Revista de Enfermagem UFPE On Line
ISSN: 1981-8963

Rev enferm UFPE on line.
2021;15(2):e245680
DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245680
https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem

ARTIGO ORIGINAL

MORBIMORTALIDADE MASCULINA POR CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL: 2009-2018

MALE MORBIMORTALITY DUE TO EXTERNAL CAUSES IN BRAZIL: 2009-2018

MORBIMORTALIDAD MASCULINA POR CAUSAS EXTERNAS EN BRASIL:2009-2018

Erik Tavares Gonçalves[1], *José Jairo Teixeira da Silva*[2]

RESUMO

Objetivo*:** descrever o perfil epidemiológico referente à morbimortalidade masculina devido a causas externas e sua relação com o gênero como ferramenta de análise e discussão de políticas públicas. ***Método*:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, explicativo, epidemiológico, utilizando dados públicos secundários obtidos por meio do SIH/SIM/DATASUS. Coletaram-se dados a partir de parâmetros fixos quanto ao sexo e à faixa etária da população de interesse. Escolheu-se, no que diz respeito à faixa etária, o período entre 20-59 anos de idade. Realizou-se a análise descritiva dos dados referentes aos indicadores epidemiológicos e de morbidade. ***Resultados*:** constitui-se, pelas causas externas de morbimortalidade, a principal causa de morte em homens no período de 2009 a 2018, sendo elas mais prevalentes em adultos jovens, solteiros e com baixo nível de escolaridade. ***Conclusão: torna-se necessário discutir como a masculinidade hegemônica impacta sobre esses indicadores de saúde, propondo uma revisão de políticas de saúde por meio de estratégias voltadas a dimensões da integralidade e equidade relacionadas ao gênero.

***Descritores*:** Saúde do Homem; Causas Externas; Saúde Pública; Políticas de Saúde; Gênero e Saúde; Masculinidades.

Descriptors: Men's Health; External Causes; Public Health; Health Policy; Gender and Health; Masculinity.

Descriptores: Salud del Hombre; Causas Externas; Salud Publica; Política de Salud; Género y Salud; Masculinidad.

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological profile regarding male morbidity and mortality due to external causes and its relationship with gender as a tool for analysis and discussion of public policies. **Method**: this is a quantitative, descriptive, explanatory, epidemiological study, using secondary public data obtained through the SIH/SIM/DATASUS. Data were collected from fixed parameters regarding the gender and age range of the population of interest. The age group chosen was the period between 20-59 years old. Descriptive analysis of data related to epidemiological and morbidity indicators was performed. **Results**: due to the external causes of morbidity and mortality, the main cause of death in men is in the period from 2009 to 2018, and they are more prevalent in young, single adults with a low level of education. **Conclusion**: it is necessary to discuss how hegemonic masculinity impacts these health indicators, proposing a review of health policies through strategies aimed at dimensions of integrality and equity-related to gender.

Descriptors: Men's Health; External Causes; Public Health; Health Policy; Gender and Health; Masculinity.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de la morbilidad y mortalidad masculina por causas externas y su relación con el género como herramienta de análisis y discusión de políticas públicas. **Método:** se trata de un estudio epidemiológico cuantitativo, descriptivo, explicativo, utilizando datos públicos secundarios obtenidos a través del SIH / SIM / DATASUS. Los datos se obtuvieron a partir de parámetros fijos con respecto al sexo y rango de edad de la población de interés. En cuanto al grupo de edad, se eligió el período comprendido entre 20 y 59 años. Se realizó un análisis descriptivo de los datos relacionados con indicadores epidemiológicos y de morbilidad. **Resultados:** es, por las causas externas de morbilidad y mortalidad, la principal causa de muerte en hombres en el período de 2009 a 2018, y son más prevalentes en adultos

jóvenes, solteros y con bajo nivel educativo. **Conclusión:** es necesario discutir cómo la masculinidad hegemónica impacta en estos indicadores de salud, proponiendo una revisión de las políticas de salud a través de estrategias orientadas a dimensiones de integralidad y equidad relacionadas con el género.

Descriptores: Salud del Hombre; Causas Externas; Salud Publica; Política de Salud; Género y Salud; Masculinidad.

[1]Departamento de Vigilância Epidemiológica. Gravatá (PE), Brasil. [1] https://orcid.org/0000-0001-9948-2959
[2]Departamento de Atenção Primária a Saúde. Gravatá (PE), Brasil. [2] https://orcid.org/0000-0002-55810014

Como citar este artigo
Gonçalves ET, Silva JJT. Morbimortalidade masculina por causas externas no Brasil: 2009-2018. Rev enferm UFPE on line. 2021;15(2):e245680 DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245680

INTRODUÇÃO

Entende-se como masculinidades as configurações das práticas da posição dos homens no contexto das relações de gênero e essa temática tem conquistado espaço considerável nas discussões sobre equidade e integralidade do cuidado em saúde da população masculina.[1-3] Expressam-se essas de modo plural, recebendo influência de diversos fatores, como aqueles de caráter social, biológico, sexual, cultural, comportamental, dentre outros.[4-5]

