

PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE MASCULINA E OS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR ESTES AGRAVOS¹

Jeane Cristina Anschau Xavier de Oliveira Fraga*
Áurea Christina de Paula Corrêa**
Roseanne Montargil Rocha***
Luanna de Arruda e Silva****
Renata Marien Knupp Medeiros*****
Isabele Torquato Mozer*****

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil da mortalidade masculina de Cuiabá-MT entre os anos de 2002-2012 segundo as principais causas de mortalidade masculina e os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por esta população. Trata-se de um estudo ecológico, realizado a partir de 5.135 registros de óbitos de homens com idades entre 20 e 59 anos, residentes em Cuiabá-MT. A análise descritiva foi feita através da frequência absoluta e relativa dos dados e cálculo dos Indicadores de Saúde. Dentre os resultados, destacam-se as mortes em decorrência de causas violentas e doenças crônicas e degenerativas, além da mortalidade precoce, expressa pela grande perda de APVP na população de 20 a 29 anos de idade. Diante deste panorama, ressalta-se a necessidade de ações conjuntas entre seguimentos da sociedade, agentes públicos e agentes de saúde no sentido de promover a mudança deste cenário através de ações educativas com intuito de fomentar a redução da mortalidade com a sensibilização da população masculina em relação aos comportamentos de risco como a violência e a direção perigosa, bem como a adoção de hábitos mais saudáveis.

Palavras-chave: Mortalidade. Saúde do Homem. APVP.

INTRODUÇÃO

Atualmente, estudos nacionais que têm se ocupado em investigar questões relacionadas à saúde do homem vêm demonstrando que os homens adoecem e morrem mais do que as mulheres, por todos os tipos de causas e em todas as faixas-etárias. Na literatura internacional, evidencia-se contexto similar, em que as mulheres apresentam maior expectativa de vida do que os homens^(1,2).

Apesar do cenário de condições em saúde desfavoráveis aos homens, ainda existe uma relativa escassez na discussão sobre como os aspectos socioculturais exercem influência sobre o processo de saúde e doença e, conseqüentemente, sobre a morbimortalidade da população masculina, bem como a formação/desenvolvimento dos profissionais que atuam na atenção primária para a adoção de estratégias/ações a serem

implementadas com o intuito de melhorar o perfil epidemiológico desta população.

Para se compreender a complexidade relacionada à saúde dos homens, tem-se utilizado o conceito de masculinidade hegemônica, vinculado à ideia de que o homem deve expressar comportamentos que demonstrem sua força e invulnerabilidade, assim como a procura pelos serviços de saúde somente deve ocorrer quando já estão adoecidos, gerando resultados negativos à sua própria saúde⁽³⁾. Este conceito vem sendo amplamente utilizado com vistas à compressão das práticas de saúde de homens, ajudando no entendimento de razões que levam homens à exposição a comportamentos de risco e suas dificuldades para lidar com suas enfermidades.

O exercício da masculinidade hegemônica tem influenciado o perfil de mortalidade desta população, verificado pelo crescente aumento das taxas de mortalidade entre os homens. O número de mortes de homens representou 57,2% do total

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá (UFMT), Mato Grosso, Brasil. jeane.anschau@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. aureaufmt@gmail.com

***Enfermeira. Pós-doutorado. Professora plena da Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, Bahia, Brasil. roseannemontargil@gmail.com

****Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. luannaarruda5@gmail.com

*****Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. renataknupp@globo.com

*****Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de graduação em Enfermagem da UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. isabele.mozer@gmail.com

de óbitos ocorridos, ou seja, mais elevado do que a porcentagem de mortes entre mulheres em quase todos os grupos de idades⁽⁴⁾. O panorama apresentou-se ainda mais grave na população que se encontrava na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, que exibiu um percentual de 80,8% dos óbitos na população masculina⁽⁴⁾.

Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e de pesquisas realizadas sobre a mortalidade masculina no Brasil, revelam que as Causas Externas (CE), juntamente com as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e as Neoplasias Malignas (NM), são as principais causas de mortalidade entre homens brasileiros na faixa etária de 20 a 59 anos^(5,6).

Diante da evidente desvantagem nas condições de saúde da população masculina, o Ministério da Saúde publicou em 2008 os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁽⁷⁾ e em 2009 lançou oficialmente a política com a publicação da portaria ministerial⁽⁸⁾. A PNAISH foi criada com objetivo de promover a assistência integral à saúde do homem, a redução das taxas de morbimortalidade e a ampliação do acesso à saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial preferencial, considerada a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano de Ação Nacional da PNAISH marca o início efetivo da sua implantação, e prevê a elaboração e o financiamento de 26 Projetos-Piloto em municípios selecionados⁽⁸⁾.

