos ainda é baixa no país (Almeida Filho e Barreto, 2012).

Segundo Kilsztajn (2003), estudos mostram que, a partir dos 45 anos, o processo de envelhecimento vem acompanhado de altas taxas de morbidade e, conseqüentemente, hospitalizações. Entre os cinco e 44 anos de vida, os indivíduos utilizam, relativamente, pouco os serviços hospitalares. Além disso, espera-se até 2050, um crescimento médio de 39% no número de hospitalizações.

Nesse sentido, estudos desse tipo conferem condições de reestruturação da rede de atenção à saúde no Brasil, visto que a grande parte da rede volta-se a resolução de condições agudizadas, atuando de forma fragmentada na assistência. Contudo, o país necessita de um sistema que privilegie o novo perfil epidemiológico, sobretudo na atual conjuntura, em que se objetiva a redução de custos (Mendes, 2010).

1.4 ESTUDOS DE MORBIDADE HOSPITALAR NO ADOLESCENTE

A realização de estudos epidemiológicos sobre problemas de saúde que acometem os adolescentes são importantes porque permitem reconhecer padrões de eventos e identificar populações de risco, contribuindo para a alocação de recursos e serviços de estruturação, além de contribuir para o planejamento das atividades de saúde e determinar a viabilidade de estratégias apropriadas, desde a correta orientação dos pais acerca de situações perigosas para os filhos até a adoção de instrumentos para fiscalização e proteção dos adolescentes, por parte do governo. (Del Ciampo *et al.*, 2012; Gaspar *et al.*, 2012; Lenz *et al.*, 2008). Além disso, o Ministério da Saúde recomenda o uso de prontuários, relatos e depoimentos de adolescentes e familiares para incremento de informações no banco de dados (MS, 2005).

Embora, sejam considerados indivíduos saudáveis, os indivíduos de dez a 19 anos foram responsáveis por 11, 2% das internações hospitalares custeadas pelo SUS em 2007, as quais, além de representarem sofrimento familiar, estão associadas a custos elevados e poderiam ter sido evitadas com medidas preventivas (Aquino, 2009; Lenz *et al.*, 2008). Dados do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), mostram que os adolescentes representam 4,3% do total de internações hospitalares com um tempo de permanência menor que oito dias (Aquino, 2009).

Segundo Ruzany e Travassos (2006), muitas queixas dos adolescentes não são privilegiadas na rede básica de saúde, ocasionando situações de procura às urgências e emergências posteriormente. Além disso, há ainda a dificuldade de lidar com temas tabus, tais como, sexualidade, uso de drogas, entre tantos outros, por uma boa parte dos profissionais de saúde.

Segundo Borges *et al.* (2006), que conduziu um estudo com 383 adolescentes, na faixa etária 15-19 anos, no município de São Paulo, os amigos ainda são com quem os adolescentes mais conversam sobre sexo e sobre como evitar uma gravidez indesejada. Já as dúvidas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS eram esclarecidas, pela maioria, com profissionais da saúde e da educação. Os pais e mães figuraram em segundo lugar em todos os assuntos citados anteriormente.

Dessa forma, persiste a necessidade de uma maior integração entre todos os participantes na promoção da saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes, haja vista o número crescente de gestações na adolescência, bem como a alta taxa de notificações de infecção por

HIV nesta faixa etária, embora, importantes avanços sobre a transmissão do vírus tivessem ocorrido nos últimos anos (Borges *et al.*, 2006).

Tais dificuldades expõem a necessidade da criação de centros de saúde específicos para esse grupo populacional. Porém, estudos mostram grandes problemas, de ordem econômica e de gestão à essa concretização. Além da criação de alas específicas para esse grupo, existiria a necessidade de montagem de equipes multidisciplinares de saúde, da constituição da enfermagem e o estabelecimento de normas técnicas e de convivência específicas com os outros setores do hospital (Aquino, 2009).

1.5 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

É notório o crescimento, no Brasil, nos últimos anos, do uso de banco de dados para programação, execução e avaliação de ações em serviços de saúde. O maior acesso à informatização, bem como a publicação de novas Normas Operacionais, como as de 1993 e 1996, alicerçam essa contínua expansão (Bittencourt AS *et al.*, 2006; Mendes *et al.*, 2000).

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) teve sua origem no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS) em 1984, o qual tinha o objetivo de operacionalizar o repasse financeiro do Ministério da Previdência aos hospitais conveniados, principalmente, privados que realizavam procedimentos em usuários desse sistema. Nesse momento, não tinha o propósito epidemiológico, apenas de embasar o repasse monetário a esses hospitais. Em meados de 1990, com a integração de hospitais da rede pública, filantrópicos e de ensino, esse sistema passou a ser denominado de SIH/SUS (MS, 2005; Medronho, 2004).

A partir daí, até os dias atuais, desempenha uma importante função de base de dados para a programação de ações de prevenção e gestão em saúde, conhecimento do perfil epidemiológico de determinada área, em determinados períodos de tempo, por parte dos gestores, além de ter sido incorporado aos mais diversos órgãos de vigilância sanitária estaduais e municipais (Santos, 2009; MS, 2005; Medronho, 2004).

Atualmente, esse sistema cataloga os dados de, aproximadamente, 70% das internações no país. Através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que serve de guia básico e de porta de entrada, são introduzidos dados do paciente, a identificação do hospital, os serviços

que serão realizados durante a internação, justificando, assim, os repasses financeiros à instituição. Para isso, são imprescindíveis algumas informações, tais como: nome do paciente, data de nascimento, sexo, raça, endereço, município de origem, data de emissão da AIH, especialidade, data de internação, data de saída, procedimento realizado, diagnóstico principal e secundário. (Santos, 2009; MS, 2007).

