

# Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009

*Masculine mortality in the State of Bahia, Northeast and Southeast regions of Brazil during the period 2000 to 2009*

Edna Maria de Araújo<sup>I</sup>, Nelson Fernandes Oliveira<sup>II</sup>, Daniel Deivson Alves Portella<sup>III</sup>, Dayse Rosa Mota Pinto<sup>IV</sup>, Eva Carneiro Silva Passos<sup>V</sup>, Felipe Souza Nery<sup>VI</sup>

## Resumo

Estudos de tendência apontam a maior vulnerabilidade masculina frente a distintos agravos, expressa pela maior mortalidade por câncer, doenças cardiovasculares e causas externas. Esse artigo objetiva avaliar a tendência da mortalidade de homens no estado da Bahia, região Nordeste e Sudeste do Brasil, no período de 2000 a 2009. É um estudo ecológico, exploratório, do tipo Série Temporal, no qual se avaliou a tendência das taxas de mortalidade de homens com quinze anos de idade ou mais, segundo raça/cor da pele. As causas de morte foram agrupadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10). Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). No estado da Bahia os homens negros morrem mais por causas externas enquanto os homens brancos morrem mais por doenças do aparelho circulatório. Os estados do Nordeste tenderam a apresentar crescimento linear das taxas de mortalidade por homicídio, para todos os segmentos de raça/cor, enquanto os estados do Sudeste apresentaram decréscimo para todos os segmentos. Observou-se que no Espírito Santo a taxa média de mortalidade por homicídio cresceu 27 vezes mais para a população negra em relação à população branca. Os resultados observados poderão subsidiar a Política de Saúde do Homem e também a formulação e implementação de políticas públicas que visem a redução da mortalidade por homicídio nas áreas estudadas.

**Palavras-chave:** Mortalidade masculina, Tendência temporal, Saúde do homem, Raça/Cor

<sup>I</sup> Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (ISCUFBA) e Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Email: ednakam@gmail.com

<sup>II</sup> Bioestatístico, PhD em Bioestatística pela Universidade da Carolina do Norte – EUA. Professor Visitante do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS) Email: oliveira.nf@gmail.com

<sup>III</sup> Fisioterapeuta, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de

## Abstract

In trend studies carried out in different countries, the incidence or prevalence rates of diseases and health problems that raise the mortality among men, such as cancer, heart diseases and external causes, indicate a higher vulnerability of men when compared with the women population. In some cases there is even the inversion of the pattern along the years, worsening the men's health profile, widening, in this way, the historical differences in mortality among men and women. The aim of this article is to evaluate the men's mortality trend in the State of Bahia, in the Northeast and Southeast regions of Brazil, in the period 2000 to 2009. It is an ecologic study, descriptive, temporal series type, in which was evaluated the trend of mortality rates of men of fifteen years or older, according to race/skin color. The death causes were grouped according to the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Secondary data of the Mortality Information System (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM). The black men died mainly by external causes, whereas the white men died mainly because of diseases of the circulatory system. Throughout the studied historical series, the States of the Northeast tended to show a linear growth of the homicide mortality rates, predominantly, to all the race/color segments, while the States of the Southeast showed a decrease to all these segments. It was observed that in the State of Espírito Santo the average homicide mortality rate grew 27 times more to the black masculine population in relation to the white masculine population. The observed findings may subsidy the Men's Health Policy as well as the formulation and implementation of public policies aimed to the reduction of the masculine mortality in the studied areas.

