

Morbilidad hospitalaria en un municipio de porte mediano: diferenciales entre hombres y mujeres

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

Objetivo: caracterizar la morbilidad hospitalaria de adultos residentes en el Municipio de Maringá, PR, Brasil, en el período de 2000 a 2011, con enfoque en los diferenciales entre los géneros. Método: se trata de estudio descriptivo desarrollado a partir de datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud para investigar la asociación de grupos de causas de internación y tiempo promedio de internación por género, en trienios. Resultados: los principales grupos de causas de internación de los hombres fueron: trastornos mentales, lesiones y enfermedades circulatorias; y, entre las mujeres, se destacaron: las neoplasias, enfermedades circulatorias y genitales urinarias. Trastornos mentales y lesiones, neoplasias, enfermedades circulatorias y genitales urinarias se presentaron durante todo el período significativamente asociados a los géneros femenino y masculino. A pesar de no ser significativo, el tiempo promedio de internación disminuyó a lo largo de los cuatro trienios, y solo se diferenció significativamente entre hombres y mujeres en el segundo trienio. Conclusión: las diferencias en el perfil de morbilidad hospitalaria entre hombres y mujeres refuerzan la necesidad de efectuar acciones específicas en el área de la salud y de enfermería, especialmente en la atención primaria, con la finalidad de reducir las hospitalizaciones en el municipio por los principales grupos de causas.

Descriptores: Hospitalización; Perfil de Salud; Género y Salud; Salud del Hombre; Enfermería.

¹ Estudiante de maestría, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

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

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Correspondencia:

Guilherme Oliveira de Arruda
Rua Carlos Weiss, 39, Apto. 702
Ed. Royal Suite
Zona 7
CEP: 87020-310, Maringá, PR, Brasil
Email: enfgoa@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El modelo asistencial en vigencia en Brasil es formado por redes de atención a la salud, basadas en el flujo de los usuarios y en grados crecientes de complejidad tecnológica, en que la atención primaria constituye la puerta de entrada al sistema de salud y a los hospitales el ápice de la pirámide asistencial⁽¹⁾. En ese escenario se verifican diferencias en los indicadores de salud entre hombres y mujeres y en el modelo de utilización de los servicios de salud, incluyendo las internaciones hospitalarias⁽²⁾. Por esa razón, el estudio del perfil de hospitalizaciones es fundamental para la planificación e implementación de acciones para combatir las desigualdades que compenentran el enfermarse y el acceso a los servicios de salud, entre hombres y mujeres.

Las investigaciones nacionales se han concentrado en temáticas como acceso a los servicios de salud⁽³⁾, perfiles de morbilidad y mortalidad⁽⁴⁾, representaciones sobre salud y enfermedad en determinados grupos sociales⁽⁵⁾, además de la socialización de las necesidades de salud⁽⁶⁾, las cuales se alinean con los posibles diferenciales de género existentes en el perfil de salud de la población.

En lo que se refiere a los diferenciales de la salud, se evidencia una mayor vulnerabilidad de los hombres para enfermedades graves y crónicas, además de una mayor probabilidad de muerte prematura, por otro lado entre las mujeres, además de la mayor incidencia de episodios agudos de enfermedades, se verifica una relación inversa, alta demanda de morbilidad y baja de mortalidad⁽⁴⁾. También, se constata la predominancia de acceso de los hombres al sistema de salud (ambulatorios de especialidades y hospitalarias) porque solo, eventualmente, éstos buscan los servicios de atención primaria, al contrario de lo que hacen las mujeres⁽³⁾. Ese comportamiento relacionado a la búsqueda de servicios de salud camina en dirección opuesta a la reorganización del modelo asistencial y favorece el atraso en la atención y el agravamiento de la morbilidad⁽⁷⁾.