O município de Cuiabá-MT foi um destes municípios selecionados para implantação do projeto piloto e para a implementação da PNAISH. Porém, estudo realizado em Cuiabá-MT, com o objetivo de verificar o processo de implementação da política neste município, constatou que a mesma foi implantada sem que fosse realizado o estudo do perfil de morbimortalidade da população masculina, ou seja, não houve entendimento prévio das ações necessárias para o reconhecimento das condições de saúde deste público antes da implantação da PNAISH⁽⁹⁾. O desconhecimento do perfil de morbimortalidade pela gestão também se estende aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde, que, além de desconhecerem os objetivos da PNAISH, acabam, muitas vezes, reduzindo a saúde do homem à prevenção do câncer de próstata⁽⁸⁾.

Diante deste panorama, constatou-se a

necessidade de realizar estudos voltados à população masculina, a fim de conhecer as principais causas de morte e apontar possíveis caminhos e soluções para a mudança deste cenário. De posse destas informações, tanto gestores quanto profissionais da atenção primária terão subsídios para direcionarem suas ações no intuito de qualificar atenção às necessidades de saúde desta população. Ademais, este estudo poderá contribuir com pesquisadores de localidades com contextos semelhantes aos de Cuiabá-MT.

Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) é um indicador de saúde de grande importância, pois, a partir dele, pode-se mensurar a mortalidade precoce e as iniquidades em saúde. Este indicador permite a reordenação das principais causas de óbito e o estabelecimento de maior peso às mortes que ocorreram em idades prematuras, levando em consideração o risco de morrer e, principalmente, o risco de morrer precocemente⁽¹⁰⁾.

Frente ao exposto, questiona-se: quais são as principais causas de morte na população masculina de Cuiabá-MT e qual o impacto das mortes por estas causas na quantidade de anos perdidos por estes agravos sobre a mortalidade masculina em Cuiabá-MT.

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo descrever as principais causas de morte de homens em Cuiabá-MT, entre os anos de 2002 a 2012 e estimar os APVP em decorrência destas mortes.

METODOLOGIA

Estudo do tipo ecológico, realizado a partir de registros de óbitos de homens que residiam e morreram em Cuiabá-MT na faixa etária de 20 a 59 anos, no período de 01 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2012. Para se identificar quais foram os três principais grupos de causas de mortalidade na população masculina em Cuiabá-MT, primeiro realizou-se análise descritiva de todos os óbitos, masculinos em Cuiabá-MT, na faixa-etária de interesse, totalizando 6050 registros, os quais foram categorizados em: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (ADIP), com 579 óbitos; Doenças do Aparelho circulatório (DAC), com 1339 óbitos; Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), com 336 óbitos; Neoplasias Malignas (NM), com 814 óbitos e Causas Externas (CE), com 2982 óbitos.

Após, procedeu-se a análise dos três grupos com maior frequência de óbitos, compostos pelas CE, DAC e NM, compondo a amostra de 5135 óbitos deste estudo. Os dados de mortalidade foram coletados no sítio eletrônico do DATASUS, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Primeiro foi realizado o download dos arquivos de mortalidade ano a ano. Os arquivos inicialmente encontravam-se na versão .dbc (compactada) e foram descompactadas para a versão .dbf (expandida) com o auxílio do programa TABWIN, disponibilizado pelo próprio DATASUS, e posteriormente convertidos para a versão *Excel*. Nestes arquivos, havia todas as informações das declarações de óbitos.

Para este estudo, as informações utilizadas se constituíram da data de nascimento e data do óbito, através das quais foram possíveis selecionar os indivíduos na faixa-etária de interesse; o código do município de residência e o código do município onde ocorreu o óbito, que possibilitou selecionar os homens que residiam e morreram em Cuiabá-MT no período de interesse, e por fim as causas básicas dos óbitos.

Para a análise dos registros dos óbitos, as variáveis foram categorizadas em: tipo de CE (acidentes de trânsito; demais acidentes; suicídios; homicídios; causa cuja a intencionalidade e demais causas externas); tipos de DAC (doenças isquêmicas do coração; doenças cerebrovasculares e demais doenças do aparelho circulatório); e tipos de NM (pulmão, traqueia e brônquios; esôfago; estômago; cólon, reto, junção reto-sigmóide e ânus; próstata e demais localizações). A categorização destas variáveis foi realizada a partir das fichas de qualificação da Rede Intergenerencial de Informações da Saúde (RIPSA)⁽¹¹⁾.