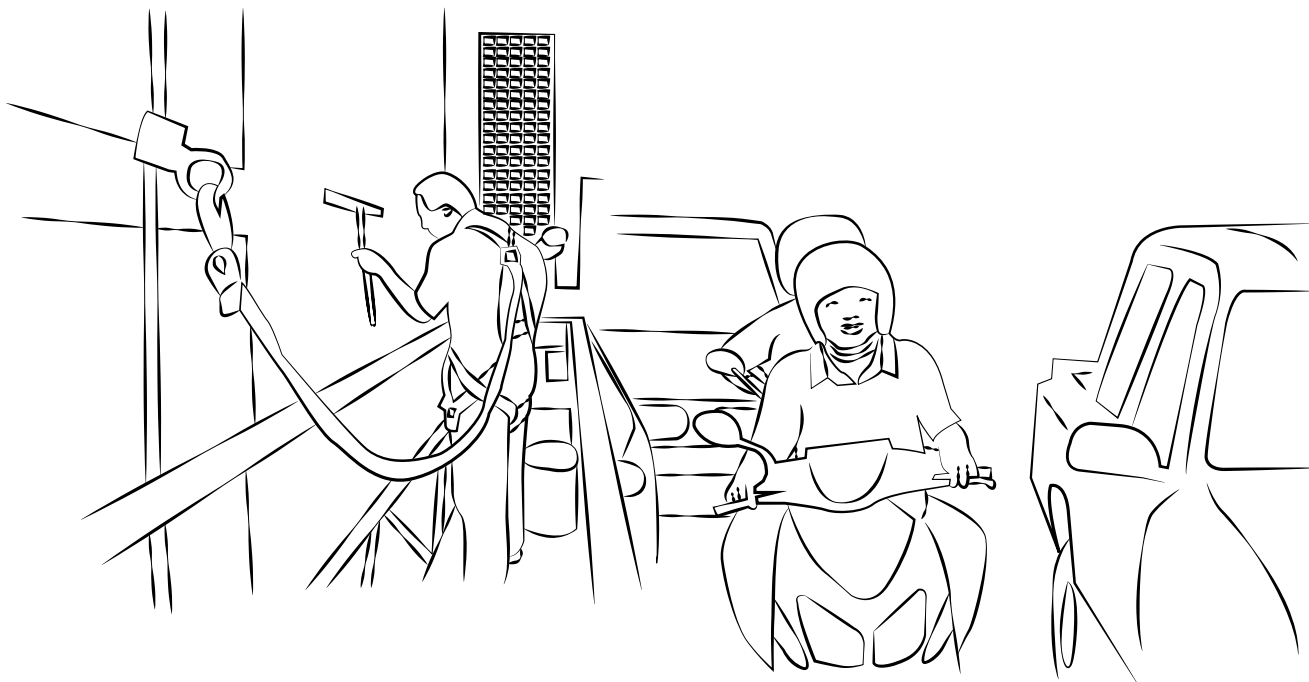
**Keywords:** Masculine mortality, Temporal trend, Men's health, Race/Color

Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: danportella@hotmail.com

<sup>IV</sup> Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: daysemrosa@hotmail.com

<sup>V</sup> Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: enfermeiraevapassos@yahoo.com.br

<sup>VI</sup> Enfermeiro, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: felipesouzanery@yahoo.com.br



### Introdução

As ações e os programas de saúde voltados para a população masculina brasileira ainda se apresentam de forma tímida e escassa de acordo com o que tem sido observado por estudos que mostram as diferenças existentes entre as condições de saúde da população brasileira segundo o sexo. Essa realidade retrata a existência de maior vulnerabilidade dos homens especialmente às doenças crônicas e graves, alcoolismo, tabagismo, violência e, conseqüentemente, mortalidade precoce deste grupo<sup>4,6,10</sup>. Nesse contexto, considera-se a baixa procura da população masculina pelos serviços de saúde um desafio a ser superado, ora justificado pela ausência de tempo para esperar nas longas filas dos serviços, por ocupar milenarmente a posição de provedor, ora pelo mito da invulnerabilidade masculina, que é refletido na ideia de que homens fortes, viris e imponentes não necessitariam de cuidados<sup>10</sup>.

Assim, se por um lado o medo ou o preconceito, além das condições citadas, resultam na baixa procura dos serviços de saúde pelos homens, especialmente os serviços de atenção básica que incorporam atividades ligadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, por outro é gerado aumento de gastos com serviços de

média e alta complexidades (que por sua vez funcionam em períodos que não coincidem com o turno de trabalho da maioria dos homens)<sup>4,8</sup>. Vale destacar, ainda, a produção de iniquidades sociais alicerçadas no preconceito e no racismo, que fazem com que homens negros morram mais e precocemente por causas que são preveníveis e evitáveis.

Exemplificando, em estudos de tendência realizados em diversos países, as razões de taxas de incidência ou prevalência de doenças e agravos que elevam a mortalidade entre homens como câncer<sup>2,14,19</sup>, doenças cardiovasculares<sup>9,12</sup> e causas externas<sup>18,5</sup> apontam para maior vulnerabilidade masculina comparada à população feminina. Há, em alguns casos, inclusive inversão do padrão no decorrer dos anos, piorando o perfil da saúde masculina, ampliando assim as diferenças históricas entre homens e mulheres.

