



TENDÊNCIA DA MORTALIDADE MASCULINA POR CAUSAS EXTERNAS

TREND OF MALE MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES

TENDENCIA DE LA MORTALIDADE MASCULINA POR CAUSAS EXTERNAS

Paulo da Fonseca Valença Neto¹, Bruna Paula de Jesus Siqueira², Adriana Alves Nery³, Cezar Augusto Casotti⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a tendência da mortalidade por causas externas de homens brasileiros entre 20-59 anos, no período de 2000-2010, a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade. **Método:** estudo ecológico de série temporal. Foram calculados os coeficientes de mortalidade por causas externas, e em seguida proposta a padronização dos dados. A análise de tendência foi proposta por meio do modelo de regressão polinomial, tendo como variável dependente os coeficientes de mortalidade e como independente, os anos de ocorrência dos óbitos. **Resultados:** as regiões Norte, Nordeste e Sul, apresentaram uma tendência, significativamente, crescente de mortalidade ($p < 0,001$; $< 0,001$; $0,015$, respectivamente), enquanto a região Sudeste apresentou tendência decrescente e Centro-oeste estacionária. **Conclusão:** torna-se necessária uma articulação intersetorial do governo no sentido de desenvolver estratégias que contribuam para a redução dessas taxas de mortalidade, assim como intervir nos determinantes socioculturais que favorecem a ocorrência desses óbitos. **Descritores:** Mortalidade; Causas Externas; Sistemas de Informação; Homens.

ABSTRACT

Objective: to analyze the trend in mortality of Brazilian men from 20 to 59 years old with external causes in the period 2000-2010, based on secondary data from the Mortality Information System. **Method:** ecological time series study. The mortality rates were calculated due to external causes, and then the standardization of data was proposed. The trend analysis was proposed by the polynomial regression model, coefficients of mortality as dependent variable and year of occurrence of deaths as independent variables. **Results:** north, Northeast and South, tended significantly increased mortality ($p < 0.001$; < 0.001 , 0.015 , respectively), while the Southeast region showed decreasing and stationary Center-West trend. **Conclusion:** an intersectoral coordination of government becomes necessary to develop strategies to reduce these mortality rates, as well as intervene in socio-cultural determinants that favor the occurrence of these deaths. **Descriptors:** Mortality; External Causes; Information Systems; Men.

RESUMEN

Objetivo: analizar la tendencia de la mortalidad por causas externas de hombres brasileños entre 20-59 años, en el periodo de 2000-2010, a partir de datos secundarios del Sistema de Información de Mortalidad. **Método:** estudio ecológico de serie temporal. Fueron calculados los coeficientes de mortalidad por causas externas, y en seguida propuesta a la estandarización de los datos. El análisis de tendencia fue propuesta por medio del modelo de regresión polinómica, teniendo como variable dependiente los coeficientes de mortalidad y como independiente, los años de ocurrencia de las muertes. **Resultados:** las regiones Norte, Nordeste y Sur, presentaron una tendencia, significativamente, creciente de mortalidad ($p < 0,001$; $< 0,001$; $0,015$, respectivamente), mientras la región Sudeste presentó tendencia decreciente y Centro-oeste estacionaria. **Conclusión:** se torna necesaria una articulación intersectorial del gobierno en el sentido de desarrollar estrategias que contribuyan para la reducción de esas tasas de mortalidad, así como intervenir en los determinantes socioculturales que favorecen la ocurrencia de esas muertes. **Descriptores:** Mortalidad; Causas Externas; Sistemas de Información; Hombres.

¹Professor Mestre, Departamento de Saúde I, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Doutorando em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva/ISC/UFBA. Salvador (BA), Brasil. Email: paulonetofonseca@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. Email: brunapjs@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Titular, Departamento de Saúde II / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. Email: aanery@gmail.com; ⁴Odontólogo, Professor Doutor, Departamento de Saúde I / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. Email: cacasotti@uesb.edu.br

INTRODUÇÃO

A saúde masculina vem despertando o interesse de gestores, serviços de saúde e de pesquisadores, em estudar questões que envolvem esse grupo populacional. Dentre os relatos que justificam este crescente interesse está a elevada morbimortalidade masculina. Dados do Ministério da Saúde apontam que a cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, além disso, mais da metade dos registros de óbitos e de internações ocorrem no sexo masculino.¹