As informações sobre a população total por faixa etária foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram calculados os Coeficientes de Mortalidade Padronizados por Causa Específica, segundo a fórmula: $CMP = (\text{número de óbitos pela causa X, da Área A, no período t} / \text{população da área A, no meio do período t}) \times 100.000$. A padronização dos Coeficientes de Mortalidade foi realizada através do método direto⁽¹⁰⁾, que consiste na utilização de uma população padrão (neste estudo, foi considerada como padrão a população brasileira de acordo com

o censo demográfico de 2000) com o intuito de eliminar os efeitos das diferenças de idades, o que permitirá a comparação entre populações. O cálculo de padronização consiste na multiplicação entre os valores da população padrão (A) e dos coeficientes de mortalidade específicos (B) que compõem o número de casos esperados (A x B). Posteriormente, divide-se o número de casos esperados de cada população pelo número total de pessoas na população padrão, obtendo-se os coeficientes de mortalidade padronizados.

As variações dos Coeficientes de Mortalidade entre os anos de 2002 e 2012 foram calculadas através da fórmula: $\Delta\% = [(\text{coeficiente de mortalidade padronizado em 2012} - \text{coeficiente de mortalidade padronizado em 2002}) / \text{coeficiente de mortalidade padronizado em 2002}] \times 100$. Para se obter os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), utilizou-se o método do cálculo que consiste na totalização do número de mortes, em cada idade (entre um e 69 anos), para uma causa ou grupo de causas de morte, multiplicados pelos anos remanescentes de vida até a idade de 70 anos. Assim, se: $d_i =$ número de mortes entre as idades i e $i+1$ e $a_i =$ anos remanescente de vida até a idade 70, quando a morte ocorre entre as idades i e $i+1$, têm-se: $a_i = 70 - (i + 0,5)$, então, APVP será dado pela fórmula: $APVP = \sum_{i=1}^{\infty} a_i d_i$. O limite de idade superior de 70 anos foi escolhido por se aproximar da expectativa de vida em Cuiabá de 70,7 anos em 2000 e no Brasil a expectativa de vida era de 68,6 anos em 2000. Para o cálculo da Taxa de APVP (TAPVP) por causa e faixa-etária, utilizou-se a fórmula: $TAPVP = APVP \text{ por causa e faixa-etária} \div \text{população da faixa-etária} \times 100 \text{ mil}$. A média APVP por causa e faixa-etária obteve-se pela divisão do APVP por causa e faixa-etária pelo número de óbitos por causa e faixa-etária. Para o tratamento dos dados, foram utilizados os programas Excel e Epi Info 3.2.1.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller sob o número CAAE: 41468814.7.0000.5541, parecer nº 953.428.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudados os registros de 5.135 óbitos masculinos ocorridos no período de 2002 a 2012, sendo que 2.982 óbitos decorreram de CE, 1.339

óbitos foram causados pelas DAC e 814 óbitos foram constituídos pelas NM. A Tabela 1 apresenta a frequência absoluta, a proporção, o

coeficiente de mortalidade padronizado segundo os tipos de CE e a variação percentual dos coeficientes entre 2002 e 2012.

Tabela 1. Frequência absoluta (n=2.982), proporção (%), variação percentual ($\Delta\%$) e coeficientes de mortalidade padronizados (por 100 mil homens) segundo o tipo de CE, Cuiabá-MT, 2002-2012.

Causa Básica do óbito	Frequência	Proporção	CMP	CMP	CMP	$\Delta\%*$
	N	%	2002 a 2012	2002	2012	
Acidentes de Transporte	644	21,6	246,5	52,6	36,8	-29,9
Demais Acidentes	276	9,3	105,6	20,8	11,6	-44,1
Suicídios	144	4,8	55,1	7,7	8,6	+11,1
Homicídios	1.548	51,9	592,6	111,4	86,5	-22,2
C.Int.Indeterminada	151	5,1	57,8	8,5	9,8	+15,4
Demais Causas	219	7,3	83,8	3,8	13,5	+249,2

*Variação percentual dos coeficientes de mortalidade padronizados por tipo de CE entre 2002 e 2012.

Evidencia-se que a maior proporção dos óbitos ocorreu em decorrência dos homicídios, o que também ocorreu na população masculina de Cuiabá-MT, porém, observa-se uma redução dos óbitos a cada 100 mil homens, passando de 111,4 em 2002 para 86,58 em 2012.

Os acidentes de trânsito foram a segunda causa de mortalidade masculina por CE e, neste grupo, também se evidenciou redução, passando de 52,6 em 2002 para 36,8 óbitos por 100 mil homens em 2012.

O aumento da mortalidade masculina tem-se configurado situação preocupante, com incremento acentuado de mortes violentas e agravos que poderiam ser evitados. Este cenário também foi confirmado pelos estudos nacionais^(12,13) que apontam as CE, as DAC e as NM como as principais causas de morte na população masculina do Brasil na faixa-etária de 20 a 59 anos.

