

Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres

Guilherme Oliveira de Arruda¹
Carlos Alexandre Molena-Fernandes²
Thais Aidar de Freitas Mathias³
Sonia Silva Marcon³

Objetivo: caracterizar a morbidade hospitalar de adultos residentes no município de Maringá, Paraná, Brasil, no período de 2000 a 2011, com enfoque nos diferenciais entre os sexos. Método: estudo descritivo, desenvolvido a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, para investigar a associação de grupos de causas de internação e tempo médio de internação por sexo, em triênios. Resultados: os principais grupos de causas de internação dos homens foram: transtornos mentais, lesões e doenças circulatórias; e, entre as mulheres, destacaram-se: as neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias. Transtornos mentais e lesões, neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias apresentaram-se durante todo o período, significativamente associados aos sexos feminino e masculino. Embora não significativo, o tempo médio de internação diminuiu ao longo dos quatro triênios, e só diferiu significativamente entre homens e mulheres no segundo triênio. Conclusão: diferenças no perfil de morbidade hospitalar entre homens e mulheres reforçam a necessidade de ações específicas na área de saúde e de enfermagem, especialmente na atenção primária, com vistas a reduzir as hospitalizações no município pelos principais grupos de causas.

Descritores: Hospitalização; Perfil de Saúde; Gênero e Saúde; Saúde do Homem; Enfermagem.

¹ Mestrando, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² PhD, Professor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Introdução

O modelo assistencial em vigência no Brasil é formado por redes de atenção à saúde, calcadas no fluxo dos usuários e em graus crescentes de complexidade tecnológica, em que a atenção primária constitui a porta de entrada do sistema de saúde e os hospitais, o ápice da pirâmide assistencial⁽¹⁾. Nesse cenário, verificam-se diferenças nos indicadores de saúde entre homens e mulheres e no padrão de utilização dos serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares⁽²⁾. Por isso, o estudo do perfil de hospitalizações é fundamental para o planejamento e implementação de ações no combate a desigualdades que permeiam o adoecimento e o acesso aos serviços de saúde, entre homens e mulheres.

Pesquisas nacionais têm se concentrado em temáticas como acesso aos serviços de saúde⁽³⁾, perfis de morbimortalidade⁽⁴⁾, representações sobre saúde e adoecimento em determinados grupos sociais⁽⁵⁾, além da socialização das necessidades de saúde⁽⁶⁾, as quais vão ao encontro dos possíveis diferenciais de sexo existentes no perfil de saúde da população.

Quanto aos diferenciais em saúde, evidencia-se maior vulnerabilidade dos homens para doenças graves e crônicas, além de maior probabilidade de mortes prematuras, ao passo que entre as mulheres, além da maior incidência de episódios agudos de doenças, verifica-se relação inversa: alta demanda de morbidade e baixa de mortalidade⁽⁴⁾. Constata-se, também, a predominância de acesso dos homens no sistema de saúde – ambulatoriais de especialidades e hospitalares – porque só eventualmente eles buscam os serviços de atenção primária, diferente do que fazem as mulheres⁽³⁾. Esse comportamento, relacionado à procura por serviços de saúde, caminha na contramão da reorganização do modelo assistencial e favorece o retardo na atenção e o agravamento da morbidade⁽⁷⁾.

Via de regra, culturalmente, a adoção de hábitos preventivos é negligenciada pelos homens, constituindo-se em uma das barreiras nos cuidados com a própria saúde, além das dificuldades de acesso, representadas pela forma com que os gestores e profissionais estruturam os serviços de saúde (horário de funcionamento dos serviços, atendimento centrado no médico e direcionado a outros grupos da população, e o banimento de demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, ao uso do preservativo, à violência e ao sofrimento mental)⁽⁶⁾. Contudo, diante de dificuldades similares, as mulheres estão mais próximas do cuidado preventivo à medida que apresentam melhores probabilidades de evolução quando são internadas⁽⁸⁾.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família propõe justamente a inversão no enfoque do modelo tradicional de assistência, da prática direcionada à cura e ao hospital para um trabalho junto às famílias, mediante a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da importância de intervenções preventivas⁽¹⁾. A atribuição comum a todos os profissionais da atenção primária é a análise da situação de saúde com base em características epidemiológicas do território. Já, ao enfermeiro compete a avaliação e a supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem na atenção à saúde de indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento, inclusive em idade adulta⁽¹⁾.

A partir desses pressupostos, torna-se relevante considerar o predomínio da população masculina no perfil de internações hospitalares por quase todas as causas enquanto diferencial importante, que pode ser justificado por padrões culturais de gênero⁽²⁾. Portanto, estudos sobre morbidade são necessários, pois permitem comparações de indicadores que geram bases para implementar ações de prevenção, promoção e controle⁽⁸⁾. Sob essa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo caracterizar a morbidade hospitalar de adultos residentes no município de Maringá, PR, no período de 2000 a 2011, com enfoque nos diferenciais entre homens e mulheres, para grupos relativos às causas e ao tempo de internação.