Ao analisar a pirâmide etária pode-se inferir que a natalidade masculina é mais elevada que a feminina, contudo, a mortalidade também é superior, principalmente em faixas etárias mais jovens, pois ao ultrapassar os 25 anos de idade o percentual de mulheres supera o de homens, ou seja, a população masculina está morrendo mais e de forma precoce.² A mortalidade masculina é superior à feminina ao longo do ciclo vital, chegando, em alguns casos, a ser quinze vezes maior como o que ocorre na faixa etária de 20-29 anos por homicídio.³

A mortalidade brasileira, principalmente entre adultos jovens, relacionam-se às condições de vida precárias, comportamentos não saudáveis e dificuldade de acesso a serviços de saúde.⁴

De acordo com o Ministério da Saúde, a principal causa de mortalidade entre os homens na faixa etária de 40 a 59 anos são as doenças do aparelho circulatório, com 25% dos óbitos, as causas externas 18% e neoplasias com 16%, entretanto, entre os adultos jovens (20-39 anos) as causas externas são responsáveis por 64% dos óbitos. No Brasil o risco de morte por esse tipo de causa é 5,1 vezes maior nos homens do que em mulheres⁵ e concentram-se em regiões mais pobres.⁴

Os óbitos por causas externas incluem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos). Essas causas merecem uma atenção especial do setor saúde em trabalhar com a prevenção

e a promoção, uma vez que os gastos imediatos referentes a essas vítimas recaem, principalmente, sobre este setor. Em 2010, os homens responderam por 70,5% das internações hospitalares por causas externas em serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁵

A mortalidade por essas causas apresentou-se maior na população masculina, principalmente nos adultos jovens, no período de 1991-2000, sendo que 82,8% dos óbitos por essas causas ocorreram entre os homens, e a taxa média de mortalidade cinco vezes maior que em mulheres.⁶ Estudo realizado na cidade de São Luís (MA)⁷, mostrou que no ano de 2005 cerca de 82,28% das mortes por causas externas ocorreram em homens, apontando para a importância do estudo do comportamento das causas externas, especificamente, nessa população.

Associado a isso temos que a redução dos índices de mortalidade ocorre de forma mais lenta e em menor proporção na população masculina quando comparado à feminina.⁸

Os homens são mais vulneráveis às violências e crimes, como agressor ou como vítima, 87% dos crimes violentos são cometidos por homens.⁹ Tal situação de violência, geralmente, está associada ao consumo exagerado de álcool e drogas, mais frequentes nesta população.¹⁰ O uso do álcool e tabaco é elevado entre os homens jovens e, muitas vezes, a interação social destes é mediada pelo uso dessas substâncias.¹¹

Apesar de serem mais vulneráveis e morrerem mais precocemente, os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente, a atenção básica, pois se consideram invulneráveis. Recentemente foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) que dentre as suas ações, visa aumentar o acesso masculino aos serviços de saúde, fortalecer a atenção primária, investindo em ações de prevenção e promoção a saúde para alcançar a redução das taxas de morbimortalidade desta população.¹⁰

Diante dessas informações, é importante conhecer a tendência da mortalidade masculina por causas

externas, pois este conhecimento poderá subsidiar a elaboração de estratégias com potencial para reverter ou controlar a situação apresentada. Este estudo tem como objetivo analisar a tendência da mortalidade por causas externas de homens brasileiros com idade entre 20-59 anos, no período de 2000-2010.

MÉTODO

Estudo epidemiológico, ecológico, de serie temporal, sobre mortalidade masculina por causas externas, no período compreendido entre os anos 2000 a 2010, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.¹²

O estudo compreendeu as cinco macrorregiões brasileiras, regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste, e baseou-se em dados de mortalidade por causas externas na população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos. Optou-se por investigar essa faixa etária devido à abrangência da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH).¹⁰ Foram selecionados os óbitos classificados no Capítulo XX (Causas externas de morbidade e de mortalidade), compreendendo as categorias de V01 a Y98 da 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10).¹³

Os coeficientes de mortalidade por causas externas foram calculados sobre o denominador 100 mil habitantes. As informações referentes à população residente, no período estudado, base de cálculo das taxas, corresponderam aos dados estimados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, em dezembro de 2012.

Procedeu-se à padronização das taxas de mortalidade pelo método direto, em que a população masculina do Brasil no ano de 2010 foi considerada padrão para as macrorregiões. Considerou-se a padronização necessária para dispor de taxas de mortalidade que fossem comparáveis entre si e ao longo do período estudado.

A partir dos coeficientes de mortalidade por causas externas encontrados, procedeu-se a análise de tendência utilizando o modelo de regressão polinomial, tendo como variáveis dependentes (y) os coeficientes de mortalidade masculina por causas externas e como independente (x), os anos de ocorrência dos óbitos.