Nesta pesquisa, as mortes por homicídios e pelos acidentes de transporte foram as causas que mais vitimaram os homens entre os anos de 2002 e 2012. A violência tem se acentuado em praticamente todas as regiões brasileiras, afetando especialmente o sexo masculino, no qual a incidência por vezes é maior que a do sexo feminino⁽¹³⁾. A magnitude do problema é ainda maior nas faixas etárias mais jovens, na qual a principal causa de morte tem sido as causas violentas.

Os fatores relacionados às condições biológicas, sociais, comportamentais e também às construções de gênero expressadas pela masculinidade hegemônica, têm sido utilizadas

para explicar a maior mortalidade na população masculina. Neste sentido, a direção perigosa de veículos e o comportamento agressivo produzido por homens podem estar contribuindo para maior mortalidade por CE, tanto por acidentes de transporte, quanto por homicídios⁽¹⁴⁾. Ademais, os aspectos comportamentais como a busca por emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e abuso de substâncias psicoativas são atitudes geralmente produzidas pela população masculina, em especial, a população mais jovem.

As DAC e as NM podem ter a idade como um co-fator contribuinte, porém, fatores comportamentais como o hábito de fumar, pode contribuir para maior incidência de câncer de pulmão e agravos do sistema cardiovascular⁽¹⁴⁾.

A Tabela 2 descreve a distribuição da frequência absoluta e do coeficiente de mortalidade padronizado segundo os tipos de DAC e a variação percentual dos coeficientes entre 2002 e 2012, sendo possível verificar grande concentração de óbitos por afecções geradas pelas Doenças Isquêmicas do Coração 30,8% (n=412), com incremento de 5,1%, saindo de 28,3 em 2002 para 30,0 óbitos a cada 100 mil homens em 2012.

Em relação às DAC, este estudo constatou maior frequência absoluta de óbitos em consequência das doenças isquêmicas do coração, bem como a redução dos Coeficientes de Mortalidade para as doenças cerebrovasculares, o que se assemelha com o que foi identificado em algumas regiões do Brasil.

Tabela 2- Frequência absoluta (n=1.339), proporção (%), variação percentual ($\Delta\%$) e coeficientes de mortalidade padronizados (por cem mil homens) segundo o tipo de DAC, Cuiabá-MT, 2002-2012.

Causa Básica do óbito	Frequência	Proporção	CMP	CMP	CMP	$\Delta\%$ *
	N	%	2002 a 2012	2002	2012	
D. Isquêmicas do Coração	412	30,8	157,7	28,6	30,0	+5,1
D. Cerebrovasculares	359	26,8	137,4	29,4	11,6	-60,3
Demais D.Ap. Circulatório	568	42,4	217,4	45,6	35,6	-21,9

*Variação percentual dos coeficientes de mortalidade padronizado por DAC entre 2002 e 2012.

Estudo realizado nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo com o objetivo correlacionar taxas de mortalidade por DAC com indicadores socioeconômicos, entre os anos de 1980 e 2008, constatou que houve redução da mortalidade nos três Estados, com queda de mortalidade por DAC, em especial, por doenças cerebrovasculares. Esta redução foi precedida por melhoria em indicadores socioeconômicos (mortalidade infantil, elevação do produto interno bruto per capita e aumento na escolaridade). Tais relações sinalizam a importância na melhoria das condições de vida da população para se reduzir a mortalidade cardiovascular⁽¹⁵⁾.

Alguns aspectos que podem influenciar a redução dos Coeficientes de Mortalidade pelas DAC incluem a melhoria da economia brasileira e o aumento do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que promoveram avanços nos indicadores socioeconômicos como: educação, infraestrutura sanitária e diminuição da exposição a doenças infecciosas nas fases iniciais da vida⁽¹⁵⁾. Cabe ressaltar que a melhoria de indicadores socioeconômicos é relativa e varia de acordo com a região e período estudado.

A Tabela 3 apresenta a análise da distribuição

dos óbitos segundo a frequência absoluta, a proporção e os Coeficientes de Mortalidade padronizados por NM. Os resultados demonstram grande proporção de NM localizadas no pulmão, traqueia e brônquios (14,4%; n=117) com coeficiente de mortalidade padronizado de 44,8 óbitos a cada 100 mil homens. Cabe ressaltar que estes agravos apresentaram aumento de 138% no período estudado. Em Cuiabá, o coeficiente de mortalidade para as neoplasias localizadas no pulmão, traqueia e brônquios foram as que apresentaram maior representatividade (44,8 óbitos a cada 100 mil homens); tal achado assemelha-se a grandes cidades brasileiras, como Rio de Janeiro com 37,7 e Porto Alegre com 51 óbitos por 100 mil homens⁽¹⁴⁾.