Generalmente, culturalmente la adopción de hábitos preventivos es descuidada por los hombres, constituyéndose en una de las barreras en los cuidados con la propia salud, además de las dificultades de acceso representadas por la forma con que los gestores y profesionales estructuran los servicios de salud (horario de funcionamiento de los servicios, atención centrada en el médico y orientada a otros grupos de la población, prohibición de atender demandas relacionadas al uso de alcohol y otras drogas, uso del preservativo, violencia y sufrimiento mental)⁽⁶⁾. Sin embargo, frente a dificultades similares, las mujeres están más próximas del cuidado preventivo debido a que presentan mejores probabilidades de evolución cuando son internadas⁽⁸⁾.

En Brasil, la Estrategia Salud de la Familia propone justamente la inversión en el enfoque del modelo tradicional de asistencia, es decir de la práctica dirigida a curar y al hospital para un trabajo junto con las familias, mediante una comprensión amplia del proceso salud enfermedad y de la importancia de las intervenciones preventivas⁽¹⁾. La atribución común de todos los profesionales de la atención primaria es el análisis de la situación de salud basado en las características epidemiológicas del territorio. Por otro lado, al enfermero le compete la evaluación y la supervisión del trabajo de los Agentes Comunitarios de la Salud y del equipo de enfermería en la atención a la salud de individuos y familias en todas las fases del desarrollo, inclusive en la edad adulta⁽¹⁾.

A partir de esos presupuestos es relevante considerar el predominio de la población masculina en el perfil de internaciones hospitalarias, para casi todas las causas, como un diferencial importante, que puede ser justificado por modelos de comportamiento culturales de género⁽²⁾. Por lo tanto, los estudios sobre morbilidad son necesarios, ya que permiten hacer comparaciones de indicadores que generan bases para implementar acciones de prevención, promoción y control⁽⁸⁾. Bajo esta perspectiva, este estudio tiene por objetivo caracterizar la morbilidad hospitalaria de los adultos residentes en el Municipio de Maringá, estado de Paraná, en el período de 2000 a 2011, con enfoque en los diferenciales entre hombres y mujeres para grupos vinculados a las causas y al tiempo de internación.

Método

Se trata de un estudio descriptivo y comparativo de las tasas de internación hospitalaria entre hombres y mujeres residentes en un municipio de mediano porte del estado de Paraná, observadas en cuatro trienios, de 2000 a 2011; el estudio utilizó una fuente secundaria de datos de dominio público (DATASUS – banco de datos del Ministerio de la Salud). Tuvo como referencia el Municipio de Maringá-PR, situado en la macro región noroeste del estado de Paraná, a 425 kilómetros de la capital, Curitiba. Posee 357.077 habitantes, de los cuales 60,9% tienen entre 20 y 59 años. A pesar de ser un municipio de mediano porte, posee problemas comunes a los grandes centros, ya que como ciudad polo y sede de la 15ª Regional de Salud del Estado sufre el proceso de "metropolización".

Las informaciones utilizadas en el estudio están contenidas en el Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SIH-SUS)⁽⁹⁾. La morbilidad hospitalaria analizada a partir del diagnóstico primario de internación, en la población de 20 a 59 años, fue descrita utilizando la frecuencia relativa por intervalo de edad

y la comparación entre hombres y mujeres se hizo por medio de coeficientes de internación, grupos de causas y tiempo promedio de internación por trienios. El intervalo de edad de 20 a 59 años fue seleccionado por constituir la parte numéricamente más representativa de la población y por la representatividad en el perfil de la morbilidad hospitalaria general, incluyendo las internaciones en hospitales psiquiátricos.

Las causas de internación fueron agrupadas por los Capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión - CID-10⁽¹⁰⁾. Fueron excluidas las internaciones por embarazo, parto y puerperio (Capítulo XV), afecciones perinatales (Capítulo XVI) y causas externas de morbilidad y mortalidad (Capítulo XX); las internaciones por embarazo, parto y puerperio, por ser consistentes con las condiciones relacionadas específicamente a la mujer; las afecciones perinatales por ser condiciones relacionadas a los niños en el período perinatal; y las causas externas de morbilidad y mortalidad por constituir un capítulo de causas exclusivo para el diagnóstico secundario. El tiempo promedio de internación fue considerado en días. Las tablas fueron exportadas y agrupadas en el programa *Tabwin 2.7*.