Salienta-se que os contextos relacionados a esta temática são diversos e dinâmicos e, portanto, não há um padrão homogêneo ou modelo considerado unitário referente à masculinidade. Informa-se que, dentre as diversas expressões de masculinidades, a do tipo hegemônica é a forma mais predominante na população masculina. Trata-se de uma configuração social hierárquica adotada para reafirmar o papel dos homens na sociedade. Legitima-se ideologicamente, por esta modalidade de masculinidade, a subordinação das mulheres e outras identidades de gênero ao comportamento supostamente considerado de homens.[4,6-7]

Tem-se observado que o modelo hegemônico de masculinidade contribui com indicadores de saúde desfavoráveis. Pontua-se que, no Brasil, os homens representam a parcela da população mais susceptível às doenças, sobretudo àquelas graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres.[8] Acrescenta-se que, apesar deste cenário alarmante, os homens ainda buscam menos os serviços saúde quando comparados à parcela da população feminina.[9] Percebe-se que, por outro lado, quando buscam os serviços, adentram o sistema nos serviços de alta densidade tecnológica e, portanto, são responsáveis por maiores custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como menor resolubilidade, fator esse associado à cronicidade e/ou complexidade da doença.[8,10]

Objetiva-se, portanto, por meio da construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), por meio da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, diminuir as taxas de morbimortalidade dessa população, bem como facilitar o acesso deste público aos serviços de saúde, contribuindo para melhorias e incentivo do homem a promover ações de autocuidado.[10]

Explica-se que esta política possui linhas de cuidado bastante definidas, tais como acesso e acolhimento; saúde sexual e saúde reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. Alerta-se que, no Brasil, as taxas de morbimortalidade por causas externas, ou seja, homicídio, suicídio ou morte suspeita, bem como acidentes, são mais comuns na população masculina.[8,10] Indicou-se, por diversos estudos, relação direta entre violência, acidentes de trânsito e suicídio ao padrão de masculinidade hegemônica.[11-3] Busca-se, por estratégias de prevenção de violências e acidentes, portanto, sensibilizar gestores em saúde, homens e população em geral sobre quais os fatores associados à alta prevalência destes eventos nesta população.[10,14-5]

Trata-se de uma temática recente e, portanto, pouco explorada. Permite-se, dessa forma, pelo entendimento e discussão acerca dos diferentes tipos de masculinidade, em especial, a masculinidade hegemônica, a consolidação, por meio deste estudo, de conhecimentos na área da saúde do homem, possibilitando o fortalecimento de eixos centrais à saúde desta população, como aqueles relacionados às causas externas. Busca-se, além disso, por este estudo, fomentar

uma discussão sobre a necessidade de incorporação do gênero como ferramenta de análise e revisão de políticas públicas e, dessa forma, contribuir para a reorientação das proposições da PNAISH.

OBJETIVO

Descrever o perfil epidemiológico referente à morbimortalidade masculina devido a causas externas e sua relação com o gênero como ferramenta de análise e discussão de políticas públicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, explicativo, epidemiológico, utilizando dados públicos secundários obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2009 a 2018, por Região e Unidade de Federação – Brasil.[16]

Realizou-se, inicialmente, uma análise descritiva dos dados referentes aos indicadores epidemiológicos e de morbidade. Empreendeu-se, neste segmento, uma busca no eixo Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS): abordagem geral; por local de residência; quanto ao número de internações; gastos despendidos aos SUS e as diferenças observadas entre a população masculina e a feminina na faixa etária entre 20-59 anos de idade. Analisou-se, quanto às estatísticas vitais, a variável mortalidade de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Verificaram-se os seguintes parâmetros: mortalidade geral e a relação entre número de óbitos entre homens e mulheres por faixa etária.

Coletaram-se dados a partir de parâmetros fixos quanto ao sexo e à faixa etária da população de interesse. Escolheu-se, no que diz respeito à faixa etária, o período entre 20-59 anos de idade por representar a faixa etária descrita na metodologia de construção das políticas públicas voltadas à saúde do homem.[8]

Verificou-se, de modo isolado, o número de óbitos na população masculina, com faixa etária de 20-59 anos, por causas externas, segundo Capítulo CID 10, o qual inclui variáveis como mortalidade por neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, causas externas de morbidade e mortalidade, dentre outras. Adotou-se, para a análise mais detalhada dos fatores relacionados à mortalidade por causas externas nesta população, o critério de análise por parte do Grande Grupo CID.

Elencaram-se características sociodemográficas, como raça/etnia, escolaridade e estado civil, e características da ocorrência (local da ocorrência), de acordo com o número de óbitos por causas externas, segundo Grande Grupo CID na população masculina. Incluíram-se, na análise do Grande Grupo CID, variáveis como o número de óbitos por acidentes de transporte, outras causas externas de lesão acidental, lesão autoprovocada voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, complicações da assistência médica e cirúrgica e sequelas de causas externas. Descreveram-se todas essas variáveis mencionadas utilizando os seguintes filtros: i) sexo masculino; ii) faixa etária: 20-59 anos de idade.

Obtiveram-se, a partir de um banco de dados de domínio público, os dados deste estudo. Baseou-se este estudo na regulamentação prevista pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, bem como suas informações estavam agregadas sem possibilidade de identificação individual. Justifica-se, por tais fatos, a ausência de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CONEP, como orienta a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

RESULTADOS

Perfil de morbidade e mortalidade geral da população brasileira 2009 a 2018 – Brasil

Identificaram-se, a partir dos dados, os valores de morbidade hospitalar geral no período de 2009-2018. Registrou-se, no SIH, um total de 59.468.451 internações por local de residência, segundo sexo e faixa etária de 20 a 59 anos (sexo masculino: 34,8%, n= 20.693.695 *versus* sexo feminino: 65,2% n= 38.774.756). Gastaram-se, no que concerne ao valor total dos gastos no SUS nesse período (R$60.306.983.244,00), R$27.840.348.411,05 nas internações referentes à

população masculina, o que representa 46,2% do valor total, quando comparado à população feminina, 53,8%, ou seja, R$ 32.466.634.832,95.

