

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Evolução da mortalidade em homens adultos no Mato Grosso do Sul,
1996 - 2007”***

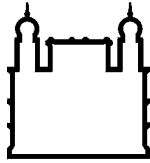
por

Carolina Barros de Lacerda

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade*

Campo Grande, setembro de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“Evolução da mortalidade em homens adultos no Mato Grosso do Sul,
1996 - 2007”***

apresentada por

Carolina Barros de Lacerda

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Abrão Nachif

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L131 Lacerda, Carolina Barros de
Evolução da mortalidade em homens adultos no Mato Grosso do
Sul, 1996-2007. / Carolina Barros de Lacerda. -- 2010.
64 f., tab., mapas

Orientador: Gama, Silvana Granado Nogueira da
Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Homens. 2. Mortalidade. 3. Causas de Morte. 4. Causas
Externas. 5. Saúde do Homem. 6. Coeficiente de Mortalidade.
7. Sistemas de Informação. I. Título.

CDD - 22.ed. – 304.64098171

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE EM HOMENS ADULTOS NO MATO GROSSO DO SUL, 1996-2007

por

Carolina Barros de Lacerda

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de mestre em Saúde Pública, na Área de Vigilância em Saúde. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz ENSP/Fiocruz.

Orientadoras:

Prof^a Dr^a Silvana Granado Nogueira da Gama

Prof^a Dr^a Carla Lourenço Tavares de Andrade

Campo Grande
2010

Agradecimentos

Agradecer a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que eu chegasse até aqui é a única maneira de retribuir o carinho, a preocupação, a solidariedade, a cooperação, a atenção, a paciência e a compreensão quanto aos meus limites.

As minhas orientadoras Silvana e Carla por não medirem esforços para a conclusão desta etapa;

Aos meus colegas de mestrado que me acolheram com tanto carinho;

Aos meus colegas de trabalho que estimularam esta iniciativa;

Aos meus pais e irmãos pela orientação e confiança;

Aos meus amigos imprescindíveis para conclusão de qualquer caminhada;

E finalmente, a minha família, Alex e Ana Beatriz, por entenderem os inúmeros momentos de ausência durante o curso e elaboração desta. Obrigada pelo incentivo, pelo apoio, pelo amor e pela alegria que vocês me proporcionam, enfim obrigada por vocês existirem.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo descrever a mortalidade em homens adultos no Estado de Mato Grosso do Sul - MS, bem como identificar por meio de regressão linear associações com as causas externas de mortalidade. O estudo visa contribuir com o planejamento e execução de ações preventivas em relação à saúde do homem, levando em consideração as características sócio-demográficas do Estado de MS. Foram analisados os óbitos de 20-59 anos, ocorridos no período de 1996 a 2007, cujos dados foram obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM e a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. A regressão linear foi aplicada com uso do software SPSS. Observou-se que a mortalidade masculina foi maior que a feminina em todo o período e em todas as faixas etárias estudadas para as três principais causas de mortalidade no Mato Grosso do Sul. A sobremortalidade masculina foi aproximadamente cinco vezes maior que a feminina por causas externas. Destaca-se a tendência de queda na mortalidade por agressões no período avaliado, 15% no sexo masculino e 27% no sexo feminino, e o aumento da taxa de mortalidade masculina por acidentes de trânsito que apresentou um incremento de aproximadamente 25% e 27% para o sexo feminino. Com relação ao suicídio foi possível notar um crescimento em ambos os sexos, mais expressivo no masculino que aumentou, aproximadamente, 35% e 9% no sexo feminino. O modelo de regressão linear sugeriu que a raça/cor indígena apresenta relação com a mortalidade por causas violentas no Mato Grosso do Sul na faixa etária 20-59 anos. Os resultados obtidos poderão se tornar importante ferramenta para o planejamento das ações de promoção da saúde do homem no Estado de Mato Grosso do Sul e seus municípios, bem como para auxiliar na elaboração de Políticas Públicas no combate às mortes evitáveis, especialmente por causas externas.

Abstract

This paper aimed to describe mortality in adult men in the State of Mato Grosso do Sul - MS and identified by linear regression associations with external causes of mortality. The study aims to contribute to the planning and implementation of preventive actions in relation to human health, taking into account the socio-demographic characteristics of the state of MS. We analyzed the deaths of 20-59 years, during the period 1996 to 2007, whose data were obtained from the Mortality Information System - SIM and the population estimated by the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE. Linear regression was applied using SPSS software. It was observed that male mortality was higher than the female in the whole period and in all age groups for the three leading causes of mortality in Mato Grosso do Sul. Male excess mortality was about five times higher than the female external causes. The study highlights the downward trend in mortality from attacks during this period, 15% for males and 27% in females and the increase in male mortality rate from traffic accidents which showed an increase of approximately 25% and 27% for females. With regard to suicide was possible to observe an increase in both sexes, more expressive than in males increased by approximately 35% and 9% in females. The linear regression model suggested that race or ethnic indigenous is correlated with violent deaths in Mato Grosso do Sul in the age group 20-59 years. The results may become an important tool for planning actions for the promotion of human health in Mato Grosso do Sul and its municipalities, as well as to assist the design of public policies in combating preventable deaths, especially due to external causes.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 Os estudos de gênero: da saúde da mulher à saúde do homem	10
2.2 Saúde do Homem: características, perspectivas e desafios	13
2.3 Refletindo a masculinidade para entender as atitudes	21
2.4 Causas externas e sua influência na mortalidade masculina	26
3. JUSTIFICATIVA.....	29
REFERÊNCIAS	31
4. OBJETIVOS.....	36
4.1 Objetivo Geral.....	36
4.2 Objetivos Específicos.....	36
ARTIGO.....	37
RESUMO	38
INTRODUÇÃO.....	39
RESULTADOS	43
DISCUSSÃO	46
CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Taxa de mortalidade padronizada segundo macrorregião, taxa de mortalidade geral segundo faixa etária e taxa de mortalidade específica segundo causas externas, por sexo. Mato Grosso do Sul, Brasil, 1996 a 200756

Tabela 2 – Mortalidade proporcional em homens adultos segundo situação conjugal, raça/cor e nível de escolaridade. Mato Grosso do Sul, Brasil, 1996 a 2007.....57

Tabela 3 – Taxas de mortalidade por principais causas externas de óbito segundo sexo. Mato Grosso do Sul, Brasil, 1996 a 2007...58

Tabela 4 – Distribuição da mortalidade proporcional das três principais causas externas de óbito segundo sexo e raça/cor. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2004 a 2007.....59

Tabela 5 – Regressão linear múltipla da taxa de mortalidade por causas externas na população masculina de 20 a 59 anos. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2004 a 2007.....60

ANEXOS

Anexo I Mato Grosso do Sul- Divisão por microrregiões	63
Anexo II Mato Grosso do Sul- Divisão por macrorregiões	64
Anexo III Matriz de correlações	65

1. INTRODUÇÃO

O Estado de Mato Grosso do Sul (MS), criado em 1977, possui 78 municípios distribuídos por 357.194 km² e tem como características principais a grande extensão de fronteiras secas com o Paraguai e a Bolívia; a presença da planície do Pantanal; a diversidade de migrantes e imigrantes; além da presença de diversos povos indígenas. No Brasil, ocupa o segundo lugar em número de índios (Guimarães & Grubits, 2007), sendo 61.525 indivíduos distribuídos em 28 municípios (Dobashi, 2010). A população estimada para o ano de 2009 foi de 2.360.550 habitantes, sendo 1.176.376 do sexo masculino e, a taxa de crescimento anual estimada da população foi de 0,9% (www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm, acessado em 14/11/2009).

Com relação à saúde o Estado é dividido em três macrorregiões: Campo Grande, Dourados e Três Lagoas. As macrorregiões possuem colegiado de gestão regional e realizam reuniões periódicas para definição das prioridades em saúde. O Estado é, ainda, subdividido em 11 microrregiões de saúde (Anexos I e II).

De acordo com o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde o Estado de Mato Grosso do Sul apresentou coeficiente de mortalidade geral padronizado pela população brasileira de 6,1/ 1000 de habitantes e o percentual de óbitos por causas mal definidas foi de 1,6% dos óbitos em 2004 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, 2006).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM o Estado de Mato Grosso do Sul apresenta como três principais grandes grupos de

causas óbito em primeiro lugar Doenças do Aparelho Circulatório, em segundo Causas Externas, ficando as neoplasias em terceiro lugar. E teve como cinco principais causas de mortalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID10 no ano de 2009: Infarto agudo do miocárdio, Pneumonia, Diabetes mellitus, Agressão por arma de fogo ou não especificada e Acidente Vascular Cerebral (<http://www.saude.ms.gov.br>, acessado em 16/07/2009).

No ano de 2007 foram registrados 4369 óbitos na faixa etária adulta (20-59 anos), sendo 2971 óbitos masculinos. Naquele ano os homens morreram 2,12 vezes mais do que as mulheres na mesma faixa etária (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>, acessado em 14/11/2009).