Com o intuito de minimizar a correlação seriada entre os termos da equação de regressão, a variável independente do período compreendido entre 2000 a 2010 foi centralizada pelo ponto médio da série histórica (X-2005), evitando assim problemas de colinearidade.¹⁴

Modelos polinomiais de primeira, segunda e terceira ordem foram testados, e a análise do melhor formato do gráfico e o valor do coeficiente de ajuste R² indicaram a melhor curva a ser ajustada aos dados, sendo testados os modelos de 1ª ordem ($Y = \beta_0 + \beta_1X$), 2ª ($Y = \beta_0 + \beta_1X + \beta_2X^2$), 3ª ($Y = \beta_0 + \beta_1X + \beta_2X^2 + \beta_3X^3$) onde β_0 é o coeficiente médio do período e β_1 é o incremento médio anual.

O melhor modelo foi escolhido de acordo os seguintes critérios: melhor função de acordo com o diagrama de dispersão, melhor ajuste pela análise dos resíduos (normalidade dos erros e homocedasticidade), maior significância estatística através do ANOVA e maior coeficiente de determinação (R²).¹⁵ O nível de significância adotado foi de 5%.

Por se tratar de um estudo que utilizou dados de base secundária, de domínio público disponível na internet, não foi necessária a submissão deste estudo à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os coeficientes de mortalidade padronizados da população masculina, na faixa etária dos 20-59 anos, por causas externas, estratificado por macrorregião brasileira.

Tabela 1. Número de óbitos, coeficientes brutos e padronizados* de mortalidade masculina por causas externas (por 100.000 hab.) por macrorregiões do Brasil, 2000 a 2010. Brasil, 2012.

Macrorregiões															
Ano	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro Oeste		
	Nº de óbitos	Coeficiente bruto	Coeficiente padronizado	Nº de óbitos	Coeficiente bruto	Coeficiente padronizado	Nº de óbitos	Coeficiente bruto	Coeficiente padronizado	Nº de óbitos	Coeficiente bruto	Coeficiente padronizado	Nº de óbitos	Coeficiente bruto	Coeficiente padronizado
2000	3.976	133,79	131,51	15.930	147,32	144,74	36.524	191,34	189,55	9.607	145,35	145,29	5.544	182,83	180,69
2001	4.320	141,53	140,07	16.615	151,73	148,87	37.021	191,12	189,51	9.987	149,01	149,09	5.579	180,12	178,80
2002	4.832	155,22	153,41	17.906	161,76	158,47	37.613	191,62	190,06	10.481	154,65	154,95	6.069	192,44	190,34
2003	4.948	155,67	154,03	18.596	166,21	162,76	37.067	186,45	185,09	10.724	156,44	156,75	6.081	189,43	187,40
2004	5.087	156,82	154,59	18.973	167,81	164,84	35.639	177,04	175,96	11.409	164,57	165,02	6.383	195,43	193,85
2005	5.486	161,72	159,69	19.831	171,33	168,08	33.974	164,14	163,46	11.332	159,41	159,96	6.205	182,84	181,40
2006	5.785	166,81	163,80	21.139	180,50	177,07	32.925	156,88	156,32	11.481	159,50	160,07	6.209	179,52	178,80
2007	5.909	152,67	149,61	22.942	175,39	171,48	32.181	144,37	144,53	11.752	153,18	153,73	6.372	171,96	170,57
2008	6.735	174,54	170,19	24.562	182,66	178,57	31.326	140,76	141,15	12.056	156,99	157,88	6.988	185,01	183,70
2009	6.946	175,50	171,54	25.680	187,28	183,04	31.704	140,62	141,30	12.385	159,00	160,05	7.184	186,50	185,30
2010	8.044	195,23	191,64	27.064	197,38	194,37	30.897	135,79	136,60	12.211	157,75	159,81	7.194	179,93	179,44

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM, 2012.
*Coeficiente padronizado pela população brasileira no ano de 2010.

Percebe-se um aumento dos coeficientes nas regiões Norte e Nordeste (Figura 1) no período estudado (2000 - 2010), pois em 2000 estas apresentavam os menores coeficientes de mortalidade entre as macrorregiões brasileiras (131,51 e 144,74/100.000 habitantes,

respectivamente), enquanto que em 2010 foram responsáveis pelos coeficientes mais elevados (191,64 e 194,37/100.000 habitantes). Isto corresponde a um aumento de 45,72% do coeficiente de mortalidade na região Norte e de 34,29% na região Nordeste.

