



CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FINANCIADAS OU NÃO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Characteristics of admissions in an intensive care unit, financed or not by the single health system

Características del ingreso en una unidad de cuidados intensivos, financiadas o no por el sistema único de salud

Artigo original

DOI: [10.5281/zenodo.14035207](https://doi.org/10.5281/zenodo.14035207)

/Recebido: 28/10/2024 | Aceito: 01/11/2024 | Publicado: 04/11/2024

Wíves Kayan Vieira Toledo

Graduando em Medicina

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

E-mail: wives.toledo@medicina.ufjf.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1292-4337>

Luana Vieira Toledo

Doutora em Enfermagem.

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

E-mail: luana.toledo@ufv.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9527-7325>

Maria Clara Daniel Ribeiro

Graduanda em Medicina

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

E-mail: mariaclaradanielr@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-1646-7099>

Lídia Miranda Brinati

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil

E-mail: lmbrinati@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0462-2096>

Diego Dias Paz

Graduado em Enfermagem.

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.

E-mail: diego.d.paz@ufv.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7195-5504>



Pedro Castro Areias
Graduando em Medicina
Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil
E-mail: pedro.areias@estudante.ufjf.br
Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6677-9442>



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), and a [LOCKSS](https://www.lockss.org/) (*Lots of Copies Keep Stuff Safe*) system.

RESUMO

Introdução: O Brasil passa por um processo de transição demográfica em que é possível observar um aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. Em adjunto, ocorre a transição epidemiológica, prevalecendo o aumento das mortes provocadas por doenças crônico-degenerativas. Assim, é fundamental que os serviços de saúde reconheçam o perfil dos pacientes assistidos nos serviços de elevada complexidade assistencial independente da fonte de financiamento da internação. **Objetivo:** caracterizar o perfil das internações em uma unidade de terapia intensiva financiadas ou não pelo sistema único de saúde. **Métodos:** estudo descritivo utilizando-se dados dos relatórios de indicadores de saúde, gerados mensalmente pela unidade de terapia intensiva, referente aos anos de 2019 e 2020. Foram comparadas as características dos pacientes em relação à fonte de financiamento. Utilizou-se teste de Qui-quadrado de *Pearson*, *T de Student* ou *Mann-Whitney*. **Resultados:** entre todas as internações, independente da fonte de financiamento, houve predomínio de pacientes idosos, do sexo masculino, que evoluíram para alta do setor. As principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Os pacientes internados pela saúde suplementar apresentaram idade superior aos internados via sistema único de saúde ($p=0,002$). **Conclusão:** verificou-se similaridade entre o perfil de pacientes em ambas fontes de financiamento, com exceção da idade, que foi superior entre os pacientes do sistema de saúde suplementar.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Hospitalização; Sistema Único de Saúde; Saúde Suplementar.

ABSTRACT

Introduction: Brazil is going through a process of demographic transition in which it is possible to observe an increase in life expectancy and consequent population aging. In addition, the epidemiological transition occurs, with an increase in deaths caused by chronic degenerative diseases prevailing. Therefore, it is essential that health services recognize the profile of patients treated in highly complex care services, regardless of the source of financing for hospitalization. **Objective:** to characterize the profile of admissions to an intensive care unit whether or not financed by the single health system. **Methods:** descriptive study using data from health indicator reports, generated monthly by the intensive care unit, for the years 2019 and 2020. Patient characteristics were compared in relation to the source of financing. Pearson's Chi-square test, Student's T test or Mann-Whitney test were used. **Results:** among all hospitalizations, regardless of the source of financing, there was a predominance of elderly, male patients, who were discharged from the sector. The main causes of hospitalization were diseases of the circulatory system, external causes and diseases of the respiratory system. Patients hospitalized through



supplementary healthcare were older than those admitted via the single healthcare system ($p=0.002$). **Conclusion:** there was a similarity between the profile of patients in both funding sources, with the exception of age, which was higher among patients in the supplementary healthcare system.