As NM localizadas nos órgãos do sistema digestivo (esôfago, estômago, colón, reto, junção reto-sigmóide e ânus) apresentaram valores expressivos. Juntas, essas moléstias representaram 23,4% dos óbitos. Destaca-se neste grupo um aumento de 58% dos Coeficientes de Mortalidade padronizados para as NM localizadas no intestino e ânus, passando de 3,09 em 2002 para 4,9/100.000 homens em 2012.

Tabela 3- Frequência absoluta (n=814), proporção (%), variação percentual ($\Delta\%$) e coeficientes de mortalidade padronizados (CMP) por cem mil homens segundo o tipo de NM, Cuiabá-MT, 2002-2012.

Causa Básica do óbito	Frequência n	Proporção %	CMP	CMP	CMP	$\Delta\%$ *
			2002 a 2012	2002	2012	
Pulmão, traqueia e brônquios	117	14,4	44,8	3,8	9,2	+138,1
Esôfago	53	6,5	20,2	2,3	1,8	-20,6
Estômago	69	8,5	26,4	3,0	3,0	-0,7
Cólon, reto, junção reto-sigmóide e ânus	68	8,4	26,0	3,0	4,9	+58,7
Próstata	21	2,6	8,0	0,0	0,0	-
Demais Localizações	486	59,7	186,0	19,3	30,7	+58,7

*Variação percentual Coeficientes de Mortalidade Padronizados segundo Tipo de NM entre 2002 e 2012.

Em Rio Branco, capital do Acre, foi realizada pesquisa com o objetivo de analisar a tendência da mortalidade por NM na

população masculina e feminina entre os anos de 1980 e 2006. Nesta pesquisa, alguns resultados assemelham-se com os verificados

em Cuiabá-MT. Em Rio Branco, no período de 2002 a 2004, houve aumento de 16,1% nas taxas de mortalidade por câncer localizado no pulmão, traquéia e brônquios no sexo masculino. Apesar deste aumento, ao final da série histórica, os coeficientes mantiveram-se em declínio⁽¹⁶⁾. Em relação às NM localizadas no estômago, a população masculina de Rio Branco-AC apresentou diminuição de 4,1% em suas taxas de mortalidade.

Em Volta Redonda-RJ, no período de 1981 a 2008, a taxa média de mortalidade por NM localizadas no estômago foi de 27 óbitos por 100 mil homens⁽¹⁷⁾. Esta investigação aponta que a redução da mortalidade por câncer de estômago tem sido observada em âmbito nacional e mundial, fato atribuído principalmente à diminuição da incidência deste agravo e também à modificação dos hábitos alimentares (maior consumo de frutas e verduras e redução do consumo de sal), bem como a melhor conservação dos alimentos, melhora do saneamento básico, além do maior acesso à energia elétrica. Por sua vez, o aumento do câncer localizado no sistema respiratório, principalmente o câncer de pulmão, vem sendo associado ao tabagismo e a aspectos relacionados aos fatores ocupacionais e ambientais⁽¹⁶⁾. Apesar de apresentar tendência decrescente de mortalidade, a NM de estômago requer atenção, visto que ainda figura como a segunda principal causa de morte por câncer no mundo⁽¹⁷⁾.

Em Cuiabá-MT, o câncer de próstata apresentou-se com o coeficiente de mortalidade de 8 homens a cada 100 mil, não sendo o mais frequente na população de 20 a 59 anos. Este resultado pode estar relacionado à idade da população estudada (20 a 59 anos), visto que, no câncer de próstata, a maior incidência dá-se na população com 65 anos ou mais. Neste sentido, ressalta-se que a saúde do homem, especialmente dos homens que se encontram na faixa-etária de 20 a 59 anos, não pode ser resumida a ações relacionadas ao câncer de próstata, visto que, assim como neste estudo e em estudos semelhantes realizados em outras localidades do Brasil⁽¹⁴⁾, os resultados apontam que existem outras causas de mortalidade nesta população, mais preocupantes em termos epidemiológicos, do

que o câncer de próstata. Entre os fatores de risco relacionados às NM destacam-se a idade (no caso do câncer de próstata, mais comum em homens acima de 65 anos); etnia (mais comum em homens negros, provavelmente relacionado ao estilo e condições de vida, e a fatores associados a detecção tardia da doença); histórico familiar das doenças; dietas com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio, bem como a obesidade, que têm sido associadas ao aumento do risco de desenvolver NM; tabagismo; exposição ocupacional a agentes carcinogênicos e repetidas infecções pulmonares que configuram-se como fatores de risco para desenvolvimento de NM do Sistema Respiratório⁽¹⁸⁾.