Para verificar asociación entre los grupos de causas y género se realizó la prueba de Chi-cuadrado. En la

comparación del tiempo promedio de internación a lo largo de los cuatro trienios, para hombres y mujeres, se utilizó la prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes. Para comparación del tiempo promedio de internación de hombres y mujeres en cada trienio se realizó la prueba de Mann Whitney para muestras independientes. Las pruebas no paramétricas fueron adoptadas con base en los resultados de la prueba de Shapiro Wilk, que constató una distribución no normal de los datos. Se adoptó 5% como nivel de significancia y las pruebas estadísticas fueron realizadas utilizando el programa *SPSS Statistics 20*. El proyecto de investigación fue sometido al Comité Permanente de Ética en Investigaciones con Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá, el que fue eximido de apreciación debido a que la investigación fue realizada con datos secundarios de dominio público.

Resultados

Los individuos con edad entre 20 y 59 años fueron responsables y de forma creciente por cerca de 50% de las internaciones de todos los intervalos de edad en los cuatro trienios (Tabla 1) y en ese intervalo de edad las internaciones de hombres en Maringá representaron 56,1% del total en el período.

Tabla 1 - Internaciones (%) de adultos según intervalo de edad y género, por trienio, Maringá, PR, Brasil, 2000 la 2011

Intervalo de edad (años)	2000 a 2002			2003 a 2005		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	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	

Intervalo de edad (años)	2006 a 2008			2009 a 2011		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	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	

Fuente: SIH-SUS/DATASUS (Ministerio de la Salud)

Los cinco principales grupos de causas de internación para los hombres fueron los trastornos mentales (Capítulo V), las lesiones y envenenamientos (Capítulo XIX), las enfermedades circulatorias (Capítulo IX), respiratorias (Capítulo X) y digestivas (Capítulo XI) (Tabla 2). Se destaca el aumento de 68,4% en las internaciones masculinas por lesiones y envenenamiento y la disminución de 47,4% en las internaciones por enfermedades respiratorias desde el inicio hasta el final del período. En relación a las mujeres, las neoplasias (Capítulo II), las enfermedades circulatorias y las genitales urinarias (Capítulo XIV) fueron los grupos de causas más frecuentes, por otro lado las internaciones

por lesiones y envenenamientos figuran apenas entre los principales grupos de causas en el último trienio.

Se verificó un aumento de 81,4% en el coeficiente de internaciones masculinas por lesiones, llegando a 141 internaciones para cada 10.000 habitantes en el último trienio, acompañado de 83,2% en el aumento de la diferencia en los coeficientes entre hombres y mujeres. Se destaca que las lesiones superaron las internaciones por trastornos mentales en el cuarto trienio. La diferencia entre los coeficientes de internación por enfermedades circulatorias apunta para una inversión (de -3,6 para 2,0), considerándose que, a partir del segundo trienio, los

hombres presentaron mayor frecuencia de internaciones por esas causas que las mujeres. Los hombres predominaron en las internaciones por enfermedades respiratorias, pero hubo una reducción del coeficiente para ambos géneros a lo largo del período (de 70,4 para 39,7 entre los hombres y de 59,3 para 27,0 entre las mujeres). El diferencial observado en las internaciones

por enfermedades digestivas apunta mayores coeficientes entre los hombres; la diferencia entre los coeficientes de internación por enfermedades endócrinas aumentó (de -0,8 para 2,5), destacándose entre los hombres. Entre los diferenciales para internaciones por enfermedades genitales urinarias y neoplasias las mujeres sobresalieron (Tabla 3).