Diante da atualidade do tema o Estado do MS adotou, recentemente, em sua estrutura o Programa de Saúde do Homem, que se encontra vinculado à Coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde. Com esse estudo espera-se contribuir para a melhor contextualização e abordagem do tema em nossos serviços de saúde com vistas a ampliar a oferta e qualificar a assistência à saúde dessa população.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Os estudos de gênero: da saúde da mulher à saúde do homem

Ao iniciar uma discussão sobre gênero é necessário antes de tudo distinguir sexo e gênero, pois a utilização destes termos como sinônimos é bastante frequente. Gênero pode ser compreendido como uma série de atributos, funções e relações, é uma construção simbólica baseada em valores e expectativas admitidas em uma cultura como característica de ser homem ou mulher (Artiles-Visbal, 2008), sendo a constituição social dos papéis a serem desempenhados em uma sociedade (Hardy & Jimenez, 2001). Tais relações vão além do biológico e do reprodutivo e, culturalmente ou socialmente, são utilizados como justificativa para as diferenças e também para as relações de opressão e poder entre os sexos (Keijzer, 2003; Courtenay, 2002; Korin, 2001). Assim, gênero não pode ter uma definição estática, pois as atitudes das pessoas podem modificar ao longo da história, entre diferentes culturas e dentro de uma mesma população (Borrell & Artazcoz, 2008). Heilborn (1994) definiu gênero como a *construção social do sexo*, e sexo como a representação unicamente da anátomo-fisiológica do ser humano.

A ciência considerou, por muito tempo, natural as diferenças entre os sexos, no modo de adoecer e de morrer. Ainda hoje encontramos os temas infância, adolescência e senilidade sem categorização por sexo (Aquino, 2005). Ao analisar homens e mulheres em conjunto podemos causar confundimento por desconsiderar a diferença que pode haver entre o sexo e seus determinantes da saúde (Borrell & Artazcoz, 2008). Esta dissertação utilizará dados secundários, sendo, portanto, possível a categorização de seus dados por sexo.

A perspectiva de gênero permite o enriquecimento da reflexão teórica, que se somada aos esforços políticos e intelectuais na compreensão da saúde, bem como de seus determinantes, auxiliam na luta pela justiça social e contra as desigualdades (Aquino, 2006). As diferenças de gênero devem ser estudadas e consideradas para que se possa refletir sobre como os fatores sócio-culturais, psicológicos e comportamentais interagem e afetam a saúde do homem (Courtenay, 2002; White, 2006a).

O termo “Saúde da Mulher”, embora utilizado há mais tempo, nos anos 70/80 passa a ter outro significado quando começa a ser empregado pelas feministas com o objetivo de enfatizar a importância feminina para além da função reprodutiva, acarretando uma corrida no âmbito acadêmico e nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher (Aquino, 2005). O movimento feminista, que surgiu da diferença de gênero e da opressão, agravado pela desigualdade econômica, racismo, orientação sexual, etc (Korin, 2001; White, 2006a), deixou como legado também a discussão sobre a saúde do homem. Nas últimas décadas a partir da intensa atividade dos movimentos das mulheres, ocorreram mudanças no campo da saúde, dando relevante contribuição para a discussão da questão de gênero e suas desigualdades (Korin, 2001).

A Saúde do Homem como um tema específico vem sendo estudado pelos norte-americanos desde a década de 1950 (Giffin, 2005). Entretanto, trabalhos científicos com essa temática despontaram a partir dos anos 1980, com estudos que enfocavam a masculinidade (Schraiber et al, 2005). Até 1994 os artigos eram bastante restritos ao HIV/AIDS, sendo grande parte desses relacionados aos homens homossexuais. Ao final dos anos 90 surgem publicações associadas à disfunção erétil, sua terapêutica e o tratamento da

andropausa (Gomes & Nascimento, 2006).

Mais recentemente a temática “homem e saúde” passou a ser abordada sob nova perspectiva, a de gênero, focalizando o masculino com objetivo de buscar a saúde integral do homem (Gomes & Nascimento, 2006). Houve a consolidação das noções de poder e desigualdades de gênero nos estudos sobre o assunto, que foram utilizadas como forma de compreender melhor o processo saúde-doença dos diferentes segmentos masculinos, realizando também a diferenciação destes em relação à raça/cor, etnia, opção sexual, religião, classe social, etc (White, 2006a).

Porém, apenas bem recentemente, com a proposição pelo Ministério da Saúde de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que se traz visibilidade no âmbito administrativo das secretarias de saúde. Tal Política, publicada pela Portaria 1944 em agosto de 2009, aproximadamente quinze anos após o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM divulgado em 1983 (Pedrosa, 2004), prevê investimentos para execução de seu plano de ação, e suscitou em alguns estados e municípios programas voltados para Saúde do Homem antes mesmo de sua publicação oficial.

Uma importante ponderação para a abordagem da questão de gênero é a de que os posicionamentos, quando enfocam a saúde do homem e a da mulher, são igualmente importantes se estes não se distanciarem da perspectiva de relação entre os gêneros e da promoção da saúde direcionada às necessidades da população em geral, “*pensar sobre a relação não significa desconsiderar demandas específicas de cada gênero*” (Gomes, 2003).

Assim, políticas e estratégias de saúde podem auxiliar no processo de reflexão sobre as necessidades de homens e mulheres no que se refere à sua

saúde (White & Cash, 2003). Diante dos avanços já alcançados, o trabalho em conjunto com os pesquisadores da área da Saúde da Mulher poderá auxiliar na identificação de fatores em comum, além de proporcionar o debate entre teoria e prática na questão de gênero (White, 2006b; MacDonald, 2006), intensificando o conhecimento de profissionais que atuam diretamente na comunidade (Mansfield et al, 2003).

2.2 Saúde do Homem: características, perspectivas e desafios

Os indicadores de saúde apontam maior mortalidade masculina em todas as faixas etárias até a senilidade, quando os óbitos femininos passam a predominar (Laurenti et al, 2005). White (2006a) observou a mesma tendência em dados de mortalidade na Inglaterra em 2003 onde as taxas de mortalidade masculina foram maiores que as femininas até os setenta e cinco anos. Resultado semelhante havia sido encontrado pelo mesmo autor em um estudo incluindo 17 países da Europa (White & Cash, 2003).

Araújo et al (2000) observaram por meio de um estudo de coorte em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, que os recém-nascidos do sexo masculino apresentam risco quatro vezes maior de morrer do que os do sexo feminino, e identificaram que tal diferença na mortalidade se deve ao fato do amadurecimento do pulmão fetal é mais precoce no sexo feminino, diminuindo a ocorrência de problemas respiratórios nos recém-nascidos deste sexo. Em Pelotas, também no Rio Grande do Sul, Barros et al (1996) estudando duas coortes de nascimento nos anos de 1982 e 1993 encontraram maior frequência de hospitalização nas crianças do sexo masculino.

Courtenay (2003) identifica que nos Estados Unidos os homens apresentam mais problemas crônicos severos e morrem pelo menos seis anos mais jovens que as mulheres. O mesmo se observa no Brasil onde os homens vivem 7,6 anos a menos que as mulheres (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, 2006). Parsons (2009) citando Draper 2004 afirma que na Austrália o gênero masculino é um fator de risco significativo para a morte prematura. Tal observação, também foi feita por White & Cash (2003) em estudo sobre o estado de Saúde do homem na Europa.

A transição epidemiológica tem importância na discussão em saúde do homem, Schramm et al (2004) em trabalho sobre transição epidemiológica cita três mudanças básicas que ocorrem na população, que seria a modificação nas causas de óbito onde doenças transmissíveis passam a ter menor importância que doenças não transmissíveis e causas externas, modificação nas faixas etárias mais atingidas pelas morbi-mortalidades (acometem faixas etárias mais idosas) e a modificação da situação onde a morbidade passa a prevalecer sobre a mortalidade.

No Brasil, a transição epidemiológica observada nas últimas décadas caracterizada pela queda nas taxas de mortalidade, sendo esta queda mais lenta entre os homens, mantém o diferencial e os distancia ainda mais quando comparamos as taxas de mortalidade entre os sexos (Laurenti et al, 2005). Tais achados demonstram um ambiente desfavorável à saúde dos homens, o que deve ser considerado pelas políticas de saúde (Figueiredo, 2005).

As neoplasias, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e causas externas constituem-se nos principais agravos à saúde dos homens da América Latina (Schraiber et al, 2005). Van Eyken &

Moraes (2009) identificaram no sudeste do Brasil que o coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares é 50% maior nos homens adultos jovens quando comparado ao das mulheres.

A mortalidade em homens adultos varia bastante em função da faixa etária, para o Brasil a taxa de mortalidade por acidentes e eventos adversos para o ano 2000, por exemplo, foi de 51,8/100.000 na faixa 15 a 24 anos, 62,2/100.000 na de 25 a 34 anos e 66,2/100.000 na de 35 a 44 anos (White & Holmes, 2006).

As diferenças no modo de adoecer entre os gêneros variam não só pelos fatores biológicos (vulnerabilidade masculina intra-uterina), mas também segundo estilo de vida, fatores genéticos e hormonais (Chor et al, 1992; Braz, 2005). Do mesmo modo, tal estilo influencia tanto a mortalidade por causas externas quanto por causas consideradas naturais, como câncer de pulmão e cirrose (Laurenti et al, 2005). Abascal (2007) identificou em Cuba que os homens são mais afetados por cirrose hepática associada ao abuso no consumo de álcool, câncer de pulmão associado ao tabagismo e hérnias relacionadas ao esforço físico devido às atividades físicas que desempenham.