Elencaram-se os gastos nestas populações e foi observado que 10,7% do total das internações, ou seja, 6.384.377, foram devido a causas externas. Revela-se que os valores de morbidade hospitalar por causas externas foram maiores nos indivíduos do sexo masculino (75,9%, n= 4.842.972) quando comparados aos do sexo feminino (24,1%, n= 1.541.405). Detalha-se que os custos despendidos pelo SUS com essas internações foram de R$7.082.295.712,35 e, devido à diferença do perfil de adoecimento por causas externas entre estas populações, os gastos em saúde foram cerca de ±3,6 vezes maiores no sexo masculino, o que representa 78,3%, o equivalente a R$5.546.172.615,70. Destinaram-se, por sua vez, 21,7% do total aos internamentos da população feminina, correspondendo a R$1.536.123.096,65.

Verificou-se, quanto à mortalidade no mesmo período analisado e faixa etária anteriormente mencionada, um total de 3.596.434 óbitos na população brasileira em geral. Registraram-se, desse quantitativo, 67,9% (n= 2.442.915) em indivíduos do sexo masculino, seguidos de 32,1% (n= 1.153.519) no sexo feminino e, dentre as faixas etárias analisadas, aquela referente a 50-59 anos de idade foi a que registrou maior número de óbitos neste intervalo de tempo em ambas as populações (Tabela 1).

Perfil de mortalidade masculina na faixa etária de 20-59 anos de idade no período de 2009-2018 – Brasil.

Demonstra-se, na tabela 2, a análise do número total de óbitos por Capítulo CID-10 na população masculina. Indica-se, pelos dados, que os principais eventos relacionados à mortalidade deste público na faixa etária de 20-59 anos foram: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; algumas doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório, respectivamente. Observa-se, além disso, que as causas externas de mortalidade possuem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (20 a 29 anos: 77,3%; n= 346.934 e 30 a 39 anos: 53,7%; n= 244.921) quando comparadas às faixas etárias mais avançadas (40 a 49 anos: 27,8%; n=

167.974 e 50 a 59 anos: 12,7%; n= 118.817). Destaca-se, como importante, uma mudança do perfil de mortalidade nas faixas etárias mais avançadas, caracterizado por maior número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, seguidas de causas externas de morbidade e mortalidade e neoplasias.

Verificou-se, em seguida, o número total de óbitos por causas externas por local de residência relacionado segundo Grande Grupo CID10 na população masculina. Torna-se possível observar que as principais causas de mortalidade foram as agressões, os acidentes de trânsito, as outras causas externas de traumatismos acidentais, seguidas das lesões autoprovocadas voluntariamente, conforme a tabela 3.

Evidencia-se, na tabela 4, o número de óbitos por residência por cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência e faixa etária (20-59 anos) segundo Grande Grupo CID10, no período de 2009-2018. Registraram-se, quanto ao perfil sociodemográfico de vítimas de agressão, 70,8% (n= 283.831) dos casos em pardos e pretos. Averiguou-se que a maioria das vítimas de agressão possuía nenhuma ou baixa escolaridade. Ressalta-se que foram registrados poucos casos de violência em homens com 12 anos ou mais de estudo e, quanto ao estado civil das vítimas, a grande maioria dos eventos foram registrados em indivíduos solteiros e o principal local de ocorrência das agressões foram as vias públicas.

Caracterizam-se os acidentes de transporte como a segunda maior causa de óbitos por causas externas, sendo esses mais prevalentes em pardos e brancos. Registraram-se, além disso, a maior parte dos casos em homens com nenhuma ou baixa escolaridade, com zero a sete anos de estudo e, do total de vítimas por acidentes de transporte, a maioria eram solteiros, e, quanto ao local da ocorrência, uma parcela representativa dos casos aconteceram em via pública.

Demonstra-se, quanto à variável outras causas externas de traumatismos acidentais, que os óbitos foram mais prevalentes em pardos e, em relação ao número total de óbitos, grande parte das vítimas possuía nenhum ou baixo nível de escolaridade; além disso, eram solteiros e a grande maioria das mortes foi registrada em nível hospitalar.

Observa-se que, quanto às lesões autoprovocadas voluntariamente, esse foi um fenômeno comum em ambos, brancos e pardos e, quanto ao perfil das vítimas, a grande maioria dos óbitos

foi registrada em indivíduos com nenhum ou com baixo nível de escolaridade, entre zero e sete anos de estudos, similar ao observado nas outras variáveis onde uma parcela significativa dos casos foram observados em homens solteiros. Informa-se, ainda, quanto ao local de ocorrência, que a maioria dos casos aconteceram em nível domiciliar.

Tabela 1. Número de óbitos da população brasileira de 20 a 59 anos - Brasil. 2009-2018. Caruaru (PE), Brasil, 2020.

