



PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MARINGÁ-PARANÁ (2008-2012)

Pedro Henrique Teixeira Soto¹; Gabriela Martini Raitz²; Ludmila Lopes Bolsoni³;
Cássia Kely Favoretto Costa⁴

RESUMO: Objetivo: analisar o perfil da morbidade hospitalar das internações do Sistema Único de Saúde por doenças crônicas não transmissíveis em Maringá-Paraná, no período de 2008 a 2012. Método: estudo descritivo, comparativo e retrospectivo, desenvolvido a partir da coleta de dados das morbidades no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde-SUS. As variáveis utilizadas foram: números de autorizações de internações hospitalares pagas e gasto total do SUS para as doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias. Resultados: dentre as quatro morbidades avaliadas nos cinco anos, as neoplasias e as doenças cardiovasculares se mostraram as mais prevalentes, representando, respectivamente, 62,1% e 25,9% da frequência de internações. As primeiras apresentam como maior expoente o sexo feminino, principalmente na faixa etária de 45 a 49 anos. As últimas revelam predominância do sexo masculino, na faixa de 55 a 59 anos; e apesar de demandarem menor número de internações, são mais dispendiosas para o SUS. Os fatores agentes químicos, físicos e biológicos relacionados ao processo de industrialização e as características genéticas fazem com que as neoplasias assumam relevância ainda maior quando comparados a estudos realizados para o Paraná e o Brasil. Conclusões: infere-se a necessidade de maior atenção aos fatores de risco, promoção e prevenção à saúde das morbidades mais prevalentes, buscando a minimização destas doenças por meio da medicina preventiva.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Gastos em Saúde; Hospitalização; Vigilância.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm sendo classificadas como um problema de saúde pública, uma vez que estão cada vez mais evidentes no contexto das comorbidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; LONGO *et al.*, 2011). Os fatores comportamentais como dietas altamente calóricas, sedentarismo, estresse, tabagismo e etilismo predis põem estas doenças, entre as quais se destacam: diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), neoplasias, doenças respiratórias, cardiovasculares, do aparelho locomotor, da nutrição e do metabolismo (BRASIL, 2011).

Segundo World Health Organization (2013), as DCNT correspondem a 63% das mortes no mundo (36 milhões de pessoas a cada ano) e tem atingido a população de faixa etária menor que 60 anos, especialmente nos países de baixa e média renda. Schmidt *et al.* (2011) aponta que, no Brasil, em 2007, verificou-se que a porcentagem (72%) de carga de mortes referentes à DCNT era superior a mundial, sendo a taxa de mortalidade de aproximadamente 540 óbitos para cada 100 mil habitantes.

¹ Acadêmico do Curso Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – PR. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq-Cesumar). pedrohenriquetsoto@gmail.com

² Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – PR. Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da UniCesumar (PROBIC). gmraitz@hotmail.com

³ Acadêmica do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – PR. ludmilalopesbolsoni@gmail.com

⁴ Orientadora, Doutora, Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. cassia.costa@unicesumar.edu.br



Destaca-se que no Paraná, assim como para o Brasil e o mundo, as DCNT são classificadas como problema de saúde pública. A taxa de mortalidade por DCNT no estado, em 2009, foi de aproximadamente 348,1 óbitos por 100 mil habitantes (PARANÁ, 2011).

Lessa (2004) e Toscano (2004) destacam que no Brasil existe uma escolha maciça pela medicina curativa em detrimento da preventiva, focando no atendimento e tratamento das DCNT em serviços de urgência, emergência e hospitalização. Isso gera maiores gastos quando comparadas às análises de fatores de risco por busca ativa da população, entrevistas e visitas domiciliares e observação epidemiológica.

Assim, estudos regionais sobre morbidade e custos tornam-se relevantes por colaborarem na formação de indicadores a fim de serem gerados recursos para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de prevenção, gestão e promoção à saúde. Diante disso, o objetivo do artigo foi analisar o perfil da morbidade hospitalar do SUS por DCNT em Maringá-Paraná, entre 2008 e 2012.

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, comparativo e retrospectivo, realizado a partir da base de dados sobre morbidades hospitalares do SUS por DCNT em Maringá, Paraná. As informações secundárias de domínio público foram coletadas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) do DATASUS (www.datasus.gov.br), para o período de 2008 até 2012. A coleta de dados ocorreu entre junho e novembro de 2013. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR (CEP), parecer número 562.087.