Além disso, os homens são mais afetados por desordens como narcisismo, obsessão compulsiva, paranóia e personalidade esquizofrênica que as mulheres, como observado por Courtenay (2003) nos EUA.

Em 2000, a proporção de óbitos no Brasil por causas consideradas evitáveis era 75% maior entre a população não-idosa quando comparada à idosa e, maior entre os homens. Um aumento proporcional considerável ocorreu na década de 90, quando a proporção de óbitos por causas evitáveis nos homens passou de, aproximadamente, 65% em 1991 para 91% em 2000 (Camarano et al, 2004).

As causas externas passaram a representar no Brasil, a segunda causa de morte a partir da década de 80 (Gawryszewski et al, 2004). Apesar de não ser a primeira causa de mortalidade, as causas externas têm importância na população masculina por esta apresentar maior sobremortalidade quando comparada as outras causas, conforme verificado por Laurenti et al (2005) em estudo sobre o perfil da morbi-mortalidade masculina no Brasil, onde esta apresentou a maior sobremortalidade, sendo de 5,5 para causas externas.

Algumas explicações para a sobremortalidade masculina podem estar associadas à menor procura por serviços médicos e a auto-avaliação positiva. Pinheiro et al (2002) ao analisar dados obtidos no Brasil através da PNAD/98 (Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio) concluíram que houve diferenciação na utilização de serviços entre os sexos, sendo maior para os homens até os 14 anos, quando ocorre, então, a inversão desta relação. As mulheres também se submetem a mais exames, consomem medicamentos com mais frequência e, ainda assim, avaliam pior seu estado de saúde (Braz, 2005; Theme-Filha et al, 2005). Segundo Dachs & Santos (2006) os dados obtidos na PNAD/2003 demonstraram que os homens avaliaram melhor seu estado de saúde em todas as faixas etárias quando comparados às mulheres. Segundo Courtenay (2003) a maioria dos homens dos Estados Unidos se refere à sua saúde como sendo "excelente" ou "muito boa". A condição auto-referida poderia ajudar a especificar os determinantes dos riscos a saúde masculina. Porém, diante da dificuldade da percepção dos homens associada à negação de um estado de doença, tal medida torna-se inconsistente. Além disso, os homens geralmente ignoram dor e desconforto minimizando tais problemas (Mansfield et al, 2003).

Os homens frequentam menos os serviços de atenção primária que as mulheres, apontando a necessidade de reflexão quanto à masculinidade e as dificuldades e resistências que podem estar associadas ao cuidado com a saúde (Courtenay, 2003; Mansfield et al, 2003; Mansfield et al, 2005; Gomes et al, 2007; Parsons, 2009).

Outro estudo que avaliou acesso aos serviços de saúde, por meio de indicadores, demonstrou diferenças importantes entre os gêneros, sendo favoráveis às mulheres, no que tange ao uso de serviço de saúde e consultas médicas (Pinheiro et al, 2002). Entre as causas para a menor utilização dos serviços pelos homens identifica-se: o ambiente feminilizado, o horário de atendimento incompatível com a carga horária de trabalho e, pela sua própria “masculinidade”, que dificulta admitir a necessidade de cuidados médicos, o que poderia demonstrar suas debilidades frente a outros homens e mulheres (Keijzer, 2003).

Entender que as doenças dos homens não se separam de suas experiências e do contexto em que ocorrem é importante, portanto, ao se discutir “Saúde do Homem” há de se considerar seus diferentes saberes e crenças em relação à sua saúde, além de seus distintos comportamentos (Courtenay, 2002; White, 2006a). Porém focar apenas o comportamento masculino para explicar as deficiências da saúde do homem, dá-se a este um estereótipo, além de considerar algo endógeno como responsável, sem levar em conta os fatores externos. Como consequência, perde-se a associação que deve ser realizada aos fatores sociais, culturais e políticos que podem influenciar no processo saúde-doença (MacDonald, 2006).

A saúde do homem pode também estar associada à atividade laboral,

pois doenças relacionadas ao trabalho e certas causas de morte são mais frequentes no sexo masculino (Schraiber et al, 2005). Os homens estão mais expostos aos riscos ocupacionais e aos acidentes de trânsito (Abascal, 2007). Acidentes causados por animais peçonhentos e intoxicações também são mais frequentes em homens e estão associados ao fator ocupacional (Laurenti et al, 2005).

Os problemas de saúde da classe trabalhadora podem agravar-se quando associados a fatores como alto nível de stress no trabalho; má alimentação, desemprego e abuso de substâncias (Korin, 2001; MacDonald, 2006; Parsons, 2009).

A incompatibilidade do horário de funcionamento dos serviços de atenção básica de saúde e o do trabalho inviabiliza o acesso, restando apenas como opção os serviços de emergência/urgência (Braz, 2005). Para o “provedor” do lar o trabalho está em primeiro lugar, ficando o cuidado com a saúde em segundo plano (Gomes et al, 2007). A perda do dia de trabalho leva-o a considerar as consequências, como, o desconto no salário, pior avaliação para uma possível promoção e a perda do emprego em si (Korin, 2001).

Assim, deve-se considerar a ampliação do horário de funcionamento dos serviços de atenção básica com vistas a atender às demandas da população masculina (Braz, 2005), assim como tornar o ambiente, o preparo dos profissionais e materiais educativos mais atrativos a essa população (Parsons, 2009).

Ser homem está, supostamente, associado à força, virilidade e invulnerabilidade, já a procura por serviços de saúde, tem características opostas como fraqueza e medo, e coloca em risco sua masculinidade (Gomes et al, 2007;

White, 2006b). Assim, a forma de construção da subjetividade masculina pode contribuir para que homens tenham desvantagem em adoecer e morrer em relação às mulheres (Courtenay, 2002; Braz, 2005). Gomes et al (2007) identificam, neste debate, a existência de idéias contraditórias que se completam, estudos apontam para um homem vulnerável, enquanto o senso comum o classifica como invulnerável, o que o leva a se sentir como tal, expondo-se mais e tornando-se, a partir daí, vulnerável, ou seja, são homens vulneráveis em sua invulnerabilidade

O comportamento predisponente a doenças, lesões e mortes pode ser modificado a partir da mudança da situação conjugal. Homens casados contam com o cuidado da mulher em relação à sua saúde, tornando o casamento um fator de proteção. Entretanto, o mesmo não é observado para as mulheres (Schraiber et al, 2005). O papel de dependência do homem em relação à mulher, no que diz respeito à saúde, é identificado desde a infância, quando esse papel é exercido pela mãe (Korin, 2001).

Identificar as barreiras que podem estar associadas a não procura ou procura tardia dos serviços de saúde pode auxiliar na elaboração de estratégias mais eficientes para incentivar e atrair essa população para dentro das unidades de saúde (Mansfield et al, 2005).

Segundo Courtenay (2002), nos Estados Unidos estimou-se que metade das mortes masculinas, a cada ano, poderia ser prevenida por meio de mudanças nas práticas pessoais com relação à saúde.

Homens e garotos têm estilos de vida menos saudáveis e possuem comportamentos de promoção da saúde em menor grau que as mulheres. Além disso, eles comem mais carne gorda e menos fibras, frutas e vegetais, dormem

menos e ficam em repouso para se recuperar de uma doença por menos tempo (Courtenay, 2003).

Courtenay (2002) identificou nos Estados Unidos e Reino Unido que durante as consultas os homens recebem menos informações e explicações que as mulheres. Do mesmo modo, as médicas demonstram mais os valores de humanização e cuidado que os médicos homens, porém ambos se sentem mais a vontade consultando indivíduos do mesmo sexo (Zaharias et al, 2004). A constituição de uma boa relação médico-paciente pode ser um fator relevante na aproximação dos homens com os serviços de saúde.

Os serviços de saúde são tidos pelos homens como locais femininos, por ser mais frequentado por mulheres, além da equipe ser também composta, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino (Gomes et al, 2007). Figueiredo (2005) identifica que os homens não procuram espaços como as unidades básicas de saúde porque não existem atividades e programas específicos para esta população.

A iniquidade não se refere a toda diferença, mas aquelas diferenças consideradas injustas (Giffin, 2002), não necessárias e evitáveis (Abascal, 2007). Dessa forma, o importante quando se avalia a equidade de determinado tema é observar o que define aquela desigualdade como injusta. Exemplos disso seriam comportamentos tidos como perigosos dos quais restam pouca escolha ao indivíduo por causa de seu modo de vida; condições definidas por fatores socioeconômicos; acesso inadequado aos serviços públicos essenciais; exposição a fatores de risco devido às condições laborais (Viana et al, 2003). A iniquidade em saúde pode ser definida pela oportunidade desigual de ser saudável (Abascal, 2007).

Van Eyken & Moraes (2009) ao identificar a maior mortalidade masculina por problemas cardíacos ponderou que a distância (tanto física quanto psíquica) entre o serviço e o usuário é um dos fatores que dificulta o monitoramento e cuidado dos pacientes homens afetados por esta doença. Keijzer (2003) identifica que a existência de espaços de reflexão com a presença da população masculina pode representar sensibilização e reconhecimento da necessidade de mudanças.