Sexo	20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Masculino	448.903	18,4	456.013	18,7	603.810	24,7	934.189	38,2	2.442.915	100,0
Feminino	106.071	9,2	178.112	15,4	317.193	27,5	552.143	47,9	1.153.519	100,0

Fonte:[16]

Tabela 2. Número de óbitos em homens por capítulo CID-10 e faixa etária – Brasil, 2009-2018. Caruaru (PE), Brasil, 2020.

Capítulo CID 10	20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17.098	3,8	35.532	7,8	46.772	7,7	49.839	5,3	149.241	6,1
Neoplasias (tumores)	13.921	3,1	24.941	5,5	70.813	11,7	184.661	19,8	294.336	12,0
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	2.140	0,5	2.241	0,5	2.771	0,5	3.705	0,4	10.857	0,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.575	0,8	8.486	1,9	20.326	3,4	47.976	5,1	80.363	3,3
Transtornos mentais e comportamentais	3.319	0,7	11.035	2,4	20.061	3,3	21312	2,3	55.727	2,3
Doenças do sistema nervoso	6.722	1,5	7.456	1,6	9.651	1,6	11..599	1,2	35.428	1,5
Doenças do olho e anexos	3	0,0	10	0,0	11	0,0	13	0,0	37	0,0
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	51	0,0	65	0,0	86	0,0	113	0,0	315	0,0

Doenças do aparelho circulatório	16.099	3,6	43.178	9,5	117.003	19,4	259.969	27,8	436.249	17,9
Doenças do aparelho respiratório	10.324	2,3	18.031	4,0	33.528	5,6	65.666	7,0	127.549	5,2
Doenças do aparelho digestivo	7.299	1,6	26.480	5,8	60.081	10,0	85.822	9,2	179.682	7,4
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	398	0,1	701	0,2	1.352	0,2	2.419	0,3	4.870	0,2
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	594	0,1	837	0,2	1.461	0,2	2.462	0,3	5.354	0,2
Doenças do aparelho geniturinário	2.071	0,5	3.990	0,9	7.691	1,3	15.784	1,7	29.536	1,2
Algumas afecções originadas no período perinatal	55	0,0	26	0,0	16	0,0	14	0,0	111	0,0
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1.336	0,3	1.043	0,2	972	0,2	1.327	0,1	4.678	0,2

Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratório não classificados em outra parte	16.964	3,8	27.040	5,9	43.241	7,2	62.691	6,7	149.936	6,1
Causas externas de morbidade e mortalidade	346.934	77,3	244.921	53,7	167.974	27,8	118.817	12,7	878.646	36,0
Total por faixa etária	**448.903**	**100,0**	**456.013**	**100,0**	**603.810**	**100,0**	**934.189**	**100,0**	**2.442.915**	**100,0**

Fonte:[16]

Tabela 3. Mortalidade masculina por causas externas - Óbitos por residência por faixa etária segundo Grande Grupo CID10 – Brasil, 2009-2018. Caruaru (PE), Brasil, 2020.

Grande Grupo CID 10	20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Acidentes de transporte	86.001	24,8	69.340	28,3	54.256	32,3	41.193	34,7	250.790	28,5
Outras causas externas de lesões acidentais	24.301	7,0	25.347	10,3	27.166	16,2	25.462	21,4	102.276	11,6
Lesões autoprovocadas voluntariamente	18.607	5,4	18.485	7,5	15.573	9,3	12.096	10,2	64.761	7,4

Agressões	197.687	57,0	116.425	47,5	57.748	34,4	28.584	24,1	400.444	45,6
Eventos cuja intenção é indeterminada	14.745	4,3	13.161	5,4	11.894	7,1	10.037	8,4	49.837	5,7
Intervenções legais e operações de guerra	4.996	1,4	1.398	0,6	313	0,2	72	0,1	6.779	0,8
Complicações de assistência médica e cirúrgica	160	0,0	280	0,1	462	0,3	858	0,7	1.760	0,2
Sequelas de causas externas	437	0,1	485	0,2	562	0,3	515	0,4	1.999	0,2
Total por faixa etária	**346.934**	**100.0**	**244.921**	**100.0**	**167.974**	**100.0**	**118.817**	**100.0**	**878.646**	**100.0**

Fonte:[16]

Tabela 4. Mortalidade masculina por causas externas - Óbitos por residência por cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência e faixa etária (20-59 anos). Caruaru (PE), Brasil, 2020.

	V01-V09		W00-X59		X60-X84		X85-Y09		Y10-Y34		Y35-Y36		Y40-Y84		Y85-Y89		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Cor/raça																		
Branca	100.675	40,1	37.573	36,7	30.619	47,3	98.242	24,5	16.257	32,6	1.867	27,5	781	44,4	1.027	51,4	287.041	32,7
Preta	13.917	5,5	8.326	8,1	3.830	5,9	32.160	8,0	4.588	9,2	970	14,3	171	9,7	156	7,8	64.118	7,3
Amarela	405	0,2	216	0,2	182	0,3	460	0,1	105	0,2	10	0,1	5	0,3	3	0,2	1.386	0,2