Tabla 2 - Internaciones (%) según grupos de causas de enfermedades y género, por trienio, Maringá, PR, Brasil, 2000 la 2011

Grupos de Causas (CID 10)	2000 a 2002		2003 a 2005		2006 a 2008		2009 a 2011	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Infecciosas	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
Sangre	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
Trastornos Mentales	22,4	6,9	18,3	9,6	20,5	11,2	21,5	10,3
Sistema Nervioso	2,3	2,1	4,9	3,3	5,3	2,5	2,0	2,3
Ojo y anexos	0,5	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,7	0,7
Oído	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Circulatorias	11,1	15,5	11,1	13,8	8,5	11,9	8,8	12,8
Respiratorias	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
Piel	0,8	0,8	1,1	1,0	1,1	1,0	1,8	1,5
Musculoesqueléticas	5,0	3,6	5,1	4,5	4,6	3,9	3,0	2,7
Genitales urinarias	3,3	14,2	3,2	10,3	3,6	12,2	3,8	12,7
Congénitas	0,4	0,5	0,6	0,9	0,4	0,5	0,3	0,4
Clínico/Laboratorio	0,8	1,5	1,4	1,8	1,2	2,1	0,9	1,4
Lesiones	14,9	5,7	16,0	7,1	15,1	6,8	25,1	10,7
Contactos con servicio	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

Fuente: SIH-SUS/DATASUS (Ministerio de la Salud)

Tabla 3 - Coeficientes de internación (por 10.000 habitantes) según grupos de causas de enfermedades y la diferencia entre los géneros, por trienio, Maringá, PR, Brasil, 2000 la 2011

Grupos de Causas (CID 10)	2000 la 2002			2003 la 2005		
	Masculino	Femenino	Diferencia	Masculino	Femenino	Diferencia
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
Mentales	117	27,3	89,7	93,9	34,4	59,5
Circulatorias	57,7	61,2	-3,6	57,1	49,7	7,5
Respiratorias	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
Genitales urinarias	17,1	55,8	-38,6	16,3	37,1	-20,8
Lesiones	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 la 2008			2009 la 2011		
	Masculino	Femenino	Diferencia	Masculino	Femenino	Diferencia
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
Mentales	112	42,4	69,9	120	38,2	82,1
Circulatorias	46,4	45,2	1,2	49,6	47,6	2,0
Respiratorias	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
Genitales urinarias	19,9	46,3	-26,4	21,0	47,0	-25,9
Lesiones	82,6	25,9	56,7	141	39,7	101
Total	548	379	169	561	371	190

Se encontró una asociación significativa de internaciones por trastornos mentales y lesiones entre los hombres en los cuatro trienios, los cuales tuvieron, aproximadamente, cuatro veces más chance de ser internados por trastornos mentales (OR=3,9) y casi tres veces más por lesiones y envenenamientos (OR=2,9) que las mujeres; ellos también presentaron, en los tres primeros trienios, mayores chances

para internación por enfermedades musculoesqueléticas y por contactos con el servicio de salud, caracterizados por la búsqueda de exámenes investigativos o por cuidados y/o procedimientos específicos. Sin embargo, hubo asociación de las internaciones por neoplasias, enfermedades circulatorias y genitales urinarias entre las mujeres durante todo el período (Tabla 4).

Tabla 4 - Razón de chances para el género masculino según grupos de causas de enfermedades, por trienio Maringá, PR, Brasil, 2000 la 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)
Mentales	3,9* (3,58-4,21)	2,4* (2,05-2,40)	2,0* (1,91-2,19)	2,4* (2,23-2,55)
Circulatorias	0,7* (0,63-0,73)	0,8* (0,72-0,84)	0,7* (0,63-0,74)	0,7* (0,61-0,71)
Respiratorias	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)
Musculoesqueléticas	1,4* (1,23-1,60)	1,2† (1,02-1,30)	1,2† (1,05-1,34)	1,1† (0,97-1,28)
Genitales urinarias	0,2* (0,19-0,23)	0,3* (0,30-0,38)	0,3* (0,25-0,30)	0,3* (0,25-0,39)
Lesiones	2,9* (2,64-3,18)	2,5* (2,29-2,73)	2,4* (2,23-2,63)	2,8* (2,63-2,99)
Contactos con servicio	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

El grupo de causas de enfermedades con mayor tiempo promedio de internación fue el de trastornos mentales. Se percibió una disminución en el tiempo promedio de internación a lo largo de los trienios, sin embargo no fue significativa para ambos géneros (p=0,084 para

masculino y p=0,449 para femenino). Comparándose los tiempos promedios de internación de hombres y mujeres, fue identificada una diferencia significativa (p=0,040) en el segundo trienio (Tabla 5).