Keywords: Intensive Care Units; Hospitalization; Unified Health System; Supplemental Health

RESUMEN

Introducción: Brasil atraviesa un proceso de transición demográfica en el que es posible observar un aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población. Además, se produce la transición epidemiológica, prevaleciendo un aumento de las muertes provocadas por enfermedades crónico-degenerativas. Por lo tanto, es fundamental que los servicios de salud reconozcan el perfil de los pacientes atendidos en servicios de atención de alta complejidad, independientemente de la fuente de financiamiento de la hospitalización.

Objetivo: caracterizar el perfil de los ingresos a una unidad de cuidados intensivos financiada o no por el sistema único de salud. **Métodos:** estudio descriptivo utilizando datos de los informes de indicadores de salud, generados mensualmente por la unidad de cuidados intensivos, para los años 2019 y 2020. Se compararon las características de los pacientes en relación con la fuente de financiamiento. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson, la prueba T de Student o la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** entre todas las hospitalizaciones, independientemente de la fuente de financiamiento, hubo predominio de pacientes ancianos, del sexo masculino, que fueron dados de alta del sector. Las principales causas de hospitalización fueron enfermedades del sistema circulatorio, causas externas y enfermedades del sistema respiratorio. Los pacientes hospitalizados por asistencia sanitaria complementaria tenían mayor edad que los ingresados por el sistema único de asistencia sanitaria ($p=0,002$). **Conclusión:** hubo similitud entre el perfil de los pacientes de ambas fuentes de financiamiento, con excepción de la edad, que fue mayor entre los pacientes del sistema complementario de salud.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos; Hospitalización; Sistema Único de Salud; Salud Suplementaria.

INTRODUÇÃO

O Brasil passa por um processo de transição demográfica em que é possível observar um aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. Essa transição pode ser decorrente de melhorias das condições de vida dos brasileiros, sendo acompanhada por uma modificação no perfil de mortalidade, com queda nas mortes por doenças parasitárias e infecciosas e aumento das mortes provocadas por doenças crônicas e degenerativas, comuns da população senil.¹ Para os serviços de saúde, essa transição provoca impactos significativos, visto que estas pessoas possuem maiores chances de adquirirem doenças, incapacidades e/ou sequelas e, consequentemente, demandarem maior investimento do setor saúde inclusive com financiamento de internações em leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).²⁻⁴



As UTIs são consideradas essenciais na medicina moderna, com elevada complexidade tecnológica, direcionada ao atendimento de pacientes com maior gravidade. Dados de uma revisão sistemática evidenciam que nessas unidades predominam o atendimento de pacientes idosos, do sexo masculino, acometidos por doenças cardiovasculares.⁵

O acesso da população às internações em leitos de terapia intensiva, bem como aos diferentes serviços de saúde no Brasil pode ser realizado pela rede pública, através do Sistema único de Saúde (SUS) e/ou pela rede privada, por meio do pagamento direto dos pacientes aos serviços de saúde, ou pelo pagamento de planos de saúde oferecidos por operadoras, formando assim o sistema de saúde suplementar.⁶ As possíveis combinações entre as fontes de pagamento das internações (SUS, pagamento particular e/ou planos de saúde), são componentes estruturais dos serviços de saúde que podem exercer influência sobre a assistência ofertada, sobretudo em relação à disponibilidade de recursos financeiros.⁷

Além disso, verifica-se que a população atendida pelo SUS e por outras fontes de financiamento não são semelhantes, especialmente nos serviços hospitalares. As internações de beneficiários de planos no SUS ocorrem desproporcionalmente entre os mais pobres, enquanto que as hospitalizações financiadas pelos planos predominam-se entre os mais ricos. Tendo em vista que fatores como renda e tipo de plano contratado influenciam nessa desigualdade, as internações dos menos favorecidos economicamente pelo SUS pode estar relacionada à menor cobertura dos planos contratados por essa população, que por serem menos onerosos, incluem apenas consultas médicas e, portanto, a internação via SUS passa a ser uma forma atendimento sem qualquer desembolso direto.⁸

Nesse contexto, considerando a transição epidemiológica e demográfica vivenciada no cenário atual e os impactos sobre os serviços de saúde, especialmente nos serviços de elevada complexidade assistencial como as UTIs, torna-se relevante conhecer o perfil dos pacientes assistidos em relação à fonte de financiamento da internação. Acredita-se que essas informações possibilitem aos profissionais de saúde a elaboração de um diagnóstico da situação vivenciada a fim de reconhecerem as especificidades e planejarem as ações a serem desenvolvidas, além de contribuir para o delineamento de estratégias que culminem na melhoria dos recursos humanos, financeiros e físicos do setor.