As variáveis coletadas foram as seguintes: a) número de autorização de internações hospitalares (AIH) pagas pelo SUS e b) valor total. A forma de coleta foi feita considerando as informações: 1) local de residência; 2) sexo; 3) ano; 4) faixa etária (25-80 anos ou mais) e 5) tipo de doença. As causas de internações foram agrupadas por Capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – CID- 10 para as doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes e neoplasia. A análise foi centralizada nestes quatro grupos de doenças e na faixa etária destacada devido à representatividade no perfil das internações hospitalares e dispêndios para o SUS.

A análise estatística foi feita por meio das distribuições de frequência simples e relativa, além do cálculo de média. O custo médio por internação foi calculado pela divisão entre o valor total pago pelo SUS por grupo de doença e o número de internações hospitalares de cada grupo. Nas estimativas utilizou-se o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 17.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 observa-se um total de 15.907 internações, sendo 7.697 casos masculinos e 8.210 femininos. Do total de 507 casos de doenças respiratórias, 319 deles (62,9%) atingiram os homens, com faixa etária de maior representatividade entre 60 a 64 anos (16,3%). Para o sexo feminino, o número de internações correspondeu a 188 (37,1%), com destaque para o intervalo etário entre 70 e 74 anos.

No que se refere às doenças cardiovasculares (Tabela 1), o número de internações para homens e mulheres correspondeu a 2.292 e 1.833 casos, respectivamente. A faixa



etária prevalente para o sexo masculino é de 55 a 59 anos (14,0%) e para o feminino, é de 60 e 64 anos (14,11%). O diabetes, por sua vez, apresentou a totalidade de 732 internados para o sexo masculino e 662, para o feminino. A doença atinge mais homens entre 55 a 59 anos (15,8%) e mulheres entre 80 anos ou mais (15,4%). Já as neoplasias são responsáveis pela maioria das internações do SUS, sendo de 4.354 internações de homens e 5.527 de mulheres. A faixa etária masculina e feminina com maiores participações foi de 65 a 69 anos (14,8%) e 45 a 49 anos (14,4%), nesta ordem.

Os resultados evidenciados nesta pesquisa são contrários à evidência apresentada por Paraná (2008) em estudo sobre as internações hospitalares, entre 1998 e 2004. O autor constatou que no estado do Paraná as DCNT mais prevalentes, em ordem decrescente, eram: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias e diabetes.

Tabela 1 – Frequência das internações hospitalares aprovadas pelo SUS, por grupo de causas de doenças CID-10, faixa etária e sexo, Maringá-Paraná – 2008 até 2012

Faixa etária	Respiratórias		Cardiovasculares		Diabetes		Neoplasias	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino								
25-29	20	6,3	29	1,3	16	2,2	62	1,4
30-34	9	2,8	39	1,7	9	1,2	114	2,6
35-39	6	1,9	70	3,1	14	1,9	114	2,6
40-44	12	3,8	122	5,3	45	6,1	191	4,4
45-49	22	6,9	179	7,8	52	7,1	347	8,0
50-54	16	5,0	265	11,6	61	8,3	395	9,1
55-59	22	6,9	320	14,0	116	15,8	479	11,0
60-64	52	16,3	313	13,7	89	12,2	628	14,4
65-69	48	15,0	314	13,7	98	13,4	644	14,8
70-74	36	11,3	244	10,6	73	10,0	535	12,3
75-79	36	11,3	198	8,6	60	8,2	395	9,1
80 anos ou mais	40	12,5	199	8,7	99	13,5	450	10,3
Total	319	100,0	2.292	100,0	732	100,0	4.354	100,0
Feminino								
25-29	8	4,3	35	1,9	17	2,6	150	2,7
30-34	13	6,9	43	2,3	10	1,5	243	4,4
35-39	8	4,3	79	4,3	18	2,7	365	6,6
40-44	20	10,6	130	7,1	24	3,6	590	10,7
45-49	7	3,7	143	7,8	35	5,3	796	14,4
50-54	12	6,4	203	11,1	37	5,6	644	11,7
55-59	16	8,5	201	11,0	85	12,8	683	12,4
60-64	20	10,6	258	14,1	93	14,0	541	9,8
65-69	21	11,2	211	11,5	86	13,0	502	9,1
70-74	26	13,8	180	9,8	71	10,7	444	8,0
75-79	21	11,2	161	8,8	84	12,7	270	4,9
80 anos ou mais	16	8,5	189	10,3	102	15,4	299	5,4
Total	188	100,0	1.833	100,0	662	100,0	5.527	100,0
Total Geral	507		4.125		1.394		9.881	

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.