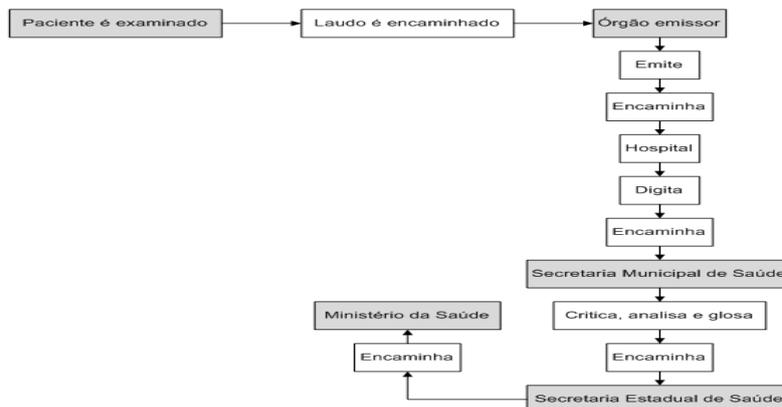


Fig. 1 - Fluxo básico de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 79

O fluxo básico para liberação de AIHs está esquematizado na figura acima. Com relação aos repasses, são previstas, mensalmente, séries numéricas de AIHs até o máximo de 9% da população residente do estado, possuindo validade de quatro meses (MS, 2007).

A partir dos registros, esses dados são disponibilizados, pelo Ministério da Saúde, através do sistema DATASUS e *Bulletin Board System* (BBS) a gestores, em menos de um mês, e cerca de dois meses para disponibilização para o público em geral. De posse destas informações, através de programas gerenciadores de dados ou planilhas, o gestor pode avaliar a assistência hospitalar prestada a sua população, as atividades de prevenção e educação em saúde, bem como prioridades para medidas de prevenção (Mendes et al., 2000; MS, 2007; Medronho, 2004).

Contudo, ainda são necessários alguns ajustes no sistema, visto que algumas limitações importantes estão presentes, a exemplo de erros de digitação ou diagnósticos, informações não confiáveis dos pacientes, produzindo vieses importantes (Medronho, 2004; MS, 2007; Melione, 2008).

1.6 UMA NOVA PROPOSTA PARA ESTUDARMOS A MORBIDADE HOSPITALAR NO ADOLESCENTE: OS QUATRO GRUPOS DE CAUSAS

Percebe-se, atualmente, um crescimento na quantidade de estudos sobre a adolescência em todos os países do mundo, apesar de ser um segmento populacional ainda pouco estudado. Sendo assim, é de grande valia esse conhecimento na implementação de programas de prevenção e promoção de saúde (*Assis et al.*, 2003).

A morbidade hospitalar em adolescentes foi distribuída em quatro grandes grupos de causas: internações por gravidez, parto e puerpério (GPP), internações por causas externas (CE), internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e as demais internações (DI).

A metodologia utilizada foi a partir de dados do SIH-SUS (Brasil, 2014a), aplicou-se a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10r (OMS 1995), sendo utilizado o diagnóstico das internações. Para as CE, houve exceção, uma vez que há portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 1997) indicando que para CE, o diagnóstico principal deve ser codificado pelo Capítulo XIX e o secundário, pelo Capítulo XX.

Então, nestes casos foi utilizado o diagnóstico secundário das internações, pois é aquele onde consta o capítulo que trata das causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX), uma vez que no diagnóstico das internações consta o capítulo das lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (Capítulo XIX), ou seja é aquele que aponta a natureza das lesões.

Para as internações por GPP, além do capítulo relativo à gravidez parto e puerpério (Capítulo XV) foram utilizados os códigos do capítulo XXI, ou seja, aqueles que se referem a contatos com o serviço de saúde por circunstâncias relacionadas à reprodução (cujos códigos estão entre Z31 a Z39), conforme determina o Ministério da Saúde (Brasil, 2014b).

Para as ICSAP, foi utilizada a lista disponibilizada pelo MS (Brasil, 2008), e finalmente as DI foram compostas pelos códigos restantes.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

AQUINO, J. H. W. Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena?. **Adolescência e Saúde**. v. 6, p. 47–50, 2009.

ASSIS, S. G. *et al.* A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 669–680, 2003.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 19–30, 2006.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 422–427, 2006.

[Brasil. Diário Oficial da União.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/RET/rlei-8069-90.pdf) Lei no 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/RET/rlei-8069-90.pdf

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Epidemiológicas e de Morbidade. Nota técnica. 2014b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Morb_geral_loc_int_2008.pdf

_____. _____. _____. Serviços. Transferências de arquivos. Arquivos de dados. SIHSUS. 2014a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>

_____. _____. Portaria GM/MS nº 221 de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, 18 abr. 2008.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH – em casos com quadro compatível com causas externas. Diário Oficial da União, Brasília, p. 55, n 222 de 17 nov. 1997. Seção 1.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 815p.

_____. _____. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRAZ, M.; BARROS FILHO, A. A.; BARROS, M. B. A. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n.9, p. 1877–1888, 2013.

CIAMPO, L. A DEL; CIAMPO, I. R. L. DEL. Perfil de morbidade e hospitalização entre adolescentes da região de Ribeirão Preto / SP. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 44, n. 2, p. 195–201, 2011.

CIAMPO, L. A. DEL *et al.* *Epidemiological and clinical characteristics of injuries among adolescents attended at an emergency service in the city of Ribeirao Preto / SP.* **São Paulo Medical Journal**. v. 130, n. 1, p. 27–31, 2012.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 10, n. 2, p. 131–140, 2009.

EISTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência E Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6–7, 2005.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública-RJ**, v. 22, n. 11, p. 2491–5, 2006.

FERREIRA, M. D. A. *et al.* Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 217–224, 2007.

FILHO, Naomar A.; BARRETO, Mauricio L. **Epidemiologia e Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, 699p.

FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, p. 258–264, 2013.

GASPAR, V. L. V. *et al.* Características de crianças e adolescentes hospitalizados em decorrência de causas externas. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 22, n. 3, p. 287–295, 2012.

KILSZTAJN, S. *et al.* Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, p. 93–108, 2003.

LENZ, M. L. M. *et al.* Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, v. 3, n. 12, p. 271–281, 2008.

MEDRONHO, R, A.Carvalho, Diana Maul de; Bloch, Katia Vergetti; Luiz, Ronir Raggio; Werneck, Guilherme L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004, 493p.

MELIONE, L. P. R.; JORGE, M. H. P. M. Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 379–392, 2008.

MENDES, A. C. G. *et al.* Avaliação do sistema de informações hospitalares - SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 9, n. 2, p. 67–86, 2000.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15. n. 5. p. 2297-2305, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10r. 1995.