Destarte, o presente artigo tem por objetivo promover a caracterização do perfil das internações em uma UTI financiadas ou não pelo SUS.



METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, que avaliou o perfil das internações em uma UTI financiadas ou não pelo SUS.

Como fontes de dados foram utilizados os relatórios de indicadores de saúde, gerados mensalmente pela equipe multidisciplinar da UTI, referente aos anos de 2019 e 2020. Esses relatórios, consolidados pelo enfermeiro coordenador da UTI, incluem indicadores gerados com base na análise dos registros dos prontuários de todos os pacientes internados na UTI em cada mês.

A referida UTI está vinculada a um hospital de ensino, filantrópico, que tem por finalidade precípua a prestação de assistência médico-hospitalar. A UTI é composta por seis leitos e atende pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

A população do estudo incluiu todos os pacientes admitidos na UTI entre os meses de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Esses pacientes tiveram suas informações registradas nos relatórios de indicadores, utilizados na coleta de dados.

Para avaliar o perfil das internações foram analisadas as seguintes variáveis: data da internação e do desfecho (dia/mês/ano); fonte de financiamento (SUS/outra); idade do paciente (anos); sexo (masculino/feminino); diagnóstico médico à admissão (agrupados de acordo com os títulos dos capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-10]); tempo de permanência (dias); mortalidade estimada pelo *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS III) (porcentagem - %) e desfecho da internação (alta/óbito).

Realizou-se a dupla digitação dos dados, no software Microsoft Excel[®]. Os dados foram duplamente digitados no *software* Microsoft Excel[®] e analisados no *SPSS Statistics* versão 23. O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis contínuas.

Realizou-se a estatística descritiva por meio de tabelas de frequência, medidas de tendência central (média ou mediana) e variabilidade (desvio padrão ou intervalo interquartil [Q₁- Q₃]). As características dos pacientes cuja internação foi financiada ou não pelo SUS foi comparada pelo teste de Qui-quadrado de *Pearson* (variáveis categóricas), *T de Student* para amostras independentes (variáveis paramétricas) e *Mann-Whitney* (variáveis não paramétricas). Adotou-se como significativo $p < 0,05$.