Parda	126.708	50,5	51.843	50,7	27.634	42,7	251.671	62,8	26.016	52,2	3.820	56,4	721	41,0	735	36,8	489.148	55,7
Indígena	568	0,2	421	0,4	486	0,8	976	0,2	122	0,2	3	0,0	0	0,0	9	0,5	2.585	0,3
Ignorado	8.517	3,4	3.897	3,8	2.010	3,1	16.935	4,2	2.749	5,5	109	1,6	82	4,7	69	3,5	34.368	3,9
Total	**250.790**	**100,0**	**102.276**	**100,0**	**64.761**	**100,0**	**400.444**	**100,0**	**49.837**	**100,0**	**6.779**	**100,0**	**1.760**	**100,0**	**1.999**	**100,0**	**878.646**	**100,0**
Escolaridade																		
Nenhuma	8.887	3,5	5.830	5,7	2.385	3,7	14.284	3,6	2.278	4,6	53	0,8	105	6,0	116	5,8	33.938	3,9
1 a 3 anos	35.994	14,4	18.206	17,8	9.332	14,4	70.072	17,5	8.116	16,3	1.110	16,4	310	17,6	359	18,0	143.499	16,3
4 a 7 anos	62.738	25,0	28.443	27,8	16.228	25,1	134.781	33,7	14.006	28,1	3.204	47,3	394	22,4	589	29,5	260.383	29,6
8 a 11 anos	60.874	24,3	20.673	20,2	14.484	22,4	74.387	18,6	9.490	19,0	1.487	21,9	381	21,6	452	22,6	182.228	20,7
12 anos e mais	15.583	6,2	4.151	4,1	5.098	7,9	9.183	2,3	1.926	3,9	86	1,3	165	9,4	78	3,9	36.270	4,1
Ignorado	66.714	26,6	24.973	24,4	17.234	26,6	97.737	24,4	14.021	28,1	839	12,4	405	23,0	405	20,3	222.328	25,3
Total	**250.790**	**100,0**	**102.276**	**100,0**	**64.761**	**100,0**	**400.444**	**100,0**	**49.837**	**100,0**	**6.779**	**100,0**	**1.760**	**100,0**	**1.999**	**100,0**	**878.646**	**100,0**
Estado civil																		
Solteiro	136.200	54,3	56.572	55,3	36.305	56,1	286.458	71,5	30.442	61,1	5.786	85,4	648	36,8	1.195	59,8	553.606	63,0
Casado	64.890	25,9	25.985	25,4	15.648	24,2	46.847	11,7	9.361	18,8	353	5,2	753	42,8	440	22,0	164.277	18,7
Viúvo	1.897	0,8	1.016	1,0	558	0,9	1.510	0,4	417	0,8	14	0,2	28	1,6	21	1,1	5.461	0,6
Separado judicialmente.	11.215	4,5	5.460	5,3	3.987	6,2	10.094	2,5	2.359	4,7	58	0,9	128	7,3	128	6,4	33.429	3,8
Outro	14.766	5,9	4.995	4,9	3.210	5,0	21.287	5,3	1.276	2,6	204	3,0	78	4,4	80	4,0	45.896	5,2

Ignorado	21.822	8,7	8.248	8,1	5.053	7,8	34.248	8,6	5.982	12,0	364	5,4	125	7,1	135	6,8	75.977	8,6
Total	**250.790**	**100,0**	**102.276**	**100,0**	**64.761**	**100,0**	**400.444**	**100,0**	**49.837**	**100,0**	**6.779**	**100,0**	**1.760**	**100,0**	**1.999**	**100,0**	**878.646**	**100,0**
Local de ocorrência																		
Hospital	94.559	37,7	41.912	41,0	8.339	12,9	96.678	24,1	19.187	38,5	4.043	59,6	1.610	91,5	1.336	75,9	267.664	30,5
Outro estabelecimento de saúde	2.948	1,2	2.872	2,8	797	1,2	7.676	1,9	1.422	2,9	224	3,3	51	2,9	91	5,2	16.081	1,8
Domicílio	1.952	0,8	9.911	9,7	38.735	59,8	41.570	10,4	8.033	16,1	191	2,8	65	3,7	390	22,2	100.847	11,5
Via pública	134.314	53,6	14.380	14,1	4.739	7,3	186.946	46,7	11.198	22,5	1.489	22,0	14	0,8	112	6,4	353.192	40,2
Outros	16.275	6,5	32.587	31,9	11.819	18,3	64.733	16,2	9.525	19,1	808	11,9	19	1,1	66	3,8	135.832	15,5
Ignorado	742	0,3	614	0,6	332	0,5	2.841	0,7	472	0,9	24	0,4	1	0,1	4	0,2	5.030	0,6
Total	**250.790**	**100,0**	**102.276**	**100,0**	**64.761**	**100,0**	**400.444**	**100,0**	**49.837**	**100,0**	**6.779**	**100,0**	**1.760**	**100,0**	**1.760**	**100,0**	**878.646**	**100,0**

Fonte:[16]

DISCUSSÃO

Utilizaram-se, neste estudo, dados coletados em sistemas de informação de saúde públicos, os quais possibilitam, dentre outros eventos, analisar o perfil de adoecimento e o número de óbitos por causas externas. Permite-se, além disso, avaliar a situação de saúde e a efetividade nas ações das políticas de saúde por meio de uma perspectiva temporal para uma determinada parcela da população.[17] Entendem-se por causas externas de morbidade e mortalidade circunstâncias de início súbito associadas a fatores ambientais e/ou ocorrências, deliberadas ou não, que resultam em lesão (temporária ou permanente) ou morte, tais como os acidentes, homicídios, suicídios ou morte suspeita. Constituem-se, no Brasil, as causas externas um dos principais motivos de internações e óbitos em homens até os 59 anos de idade, representando um importante problema de saúde pública.[8]

