



**Sexo frágil? Padrões de internação e mortalidade segundo gênero no Município do Rio de Janeiro. 2000 a 2012**

**Nº 20150501  
Maio - 2015**

Alcides Carneiro, Rosanna Iozzi, Cecília Nicolai, Soraya Fraile Espias e Lucia Santos – IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro



**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**  
**Secretaria Municipal de Urbanismo**  
Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos

## **EXPEDIENTE**

---

A **Coleção Estudos Cariocas** é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, vinculada ao portal de informações do Instituto Pereira Passos (IPP) da Secretaria Municipal da Casa Civil da Prefeitura do Rio de Janeiro:

[www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br).

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos, bem como os dos colaboradores internos, sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

**Periodicidade:** A periodicidade é anual, mas o número de artigos por edição é variável, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

**Conselho Editorial:** Fernando Cavallieri

# SEXO FRÁGIL ? PADRÕES DE INTERNAÇÃO E MORTALIDADE SEGUNDO GÊNERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2000 A 2012

*Alcides Carneiro, Rosanna Iozzi, Cecília Nicolai, Soraya Fraile Espias e Lucia Santos – IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro*

## 1 - Introdução

As análises da situação de saúde incorporam necessariamente a observação das diferenças e semelhanças entre os sexos. Interessam tanto os aspectos biológicos, quanto psíquicos, sociais e culturais que incidem de modo próprio em mulheres e nos homens.

Desde a concepção são consideradas possíveis diferenças de desempenho dos espermatozoides caso carreguem um cromossomo X ou Y e por isso nasceriam sempre mais meninos. Mas, por outro lado, são mais frequentes as perdas fetais do sexo masculino. Desse modo, a “sobrenatalidade” masculina seria muito maior do que os 3 ou 5% observados em média (Berquó, 1986).

Ainda com enfoque na biologia, a duplicidade do cromossomo X na mulher assumiria um efeito compensador em algumas doenças genéticas como a hemofilia. Os desgastes celulares por processos oxidativos seriam menores entre as mulheres pela presença dos hormônios femininos que também oferecem um efeito cardioprotetor (Vallin, 2004).

Sobre a biologia incidem os fatores sociais, econômicos, culturais, históricos e ambientais, construídos pela sociedade que moldam comportamentos, inserções e representações distintas segundo o sexo, constituindo o conceito de gênero (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2005; Vallin, 2004). Desse modo, a condição de saúde analisada sobre a perspectiva do gênero deve considerar a interação entre as características biológicas e sociais e o momento dessa análise.

Neste trabalho abordamos a distribuição populacional, os perfis de internação e mortalidade por sexo e idade de residentes na cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2012. Nosso objetivo é analisar os padrões de adoecimento e morte, considerando o gênero a categoria principal de análise.

## 2 – Metodologia

Os dados populacionais utilizados se referem à população residente na cidade do Rio de Janeiro, tabulados a partir do site do DATASUS e tendo como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados de internação hospitalar foram extraídos do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e sobre mortalidade são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Os registros sobre internação foram tabulados a partir do tabulador TABNET da SMS-RJ. Os dados sobre Mortalidade foram tabulados a partir do TABNET disponível no site do Ministério da Saúde/DATASUS.

O período focado foi dos anos de 2000 a 2012, mas em relação aos dados de internação, em função da disponibilidade e dos recortes de análise, optamos por trabalhar com os dados de 2008 e 2012.

### **3 – Análise dos Dados**

#### **3.1 – A População – Idade e Sexo**

Entre os censos de 2000 e 2010 a população carioca cresceu 8%, portanto, abaixo da média nacional de 12%. Entre as demais capitais brasileiras o Rio de Janeiro foi uma das que menos cresceu e se posiciona abaixo do crescimento observado para região sudeste como um todo – 9%.

O crescimento da população carioca não se dá de modo homogêneo entre as diferentes faixas etárias. E para o grupo de menores de 15 anos observa-se inclusive retração. Essa diminuição ocorre em função do declínio da natalidade e da fecundidade e consequente impacto nas coortes de nascimento até 14 anos de idade.

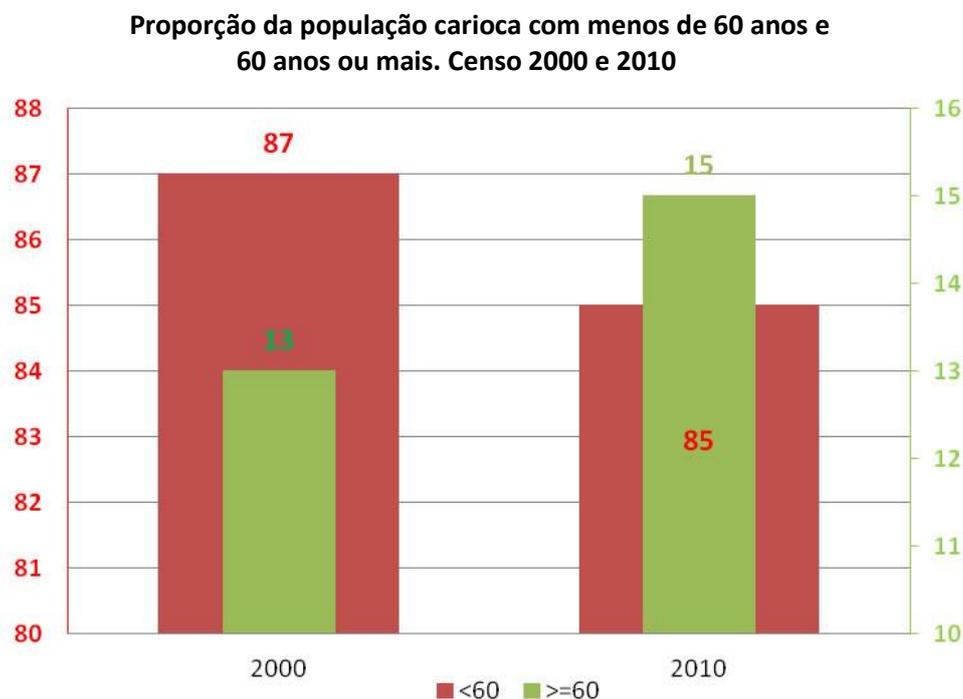
Como veremos adiante a diminuição da mortalidade por causas violentas ao longo dos anos 2000 se refletirá em maiores ganhos populacionais para população masculina – entre 2000 e 2010 a população total masculina cresceu 10% enquanto a feminina 8%.

## População da Cidade do Rio de Janeiro – total, masculina e feminina. 2000 a 2012

Total													
Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	5.857.906	5.891.449	5.926.437	5.963.703	6.001.723	6.009.449	6.045.345	6.082.171	6.077.282	6.114.053	6.320.446	6.374.308	6.429.256
até 14 anos	1.323.585	1.311.507	1.299.715	1.288.374	1.277.143	1.259.511	1.247.838	1.236.319	1.216.415	1.204.945	1.226.358	1.217.580	1.208.887
de 15 a 29 anos	1.495.553	1.496.484	1.497.524	1.498.877	1.500.152	1.493.628	1.493.881	1.494.099	1.483.864	1.483.596	1.523.960	1.526.989	1.529.949
de 30 a 59 anos	2.287.131	2.315.878	2.345.247	2.375.582	2.406.282	2.424.818	2.454.696	2.484.995	2.498.188	2.528.437	2.629.277	2.667.147	2.705.569
60 a 69 anos	404.281	411.315	418.479	425.834	433.273	438.528	445.837	453.234	457.507	464.899	485.325	494.184	503.155
70 a 79 anos	249.975	254.340	258.788	263.353	267.971	271.239	275.778	280.373	283.034	287.626	300.283	305.784	311.355
80 anos e mais	97.381	101.925	106.684	111.683	116.902	121.725	127.315	133.151	138.274	144.550	155.243	162.624	170.341
60 anos ou mais	751.637	767.580	783.951	800.870	818.146	831.492	848.930	866.758	878.815	897.075	940.851	962.592	984.851
Masculina													
Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
total	2.748.148	2.763.522	2.779.544	2.796.604	2.813.981	2.817.122	2.833.430	2.850.133	2.847.249	2.863.841	2.959.817	2.984.291	3.009.213
até 14 anos	671.164	665.081	659.149	653.452	647.816	638.938	633.087	627.320	617.302	611.570	622.532	618.177	613.869
de 15 a 29 anos	734.113	735.360	736.661	738.115	739.530	737.097	738.003	738.891	734.602	735.241	756.036	758.330	760.591
de 30 a 59 anos	1.048.967	1.063.113	1.077.548	1.092.432	1.107.487	1.116.943	1.131.619	1.146.490	1.153.463	1.168.302	1.215.781	1.234.164	1.252.802
60 a 69 anos	169.297	172.300	175.360	178.502	181.681	183.946	187.075	190.242	192.100	195.269	203.917	207.709	211.550
70 a 79 anos	94.637	96.309	98.013	99.762	101.532	102.791	104.533	106.296	107.327	109.090	113.914	116.024	118.162
80 anos e mais	29.970	31.359	32.813	34.341	35.935	37.407	39.113	40.894	42.455	44.369	47.637	49.887	52.239
60 anos ou mais	293.904	299.968	306.186	312.605	319.148	324.144	330.721	337.432	341.882	348.728	365.468	373.620	381.951
Feminina													
Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
total	3.109.758	3.127.927	3.146.893	3.167.099	3.187.742	3.192.327	3.211.915	3.232.038	3.230.033	3.250.212	3.360.629	3.390.017	3.420.043
até 14 anos	652.421	646.426	640.566	634.922	629.327	620.573	614.751	608.999	599.113	593.375	603.826	599.403	595.018
de 15 a 29 anos	761.440	761.124	760.863	760.762	760.622	756.531	755.878	755.208	749.262	748.355	767.924	768.659	769.358
de 30 a 59 anos	1.238.164	1.252.765	1.267.699	1.283.150	1.298.795	1.307.875	1.323.077	1.338.505	1.344.725	1.360.135	1.413.496	1.432.983	1.452.767
60 a 69 anos	234.984	239.015	243.119	247.332	251.592	254.582	258.762	262.992	265.407	269.630	281.408	286.475	291.605
70 a 79 anos	155.338	158.031	160.775	163.591	166.439	168.448	171.245	174.077	175.707	178.536	186.369	189.760	193.193
80 anos e mais	67.411	70.566	73.871	77.342	80.967	84.318	88.202	92.257	95.819	100.181	107.606	112.737	118.102
60 anos ou mais	457.733	467.612	477.765	488.265	498.998	507.348	518.209	529.326	536.933	548.347	575.383	588.972	602.900