Para prevenção da mortalidade por NM, medidas específicas podem ser estimuladas com o propósito de reduzir riscos de apresentar a doença como, por exemplo, estratégias para o controle do tabagismo e da exposição ocupacional a agentes cancerígenos para prevenção do câncer de pulmão⁽¹⁹⁾; e a adoção de estilos de vida mais saudáveis, como uma alimentação adequada e a prática de atividade física, permitem a prevenção e melhor controle dos cânceres de próstata, estômago e intestino.

Ademais, ações para realização do diagnóstico precoce (fase inicial da doença); ampliação do acesso ao tratamento em tempo oportuno; educação em saúde da sociedade; formação de opinião pública e fortalecimento de ações em escolas e ambientes de trabalho, também têm sido apontadas como práticas benéficas⁽¹⁸⁾.

Conforme observado na Tabela 4, as CE foram as responsáveis pelo maior número de óbitos (2982) e também o maior número de APVP, com o total de 107.380 anos perdidos quando consideradas todas as faixas etárias. Percebe-se que, entre as causas externas, a faixa-etária de 20 a 29 anos apresentou maior proporção de óbitos e também as maiores taxas de APVP, evidenciando a sobremortalidade prematura desta população quando comparada as demais faixas-etárias e grupos de causas.

No Rio Grande do Norte, estudo realizado com o objetivo de verificar os APVP por CE,

entre os anos de 2003 a 2012, verificou que, no sexo masculino, foram registrados 15.827 óbitos no período, com o total de 578.892 APVP, predominantemente por agressões,

sendo que a população masculina jovem (15 a 39 anos) apresentou uma perda significativa de 447.317 APVP⁽²⁰⁾.

Tabela 4. Óbitos e APVP, segundo grupo de causas e faixa-etária, Cuiabá-MT, 2002-2012.

	Faixa-etária	Óbitos		APVP			
		Número de óbitos	Proporção %	APVP	TAPVP	Proporção % APVP	Média APVP
<i>Causas Externas</i>	20 a 29	1.417	47,5	63.765,0	122,0	59,3	45,0
	30 a 30	764	25,6	26.740,0	63,8	24,9	35,0
	40 a 49	486	16,3	12.150,0	38,1	11,3	25,0
	50 a 59	315	10,5	4.725,0	23,3	4,4	15,0
	Total	2.982	58,0	107.380,0	73,4	100,0	36,0
<i>Doenças do Aparelho Circulatório</i>	20 a 29	53	3,9	2.385,0	4,5	8,2	45,0
	30 a 30	157	11,7	5.495,0	13,1	19,0	35,0
	40 a 49	405	30,2	10.125,0	31,7	35,0	25,0
	50 a 59	724	54,0	10.860,0	53,6	37,6	15,0
	Total	1.339	26,0	28.865,0	19,7	100,0	21,5
<i>Neoplasias Malignas</i>	20 a 29	43	5,2	1.935,0	3,7	11,2	45,0
	30 a 30	81	9,95	2.835,0	6,7	16,4	35,0
	40 a 49	215	26,4	5.375,0	16,8	31,1	25,0
	50 a 59	475	58,3	7.125,0	35,2	41,2	15,0
	Total	814	15,8	17.270,0	11,8	100,0	21,2

Legenda: APVP – Anos potenciais de vidas perdidas; TAPVP – Taxa do APVP por 100 mil habitantes.

No Rio Grande do Norte, estudo realizado com o objetivo de verificar os APVP por CE, entre os anos de 2003 a 2012, verificou que, no sexo masculino, foram registrados 15.827 óbitos no período, com o total de 578.892 APVP, predominantemente por agressões, sendo que a população masculina jovem (15 a 39 anos) apresentou uma perda significativa de 447.317 APVP⁽²⁰⁾.

Apesar do contexto alarmante em que se encontra a estatística de mortalidade masculina em Cuiabá-MT, as ações e estratégias ainda são incipientes, voltadas para a prevenção do câncer de próstata e às ações atreladas ao rastreamento através do programa HIPERDIA. Para além, a PNAISH ainda não se encontrava implementada no município ao longo do período analisado neste estudo, visto que, em 2012, as ações contidas no PTA do município, para a área temática da saúde do homem, eram a divulgação na atenção primária à saúde da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem, a elaboração de um Protocolo

Municipal de Atenção à Saúde do Homem, o incentivo ao acesso dos homens aos serviços de saúde, a realização do rastreamento do câncer de próstata na Atenção Primária e a garantia ex-ames para prevenção do câncer de próstata⁽⁹⁾.