Trata-se, portanto, de um levantamento epidemiológico quanto ao perfil de morbidade e mortalidade da população masculina na faixa etária de 20-59 anos de idade, no período de 2009 a 2018, relacionando variáveis como morbimortalidade masculina a perspectiva de gênero. Indicaram-se, por diversos estudos, diferenças quanto ao perfil de morbimortalidade entre sexos, sendo a expectativa de vida na população masculina menor quando comparada à da população feminina.[18-9] Indica-se, pelos valores referentes ao número de internações observados no levantamento deste estudo, que os homens ainda buscam menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres, contudo, quando o fazem, acessam o SUS por meio da atenção especializada, quando os agravos já estão instaurados, o que resulta em altos custos para os serviços de saúde.

Demonstra-se que a procura pelos homens pelos serviços de média complexidade à saúde é motivada pela apresentação de sinais e sintomas já instalados e de pequena gravidade. Estar-se-ia, por sua vez, a procura reduzida por essa população aos serviços vinculados à atenção básica associada a barreiras socioculturais inerentes ao homem e ao contexto sociocultural e histórico no qual ele se encontra inserido, bem como pelas barreiras institucionais, como a ausência de acolhimento, demora no atendimento e no acesso a medicamentos e exames, falta de atendimento especializado e não resolubilidade frente à demanda requerida pela população masculina.[20]

Verifica-se, quanto ao número total de óbitos, que os valores foram mais expressivos na população masculina, sendo a variável causas externas de morbidade e mortalidade o principal evento registrado em homens. Observa-se que os episódios relacionados a agressões e acidentes de trânsito foram os mais prevalentes entre os homens, em especial, aqueles mais jovens, solteiros e

com baixo nível de escolaridade. Demonstrou-se, em estudos como o de Preis e colaboradores, por meio do perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas na Região Sul do Brasil, no período de 2004 a 2013, que o maior número de óbitos foi registrado em homens jovens, com baixo nível de escolaridade, possuindo, como principais causas, os acidentes de transporte e as agressões.[21] Averiguou-se, conforme demonstrado por Sampaio, em análise dos prontuários de homens que sofreram acidentes por causas externas no município de Feira de Santana, em 2019, que a grande maioria das vítimas era constituída por homens jovens em idade reprodutiva.[22]

Observa-se que o número de internações e óbitos da população masculina por causas externas permaneceu alto, mesmo após a implantação da PNAISH em todo território nacional. Reforça-se, por tais evidências, a necessidade de maiores intervenções que fomentem discussões sobre gênero, os diversos tipos de masculinidades, bem como os indicadores de saúde relacionados à saúde do homem. Percebe-se, conforme demonstrado por Silveira e colaboradores, que ainda são escassos, no Brasil, estudos sobre a saúde da população masculina.[23] Reforçou-se, por diversos autores, a necessidade de uma melhor compreensão sobre a natureza do gênero e suas conexões com variáveis biopsicossociais e das maneiras pelas quais as representações das masculinidades impactam os determinantes de saúde da população masculina.[24-6]

Reitera-se que a masculinidade hegemônica, o modelo mais prevalente entre homens, tem sido associada a esses indicadores de saúde desfavoráveis.[3,8,23] Torna-se necessário, assim, incluir a dimensão das masculinidades, como plurais, na estratégia de revisão, reformulação e execução das políticas de saúde no Brasil. Tem-se como fundamental, além disso, a proposição de um plano de intervenções que não priorize somente agravos e ações em saúde da população masculina, tais como o câncer de próstata, mas estratégias de prevenção e promoção à saúde articuladas ao contexto sociocultural, histórico e político, ou seja, a perpetuação da masculinidade hegemônica e seus impactos negativos.[3]

Demonstra-se que os episódios relacionados à violência, acidentes de trânsito, outras causas externas de traumatismo acidentais e as lesões autoprovocadas foram os mais frequentes na população masculina entre 2009 e 2018, segundo dados secundários obtidos por meio do DATASUS. Configuram-se episódios relacionados a violências um importante problema de saúde pública, principalmente associados à população masculina em seus contextos sociais, culturais, políticos e de gênero.[8,27] Envolvem-se, no Brasil, por 90% dos episódios relacionados à violência, homens jovens e negros e, em relação aos acidentes de trânsito, os homens configuram a parcela da

população que mais se envolve em situações de risco e/ou exposição de fatores de risco, como o consumo de álcool e outras drogas.[8]

Evidenciam-se dados preocupantes quanto à saúde de homens na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. Constitui-se o perfil dos jovens abordados, em sua maior parte, por negros, com idades entre 14 e 21 anos, com baixo nível de escolaridade e provenientes de comunidades de baixa renda. Ressaltou-se, por autores, a necessidade de incluir, de modo urgente, as discussões sobre gênero e sexualidade na formação de profissionais de saúde, bem como no cotidiano desses jovens, uma vez que as noções rígidas de gênero naturalizam a exposição a fatores de risco e, portanto, configuram um cenário preocupante.[28]

Observam-se diferenças preocupantes entre homens e mulheres quanto aos acidentes de trânsito e, além disso, estas precisam ser vistas sobre uma ótica voltada às discussões de gênero, uma vez que a masculinidade hegemônica e o machismo são fatores associados às mortes no trânsito.[29] Sabe-se que assassinatos e suicídio são fenômenos complexos e estão diretamente relacionados ao sexo e ao gênero, uma vez que os autores são geralmente homens e os motivos subjacente às ações violentas vinculam-se à masculinidade hegemônica.[12-3] Faz-se necessário, uma vez que esses eventos são fruto de causas multifatoriais, repensar a metodologia das políticas públicas voltadas à saúde dos homens no Brasil e, dessa forma, inserir, nesse contexto, ações transversais às outras políticas de saúde para a população masculina. Acredita-se que seria interessante ampliar o escopo das ações para além daquelas delineadas na metodologia da PNAISH, ou seja, o público ativo e reprodutivo entre 20 e 59 anos de idade.