Método

Trata-se de estudo descritivo e comparativo das taxas de internação hospitalar em homens e mulheres residentes em município de médio porte do Estado do Paraná, observadas em quatro triênios, de 2000 a 2011, realizado a partir de fonte secundária de dados de domínio público (Datusus – banco de dados do Ministério da Saúde). Tem como referência o município de Maringá, PR, situado na macrorregião noroeste do Estado do Paraná, a 425 quilômetros da capital, Curitiba. Possui 357.077 habitantes, dos quais 60,9% têm entre 20 e 59 anos. Apesar de ser um município de médio porte, possui problemas comuns aos grandes centros, pois, como cidade polo e sede da 15ª Regional de Saúde do Estado, sofre o processo de “metropolização”.

As informações utilizadas no estudo estão contidas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)⁽⁹⁾. A morbidade hospitalar analisada, a partir do diagnóstico primário de internação, na população de 20 a 59 anos, foi descrita utilizando-se frequência relativa por faixa etária e comparação entre homens e mulheres, por meio de coeficientes de internação, grupos de causas e tempo médio de internação por triênios. A

faixa etária de 20 a 59 anos foi escolhida por constituir a parcela numericamente mais representativa da população e pela representatividade no perfil da morbidade hospitalar geral, incluindo as internações em hospitais psiquiátricos.

As causas de internação foram agrupadas por Capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão – CID-10⁽¹⁰⁾. Foram excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV), afecções perinatais (Capítulo XVI) e causas externas de morbimortalidade (Capítulo XX); as internações por gravidez, parto e puerpério, por condizerem com condições relacionadas especificamente à mulher, as afecções perinatais a condições relacionadas às crianças no período perinatal, e as causas externas de morbimortalidade por constituírem um capítulo de causas exclusivo para o diagnóstico secundário. O tempo médio de internação foi considerado em dias. As tabelas foram exportadas e agrupadas no *software Tabwin 2.7*.

Para verificar associação entre os grupos de causas e sexo realizou-se o teste qui-quadrado. Na comparação do tempo médio de internação ao longo dos quatro triênios, para homens e mulheres, utilizou-se o teste

de Kruskal-Wallis para amostras independentes. Para comparação do tempo médio de internação de homens e mulheres, em cada triênio, realizou-se o teste de Mann-Whitney para amostras independentes. Os testes não paramétricos foram adotados com base nos resultados do teste de Shapiro-Wilk, que constatou distribuição não normal dos dados. Adotou-se 5% como nível de significância e os testes estatísticos foram realizados utilizando-se o *software SPSS Statistics 20*. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e foi dispensado de apreciação porque a pesquisa foi realizada com dados secundários de domínio público.

Resultados

Os indivíduos com idade entre 20 e 59 anos foram responsáveis, e de forma crescente, por cerca de 50% das internações de todas as faixas etárias nos quatro triênios (Tabela 1) e, nessa faixa etária, as internações de homens em Maringá representaram 56,1% do total no período.

Tabela 1 - Internações (%) de adultos, segundo faixa etária e sexo, por triênio. Maringá, PR, Brasil, 2000 a 2011

| Faixa Etária (anos) | 2000 a 2002 | | | 2003 a 2005 | | |
|---------------------|-------------|----------|-------|-------------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total |
| <1 a 19 | 23,5 | 19,9 | 21,9 | 20,4 | 18,2 | 19,4 |
| 20 a 59 | 48,1 | 48,9 | 48,4 | 49,9 | 48,0 | 49,1 |
| ≥60 | 28,4 | 31,2 | 29,7 | 29,7 | 33,8 | 31,5 |
| Total | | 100 | | | 100 | |

| Faixa Etária (anos) | 2006 a 2008 | | | 2009 a 2011 | | |
|---------------------|-------------|----------|-------|-------------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total |
| <1 a 19 | 17,2 | 15,9 | 16,6 | 16,4 | 14,1 | 15,4 |
| 20 a 59 | 52,7 | 51,0 | 52,0 | 54,3 | 52,2 | 53,4 |
| ≥60 | 30,1 | 33,0 | 31,4 | 29,3 | 33,7 | 31,2 |
| Total | | 100 | | | 100 | |

Fonte: SIH-SUS/Datasus (Ministério da Saúde)

Os cinco principais grupos de causas de internação para os homens foram os transtornos mentais (Capítulo V), as lesões e envenenamentos (Capítulo XIX), as doenças circulatórias (Capítulo IX), respiratórias (Capítulo X) e digestivas (Capítulo XI) (Tabela 2). Destaca-se o aumento de 68,4% nas internações masculinas por lesões e envenenamento e declínio de 47,4% nas internações por doenças respiratórias do início ao final do período. Em relação às mulheres, as neoplasias (Capítulo II), as doenças circulatórias e as geniturinárias (Capítulo XIV) foram os grupos de causas mais frequentes, ao passo que as internações por lesões e envenenamentos figuram apenas entre os principais grupos de causas no último triênio.