Tantos agravos à saúde do homem lançaram luz sobre a necessidade da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008, que, por sua vez, visa contemplar as necessidades e singularidades da população masculina. A finalidade desta política é a redução da morbimortalidade por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco mediante a facilitação ao acesso, a fim

de resguardar a prevenção e a promoção da saúde deste grupo<sup>6,10</sup>.

### Metodologia

Trata-se de estudo ecológico, exploratório do tipo série temporal, para o qual foram utilizados dados secundários, com base nos registros do Sistema de Informação Nacional sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS). Os dados foram coletados segundo a organização do Capítulo de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição (CID-10) e raça/cor da pele. O período analisado foi de 2000 a 2009.

O DATASUS é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona o desenvolvimento de pesquisas, a incorporação de serviços e tecnologias da informação que possibilitam a implementação do sistema e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com a Política Nacional de Saúde<sup>5</sup>.

Para obtenção do quantitativo de população masculina da Bahia com idade de quinze anos ou mais por raça/cor no período de 2001 a 2009, foi utilizado o cálculo da estimativa geométrica tendo como base esta mesma população referente ao censo de 2000. Taxas

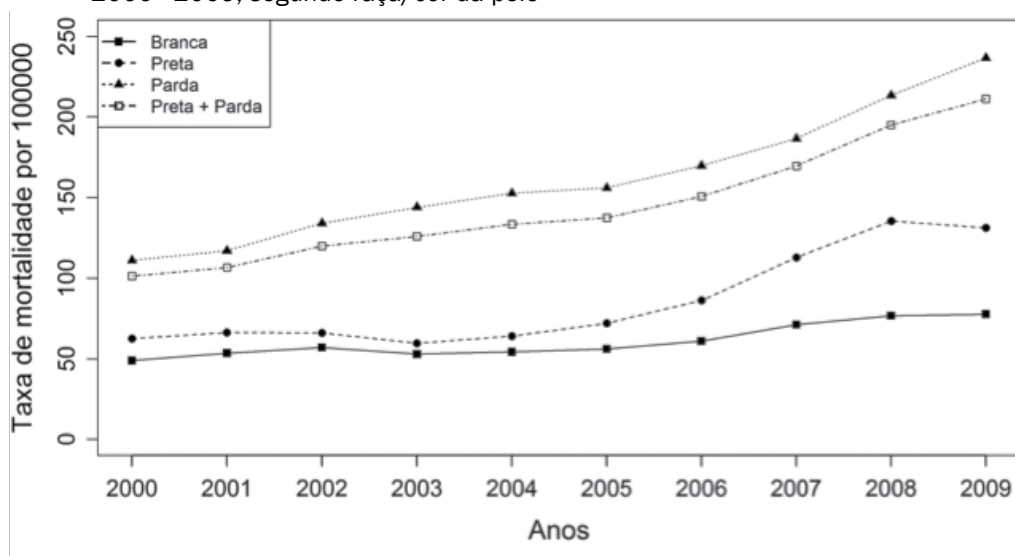
de mortalidade e respectivos intervalos de confiança foram calculados usando essas estimativas. As razões de taxas foram calculadas comparando-se a população preta e parda conjuntamente com a população branca para os estados onde se observou tendência de crescimento em todos os segmentos de raça/cor.

Os dados foram organizados com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows. O software R<sup>17</sup> – pacote estatístico de domínio público – foi utilizado para a construção dos gráficos e análises estatísticas. Para explorar a tendência da série foi usado o modelo de regressão linear com correção de Prais-Winsten<sup>16</sup>.