Fonte: DATASUS/MS – 2000 e 2010; IBGE – Censos Demográficos 2001 – 2009, 2011 – 2012; interpolação intercensitária e projeções.

O grupo de 60 anos ou mais de idade aumentou 2%, enquanto abaixo dos 60 anos ocorreu uma retração também de 2%.



Fonte: IBGE-Censos Demográficos de 2000 e 2010

Como podemos constatar na tabela abaixo, a razão de sexos na população da cidade do Rio de Janeiro é a expressão da “sobremasculinidade de nascimentos” e da “sobremortalidade” masculina.

Para cada 100 nascimentos de meninas ocorreram em média 102/103 de meninos. Algumas possibilidades de explicação procuram estabelecer associações com características biológicas, celulares e morfológicas que determinarão maior sucesso do cromossomo Y sobre o X na fecundação do óvulo. Mas independente da explicação, o fato é que esse predomínio masculino parece ser realmente necessário, pois a “sobremortalidade” masculina também é um fato (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2005; Vallin, 2004). Se não tivéssemos um predomínio no nascimento de meninos o equilíbrio entre sexos seria rompido.

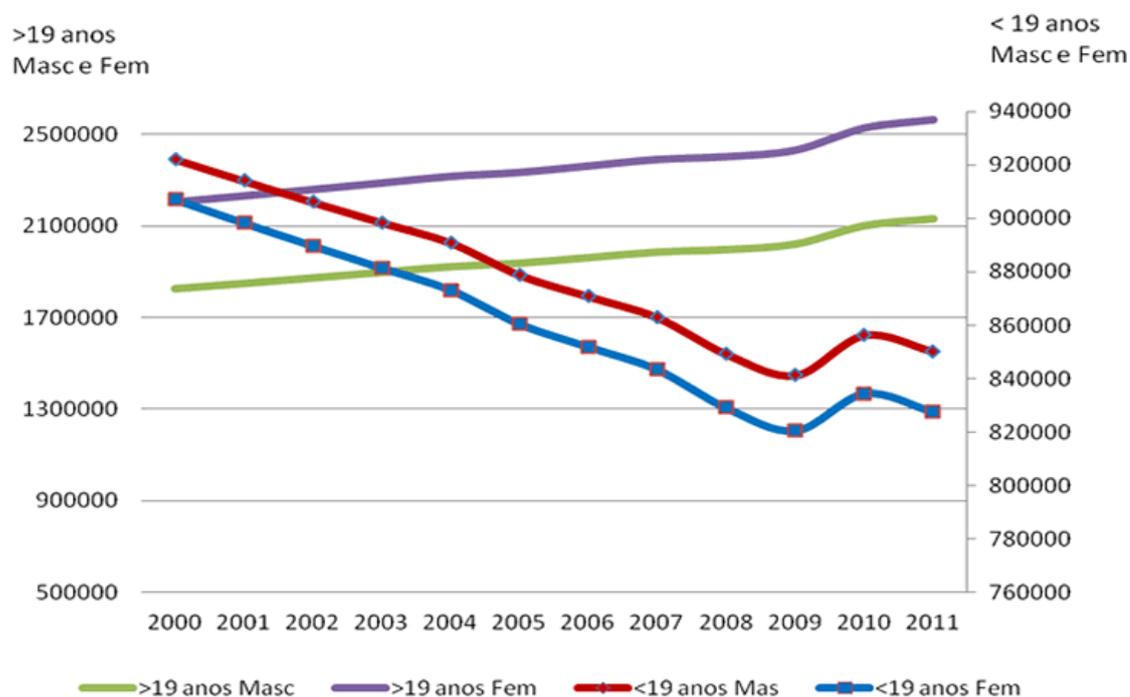
Entre 15 e 19 anos as populações masculina e feminina se igualam e a partir daí as mulheres são maioria. As mortes por violências e acidentes provocam uma primeira ruptura neste padrão.

### Razão de sexos – População, MRJ – 2000 a 2011

Idade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Menor 1 ano	1.04	1.04	1.04	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03
1 a 4 anos	1.04	1.04	1.04	1.04	1.04	1.04	1.04	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03
5 a 9 anos	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03
10 a 14 anos	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03
15 a 19 anos	0.99	0.99	0.99	0.99	1.00	1.00	1.00	1.00	1.01	1.01	1.01	1.02
20 a 29 anos	0.95	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96	0.97	0.97	0.97	0.97	0.97
30 a 39 anos	0.89	0.89	0.89	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.91	0.91	0.91	0.91
40 a 49 anos	0.83	0.84	0.84	0.84	0.85	0.85	0.85	0.85	0.86	0.86	0.86	0.87
50 a 59 anos	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.79
60 a 69 anos	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.72	0.73
70 a 79 anos	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61
80 anos e mais	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44	0.44

Fonte: DATASUS/MS; IBGE

### População segundo sexo e idade – menos e mais de 19 anos. MRJ, 2000 a 2011



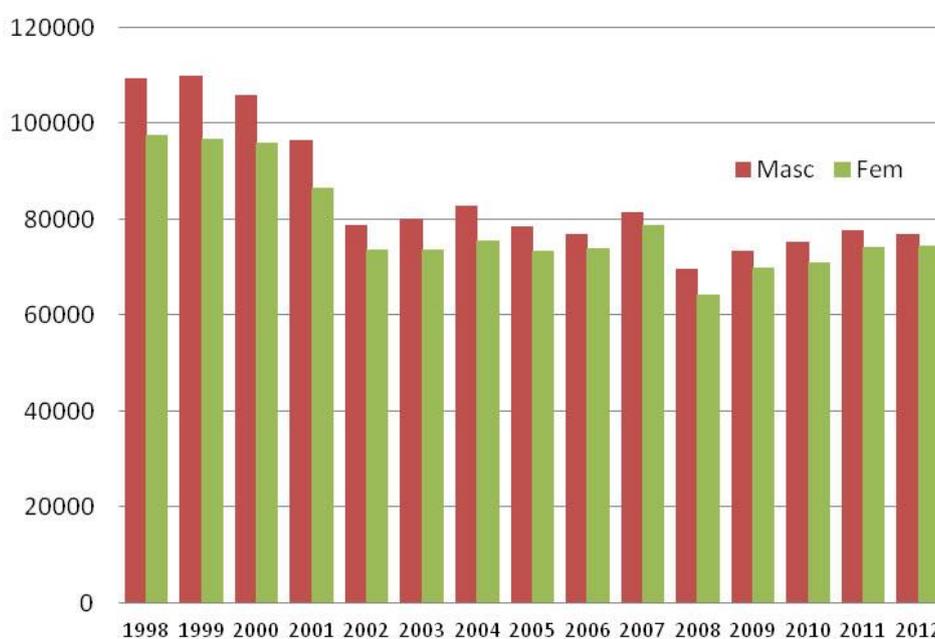
Fonte: DATASUS/IBGE

Fatores biológicos, genéticos, históricos e comportamentais se combinam e incidem de forma e intensidade diferentes em homens e mulheres, com desvantagens para o primeiro. A mortalidade masculina é marcada pelas causas violentas e acidentais. Como veremos na avaliação do padrão de mortalidade, as perdas para a população masculina carioca entre as idades de 15 e 29 anos, incidem sobre o perfil demográfico. A manutenção da sobremortalidade masculina nas idades subsequentes, principalmente devido às doenças crônico-degenerativas - doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes – promove “vantagens” populacionais cada vez maiores para as mulheres, principalmente nas idades mais avançadas – acima dos 80 anos – o contingente populacional masculino é 40% menor que o feminino.

### 3.2 – As Internações – Idade e Sexo

Entre 1998 e 2012 a frequência de internações masculinas na rede SUS foi superior a das mulheres.