Tabla 5 - Tiempo promedio de internación según grupos de causas de enfermedades y género, por trienio, Maringá, PR, Brasil, 2000 la 2011

Grupos de Causas (CID 10)	2000 a 2002 (p=0,239*)		2003 a 2005 (p=0,040*)	
	Masculino (p=0,084†)	Femenino (p=0,049†)	Masculino (p=0,084†)	Femenino (p=0,049†)
Infeciosas	7,7	6,6	9,1	5,5
Neoplasias	5,5	3,4	5,4	3,7
Sangre	4,4	4,0	4,7	3,8
Endócrinas	4,8	4,9	5,7	4,5
Trastornos Mentales	37,9	45,7	32,9	30,3
Sistema Nervioso	5,4	4,7	5,6	6,1
Ojo y anexos	1,0	0,6	1,4	1,0
Oído	1,9	1,6	4,1	1,3
Circulatorias	4,7	4,0	5,6	4,4
Respiratorias	3,9	3,5	5,4	4,7
Digestivas	3,7	3,7	4,5	4,2
Piel	4,1	3,3	5,4	4,9
Musculoesqueléticas	3,9	3,3	4,2	3,6
Genitales urinarias	3,7	2,8	5,0	3,6
Congénitas	3,4	4,4	7,0	6,0
Clínico/Laboratorio	4,0	3,5	5,8	3,9
Lesiones	3,6	3,2	4,8	4,1
Contactos con servicio	2,0	2,1	2,4	3,3
Promedio General	11,7	6,5	10,1	6,6

(continúa...)

Tabla 5 - continuación

Grupos de Causas (CID 10)	2006 a 2008 (p=0,085*)		2009 a 2011 (p=0,293*)	
	Masculino (p=0,084†)	Femenino (p=0,049†)	Masculino (p=0,084†)	Femenino (p=0,049†)
Infecciosas	6,9	6,6	7,9	6,3
Neoplasias	4,8	3,8	4,6	3,2
Sangre	3,6	3,4	3,6	4,0
Endócrinas	4,8	4,2	5,5	5,6
Trastornos Mentales	25,0	24,4	26,1	23,3
Sistema Nervioso	4,4	5,7	4,8	3,4
Ojo y anexos	1,6	1,8	0,6	0,6
Oído	2,0	1,8	2,0	2,2
Circulatorias	4,4	3,4	4,6	3,2
Respiratorias	5,0	4,3	6,0	4,6
Digestivas	4,4	3,7	3,7	3,0
Piel	5,5	3,4	4,2	3,9
Musculoesqueléticas	4,1	3,8	4,8	4,0
Genitales urinarias	4,6	3,4	3,4	3,0
Congénitas	8,5	5,7	3,6	4,9
Clínico/Laboratorio	4,7	3,0	3,3	2,4
Lesiones	5,0	4,3	4,6	3,9
Contactos con servicio	2,6	2,0	1,3	1,2
Promedio General	8,8	6,2	9,2	5,6

Fuente: SIH-SUS/DATASUS (Ministerio de la Salud).

*Prueba de Mann Whitney para muestras independientes

†Prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes

Discusión

El SIH/SUS ha sido utilizado en análisis de la situación de salud por morbilidad hospitalaria para el desarrollo de metodologías e indicadores que evidencien, además de desigualdades en salud, problemas relacionados a la cobertura y calidad de las informaciones de ese sistema⁽¹¹⁾. Entretanto, hay que destacar una de las limitaciones del presente estudio, considerando que la utilización de esas informaciones con fines epidemiológicos requiere cautela, sin embargo puede contribuir para la calidad de los registros, confiabilidad de los datos y para la planificación de las acciones en salud, lo que incluye las acciones de enfermería.