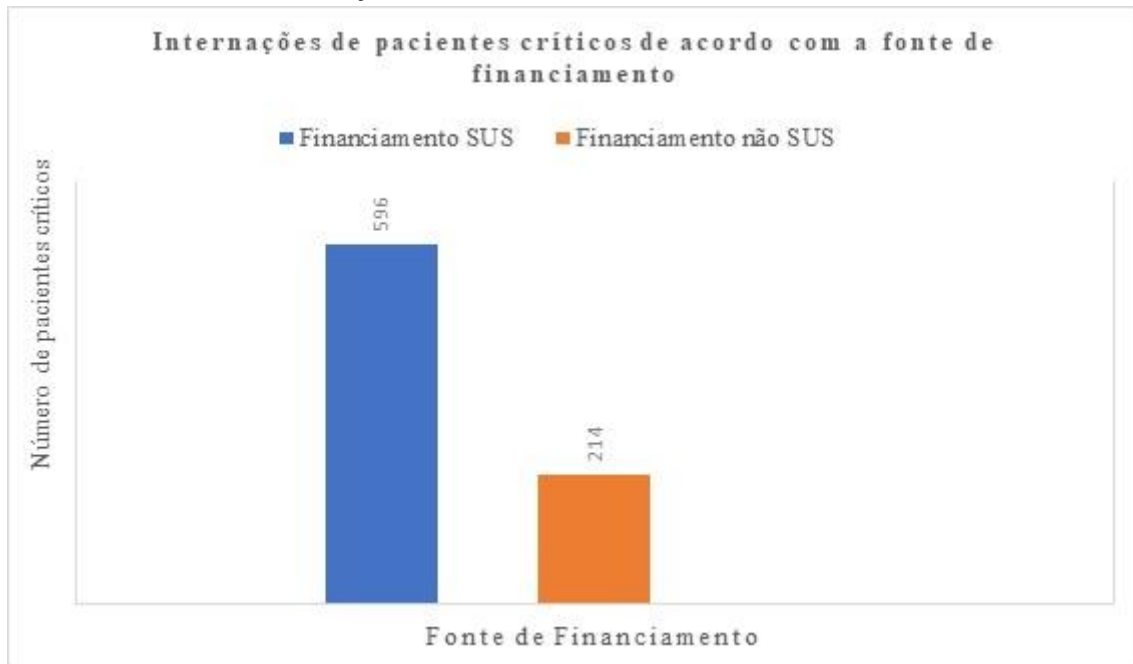


A pesquisa foi conduzida respeitando-se os princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente, sob o parecer nº 4.214.221 e CAAE nº 34029120.2.0000.5153, em 14 de agosto de 2020.

RESULTADOS

Na UTI avaliada, entre janeiro de 2019 a dezembro de 2020 foram registradas 810 internações de pacientes críticos, sendo a maioria (73,6%) financiada pelo SUS, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Distribuição das internações de pacientes críticos de acordo com a fonte de financiamento entre janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Viçosa, Minas Gerais, Brasil. 2021 (n = 810).



Fonte: Autores (2021)

Dentre as características dos pacientes críticos, verificou-se predomínio de pacientes idosos (mediana 71 anos) e do sexo masculino (51,4%). Dentre as causas de internação, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (33,2%), seguido por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (18,6%) e doenças do aparelho respiratório (14,3%). O tempo médio de permanência dos pacientes foi de 5,6 dias. Em relação à gravidade dos pacientes, a partir da avaliação do SAPS III foi estimada uma taxa de mortalidade média de 28,8%. No entanto, ao final da internação verificou-se que apenas 20,6% dos pacientes evoluíram



para o óbito.

As características dos pacientes cuja internação foi financiada pelo SUS foram semelhantes àqueles que tiveram sua internação financiada por outra fonte de financiamento, com exceção da idade, que diferiu significativamente entre eles ($p=0,002$). As internações financiadas pelo sistema público foram de pacientes mais jovens do que as internações financiadas por outra fonte, com mediana de idade de 69 e 75 anos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos pacientes internados em uma UTI em relação à fonte de financiamento. Viçosa, Minas Gerais. Brasil. (n=810).

Variáveis	Total (n = 810)	SUS (n = 596)	Não SUS (n=214)	p- valor
Idade mediana (Q ₁ -Q ₃) ^a	71,0 (55,0-81,0)	69,0 (52,0- 80,0)	75,0 (62,0-83,0)	0,002
Sexo n ^b (%)				0,738
Feminino	394 (48,6)	292 (49,0)	102 (47,7)	
Masculino	416 (51,4)	304 (51,0)	112 (52,3)	
Diagnóstico médico à admissão n ^b (%)				0,171
I. Algumas doenças infecciosas	56 (6,9)	37 (6,2)	19 (8,9)	
II. Neoplasias (tumores)	9 (1,1)	04 (0,7)	05 (2,3)	
III. Doenças do sangue	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	
IV. Doenças endócrinas	30 (3,7)	22 (3,7)	8 (3,7)	
VI. Doenças do sistema nervoso	18 (2,2)	18 (3,0)	-	
IX. Doenças do aparelho circulatório	269 (33,2)	204 (34,2)	65 (30,4)	
X. Doenças do aparelho respiratório	116 (14,3)	82 (13,8)	34 (15,9)	
XI. Doenças do aparelho digestivo	42 (5,2)	30 (5,0)	12 (5,6)	
XII. Doenças da pele	4 (0,5)	4 (0,7)	-	
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4 (0,5)	4 (0,7)	-	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	58 (7,2)	40 (6,7)	18 (8,4)	
XV. Gravidez parto e puerpério	10 (1,2)	7 (1,2)	3 (1,4)	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	30 (3,7)	23 (3,9)	7 (3,3)	
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	151 (18,6)	114 (19,1)	37 (17,3)	
XX. Causas externas	4 (0,5)	2 (0,3)	2 (0,9)	
XXI. Contatos com serviços de saúde	7 (0,9)	4 (0,7)	3 (1,4)	
Tempo de permanência m ^c (dp) ^d	5,6 (7,0)	5,8 (7,0)	5,1 (6,8)	0,232
Mortalidade Estimada SAPS III ^e m ^c (dp) ^d	28,8 (33,6)	28,4 (36,2)	30,0 (25,4)	0,541
Desfecho n ^b (%)				0,676
Alta	643 (79,4)	471 (79,0)	172 (80,4)	
Óbito	167 (20,6)	125 (21,0)	42 (19,6)	