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

SANTOS, A.C. *Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações*. 2009. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2372/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Santos_Andr%C3%A9ia_Cristina.pdf>.

SANTOS, R. C. S. Jovens adolescentes e negros: Saúde, doença e morte em Governador Valadares / MG. **Revista da ABPN**. v. 203, n. 1993, p. 203–211, 2012.

TEIXEIRA, S. C. R.; SILVA, L. W. S; TEIXEIRA, M. A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - Uma revisão bibliográfica. **Adolescência e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 37–44, 2013.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. p. 84, 2012.

3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

A Revista Paulista de Pediatria é uma publicação trimestral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. O objetivo é divulgar pesquisa de qualidade metodológica relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Os artigos estão disponíveis, no seu formato eletrônico, na íntegra em português e inglês, por meio de acesso livre e gratuito do SciELO. Está indexada nas bases Pubmed Central, Medline, Scopus, Embase (*Excerpta Medica Database*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR e Sumários.

Acesso aberto

Todo artigo revisado por pares aprovado pela editorial desta revista será publicado em acesso aberto, o que significa que o artigo estará disponível gratuitamente no mundo via *Internet* de maneira perpétua. Não há cobrança aos autores. Uma licença *Creative Commons* (veja <http://www.elsevier.com/openaccesslicenses>) orienta sobre a reutilização do artigo. Todos os artigos serão publicados sobre a seguinte licença: *Creative Commons Attribution 4.0 International (CC-BY)*.

Processo de revisão

Cada artigo submetido é encaminhado ao editor-chefe, que verifica se o mesmo obedece aos padrões mínimos especificados nas normas de publicação e se está enquadrado nos objetivos da Revista. A seguir, o artigo é enviado a dois revisores, especialistas na área, cegos em relação à autoria do artigo a ser examinado, acompanhado de formulário específico para revisão. Uma vez feita esta revisão, os editores da Revista decidem se o artigo vai ser aceito sem modificações, se deve ser recusado ou se deve ser enviado aos autores para modificações e posterior reavaliação. Diante desta última opção, o artigo é reavaliado pelos editores para posterior decisão quanto à aceitação, recusa ou necessidade de novas modificações.

Tipos de artigos publicados

Artigos originais: incluem estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais.

Relatos de casos: incluem artigos que relatam casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.

Artigos de revisão: análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.

Cartas ao editor: refletem o ponto de vista do missivista a respeito de outros artigos publicados na Revista.

Editoriais: em geral encomendados pelos editores, para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Normas gerais

O artigo deverá ser digitado em formato A4 (210x297mm), com margem de 25 mm em todas as margens, espaço duplo em todas as seções. Empregar fonte *Times New Roman* tamanho 11, páginas numeradas no canto superior direito e processador de textos *Microsoft Word*®. Os manuscritos deverão conter, no máximo:

- Artigos originais: 3000 palavras (sem incluir resumo, *abstract*, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.
- Revisões: 3500 palavras (sem incluir: resumo, *abstract*, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.
- Relatos de casos: 2000 palavras (sem incluir: resumo, *abstract*, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.

Observação:

Ensaio clínico só será aceito mediante apresentação de número de registro e base de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 2 DE JULHO DE 2008, Ministério da Saúde do Brasil. Acesso em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html.

Para registro, acessar: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/about/>

• Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos: Segundo resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da *Internacional Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS). (<http://www.clinicaltrials.gov>). É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista Paulista de Pediatria. Além disto, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito. Transferência de direitos autorais: ao submeter o manuscrito para o processo de avaliação da Revista Paulista de Pediatria, todos os autores devem assinar o formulário disponível no *site* de submissão, no qual os autores reconhecem que, a partir do momento da aceitação do artigo para publicação, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito.

ATENÇÃO:

Deve ser feito o *upload* no sistema de cada um dos itens abaixo em separado:

1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição; 3) Transferência de Direitos Autorais; 4) Página de rosto; 5) Documento principal com os resumos em português e inglês, palavras-chave e *keywords*, texto, referências bibliográficas e tabelas, figuras e gráficos – Não colocar os nomes dos autores neste arquivo 6) Arquivos suplementares quando pertinente.

- Para artigos originais, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A Revista Paulista de Pediatria adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as “Novas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (DOU 1996 Out 16; no201, seção 1:21082-21085). Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para relato de casos também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável para divulgação científica do caso clínico. Para revisões de literatura, cartas ao editor e editoriais, não há necessidade desta aprovação. A Revista Paulista de Pediatria executa verificação de plágio.

NORMAS DETALHADAS

O conteúdo completo do artigo original deve obedecer aos Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: resumo e palavras-chave em português; *abstract e keywords*; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. As tabelas e figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos e colocadas ao final do texto. Cada tabela e/ou figura deve conter o título e as notas de rodapé.

PÁGINA DE ROSTO:

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas), no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- Título do artigo em inglês, no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo, 60 caracteres incluindo espaços).
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado do nome da instituição de vínculo empregatício ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país.
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).

- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.
- Número total de palavras: no texto (excluir, resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

RESUMO E ABSTRACT:

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

- Resumo de artigo original: deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões (Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusions).
- Resumo de artigos de revisão: deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusões (Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusions).
- Resumo de relato de casos: deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (Abstract: Objective, Case description and Comments). Para o abstract, é importante obedecer às regras gramaticais da língua inglesa. Deve ser feito por alguém fluente em inglês.

PALAVRAS-CHAVE E KEYWORDS:

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, três a seis descritores, que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de Descritores em Ciências da Saúde: elaborada pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Esta lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

TEXTO:

Artigo original: dividido em Introdução (sucinta com quatro a seis parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); Método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição); Resultados (claros e objetivos; o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo de texto); Discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando

os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

Artigos de revisão: não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.

Relatos de casos: divididos em Introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); Descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e Discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

É permitido no máximo 6 ilustrações por artigo, entre tabelas, figuras e gráficos. Devem ser submetidas no mesmo arquivo do artigo. Em caso de aprovação, serão solicitadas figuras e gráficos com melhor resolução.