Verificou-se aumento de 81,4% no coeficiente de internações masculinas por lesões, chegando a 141 internações para cada 10.000 habitantes, no último triênio, acompanhado de 83,2% no aumento da diferença nos coeficientes entre homens e mulheres. Ressalta-se que as lesões superaram as internações por transtornos mentais no quarto triênio. A diferença entre os coeficientes de internação por doenças circulatórias aponta para inversão (de -3,6 para 2,0), considerando-se que, a partir do segundo triênio, os homens apresentaram maior frequência de internações por essas causas quando comparados às mulheres. Os homens predominaram nas internações por doenças respiratórias, mas houve redução do coeficiente para ambos os sexos ao longo do período (de

70,4 para 39,7 entre os homens e de 59,3 para 27,0 entre as mulheres). O diferencial observado nas internações por doenças digestivas aponta maiores coeficientes entre os homens; a diferença entre os coeficientes de internação

por doenças endócrinas aumentou (de -0,8 para 2,5), destacando-se entre os homens. Dentre os diferenciais para internações por doenças geniturinárias e neoplasias as mulheres sobressaíram (Tabela 3).

Tabela 2 - Internações (%), segundo grupos de causas de doenças e sexo, por triênio. Maringá, PR, Brasil, 2000 a 2011

| Grupos de causas (CID 10) | 2000 a 2002 | | 2003 a 2005 | | 2006 a 2008 | | 2009 a 2011 | |
|---------------------------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|
| | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino |
| Infeciosas | 3,7 | 3,6 | 3,6 | 3,4 | 4,6 | 5,7 | 4,2 | 4,5 |
| Neoplasias | 3,6 | 12,8 | 6,5 | 17,3 | 6,9 | 15,8 | 6,1 | 16,7 |
| Sangue | 0,4 | 1,0 | 0,4 | 0,6 | 0,4 | 0,8 | 0,4 | 1,1 |
| Endócrinas | 2,0 | 2,8 | 2,3 | 2,9 | 2,3 | 2,8 | 1,8 | 2,0 |
| Transtornos mentais | 22,4 | 6,9 | 18,3 | 9,6 | 20,5 | 11,2 | 21,5 | 10,3 |
| Sistema nervoso | 2,3 | 2,1 | 4,9 | 3,3 | 5,3 | 2,5 | 2,0 | 2,3 |
| Olho e anexos | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,7 | 0,7 |
| Ouvido | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| Circulatórias | 11,1 | 15,5 | 11,1 | 13,8 | 8,5 | 11,9 | 8,8 | 12,8 |
| Respiratórias | 13,5 | 15,0 | 9,5 | 9,7 | 8,1 | 8,3 | 7,1 | 7,3 |
| Digestivas | 11,0 | 10,4 | 7,9 | 7,8 | 9,4 | 8,4 | 10,2 | 10,7 |
| Pele | 0,8 | 0,8 | 1,1 | 1,0 | 1,1 | 1,0 | 1,8 | 1,5 |
| Osteomusculares | 5,0 | 3,6 | 5,1 | 4,5 | 4,6 | 3,9 | 3,0 | 2,7 |
| Geniturinárias | 3,3 | 14,2 | 3,2 | 10,3 | 3,6 | 12,2 | 3,8 | 12,7 |
| Congênitas | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,9 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| Clínico/laboratorial | 0,8 | 1,5 | 1,4 | 1,8 | 1,2 | 2,1 | 0,9 | 1,4 |
| Lesões | 14,9 | 5,7 | 16,0 | 7,1 | 15,1 | 6,8 | 25,1 | 10,7 |
| Contatos com serviço | 4,4 | 3,1 | 7,8 | 5,7 | 7,6 | 5,6 | 2,3 | 2,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: SIH-SUS/Datasus (Ministério da Saúde)

