

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
DIREÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**MARIA THUANY ANDRADE BARBOSA
YASMIN ALMEIDA LIMA**

**ANÁLISE TEMPORAL DA MORBIDADE HOSPITALAR DE LESÕES DE PELE NO
BRASIL**

**ARACAJU
2019**

**MARIA THUANY ANDRADE BARBOSA
YASMIN ALMEIDA LIMA**

**ANÁLISE TEMPORAL DA MORBIDADE HOSPITALAR DE LESÕES DE PELE NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Enfermagem da
Universidade Tiradentes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^a Dr.^a Daniele Martins de Lima Oliveira

**ARACAJU
2019**

ANÁLISE TEMPORAL DA MORBIDADE HOSPITALAR DE LESÕES DE PELE NO BRASIL

Maria Thuany Andrade Barbosa¹

Yasmin Almeida Lima²

Daniele Martins de Lima Oliveira³

Patrícia Severino⁴

Lorena Fontenele⁵

RESUMO

A lesão é o rompimento da estrutura da pele e pode ser classificada pelo seu agente causador: traumas, práticas cirúrgicas, substâncias tóxicas, doenças autoimunes, infecções e isquemias, pressão, insuficiência arterial ou venosa. No Brasil, embora as lesões de pele e tecido subcutâneo constituam uma grave questão de saúde pública, em virtude do grande quantitativo de pacientes com mudanças na integridade da pele, os registros desses atendimentos são escassos. Este estudo objetivou analisar a tendência da morbidade hospitalar pelas principais doenças de pele e do tecido subcutâneo no período de 2009 a 2018, no Brasil. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectiva, longitudinal e quantitativa, realizada no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, em maio de 2019. Foram analisadas as internações, permanência, óbitos e custos de tratamento das variáveis das Doenças de Pele e do Tecido subcutâneo. O país apresentou altos números de internações, óbitos e custos. O Sudeste foi a região que teve os maiores índices, em relação as internações (40,4%) seguido da região Nordeste (31,1%). Em relação aos custos hospitalares a região Sudeste e Nordeste apresentaram 60% do valor total. A região com menor número de óbitos foi a região Norte (5%) e a com maior índice foi a região Sudeste (48%). Destaca-se por tanto que apesar de todos os avanços e tecnologias nessas áreas, as doenças de pele e tecido subcutâneo ainda se apresenta como um preocupante problema de saúde pública no Brasil, tanto pelas suas internações, custos e o alto índice de óbito. É preciso esforço dos enfermeiros, assim como demais profissionais de saúde na prevenção de complicações e no tratamento das doenças de pele na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização; Dermatopatias; Pele e Tecido Subcutâneo.

¹Discente do curso de Enfermagem, da Universidade Tiradentes. E-mail: thuany_aju@hotmail.com

²Discente do curso de Enfermagem, da Universidade Tiradentes. Email: almeidayasmin1703@gmail.com

³Enfermeira. Doutora em Biotecnologia Industrial pela Universidade Tiradentes – UNIT. Docente da Universidade Tiradentes. E-mail: danielima.lipe@gmail.com

⁴Farmacêutica. Doutora em Engenharia Química pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Docente da Universidade Tiradentes. E-mail: pattypharma@gmail.com

⁵Enfermeira. Especialista em Enfermagem Dermatológica. E-mail: lorenna_fontenele@hotmail.com

ANALYSIS OF HOSPITAL MORBIDITY FOR SKIN AND SUBCUTANEOUS DISEASES IN BRAZIL

ABSTRACT

The injury is the rupture of the structure of the skin and can be classified by its causative agent: traumas, surgical practices, toxic substances, autoimmune diseases, infections and ischemia, pressure, arterial or venous insufficiency. In Brazil, although skin and subcutaneous tissue injuries are a serious public health issue, due to the large number of patients with changes in skin integrity, the records of these services are scarce. This study aimed to analyze the trend of hospital morbidity skin and subcutaneous tissue diseases from 2009 to 2018 in Brazil. This was a retrospective longitudinal and quantitative study carried out in the Department of Information Technology of the Unified Health System in May 2019. The hospitalizations, permanence, deaths and costs of treatment of the Skin and Subcutaneous Tissue variables were investigated. The Brazil presented high numbers of hospitalizations, deaths and costs. In the years 2009 to 2018, the Southeast region was the region with the highest rates of hospitalization (40.4%) followed by the Northeast region, which also had a high rate of hospitalizations (31.1%) due to skin diseases and of the subcutaneous tissue. In relation to hospital costs, the Southeast and Northeast presented 60% of the total value. The region with the lowest number of deaths was the North region (5%) and the region with the highest index was the Southeast region (48%). It should be noted that despite all the advances and technologies in these areas, skin and subcutaneous tissue diseases still presents as a worrisome public health problem in Brazil, both due to hospitalizations, costs and a high death rate. It is necessary the effort of nurses, as well as other health professionals in the prevention of complications and in the treatment of skin diseases in basic care.