A partir da abordagem do masculino, da dimensão de gênero, que são atingidos os ganhos para saúde do homem, pois homens e mulheres precisam ser notados a partir de sua singularidade e diversidade em suas relações. Incluir o sexo masculino no debate sobre saúde revela efeitos benéficos não só para a sua saúde, mas conseqüentemente a saúde da mulher, a partir do momento em que avançam a participação masculina nas estratégias de promoção, prevenção e atenção aos problemas de saúde (Van Eyken & Moraes, 2009; Galastro et al, 2007; Schraiber et al, 2005; Keijzer, 2003).

2.3 Refletindo a masculinidade para entender as atitudes

Para realizar ações em prol da saúde do homem e atingir esta população alvo é necessário entender a complexa relação entre eles mesmos e a sociedade. Saber o que significa ser homem é, antes de tudo, conhecer os desafios por ele enfrentados diariamente para provar sua masculinidade (Mansfield et al, 2003).

A construção do ser homem associa a formação da identidade masculina a características como a virilidade, força e poder (Souza, 2005).

Homens jovens avaliam sua verdadeira masculinidade pela polaridade: quanto mais distantes estão suas características e comportamentos das mulheres mais homens se consideram, além de se manterem longe das “atividades” desenvolvidas apenas pelas mulheres (White, 2006b). Para a frágil constituição do modelo de masculinidade é necessário ignorar sentimentos e formas de expressão, sendo a manutenção destas características sociais tão importantes que podem resultar em atitudes violentas (Giffin, 2005).

O modelo hegemônico de masculinidade propõe um modelo de perfil estereotipado apresentando os homens como ativos, fortes e capazes dos mais duros trabalhos físicos. Homens que não possuem tais características são tidos como inferiores, ou então subordinados (Korin, 2001). O controle emocional de si mesmo, ou aquele que exerce sobre os outros, mesmo sob forte stress também o caracteriza (Mansfield et al, 2003). Giffin (2005) identifica que a ideologia da masculinidade hegemônica prevalece mesmo não expressando a conduta da maioria dos homens por representar a dominação masculina sobre as mulheres. Algumas ideologias são mais prevalentes que outras, como a que classifica os homens como heterossexuais, brancos etc. (Mansfield et al, 2003).

Porém, a maior fragilidade biológica dos homens tem suscitado críticas a esta visão, iniciando o debate sobre a crise da identidade masculina. Ser homem sempre foi sinônimo de não demonstrar medo e sentimentos, arriscar-se diante do perigo, enquanto o novo homem, expressa suas emoções, participa da criação dos filhos e está mais disponível para as tarefas de casa (Souza, 2005).

Muitos homens para conseguir atingir o modelo de masculinidade põem em risco sua saúde e à própria vida. Tal masculinidade estereotipada distorce as relações de gênero (Korin, 2001), podendo gerar, também,

comportamentos danosos à saúde de suas parceiras (Schraiber et al, 2005).

O comportamento de risco e a masculinidade são em conjunto responsáveis pela menor esperança de vida masculina (Borrell & Artazcoz, 2008). Comparado às mulheres homens usam mais álcool, tabaco e drogas, além de adotarem mais comportamentos como direção perigosa, porte de armas e atividades criminosas (Courtenay, 2003).

Ao considerar a iniquidade a partir do bem estar e desenvolvimento humano (Ostlin et al, 2004; MacDonald, 2006) entende-se porque, apesar dos esforços, não temos tido sucesso em sua diminuição, pois apenas quando as causas sociais do processo saúde-doença forem enfrentadas teremos resultados visíveis. Portanto, ao se discutir tal questão percebe-se que o comportamento de risco e a masculinidade hegemônica não explicam sozinhas as características que definem a fragilidade da saúde do homem. Excluir a iniquidade do contexto seria desconsiderar um fator importante quando se trata de sujeitos que pertencem a classes econômicas mais baixas (MacDonald, 2006).

Deve-se entender, então, que a forma dos homens construírem e vivenciarem sua masculinidade pode estar relacionada ao seu modo de vida, de adoecer e morrer, particular desta população (Chor et al, 1992; Villela, 2005), para a qual a masculinidade torna-se uma barreira de acesso aos serviços de saúde (Mansfield et al, 2003), além de levar à maior exposição a situações de risco.

Hardy & Jiménez (2001) identificam que a construção da masculinidade de um homem se inicia antes mesmo de sua concepção, dentro do contexto social, no qual a família que planeja ter um filho já traça um perfil de masculinidade esperado, o que se mantém após seu nascimento, seja na escola, nos meios de comunicação ou na sociedade, que identifica características e

valores masculinos e reforçam como devem ser as atitudes deste indivíduo e sua relação com a comunidade.

O próprio processo de socialização produz a conexão entre masculinidade e violência. Símbolos como armas, carros e esportes radicais fazem parte do universo masculino desde a infância e podem explicar a maior frequência de morbimortalidade do gênero masculino por causas externas, sendo o olhar interdisciplinar, sobretudo da epidemiologia e ciências sociais, necessário para abordar essa questão e suas relações com a violência (Courtenay, 2002; Souza, 2005).

Com frequência observa-se que, para alcançar e/ou assegurar sua posição de poder os homens recorrem à violência física, verbal ou emocional contra sua parceira, outros homens (Korin, 2001). Os homens consideram que podem satisfazer suas vontades, sem comedimento, seja na exposição a riscos, na expressão de agressividade ou em ações que tem como objetivo adquirir dinheiro ou poder (Villela, 2005).

Entender as relações sociais envolvidas na formação do homem e sua masculinidade é imprescindível para a compreensão do seu comportamento (Courtenay, 2002). O modelo hegemônico traz consequências para a saúde, como dificuldades nas medidas de prevenção. Exemplos clássicos são o exame de toque realizado para detecção do câncer de próstata e os riscos à saúde reprodutiva devido à falta do uso de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. Estas duas situações reproduzem o dia a dia em unidades de saúde que tem como desafio principal driblar as dificuldades estabelecidas pelas especificidades culturais para atuar de maneira mais eficiente na prevenção e detecção de agravos.

Por outro lado, a violência, característica da masculinidade hegemônica, deve ser interpretada com cuidado para evitar a fixação de estereótipos em que se observa o homem como o agressor e a mulher como a vítima, propondo estratégias de saúde coletiva que levem ao combate e prevenção de violências (Schraiber et al, 2005). Quando os homens realizam o “papel” considerado masculino e apresentam conduta agressiva e de risco, se predispõem a lesões, doenças e morte contra si e pessoas que os cercam (Korin, 2001). Na intenção de reduzir tal comportamento, profissionais de saúde podem contribuir com propostas estratégicas de prevenção da violência, uma vez que é sobre o setor saúde que recaem os custos de atendimento às vítimas e suas sequelas (Laurenti et al, 2005).

Villela (2005) chama a atenção para a necessidade de se estabelecer claramente a diferença entre masculinidade e machismo. O machismo é uma atitude que homens e mulheres podem apresentar em relação a homens e mulheres, e masculinidade é o modelo de formação da identidade dos homens. Repensar o papel do “homem” faz-se necessário para se redefinir as condutas que aparentemente dão poder, mas somente fazem dos homens escravos de um estereótipo que prejudicam sua saúde e sua vida social e familiar (Hardy & Jiménez, 2001).

2.4 Causas externas e sua influência na mortalidade masculina

As causas externas compõem o capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, décima revisão (CID-10) e são também conhecidas como causas violentas. Este grupo de agravos inclui acidentes, suicídios, homicídios, quedas e outras violências. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a utilização intencional de força física ou psíquica sob a forma de ameaça ou na prática, contra si mesmo ou outrem, ou contra um grupo ou comunidade, que poderia ter ou tem como resultado a injúria, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (Krug et al, 2002).

As mortes relacionadas às causas externas ganharam importância no Brasil a partir dos anos 80 não só por passarem a ocupar a segunda colocação entre as principais categorias de causas de óbito (Souza, 1994), mas especialmente por terem dentre os principais indivíduos afetados adolescentes e adultos jovens (Szwarcwald & Castilho, 1998; Paim et al, 1999; Gawryszewski et al, 2004). Segundo a OMS (2004) as causas externas são no mundo uma das principais causas de mortalidade em indivíduos de 15 a 44 anos (Jacobson et al, 2009; Dahlberg & Krug, 2007). Pela tendência da ocorrência de mortalidade por causas externas em pessoas jovens, o Brasil apresenta um dos maiores índices mundiais no indicador de saúde anos potenciais de vida perdidos (Melo Jorge et al, 2002).

Outra característica marcante da mortalidade por causas externas é a maior ocorrência em indivíduos do sexo masculino (Jacobson et al, 2009). Gawryszewski & Mello Jorge (2000) encontraram uma predominância de até

90,2% do total de mortes por causas externas no ano de 1999 no Município de São Paulo para o sexo masculino.

Em 2008 Gawryszewski et al verificaram que a morbidade por causas externas também é maior em homens, em magnitude menor que na mortalidade, e observaram ainda que os indivíduos do sexo masculino apresentam lesões mais graves.