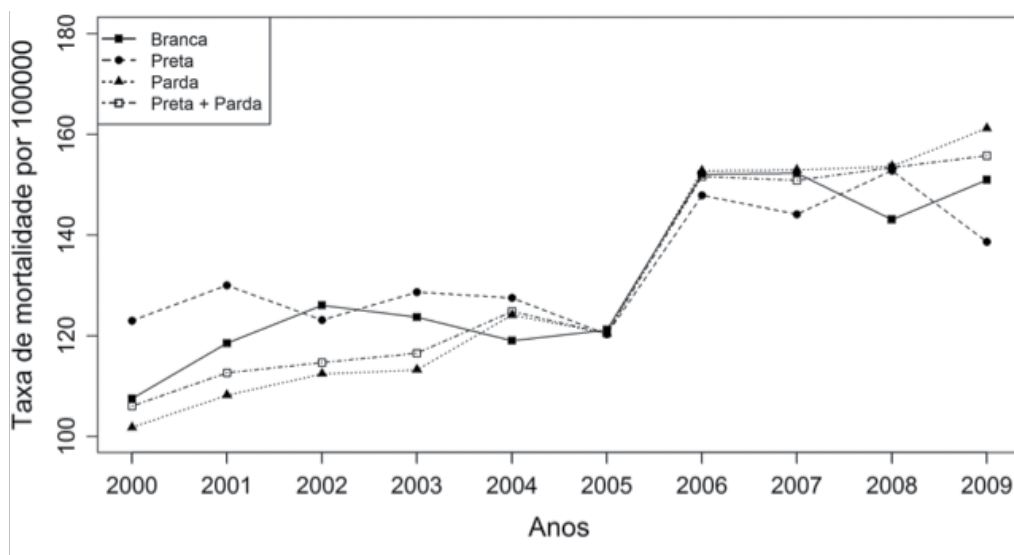
### Resultados e discussão

O estudo evidenciou que de 2000 a 2005 as principais causas de morte da população masculina do estado da Bahia foram, pela ordem, doenças do aparelho circulatório (DAC), causas externas e neoplasias, semelhante ao que foi observado para o Brasil por Laurenti e colaboradores<sup>12</sup>. No ano de 2009, houve inversão nesse *ranking* na Bahia. As causas externas se tornaram a primeira causa de morte para a população masculina, seguidas pelas DAC e neoplasias. Entretanto, para a população negra essa inversão ocorreu desde 2006. A tendência das taxas de mortalidade para o período estudado foi crescente para todas as causas, mas obser-

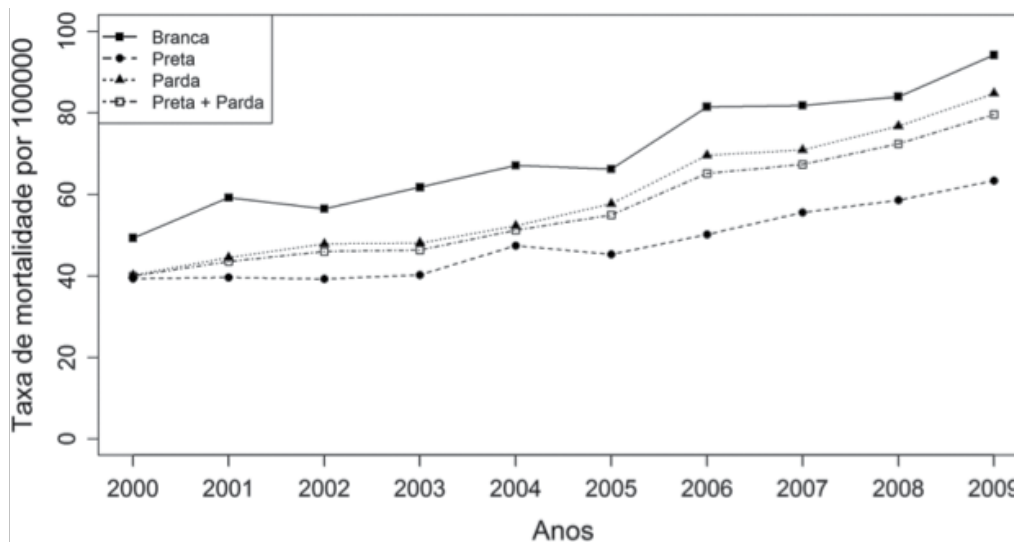
**Gráfico 1** - Taxa de mortalidade por causas externas, sexo masculino, Bahia, 2000 - 2009, segundo raça/cor da pele



**Gráfico 2** - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, sexo masculino, Bahia, 2000 - 2009, segundo raça/cor da pele



**Gráfico 3** - Taxa de mortalidade por neoplasias (tumores), sexo masculino, Bahia, 2000 - 2009, segundo raça/cor da pele



va-se maior mortalidade da população masculina negra por causas externas, o que corrobora o que vem sendo constatado por vários estudos<sup>1,3,15,18,13</sup>.

As taxas de mortalidade por DAC segundo raça/cor são crescentes entre os homens negros e brancos, principalmente a partir de 2005, com decréscimo importante para os homens brancos em 2007, voltando a subir em 2008 e mantendo a tendência de decréscimo entre os homens pretos em 2008 e 2009.