KEYWORDS: Hospitalization; Skin diseases; Skin and Subcutaneous Tissue.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 A pele íntegra e lesionada e suas respectivas características	7
2.2 Bases de dados secundários x construção de políticas públicas no tratamento das doenças de pele.....	9
3 MATERIAIS E MÉTODOS	11
4 RESULTADOS.....	12
4.1 Dados gerais.....	12
4.2 Dados por agravo	14
5 DISCUSSÃO	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano e possui importantes funções, como termorregulação imunológica, preservação contra toxinas e infecções, homeostase hidroeletrólítica, secreção endócrina, percepção tátil e integridade bioquímica. As informações sensoriais ocorrem a partir de terminações nervosas que informam ao cérebro sobre modificações de temperatura, toque, pressão, traumas e dor. Dessa forma, lesões que interferem na defesa da integridade cutânea interferem de modo direto no metabolismo humano (GOODWIN, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2019)

A lesão cutânea caracteriza-se como o rompimento da estrutura da pele e pode ser classificada pelo seu agente etiológico: traumas, práticas cirúrgicas, substâncias tóxicas, doenças autoimunes, infecções e isquemias, pressão, insuficiência arterial ou venosa. As injúrias dermatológicas podem surgir de uma simples exposição solar ou à raios UV, como aos fatores mais complexos, especialmente no momento em que não protegidos por vestimentas grossas e protetores solares. Essa exibição gera, desde danos mais leves, como em enrugamento, frouxidão e aspecto envelhecido, até consequências mais severas, a exemplo das queimaduras, inflamações, mutações genéticas e neoplasia (LUCENA et al., 2012).

No Brasil, embora as lesões de pele e tecido subcutâneo surjam como problemática da saúde coletiva, os registros desses atendimentos são escassos e deficientes principalmente relacionado à alimentação dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando subnotificações (SANTOS et al., 2014). As hospitalizações decorrentes dessas afecções, geram consequências, que podem se relacionar respectivamente tanto ao paciente e sua família, quanto os gastos públicos provocados (BRASIL, 2012; SILVA; LOPES, 2006; DE MACEDO et al, 2018).

Há uma grande prevalência de agressões cutâneas em pacientes tratados nas instituições hospitalares, o que representa maiores gastos, aumento do tempo de internação, menor rotatividade de leitos hospitalares e a morbimortalidade dos pacientes acometidos, caracterizando, assim, um problema de saúde pública (NASCIMENTO; LANDIM; 2016).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foi desenvolvido para atender a urgência de informatização das atividades do SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, sendo primordial para a

descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle comunitário sobre uso dos recursos disponíveis. Além disso, o DATASUS é considerado encarregado pelos sistemas e aplicativos importantes para gravar e organizar as informações de saúde, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que possui todas as informações sobre a base instalada para atendimento à indivíduos no país: equipamentos, leitos e os profissionais, por especificidade, com informações tanto do setor individual conveniado ao SUS quanto do setor público (BRASIL, 2007).

Conhecer o perfil das afecções de pele, seus fatores de risco e as internações hospitalares provenientes destas ressaltando-se inclusive as diferenças geodemográficas, é essencial para orientar o planejamento e execução de programas e políticas públicas, ajustando-as às realidades regionais e locais. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no Brasil, constitui uma fonte valiosa para suscitar esse conhecimento (DE MACEDO et al, 2018).

De acordo com as informações supracitadas, acredita-se que o levantamento epidemiológico realizado possa contribuir como fonte de pesquisa e estudo, pois torna-se um painel de consulta com dados compilados e discutidos com a literatura atual. Portanto, este trabalho tem como objetivo principal: Analisar a tendência da morbidade hospitalar pelas principais doenças de pele e do tecido subcutâneo no período de 2009 a 2018.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A pele íntegra e lesionada e suas respectivas características

A pele é o órgão que reveste e delimita o corpo humano, representando 15% do peso corporal, sendo indispensável à vida e possuindo diversas funções. Dentre elas estão o controle da temperatura do corpo, e o estabelecimento de uma barreira entre o meio interno e o ambiente, impedindo a penetração de microrganismos. A pele também realiza a síntese de vitamina D perante a ação da luz solar, produzindo efeitos sobre o metabolismo do cálcio nos ossos. Além de apresentar uma grande área de superfície para absorção de fármacos (BRASIL, 2008; GONÇALVES, 2014).

Todavia, além da sua relevância fisiológica, a pele destaca-se na esfera psicológica do ser humano, representando a ligação entre indivíduo, sociedade e ambiente físico. Caracteriza-se por apresentar parte da história de vida de cada pessoa, tornando-se um dos marcadores notórios do envelhecimento cronológico e biológico (OLIVEIRA, 2015).

Estruturalmente, a pele consiste em duas partes principais a epiderme e a derme (TORTORA et al., 2016). A epiderme, parte delgada superficial, composta de tecido epitelial, é um tecido avascular, constituído de células epiteliais dispostas em camadas que, de acordo com o sentido interno para externo, estão assim dispostas: germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea (DOMANSKY, 2014).