A partir de informações precisas com relação às causas de óbito como dados sobre a natureza da lesão e o tipo de agravo podem ser identificadas situações de vulnerabilidade que irão proporcionar a avaliação para planejamento de políticas de prevenção as violências (Melo Jorge et al, 2002). Porém, Drumond Jr. et al (1999), chamam a atenção sobre a utilização dos dados de mortalidade que, apesar de permitir a discussão das tendências e perfil da população atingida, para as causas externas apresentam declarações de óbitos deficitárias nos itens correspondentes ao tipo de acidente ou violência que ocasionou o óbito com relativa frequência. É comum o preenchimento dessas causas como eventos cuja intenção é indeterminada ou acidentes não especificados (Mello Jorge et al, 1997), o que pode ser considerado um entrave no estabelecimento do padrão epidemiológico desses óbitos (Melo Jorge et al, 2002).

A mortalidade por causas externas, segundo tipo de causas também apresenta características como aumento da mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios (Mello Jorge et al, 1997). Em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro Szwarcwald & Castilho (1998) encontraram um índice médio de sobremortalidade masculina por armas de fogo de 17,5 entre os anos de 1979 a 1992. Andrade et al (2008) em trabalho sobre vítimas da violência em Campo Grande-MS no período de 2002 a 2005 observaram que homens de 11 aos 20

anos morrem 10 vezes mais que as mulheres, e dos 21 aos 40 anos 13 vezes mais por agressão por disparo de arma de fogo.

Melione (2004) identificou que adultos jovens do sexo masculino foi o maior grupo atingido por mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil no ano de 2001. Alguns fatores foram associados à mortalidade por causas externas como densidade populacional elevada, desigualdade social, facilidade ao acesso as armas de fogo, uso abusivo de álcool e drogas, além de impunidade e tráfico de entorpecentes conforme relatado por Mello Jorge (1997) em estudo sobre mortalidade no Brasil e Macedo (2001) em estudo sobre violência em Salvador-BA. Nachif (2006) identificou em estudo de caso realizado em Campo Grande-MS no ano de 2004 que em 57% dos casos referenciados como homicídio pelo tribunal do Juri foi relatado uso de álcool pela vítima, pelo agressor, ou ambos.

Gawryszewski et al (2008) reforçaram a necessidade da elaboração de estratégias que atuem na redução das taxas das causas externas, através do apoio a produção de conhecimento e priorização das ações preventivas.

Existe preocupação nas ações a serem tomadas para enfrentamento da mortalidade por causas externas, pois a mesma exige do setor saúde uma articulação com outros setores da sociedade devido a sua complexidade, especificidade e associação com a desigualdade social, tornando necessária a utilização de diferenciados métodos preventivos de acordo com o tipo de causa (Souza, 1994; Souza et al, 1997; Mello Jorge et al, 1997; Szwarcwald & Castilho, 1998; Paim et al, 1999; Gawryszewski & Mello Jorge, 2000). E tendo a saúde pública uma abordagem baseada em ações coletivas é a mais indicada para atuar na frente de combate ao problema realizando a interface com as demais áreas, definindo as intervenções a serem realizadas (Dahlberg & Krug, 2007).

3. JUSTIFICATIVA

Diante da necessidade de se conhecer o processo saúde doença no homem adulto no Estado de Mato Grosso do Sul, propõe-se analisar os dados de mortalidade da população masculina adulta com vistas a auxiliar na melhor execução e planejamento de atividades de prevenção. Apesar da relevância do tema, ainda é baixa a produção de artigos científicos que o abordem especificamente, do mesmo modo que é recente a introdução de políticas de saúde voltadas para essa população.

Mato Grosso do Sul apresenta dados elevados de mortalidade entre os homens adultos, principalmente por causas externas, Peres & Santos (2005) descreveram o coeficiente de mortalidade por homicídio com arma de fogo em Campo Grande (capital de MS) de 29,5/100.000 habitantes, superior ao observado no país, 18,2/100.000, atingindo um incremento de 139% quando comparados os dados de 1991 e 2000. Do mesmo modo, Duarte et al (2008), no ano de 2005, identificaram que entre homens de 20 a 49 anos de idade, o risco de morte por acidentes de trânsito foi de 74,2/100.000 habitantes, valor maior que a média observada para as demais capitais brasileiras que foi de 38,0/100.000 no mesmo ano.

O Estado apresenta também características particulares como sua proporção de população indígena, área rural extensa, diversidade de atividades econômicas, grande extensão de fronteira com países da América do Sul, além de estar particularmente interessado em realizar atividades que visem a promoção da atenção a Saúde do Homem.

Esta pesquisa se justifica por ir ao encontro da Proposta Ministerial que criou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem que tem como objetivo principal promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade desse grupo, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral a saúde. E que em seu eixo VIII propõe a análise dos sistemas de informação para coleta de indicadores a serem usados para a tomada de decisões. Fica estabelecido que seja competência estadual analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Dessa forma, explorar os dados já disponíveis pelos sistemas de informação oficiais será uma contribuição aos gestores para subsidiar a implementação de políticas de saúde voltada para essa população.

REFERÊNCIAS

ABASCAL, I. E. C. Reflexiones teóricas sobre las diferencias em salud atribuibles al gênero. Rev Cuba Salud Pública 2007; 33 (2):1-21.

AQUINO, E. M. L. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(1):18-34.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40(N ESP):121-32.

ANDRADE, S.M.O.; PONTES, E.R.J.C.; CONTINI, M.de L.J.; GOMES, A.M.; NACHIF, M.C.A. Vítimas da violência em Campo Grande:um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais. Saúde Soc. 2008; 17(3): 201-210.

ARAÚJO, B.F.; BOZZETTI, M.C.; TANAKA, A.C.A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. J pediatr (Rio J.) 2000; 76(3):200-206.

ARTILES-VISBAL,L. El nudo gordiano de la equidad de género Rev Salud Publica 2008; 10(1): 109-118.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI,E. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. Cad Saúde Publica 1996; 12(supl 1):87-92.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10 (1):97-104.

BORRELL, C.; ARTAZCOZ, L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Pública 2008; 82(3):245-249.

CAMARANO, A. A.; KANSO S.; MELO J.L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In:Camaraano A. A., organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?Rio de Janeiro: IPEA 2004; 77-105.

CHOR, D.; DUCHIADE, M. P.; JOURDAN, A.M.F. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da região Sudeste, Brasil – 1960, 1970 e 1980 Rev Saúde Pública 1992; 26(4):246-55.

COURTENAY, W. A Global Perspective on the Field of Men's Health: An Editorial. Int J Mens Health 2002; 1(1):1-13.

COURTENAY, W. Key determinants of the health and well-being of men and boys. Int J Mens Health 2003; 2(1):1-27.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no

Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(4): 887-894.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;11(supl): 1163-1178.

DOBASHI, B.F. O território Sul-Mato-Grossense e a trajetória da saúde in: *Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde- Brasília: CONASS 2010: 25-32.*

DRUMOND JR, M.; LIRA, M.M.T.A.; FREITAS, M.de; NITRINI, T.M.V.; SHIBAO, K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(3): 272-80.

DUARTE, E. C.; TAUIL, P. L.; DUARTE, E; SOUSA, M. C.; MONTEIRO, R. A. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005 *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(1):7-20.

FIGUEIREDO, W. Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):105-109.

GALASTRO, E.P.; FONSECA,R.M.G.S. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde *Rev Esc Enfermagem USP* 2007; 41(3): 454-9.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; MELLO JORGE, M.H.P. de Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos *Rev Bras Epidemiol* 2000; 3 (1-3):50-69.

GAWRYSZEWSKI,V.P.; KOIZUMI,M.S.; MELLO JORGE, M.H.P. de. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad de Saúde Pública* 2004; 20(4):995-1003.

GAWRYSZEWSKI,V.P.; SCARPELINI,S.; DIB,J.A.; MELLO JORGE, M.H.P. de; JÚNIOR, G.A.P.; MORITA, M. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5):1121-1129.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(supl 1):103-112.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):47-57.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3):825-829.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):901-911.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. 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.

GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira *Psicologia & Sociedade* 2007; 19(1): 45-51.

HARDY, E. & JIMÉNEZ, A.L. Masculinidad Y Género *Rev Cub de Salud Pública* 2001; 27 (2): 77-88.

HEILBORN, Maria Luiza. "De que gênero estamos falando? In: *Sexualidade, Gênero e Sociedade CEPESC/IMS/UERJ* 1994; 1, (2): 1-4.

JACOBSON, L.daS.V.; ANDRADE, C.L.T.de; CARMO, C.N.do; Mourão,D.deS.; HACON, S.deS. Evolução da mortalidade por causas externas no estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 1994 a 2005 *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(1):82-91.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: gênero, cuerpo y salud masculina; 2003, pp 137-152. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.*

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde *Adolesc Latinoam* 2001; 2(2):1-16.

KRUG, E.G.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L.L.; Zwi, A; LOZANO, R. *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P. de M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):35-46.

MACDONALD, J. J. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men`s health policy and practice *Med J Aust* 2006; 185(8): 456- 458.

MACEDO, A.C.;PAIM, J.S.; Silva, L.M.V.da; Costa, M. da C.N. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil *Rev Saúde Pública* 2001; 35(6):515-522.

MANSFIELD, A.K.; ADDIS, M.E.; MAHALIK, J.R. "Why Won't he go to the doctor?": The psychology of men's help seeking. *Int J Mens Health* 2003; 2(2):93-109.