Tabelas

Para evitar o uso de tabelas na horizontal, a Revista Paulista de Pediatria recomenda que os autores usem no máximo 100 caracteres em cada linha de tabela. No entanto, se a tabela tiver duas ou mais colunas, o autor deve retirar 5 caracteres por linha. Ex: Se tiver duas colunas, o autor deve usar no máximo 95, se tiver três, 90 e assim por diante. É permitido até 4 tabelas por artigo, sendo respeitado os limites de um lauda para cada uma. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo \pm . Digitar as tabelas no processador de textos Word, usando linhas e colunas - não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do Excel ou do Powerpoint.

Gráficos

Numerar os gráficos de acordo com a ordem de aparecimento no texto e colocar um título abaixo do mesmo. Os gráficos devem ter duas dimensões, em branco/preto (não usar cores) e feitos em PowerPoint. Mandar em arquivo ppt separado do texto: não importar os gráficos para o texto. A Revista Paulista de Pediatria não aceita gráficos digitalizados.

Figuras

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar na legenda (mandar legenda junto com o arquivo de texto do manuscrito, em página separada). Figuras reproduzidas de outras fontes devem indicar esta condição na legenda e devem ter a permissão por escrita da fonte para sua reprodução. A obtenção da permissão para reprodução das imagens é de inteira responsabilidade do autor. Para fotos de pacientes, estas não devem permitir a identificação do indivíduo - caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou de seu responsável, liberando a divulgação do material. Imagens geradas em computador devem ser anexadas nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi. A Revista Paulista de Pediatria não aceita figuras digitalizadas.

FINANCIAMENTO

Sempre antes da Declaração de Conflitos de Interesse. Em apoios da CAPES, CNPq e outras instituições devem conter o nome por extenso e o país. Não repetir o apoio nos agradecimentos. Se não houve, deixar: O estudo não recebeu financiamento.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Essa declaração deverá constar ao final do artigo, após o financiamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores. Os agradecimentos devem ser colocados no envio da segunda versão do artigo, para evitar conflitos de interesse com os revisores. Não repetir nos agradecimentos a instituição que apoiou o projeto financeiramente. Apenas destacar no apoio.

REFERÊNCIAS

No corpo do texto: Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As referências no corpo do texto devem ser identificadas por algarismos arábicos sem parênteses sobrescritos, após a pontuação.

No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements, e disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conforme os exemplos a seguir.

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

Jih WK, Lett SM, des Vignes FN, Garrison KM, Sipe PL, Marchant CD. The increasing incidence of pertussis in Massachusetts adolescents and adults, 1989-1998. *Infect Dis.* 2000;182:1409-16.

Mais do que 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935:40-6.

Grupos de pesquisa:

a. Sem autor definido:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40:679-86.

b. Com autor definido:

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003;169:2257-61.

Sem autores:

Autoria não referida. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325:184.

Volume com suplemento:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*; Epub 5 de Julho de 2002.

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in *Arabidopsis*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. No prelo 2002.

Artigos em português:

Seguir o estilo acima na língua portuguesa.

2. Livros e Outras Monografias

Livros:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP. *Operative obstetrics*. 2a ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Obs: se for 1a edição, não é necessário citar a edição.

Capítulos de livros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. Em: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. 2a ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Obs: se for a 1a edição, não é necessário citar a edição.

Conferência publicada em anais de Congressos:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. *Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 3-5 abril 2002; Kinsdale, Irlanda . p. 182-91.

Resumos publicados em anais de Congressos:

Blank D, Grassi PR, Schlindwein RS, Melo JL, Eckhert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: a ten year analysis. *Abstracts of the Second World Conference on Injury Control*; 20-23 maio 1993 Atlanta, EUA. p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

Afi une JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [tese de mestrado]. São Paulo (SP): USP; 2000.

3. Outros materiais publicados

Artigos em jornais, boletins e outros meios de divulgação escrita: Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post 12 agosto 2002 .p.1.

Leis, portarias e recomendações:

Brasil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RN na sala de parto. Portaria SAS/ MS 96; 1994.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde – área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil - Presidência da República. Decreto nº 6.871, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm

Obs: se o material for disponível na internet, colocar Disponível em: <http://www....>

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [página na Internet]. 2002;102(6) [acessado em 12 de agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H . Improving palliative care for cancer. Washington: National Academy Press; 2001 [acessado em 9 de julho de 2002]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Homepage/web site:

Cancer-Pain.org [página na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [acessado em 9 de Julho de 2002]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [página na Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [acessado em 12 agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Brasil - Ministério da Saúde - DATASUS [página na Internet].

Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [acessado em 10 fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

4. ARTIGO CIENTÍFICO: Internações hospitalares em adolescentes em Sergipe, de 2002 a 2012

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM ADOLESCENTES
EM SERGIPE, DE 2002 A 2012**

Hospital admissions in adolescents in Sergipe, from 2002 to 2012

Nynemberg Menezes Guimarães¹, Anna Klara Bohland²

- 1- Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe
- 2- Médica Docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

nynemberg@hotmail.com¹, anna.bohland@uol.com.br²

Os autores, Nynemberg Menezes Guimarães e Anna Klara Bohland, possuem *curriculum Lattes*.

1 - Autor; 2 - Orientadora

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar.

Universidade Federal de Sergipe

Nynemberg Menezes Guimarães. Rua Tenente Wendell Quaranta, 1315, Edf. Van Dick, Ap. 303, Bairro Suíssa, Aracaju, Sergipe. Telefones: (079) 3248 5837 e (079) 99914 9307. Email: nynemberg@hotmail.com

Contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras: 2270

Contagem total das palavras do resumo: 193

Número de tabelas: 4

Resumo

Objetivo:

Avaliar as internações hospitalares dos adolescentes residentes em Sergipe, de 2002 a 2012.

Métodos:

Trata-se de estudo descritivo. A partir de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), foram selecionadas: internações por gravidez, parto e puerpério (GPP), internações por causas externas (CE), internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e as demais internações (DI). Para a análise, foram utilizados os seguintes indicadores: taxa de internações em adolescentes, em Sergipe, de 2002 a 2012, por ano da internação, sexo, idade, causas, tipo de alta e valor da internação.