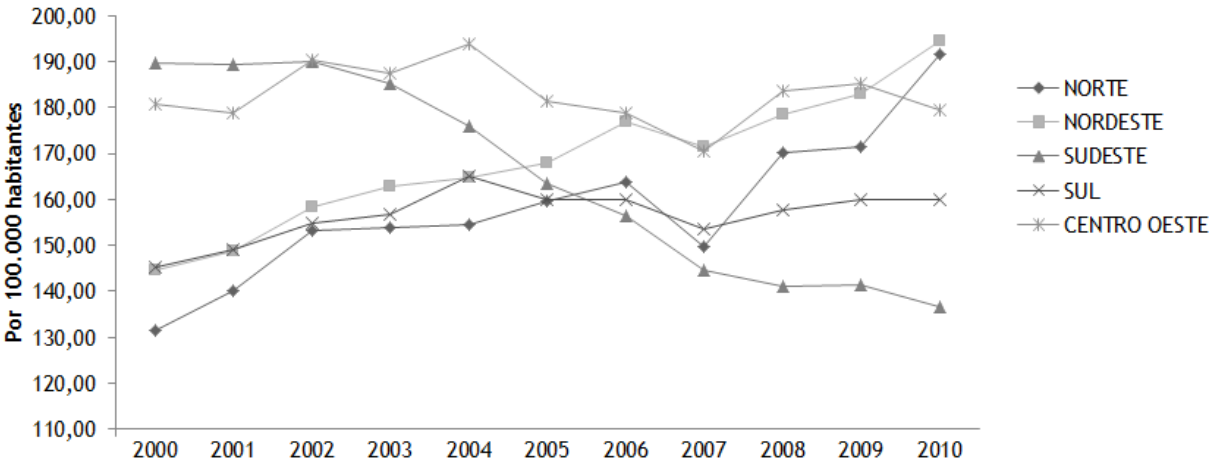


Figura 1. Evolução dos coeficientes padronizados* da mortalidade masculina por causas externas (por 100.000 hab) por macrorregiões do Brasil, 2000 a 2010. Brasil, 2012.

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM, 2012.
*Coeficiente padronizado pela população brasileira no ano de 2010.

A região Sudeste, no ano 2000, apresentou o maior coeficiente de mortalidade com 189,55/100.000 habitantes, sendo uma das regiões com índices mais elevados de violência naquele ano. Entretanto, esta macrorregião foi a única que apresentou uma redução desse coeficiente, apresentando em 2010, 136,60/100.000 habitantes. Mesmo apresentando pico no ano de 2002 (190,06/100.000) demonstrou uma redução de 27,93%, ou seja, evoluiu com uma tendência decrescente de mortalidade por causas externas na última década. É valido destacar que a região Sudeste apresenta o maior percentual de homens na faixa etária estudada (43,5%).

No Centro-oeste esse coeficiente apresentou um comportamento estável na década de estudo, embora os valores desse coeficiente de mortalidade mantiveram-se elevados em todo o período, quando comparado as demais regiões. Na região Sul o coeficiente passou de 145,29, no ano 2000, para 159,81/100.000 habitantes em 2010, apresentando maior número de óbitos em 2004 (165,02/100.000), porém quando comparados os anos de 2000 e 2010, a região apresentou um aumento percentual do coeficiente em 9,99%. Contudo, é válido destacar que, de modo geral, há uma tendência crescente de mortalidade até aproximadamente o centro do

período, a partir do qual esta se mantém estável até o final do período de análise.

Seguindo a lógica do avanço dos coeficientes, as regiões Norte e Nordeste demonstraram os maiores aumentos percentuais do coeficiente de mortalidade por causas externas.

Vale destacar (Figura 1) o período correspondente ao ano de 2007, os coeficientes de mortalidade apresentaram

uma queda, em comparação a 2006, em todas as macrorregiões, constituindo redução de 8,66%, 3,16%, 7,54%, 3,96% e 4,60% nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste, respectivamente.

No tocante a análise de tendência dos coeficientes de mortalidade, as equações dos modelos encontrados, valor de R² e valor de p do Teste F constam na tabela 2.

Tabela 2. Modelos de tendências dos coeficientes padronizados (100.000) de mortalidade masculina por causas externas por macrorregiões do Brasil, 2000 a 2010. Brasil, 2012.

Macrorregião	Modelo*	R ² **	p-valor***	Tendência
Norte	Y= 156,918 + 0,12X + 0,12X ² + 0,23X ³	0,92	< 0,001	Crescente
Nordeste	Y= 168,65 + 4,31x - 0,02X ²	0,94	< 0,001	Crescente
Sudeste	Y= 165,53 - 9,81X -0,06X ² + 0,19X ³	0,99	< 0,001	Decrescente
Sul	Y= 159,74 + 1,03X - 0,31X ²	0,64	0,015	Crescente
Centro Oeste	Y= 183,95 - 2,75X - 0,12X ² + 0,13X ³	0,33	0,378	Estacionária

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM, 2012.
* Modelo: Y = Tendência dos coeficientes de mortalidade masculina por causas externas. X= (ano-2005)
** R² = Coeficiente de determinação
***Valor de p, Teste F.