El aumento gradual de las internaciones muestra la importancia de la demanda hospitalaria para el sistema de salud en lo que se refiere al costo elevado y a la necesidad de realizar discusiones sobre políticas públicas de salud⁽¹²⁾, principalmente en relación a la población adulta, al constatar la magnitud de los desafíos acerca de la salud de individuos en edad económicamente activa⁽¹³⁾. En el caso de la población de Maringá, que aumentó 24% en el período estudiado, con tendencia para el envejecimiento, las políticas se han dirigido para la calidad de vida de las personas más ancianas.

En el ámbito nacional⁽⁴⁾ se verificó que la mayoría de las internaciones en ese intervalo de edad fue de mujeres.

Sin embargo, en un estudio realizado en Maringá, en el período de 1998 a 2002, los autores constataron que más de la mitad (53,7%) de las internaciones en ese intervalo de edad fue de individuos del género masculino⁽¹⁴⁾. En lo que se refiere a los principales grupos de causas de internación, tanto entre hombres como entre mujeres, los resultados encontrados son semejantes a los de estudios realizados en el ámbito nacional⁽⁴⁾ y en ese mismo municipio⁽¹⁴⁾. En lo que se refiere a las internaciones por trastornos mentales, el municipio de Maringá, siguiendo la política nacional de desinstitucionalización, disminuyó el número de camas psiquiátricas de 49,2% de todas las camas SUS en 2002⁽¹⁴⁾ para 32,8%⁽¹⁵⁾, en 2010, lo que influyó la reducción del número de internaciones por esta causa evidenciada en el presente estudio.

En estudio realizado en una capital del noreste brasileño también se evidenció mayor frecuencia de internaciones por trastornos mentales entre hombres con edad entre 20 y 60 años, especialmente como consecuencia del uso de alcohol y drogas (27,6%)⁽¹⁶⁾. En esa misma investigación se constató, además, que los miembros de la familia fueron los principales responsables por llevar los usuarios al hospital y solicitar la internación (88,6%). De esa forma, conocer el perfil de las internaciones puede dirigir la atención a grupos específicos, por ejemplo, a los usuarios de alcohol, así poder actuar sobre los factores causales junto a los

componentes importantes de la red de apoyo de esos individuos, entre los cuales se encuentra la familia.

Las internaciones por trastornos mentales retomaron el crecimiento a lo largo del período, inclusive después de la implantación de los Centros de Atención Psicosocial en el municipio de Maringá, a partir de 2001, con la Ley de la Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, el presente estudio constató una reducción en el tiempo de internación, lo que puede ser atribuido también a los resultados de la política de desinstitucionalización⁽¹⁷⁾.

En relación a las lesiones, en un estudio realizado en Pernambuco, los autores constataron que 59% de los atendidos por traumas fueron prestados a hombres con edad promedio de 34 años⁽¹⁸⁾. Además de determinantes socioculturales, parte de esa violencia ha sido atribuida, entre otros factores (desempleo, marginalidad, uso de drogas ilícitas y amplia disponibilidad de armas de fuego) al uso abusivo de alcohol⁽¹⁹⁾. Vale destacar que, según un estudio realizado por medio de encuesta telefónica, 26,2% de los hombres brasileños, con edad igual o superior a 18 años, declararon hacer uso abusivo de alcohol; y que entre 2006 y 2011, no hubo cambio expresivo en los índices de uso abusivo de alcohol⁽²⁰⁾. Ese mismo estudio evidenció tendencia creciente de consumo de bebidas alcohólicas entre las mujeres, lo que en un futuro próximo, puede venir a modificar el perfil de enfermedad y, consecuentemente, de las internaciones hospitalarias provenientes de esa práctica⁽²⁰⁾.