A derme, camada mais densa e profunda, é composta por tecido conectivo. Os fibroblastos estão inseridos na derme sendo responsáveis pela produção de fibras proteicas reticulares, elásticas e colagênicas (GONÇALVES, 2014). Abaixo da derme, fica a tela subcutânea, também chamada de hipoderme. Está última camada é constituída pelos tecidos conectivos adiposo e areolar. Essa tela atua como local de armazenamento de gordura, contendo grandes vasos sanguíneos responsáveis pela irrigação tissular (TORTORA et al., 2016).

Toda solução de continuidade da pele leva a perda da comunicação entre as células adjacentes, resultando no que entende-se por ferida. No local da lesão são liberadas substâncias quimiotáticas que irão direcionar a migração das células originárias do tecido vascular e conjuntivo, dando início ao processo inflamatório (DA COSTA GLINARDELLO, 2009).

A ferida crônica compreende uma ruptura da pele tendo ou não a presença de odor e/ou secreção. Essa condição física implica no estilo de vida, podendo levar a ruptura das relações sociais e familiares. Conseqüentemente essa situação pode provocar no ser humano, o misto de vários sentimentos negativos, interferindo no seu processo de recuperação (SALOMÉ, 2010). Em decorrência das taxas elevadas de prevalência e incidência, além da repercussão socioeconômica, estas doenças afetam diretamente o conforto e qualidade de vida dos portadores e de seus familiares (DOMANSKY, 2014).

Indivíduos que possuem doenças associadas como Insuficiência Venosa Crônica (IVC) com presença de lesão em membro inferior, Diabetes Mellitus (DM) com agravo de neuropatia diabética estão mais propensos ao desenvolvimento de feridas cutâneas. Em consequência de tratamentos prolongados por diversas patologias, os pacientes que mais possuem a mobilidade comprometida ou que são acamados, também estão mais vulneráveis a obter lesões cutâneas (BARBOSA; BECCARIA; POLETTI, 2014).

Dentre as patologias sistêmicas que desenvolvem doenças de pele, as varizes dos membros inferiores constituem um problema que é tratável na Atenção Primária à Saúde (APS). Porém, indicadores como o número de internações hospitalares, dias de permanência, média de permanência e óbitos decorrentes de veias varicosas é elevado no Brasil. O tratamento da mesma tem custo elevado a rede pública, principalmente para aquelas pessoas que já possuem uma úlcera (MACEDO, 2018).

Na IVC ocorre o aparecimento de varizes primárias com disfunção da parede venosa, focal ou generalizada, podendo causar a insuficiência das válvulas por afastamento de suas cúspides após essa dilatação formando uma coluna de sangue gerando uma pressão hidrostática gradativamente maior (CALÓGERO, 2015). Desta condição, a Úlcera Venosa (UV) é o mais frequente problema de lesões nos membros inferiores. A UV é considerada como um problema de saúde preocupante devido sua cronicidade, altos custos terapêuticos e de acompanhamento clínico e elevado índice de recidiva (DE OLIVEIRA et al., 2016).

Ressalta-se nesse sentido, que a literatura e os dados de investigação estão em constante mudança, cabendo ao profissional de saúde estar atualizado, incorporando a avaliação crítica das evidências, e aplicando na sua prática clínica diária (AFONSO et al., 2014).

2.2 Bases de dados secundários x construção de políticas públicas no tratamento das doenças de pele

Com o surgimento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), nos anos de 1990 e seu êxito, houve grande incentivo para o crescimento de pesquisas na área de indicadores de qualidade de vida. Estes indicadores têm a proposta de mensurar a realidade social vivenciada pela população brasileira (GUIMARÃES, 2016). Uma das principais ferramentas para produção, armazenamento e transmissão de informações é a Tecnologia da Informação, sendo esta também necessária ao campo da saúde.

No Brasil, quando levantado a necessidade de políticas de informação para articulação global, foram criados os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (DRUMOND, 2009). Os SIS foram desenvolvidos e implantados pelo Ministério da Saúde e têm se tornado, cada vez mais, uma ferramenta indispensável para gestão em todas as esferas do sistema de saúde.

Os SIS atendem diferentes finalidades, sendo seu desenvolvimento, implantação e operacionalização diferentes entre eles. No Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), são armazenados e processados os dados sobre estatísticas vitais (DRUMOND, 2009).

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) é um sistema que realiza as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), dispondo informações sobre os recursos destinados a hospitais que integram a rede do SUS. As informações contidas no SIHSUS facilitam o controle e avaliação de internações hospitalares, que estão disponibilizadas via Internet por meio de ferramentas desenvolvidas pelo DATASUS (FERREIRA et al., 2014).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (MS) com a responsabilidade de coletar, processar e difundir informações sobre saúde. Administra informações de saúde tipificadas em: indicadores de saúde, assistência, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas. Tem o apoio de áreas do MS na organização de seus dados e na disponibilização destes pelo TABNET, tabulando dados do censo nacional da população. Sendo assim, a disseminação de informações do DATASUS fornece

acesso aos dados da população, influenciando na gestão da esfera federal do SUS, e nas informações de apoio à gestão dos serviços estaduais e municipais de saúde (LIMA et al., 2009).