Cabe ressaltar que as maiores prevalências de neoplasias em uma determinada região podem surgir devido aos hábitos de vida errôneos desenvolvidos pela população juntamente com a pressão do mundo capitalista e globalizado, com alimentação pobre em fibras, rica em gordura e proteína, grande consumo de álcool e tabaco e exposição ocupacional e ao sol. Além de outros fatores ambientais, como infecções virais, bacterianas e parasitárias associadas a infecções crônicas podem predispor a neoplasias (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014).

Na Tabela 2, evidenciou-se que o SUS apresentou um gasto total de R\$24.795,00 mil, sendo R\$13.539,91 mil e R\$11.255,09 mil com homens e mulheres, respectivamente. As doenças cardiovasculares representaram a classe mais dispendiosa (51,2%), seguido das neoplasias (43,6%). Em termos de gastos médios, as doenças cardiovasculares mantêm-se em primeiro lugar (R\$3.071,43 por internação); contudo, são as doenças respiratórias que assumem o segundo lugar nessa média (R\$1.249,43).

Tabela 2 – Gastos absoluto e médio das internações hospitalares aprovadas pelo SUS, por grupo de doença e sexo, Maringá-Paraná – 2008 até 2012

Grupo de causas de doenças (CID-10)	Masculino		Feminino		Valor Total (R\$1.000)	%	Gasto médio (R\$)*
	Valor (R\$1.000)	%	Valor (R\$1.000)	%			
Respiratórias	388,77	2,9	259,90	2,3	648,67	2,6	1.279,43
Cardio-vasculares	7.867,09	58,1	4.802,56	42,7	12.669,65	51,2	3.071,43
Diabetes	342,07	2,5	323,22	2,9	665,29	2,6	477,25
Neoplasias	4.941,98	36,5	5.869,41	52,1	10.811,39	43,9	1.094,16
Total	13.539,91	100,0	11.255,09	100,0	24.795,00	100,0	

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.

Estes resultados estão em consonância com os dados obtidos para o Paraná, que somente com internação hospitalar causada por doenças e agravos não transmissíveis gastou-se, em 2004, mais de 340 milhões de reais, correspondendo a 68,3% do total de gastos, que já inclui a assistência ao parto. As doenças cardiovasculares demandaram os maiores valores, com 26,5% de todo o gasto hospitalar (mais de um quarto do total), apesar de representar 13,3% das internações. As neoplasias e as doenças respiratórias, por sua vez, apresentaram, respectivamente, 8,5% e 4,3% das despesas hospitalares (PARANÁ, 2008).

4 CONCLUSÃO

A partir dos resultados apresentados neste artigo foi possível observar que os dados sobre a morbidade hospitalar do SUS são efetivos, pois além de mostrar a realidade atual de cada local, permitem intervenções precoces por parte dos gestores públicos, em populações de risco e proporcionam melhor escola terapêutica aos portadores de doença crônica. Portanto, para pesquisas de vigilância epidemiológica das DCNT serem realizadas é necessário que haja estatísticas de saúde confiáveis e de dados complementares que constem cobertura populacional, confiabilidade e precisão para mostrar a realidade de cada.



REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Síndromes mielodisplásicas**. 2014. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002314-pdf.pdf>>. Acesso em: 02 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador-BA, v.9, n.4, p.931-943, 2004.

LONGO, F. Z.; NEVES, J.; CASTRO, T.G.; PEDROSO, M. R. O.; MATOS, I. B. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. **Ver Bras Epidemiol**, v. 14, n. 4, p. 698-708, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Doenças e agravos não transmissíveis no Estado do Paraná**. 2ª ed. 97 p. Curitiba, 2008.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Oficina **Vigilância em Saúde: Promoção da Saúde - Prevenção a Doenças e Outros Agravos**. 2011. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Plano_Nac_de_Enfrentamento_de_DCNT_Resumo.PDF>. Acesso em: 02 ago 2014.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377. 2011

TOSCANO, C. M.. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília-DF, p.885-895, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Geneva, Suíça. **WHO Global Report**, 2005. 36p.

_____. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf>. Acesso em: 20 jul 2014.