Por fim, torna-se necessário destacar que as causas que apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade, também foram as que exibiram maior número de APVP, reforçando a importância destas causas nos desdobramentos do perfil epidemiológico e a qualidade de vida da população estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações analisadas referentes à mortalidade da população masculina, residente no município de Cuiabá-MT, no período de 2002 a 2012, sugerem que seu padrão de distribuição e características são semelhantes aos de populações de outras regiões do Brasil, no qual destacam-se a sobremortalidade por causas violentas (homicídios e acidentes de trânsito) e por causas evitáveis, assim como a mortalidade precoce dos homens,

expressa pela grande perda de anos potenciais de vida perdidos no grupo populacional mais jovem (20 a 29 anos).

Além de fatores biológicos, sabe-se que este cenário também decorre de fatores sociais e comportamentais ligados às questões de gênero, em especial, a masculinidade hegemônica, que ampliam os riscos de adoecer e morrer entre os homens. Este modelo sociocultural ditatorial encoraja os homens a adotarem comportamento hostil e de risco, ao se afastarem dos aspectos e atitudes de paz, sensibilidade e fragilidade, por estas serem consideradas características femininas. Como consequência, nota-se uma atitude de desprezo com a própria saúde, expressa pela pouca utilização dos serviços de saúde, o que torna essa população vulnerável a ocorrência de violência, doenças e morte precoce.

A partir da situação apresentada nesta pesquisa, é importante chamar a atenção dos agentes públicos, gestores, políticos e profissionais da saúde do município de Cuiabá-MT, para o grave problema de saúde pública instalado, principalmente pela violência, a fim de fomentar a

formulação de estratégias de enfrentamento conjuntas e eficazes, direcionadas principalmente à prevenção dessas mortes.

Dentre as possíveis estratégias, espera-se subsidiar a melhoria da educação nas escolas e nos ambientes de trabalho da população masculina, a fim de incentivar a mudança de comportamento, com vistas a sensibilização deste grupo sobre a importância do cuidado com a própria saúde. Além disso, esta pesquisa contribui para a prática profissional, especialmente à Enfermagem, ao apresentar em seus resultados a mortalidade prematura da população masculina de Cuiabá-MT, evidenciado pelo grande número de APVP para as causas externas, dados que são relevantes para a reordenação das principais causas de óbito permitindo o estabelecimento do planejamento e prioridade nas ações de saúde desses profissionais e serviços, devendo direcionar atenção a esse grupo populacional.

Este estudo apresenta como limitação a utilização de dados secundários que podem possuir deficiências em seu preenchimento, bem como a subnotificação.

MAIN CAUSES OF MALE MORTALITY AND POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST DUE TO THOSE DISEASES

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the male mortality rate of Cuiabá-MT between the years 2002-2012 according to the main causes of male mortality and the years of potential life lost (YPLL) by that population. This is an ecological study, based on 5,135 death records of men aged 20 to 59 years old, living in Cuiabá-MT. The descriptive analysis occurred through the absolute and relative frequencies of data and calculation of the Health Indicators. Among the results, deaths due to violent causes and chronic and degenerative diseases stand out, in addition to the early mortality, expressed by the large loss of YPLL in the population from 20 to 29 years of age. In view of this panorama, there is need for actions in conjunction with all segments of society, public and health agents for the effort to promote the change of that scenario through educational actions aiming at encouraging the reduction of mortality with the sensitization of the male population regarding risk behaviors such as violence and dangerous management, as well as the adoption of healthier habits.

Keywords: Mortality. Men's Health. YPLL.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MASCULINA Y LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS DEBIDO A ESTOS AGRAVIOS

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo describir el perfil de la mortalidad masculina de Cuiabá-MT, Brasil, entre los años de 2002-2012, según las principales causas de mortalidad masculina y los años potenciales de vida perdidos (APVP) por esta población. Se trata de un estudio ecológico, realizado a partir de 5.135 registros de óbitos de hombres con edades entre 20 y 59 años, residentes en Cuiabá-MT, Brasil. El análisis descriptivo fue hecho a través de la frecuencia absoluta y relativa de los datos y cálculo de los Indicadores de Salud. Entre los resultados, se destacan las muertes debido a causas violentas y enfermedades crónicas y degenerativas, además de la mortalidad precoz, expresada por la gran pérdida de los APVP en la población de 20 a 29 años de edad. Ante este panorama, se resalta la necesidad de acciones conjuntas entre segmentos de la sociedad, agentes públicos y agentes de salud en el sentido de promover el cambio de este escenario a través de acciones educativas con el objetivo de fomentar la reducción de la mortalidad con la sensibilización de la población masculina con relación a los comportamientos de riesgo como la violencia y la conducción temeraria, así como la adopción de hábitos más saludables.

Palabras clave: Mortalidad. Salud del Hombre. APVP.