De acordo com a tabela 2, verificou-se que os coeficientes de mortalidade apresentaram significativa tendência de aumento (p<0,001) para as regiões Norte e Nordeste, e (p<0,015) para região Sul. No período analisado, a região Sudeste apresentou uma tendência decrescente (p<0,001) e a região Centro-oeste manteve-se estacionária.

As tendências de mortalidade, estimadas por meio dos parâmetros dos modelos apresentados na tabela 2, não apresentam linearidade, sendo evidenciadas por polinômios de segunda e terceira ordem, caracterizando nesse caso uma tendência não constante.

DISCUSSÃO

A tendência de decréscimo da mortalidade pode ser evidenciada mesmo diante do aumento na cobertura dos óbitos nas regiões brasileiras, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Atualmente essa cobertura vem sendo considerada satisfatória em todo o território nacional, uma vez que os dados referentes à mortalidade produzidos pelo IBGE são muito próximos aos dados do Ministério da Saúde, tornando-os mais confiáveis ao longo do tempo.¹⁶ Com isso, é necessário considerar que se há aumento na cobertura dos óbitos, enfatizando algumas regiões, seus marcadores poderão apresentar tanto uma tendência crescente como decrescente da

mortalidade, como apresentado anteriormente neste estudo.

Em conformidade com os resultados apresentados, estudos realizados em estados do Norte e Nordeste mostram a elevada mortalidade masculina⁶⁻¹⁷, além do impacto dos óbitos por causas externas na expectativa de vida dos homens.¹⁸⁻⁹

Entre as capitais do País, no período de 1991-2000, Macapá (Norte) é a região que apresenta a maior mortalidade masculina, sendo 10,3 óbitos masculinos para cada feminino. Em seguida aparece João Pessoa (Nordeste) com um risco masculino nove vezes maior. Outras capitais como Recife, Vitória, São Paulo e Cuiabá observou-se também riscos elevados para os homens, sendo as taxas de mortalidade em torno de sete vezes maiores que as femininas.⁶

Com o objetivo de estimar o impacto dos principais grupos de causas de morte, sob a esperança de vida no Nordeste brasileiro no ano 2000¹⁹, foi observado que o grupo das causas externas representou a segunda causa, em volume e em ganhos, para todos os estados do Nordeste e para o sexo masculino. No entanto, concluíram que as estatísticas vitais desta região são pouco utilizadas, argumentando que a qualidade desses dados limita a produção de indicadores confiáveis da mortalidade.

Outro estudo revela que a região metropolitana de Recife (Nordeste) apresentou um maior impacto das causas

externas sobre a expectativa de vida masculina, pois, na ausência de óbitos por essas causas, os homens ganham 4,22 anos de vida, valor superior ao encontrado em São Paulo e no Rio de Janeiro (4 anos e 3,64 anos, respectivamente), que são lugares tipicamente violentos.¹⁸

Ainda na região Nordeste, um levantamento sobre a evolução das desigualdades socioespaciais na mortalidade por causas externas e homicídios em Salvador¹⁷, entre 2000-2006, identificou aumento de 98,5% na taxa de homicídios. Observou-se que, apesar do crescente número de óbitos por causas externas em todos os estratos sociais, os aumentos mais significativos foram observados na população com piores condições de vida.

Diferentemente da situação apresentada para as macrorregiões Norte e Nordeste, a região Sudeste apresentou tendência decrescente, entretanto, esse resultado diverge de alguns estudos realizados em estados do Sudeste que mostraram uma tendência crescente de mortalidade masculina por causas externas, em geral, e por algumas causas específicas, como o homicídio e suicídio. É o caso do estudo realizado na cidade de São Mateus/ES, onde revelou que a tendência do coeficiente de mortalidade masculina, por causas externas, no período de 1999 a 2008, apresentou uma tendência de aumento estatisticamente significativa ($p < 0,001$), os coeficientes variaram de 117,00 óbitos por 100.000 habitantes, em 1999, para 204,22, em 2008, sendo o maior coeficiente de mortalidade observado na faixa etária de 20 a 59 anos.²⁰

Corroborando com o resultado mencionado acima, estudo conduzido na região Sudeste²¹ pode identificar maiores taxas de homicídio, no sexo masculino, independente de raça\cor, quando comparado as demais regiões brasileiras, sendo a faixa etária de maior risco para este tipo de óbito, 20-29 anos.