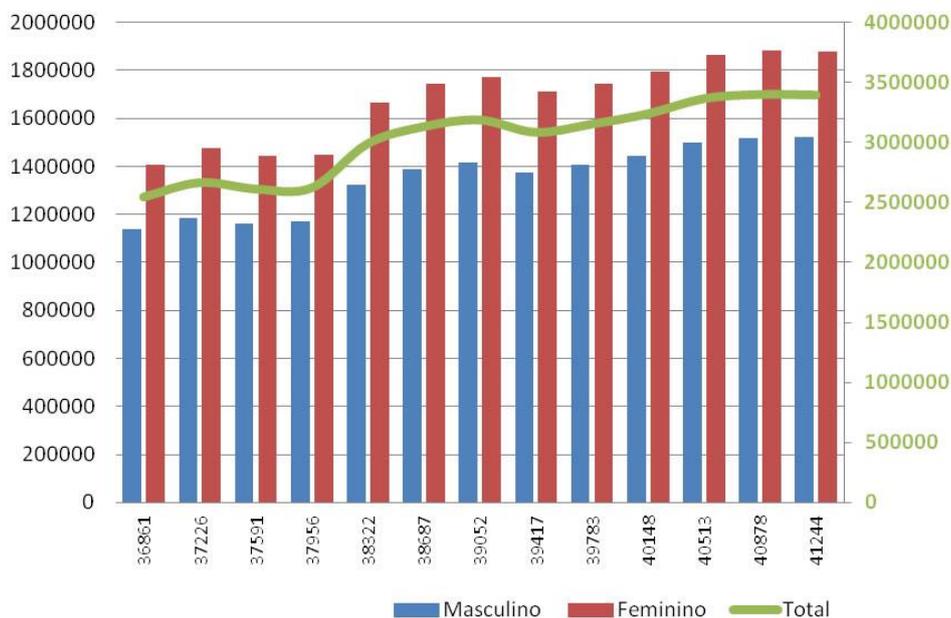
**Frequência de internações na rede SUS segundo sexo (excluídas obstétricas)  
MRJ, 1998 a 2012**



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Mas nos últimos anos esse predomínio masculino perde força, apesar da diminuição no total de internações de cariocas na rede SUS. Essa redução pode ser reflexo da ampliação da cobertura dos planos privados de saúde que entre 2000 e 2012 cresceram 34%, com predomínio da clientela feminina.

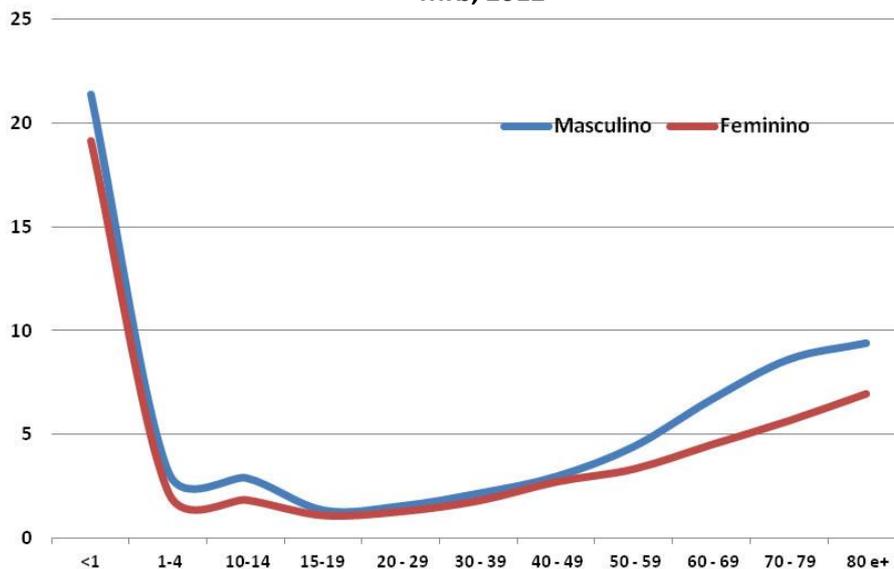
**Beneficiários de Planos de Saúde Privados, por sexo, MRJ, 2000 a 2012**



Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2013

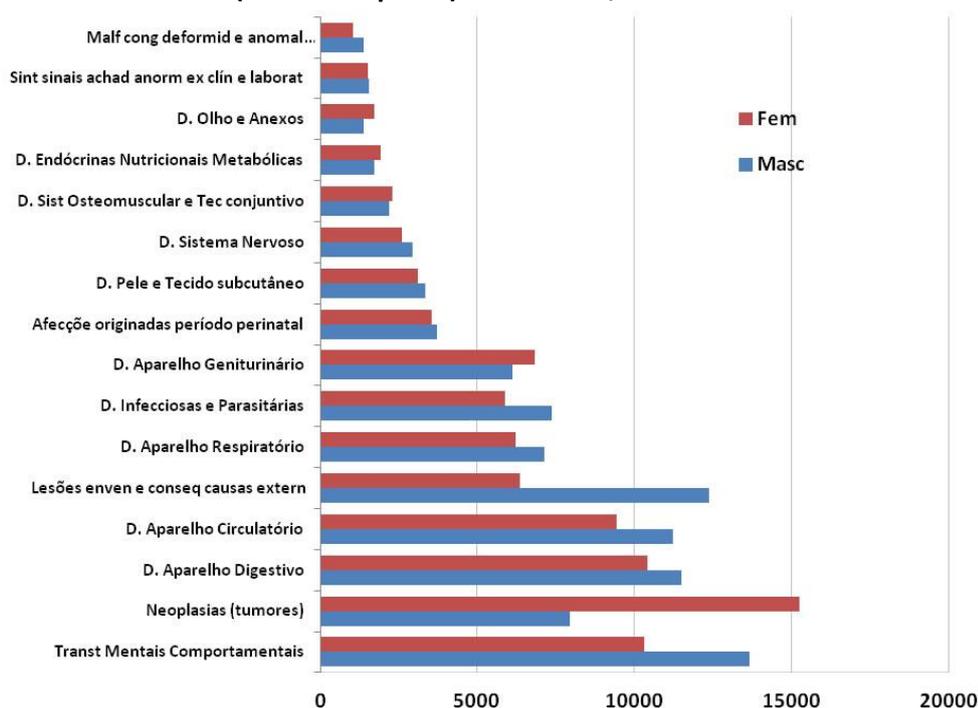
Enfocando especificamente o ano de 2012 e observando a razão de internações hospitalares por 100 habitantes cariocas, segundo faixa etária e sexo, homens apresentaram taxas de internação maiores que as femininas.