REFERENCIAS

1. Cracium C, Montgomery A. Mens health: exploring vulnerabilities and maximizing opportunities. *Eur Health Psychol* [online]. 2016. [citado 2016 maio 20] 2016;18(1):3-6. Disponível em: <http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/viewFile/1408/18%201%20Editorial>
2. White A, McKee M, de Sousa B, de Visser R, Hogston R, Madsen SA, Raine G. An examination of the association between premature mortality and life expectancy among men in Europe. *Eur J Public Health* [online]. 2014. [citado 2016 maio 22];24(4):673-9. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/24/4/673.full.pdf>
3. Silva LA, Corrêa ACP, Fraga JCAXO, Rodrigues TC, Divino EA. Percepções de homens trabalhadores sobre suas necessidades de saúde em um serviço universitário de saúde. *Cienc Cuid Saude* [online]. 2016. [citado 2016 maio 22]; 15(1):133-40. Disponível em: 4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000 [online]. Brasília; 2000.[citado 2016 maio 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – Datasus. Indicadores de mortalidade [online]. Brasília (DF); 2015. [citado 2016 maio 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#Mort>
6. Paz EPA, Guimarães RM, Muzi CD, Tavares MAS, Bahia CA, Ayres ARG. Análise da tendência da mortalidade masculina no Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery* [online]. 2014.[citado 2016 maio 25];18(4):593-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000400593&script=sci_arttext&tlng=en
7. 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 [online]. Brasília (DF); 2009. [citado 2016 maio 1]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf
8. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva* [online]. 2012. [citado 2016 maio 25];17(10):2607-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>
9. Correa ACP, Mozer IT. Gestão do processo de implementação da política de saúde do homem. *Rev Enferm UERJ*[online]. 2016. [citado 2016 jun 25 jun]; 24(1):e9483. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a20.pdf>
10. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: EPU; 2005.
11. Rede Intergenerencial de Informações da Saúde. Fichas de qualificação dos indicadores de saúde [online]. Brasília (DF); 2012. [citado 2016 jun 2]. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/category/mortalidade/?l=pt_B
12. Paixão LMMM, Gontijo ED, Drumond EF, Friche AAL, Caiaffa WT. Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: o que revelam três diferentes fontes de informações, 2008 a 2010. *Rev Bras Epidemiol*. [online]. 2015. [citado 2016 jun 27];18(1):108-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100108&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
13. Souza LGS, Siviero PCL. Diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres: Sul de Minas Gerais, 2002 e 2012. *Cad Saude Coletiva*[online]. 2015. [citado 2016 jun 27];23(1):24-31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00025.pdf>
14. Luizaga CTM, Gotlieb SLD. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. *Rev Bras Epidemiol*. [online]. 2013. [citado 2016 maio 27];16(1):87-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000100087&script=sci_abstract&tlng=pt
15. Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS. Evolução de Indicadores Socioeconômicos e da Mortalidade Cardiovascular em três Estados do Brasil. *Arq Bras Cardiol*. [online]. 2013 fev. [citado 2016 maio 29];100(2):147-56. Disponível em: [:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200007)
16. Nakashima JP, Koifman S, Koifman RJ. Tendência de mortalidade por Neoplasias Malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980 a 2006. *Cad Saude Pública*[online]. 2011 jun.[citado 2016 jun 15];27(6):1165-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
17. Lacerda KC, Rocha RC, Melo MM, Nunes LC. Mortalidade por câncer de estômago em Volta Redonda-RJ, 1981-2008. *Epidemiol Serv Saude*[online]. 2014 jul/set. [citado 2016 jun 15];23(3):519-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300519
18. Nascimento FSM, Góis DNS, Almeida DS, Nascimento AL, Almeida TC, Guedes VR. A importância do acompanhamento nutricional no tratamento e na prevenção do câncer. *Cienc Biol Saude* [online]. 2015 mar.[citado 2016 jun 1];2(3):11-24. Disponível em: [file:///D:/Downloads/1787-6662-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/1787-6662-1-PB%20(1).pdf)
19. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa/2014 – Incidência de Câncer no Brasil [online]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 2016 jun 15]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf
20. Moura, LA, Cruz NM, Oliveira LCA, Gurgel PKF, Teixeira MC, Soares WLP. Anos potenciais de vida perdidos por causas externas no Rio Grande do Norte, 2003 a 2012. *Unopar; Cienc Biol Saude* [online]. 2015. [citado 2016 jun];17(2):101-6. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/295/276>

Endereço para correspondência: Jeane Cristina Anschau Xavier de Oliveira Fraga. Rua c n.65, Condomínio Garden, apto 905, torre 1. Bairro: Bosque da saúde, Cuiabá-MT, CEP:78050320. E-mail: jeane.anschau@hotmail.com

Data de recebimento: 01/09/2015

Data de aprovação: 14/11/2016