Outra análise de tendência de mortalidade por homicídios, realizada em Belo Horizonte e região metropolitana, no período de 1980-2005, revelou elevada magnitude das taxas de mortalidade por homicídios principalmente, em adultos

jovens e homens. Em Belo horizonte, a mortalidade para o sexo masculino, apresentou trajetórias ascendentes em todas as faixas etárias, com períodos de aceleração, que se tornaram mais evidentes por volta da década de 1990, não sendo observados períodos de declínio.²²

Em um estudo de análise de tendência, os resultados evidenciaram crescimento das taxas de suicídio no Brasil e no Rio de Janeiro, assim como aumento progressivo dos óbitos, entre pessoas do sexo masculino de todas as idades no País. Houve ainda o crescimento do suicídio entre homens menores de 60 anos, no Rio de Janeiro. Observa-se, que em 1980 ocorreu 2,4 e 1,7 mortes de homens para cada mulher, no Brasil e no estado do Rio de Janeiro, respectivamente, proporção que subiu, em 2006, para 4,0 homens a cada mulher no País e para 2,9 no estado.²³

A análise da mortalidade por agressão na população brasileira²⁴, no período de 1996 a 2007, evidenciou que a região Sudeste apresentou a taxa mais elevada de mortalidade, representando 52,9% dos óbitos, seguida da região Nordeste (23,9%), as menores taxas corresponderam as regiões Norte (6,3%), Centro-oeste (7,2%) e Sul (9,7), respectivamente. Quando considerados, especificamente, os homens jovens (15-29 anos), o risco de mortalidade por agressão foi maior nas regiões Nordeste e Centro-oeste e o menor índice evidenciado no Sul do Brasil.

Com este estudo não é possível afirmar os fatores que conduziram ao comportamento dos coeficientes apresentados, contudo destacam-se alguns fatores que podem ter contribuído para esses achados. Destaca-se atenção à tendência decrescente da mortalidade por causas externas na região Sudeste que comporta grande parte da população nacional. Neste contexto, destaca-se à criação do Estatuto do Desarmamento em 2003, com a intensificação através da Campanha Nacional do Desarmamento nos anos seguintes. Este fato pode ter contribuído para o decréscimo dos óbitos por causas externas, uma vez que as armas de fogo aparecem em destaque

entre as armas mais frequentemente utilizadas em atos de violência.²⁵

Além da criação do Estatuto do desarmamento, iniciativas do Ministério da Saúde como a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências²⁶ (2001) e a Política Nacional de Atenção às Urgências²⁷ (2003), que contempla a parte assistencial do plano de enfrentamento das causas externas e busca o aprimoramento e expansão dos atendimentos pré, intra, e pós-hospitalares para vítimas de violências, podem ter contribuído com as mudanças ocorridas nas taxas de mortalidade.

Estudo nacional²⁸ comparou o risco de morte por Acidentes de Trânsito (ATT) antes e depois da implantação da Lei 11.705²⁹, promulgada no ano de 2008, que restringe o consumo de bebida alcoólica no Brasil. Identificou-se redução proporcional significativa no risco de morte por acidente de trânsito no Brasil, principalmente entre os homens. Entretanto, essa redução não foi tão evidente no presente estudo, visto que apenas as regiões Sudeste e Centro-oeste apresentaram queda nos coeficientes de mortalidade, embora não podemos afirmar que tal redução tenha sido reflexo desta lei.

Outro fator que, possivelmente possa ter influenciado os resultados encontrados no presente estudo são as disparidades no desenvolvimento econômico e social das regiões como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), vez que se observa que as regiões Norte e Nordeste apresentam maior desigualdade social, população em condições de vida precárias, com maior índice de analfabetismo.

De acordo com o Atlas de desenvolvimento humano no Brasil, 74% dos municípios brasileiros encontram-se nas faixas de “médio” e “alto desenvolvimento”, e cerca de 25% deles nas de “baixo desenvolvimento”. Sendo que o Nordeste possui 61,3% dos municípios na faixa de “baixo desenvolvimento humano” e no Norte, 40,1% das cidades estão nessa classificação.³⁰

Comparativamente, as regiões Sul e Sudeste apresentam menores índices de desigualdade social e analfabetismo,

possivelmente contribuindo para a adoção de um comportamento menos agressivo pela população masculina. As regiões Sul e Sudeste têm a maioria dos municípios concentrada na faixa de “alto desenvolvimento humano”, 64,7% e 52,2%, respectivamente.