**Razão de Internação / 100 habitantes por faixa etária e sexo na rede SUS. MRJ, 2012**



Fonte: SURCA/SMSDC RIO – Sistema de Informação Ambulatorial ou Hospitalar do SUS

**Número de Internações, segundo principais grupos de diagnóstico  
(CID 10 – capítulo) e sexo. MRJ, 2012.**

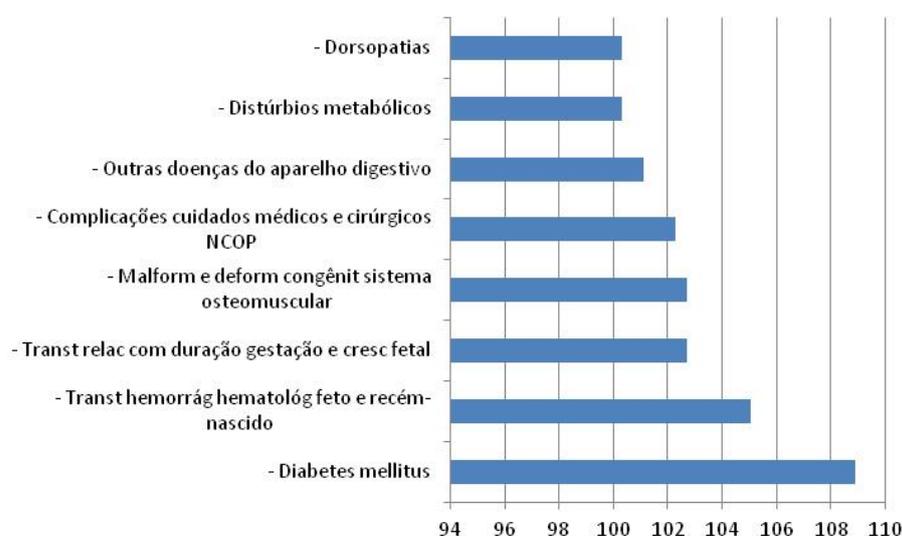
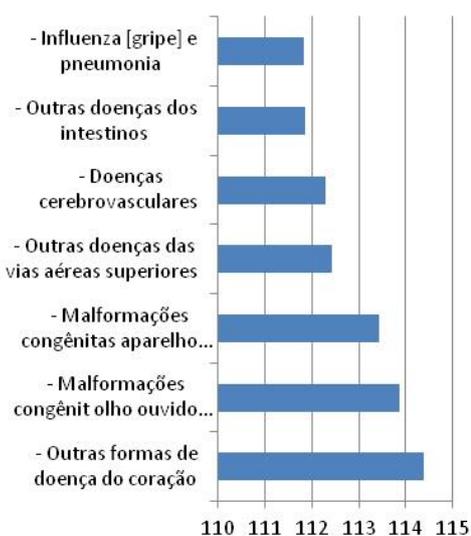
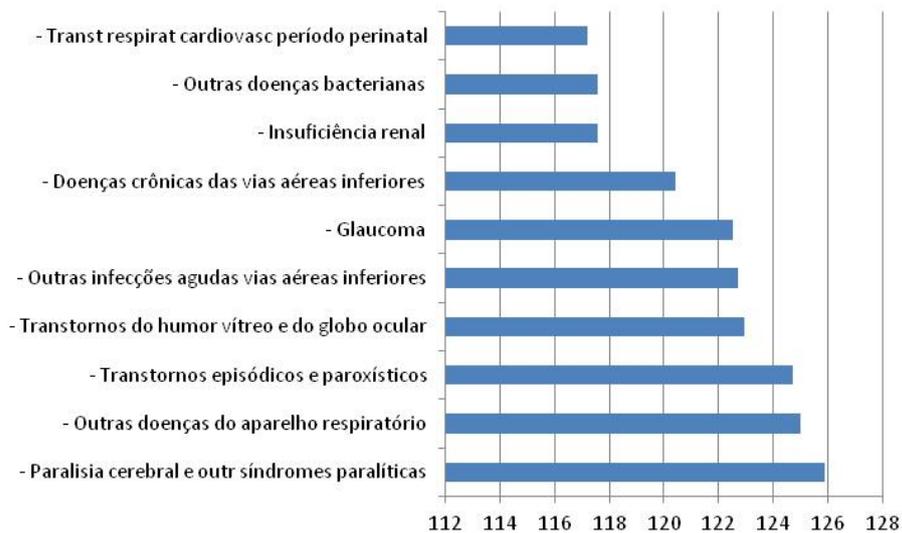
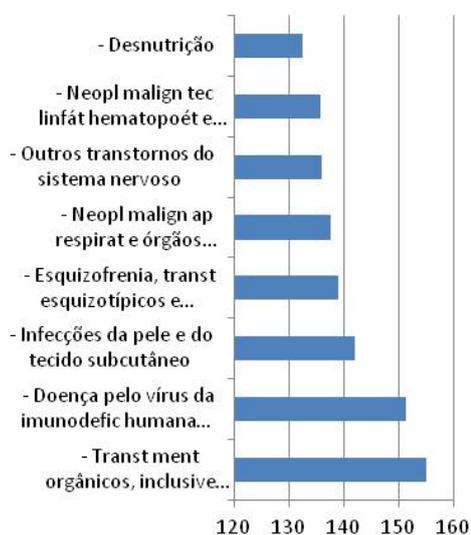
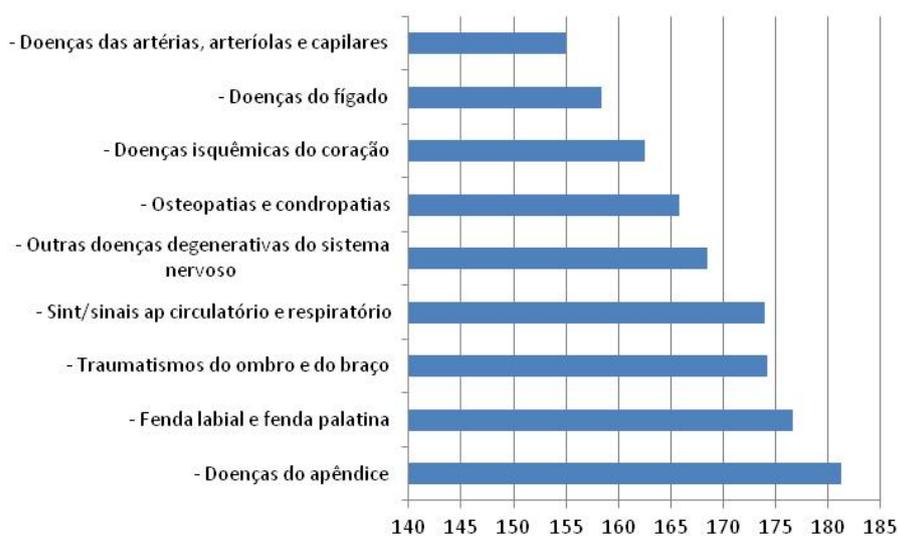
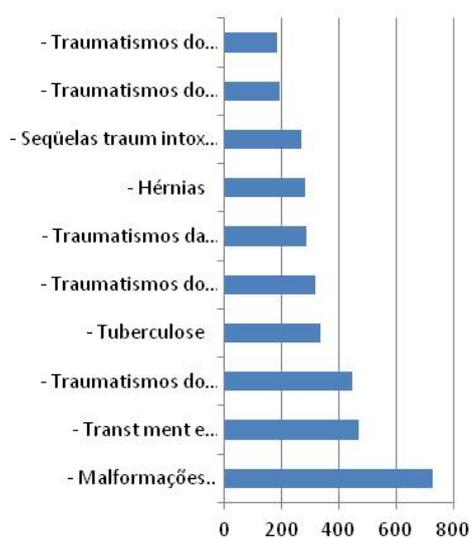


Fonte: SURCA/SMSDC RIO – Sistema de Informação Ambulatorial ou Hospitalar do SUS

Os diagnósticos relacionados às internações com as razões de sexo mais elevadas, ou seja, em que o predomínio masculino é muito acentuado foram: *as Malformações congênitas dos órgãos genitais, Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso substâncias psicoativas, Traumatismos do punho e da mão, Tuberculose, Traumatismos do tornozelo e do pé, Traumatismos da cabeça, Hérnias, Sequelas de traumatismos, intoxicações e outras consequências de causas externas, Traumatismos do cotovelo e do antebraço, Traumatismos do joelho e da perna, Doenças do apêndice, Fenda labial e fenda palatina, Traumatismos do ombro e do braço, Sintomas e sinais aparelho circulatório e respiratório e Outras doenças degenerativas do sistema nervoso.*

Mas em uma série de outras doenças o predomínio masculino ainda é importante como pode ser observado no conjunto de gráficos abaixo.

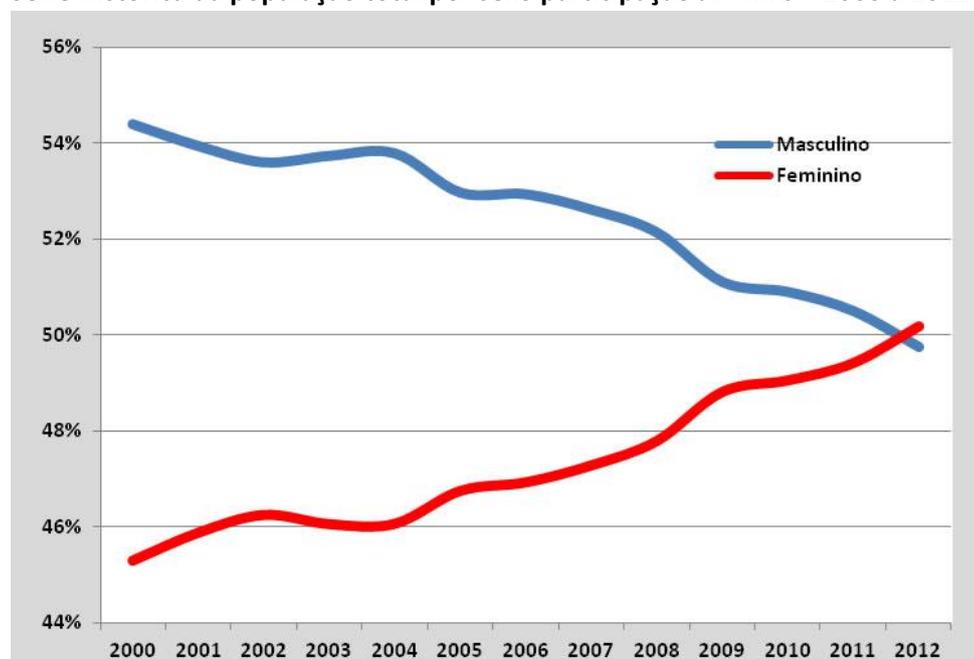
## Razão de sexos – Internações segundo diagnóstico – rede SUS. MRJ, 2012.



### 3.3 – Mortalidade – Idade e Sexo

A série histórica dos registros de óbitos de residentes na cidade do Rio de Janeiro entre 2000 e 2012 mostra o declínio do número de mortes masculinas – de 54% em 2000 para 50% em 2012. Entre mulheres o movimento é inverso – as mortes aumentam - de 45% em 2000 para 50% em 2012.