Tabela 3 - Coeficientes de internação (por 10.000 habitantes), segundo grupos de causas de doenças e a diferença entre os sexos, por triênio. Maringá, PR, Brasil, 2000 a 2011

| Grupos de causas (CID 10) | 2000 a 2002 | | | 2003 a 2005 | | |
|---------------------------|-------------|----------|-----------|-------------|----------|-----------|
| | Masculino | Feminino | Diferença | Masculino | Feminino | Diferença |
| Neoplasias | 18,8 | 50,4 | -31,6 | 33,4 | 62,2 | -28,8 |
| Endócrinas | 10,3 | 11,1 | -0,8 | 11,6 | 10,5 | 1,1 |
| Mentais | 117 | 27,3 | 89,7 | 93,9 | 34,4 | 59,5 |
| Circulatórias | 57,7 | 61,2 | -3,6 | 57,1 | 49,7 | 7,5 |
| Respiratórias | 70,4 | 59,3 | 11,1 | 48,7 | 34,9 | 13,8 |
| Digestivas | 57,4 | 40,9 | 16,5 | 40,6 | 28,2 | 12,4 |
| Geniturinário | 17,1 | 55,8 | -38,6 | 16,3 | 37,1 | -20,8 |
| Lesões | 77,7 | 22,4 | 55,3 | 82,5 | 25,5 | 56,9 |
| Total | 522 | 394 | 128 | 515 | 360 | 155 |
| Grupos de causas (CID 10) | 2006 a 2008 | | | 2009 a 2011 | | |
| | Masculino | Feminino | Diferença | Masculino | Feminino | Diferença |
| Neoplasias | 37,6 | 59,8 | -22,3 | 34,5 | 61,9 | -27,5 |
| Endócrinas | 12,6 | 10,6 | 2,0 | 9,9 | 7,4 | 2,5 |
| Mentais | 112 | 42,4 | 69,9 | 120 | 38,2 | 82,1 |
| Circulatórias | 46,4 | 45,2 | 1,2 | 49,6 | 47,6 | 2,0 |
| Respiratórias | 44,5 | 31,4 | 13,1 | 39,7 | 27,0 | 12,7 |
| Digestivas | 51,3 | 31,7 | 19,6 | 57,4 | 39,6 | 17,8 |
| Geniturinário | 19,9 | 46,3 | -26,4 | 21,0 | 47,0 | -25,9 |
| Lesões | 82,6 | 25,9 | 56,7 | 141 | 39,7 | 101 |
| Total | 548 | 379 | 169 | 561 | 371 | 190 |

Houve associação significativa de internações por transtornos mentais e lesões em relação aos homens nos quatro triênios, os quais tiveram, aproximadamente, quatro vezes mais chances de serem internados por transtornos mentais (OR=3,9) e quase três vezes mais por lesões e envenenamentos (OR=2,9) do que as mulheres; eles também apresentaram, nos três primeiros

triênios, maiores chances para internação por doenças osteomusculares e por contatos com o serviço de saúde, caracterizadas pela procura por exames investigativos ou por cuidados e/ou procedimentos específicos. No entanto, houve associação das internações por neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias entre as mulheres durante todo o período (Tabela 4).

Tabela 4 - Razão de chances para o sexo masculino, segundo grupos de causas de doenças, por triênio. Maringá, PR, Brasil, 2000 a 2011

| Grupos de causas (CID 10) | 2000 a 2002 | 2003 a 2005 | 2006 a 2008 | 2009 a 2011 |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | OR (IC 95%) | OR (IC 95%) | OR (IC 95%) | OR (IC 95%) |
| Neoplasias | 0,3* (0,23-0,28) | 0,3* (0,30-0,36) | 0,4* (0,36-0,42) | 0,3* (0,30-0,35) |
| Endócrinas | 0,7* (0,58-0,82) | 0,8† (0,65-0,90) | 0,8† (0,70-0,96) | 0,9* (0,75-1,05) |
| Mentais | 3,9* (3,58-4,21) | 2,4* (2,05-2,40) | 2,0* (1,91-2,19) | 2,4* (2,23-2,55) |
| Circulatórias | 0,7* (0,63-0,73) | 0,8* (0,72-0,84) | 0,7* (0,63-0,74) | 0,7* (0,61-0,71) |
| Respiratórias | 0,9† (0,82-0,95) | 1,0‡ (0,89-1,06) | 1,0‡ (0,90-1,07) | 1,0‡ (0,89-1,06) |
| Digestivas | 1,1† (0,98-1,16) | 1,0‡ (0,91-1,11) | 1,1† (1,04-1,23) | 1,0‡ (0,89-1,03) |
| Osteomusculares | 1,4* (1,23-1,60) | 1,2† (1,02-1,30) | 1,2† (1,05-1,34) | 1,1† (0,97-1,28) |
| Geniturinárias | 0,2* (0,19-0,23) | 0,3* (0,30-0,38) | 0,3* (0,25-0,30) | 0,3* (0,25-0,39) |
| Lesões | 2,9* (2,64-3,18) | 2,5* (2,29-2,73) | 2,4* (2,23-2,63) | 2,8* (2,63-2,99) |
| Contatos com serviço | 1,4* (1,26-1,66) | 1,4* (1,26-1,56) | 1,4* (1,23-1,53) | 1,0† (0,88-1,21) |

*p<0,001; †p<0,05; ‡p>0,05

O grupo de causas de doenças com maior tempo médio de internação foi o de transtornos mentais. Percebeu-se diminuição no tempo médio de internação ao longo dos triênios, porém, não foi significativa para ambos os sexos

(p=0,084 para masculino e p=0,449 para feminino). Comparando-se os tempos médios de internação de homens e mulheres, foi identificada diferença significativa (p=0,040) no segundo triênio (Tabela 5).