O Departamento foi criado no ano de 1991, e pode ser considerado como indicador no processo de formulação e avaliação de políticas públicas, assim como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com a criação do DATASUS, importantes informações utilizadas para análise epidemiológica, gestão regional, taxa de óbitos, índice de morbidade e doenças de notificação compulsória, podem ser consultados e monitorados por toda a população (GUIMARÃES, 2016).

Mesmo com a perspectiva da informatização de dados da população, no Brasil os registros de usuários acometidos por alterações na pele são deficientes. Tal perspectiva contribui para a sobrecarga dos gastos públicos, além de influenciar negativamente no bem-estar da população (DANTAS et al., 2013). As políticas públicas elaboradas pelo governo são baseadas em informações notificadas em bases de dados, que devido ao elevado número de subnotificações, apresenta limitações para estudos e intervenções (TEIXEIRA, 2018).

As pesquisas fomentadas com informações no DATASUS, estão no grupo dos estudos ecológicos, estando na base da pirâmide da evidência científica. Estes estudos referem-se a grupos de pessoas, tendo como unidade de estudo uma área geográfica delimitada, em determinado espaço de tempo (LIMA, 2003).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, longitudinal e quantitativo de série temporal das taxas de internações realizadas pelo SUS no período de 2009 a 2018, para todo o Brasil, por Região/ Unidade da Federação. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008, cerca de 70% das internações hospitalares estavam registradas no Sistema de Informações Hospitalares do /SUS. As internações nos hospitais públicos (federais, estaduais e municipais), universitários (públicos e privados), são registradas nesse sistema, permitindo que se conheça o perfil das infecções da pele e do tecido subcutâneo, veias varicosas das extremidades inferiores, assim como as internações por elas motivadas (SILVA et al., 2011).

A seleção das internações foi realizada de acordo com a utilização da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os números de internações hospitalares foram definidos como numeradores das taxas de internação. Esses foram obtidos do SIH/SUS e estão disponíveis no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Utilizaram-se três critérios definidores de morbidade: por infecções da pele e do tecido subcutâneo, queimaduras e veias varicosas das extremidades inferiores. Em seguida foram escolhidas as opções 'Assistência à saúde' e 'Produção hospitalar por local de internação - a partir de 2009', respectivamente, com mesma área de abrangência. As estimativas da população residente por sexo e região geográfica, utilizadas como denominadores no cálculo das taxas de internação, foram obtidas do IBGE. Os dados analisados foram através do software GraphPad Prism, versão 8.0 utilizando a estatística descritiva para apresentação em tabelas.

4 RESULTADOS

4.1 Dados gerais

As estatísticas relacionadas ao item “Doenças de pele e do Tecido Subcutâneo” mostram a ocorrência de internações em pessoas de ambos os sexos e diversas faixas etárias, incluindo os extremos de idade (primeira infância e “elderly”). A predominância foi para um perfil de morbidade hospitalar com predomínio do sexo masculino (54,1%) e de pacientes na faixa etária que representava menor de um ano a 19 anos (27,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Internações por morbidade hospitalar causada por Doenças de pele e do tecido subcutâneo, distribuída por sexo e faixa etária, no período de 2009 a 2018.

Internações		N	%
SEXO	Masculino	1.264.878	54,1
	Feminino	1.034.770	44,9
FAIXA ÉTARIA	Menor de um ano a 19 anos	629.561	27,3
	20 a 39 anos	536898	23,3
	40 a 59 anos	587119	25,7
	60 a 79 anos	436243	18,9
	80 anos ou mais	109827	4,8
Total		2.299.648	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Os dados sobre morbidade hospitalar por doenças de pele e do tecido subcutâneo relacionados à internação e aos custos são apresentados a seguir, por Regiões/Unidade de Federação do Brasil. No que se refere ao número de internações, a região Sudeste obteve destaque com maior número de hospitalizações (40,4%) seguido do Nordeste que também apresentou alto índice de internações (31,1%) (Tabela 2).

Tabela 2. Internações para tratamento da morbidade hospitalar relacionados às doenças de pele e do tecido subcutâneo, por Região/Unidade de Federação (CID-10), no período de 2009 a 2018.

Internações	N	%
Norte	208.915	9,1
Nordeste	716.159	31,1

Sudeste	928.442	40,4
Sul	308.074	13,4
Centro-Oeste	138.058	6,0
Total	2.299.648	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Destacam-se os custos de internação elevados na região Sudeste, seguido da região Nordeste, ambas responsáveis por mais de 60% do valor total no país. O Sudeste apresenta maiores valores em todas as variáveis por ser a região mais populosa e que mais realiza e/ou cadastra os procedimentos, tratamentos e custos nesse período (Tabela 3).

Tabela 3. Custos de serviços hospitalares para tratamento da morbidade hospitalar relacionados Doenças de pele e do tecido subcutâneo, por Região/Unidade de Federação, no Brasil, período de 2009 a 2018.