Série Histórica da população total por sexo participação % - MRJ – 2000 a 2012



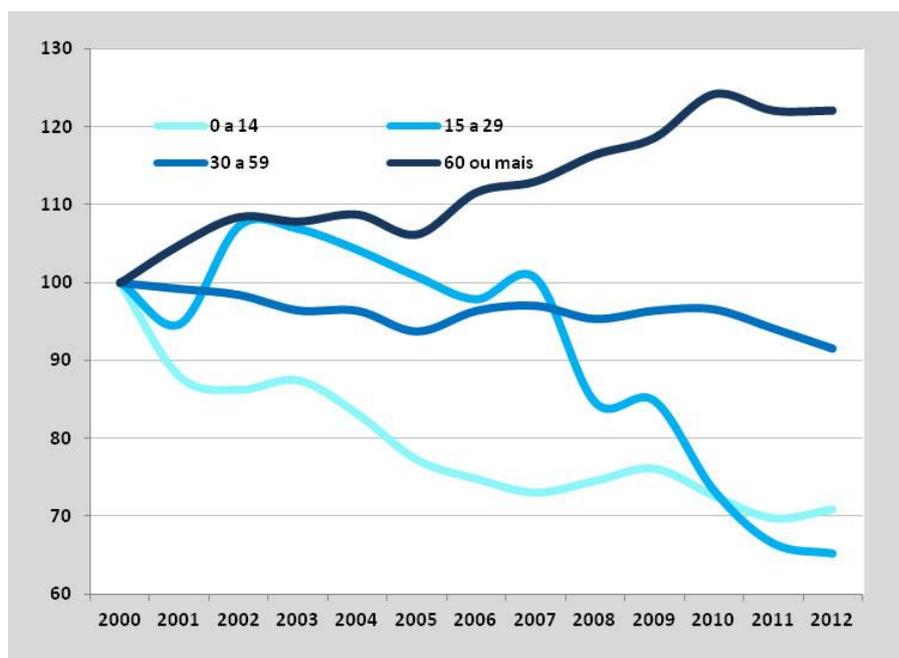
Fonte: SMS – RJ/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

Esse encontro representa por um lado o envelhecimento populacional “seletivo” – a chamada “feminização da velhice” – e por outro o maior controle de doenças e agravos que incidem mais entre os homens, como as doenças isquêmicas do coração e as violências e acidentes.

É preciso considerar que a mortalidade é expressão do padrão demográfico.

Abaixo dos 60 anos a queda mais expressiva do número de óbitos ocorreu entre 15 e 29 anos (35%) e abaixo dos 15 anos de idade (29%). Entre 30 e 59 anos a queda do número de óbitos é menor – 8%. E acima dos 59 anos os óbitos crescem expressivos 20%.

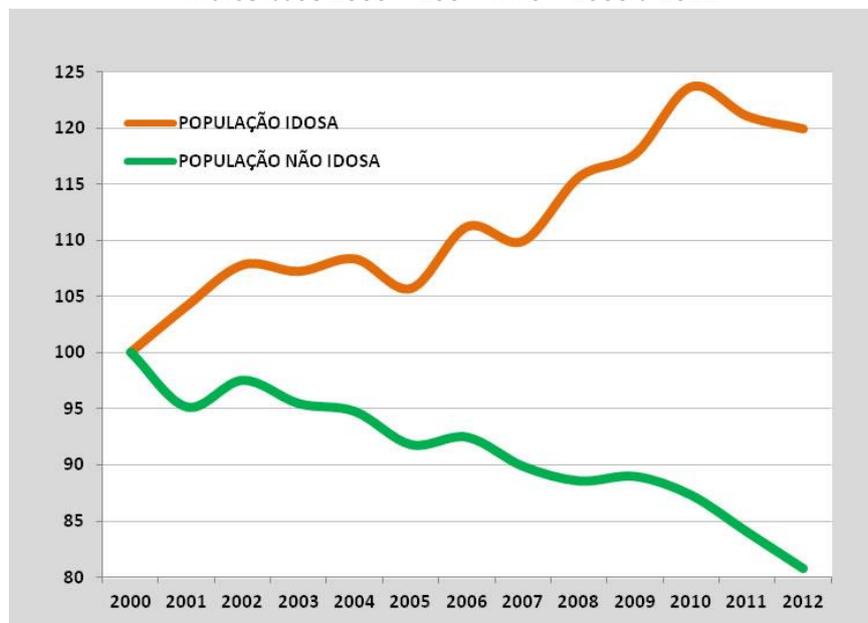
**Série Histórica de óbitos da população por grupo etário,  
índice base 2000 = 100 – MRJ – 2000 a 2012**



Fonte: SMS – RJ/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

Ao discriminarmos a mortalidade por idade, levando em conta dois grupos – idosos ( $\geq 60$  anos de idade) e não idosos ( $\leq 59$  anos) – e utilizando o índice base =100 em 2000, identificamos que entre os idosos o número de mortes cresceu 20% e entre os não idosos ocorreu queda de 20%.

**Série Histórica de óbitos da população idosa e não idosa,  
Índice base 2000 = 100 – MRJ – 2000 a 2012**



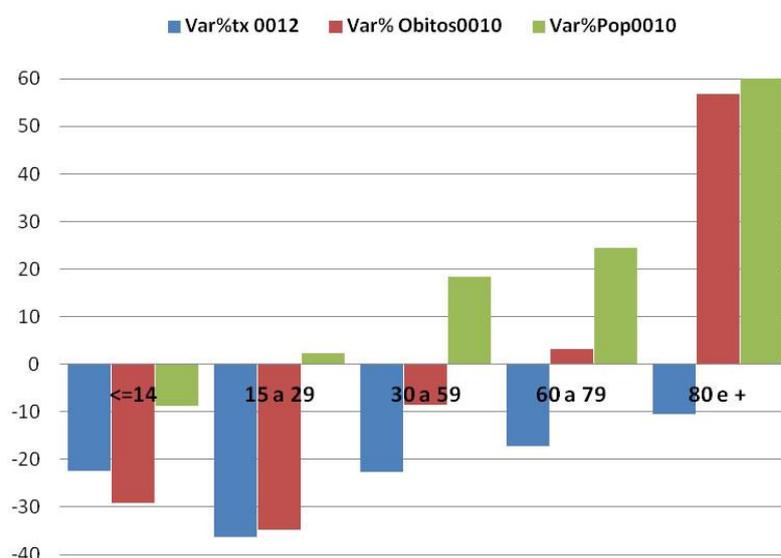
Fonte: SMS – RJ/Sistema de informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

A taxa de mortalidade por grupos etários diminuiu entre 2000 e 2010 para todas as idades. A mortalidade precoce sofre retração para o grupo com idade abaixo dos 60 anos, com variações expressivas entre 15 e 29 anos. Conforme aumenta a idade a redução da taxa é menor, pois se espera que o maior risco de morte esteja entre os mais velhos. Mas é importante perceber que mesmo entre os mais idosos a taxa de mortalidade diminuiu, o que não quer dizer que o número de óbitos tenha diminuído também.

A partir dos 30 anos, as variações da população ficam positivas e crescentes, pois o aumento da idade, sinaliza uma maior expectativa de vida. Abaixo dos 15 anos de idade, a variação da população foi negativa em consequência da queda da fecundidade.

O que temos é uma balança onde o numerador - número de óbitos – e o denominador – população – denotam relação em que os ganhos de expectativa de vida são maiores que o consequente aumento do número de mortes de idosos. Esse é o principal reflexo do envelhecimento populacional - o ingresso na terceira idade é muito maior que o egresso pela mortalidade.

**Variação percentual do número de óbitos, da população e da taxa de mortalidade segundo grupos etários.  
MRJ – 2000 e 2012**



Fonte: SMS-RJ/Sistema de informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

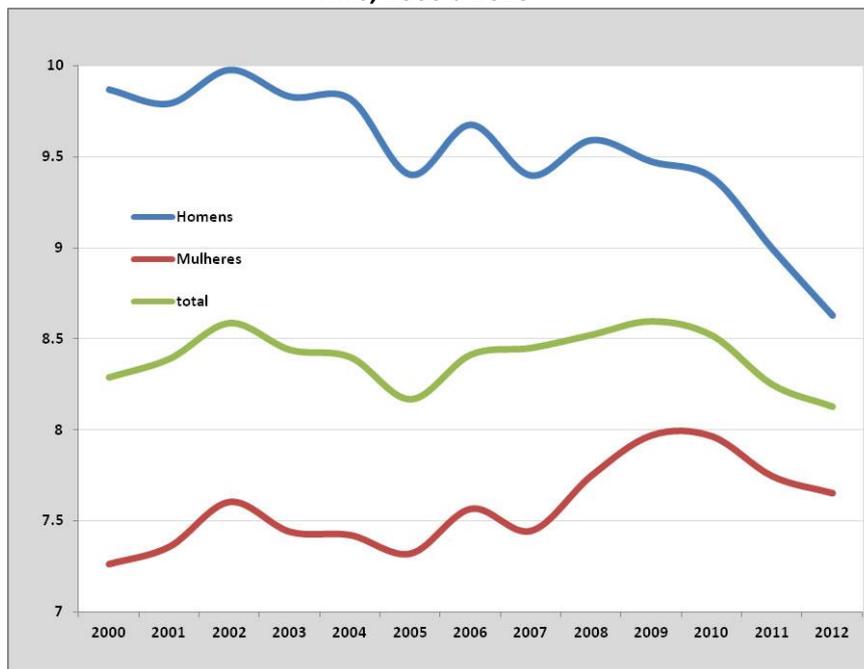
O envelhecimento populacional é desigual, mulheres vivem mais, logo, em idades mais avançadas predominam mortes femininas.