Tabela 5 - Tempo médio de internação, segundo grupos de causas de doenças e sexo, por triênio. Maringá, PR, Brasil, 2000 a 2011

| Grupos de causas (CID 10) | 2000 a 2002 (p=0,239*) | | 2003 a 2005 (p=0,040*) | |
|---------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| | Masculino (p=0,084†) | Feminino (p=0,049†) | Masculino (p=0,084†) | Feminino (p=0,049†) |
| Infeciosas | 7,7 | 6,6 | 9,1 | 5,5 |
| Neoplasias | 5,5 | 3,4 | 5,4 | 3,7 |
| Sangue | 4,4 | 4,0 | 4,7 | 3,8 |
| Endócrinas | 4,8 | 4,9 | 5,7 | 4,5 |
| Transtornos mentais | 37,9 | 45,7 | 32,9 | 30,3 |
| Sistema nervoso | 5,4 | 4,7 | 5,6 | 6,1 |
| Olho e anexos | 1,0 | 0,6 | 1,4 | 1,0 |
| Ouvido | 1,9 | 1,6 | 4,1 | 1,3 |
| Circulatórias | 4,7 | 4,0 | 5,6 | 4,4 |
| Respiratórias | 3,9 | 3,5 | 5,4 | 4,7 |
| Digestivas | 3,7 | 3,7 | 4,5 | 4,2 |
| Pele | 4,1 | 3,3 | 5,4 | 4,9 |
| Osteomusculares | 3,9 | 3,3 | 4,2 | 3,6 |
| Geniturinárias | 3,7 | 2,8 | 5,0 | 3,6 |
| Congênitas | 3,4 | 4,4 | 7,0 | 6,0 |
| Clínico/laboratorial | 4,0 | 3,5 | 5,8 | 3,9 |
| Lesões | 3,6 | 3,2 | 4,8 | 4,1 |
| Contatos com serviço | 2,0 | 2,1 | 2,4 | 3,3 |
| Média geral | 11,7 | 6,5 | 10,1 | 6,6 |

(continua...)

Tabela 5 - continuação

| Grupos de causas (CID 10) | 2006 a 2008 (p=0,085*) | | 2009 a 2011 (p=0,293*) | |
|---------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| | Masculino (p=0,084†) | Feminino (p=0,049†) | Masculino (p=0,084†) | Feminino (p=0,049†) |
| Infeciosas | 6,9 | 6,6 | 7,9 | 6,3 |
| Neoplasias | 4,8 | 3,8 | 4,6 | 3,2 |
| Sangue | 3,6 | 3,4 | 3,6 | 4,0 |
| Endócrinas | 4,8 | 4,2 | 5,5 | 5,6 |
| Transtornos mentais | 25,0 | 24,4 | 26,1 | 23,3 |
| Sistema nervoso | 4,4 | 5,7 | 4,8 | 3,4 |
| Olho e anexos | 1,6 | 1,8 | 0,6 | 0,6 |
| Ouvido | 2,0 | 1,8 | 2,0 | 2,2 |
| Circulatórias | 4,4 | 3,4 | 4,6 | 3,2 |
| Respiratórias | 5,0 | 4,3 | 6,0 | 4,6 |
| Digestivas | 4,4 | 3,7 | 3,7 | 3,0 |
| Pele | 5,5 | 3,4 | 4,2 | 3,9 |
| Osteomusculares | 4,1 | 3,8 | 4,8 | 4,0 |
| Geniturinárias | 4,6 | 3,4 | 3,4 | 3,0 |
| Congênitas | 8,5 | 5,7 | 3,6 | 4,9 |
| Clínico/laboratorial | 4,7 | 3,0 | 3,3 | 2,4 |
| Lesões | 5,0 | 4,3 | 4,6 | 3,9 |
| Contatos com serviço | 2,6 | 2,0 | 1,3 | 1,2 |
| Média geral | 8,8 | 6,2 | 9,2 | 5,6 |

Fonte: SIH-SUS/Datasus (Ministério da Saúde)

*Teste de Mann-Whitney para amostras independentes

†Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes

Discussão

O SIH/SUS tem sido utilizado em análises da situação de saúde por morbidade hospitalar para o desenvolvimento de metodologias e indicadores que evidenciem, além de desigualdades em saúde, problemas em relação à cobertura e qualidade das informações desse sistema⁽¹¹⁾. Entretanto, há que se pontuar uma das limitações do presente estudo, considerando-se que a utilização dessas informações, com fins epidemiológicos, requer cautela, porém, pode contribuir para a qualidade dos registros, confiabilidade dos dados e para o planejamento das ações em saúde, o que inclui as ações de enfermagem.