Resultados:

No período, ocorreram 149.850 internações de adolescentes, sendo 58,4% por GPP, 9,3% por ICSAP, 8,3% por CE e 24,0% pelas DI. Houve redução de todos os coeficientes no período, em média de 32,3%, sendo que as ICSAP apresentaram maior redução (127,0%), seguidas das DI (45,3%), CE (19,8%) e da GPP (17,8%). Houve um aumento do custo de internação, de 92,7%, em média.

Conclusão:

Sugere-se que há a necessidade de incrementar ações de saúde para diminuir as hospitalizações por ICSAP e a incidência das CE e da GPP entre os adolescentes sergipanos.

Descritores:

Morbidade. Medicina Hospitalar. Medicina do Adolescente.

Abstract:**Objective:**

To evaluate the hospital admissions of adolescents living in Sergipe, from 2002 to 2012.

Methods:

This is a descriptive study. Based on data from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH-SUS), hospitalizations for pregnancy, childbirth and puerperium, admissions for external causes, admissions for conditions sensitive to primary care and other hospitalizations. For the analysis, the following indicators were used: hospitalization rate in adolescents, in Sergipe, from 2002 to 2012, by year of hospitalization, sex, age, causes, discharge type and hospitalization value.

Results:

In the period, there were 149.850 hospitalizations of adolescents, 58.4% by pregnancy, childbirth and puerperium, 9.3% conditions sensitive to primary care, 8.3% for external causes and 24.0% for other hospitalizations. There was a reduction of all the coefficients in the period, an average of 32.3% and the admissions for conditions sensitive to primary care showed greater reduction (127.0%), followed by other hospitalizations (45.3%), the external causes (19.8%) and pregnancy, childbirth and puerperium (17.8%). This increase increased hospitalization costs, an average of 92.7%.

Conclusão:

Thus, we suggest that in Sergipe, there is a need to increase health actions to reduce hospitalizations for conditions sensitive to primary care and the incidence of external causes and pregnancy, childbirth and puerperium among teenagers Sergipe.

Keywords:

Morbidity. Hospital Medicine. Adolescent Medicine.

INTRODUÇÃO

O conhecimento do perfil de morbimortalidade dos adolescentes é relevante no sentido de proporcionar medidas de prevenção exequíveis desde o nível primário da atenção, permitindo direcionar ações e serviços de saúde. Sendo assim, a alocação de recursos financeiros e montagem de estruturas hospitalares visando uma adequada assistência, em níveis secundários e terciários, perpassam por esse conhecimento prévio.¹

Dentre os problemas que ocorrem na adolescência, a gravidez precoce e, às vezes, indesejada é uma importante preocupação, uma vez que acarreta problemas de saúde, na educação e no desenvolvimento econômico e social, pois leva a uma maior taxa de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldades de inserção no mercado de trabalho.²

Nesse sentido, as adolescentes grávidas encontram-se numa situação de maior risco biopsicossocial, principalmente, aquelas de classes sociais menos favorecidas que acabam enfrentando ainda mais dificuldades de escolarização e profissionalização. Além disso, uma gravidez indesejada nessa faixa etária acaba, naturalmente, acarretando maiores riscos biológicos à saúde materna e ao feto, inclusive durante o período neonatal.³

Porém, de todas as causas de morbidade que acometem os adolescentes, as causas externas (CE) são de maior visibilidade, pois causam óbitos ou incapacitações permanentes⁴, sendo que, entre os adolescentes, a faixa etária entre 15-19 anos tem a maior frequência de óbitos e morbidade.^{5,6}

Por outro lado, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tem sido utilizadas como indicador para a avaliação de programas de atenção básica⁷, especialmente em estudos que buscam verificar em que medida programas ou sistemas de atenção primária à saúde, ao atingir suas metas, melhoram a condição de saúde das populações.⁸ Portanto, em comunidades que apresentam altos

índices de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, pode-se suspeitar de que o acesso à atenção primária ainda é deficiente.⁹

E, finalmente, há as demais internações (DI), que são aquelas de pior manejo, pois dependem da média e/ou alta complexidade para serem conduzidas, como é o caso de hérnias, apendicite e neoplasias malignas.¹⁰ O objetivo deste trabalho é avaliar as internações hospitalares dos adolescentes residentes em Sergipe, de 2002 a 2012, segundo estes quatro grandes grupos de causas propostos.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo. A partir do SIH-SUS¹¹, as causas de internação foram distribuídas em quatro grandes grupos de causas: internações por gravidez, parto e puerpério (GPP), internações por causas externas (CE), internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e as demais internações (DI). Aplicou-se para tanto a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10r (OMS 1995)¹², sendo utilizado o diagnóstico das internações, exceto para as CE, uma vez que há portaria do Ministério da Saúde¹³ indicando que para CE o diagnóstico principal deve ser codificado pelo Capítulo XIX e o secundário pelo capítulo XX. Então, nestes casos foi utilizado o diagnóstico secundário das internações, pois é aquele onde consta o capítulo que trata das causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX), uma vez que no diagnóstico das internações consta o capítulo das lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (Capítulo XIX), ou seja é aquele que aponta a natureza das lesões.

Para as GPP, além do capítulo relativo a gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV) foram utilizados os códigos do capítulo XXI, ou seja, aqueles que se referem a contatos com o serviço de saúde por circunstâncias relacionadas a reprodução (cujos códigos estão entre Z31 a Z39), conforme determina o Ministério da Saúde – MS.¹⁴ Para as ICSAP, foi utilizada a lista disponibilizada pelo MS¹⁵, e

finalmente as DI foram compostas pelos códigos restantes. Os dados de população foram obtidos no DATASUS.¹⁶

Os casos foram descritos segundo números, proporções e coeficientes. As variáveis foram: ano da internação, sexo, idade, causas, tipo de alta e valor da internação. O presente trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAEE 32811014.5.0000.5546).

RESULTADOS

No período, ocorreram 149.850 internações de adolescentes, sendo 58,4% por GPP, 9,3% por ICSAP, 8,3% por CE e 24,0% pelas DI. A Tabela 1 aponta os coeficientes por cada uma das condições segundo o sexo, em que se destacaram as GPP para o sexo feminino e as DI para o sexo masculino. Houve redução de todos os coeficientes no período, em média de 32,3%, sendo que as ICSAP apresentaram maior redução (127,0%), seguidas das DI (45,3%), CE (19,8%) e da GPP (17,8%).