Com isso, a literatura já sinaliza maior frequência de casos de violência e mortalidade por causas externas nas populações mais carentes, com menor nível de escolaridade e em condições precárias de vida, o que pode estar relacionada a essa tendência crescente de mortalidade por causas externas nas regiões norte e nordeste e um decréscimo no sudeste brasileiro.

Outro fator que também pode ter contribuído para essa tendência crescente de mortalidade nas regiões norte e nordeste refere-se ao baixo uso ou acesso aos serviços de saúde, principalmente àqueles com enfoque na prevenção e promoção da saúde, vez que intervenções adequadas do setor saúde têm potencial para reduzir a morbimortalidade por causas externas.

O acesso aos serviços de saúde aumenta de acordo com o desenvolvimento socioeconômico da região, dessa forma, as pessoas residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentam maiores chances de uso de serviços de saúde do que os residentes nas demais regiões. Além disso, as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores chances de uso desses serviços, sendo o maior diferencial nas chances de uso de serviços de saúde na região Nordeste era entre as pessoas com maior escolaridade, que apresentavam chance de 56,4% maior de uso do que as pessoas de baixa escolaridade.³¹

Diante dos resultados, conclui-se que a mortalidade masculina por causas externas, na faixa etária de 20-59 anos apresenta uma tendência crescente em algumas regiões brasileiras (Norte, Nordeste e Sul), enquanto que a região Sudeste, a mais populosa do Brasil e tida como a mais violenta, apresentou uma tendência decrescente na série estudada.

Além disso, o presente estudo chama a atenção para o aumento dos coeficientes de mortalidade nas regiões Norte e Nordeste, pois, apresentaram no início da

década os menores índices de mortalidade e encerra-na com os maiores coeficientes de mortalidade, correspondendo a um aumento de 45,72% do na região Norte e de 34,29% na região Nordeste.

É necessário destacar algumas limitações no presente estudo, como a utilização dos dados secundários, bem como a qualidade das informações atribuídas ao SIM. Este sistema reúne dados de Declarações de Óbito, as quais podem conter inconformidades no preenchimento. Porém, é válido destacar que o SIM e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) têm sido alvo de investimentos institucionais do Ministério da Saúde e demais órgãos relacionados, o que por sua vez reflete no avanço de sua cobertura e na diminuição da subnotificação.³²⁻³

Mesmo apresentando tais limitações, devido ao acompanhamento sistemático e padronizado da ocorrência desse evento, o SIM apresenta grande potencialidade para os estudos de tendência temporal, pois são dados oficiais, além disso, norteiam as ações de planejamento e elaboração de políticas públicas.

Apesar das limitações aqui expostas, os aspectos evidenciados no presente estudo ressaltam a importância do monitoramento desse indicador, ao mesmo tempo em que enfatizam os desafios a serem enfrentados para a contenção desses números. A PNAISH já vem destacando a importância dessas causas de mortalidade na população masculina, principalmente entre os jovens e a necessidade de intensivo investimento no sentido de controlar a morbimortalidade por causas externas.

Para tanto, observa-se a necessidade da articulação intersetorial do governo no sentido de desenvolver novas estratégias que contribuam para a redução dessas taxas de mortalidade, principalmente entre os homens mais jovens, os mais atingidos, assim como o investimento no controle dos determinantes socioeconômicos e culturais que favorecem a ocorrência desses óbitos.

COLABORADORES

Valença Neto PF e Siqueira BPJ, participaram de igual forma no

planejamento do estudo, análise e interpretação de dados e revisão crítica do artigo. Nery AA e Casotti CA participaram da revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2008. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf
2. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Censo 2010. Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide.
3. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil - relatório final. Brasília; 2008. Available from: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.
4. Belon AP, Barros MB, Marín-León L. Mortality among adults: gender and socioeconomic differences in a Brazilian city. BMC Public Health [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 12]; 12(39). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/39>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília; 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf.
6. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciênc saúde colet [Internet]. 2005 [cited 2012 Aug 12];10(1),59-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en.
7. Souza CBV, Noronha FMF, Britto ACT, Farias FBB. Óbitos por causas externas em São Luís-MA no ano de 2005. Revista de Investigação Biomédica do Uniceuma [Internet]. 2009 [cited 2012 Aug 14];1:33-9. Available from: https://www.extranet.ceuma.br/sitenovo/Revistas/artigos/investigacao_biomedica/investigacao_biomedica1/artigo5.pdf
8. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc saúde colet [Internet]. 2005 [cited 2012 Aug 14];10(1):35-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en

9. Peate, Ian. Time for a national strategy for men's mental health? Br J Nurs [Internet]. 2010 [cited 2012 Aug 15];19(1):405. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20505597>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes) 2008. Available from:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

11. Machado MF, Ribeiro MAT. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. Interface, Comun Saúde Educ [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 16];16(41):343-56. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2912.pdf>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Available from:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

13. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão. São Paulo: CBCD/EDUSP; 1995.