O aumento gradual das internações mostra a importância da demanda hospitalar para o sistema de saúde no que tange ao custo elevado e à necessidade de discussão sobre políticas públicas de saúde⁽¹²⁾, principalmente em relação à população adulta, ao se constatar a magnitude dos desafios acerca da saúde de indivíduos em idade economicamente ativa⁽¹³⁾. No caso da população de Maringá, que aumentou 24% no período estudado, com tendência para o envelhecimento, as políticas têm se voltado para a qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Em nível nacional⁽⁴⁾, verificou-se que a maioria das internações nessa faixa etária foi de mulheres. No

entanto, em estudo realizado em Maringá, no período de 1998 a 2002, os autores constataram que mais da metade (53,7%) das internações nessa faixa etária foi em indivíduos do sexo masculino⁽¹⁴⁾. Quanto aos principais grupos de causas de internação, tanto entre homens quanto entre mulheres, os resultados encontrados são semelhantes aos de estudos realizados em âmbito nacional⁽⁴⁾ e nesse mesmo município⁽¹⁴⁾. No que se refere às internações por transtornos mentais, o município de Maringá, seguindo a política nacional de desospitalização, diminuiu o número de leitos psiquiátricos de 49,2% de todos os leitos SUS em 2002⁽¹⁴⁾ para 32,8%⁽¹⁵⁾, em 2010, o que influenciou a redução do número de internações por essa causa evidenciada no presente estudo.

Em estudo realizado em capital do Nordeste brasileiro também se evidenciou maior frequência de internações por transtornos mentais entre homens com idade entre 20 e 60 anos, especialmente em decorrência do uso de álcool e drogas (27,6%)⁽¹⁶⁾. Nessa mesma pesquisa constatou-se, ainda, que os membros da família foram os principais responsáveis por levarem os usuários ao hospital e solicitarem a internação (88,6%). Dessa forma, conhecer o perfil das internações pode direcionar a atenção a grupos específicos –, por exemplo, os usuários de álcool – atuando sobre fatores causais junto aos componentes importantes da rede de apoio desses indivíduos, entre os quais a família.

As internações por transtornos mentais retomaram o crescimento ao longo do período, mesmo após a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial no município de Maringá, a partir de 2001, com a Lei da Reforma Psiquiátrica. No entanto, o presente estudo constatou redução no tempo de internação, o que pode ser atribuído também a resultados da política de desinstitucionalização⁽¹⁷⁾.

Em relação às lesões, em estudo realizado em Pernambuco, os autores constataram que 59% dos atendimentos a trauma foram prestados a homens com idade média de 34 anos⁽¹⁸⁾. Além de determinantes socioculturais, parte dessa violência tem sido atribuída, dentre outros fatores (desemprego, marginalidade, uso de drogas ilícitas e ampla disponibilidade de armas de fogo), ao uso abusivo de álcool⁽¹⁹⁾. Vale salientar que, segundo estudo realizado por meio de inquérito telefônico, 26,2% dos homens brasileiros, com idade igual ou superior a 18 anos, declararam fazer uso abusivo de álcool; e que entre 2006 e 2011, não houve mudança expressiva nos índices do uso abusivo de álcool⁽²⁰⁾. Esse mesmo estudo evidenciou tendência crescente de consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres, o que, em futuro próximo, pode vir a modificar o perfil de adoecimento e, conseqüentemente, das internações hospitalares decorrentes dessa prática⁽²⁰⁾.

Há muito tempo o consumo abusivo de bebidas alcólicas predomina entre os indivíduos do sexo masculino⁽¹⁹⁾, provocando grandes prejuízos a esse grupo da população, sobretudo enquanto fator preponderante para internações por transtornos mentais e comportamentais, lesões e doenças do fígado. Contudo, ante a tendência crescente do consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres, ambos – homens e mulheres – devem se constituir em alvo da atenção dos profissionais de enfermagem ao se considerar que esses podem estabelecer vínculo com usuários do serviço de atenção primária à saúde que convivem com o vício, identificar potencialidades de mudança e não naturalizar essa prática que está ligada a aspectos socioculturais. Para tanto, o trabalho em equipe e ligado a articulações intersetoriais possibilita eficiência na integralidade, princípio tão importante para o funcionamento do atual modelo assistencial⁽⁴⁾.