Na última década, a população não idosa masculina (abaixo dos 60 anos de idade) viu reduzir seu número de mortes. A mortalidade precoce diminuiu, enquanto a expectativa de vida avança. Por isso, o aumento do contingente populacional maior ou igual a 60 anos de idade é mais expressivo do que nos grupos mais jovens e por consequência gera maior número de óbitos.

Entre 2000 e 2012 o número de cariocas mortos aumentou 5%. Esse crescimento está diretamente associado ao aumento das mortes de mulheres idosas - 16% - pois entre os homens ocorreu, ao contrário, diminuição do número de óbitos – redução de 4%.

As taxas de mortalidade segundo sexo denotam a sobre mortalidade masculina. Mas em uma década as taxas de homens e mulheres se aproximam.

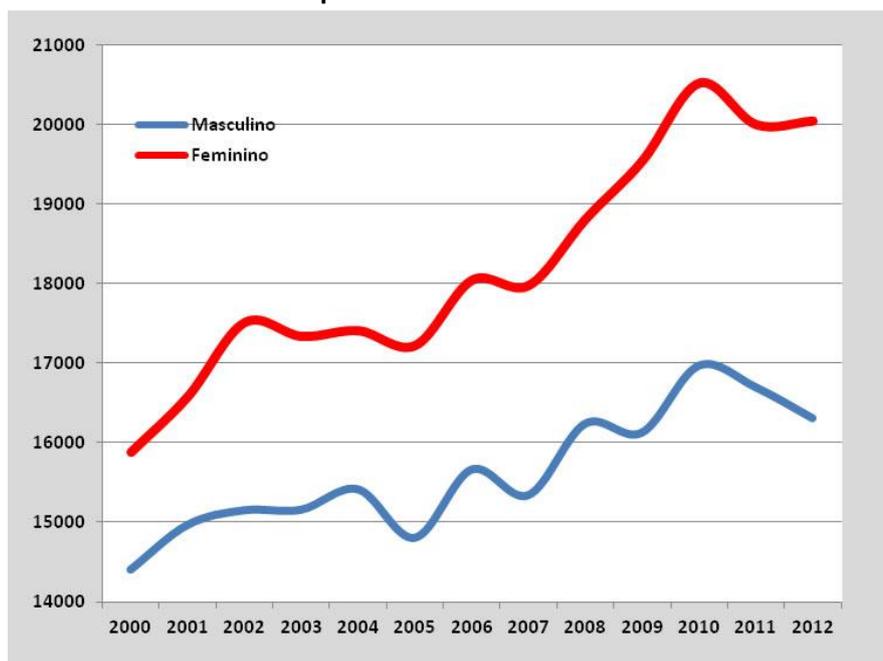
**Taxa de mortalidade da população (mil) por sexo,  
MRJ, 2000 a 2013**



Fonte: SMS – RJ/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

O aumento da mortalidade observado nos idosos ocorreu duas vezes mais entre as mulheres – 26% - do que entre os homens - 13%.

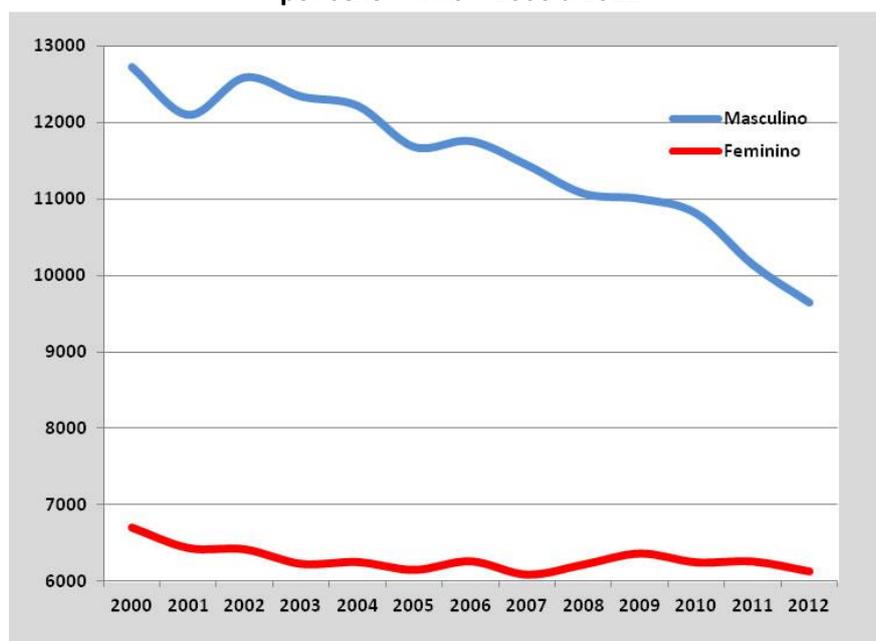
### Série Histórica de óbitos da população (60 anos ou mais) por sexo – MRJ – 2000 a 2012



Fonte: SMS – RJ/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

A queda do número de óbitos abaixo dos 60 anos de idade também ocorreu em ambos os sexos, mas foi muito maior entre os homens (24%) do que entre as mulheres (9%).

### Série Histórica de óbitos da população não idosa (até 59 anos) por sexo – MRJ – 2000 a 2012

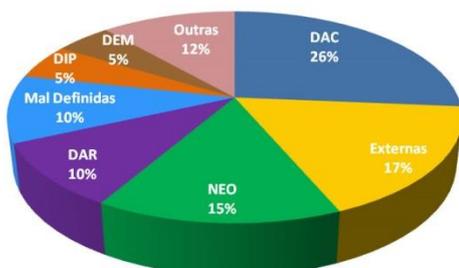


Fonte: SMS – RJ/Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/TABNET

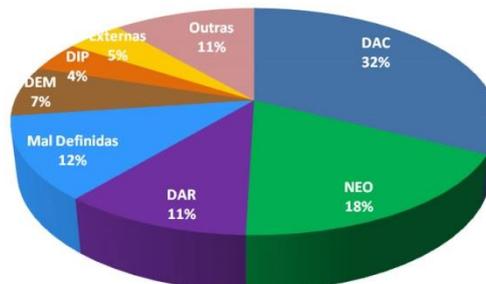
### 3.4 – Mortalidade – Causas e Sexo

As Doenças Cardiovasculares, Neoplasias e Doenças Respiratórias são os três principais grandes grupos de causas para homens e mulheres. Mas as Causas Externas – violências e acidentes – marcam a mortalidade masculina, representando a 2ª causa.

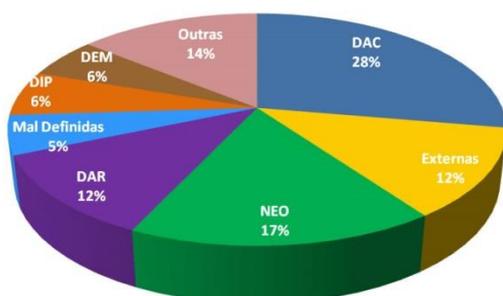
Proporção de óbitos masculinos segundo causas da morte. MRJ, 2000



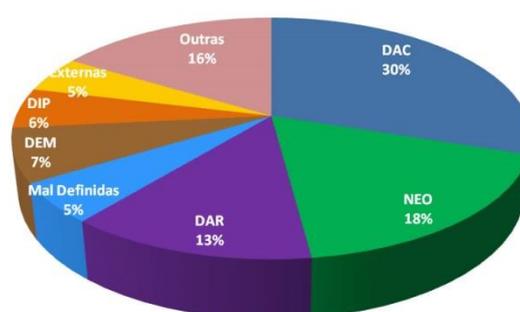
Proporção de óbitos femininos segundo causas da morte. MRJ, 2000



Proporção de óbitos masculinos segundo causas da morte. MRJ, 2011



Proporção de óbitos femininos segundo causas da morte. MRJ, 2011

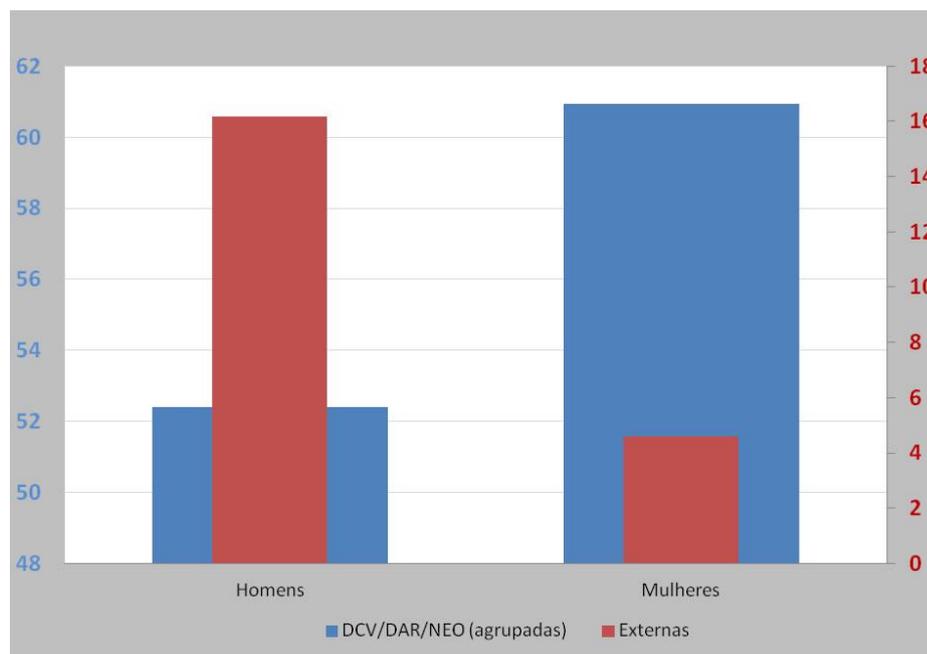


Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Entre mulheres, Doenças do Aparelho Respiratório preponderam e junto com as Doenças Cardiovasculares e Neoplasias foram responsáveis por 61% dos óbitos, considerando o total de óbitos ocorridos entre 2000 e 2011. Para os homens esses mesmos três grupos de causas responderam por 52% das causas de morte.