MANSFIELD, A.K.; ADDIS, M.E.; COURTENAY, W. Measurement of men`s help seeking: development and evaluaton of the barriers to help seeking scale Psychology of Men & Masculinity 2005; 6 (2):95-108.

MELIONE, L.P.R. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo Rev Bras Epidemiol 2004; 7(4):461-472.

MELLO JORGE, M.H.P.; GAWRYSZEWSKI, V.P.; LATORRE, M. do R.D.de O. I Análise dos dados de mortalidade Rev Saúde Pública 1997; 31(4): 5-25.

MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II- Mortes por causas externas Rev Bras Epidemiol 2002; 5(2): 212-223.

NACHIF, M.C.A. Homicide as a public health problem in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil Psicologia & Sociedade 2006; 18(2):99-104.

OSTLIN, P.; SEN, G.; GEORGE, A. Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues Bulletin of the World Health Organization 2004; 82 (10):740-745.

PAIM, J.S.; COSTA, C.N.;MASCARENHAS, J.C.S.;SILVA, L.M.V.da Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador(Bahia), Brasil Rev Panam Salud Pública 1999; 6 (5) 321-332.

PARSONS,J. Not mission impossible Aust Fam Physician 2009; 38 (3): 85.

PEDROSA, M. Atenção integral a saúde da mulher desafios para implementação na prática assistencial Rev Bras Med Fam e Com 2004; 1(3):72-80.

PERES, M.F.T.;SANTOS,P.C. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo Rev Saúde Pública 2005; 39(1):58-66.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):687-707.

SCHRAIBER, L. B; GOMES,R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(1):7-17.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.de; LEITE, I.da C.;VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva 2004; 9(4): 897-908.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Relatório de situação: Mato Grosso do Sul/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde 2006; 2ª edição- Brasília: Ministério da Saúde.

SOUZA, E.R. Homicídios no Brasil: O grande vilão da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):45-60.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde *Ciênc Saúde Coletiva* 2005 10(1):59-70.

SZWARCWALD, C. L. & CASTILHO, E.A. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial *Rev Panam Salud Pública* 1998; 4(3): 161-170.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(supl 1):43-53.

VAN EYKEN, E.B.B.D. MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1): 111-123.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de Saúde e equidade São Paulo em Perspectiva 2003; 17(1):58-68.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):18-34.

WHITE, A. K.; CASH, K. The state of men's health in Europe. *Eurohealth* 2003; 9(2) 28-33.

WHITE, A. & HOLMES, M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years *J Mens Health and Gender* 2006; 3(2): 139-151.

WHITE, A. K. Men's health in the 21st century. *Int J Mens Health* 2006a; 5(1): 1-17.

WHITE, A.K. Men and mental wellbeing - Encouraging gender sensitivity *The mental health review* 2006b(4); 11:3-6.

ZAHARIAS, G.; PITERMAN, L.; LIDDELL, M. Doctors and Patients: Gender interaction in the consultation *Academic Medicine* 2004; 79 (2): 148-155.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever as taxas de mortalidade geral e por causas específicas, e sobremortalidade segundo sexo e faixas etárias no período de 1996 a 2007, em Mato Grosso do Sul.

4.2 Objetivos Específicos

- Comparar a evolução das taxas de mortalidade geral, segundo sexo, no Mato Grosso do Sul, de 1996 a 2007 por macrorregião, faixa etária e taxa de mortalidade específica pelas principais causas de óbito.
- Comparar a evolução da mortalidade proporcional em homens adultos no Mato Grosso do Sul segundo condição sociodemográfica.
- Analisar a mortalidade por causas externas no sexo masculino, Capítulo XX da CID 10, nos municípios de Mato Grosso do Sul, segundo condições socioeconômicas.

Essa Dissertação será apresentada sob a forma de artigo.

Título:

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE EM HOMENS ADULTOS NO MATO GROSSO DO SUL – ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS ENTRE 1996 E 2007

Lacerda, CB¹; Gama, SGN² & Andrade, CLT².

1- Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul – SES/MS

2- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever a mortalidade em homens adultos no Estado de Mato Grosso do Sul, com enfoque nas causas externas. Analisaram-se os óbitos de 20-59, ocorridos no período de 1996 a 2007. Para as análises foram utilizados dados do SIM e do IBGE. O software SPSS foi empregado para realização da regressão linear. A mortalidade masculina foi maior que a feminina em todo o período e em todas as faixas etárias estudadas para as três principais causas de mortalidade no Mato Grosso do Sul. A sobremortalidade masculina foi aproximadamente cinco vezes maior que a feminina por causas externas. Destaca-se a tendência de queda na mortalidade por agressões no período avaliado, 15% no sexo masculino e 27% no sexo feminino e, por outro lado, o aumento da taxa de mortalidade masculina por acidentes de trânsito, com incremento de aproximadamente 25% e 27% para o sexo feminino. Com relação ao suicídio é possível notar um crescimento em ambos os sexos, mais expressivo no masculino, com incremento de, aproximadamente, 35% e 9% no feminino. O modelo de regressão linear apontou associação entre ser indígena e a mortalidade por causas violentas no Mato Grosso do Sul na faixa etária 20-59 anos. As taxas indicam tendência de aumento na mortalidade por acidentes de trânsito e suicídio, mantendo maior risco de morte para os homens. Os resultados são relevantes para contribuir para implantação de Políticas Públicas de redução de óbitos por causas externas, em especial no sexo masculino.

INTRODUÇÃO

Mais recentemente, a temática Saúde do Homem vem sendo abordada sob nova perspectiva de buscar a integralidade (Gomes & Nascimento, 2006). No Brasil, na década de 80, são identificados estudos mais restritos ao HIV/AIDS em homossexuais. Ao final dos anos 90 surgem publicações associadas à disfunção erétil, sua terapêutica e tratamento da andropausa conforme referido por Gomes & Nascimento (2006).

A ciência considerou, por muito tempo, natural as diferenças entre os sexos, no adoecimento e na morte. Ainda hoje, são encontrados temas como infância, adolescência e senilidade sem categorização por sexo (Aquino, 2005).

Os indicadores de saúde nos Estados Unidos da América e Europa apontam maior taxa de mortalidade masculina em todas as faixas etárias até a senilidade (White, 2006a; White & Cash, 2003). Nos Estados Unidos os homens apresentam mais problemas crônicos severos e morrem seis anos mais jovens que as mulheres (Courtenay, 2003). Em estudos realizados na Austrália e na Europa o sexo masculino é considerado um fator de risco significativo para a morte prematura (White & Cash, 2003; Parsons, 2009).

No Brasil, apesar da rápida transição demográfica e epidemiológica, a queda da mortalidade foi mais lenta entre os homens, e permanece superior à das mulheres (Laurenti et al, 2005). Tal achado demonstra um ambiente desfavorável para a saúde dos homens (Figueiredo, 2005) e aponta expectativa de vida ao nascer 7,6 anos menos do que entre as mulheres. A sobremortalidade masculina é identificada em todas as regiões do país (SVS/MS, 2007). As doenças isquêmicas do coração, as cerebrovasculares e causas externas foram as

principais causas de mortalidade no Brasil entre os anos de 1980 e 2005.

Quanto às causas externas, mortalidade em homens adultos varia conforme faixa etária. Por exemplo, a taxa de mortalidade brasileira por acidentes e eventos adversos para o ano 2000 na faixa de 15 a 24 anos foi de 51,8/100.000 habitantes, na de 25 a 34 anos 62,2/100.000 habitantes e na de 35 a 44 anos foi de 66,2/100.000 habitantes (White & Holmes, 2006).

As diferenças no modo de adoecer entre os sexos variam não só pelos fatores biológicos (vulnerabilidade masculina intra-uterina), mas segundo o estilo de vida, fatores genéticos e hormonais (Braz, 2005). O estilo de vida influencia tanto a mortalidade por causas externas quanto por causas consideradas naturais, como câncer de pulmão e cirrose (Laurenti et al, 2005).

Mato Grosso do Sul, em especial sua capital Campo Grande, apresenta elevada taxa de mortalidade por causas externas. O coeficiente de mortalidade por homicídio com arma de fogo em Campo Grande foi 56,4/100.000 habitantes, no ano 2000, superior à média do país, 34,5/100.000 habitantes (Peres & Santos, 2005). Duarte et al (2008), no ano de 2005, identificaram que em Campo Grande entre os homens de 20 a 49 anos de idade, o risco de morte por acidentes de trânsito foi de 74,2/100.000 habitantes, valor acima da média das demais capitais brasileiras, que foi de 38,0/100.000 habitantes no mesmo ano.

Este estudo pretende subsidiar a implantação de políticas de saúde voltadas para a população masculina e, para tal teve como objetivo, descrever a mortalidade em homens adultos no Estado de Mato Grosso do Sul, no período de 1996 a 2007.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo do tipo ecológico, tendo como unidade de análise os municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Foi estudada a população de óbitos de homens adultos, 20 a 59 anos, residentes em Mato Grosso do Sul, notificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 1996 a 2007. Como fontes de informação foram utilizados o SIM, para os dados de óbito, e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os dados populacionais e socioeconômicos.