Sobre as internações por doenças do aparelho circulatório, em estudo realizado, a partir de dados do SIH/SUS, identificou-se a diminuição do coeficiente de internação hospitalar em Niterói, RJ, de 1998 a 2007, entre indivíduos de 30 a 59 anos, para ambos os sexos⁽²¹⁾. No entanto, o coeficiente se manteve maior entre os homens, o que se assemelha aos achados do presente estudo a

partir do segundo triênio. Ademais, vale ressaltar, com base em inquérito realizado junto a homens, em Juiz de Fora⁽²²⁾, MG, que 80% deles apresentavam pelo menos um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Foram avaliados sobrepeso/obesidade, sedentarismo/atividade física irregular, tabagismo, hipertensão arterial e pressão arterial limítrofe, por contribuírem significativamente para o perfil das internações por doenças do aparelho circulatório e, em consequência, requererem atenção profissional, principalmente pelo caráter modificável desses fatores.

As internações por doenças respiratórias na população de 20 a 59 anos declinaram ao longo do tempo em Maringá. O mesmo ocorreu em São Paulo, onde houve redução em todas as idades⁽²³⁾. Frente a essa redução, cabe destacar a expansão da Estratégia Saúde da Família no decorrer da década de 2000 e a atuação positiva dos profissionais de saúde na prevenção de doenças respiratórias, através das atividades de imunização, as quais são as principais ações voltadas ao controle das infecções respiratórias e demais doenças imunopreveníveis. Portanto, infere-se que o acesso dos extremos etários da população às vacinas, sobretudo das crianças, mostra-se determinante/eficaz no combate à transmissão de doenças, por exemplo, a gripe.

Em estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) evidencia-se maior incidência de neoplasias entre as mulheres. No que diz respeito ao tipo de câncer na população do Estado do Paraná, constata-se que, entre os homens, os de cavidade oral, faringe, estômago e esôfago mantêm-se como mais frequentes; já, para as mulheres, além do câncer de mama e de colo do útero, os de cólon e reto também surgem como importante causa de morbidade⁽²⁴⁾. O enfrentamento do câncer deve incluir ações de educação em saúde, promoção e prevenção em todos os níveis, além de análises epidemiológicas a partir de sistemas de informação disponíveis⁽²⁴⁾.

O avanço gradual da diferença entre os coeficientes de internação por *diabetes mellitus* sugere a existência de diferenças no controle e na prevenção de complicações decorrentes dessa condição, dentre as quais o perfil do uso de medicamentos, a maior preocupação com a saúde por parte das mulheres, maior procura por serviços de saúde do que entre os homens e a quantidade de programas de saúde voltados para as mulheres⁽²⁵⁾. Tais estratégias perpassam, principalmente, o âmbito da atenção primária à saúde, em que a implementação das ações deve contrapor-se ao censo curativo por meio de práticas preventivas e territorializadas.

No presente estudo, e em estudo realizado no Brasil, em 2005, as internações por doenças osteomusculares foram mais frequentes entre os homens⁽⁴⁾. Porém, outro

estudo revela que essas doenças acometem mais as mulheres, em praticamente todas as regiões do corpo, especialmente devido às atividades ocupacionais⁽²⁶⁾.

Quanto aos "contatos com serviços de saúde" (CID-10), que incluem exames investigativos e procedimentos específicos, a frequência dos homens foi significativamente maior do que entre as mulheres, o que pode se constituir em reflexo da pouca procura masculina por cuidados preventivos, e, conseqüentemente, a tendência à maior utilização dos serviços motivada por fatores que influenciam o estado de saúde. Constatações como essa levaram o Ministério da Saúde a elaborar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) que, em aliança com a atenção primária, deve ser implementada junto aos profissionais e serviços de saúde com vistas à reorientação da atenção à saúde do homem, ampliando as possibilidades de utilização dos serviços, com enfoque na prevenção e promoção em saúde.

A evolução tecnológica da prática em saúde e a conseqüente redução do número de dias de internação necessários se refletem na diminuição dos tempos médios de internação⁽¹²⁾. Observa-se que a média geral é maior para os homens, e, em determinados momentos, é significativamente maior que o tempo de internação das mulheres, supostamente pelo fato de que eles são internados em situação de maior gravidade, o que prolonga o tratamento. Tal consideração sinaliza a questão comportamental ligada ao gênero, à socialização das necessidades de saúde e às iniquidades, em busca de práticas preventivas de cuidado⁽⁶⁾, e que gera empecilhos para o fluxo dos usuários no sistema de saúde.