Custos	R\$
Norte	80.394.584,57
Nordeste	308.326.455,9
Sudeste	388.512.251,0
Sul	139.152.135,8
Centro-Oeste	58.553.823,16
Total	974.939.250,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Em relação ao número de óbitos, a região Sudeste apresentou o maior índice (48%), e a região Norte (5%) o menor (Tabela 4).

Tabela 4. Óbitos relacionados as Doenças de pele e tecido subcutâneo por região/Unidade de Federação no Brasil, período de 2009 a 2018.

Óbitos Por Região/ UF	N	(%)
Norte	222.182	5,0
Nordeste	1.008.616	22,4
Sudeste	2.153.100	48,0
Sul	823.200	18,3
Centro-Oeste	281.488	6,2
Total	4.493.586	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

4.2 Dados por agravo

A seguir serão apresentados dados específicos de acordo com o agravo pesquisado através do direcionamento por doenças de pele, são eles: queimaduras e veias varicosas das extremidades inferiores.

Na tabela 5 estão distribuídas as estatísticas relacionadas a variável de internações a pacientes com queimaduras e corrosão, que mostram a ocorrência por ambos os sexos e diversas faixas etárias, incluindo os extremos de idade. A predominância foi para um perfil de morbidade hospitalar com predomínio do sexo masculino (63,1%) e de pacientes na faixa etária que representava menor de um ano a 19 anos (40,4%).

Tabela 5. Internações por morbidade hospitalar causada por Queimaduras, distribuída por sexo e faixa etária, no período de 2009 a 2018.

Internações		N	%
SEXO	Masculino	160.125	63,1
	Feminino	93.815	36,9
FAIXA ETÁRIA	Menor de um ano a 19 anos	102.584	40,4
	20 a 39 anos	77.794	30,6
	40 a 59 anos	52.487	20,7
	60 a 79 anos	18.022	7,1
	80 anos ou mais	3.053	1,2
Total		253.940	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Em relação aos custos que são apresentados por internações em pacientes com Queimaduras são apresentados na tabela 6, por Região/Unidade de Federação. No que se refere ao número de internações a região Sudeste obteve destaque com maior número de hospitalizações (33,4%) seguido do Nordeste que também apresentou alto índice de internações (29,1%).

Tabela 6. Internações para tratamento da morbidade hospitalar relacionado a pacientes com Queimaduras, por Região/Unidade de Federação (CID-10), no período de 2009 a 2018.

Internações	N	%
Norte	15.325	6,1
Nordeste	73.984	29,1
Sudeste	84.917	33,4
Sul	43.805	17,3

Centro-Oeste	35.909	14,1
Total	253.940	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019

Na tabela 7 pode-se destacar que os custos por serviços hospitalares relacionados ao tratamento dos pacientes com queimaduras, continuam elevados na região Sudeste, seguido da região Nordeste, ambas responsáveis por mais de 60%, semelhante aos custos por internações aos pacientes com doenças de pele e do tecido subcutâneo (Tabela 3).

Tabela 7. Custos de serviços hospitalares para tratamento relacionado a pacientes com Queimaduras, por Região/Unidade de Federação, no Brasil, período de 2009 a 2018.

Custos Hospitalares	R\$
Norte	15.035.890,38
Nordeste	106.263.664,28
Sudeste	166.555.267,11
Sul	75.466.054,42
Centro-Oeste	35.409.945,88
Total	398.730.822,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019.

Na tabela 8, apresenta-se o número de óbitos ocorridos no período de 2009 a 2018 por pacientes com queimaduras. A região Sudeste apresentou o maior índice (48,1%), enquanto a região Norte o menor (4,3%).

Tabela 8. Óbitos relacionados a pacientes com Queimaduras ou Corrosão, por região/Unidade de Federação no Brasil, período de 2009 a 2018.

Óbitos Por Região/ UF	N	(%)
Norte	309	4,3
Nordeste	1.821	25,1
Sudeste	3.475	48,1
Sul	1.109	15,3
Centro-Oeste	521	7,2
Total	7.235	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019.

Em relação a morbidade hospitalar de pacientes acometidos por Veias varicosas das extremidades inferiores, a tabela 9 mostra que a predominância foi para o sexo feminino (77%), e de pacientes na faixa etária de 40 a 59 anos que representava mais da metade da população estudada (52,1%).

Tabela 9. Internações por morbidade hospitalar causada Veias varicosas das extremidades inferiores, distribuída por sexo e faixa etária, no período de 2009 a 2018.

Internações		N	%
SEXO	Masculino	192.276	23
	Feminino	641.376	77
FAIXA ETÁRIA	Menor de um ano a 19 anos	6.112	0,8
	20 a 39 anos	209.782	25,1
	40 a 59 anos	434.403	52,1
	60 a 79 anos	168.760	20,3
	80 anos ou mais	14.595	1,7
Total		833.652	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019.

Na tabela 10 pode-se destacar as internações relacionadas ao tratamento pela morbidade hospitalar relacionada a pacientes com Veias varicosas das extremidades inferiores. A região Sudeste apresenta o maior índice de (53,4%), enquanto a Norte o menor índice (4,1%).

Tabela 10. Internações para tratamento da morbidade hospitalar relacionados a Veias varicosas das extremidades inferiores, por Região/Unidade de Federação (CID-10), no período de 2009 a 2018.