Quartil 1 – Quartil 3; bn– Frequência absoluta; cm – média. ddp – desvio padrão; e SAPS III – Simplified Acute
Fonte: Autores (2021)

DISCUSSÃO

O SUS foi a principal fonte de financiamento das internações de pacientes críticos, sendo responsável por quase o triplo de internações em relação às outras fontes. Um estudo de 2018, avaliando os 30 anos de implementação e expansão do SUS, encontrou que embora a maioria dos hospitais brasileiros não sejam públicos, os atendimentos realizados são majoritariamente feitos pelo SUS.⁹ Esse achado pode ser reflexo da universalidade prevista pelo SUS, que garante o direito de todos aos serviços de saúde, como direito humano.¹⁰⁻¹¹

No entanto, o SUS encontra-se altamente segmentado e enfrenta problemas crônicos como o subfinanciamento e a insuficiente base política de apoio social para a expansão e estruturação do sistema, em que uma evasão grande de recursos públicos para o sistema privado, acarretando prejuízo direto aos serviços públicos.¹²⁻¹³ Se compararmos os gastos públicos e privados, a proporção de gastos público em saúde no Brasil (43,3%) atualmente é menor que a dos EUA (46,6%), que possui um modelo de sistema majoritariamente privado, o que reforça os problemas crônicos, de origem financeira e administrativa.¹⁴

Dentre as internações, independente da fonte de financiamento, houve predomínio de pacientes idosos e do sexo masculino, corroborando os resultados de outras pesquisas também apontaram a prevalência de internações em UTI para idosos do sexo masculino.¹⁵⁻¹⁷ A predominância do sexo masculino nas internações pode ser justificada pela menor procura e adesão dos homens aos serviços de promoção e prevenção da saúde, portanto quando acometidos por alguma doença ou quando procuram atendimento, já se encontram com um quadro mais grave e, por isso, requerem leitos de tratamento intensivo.²

A idade dos pacientes internados por outra fonte de financiamento foi superior à dos pacientes internados pelo SUS, acredita-se que além do maior envelhecimento populacional, a maior ocorrência de doenças e, conseqüentemente, maior necessidade de atendimento em serviços de saúde façam com que os idosos optem por contratar planos de saúde, uma vez que oferecem serviços rápidos e de fácil acesso, especialmente durante a pandemia da Covid-19.¹⁸ Em março de 2021, a Agência Nacional de Saúde Suplementar informa a adesão de mais de um milhão de pessoas a um plano de saúde desde a chegada do coronavírus ao Brasil, chegando a 48 milhões, com destaque para a contratação pela população com idade superior a 59 anos.¹⁹

Outra característica dos pacientes críticos que merece atenção refere-se à condição da



internação. Verificou-se que dentre o total de pacientes avaliados, as principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório, seguida de consequências de causas externas e das doenças do aparelho respiratório. A literatura científica apresenta dados similares em relação ao principal fator determinante para internação nas UTIs, ou seja, as patologias relacionadas ao sistema circulatório também predominam entre as causas de internação dos pacientes críticos, apresentando uma etiologia multifatorial influenciada por diferentes determinantes, dentre os quais destacam-se a idade superior a 60 anos, hábitos de vida e acesso aos serviços de saúde.^{15,17,20}