Os indicadores foram calculados utilizando-se as seguintes fórmulas:

Taxa Geral de mortalidade

$$CGM = \frac{\text{número óbitos da área A no meio do período P}}{\text{população área A no meio do período P}} \times 1.000$$

Taxa de Mortalidade por causa de óbito

$$TM \text{ por causa X} = \frac{\text{número óbitos da causa X, da área A, no meio do período P}}{\text{população área A no meio do período P}} \times 100.000$$

As taxas de mortalidade foram padronizadas pelo método direto utilizando-se a população brasileira do censo de 2000.

Proporções

$$Pr \text{ proporção de X} = \frac{\text{número de portadores da característica X, da área A, no meio do período P}}{\text{população área A no meio do período P}} \times 100$$

As variáveis foram assim classificadas para melhor avaliação: Situação conjugal: casados, solteiros/separados/viúvos e não informado/ignorado; Escolaridade: nenhuma, 1 a 7 anos de estudo, 8 ou mais anos de estudo e não informado/ignorado; Raça/cor: branca, preta, parda, indígena, amarela e não informado.

A partir dos dados do Censo Demográfico 2000 foram calculados os seguintes indicadores: proporção de pessoas analfabetas, proporção de pessoas alfabetizadas, proporção de pessoas não analfabetas, proporção de pessoas com até um salário mínimo, proporção de pessoas empregadas, proporção de população rural, proporção de população urbana, proporção de empregados domésticos e IDH-M.

A partir dos dados do SIM, no que se referem às causas externas de mortalidade na faixa etária 20-59 anos foram calculados os indicadores: proporção de pessoas casadas, proporção de pessoas solteiras, proporção de pessoas com até 3 anos de estudo, proporção de mulheres, proporção de homens, proporção de pessoas indígenas e proporção de pessoas pardas.

A opção pela regressão linear múltipla se deu por ser adequada para analisar situações nas quais mais de uma variável independente pode explicar o desfecho, a saber, a taxa de mortalidade por causas externas na população de 20 a 59 anos no período de 2004 a 2007.

Para o cálculo da regressão linear foram utilizados os óbitos classificados como causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no capítulo XX codificados de (V01 -Y98). O critério de inclusão no modelo de regressão linear múltipla foi a significância (p -valor $\leq 5\%$) da correlação entre a taxa de mortalidade por causas externas na população de 20 a 59 anos no período de 2004 a 2007, variável dependente e as variáveis independentes que se constituíram de características socioeconômicas e demográficas. Obtiveram significância na matriz de correlação e, portanto, foram incluídas no modelo de regressão linear as variáveis: proporção de indivíduos

indígenas, proporção de indivíduos com até 3 anos de estudo, proporção de pessoas analfabetas, IDH-M referente ao ano 2000 e proporção de indivíduos pardos, conforme Anexo III.

Para a análise dos dados as principais causas de mortalidade nos municípios do Mato Grosso do Sul entre os anos de 1996 e 2007 foram agrupadas em faixas etárias (20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 e 50 a 59 anos), e o período avaliado foi subdividido em 3 quadriênios (1996-1999; 2000-2003 e 2004-2007). A variável situação conjugal foi agrupada em três grandes grupos: casados, solteiros/separados/viúvos e não informado/ignorado. Foi utilizado o plano diretor de regionalização do Estado (anexo II) para calcular a taxa de mortalidade por Macrorregião de Saúde.

A análise de dados foi realizada utilizando-se o software SPSS 13.0.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP) sob parecer número 217/09, CAAE: 0231.0.031.000-09.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as taxas médias de mortalidade geral no Estado do Mato Grosso do Sul, nos períodos de 1996-1999, 2000-2003 e 2004-2007, segundo sexo, macrorregião de saúde, faixa etária e taxa de mortalidade específica pelas principais causas.

Verificou-se que a taxa de mortalidade flutuou com menores valores no período intermediário. Foram observadas variações por sexo, macrorregião de saúde e faixa etária. Com relação ao sexo, conforme mostra a razão de

mortalidade, as taxas de mortalidade por macrorregião foram, em média, duas vezes maiores no masculino comparadas às do feminino.

Conforme esperado, identifica-se um comportamento ascendente das taxas de mortalidade segundo as faixas etárias, ou seja, o coeficiente de mortalidade cresce na medida em que a população envelhece, mantendo em todas as faixas analisadas maiores valores no sexo masculino. A sobremortalidade do sexo masculino decresce com o aumento das faixas etárias, com um risco para o sexo masculino variando de 3,5 vezes maior na faixa de 20-29 anos, no período de 1996-1999 até 1,4 vezes na faixa de 50-59 anos entre 2000-2003.

Quando se examinam as taxas de mortalidade específicas por causas encontram-se como as três principais causas de mortalidade no Mato Grosso do Sul as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias. As taxas de mortalidade específicas pelas doenças do aparelho circulatório variaram de 212,5 (2000-2003) a 405,7 de 2004-2007 para o sexo masculino e entre 271,3 e 287,1 para o sexo feminino nos mesmos períodos. Entretanto, chama a atenção a sobremortalidade por causas externas com risco aproximadamente cinco vezes maior no sexo masculino.

A Tabela 2 que apresenta os dados relativos à situação conjugal a proporção de óbitos entre casados e solteiros manteve-se constante durante o período avaliado, sendo maior entre os solteiros. Com relação à raça/cor há uma predominância da cor branca e parda em todo o período. Até 1999, foi expressivo o número de informação ignorada ou não informada neste item, aproximadamente 87%, caindo para 2,1% no último quadriênio. Esta melhora ocasionou um aumento na proporção de pretos e indígenas que passaram de 0,5 e 0,3% em

1996 a 1999 para 5,2 e 3,6 em 2004 a 2007, respectivamente. Na variável “nível de escolaridade” também foi identificada alta frequência de declarações sem informação, sendo aproximadamente 68% de 1996 a 1999, 34,1% no período de 2000 a 2003 e 25,3% entre 2004 e 2007. Observa-se maior concentração de 1-7 anos de estudos entre os óbitos descritos no período analisado.

A taxa de mortalidade por agressões para todo o período (1996-2007) para o Estado de Mato Grosso do Sul foi de 46,6/100.000. Com relação aos acidentes de transporte a taxa foi de 36,7/100.000 para o mesmo período, e os suicídios apresentaram uma taxa de mortalidade no estado de 9,8/100.000.

Na Tabela 3 são apresentadas as taxas de mortalidade por causas externas em homens e mulheres, ressaltando-se a sobremortalidade masculina para todos os períodos e por todos os componentes das causas externas apresentadas. Destacam-se as agressões, acidentes de transporte, suicídios e lesões por intenção indeterminada, sendo as agressões a causa que atingiu as maiores taxas de mortalidade em todo o período para o sexo masculino, apesar da queda apresentada no último período. Com relação ao sexo feminino as maiores taxas de mortalidade por causas externas foram por acidentes de trânsito que apresentaram aumento no último período.

Ressalta-se o aumento da taxa de mortalidade masculina por acidentes de trânsito, que passou de 83,9/100.000 no primeiro período para 102,1/100.000 no terceiro totalizando um incremento de aproximadamente 21%. Para o sexo feminino este aumento foi de, aproximadamente, 27%.

Com relação aos suicídios é possível notar um aumento em ambos os sexos, mais expressivo no sexo masculino que passou de 19,5/100.000 no período 1996-1999 para 26,4/100.000 no período de 2004-2007 um incremento

de aproximadamente 35%, enquanto no sexo feminino, apesar da queda no segundo período, o aumento foi de aproximadamente, 9% quando comparamos o primeiro e terceiro período.

Quando se avalia o item lesões por intenção indeterminada, observa-se uma melhora da informação para o período, pois a mesma cai para o sexo masculino de 27,8/100.000 no primeiro período para 6,9/100.000 no último, representando uma redução em torno de 75% e, com relação ao sexo feminino, esta redução foi de, aproximadamente, 56%.

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição proporcional por raça/cor das três principais causas de mortalidade por violência no Mato Grosso do Sul. Observa-se que nos indivíduos de raça/cor branca de ambos os sexos e mulheres pardas predominam os óbitos por acidentes de trânsito, enquanto na raça/cor preta de ambos os sexos, homens pardos e homens indígenas as mortes por agressões. Chama a atenção nos indígenas, a magnitude do suicídio como causa básica do óbito, a mais destacada entre as causas externas para o sexo feminino.

O resultado da regressão linear múltipla é apresentado na Tabela 5, na qual a única variável estatisticamente significativa foi a proporção de indígenas, ou seja, a cada ponto percentual da proporção de indígenas, aumenta em 3,762 por 100.000 a taxa de mortalidade por causas externas na população masculina de 20 a 59 anos.

DISCUSSÃO

Conforme observado neste estudo a taxa de mortalidade masculina foi superior à feminina em todas as faixas etárias estudadas. Do mesmo modo, Paim

et al (1999) em estudo realizado em Salvador encontraram taxas de mortalidade masculinas superiores às femininas em todos os grupos etários, com exceção do grupo etário de 0 a 4 anos. Tendência observada também por White & Holmes (2006) nos Estados Unidos e White & Cash (2003) na Europa.

Schraiber et al (2005) observaram que as neoplasias, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e causas externas se apresentavam como principais agravos à saúde dos homens da América Latina. Para o Estado de Mato Grosso do Sul, de 1996 a 2007, excluindo as doenças cerebrovasculares, estas também se constituíram as principais causas de óbitos no sexo masculino. Laurenti et al (2005) em estudo no Brasil em 2001 encontraram coeficientes de mortalidade por causas externas com razão de sexo 5,5, enquanto no presente estudo estas razões variaram entre 2,7 e 4,9 ao longo dos períodos.