14. Latorre MRDO. Stomach cancer mortality in Brazil: from 1977 to 1989. Cad Saúde Pública [Internet]. 1997 [cited 2012 Aug 14];13(Supl 1):67-78. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000500007&lng=en.

15. Latorre MRDO. Câncer em Goiânia: análise da incidência e da mortalidade no período de 1988 a 1997. Tese (Doutorado) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001. Available from:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/6/tde-27042006-094006/publico/canceremgoianiaLATORREMRDO.pdf>

16. Paes NA. Assessment of completeness of death reporting in Brazilian states for the year 2000. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2005 Dec [cited 2012 Aug 20];39(6): 882-90. Available from:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600003&lng=en.

17. Viana LAC, Costa MCN, Paim JS, Vieira-Da-Silva LM. Desigualdades sociais e crescimento das mortes violentas em Salvador, Bahia, Brasil: 2000-2006. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011[cited 2012 Sept 05];27(supl.2):298-08. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400016&lng=en

18. Dias Junior CS. O impacto da mortalidade por causas externas e dos homicídios na esperança de vida: uma análise comparativa entre cinco regiões metropolitanas do Brasil. Congresso Português de Demografia; 2004, Lisboa. Anais eletrônicos. Lisboa, 2004. 18p. Available from:

<https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/O%20IMPACTO%20DA%20MORTALIDADE%20POR%20CAUSA%20EXTERNAS%20E%20DOS%20HOMICIDIOS%20NA%20EXPECTATIVA%20DE%20VIDA.pdf>

19. Paes NA, Fernandes GJ. Recuperação das principais Causas de Morte do Nordeste do Brasil: Impacto na expectativa de vida. Rev Saúde Públ [Internet]. 2010 Apr [cited 2012 Sep 05];44(2): 301-9. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/10.pdf>.

20. Tristao KM, Leite FMC, Schmildt ER, Leite EC, Castroi DS, Vilela APM. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. Epidemiol. Serv Saúde [Internet]. 2012 June [cited 2012 Sept 07];21(2):305-13. Available from:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200013&lng=en&nrm=iso

21. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2007 Mar [cited 2012 Sept 16];16(1):7-18. Available from:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100002&lng=en&nrm=iso

22. Villela LCM, Moraes AS, Suzuki CS, Freitas ICM. Tendência da mortalidade por homicídios em Belo Horizonte e região metropolitana: 1980-2005. Rev Saúde Públ [Internet]. 2010 June [cited 2012 Sept 16];44(3):486-95. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300012&lng=en.

23. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. Rev Saúde Públ [Internet]. 2012 Apr [cited 2012 Sept 19];46(2):300-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200012&lng=en.

24. Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia, BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. Ciênc saúde colet [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan

Valença Neto PF, Siqueira BPJ, Nery AA, Casotti CA.

Tendência da mortalidade masculina por causas...

20];17(12):3243-248. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200009&lng=en

25. Soares Filho AM. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2011 Aug [cited 2013 Jan 13];45(4):745-55. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400015&lng=en.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União; 2003. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>

28. Malta DC, Soares Filho AM, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Lima CM. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Jan 16];19(4); 317-28. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000400002&lng=en&nrm=iso.

29. Brasil. Lei nº. 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2008; 20 jun. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm

30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasil; 2013. Available from: <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>

31. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades Geográficas e Sociais no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc saúde colet [Internet]. 2006 [cited 2013 Feb 10];11(4):975-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso.

32. Souza A, Dourado I, Duarte EC, Daufenbach LZ. Mortalidade por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2005. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 18];18(3):209-18.

Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300003&lng=en&nrm=iso

33. Melo MC. Perfil da mortalidade hospitalar por causas externas: óptica sobre a notificação dos dados. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 July [cited 2014 July 26];8(7):1898-903. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewFile/4388/pdf_5438

Submissão: 02/08/2014

Aceito: 10/04/2015

Publicado: 01/05/2015

Correspondência

Paulo da Fonseca Valença Neto
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Departamento de Saúde I
Av. Jose Moreira Sobrinho, s/n
Bairro Jequiezinho
CEP 456205-180 – Jequié (BA), Brasil