No tocante às neoplasias, é possível observar taxas com crescimento linear na série histórica estudada para

todos os segmentos de cor, mas com destaque para homens brancos e pardos. Esse resultado se aproxima dos achados apresentados por Paixão<sup>15</sup> no *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2007-2008*, que mostra as doenças do aparelho circulatório e neoplasias como primeira e segunda causas de morte para homens brancos e as causas externas como a primeira causa de óbito para os homens negros, sendo que as neoplasias aparecem somente em quarto lugar.

Ao se analisar a distribuição das taxas médias de mortalidade por homicídio nos estados do Nordeste,

**Tabela 1** - Estimativa da taxa média de variação linear da mortalidade por causas externas (por cem mil) de homens com idade superior a 15 anos, no período 2000 a 2009, segundo raça/cor da pele, para os estados do Nordeste, além de Espírito Santo, São Paulo e Rio de Janeiro

ESTADO	TAXA	IC (95%)	ESTADO	TAXA	IC (95%)
<b>Bahia</b>			<b>Piauí</b>		
Branco	3,17	1,85; 4,49	Branco	3,83	2,69 - 4,98
Preto	8,08	3,96; 12,20	Preto	4,61	1,56 - 7,66
Pardo	13,36	10,85; 15,88	Pardo	8,75	7,68 - 9,83
Preto & Pardo	11,95	9,40; 14,50	Preto & Pardo	8,18	6,91; 9,44
<b>Alagoas</b>			<b>Rio Grande do Norte</b>		
Branco	-5,46	-7,55; -3,36	Branco	-0,44	-1,54; 0,66
Preto	-1,41	-2,58; -0,25	Preto	10,33	2,04; 18,61
Pardo	20,73	13,44; 28,01	Pardo	7,35	3,67; 11,04
Preto & Pardo	17,79	11,46; 24,13	Preto & Pardo	7,44	3,91; 10,98
<b>Ceará</b>			<b>Sergipe</b>		
Branco	0,03	-1,72; 1,77	Branco	0,50	-2,48; 3,48
Preto	-5,00	-6,35; -3,64	Preto	-5,90	-12,07; 0,27
Pardo	6,98	2,40; 11,56	Pardo	7,96	4,95; 10,96
Preto & Pardo	6,03	1,83; 10,24	Preto & Pardo	6,06	3,02; 9,10
<b>Maranhão</b>			<b>Espírito Santo</b>		
Branco	3,73	2,86; 4,59	Branco	0,35	-1,48; 2,18
Preto	5,00	4,13; 5,88	Preto	-6,61	-11,66; -1,57
Pardo	9,75	8,69; 10,82	Pardo	12,49	10,17; 14,81
Preto & Pardo	9,03	8,07; 9,99	Preto & Pardo	9,46	8,07; 10,85
<b>Paraíba</b>			<b>São Paulo</b>		
Branco	-0,89	-1,48; -0,30	Branco	-8,37	-10,40; -6,35
Preto	-0,73	-3,85; 2,40	Preto	-24,15	-33,37; -14,94
Pardo	19,12	16,81; 21,43	Pardo	-15,67	-18,82; -12,53
Preto & Pardo	16,80	14,61; 18,99	Preto & Pardo	-17,13	-19,79; -14,46
<b>Pernambuco</b>			<b>Rio de Janeiro</b>		
Branco	3,01	1,67; 4,36	Branco	-3,73	-5,24; -2,22
Preto	30,12	13,63; 46,61	Preto	-9,59	-12,16; -7,02
Pardo	21,52	17,37; 25,68	Pardo	-5,95	-9,40; -2,50
Preto & Pardo	22,89	17,90; 27,89	Preto & Pardo	-7,09	-9,65; -4,54

observou-se que Pernambuco, Alagoas, Paraíba e Bahia são, pela ordem apresentada, os estados com maior crescimento linear de óbitos por esse tipo de causa. Entretanto, ao se analisar a razão de crescimento entre os estados segundo raça/cor de 2000 a 2009, observou-se que no Espírito Santo a taxa média de mortalidade por homicídio cresceu 27,0 vezes mais para a população negra em relação à população branca; Ceará 20,1; Sergipe, 12,1; Pernambuco, 7,6; Bahia, 3,8; Maranhão

2,4; e Piauí, 2,1. Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte apresentaram decréscimo nas taxas referentes à população branca, enquanto apresentaram acentuado crescimento nas taxas referentes à população preta e parda. Por sua vez, em São Paulo e Rio de Janeiro se observou decréscimo aproximadamente duas vezes maior na taxa de mortalidade de pretos e pardos comparada com brancos. Enquanto nestes estados do Sudeste as taxas médias de morte por homicídio decresceram para

todos os segmentos de cor, nos estados do Nordeste somente em Alagoas, Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte houve decréscimo das taxas de morte apenas para homens pretos e brancos; mesmo assim, com exceção do Ceará, os decréscimos nas taxas foram mais pronunciados para a população branca.