Tabela 1. Coeficiente de morbidade hospitalar em adolescentes, segundo o sexo, por causas externas (CE), por gravidez, parto e puerpério (GPP), por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e pelas demais internações (DI), em Sergipe, de 2002 a 2012.

Ano	CE			GPP	ICSAP			DI			TOTAL
	Masc	Fem	Total	Fem	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	
2002	52,8	14,4	33,7	423,9	48,0	53,4	50,7	105,7	97,5	101,6	396,6
2003	45,5	12,1	28,9	411,8	39,9	49,7	44,7	103,8	94,7	99,3	377,6
2004	40,5	10,9	25,8	390,1	34,4	43,4	38,9	89,9	85,3	87,6	346,1
2005	41,4	9,2	25,4	391,5	29,5	35,5	32,5	78,4	68,7	73,6	325,9
2006	43,6	10,4	27,1	375,9	24,1	29,2	26,6	81,8	66,6	74,3	314,7
2007	52,7	12,0	32,6	406,0	26,7	34,2	30,4	89,1	66,9	78,2	341,4
2008	42,2	10,5	26,6	409,8	21,4	26,9	24,1	86,0	68,3	77,3	329,9
2009	37,1	8,7	23,2	373,4	20,4	26,5	23,4	81,1	55,4	68,4	299,0
2010	42,2	9,2	25,8	335,8	16,7	22,0	19,3	83,9	51,3	67,8	279,2
2011	43,0	10,6	26,9	353,9	15,8	22,3	19,0	74,4	50,6	62,6	283,8
2012	33,8	8,1	21,0	350,9	16,7	25,1	20,9	75,6	60,6	68,2	283,9

Fonte: SIH-SUS, 2014.

Quanto à faixa etária e a causa da internação (Tabela 2), chama a atenção o coeficiente de morbidade por GPP e pelas DI dos 15 aos 19 anos. Apresentaram tendência de estabilidade no período: as CE na idade de 15 a 19 anos e a GPP dos 10 a 14 anos. Os demais grupos apresentaram tendência de queda, sendo as mais acentuadas as ligadas a ICSAP e DI, em ambas as faixas etárias.

Tabela 2. Coeficiente de morbidade hospitalar em adolescentes por casas externas (CE), por gravidez, parto e puerpério (GPP), por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e pelas demais internações (DI), segundo faixa etária, em Sergipe, de 2002 a 2012.

Ano	Grupos de causas								Total	
	CE		GPP		ICSAP		DI			
	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19
2002	35.6	31.8	21.5	399.2	54.6	46.8	89.2	114.0	200.9	591.8
2003	28.3	29.5	20.6	388.2	43.8	45.7	88.1	110.5	180.8	574.0
2004	24.2	27.4	18.1	369.2	39.7	38.1	77.2	98.1	159.2	532.8
2005	23.8	27.0	17.1	371.7	33.2	31.7	66.8	80.3	140.9	510.7
2006	26.4	27.8	17.9	355.4	27.8	25.4	68.1	80.4	140.2	489.0
2007	33.5	31.8	21.3	373.4	32.7	28.1	73.0	83.2	160.5	516.5
2008	25.9	27.2	26.0	374.7	25.1	23.1	82.4	72.2	159.6	497.2
2009	21.8	24.5	22.5	344.8	24.3	22.6	64.2	72.6	132.8	464.5
2010	20.9	30.9	20.4	316.6	21.1	17.5	62.1	73.6	124.5	438.6
2011	20.9	33.1	21.3	333.9	19.4	18.6	57.8	67.7	119.4	453.2
2012	15.0	27.3	20.3	332.0	20.4	21.3	64.0	72.5	119.7	453.1

Fonte: SIH-SUS, 2014.

A Tabela 3 mostra para cada um dos quatro grupos de causas (CE, GPP, ICSAP e DI) os principais motivos de internação hospitalar em números, de acordo com dois dos períodos do estudo (2002-2004 e 2010-2012).

Tabela 3. Distribuição dos diagnósticos de internação hospitalar segundo os quatro grupos de causas em dois períodos do estudo (2002-2004 e 2010-2012). Sergipe, 2002 a 2012.

Grupos de Causas	Período		Total 2002 – 2012
	2002-2004	2010-2012	
CE*			
.. Quedas	2542	1591	7867
.. Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	534	862	2189
.. Acidentes de transporte	275	335	1087
.. Agressões	93	123	362
.. Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	103	76	284
Demais CE	248	70	641

Sub-Total		3795	3057	12430
	GPP			
.. Parto		20727	16035	68890
.. Gravidez que termina em aborto		3033	1809	8645
.. Complicações do trabalho de parto e do parto		1423	1782	5280
.. Assist mãe ligados feto cav amniót probl parto		451	1146	2869
.. Edema proteinúric transt hipertens grav part puerp		214	234	792
Demais GPP		304	323	976
Sub-Total		26152	21360	87503
	ICSAP			
.. Doenças infecciosas intestinais		1490	472	3621
.. Influenza [gripe] e pneumonia		1344	479	3090
.. Doenças crônicas das vias aéreas inferiores		929	296	1899
.. Doenças renais túbulo-intersticiais		522	81	1177
.. Distúrbios metabólicos		282	60	572
.. Outras doenças do aparelho urinário		85	242	524
.. Outr transt matern relac predom com a gravidez		33	240	397
Demais ICSAP		1078	583	2639
Sub-Total		5763	2453	13919
	DI			
.. Hérnias		1041	661	3096
.. Contato serv saúde proced cuidados específicos		484	518	2115
.. Doenças do apêndice		428	656	1989
.. Neoplasias malignas		590	497	1972
.. Outras doenças bacterianas		811	327	1751
.. Febres p/arbovírus e febres hemorrágicas virais		518	350	1521
.. Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno		761	139	1491
.. Outras doenças das vias aéreas superiores		582	227	1482
Demais DI		7174	4854	20581
Sub-Total		12389	8229	35998
Total		48099	35099	149850

* Para as causas externas foi utilizado o diagnóstico secundário de internação.

Fonte: SIH-SUS, 2014.