Ressalta-se que causas de internação, dimensionamento e qualificação de leitos relacionam-se diretamente às variáveis geográficas, demográficas, epidemiológicas, educacionais, políticas, socioeconômicas, comportamentais, bem como a organização dos serviços na rede de atenção à saúde, portanto discrepâncias podem ser percebidas em diferentes contextos avaliados.²¹ No que tange ao tempo de permanência dos pacientes e desfechos da internação, considerados como importantes indicadores para o gerenciamento de leitos, verificou-se nesse estudo que os pacientes permaneceram internados por menos dias e apresentaram menor taxa de letalidade, quando comparado a outros pesquisas com pacientes críticos.²²⁻²³ Considerando os possíveis fatores que influenciam os resultados, infere-se que esse achado pode estar associado às características dos pacientes, como a gravidade, e às especificidades da unidade avaliada, dispondo de apenas seis leitos e inserida em um hospital de médio porte, bem como a ausência de uma unidade de cuidados semi-intensivos no hospital avaliado e, com isso, pacientes com menor gravidade, que se beneficiariam desse tipo de serviço acabam sendo internados na UTI.

Em síntese, verificou-se similaridade entre o perfil de pacientes críticos internados nas diferentes fontes de financiamento. Tal achado reforça a visão de que a procura por leitos de terapia intensiva não deve ser visto como um evento isolado, restrito a dimensão econômica, mas sim resultante de interações entre características individuais, como perfil epidemiológico da população, e características dos serviços como disponibilidade, infraestrutura e tipo de atendimento/especialidade.²⁴

Os achados desse estudo devem ser interpretados com cautela em virtude de suas limitações, especialmente por ter sido realizado em uma única UTI. Além disso, foram utilizados dados secundários, não sendo realizada a observação direta dos pacientes. No entanto, ressalta-



se que a UTI é referência para a microrregião de saúde e que a amostra desse estudo compreende os pacientes admitidos em um período de dois anos, o que pode minimizar os seus vieses.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste trabalho, conclui-se que independente da fonte de financiamento, o perfil de pacientes críticos foi caracterizado por idosos, do sexo masculino, internados por doenças do aparelho circulatório, que permaneceram na UTI por menos de seis dias e evoluíram positivamente, recebendo alta do setor. Destaca-se que a idade da população cuja internação foi financiada pelo sistema de saúde suplementar foi superior à da população financiada pelo SUS. Esses dados são válidos para direcionar o planejamento e a organização na UTI tanto do ponto de vista administrativo, quando na prática clínica, promovendo subsídio para a tomada de decisão e implementações de intervenções, de modo a garantir melhor qualidade da assistência ao paciente para o grupo considerado majoritário.

Por fim, sugere-se a realização de estudos que descrevam em âmbito nacional o perfil dos pacientes admitidos em UTIs de acordo com as fontes de financiamento, a fim de avaliar as diferenças existentes entre as diferentes regiões de Brasil e auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias que busquem minimizar as iniquidades existentes.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019; 15 (32): 69-79, DOI: 10.14393/Hygeia153248614.
- 2- Jentzen JC, Diepen SV, Murphree DH, Ismail AS, Keegan MT, Morrow DA, et al. Admission diagnosis and mortality risk prediction in a contemporary cardiac intensive care unit population. *American heart journal*, 2020; 224:57-64. DOI: 10.1016/j.ahj.2020.02.018
- 3- Sousa NC, Oliveira RR, Salci MA, Carreira L, Rodrigues TFCS, Radovanovic CAT. Aumento nas reclamações de idosos sobre a saúde suplementar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(Supl. 3):5123-5131. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.17942019
- 4- Castro MLM, Almeida FAC, Amorim EH, Carvalho AILC, Costa CC, Cruz RAO. Perfil de pacientes de uma unidade de terapia intensiva de adultos de um município paraibano. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2021; 40: 1-13. DOI: 10.15517/revenf.v0i40.42910.
- 5- Aguiar LMM, Martins GS, Valduga R, Gerez AP, Carmo EC, Cunha KC, et al. Profile of adult intensive care units in Brazil: systematic review of observational studies. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2021[Cited Apr 09 2022];33(4):624-634. Available from: http://old.scielo.br/pdf/rbti/v33n4/en_0103-507X-rbti-33-04-0624.pdf
- 6- Costa JCS. Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde. In: *conhecimento científico e regulação – contribuições para a saúde suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar[Internet]; 2019[Citado em 08 abr 2022]:20-37. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/livro-de-monografias-premiadas-pdf>
- 7- Machado JP, Martins MS, Leite IC. Quality of hospital databases in Brazil: some elements. *Rev. Bras. Epid.*, 2016; 19(03):567-581. DOI: 10.1590/1980-5497201600030008.
- 8- Werneck H. Desigualdades relativas à renda na utilização de serviços de saúde entre beneficiários de planos privados de saúde no Brasil. In: *conhecimento científico e regulação – contribuições para a saúde suplementar*. Agência