Todos os resultados observados foram estatisticamente significantes, exceto para as populações brancas dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo e a população preta da Paraíba. Esse resultado pode sugerir que as medidas de enfrentamento da violência nos estados do Sudeste tiveram impacto para todos os segmentos, enquanto nos outros estados as medidas foram impactantes, principalmente para a população branca.

### Conclusões

O presente estudo evidenciou que de 2000 a 2009 houve inversão das causas de mortalidade masculina no estado da Bahia. De 2000 a 2005, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias se constituíram, nessa ordem, as principais causas de óbito de homens. A partir de 2006, observou-se que as causas de mortalidade de homens apresentaram perfis diferenciados. Os homens negros passaram a morrer mais por causas externas, enquanto as doenças do aparelho circulatório predominaram entre os homens brancos.

Ao longo da série histórica estudada, os estados do Nordeste tenderam a apresentar crescimento linear das taxas de mortalidade por homicídio, predominantemente para todos os segmentos de raça/cor, enquanto os estados do Sudeste apresentaram decréscimo para todos esses segmentos. As maiores razões de taxa de mortalidade por homicídio entre homens negros e brancos foram observadas nos estados do Espírito Santo, Ceará, Sergipe e Pernambuco.

A despeito de este ser um estudo apenas descritivo – portanto, que não mediu relação de causalidade entre um desfecho e variáveis preditoras –, os resultados obtidos sinalizam algum grau de desigualdade na mortalidade da população masculina baiana, assim como nas medidas de redução dos óbitos por homicídio no estado da Bahia, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Com base na utilização de dados de sistemas oficiais de registro do Ministério da Saúde, foi possível evidenciar o perfil da mortalidade masculina na Bahia e a tendência da mortalidade por homicídio para esse segmento no

Nordeste e no Sudeste do Brasil segundo raça/cor. Os resultados observados poderão subsidiar a Política de Saúde do Homem e também a formulação e a implementação de políticas públicas que visem à redução da mortalidade masculina por todas as causas e, principalmente, por aquelas que são preveníveis e evitáveis.

- homem em Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia, MG. Rev Em Extensão. 2010; 9 (1):163-172.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS/DATASUS [ homepage na internet]. Brasília; 2012. [acesso em 7 março 2012] . Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>
6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2008.
7. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Diagnóstico completo da saúde do homem [monografia na internet]. Brasília(DF); 2010. [ acesso em 18 março 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33353](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353)
8. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre a justiça distributiva. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(1):97-104.
9. Gauri EM, Klein CH, Oliveira GMM. Mortality due to heart failure: extended analysis and temporal trend in three states of Brazil. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(1):55-61.
10. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento ES, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber, LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciên Saúde Coletiva. 2011 Supl 1;6: 983-92.
11. Gomes R, Nascimento EF, Araújo, FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3): 565-574.
12. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(1):35-46.
13. Lopes F. Para além da barreira dos números. Cad. Saúde Pública. 2005;21(5):1595-601.
14. Nakashima JP, Koifman S, Koifman RJ. Tendência da mortalidade por neoplasias malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980-2006. Cad Saúde Pública. 2011;27(6): 1165-74.
15. Paixão M, Carvano L, organizadores . Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008. Rio de Janeiro: Garamont; 2008.
16. Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation. Chicago; 1954. (Cowles Commission Discussion Paper, 383).
17. R Foundation for Statistical Computing R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Viena; 2012.
18. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
19. World Health Organization. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008. Geneva:WHO; 2008.

### Referências bibliográficas

1. Araujo EM. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/ skin color in an intra-urban Brazilian space. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(4): 549-60.
2. Ardanaz E, Moreno-Iribas C, Pérez de Rada ME, Ezponda C, Flóristan Y, Navaridas N, et al. Incidencia y mortalidad por cáncer en Navarra, 1998-2002: evolución en los últimos 30 años. An Sist Sanit Navar. 2007; 30: 245-70.
3. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(1):71-80.
4. Bonito, RF, Landó, L, Costa, DSR. Discutindo saúde do