A Tabela 4 aponta o valor do custo unitário nos quatro grupos analisados, merece destaque a GPP, que apesar de representar o menor custo unitário por internação, é responsável por mais da metade do número total de internações, assim como as CE, que representam o maior custo unitário de internação de adolescentes no período. Tais valores unitários aumentaram de R\$ 390,86 para R\$ 921,83 para CE no período, e, de R\$ 233,24 para R\$ 506,45 para GPP entre 2002 e 2012.

Tabela 4. Custo unitário da internação (em Reais) em adolescentes, segundo quatro grupos de causas. Sergipe, de 2002 a 2012.

Ano	Causas				Total
	CE	GPP	ICSAP	DI	
2002	390,86	233,24	256,99	308,73	269,02
2003	462,52	259,36	249,64	325,75	291,24
2004	515,48	309,77	303,68	363,99	338,16
2005	563,55	338,52	304,64	416,41	370,26
2006	579,39	366,16	345,13	392,69	389,00
2007	575,32	400,21	352,60	423,09	417,96
2008	701,13	467,25	442,02	468,26	484,47
2009	869,20	512,06	539,04	676,16	579,50
2010	815,24	507,75	501,10	637,76	567,38
2011	835,12	509,34	519,76	669,45	576,50
2012	921,83	506,45	583,87	690,93	587,37

Fonte: SIH-SUS, 2014.

DISCUSSÃO

No presente estudo, em Sergipe, entre os anos de 2002 e 2012, cerca de 58,4% das internações de adolescentes foram ocasionadas por condições inerentes à Gravidez, ao Parto ou ao Puerpério (GPP). Esta taxa é semelhante às obtidas por outros autores, em estudos realizados na região Sudeste do Brasil, mesmo em outros contextos temporais. No município do Rio de Janeiro-RJ, as internações devidas a GPP representaram 63% do total de internações hospitalares de adolescentes, entre os anos de 1993 e 1998¹⁷ e, na cidade de Ribeirão Preto-SP, nos anos de 1988, 1997 e 2006, destacou-se como o principal grupo de causas de internações de adolescentes, na faixa etária dos 15-19.¹

Esse elevado percentual evidencia a necessidade de intervenções mais consistentes voltadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes³, visto que a grande maioria das adolescentes conhecem, pelo menos um dos métodos anticoncepcionais, mas ainda enfrentam dificuldades para adquiri-los e usá-los corretamente.¹⁸

A faixa etária de 15 a 19 anos foi a que mais se utilizou dos serviços de internações hospitalares em Sergipe no período, com destaque para o grupo de causas por gravidez, parto e puerpério e o grupo

de causas das demais internações. Este resultado é semelhante ao que foi encontrado num estudo realizado em Governador Valadares-MG, entre os anos de 2008 e 2011, onde gravidez, parto e puerpério foi responsável por 70,64% das internações de adolescentes, seguido pelo grupo das lesões por envenenamento, nesta mesma faixa etária.¹⁹

As internações decorrentes de Gravidez, Parto e Puerpério (GPP) representaram mais da metade do número total de internações (58,4%), sendo que a maior parte das adolescentes tinha entre 15-19 anos, assim como em outros estudos realizados com puérperas adolescentes, em uma maternidade do município de São Carlos/SP, nos anos de 2008/2009¹⁸ e no Centro Médico Social Comunitário Vila Lobato, Ribeirão Preto/SP, numa série histórica entre os anos de 1970 e 2000²⁰, em que as mães adolescentes tinham idade média de 18 anos. Deve-se chamar atenção para essa situação, devido às consequências que uma gravidez indesejada acarreta à adolescente e à família, de ordem comportamental, financeira e estrutural.²⁰

Em relação às internações por CE, especialmente na referida faixa etária dos 10 – 19 anos, são importantes fatores de incapacitações e sequelas, ao mesmo tempo em que apresenta-se como um problema passível de prevenção.⁶ Em Sergipe, há uma tendência de estabilidade no número de internações na faixa etária de 15 a 19 anos por causas externas, ao mesmo tempo que se nota uma redução significativa das internações por CE na faixa etária dos 10 a 14 anos, corroborando assim com os achados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto – HCFMRP-USP⁶, que observou uma redução contínua do número de atendimentos entre os anos de 2000 e 2006, na medida em que houve uma melhora da resolutividade dos casos na atenção primária e uma maior extensão de ações de prevenção.

As internações do sexo masculino por CE também predominam em Sergipe, assim como em Ipatinga-MG, em que 71,6% das internações por causas externas foram no sexo masculino e a faixa etária mais afetada foi a dos 15-19 anos.⁵ Tais resultados também são compatíveis com achados de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, entre os anos de 2000-2006, em que o sexo

masculino representou 67% dos atendimentos por causas externas, bem como a faixa de idade entre 15-19 anos foi a mais acometida.⁶

Quanto ao diagnóstico principal das internações por CE, em Sergipe, as quedas representaram 63,3%, seguidas por eventos cuja intenção é indeterminada com 17,6% e acidentes de transporte representando 8,7% dos casos. Isso difere de um estudo no Hospital Márcio Cunha (HMC), Unidade I, Ipatinga-MG, entre junho e dezembro de 2009⁵, que encontrou como causas externas principais os acidentes de transporte (37,7%), seguidos das quedas (32,8%) e, de achados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto – HCFMRP-USP⁶, entre 2000 e 2006, em que o maior número de diagnósticos foram os acidentes de transportes (83%) e as agressões (13%).