Hace mucho tiempo el consumo abusivo de bebidas alcohólicas predomina entre los individuos del género masculino⁽¹⁹⁾, provocando grandes perjuicios a ese grupo de la población, sobre todo como factor preponderante para internaciones por trastornos mentales y comportamentales, lesiones y enfermedades del hígado. Sin embargo, ante la tendencia creciente del consumo de bebidas alcohólicas entre las mujeres, tanto hombres como mujeres deben constituirse en objetivo de atención de los profesionales de enfermería al considerar que estos pueden establecer un vínculo con los usuarios del servicio de atención primaria a la salud que conviven con el vicio, y así poder identificar posibilidades de cambio y no naturalizar esa práctica que está ligada a aspectos socioculturales. Para esto, el trabajo en equipo y vinculado a articulaciones intersectoriales posibilita la eficiencia en la integralidad, principio tan importante para el funcionamiento del actual modelo asistencial⁽⁴⁾.

Sobre las internaciones por enfermedades del aparato circulatorio, un estudio realizado a partir de datos del SIH/SUS identificó la disminución del coeficiente de internación hospitalaria en Niterói, de 1998 a 2007, entre individuos de 30 a 59 años, para ambos géneros⁽²¹⁾. Sin embargo,

el coeficiente se mantuvo alto entre los hombres, lo que se asemeja a los hallazgos del presente estudio a partir del segundo trienio. Además, vale resaltar, con base en encuesta realizada entre hombres, en Juiz de Fora⁽²²⁾, que 80% de ellos presentaban por lo menos uno de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Fueron evaluados sobrepeso/obesidad, sedentarismo o actividad física irregular, tabaquismo, hipertensión arterial y presión arterial límite, por contribuir significativamente para el perfil de las internaciones por enfermedades del aparato circulatorio y, en consecuencia, requieren atención profesional, principalmente por el carácter modificable de esos factores.

Las internaciones por enfermedades respiratorias en la población de 20 a 59 años disminuyeron a lo largo del tiempo en Maringá. Lo mismo ocurrió en Sao Paulo, en donde hubo una reducción en todas las edades⁽²³⁾. Frente a esa reducción, cabe destacar la expansión de la Estrategia Salud de la Familia en el transcurso de la década de 2000 y la actuación positiva de los profesionales de la salud en la prevención de enfermedades respiratorias, a través de las actividades de inmunización, las cuales son las principales acciones dirigidas a controlar las infecciones respiratorias y demás de enfermedades que pueden ser prevenidas por inmunización. Por lo tanto, se infiere que el acceso de los extremos etarios de la población a las vacunas, sobre todo de los niños, se muestra determinante y eficaz en el combate a la transmisión de enfermedades, por ejemplo, la gripe.

En una estimativa realizada por el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) se evidencia mayor incidencia de neoplasias entre las mujeres. En lo que se refiere al tipo de cáncer en la población del Estado del Paraná, se constata que entre los hombres, los de cavidad oral, faringe, estómago y esófago se mantienen como más frecuentes; para las mujeres, además del cáncer de mama y del cuello del útero, los de colon y recto también surgen como importante causa de morbilidad⁽²⁴⁾. El enfrentamiento del cáncer debe incluir acciones de educación en salud, promoción y prevención en todos los niveles, además de análisis epidemiológicas a partir de sistemas de información disponibles⁽²⁴⁾.

El avance gradual de la diferencia entre los coeficientes de internación por Diabetes Mellitus sugiere la existencia de diferencias en el control y en la prevención de complicaciones provenientes de esa condición, entre las cuales: el perfil del uso de medicamentos, la mayor preocupación con la salud por parte de las mujeres, una mayor búsqueda por servicios de salud que entre los hombres y la cantidad de programas de salud dirigidos para las mujeres⁽²⁵⁾. Esas estrategias se encuentran

principalmente en el ámbito de la atención primaria a la salud, en que la implementación de las acciones debe contraponerse al censo curativo por medio de prácticas preventivas y territoriales.