Internações	N	%
Norte	33.451	4,1
Nordeste	111.614	13,4
Sudeste	445.538	53,4
Sul	196.976	23,6
Centro-Oeste	46.073	5,5
Total	833.652	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019.

Em relação aos custos de serviços hospitalares por Região/Unidade de Federação no período de 2009 a 2018, a tabela 11 mostra que a região Sudeste continua prevalecendo com maior valor, seguido da região Sul, representando 70,5% dos custos de todo país.

Tabela 11. Custos de serviços hospitalares para tratamento relacionado a pacientes com Veias varicosas das extremidades inferiores, por Região/Unidade de Federação, no Brasil, período de 2009 a 2018.

Custos de Serviços Hospitalares	R\$
Norte	9.986.619,85
Nordeste	42.992.611,46
Sudeste	106.437.379,83

Sul	45.358.915,29
Centro-Oeste	10.370.959,05
Total	215.146.485,48

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019.

Na tabela 12, apresenta-se o número de óbitos ocorridos no período de 2009 a 2018 por pacientes acometidos por Veias varicosas das extremidades inferiores. A região Sudeste apresentou o maior índice (50,3%), enquanto a região Norte o menor (2,4%).

Tabela 12. Óbitos relacionados a pacientes com Veias varicosas das extremidades inferiores, por Região/ Unidade de Federação no Brasil, período de 2009 a 2018.

Óbitos Por Região/ UF	N	(%)
Norte	67	2,4
Nordeste	684	24,7
Sudeste	1.394	50,3
Sul	498	18
Centro-Oeste	126	4,6
Total	2.769	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS),2019.

5 DISCUSSÃO

Ao analisar os números apresentados, as doenças de pele e do tecido subcutâneo parecem demonstrar dados importantes em relação à grande abrangência do Brasil, especialmente o número de óbitos durante o período estudado. Estas condições tornam-se preocupantes pois tratam de situações clínicas preveníveis e tratáveis na atenção básica, mas, que está agravando e ocupando a média/alta complexidade.

Em relação aos dados sociodemográficos apresentados, a prevalência do sexo masculino é um dado preocupante, relacionado às doenças de pele do tecido subcutâneo, denotando associação com insuficiência nos cuidados e procura aos serviços de saúde por essa classe, podendo dessa forma aumentar o risco de complicações e por consequência, internações hospitalares e óbito.

Como visto nos resultados deste estudo, a realização e/ou necessidade de um tratamento hospitalar das doenças de pele e do tecido subcutâneo traz consigo elevados custos aos cofres do governo. São milhões de reais por anos que são investidos em tratamentos, quando poderiam ser direcionados para à prevenção dessas morbidades, investimentos na capacitação dos profissionais, na compra de curativos especializados para essas feridas, dentre outras pesquisas desenvolvidas que facilitariam a cura desses pacientes,

Entretanto, no Brasil, são escassos os estudos sobre os gastos com tratamentos dessas doenças, porém, sabe-se que um dos fatores que contribuem para o aumento dos custos é a presença de infecção, que pode estar presente, por exemplo, por um manejo inadequado nos cuidados com a lesão (DE MACEDO et al., 2018).

Outros dados alarmantes são os relacionados aos óbitos, mais uma vez destacando-se a região Nordeste, desta vez, juntamente com a região Sudeste nos altos índices. A morte decorrente de lesões de pele e do tecido subcutâneo pode ocorrer em situações clínicas mais graves como complicações de cirurgias ou por infecções sistêmicas e com resistência antimicrobiana.

Entende-se por lesão, o conceito ou expressão atribuída a uma ferida na qual se resulta de um agravo, tanto no tecido mucoso como no subcutâneo, podendo causar a desagregação progressiva ou sua destruição (LAMÃO, QUINTÃO, NUNES, 2016). Destaca-se que a lesão tecidual pode agravar-se a partir da epiderme até os

ossos ou qualquer outra estrutura do corpo. Elas se desenvolvem após a agressão do tecido ou por resultado de distúrbios fisiológicos e clínicos (CEDRAZ et al., 2017). Estas se tornam responsáveis por ampliar a permanência dos pacientes nos hospitais pelo por causa de tempo de cicatrização (MATOS et al., 2015).

As lesões podem ser encontradas em variados tecidos como, cutâneas, mucosas, quanto no meio interno, serosas e complexas (MITTAG et al., 2017; GALVÃO et al., 2017). Podem ser de variados agentes etiológicos como microrganismos (fungos e bactérias), traumas, cirurgias, substâncias tóxicas, infecções e isquemias, pressão, forças de fricção e cisalhamento e insuficiência arterial ou venosa (LUCENA et al., 2012).

A erisipela está dentre as infecções bacterianas cutâneas com alto índice de hospitalização. É causada, em princípio, pelo estreptococo do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), ou em menor proporção o estreptococo β -hemolítico, nomeadamente das categorias B, C e G, são capazes de estar em sua origem. A erisipela não é contagiosa e seu desencadeamento se efetua essencialmente por qualquer lesão, como úlcera venosa crônica, frieiras ou ferimento cutâneo traumático (SILVA et al., 2018). Pessoas imunodeprimidas, obesas e com má circulação são as mais suscetíveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2017).