- Nacional de Saúde Suplementar [Internet]; 2019[Citado em 08 abr 2022]:70-81. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/livro-de-monografias-premiadas-pdf>
- 9- Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1751-1762. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018
 - 10- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 5 de outubro de 1988. [Citado em 02 abr 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm. Acesso em: 18 janeiro 2022.
 - 11- Giovanella L, Mendonza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Santos IS, Silva DB, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde colet*. 2018; 23(6):1763-1776. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018
 - 12- Monteiro MG. As mudanças de direção nas políticas de saúde: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S., organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.247-290.
 - 13- Tesser CD, Serapioni M. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(6):2323-333. DOI: 10.1590/1413-81232021266.22602019
 - 14- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Statistics 2018, Frequently requested data. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data.xls>
 - 15- Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg E. Perfil das Internações em Unidades de Terapia Intensiva Adulto na Cidade de Anápolis – Goiás – 2012. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. 2016; 5(2):115-124. DOI: 10.5585/rgss.v5i2.243
 - 16- Severina IC, Moreira VR, Lima LR, Silva MM. Perfil epidemiológico e de morbimortalidade da unidade de terapia intensiva de um hospital público. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2021; 10(2):446-58. DOI:10.36239/revisa.v10.n2.p446a458
 - 17- Rodriguez AH, Bub MBC, Perao OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2016 [Cited 2022 Apr 08]; 68(2):210-4. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690204i.
 - 18- Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald cl, Oliveira M, Reise AC. Private Health Care Coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(1):179-190. DOI: 10.1590/1413-81232017221.16782015.
 - 19- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica nº 23/2021/ DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO. Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde – Março de 2021. Brasília. [Internet] 2021[Citado em 08 abr 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/sei_ans_-_20468415_-_nota_tecnica.pdf
 - 20- Barbosa TC, Moro JS, Junior JNR, Yanes CY, Ribeiro ER. Causes of elderly hospitalization per regions of 10 years. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2019;2(Suppl 1):70-81. DOI: 10.32811/25954482-2019v2supl1p7
 - 21- Bittar OJN, Abe LM. Análise e comparação dos dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Saúde Supletiva (SS) e países selecionados. BEPA[Internet]. 2020[Citado em 10 abr 2022]; 17(203):2-14. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/wp-content/uploads/2020/12/bittar.pdfhttps://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145489/172032-14.pdf>
 - 22- Vieira AM, Parente EA, Oliveira Ls, Queiros AL, Bezerra ISAM, Rocha HAL. Características de óbitos dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de hospital terciário. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2019; 7(1):26-31. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1999.p26-31.2019.
 - 23- Marques CR, Santos MR, Passos KS, Naziazeno SD, Sá LA, Santos ES. Caracterização do perfil clínico e sociodemográfico de pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva. *Interfaces Cient Saúde Ambiente*. 2020;8(2):446-56. DOI: 10.17564/2316-3798.2020v8n2p446-456.
 - 24- Moreira ML, Dutilh Novaes HM, Internações no Sistema de Serviços Hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(3): 411-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300006>.