En el presente estudio, y en un estudio realizado en Brasil en 2005, las internaciones por enfermedades esquelético musculares fueron más frecuentes entre los hombres⁽⁴⁾. Sin embargo, otro estudio revela que esas enfermedades acometen más a las mujeres, en prácticamente todas las regiones del cuerpo, especialmente debido a las actividades ocupacionales⁽²⁶⁾.

En lo que se refiere a los "contactos con los servicios de salud" (CID-10), que incluyen los exámenes investigativos y procedimientos específicos, la frecuencia de los hombres fue significativamente mayor que entre las mujeres, lo que puede constituir un reflejo de la poca búsqueda masculina por cuidados preventivos, y, consecuentemente, la tendencia a una mayor utilización de los servicios motivada por factores que influyen el estado de salud. Constataciones como esta llevaron al Ministerio de la Salud a elaborar la Política Nacional de Atención Integral la Salud del Hombre (PNAISH) que, en conjunto con la atención primaria, debe ser implementada junto a los profesionales y servicios de salud con la finalidad de reorientar la atención de la salud del hombre, ampliando las posibilidades de utilización de los servicios, con enfoque en la prevención y promoción en salud.

La evolución tecnológica de la práctica en salud y la consecuente reducción del número de días de internación necesarios se reflejan en la disminución de los tiempos promedios de internación⁽¹²⁾. Se observa que el promedio general es mayor para los hombres, y, en determinados momentos, es significativamente mayor que el tiempo de internación de las mujeres, supuestamente por el hecho de que ellos son internados en una situación de mayor gravedad, lo que prolonga el tratamiento. Esa consideración señala el aspecto comportamental vinculado al género, la socialización de las necesidades de la salud y las iniquidades, en busca de prácticas preventivas de cuidado⁽⁶⁾, las que generan obstáculos para el flujo de los usuarios en el sistema de salud.

En ese sentido se debe considerar no solamente el diferencial de la morbilidad hospitalaria entre hombres y mujeres, pero también las particularidades de género en la utilización de los servicios de salud, tanto de carácter curativo como preventivo. Es necesario que el profesional de enfermería esté atento al perfil de morbilidad de la población, pudiendo, así, actuar en la sensibilización del hombre en lo que se refiere a los beneficios de comportamientos preventivos para su salud, siguiendo el ejemplo de las mujeres que avanzaron relativamente bien

en el ejercicio de esas prácticas, hecho demostrado por el aumento de la esperanza y calidad de vida en la población femenina.

Conclusión

Los resultados de este estudio muestran que los hombres son internados principalmente por trastornos mentales, lesiones y enfermedades circulatorias, y que las internaciones entre las mujeres son motivadas principalmente por neoplasias, enfermedades circulatorias y genitales urinarias. Se constató una asociación significativa de algunos de esos grupos de causas en relación a los géneros femenino y masculino, durante todo el período estudiado, lo que refuerza la necesidad de prestar atención específica para hombres y mujeres, según los principales diagnósticos que llevan a la internación.

En lo que se refiere al tiempo promedio de internación se verificó una disminución general a lo largo del período, sin embargo no fue significativa. Al comparar hombres y mujeres se constató una diferencia significativa en el segundo trienio, con el promedio general masculino siempre mayor que el femenino, supuestamente porque los hombres demoran más tiempo que las mujeres para buscar cuidados, lo que agrava su estado de salud.

En este estudio, además de acrecentar conocimiento acerca de las especificidades entre los géneros femenino y masculino, los resultados caracterizan el perfil de las internaciones en una perspectiva temporal, mediante la comparación entre los trienios (intervalos de tiempo), en el transcurso del período estudiado. Por lo tanto, se concluye que estudios como éste pueden colaborar para la gestión y organización de los servicios de salud, con base en las características epidemiológicas y las necesidades locales, con el objetivo de posibilitar que estudios futuros proyecten perfiles de salud cada vez más favorables.

Referencias

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.

Recibido: 26.11.2012
Aceptado: 30.10.2013