Necessita-se repensar a masculinidade e sua pluralidade nos contextos social e político e, dessa forma, perceber os homens nos seus respectivos contextos sociais, culturais, etários, geracionais, raciais, étnicos e sexuais.[1-3] Reforçou-se, por Pereira e colaboradores, a relevância da PNAISH quanto ao seu ineditismo de ações voltadas à saúde da população masculina. Avigorou-se, contudo, a necessidade de rever, de modo mais incisivo, as principais barreiras socioculturais e institucionais, no cotidiano das práticas de cuidado, com base nos conceitos de equidade e integralidade. Busca-se, dessa forma, expandir o contexto das masculinidades no que concerne às suas pluralidades.[2,8]

Demonstrou-se, por meio de um estudo qualitativo, quanto à experiência da população masculina na atenção primária à saúde, que as principais limitações quanto ao sentimento de exclusão na perspectiva masculina eram associadas ao preconceito, limitações da infraestrutura e dos ambientes dos serviços de saúde. Reforçou-se, por tais evidências, para a necessidade de

melhorias na comunicação, na prontidão e resolutividade no atendimento, bem como no enfrentamento das questões de gênero.[30]

Recomenda-se a importância das práticas de educação em saúde como ferramenta no processo de desconstrução dos estereótipos de gênero, bem como fortalecer a importância da prevenção e promoção da saúde entre homens jovens.[25] Salienta-se que a equidade e integralidade relacionadas ao gênero constituem importantes formas de organização social e política, como observado na PNAISH. Segue-se, mesmo com os avanços no que concerne à pluralidade das masculinidades e seu caráter relacional, comportamental e constitucional, a implantação da política voltada à saúde do homem com a perspectiva de agravos como protagonistas das ações. Tornam-se necessárias, a fim de compreender este cenário, ações de saúde que pretendam, como finalidade, contribuir para o fortalecimento dos eixos de cuidado a esta parcela da população e incentivar o autocuidado dos homens, por vezes, negligenciado. Constituem-se tais medidas uma estratégia de alta relevância na integralidade das ações direcionadas à saúde do homem.[2] Faz-se necessário, portanto, incluir as temáticas referentes a sexo e gênero como elementos fomentadores de políticas de saúde de qualidade e com alto grau de resolubilidade.[31]

CONCLUSÃO

Evidencia-se, por meio deste estudo, a necessidade de uma discussão sobre a temática das masculinidades, em especial, a do tipo hegemônica no campo da saúde pública. Infere-se que estratégias de revisão, redirecionamento, reformulação e reorganização das políticas públicas de saúde voltadas à população masculina não seriam úteis apenas em temáticas como a morbimortalidade por causas externas, mas seriam fundamentais nos fortalecimentos dos demais eixos de atenção da PNAISH. Torna-se imprescindível, além disso, ampliar as discussões de gênero e articular esse campo de discussão a outros segmentos de análise, tais como outras expressões de masculinidades, raça/etnia, nível de escolaridade, classe econômica, contexto político, características locais, comportamentais e geracionais.

CONTRIBUIÇÕES

Os autores contribuíram de modo equivalente na elaboração desse estudo.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Hammarström A, Hensing G. How gender theories are used in contemporary public health research. Int J Equity Health. 2018 Mar;17(1):34. DOI: 10.1186/s12939-017-0712-x.

2. Pereira J, Klein C, Meyer DE. PNAISH: an analysis of its educative dimension from the gender perspective. Saúde Soc. 2019 Apr/June; 28(2):132-46. DOI: 10.1590/S0104-12902019170836

3. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinities inherent to the Brazilian men's health policy. Rev Panam Salud Publica. 2019 Dec; 42:e119. DOI: 10.26633/RPSP.2018.119

4. Connell R. Masculinities in global perspective: hegemony, contestation, and changing structures of power. Theor Soc. 2016 July;45(4):303-18. DOI: 10.1007/s11186-016-9275-x.

5. Rangel EM, Castro BGSMM, Moraes LP. ""Why i am home!": an analysis of the impacts of the social construction of male in health care. Interfaces Cient Hum Soc. 2017 Oct; 6(2):243-52. DOI: 10.17564/2316-3801.2017v6n2p243-252.

6. Couto MT, Dantas SMV. Gender, masculinities, and health in review: production of the field in the journal Saúde e Sociedade. Saúde Soc. 2016 Oct/Dec; 25(4):857-68. DOI: 10.1590/S0104-12902016172308

7. Lewington L, Sebar B, Lee J. "Becoming the man you always wanted to be": Exploring the representation of health and masculinity in Men's Health magazine. Health Promot J Austral. 2018 Oct; 29(3):243–50. DOI: 10.1002/hpja.204

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: saúde do homem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/Gloss--rio.pdf

9. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Men's health: the reasons for men to reach out to health services. J Nurs UFPE on line. 2017 Nov; (Suppl 11):4546-53. DOI: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201714.