Os primeiros sinais da infecção por erisipela são calafrios, febre alta, astenia, cefaleia, mal-estar, náuseas e vômitos. No início, a pele se apresenta lisa, brilhosa, vermelha e quente. As modificações da pele são capazes de se manifestar com celeridade e variam a partir de um simples eritema, dor e edema até a formação de bolhas, feridas por necrose da pele, podendo evoluir para quadro de septicemia com risco de morte. Posicionada especialmente na região acima dos tornozelos, a erisipela pode ocorrer em outras regiões como rosto e torso. Com o progresso da infecção, o edema amplifica, surgem as bolhas com conteúdo lívido ou coloração de chocolate e, por fim, a necrose da pele (DE OLIVEIRA et al., 2018).

Contudo, as dermatites também representam um elevado número em estudos estatísticos. De acordo com Lopes (2010), no seu estudo “Avaliação da frequência de dermatoses no serviço ambulatorial de dermatologia” os eczemas representam 14,65% da prevalência de dermatoses no Serviço Ambulatorial de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, estando em segundo lugar, atrás apenas das doenças infecciosas.

A pele também pode sofrer danos, dentre os quais se destacam as queimaduras, estando em segundo lugar nas estatísticas dentre os traumas que mais ocorrem no mundo e que geram injúria cutânea (BRASIL, 2012). Podem ocasionar sérias lesões destruindo a superfície cutânea, que vão desde um dano pequeno como flictenas, até perdas mais profundas, resultando em reações a níveis sistêmicos (PHTLS – Prehospital Trauma Life Support, 2016). O tipo da queimadura é resultado do grau de comprometimento do tecido e da exposição ao agente agressor. A pessoa vítima de queimadura pode vir a óbito, ficar com sequelas irreversíveis, além do grande sofrimento físico e psicológico (NISHI; COSTA, 2017).

As queimaduras causam em torno de 180.000 mortes ao ano, das quais, a maioria ocorre em países subdesenvolvidos. As queimaduras não fatais são uma das principais causadas de morbidade, incluindo a hospitalização prolongada, desfiguração e perda de função de membros, causando possíveis preconceitos e discriminações (WHO, 2018).

As queimaduras no Brasil representam um agravo significativo à saúde pública. Pesquisas mostram que os casos de queimaduras notificados no país, a grande maioria ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças. As queimaduras podem ocorrer através de agentes: energia térmica, química ou elétrica sendo capaz de produzir calor excessivo danificando os tecidos corporais ocasionando a morte celular. São classificadas como queimaduras de primeiro grau, de segundo grau ou de terceiro grau (SILVA et al., 2016).

O número registrado de internações por crianças com doenças de pele e do tecido subcutâneo pode estar associado a complicações por queimaduras, que são consideradas uma das principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil. Com maior incidência em crianças entre 1 a 4 anos de idade, e aponta líquidos quentes (café, água, leite) como principal agente responsável, causando graves complicações e altos índices de internações hospitalares (BORGES et al., 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desse estudo percebe-se que mesmo diante das inovações em fármacos e técnicas com reopitalização, tem aumentado o número de pacientes que são acometidos por lesões cutâneas traumáticas, úlceras venosas e em especial as infecções de pele e do tecido subcutâneo, evidenciando a importância epidemiológica destas condições. O número de internações hospitalares decorrentes dessas doenças é elevado no Brasil, visto que se constitui um problema que pode ser evitado e tratado na atenção básica. Relacionado a isto o tratamento tem custado caro aos cofres públicos, sobretudo para aquelas pessoas que apresentam longo tempo de internação hospitalar, recidivas ou mais de uma lesão de pele.

Ressalta-se ainda que o perfil dos indivíduos internados em hospitais por estas lesões são majoritariamente do sexo masculino, menores de 1 ano a 19 anos, da região sudeste do Brasil. Visto essa observação, sugere-se uma maior atenção às políticas públicas voltadas a saúde da criança e do adolescente, no contexto de lesões de pele, no âmbito de prevenção e promoção da saúde em nível primário.

Notório aos dados compilados, o investimento no incentivo a notificação de casos de dermatopatias deve ser frisado com a apresentação da relevância pública destas informações aos profissionais que atendem à demanda.