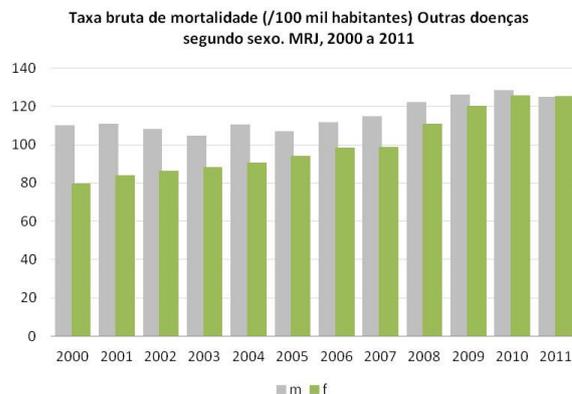
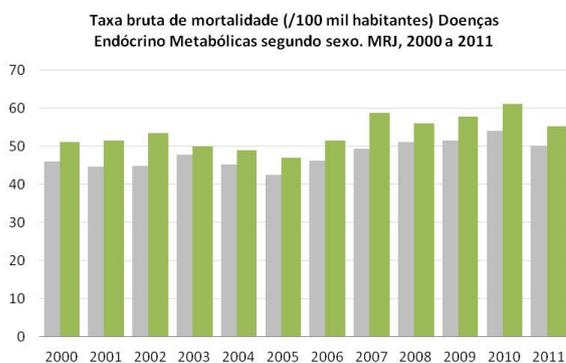
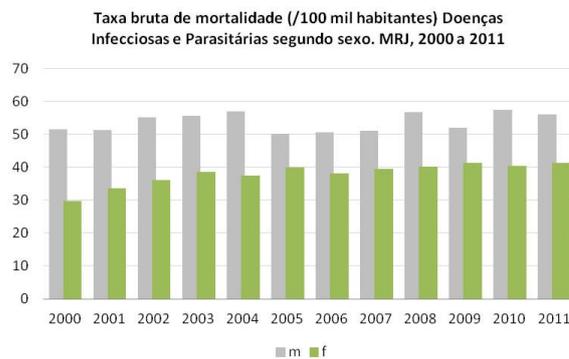
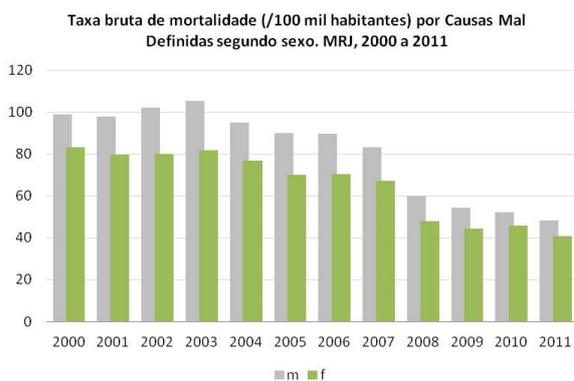
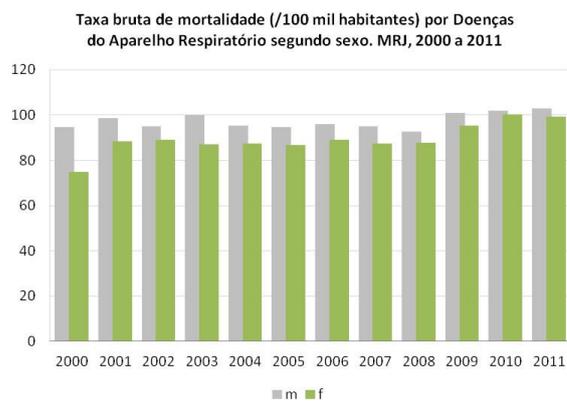
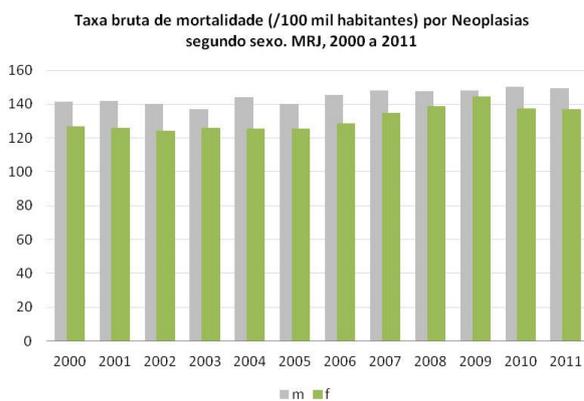
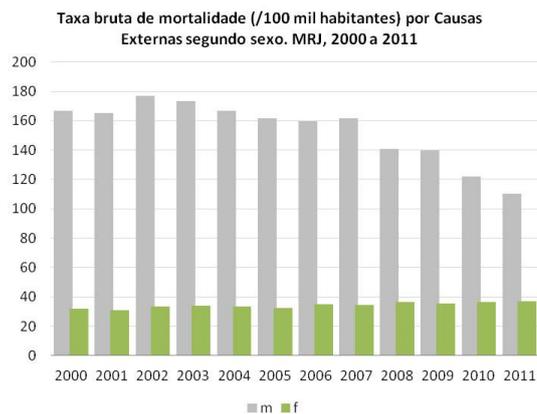
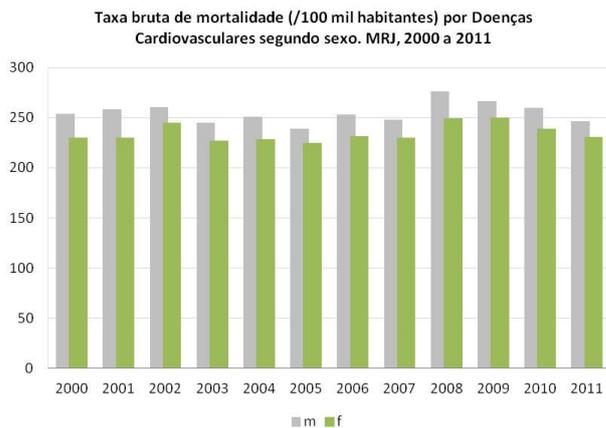
Um desenho inverso se estabelece para as Causas Externas de morte, identificando-se no período de 2000 a 2011, proporções de morte por esta causa quatro vezes maior entre homens.

**Proporção de óbitos por Doenças Cardiovasculares (DVC), Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), Neoplasias (NEO) e Causas Externas segundo sexo, 2000 a 2011**



Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em cada grupo de causa, as taxas brutas de mortalidade por sexo mostram que as maiores diferenças estão por conta das causas externas e o rompimento da “supremacia” masculina quando as causas de morte são Doenças Endócrino Metabólicas. Mas devemos observar que para as Doenças Cardiovasculares, Neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório, primordialmente, ocorre uma aproximação entre as taxas brutas de homens e mulheres.



Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O normal da razão de sexos é ter como referência x homens para grupo de 100 mulheres

Dentro de cada grande grupo de causas de morte, da Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID10) é possível identificar as principais doenças e agravos e os diferenciais por sexo, a partir de uma relação simples entre o número absoluto de óbitos por uma determinada causa no sexo masculino em relação ao número de óbitos pela mesma causa no sexo feminino, ou seja, a razão de sexo por causa de mortalidade. Esta observação foi feita somente para o último ano da série – 2011. A partir dessa relação é possível identificar as grandes – Agressões, Tuberculose, Doenças do Fígado, Acidentes de Transporte, Doenças Hipertensivas, Doenças do Aparelho Geniturinário – as pequenas e insignificantes diferenças entre os sexos – Doenças Isquêmicas do coração, Insuficiência Renal, Neoplasias de órgãos digestivos.