10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.

11. Dagirmanjian FB, Mahalik JR, Boland J, Colbow A, Dunn J, Pomarico A, et al. How do men construct and explain men's violence? J Interpers Violence. 2016 Jan; 32(15):2275-97. DOI: 10.1177/0886260515625511

12. Pirkis J, Spittal MJ, Keogh L, Mousaferiadis T, Currier D. Masculinity and suicidal thinking. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017 Dec; 52(3):319-27. DOI: 10.1007/s00127-016-1324-2

13. Sullman MJM, Paxion J, Stephens AN. Gender roles, sex and the expression of driving anger. Accid Anal Prev. 2017 Sept; 106:23-30. DOI: 10.1016/j.aap.2017.05.016

14. Decker MR, Wilcox HC, Holliday CN, Webster DW. An integrated public health approach to interpersonal violence and suicide prevention and response. Public Health Rep. 2018 Nov/Dec; 133(Suppl 1):S65-S79. DOI: 10.1177/0033354918800019

15. Marques SHB, Souza AC, Vaz AA, Pelegrini AHW, Linch GFC. Mortality due to external causes in brazil from 2004 to 2013. Rev Baiana Saúde Pública. 2017 Apr; 41(2):349-409. DOI: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2368

16. Ministério da Saúde (BR), DATASUS: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://datasus.saude.gov.br/

17. Messias KLM, Bispo Júnior JP, Pegado MFQ, Oliveira LC, Peixoto TG, Sales MAC, et al. The quality of certification of deaths due to external causes in the city of Fortaleza in the State of Ceará, Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 Apr; 21(4):1255-67. DOI: 10.1590/1413-81232015214.07922015

18. Oliveira JCAX, Correa ACP, Silva LA, Mozer IT, Medeiros RMK. Epidemiological profile of male mortality: contributions to nursing. Cogitare Enferm. 2017 Apr/June; 22(2):1-10. DOI: 10.5380/ce.v22i2.49742

19. Crimmins EM, Shim H. Zhang YS, Kim JK. Differences between men and women in mortality and the health dimensions of the morbidity process. Clin Chem. 2019 Jan; 65(1):135-45. DOI: 10.1373/clinchem.2018.288332

20. Sousa AR, Pereira RM, Anjos MSB, Cerqueira AS, Alencar DC, Santana TS, et al. Access to health care through mid complexity: collective discourse of men. J Nurs UFPE on line. 2019; 13:e237677. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.237677

21. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. Mortality epidemiology for external causes in the period 2004 to 2013. J Nurs UFPE on line. 2018 Mar; 12(3):716-28. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018

22. Sampaio CA, Silva DR, Almeida FLS, Sousa AR, Santana TS, Silva AF, et al. Men and traffic accidents and mobile pre-hospital care. J Nurs UFPE on line. 2019; 13:e239148. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.239148.

23. Silveira CLG, Melo VFC, Barreto AJR. Attention to the health of men in primary health care: na integrative review. J Nurs UFPE on line. 2017 Mar; 11(Suppl 3):1528-9. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201727

24. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G. Young men, masculinities and suicide. Arch Suicide Res. 2017 July; 22(2):327–43. DOI: 10.1080/13811118.2017.1340855

25. Barros CT, Gontijo DT, Lyra J, Lima LS, Monteiro EMLM. "If the man takes care of his own health, it will seem contradictory to the work": the relation between masculinities and health care for young men in vocational training. Saúde Soc. 2018 Apr/June;27(2):423-34. DOI: 10.1590/S0104-12902018166057.

26. McKenzie SK, Collings S, Jenkin G, River J. Masculinity, social connectedness, and mental health: men's diverse patterns of practice. Am J Mens Health. 2018 Sept; 12(5):1247–61. DOI: 10.1177/1557988318772732

27. Brown RP, Baughman K, Carvalho M. Culture, masculine honor, and violence toward women. Pers Soc Psychol Bull. 2018 Apr; 44(4):538-49. DOI: 10.1177/0146167217744195

28. Nascimento MAF, Uziel AP, Hernández JG. Young men in juvenile detention centers in Rio de Janeiro, Brazil: gender, sexuality, masculinity and health implications. Cad Saúde Pública. 2018 Feb; 34(2):e00177916. DOI: 10.1590/0102-311x00177916

29. Medeiros ALDS, Nadanovsky P. Car and motorcycle deaths: an evolutionary perspective. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 Dec; 21(12):3691-702. DOI: 10.1590/1413-812320152112.22792015

30. Oliveira PP, Santos WJ, Viegas SMF, Silveira EAA, Rodrigues AB. Experience of men in the context of Primary Health Care. Invest Educ Enferm. 2015; 33(2):227-36. DOI: 10.17533/udea.iee.v33n2a05.

31. Day S, Mason R, Lagosky S, Rochon PA. Integrating and evaluating sex and gender in health research. Health Res Policy Syst. 2016 Oct; 14-75. DOI: 10.1186/s12961-016-0147-7

Correspondência
José Jairo Teixeira da Silva
E-mail: jairo_teix@outlook.com

Submissão: 11/05/2020
Aceito: 15/04/2021

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.