REFERÊNCIAS

- AFONSO C, et al. Prevenção e tratamento de feridas: Da evidência à prática. Care for Wounds, 2014.
- BARATIERI, T.; SANGALETI, C. T.; TRINCAUS, M. R. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 1, 2015.
- BARBOSA, T.P; BECCARIA, L.M; POLETTI, N.A.A. Avaliação do risco de ulcera por pressão e cuidados preventivos de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2014
- BRASIL. **Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 1ª edição. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 198 p. 2007.
- BRASIL. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes** 2. ed., rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras.** Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- BORGES, S. F. et al. Queimaduras mais frequentes na criança de 1 a 4 anos de idade: uma revisão bibliográfica. **Journal of Orofacial Investigation**, v. 2, n. 2, p. 16, 2015.
- CALÓGERO, P. et al. Insuficiência Venosa Crônica Diagnóstico E Tratamento. 2015.
- CAMPOLINA, A. G. et al. The health transition and changes in healthy life expectancy in the elderly population: possible impacts of chronic disease prevention. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.
- CARVALHO, V. et al. Planimetria como método para mensuração de feridas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 425-428, 2006.
- CEDRAZ, R.O; GALLASCH, C.H; JUNIOR, E.F.P; GOMES, H.F; ROCHA, R.G; MININEL, V.A. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2017.
- DA COSTA GLINARDELLO, M.M. et al. Lesão Epitelial e Cicatrização de Natureza Hipertrofica e Quelóide. **Corpus et Scientia**, v. 5, n. 2, 2009.
- DANTAS D.V. et al. **Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: validação de conteúdo.** Rev Rene. 2013. Disponível em:

<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11657/1/2013_art_dvdantas.pdf> Acesso em: 13 fev 2019.

DE MACEDO, E.A.B. et al. Tratamento Hospitalar de Pessoas com Membros Inferiores com Varizes e/ou Úlcera: Pesquisa no Datasus. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 11, n. 3, 2018.

DE OLIVEIRA, A.L. et al. Erisipela: um aprendizado de forma humanizada. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 69-74, 2018.

DE OLIVEIRA, R. et al. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, v. 16, n. 1, p. 56-66, 2016.

DOMANSKY, R. C; BORGES, E. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

DRUMOND, E.F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 2009.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 45-56, 2014.

GALVÃO, N.S; SERIQUE, M.A.B; SANTOS, V.L.C.G; NOGUEIRA, P.C. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a prevenção de úlceras por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2017.

GONÇALVES, J.C. et al. **Nanotecnologia aplicada a pele**. 2014. Dissertação de Mestrado.

GOODWIN, C. Anatomy and Physiology of the Skin. **Journal of the Dermatology Nurses' Association**, v. 3, n. 4, p. 203-213, 2011.

GUIMARÃES, J. R. S.; MARTINO JANNUZZI, P. Indicadores sintéticos no processo de formulação e avaliação de políticas públicas: limites e legitimidades. **Anais**, p. 1-18, 2016. Histórico do DataSUS. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>> Acesso em 30 mar 2019.

LAMÃO, L. C. L.; QUINTÃO, V.A.; NUNES, C.R. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. **Múltiplos Acessos**, v. 1, n. 1, 2016.

LIMA, C. R. A. et al. Departamento de Informática do SUS–DATASUS A Experiência de Disseminação de Informações em Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**, p. 109, 2009.

LIMA, M. F.C.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LOPES, L.R.S.; KUNDMAN, D.; DUARTE, I. A. G. Dermatitis frequency evaluation in the ambulatory attendance of Dermatology. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 85, n. 2, p. 264-266, 2010.

LUCENA, E. E. S. et al. Prevalência de lesões labiais em trabalhadores de praia e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 1051-1057, 2012.

MITTAG, B.F. et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Revista Estima**, v. 15, n. 1, 2017.

NASCIMENTO, R. R.; LANDIM, T. M. A. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões e pele no recém-nascido prematuro. **Rev Eletrôn Atualiza Saúde**, v. 4, n. 4, p. 66-73, 2016.

NISHI, P. K.; COSTA, E. C. N. F. Cuidados de enfermagem à pacientes vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas. **REVISTA UNINGÁ**, v. 36, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, R.A. A Pele nos Diferentes Ciclos da Vida. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências, cap 2, pg 9-12. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, Emília Campos de; ROSSI, Lídia Aparecida. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 986-992, 2015.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS) **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado**, 8ª edição. NAEMT & ACS. 2016, Editora Elsevier.

SALOMÉ, G. M. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 46, p. 300-304, 2010.

SEHNEM, G.D. et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. **Ciênc cuid saude**, v. 14, n. 1, p. 839-46, 2015.

SANTOS, I.C.R.V. et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. **Rev Rene**, v. 15, n. 4, p. 613-20, 2014.

SILVA, J.A.; LOPES, M.J.M. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 2, p. 240-50, 2006.

SILVA, G. A. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma Paciente com erisipela: Relato de Experiência no Cuidado Domiciliar. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 8, n. 2, 2018.

SILVA, Z.P.; RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3807-16, 2011.

SILVA, R.L.M. et al. Características epidemiológicas das crianças vítimas de queimaduras atendidas no Hospital de Urgências de Sergipe. **Rev Bras Queimaduras**, v. 15, n. 3, p. 158-63, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Conheça a pele**. 2019. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/cuidado/conheca-a-pele/>. Acessado em 10 de maio de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Erisipela**. 2017. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/erisipela/38/> Acessado em 10 de maio de 2019.

TEIXEIRA, L. O. et al. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2587-2597, 2018.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano:- Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. Artmed Editora, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence and Injury Prevention. **Burns**. 2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/ Acessado em 21 de mar de 2019.