## Causa

Grupo CID-10	Sexo		Razão de sexo	Grupo CID-10	Sexo		Razão de sexo
	Masc	Fem			Masc	Fem	
<b>Grupo CID-10 - Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>				<b>Grupo CID-10 - Doenças Cardiovasculares</b>			
TOTAL	26514	26002	1.0	Doenças isquêmicas do coração	2.612	2.265	1.2
Outras doenças bacterianas	662	782	0.8	Doenças cerebrovasculares	1.923	2.209	0.9
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	502	289	1.7	Outras formas de doença do coração	1.366	1.313	1.0
Tuberculose	283	103	2.7	Doenças hipertensivas	952	1.457	0.7
<b>Grupo CID-10 - Neoplasias</b>				<b>Grupo CID-10 - Doenças do Aparelho Respiratório</b>			
... Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	1403	1385	1.0	Influenza [gripe] e pneumonia	1.592	1.986	0.8
... Neopl malign aparelho respirat e órgãos intrato	939	504	1.9	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	868	688	1.3
... Neoplasias malignas da mama	12	852	0.0	Outras doenças do aparelho respiratório	303	358	0.8
... Neopl malign tecido linfát hematopoét e correlato	340	373	0.9				
... Neoplasias malignas dos órgãos genitais femini	-	642	-				
... Neoplasias malignas dos órgãos genitais mascul	602	-	-				
<b>Grupo CID-10 Doenças do Apraelho Geniturinário</b>				<b>Grupo CID-10 - Doenças Endócrino Metabólicas</b>			
Outras doenças do aparelho urinário	317	681	0.5	Diabetes mellitus	1203	1491	0.8
Insuficiência renal	367	292	1.3	Distúrbios metabólicos	144	145	1.0
				Desnutrição	102	106	1.0
<b>Grupo CID-10 - Causas Externas</b>				<b>Grupo CID-10 - Doenças do Aparelho Digestivo</b>			
Agressões	1217	118	10.3	Doenças do fígado	561	220	2.6
... Outras causas externas de traumatismos acidentais	650	475	1.4	Outras doenças dos intestinos	177	314	0.6
... Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	519	378	1.4	Outras doenças do aparelho digestivo	202	163	1.2
... Acidentes de transporte	596	198	3.0	Transt vesícula biliar, vias biliares e pâncrea	170	178	1.0
... Quedas	262	195	1.3				
... Outros riscos acidentais à respiração	174	179	1.0				
... Lesões autoprovocadas intencionalmente	129	55	2.3	<b>Grupo CID-10 - Causas Mal Definidas</b>			
... Intervenções legais e operações de guerra	153	-	-	Causas mal definidas e desconhecidas morte	1.173	925	1.3
				Sintomas e sinais gerais	177	332	0.5
				Sint e sinais relat aparelho circulat e respira	81	111	0.7

### 3.5 – Considerações finais

As diferenças entre os sexos são inerentes à condição humana demarcada inicialmente pelas diferenças biológicas. A noção de sociedade, a cultura, a construção histórica das relações sociais estabelecerá a noção de gênero:

“há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é condição realizada pela cultura.” (HEILBORN, 1994)

A representação que homens e mulheres assumem em uma sociedade projeta a formação desta mesma sociedade. As relações “reprodutivas” que se expressam no campo econômico, social, biológico e cultural, estabelecem modelos de comportamento em relação à vida e dentro dela no cuidado em saúde. Seja na relação do indivíduo com o seu próprio cuidado, seja dos serviços e profissionais de saúde desenvolvendo esse cuidado.

A análise do perfil de mortalidade e internações segundo gênero incorpora a perspectiva que foi construída na nossa sociedade do papel de homens e mulheres. Nesse caminho é construída a representação da masculinidade enquanto poder – masculinidade hegemônica (SCHRAIBER et al, 2005) – mas como construção que afasta os homens dos serviços de saúde e estigmatiza o cuidado como ação da esfera do feminino (SCHRAIBER, 2005; Costa, 2013).

Para homens foi construído um papel de provedor e protetor da família. Diferenças biológicas e físicas marcam o masculino como mais forte e que se expõe ao risco/perigo. A mulher cabe cuidar das crianças, dos velhos e dos próprios homens.

As marcas das desigualdades de gênero estão expressas nos serviços de saúde e na atuação das equipes e profissionais de saúde, mais habituados em atender mulheres, crianças e idosos do que homens em idade ativa/produziva. Quais são as particularidades desse lidar, dessa relação?

Os indicadores de mortalidade e internação hospitalar do SUS refletem, em parte, o que a própria sociedade constrói para as representações de gênero. A sobremortalidade masculina se explicita através da menor expectativa de vida, das razões de internação hospitalar mais elevada que não significam fragilidade, mas uma construção social “perversa” para homens e mulheres, pois cria relações de dominação e supervaloriza o que é da ordem do masculino em detrimento do que é feminino. Mas esses mesmos indicadores apontam que essa perversidade não é restrita aos homens, pois mulheres assumem diferentes papéis na sociedade, se inserindo no mercado de trabalho, assumindo o sustento de arranjos familiares e conseqüentemente “masculinizando” a sua forma de adoecer e morrer.

A possibilidade de adoecimento para homens os retira do trabalho, pode provocar desemprego, pode comprometer o sustento da família, ou seja, retirá-los de um papel para o qual foram preparados. E ao mesmo tempo os coloca na posição de quem precisa ser cuidado.

Historicamente ações de saúde se voltaram para grupos populacionais identificados como mais frágeis – mulheres, crianças e idosos. Possivelmente essa identificação está relacionada à biologia, aos corpos mais frágeis quando comparado ao dos homens jovens e adultos, a força física. Essa concepção registra uma possível mensagem – o espaço da saúde não é da ordem do masculino. O aspecto reprodutivo, a maternidade reforça este padrão, pois os cuidados pré-natais devem ser oferecidos e garantidos às mulheres.

Os homens se excluem e são excluídos do cuidado. Talvez essa situação esteja se revertendo através das iniciativas de promoção da saúde que propagam, pela mesma sociedade que formata a masculinidade, as ideias de que é preciso se cuidar, fazer exames regulares, fazer exercícios e exames preventivos. É claro que as iniciativas de promoção estão baseadas nos estudos e análises que identificam fatores de risco associados a maior incidência e gravidade de muitas doenças e agravos, mas o próprio sistema de saúde seja ele público ou privado reconhece que não dará conta da complexidade dos problemas de saúde do mundo atual que envelhece a olhos vistos, gerando gastos crescentes tanto para exames com intervalos menores, quanto para internações mais frequentes e por períodos mais longos.

O encontro dos perfis de mortalidade de homens e mulheres representa, em parte, uma atitude nova dos homens em relação ao cuidado e por outra parte a feminização da velhice e a inserção “masculinizada” da mulher na sociedade, que carrega consigo todos os fatores de risco para o adoecimento e morte.

A mortalidade por causas violentas e acidentais é a expressão mais cruel destas desigualdades segundo gênero e onde os estereótipos de masculinidade estão mais do que evidentes. Afinal, são os homens que vão para a guerra.

O que cabe a saúde dentro deste cenário? O delineamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, pelo Ministério da Saúde em 2008, que pode representar um passo para uma escuta e um fazer saúde que acolha o homem e suas especificidades, mas não será suficiente se não desconstruir a invisibilidade das questões relacionadas à saúde e ao bem estar na forma de organização do cuidado e na formação dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Estela Maria Leão de et al. *Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte?*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, Junho 1991. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 06/02/2014 2014.

BERQUÓ, Elza. *Aleitamento materno diferencial para meninos e meninas*. **Cadernos de Pesquisa**, v. 56, p. 27-38, 1986.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A. e FARO, Livi. *A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino*. **Physis**. 2009, vol.19, n.3, pp. 659-678. ISSN 0103-7331.

COSTA, Rosely Gomes. *Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero*. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, p. 79-92, 2013. Disponível em <<http://www.rebep.org.br/index.php/revista/article/view/305>>. Acessado em 26/02/2014.

FIGUEIREDO, Wagner. *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acessado em 26/02/2014.

FRANCIS C. Madigan, S.J. *Are Sex Mortality Differentials Biologically Caused ?* **The Milbank Memorial Fund Quarterly** Vol.35, No.2, Abril 1957, pp. 202-223 Disponível em:

<<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3348366?uid=3737664&uid=2134&uid=2478613747&uid=2&uid=70&uid=3&uid=2478613737&uid=60&sid=21103397706357>>. Acesso em 06/02/2014.  
HEILBORN, Maria Luiza. *De que gênero estamos falando? Sexualidade, Gênero e Sociedade*. Ano 1, nº 2 CEPESC/IMS/UERJ, 1994.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria H.P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. *Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina*. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia e BRITO, Alexandre dos Santos. *Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil*. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002, vol.7, n.4, pp. 687-707. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>>

ROSA, Maria João Valente. *Notas sobre a população — Desequilíbrios entre sexos*. **Análise Social**. Vol. 34, No. 151/152 (Inverno 2000), pp. 703-709. Instituto Ciências Sociais da Universidade de Lisboa  
Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/41011380>>

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. *Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva*. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, Mar. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26/02/2014.

VALLIN, JACQUES. Mortalidade, sexo e gênero. Gênero nos estudos de população. Antonella Pinnelli (org.), Campinas: ABEP, 2004. Demographicas, vol.2. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/demographicas2/demographicas2artigo1\\_15a54.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/demographicas2/demographicas2artigo1_15a54.pdf)> Acessado em 17/02/2014.