Nesse sentido, há que se considerar não somente o diferencial da morbidade hospitalar entre homens e mulheres, mas, também, as particularidades de gênero na utilização dos serviços de saúde, tanto de caráter curativo quanto preventivo. Faz-se necessário que o profissional de enfermagem esteja atento ao perfil de morbidade da população, podendo, assim, atuar na sensibilização do homem no que diz respeito aos benefícios de comportamentos preventivos para sua saúde, a exemplo das mulheres que avançaram relativamente bem no exercício dessas práticas, fato demonstrado pelo aumento da esperança e qualidade de vida na população feminina.

Conclusão

Os resultados deste estudo mostram que os homens são internados principalmente por transtornos mentais, lesões e doenças circulatórias, e que as internações entre as mulheres são motivadas principalmente por neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias. Constatou-se

associação significativa de alguns desses grupos de causas em relação aos sexos – feminino e masculino – durante todo o período estudado, o que reforça a necessidade de atenção específica para homens e mulheres, segundo os principais diagnósticos que levam à internação.

Quanto ao tempo médio de internação, verificou-se diminuição geral ao longo do período, porém, não significativa. Comparando-se homens e mulheres constatou-se diferença significativa no segundo triênio, com a média geral masculina sempre maior do que a feminina, supostamente porque os homens demoram mais tempo do que as mulheres para buscar cuidado, o que agrava seu estado de saúde.

Neste estudo, além de se acrescentar conhecimento acerca das especificidades entre os sexos feminino e masculino, os resultados caracterizam o perfil das internações em uma perspectiva temporal, mediante a comparação entre os triênios (espaços de tempo), no decorrer no período estudado. Portanto, conclui-se que estudos como este podem colaborar para a gestão e organização dos serviços de saúde, com base em características epidemiológicas e necessidades locais, a fim de possibilitar que estudos futuros delineiem perfis de saúde cada vez mais favoráveis.

Referências

1. Morosini MV, Corbo AD'A. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 240 p.
2. Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3243-8.
3. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
4. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb S. Perfil Epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46.
5. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
6. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):961-70.
7. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde:*

- Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO – UNFPA; 2005.
8. Mathias TAF, Mello Jorge MHP. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. *Ciênc Cuid Saúde*. jan-abr 2005;4(1):25-36.
9. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Sistema de Informações Hospitalares – Morbidade Hospitalar do SUS [Internet]. [acesso 26 maio 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mrpr.def>
10. Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; 10ª Rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1993.
11. Andrade SM, Tomimatsu MFAI, Soares DA, Souza RKT, Soares DFPP, Mathias TAF, et al. Melhoria da qualidade das informações sobre causas externas do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde: uma proposta de intervenção. *Rev Esp Saúde*. (Londrina) 2009;10(2):70-6.
12. Mendes ACG, Sá DAD, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):955-64.
13. European Commission. The status of health in the European Union: towards a healthier Europe. Brussels: European Commission; 2009.
14. Sapata MP, Soares DA, Souza RKT. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002. *Rev Epidemiol Serviços Saúde*. 2006;15(2):57-67.
15. Secretaria de Saúde de Maringá (BR). Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Conselho Municipal de Saúde – Gestão 2009/2011; 2010. 56 p.
16. Oliveira MSN, Pinto FJM, Aguiar JB, Sampaio RMM, Medeiros CRB. Perfil Sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2011;24(4):361-6.
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian healthsystem: history, advances, and challenges. *Lancet*. [Internet]. 2011. [acesso 9 maio 2012];377(9779):1778-97. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
18. Nardoto EML, Diniz JMT, Cunha CEG. Perfil da vítima atendida pelo serviço pré-hospitalar aéreo de Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):237-42.
19. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. [Internet]. 2011. [acesso 9 maio 2012];377(9781):1962-75. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561649>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. Brasília; 2011.
21. Rosa ML, Giro C, Alves T de O, Moura EC, Lacerda Lda S, Sant Anna LP, et al. Analysis of mortality and hospitalization for cardiovascular diseases in Niterói, between 1998 and 2007. *Arq Bras Cardiol*. 2011;96(6):477-83.
22. Van Eyken EBBDO, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):111-23.
23. Toyoshima MTK, Ito GM, Gouveia N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. *Rev Assoc Méd Bras*. 2005;51(4):209-13.
24. Instituto Nacional do Câncer (BR). Estimativa – incidência de câncer no Brasil em 2012. Rio de Janeiro; 2011.
25. Pereira VOM, Acurcio FA, Guerra AA Júnior, Silva GD, Cherchiglia ML. Perfil da utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(8):1546-58.
26. Picoloto D, Silveira E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas-RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):507-16.

Recebido: 26.11.2012

Aceito: 30.10.2013