As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) tiveram uma redução de 127% para ambos os sexos e, foi o grupo de causas de internação estudado que apresentou a maior queda nas faixas etárias analisadas. Tais dados são importantes, à medida em que, altas taxas de internamento por ICSAP podem indicar deficiências de acesso populacional ao sistema de saúde primária de determinada região, seja por uma cobertura incompleta dos serviços ou uma baixa resolutividade dos problemas na atenção primária.⁹

Neste estudo, as infecções intestinais representaram a principal causa de internação por ICSAP no primeiro período (2002 a 2004) e as pneumonias no segundo (2010 a 2012). Esses achados no Estado de Sergipe coincidem, em parte, com resultados encontrados no Brasil, entre os anos de 1999 e 2006, quando as gastroenterites representaram a principal causa de internação na faixa etária dos 10-14 anos e 15-19 anos e com tendência de queda, devido a melhora de medidas terapêuticas e da conscientização da importância do saneamento básico para evitar esse tipo de internação. Já as pneumonias bacterianas foram a terceira causa de internação em menores de 20 anos no Brasil, entre 1999 e 2006, e diferentemente de Sergipe que obteve significativa redução em suas taxas, o país apresentou tendência de aumento em nível nacional.⁷

No grupo das Demais Internações (DI), sobressaíram as hérnias, doenças do apêndice e neoplasias malignas, as quais juntas representaram 19,6% das internações neste grupo de causas e 4,7% do total entre todos os grupos de causas no período 2002-2012. Com relação às hérnias e doenças do apêndice, estas representaram 6,0% das internações de adolescentes registradas no SIH-SUS em 1999, no município de Salvador-BA, o que corrobora com os achados em Sergipe, entre 2002 e 2012, na medida em que, essas causas são tidas como inevitáveis de hospitalizações.¹⁰

O câncer é a segunda causa de morte de 5 a 19 anos no país e, geralmente, os tumores infanto-juvenis são mais agressivos, muito embora respondam melhor à quimioterapia.²¹ Ainda com relação às neoplasias malignas, elas isoladas representaram 1,3% do total de internações nos períodos 2002-2004 e 2010-2012, proporção superior às internações por neoplasias malignas em adolescentes, entre 2008-2010, na região metropolitana de Porto Alegre-RS, quando estas representaram 0,46% do total.²¹

Em relação aos custos, no presente estudo, as hospitalizações por causas externas representaram os maiores valores unitários médios, seguidos das internações do grupo das demais internações e das consequentes a GPP. Em Salvador - BA, em 1999, o gasto médio com internação seguiu a mesma ordem de custos, sendo que as internações por GPP, apesar de apresentar o menor valor unitário médio (R\$ 248,00), corresponderam a 32% das AIHs de adolescentes, devido ao grande número de internações.¹⁰ Tal discrepância nos valores médios da internação por grupo de causas pode ser justificada pelos componentes hospitalares com custos mais elevados, entre eles, métodos diagnósticos e de tratamento intensivo, bem como maior tempo de internação hospitalar para aquelas internações oriundas de causas externas.

CONCLUSÃO

Esse estudo mostrou que é de extrema importância conhecer o perfil de morbimortalidade que acomete os adolescentes em determinada região, a fim de que as autoridades responsáveis possam

implementar medidas de prevenção, ações e serviços de saúde eficazes para a redução desses coeficientes, uma vez que, na maior parte das vezes, a procura de adolescentes por serviços hospitalares se dá em serviços de urgência e emergência.¹⁷

Essas ações não devem ser isoladas, mas devem ter a participação de toda a sociedade civil através da participação em conselhos municipais e locais de saúde, além de políticas que envolvam os setores educacionais, como esporte, lazer, saúde e educação.¹⁹

Além disso, outros estudos também mostraram que ainda persistem taxas altas de inadequação à demanda de crianças e adolescentes em unidades hospitalares, como um levantamento em Maceió (AL)²³, o qual obteve 83,2% de inadequação ou um outro estudo em Recife (PE)²², que obteve apenas 25,5% de adequação para todas as idades.

Assim, sugere-se que, em Sergipe, ainda há a necessidade de incrementar mais ações de saúde para diminuir ainda mais as hospitalizações por ICSAP e a incidência das CE e da GPP entre os adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Ciampo LA Del, Ciampo IRL Del. Perfil de morbidade e hospitalização entre adolescentes da região de Ribeirão Preto / SP. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011; 44(2): 195-201.
2. Manfré CC, Queiróz SG, Matthes ACS. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade*. 2010; 17(5): 48–54.
3. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia*. 2010; 20(45): 123–31.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. 2012; 84p.
5. Gaspar VLV, Souza ECO, Carmo JH, Pereira WD. Características de crianças e adolescentes hospitalizados em decorrência de causas externas. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2013; 22(3): 287–95.

6. Silva MAI, Pan R, Melo L, Bortoli PS de, Nascimento LC. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010; 31(2): 351–8.
7. Moura BLA, Cunha RC da, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Revista Brasileira Saúde Materno Infant*. 2010; 10(Supl. 1): s83–91.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Caderno Saúde Pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional Saúde Pública*. 2009; 25(6): 1337–49.
10. Nascimento EMR, Mota E, Costa MCN. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. *Epidemiologia e Serviços Saúde*. 2003; 12(3): 137–45.
11. Brasil - Ministério da Saúde. Datasus. Serviços. Transferências de arquivos. Arquivos de dados. SIHSUS. 2014a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>.
12. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10r 1995.
13. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH – em casos com quadro compatível com causas externas. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 55, n 222 de 17 nov. 1997. Seção 1.
14. Brasil - Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Epidemiológicas e de Morbidade. Nota técnica. 2014b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Morb_geral_loc_int_2008.pdf.
15. Brasil - Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 221 de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*, 18 abr. 2008.
16. Brasil - Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Demográficas e sócio-econômicas. 2014c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popSE.def>.
17. Ruzany MH, Travassos C. Internação hospitalar de adolescentes no município do Rio de Janeiro: como prevenir? 2006; 3: 47–52.
18. Beretta MIR, Carolina VC, Neto LAO, Marildy AF, Giselle D, Ruggiero et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. *Revista Eletrônica Enfermagem*. 2011; 13(1): 90-98.
19. Santos RCS. Jovens adolescentes e negros: Saúde , doença e morte em Governador Valadares / MG. *Revista da ABPN*. 2012;203(1993):203–11.

20. Ciampo, LA Del, Junqueira MJG, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ferraz IS, Júnior CEM. Tendência secular da gravidez na adolescência. *Pediatria (São Paulo)*. 2004; 26(32): 21–6.
21. Stuker UAS, Internações pelo SUS de crianças e adolescentes, por câncer, residentes na região metropolitana de Porto Alegre, RS, de 2008 a 2010 [tese de especialização]. Porto Alegre (RS): UFRS; 2013.
22. Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2004; 7(3): 279–89.
23. Simons DA, Monlleó IL, Simons SA, Araújo Junior JLA. Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife*. 2010; 10(1): 59–67.