Em estudo publicado sobre violência, Souza (2005) observou taxa média de mortalidade masculina por causas externas entre 1991 e 2000 de 119,6/100.000 habitantes, cinco vezes maior que na população feminina, dado que vai ao encontro dos achados em MS no período de 2004-2007, quando a taxa de mortalidade por causas externas no sexo masculino foi de 276,6/100.000, aproximadamente cinco vezes maior que no feminino.

A melhora da qualidade da informação dos dados raça/cor e situação conjugal observadas no segundo e terceiro período do estudo deve ser destacada, porém a variável escolaridade apesar da diminuição de dados classificados como ignorados/não informados permaneceu elevada no último período com 25,3%.

Porém, o item lesões por intenção indeterminada que apresentou

reduções em torno de 75% para os homens e 56% para as mulheres demonstram melhora nas informações em saúde e podem ter gerado um aumento em outras causas.

Gawryszewski et al (2004) observaram os homicídios, dentre as causas externas, com as maiores taxas no Brasil no ano 2000, sendo de 35,1 óbitos/100.000 habitantes para o sexo masculino e 4,3/100.000 habitantes para o sexo feminino. Estes dados são condizentes com os encontrados por este estudo, que apresentou as agressões com maiores taxas de mortalidade dentre as causas externas, porém com valores bastante superiores, 118,6/100.000 para o sexo masculino e 10,8/100.000 para o sexo feminino entre 2004 e 2007. Tais diferenças podem ter ocorrido por o estudo de Gawryszewski se tratar de uma análise de todo território nacional.

White & Holmes (2006), em estudo que compara a mortalidade entre homens e mulheres de 15 a 44 anos em 44 países, encontraram no Brasil o maior número de mortes por agressões, com taxas de quase 95/100.000 habitantes na faixa de 15-24 anos no sexo masculino e, aproximadamente, 7/100.000 habitantes para o feminino.

Souza (1994) em estudo sobre homicídios no Brasil encontrou uma frequência 10 vezes maior de agressões no sexo masculino, assim como Andrade et al (2008) que em trabalho sobre vítimas da violência em Campo Grande-MS no período de 2002 a 2005 observaram que homens de 11 aos 20 anos morrem 10 vezes mais que as mulheres, e dos 21 aos 40 anos 13 vezes mais por agressão por disparo de arma de fogo, valor bastante próximo ao observado neste estudo, porém deve-se lembrar que o estudo atual teve como população o estado de Mato Grosso do Sul.

Destaca-se também a tendência de queda na mortalidade por agressões no período avaliado, 15% no sexo masculino e 27% no sexo feminino. Devido à maior queda no sexo feminino, a razão de sexo apresenta tendência de aumento. Moraes et al (2003) encontraram tendências que diferem deste estudo em trabalho realizado em São Luiz – MA, de 1980 a 1999, pois encontraram tendência de aumento de 3,5% ao ano da mortalidade por agressões.

White & Holmes (2006) identificaram uma maior mortalidade masculina por acidentes e efeitos adversos, em comparação entre 36 países; fato também observado neste estudo no qual os acidentes ocupam a segunda colocação dentre as causas de externas de óbitos, cuja razão de sexo variou de 4,9 a 5,1 no período analisado. Gawryszewski et al (2004) identificaram risco para o sexo masculino 4,3 vezes maior de morrer por eventos relacionados ao transporte no Brasil no ano 2000. A tendência de aumento da mortalidade por acidentes de transporte, observado neste estudo, discorda da tendência encontrada por Jacobson et al (2009) no Espírito Santo, onde encontrou uma tendência de decréscimo, especialmente nos homens.

Marín-León & Barros (2003) em estudo sobre mortes por suicídio em Campinas - SP (1976 a 2001) não identificaram tendência nestas causas de óbito, com variação proporcional entre 1,1 e 4,1/100.000 habitantes, sendo a sobremortalidade masculina de 2,7. No presente estudo observou-se tendência de aumento nos suicídios no Estado de MS, com taxa de mortalidade de 26,4/100.000 habitantes no período de 2004-07 e sobremortalidade de aproximadamente 4. Jacobson et al (2009) encontraram tendência de aumento nos suicídios no Espírito Santo, assim como Faria et al (2006) no Rio Grande do Sul. Gawryszewski et al (2004) encontraram taxas de mortalidade por suicídio de

6,5/100.000 habitantes no sexo masculino e 1,6/100.000 habitantes no sexo feminino no Brasil no ano 2000, o que difere dos encontrados por este trabalho.

Em relação à maior mortalidade por homicídios em indivíduos negros (pretos e pardos) do sexo masculino em Mato Grosso do Sul, Batista (2005) encontrou a mesma característica no Estado de São Paulo. Com relação aos indígenas, Melchior et al (2002) apontaram observações discordantes deste estudo por associarem a mortalidade por causas externas em indígenas no norte do Paraná aos acidentes de transporte, enquanto no Mato Grosso do Sul os suicídios e homicídios foram, proporcionalmente, maiores que os acidentes de transporte. Oliveira & Lotufo Neto (2003), em revisão sobre suicídio em indígenas, identificaram que algumas etnias chegam a apresentar, no Brasil, taxas de mortalidade por suicídio até 40 vezes maior que a média brasileira. Para Batista et al (2004) os achados com relação à etnia devem ser considerados como um fator de risco e, concluem que a inserção social, ou seja, sua condição socioeconômica, é que está associada à vulnerabilidade de cada raça/cor.

A proporção de óbitos em pessoas indígenas foi a única variável explicativa que foi significativa pela regressão linear múltipla. Quanto maior essa proporção maior a mortalidade por causas externas na população masculina de 20 a 59 anos de idade. A relevância deste achado se deve ao fato do estado de Mato Grosso do Sul ser o segundo em número de índios residentes dentro dos estados brasileiros. Alguns estudos sobre a mortalidade de indígenas por causas externas associam sua mortalidade aos ao suicídio (Guimarães & Grubits, 2007; Oliveira & Lotufo Neto, 2003; Cassorla & Smeke, 1994). Entretanto, diante das especificidades culturais de cada etnia torna-se indevido realizar comparações.

Destaca-se a qualidade da informação do Estado de Mato Grosso do

Sul que apresenta a menor proporção de óbitos classificados como causas mal-definidas do país 1,7% no ano de 2008 (Brasil, 2009). A baixa proporção de óbitos por causas mal definidas permitem que análises segundo grupos de causas e causa básica da morte sejam validadas no estado de Mato Grosso do Sul.

Este trabalho tem como limitações não permitir inferências individuais e por utilizar dados agregados que não levam em conta desigualdades sociais intramunicipais.

CONCLUSÃO

A partir das observações deste trabalho nota-se que há necessidade de implementação de políticas que visem promover a saúde do homem no Estado de Mato Grosso do Sul, sobretudo no que se refere às causas externas, que apresentaram as maiores razões de mortalidade. Estratégias de prevenção efetivas para estas causas de mortalidade, com objetivo de evitar mortes por causas violências são imprescindíveis. Estudos para acompanhamento da evolução de seu impacto na sociedade são necessários para avaliação dos resultados produzidos. Porém, o principal desafio é a modificação do comportamento dos indivíduos do sexo masculino com relação à sua saúde, pois este é o principal componente para uma efetiva mudança.

Diante dos resultados obtidos, que sugere relação direta da raça/cor indígena com a mortalidade por causas violentas no Mato Grosso do Sul na faixa etária de 20-59 anos, além das limitações apontadas, sugere-se a elaboração de estudos no nível individual que elucidem melhor esta questão.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1):18-34, 2005.

ANDRADE, S.M.O.; PONTES, E.R.J.C.; CONTINI, M.de L.J.; GOMES, A.M.; NACHIF, M.C.A. Vítimas da violência em Campo Grande:um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais. *Saúde Soc.* 2008; 17(3): 201-210.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 10(1), 2005.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1):97-104, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

CASSORLA, R.M.S.; SMEKE, E.L.M. Autodestruição humana. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (suplemento 1):61-73, 1994.

COURTENAY, W. Key determinants of the health and well-being of men and boys *International Journal of Men's Health* 2(1):1-27, 2003.

DUARTE, E. C.; TAUIL, P. L.; DUARTE, E; SOUSA, M. C.; MONTEIRO, R. A. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiologia Serv. Saúde* 17 (1):7-20, 2008.

FARIA, N.M.X.; VICTORA, C.G.; MENEGHEL, S.N.; CARVALHO, L.A.; FALK, J.W. Suicide rates in the state of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cadernos de Saúde Pública* 22(12):2611-2621, 2006.

FIGUEIREDO, W. Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1):105-109, 2005.

GAWRYSZEWSKI,V.P.; KOIZUMI,M.S.; MELLO JORGE,M.H.P.de As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (4):995-1003, 2004.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5):901-911, 2006.

GUIMARAES, L.A.M. & GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 19(1): 45-51,

2007.

JACOBSON, L.S.V.; ANDRADE, C.L.T.; CARMO, C.N.; Mourão, D.S.; HACON, S.S. Evolução da mortalidade por causas externas no estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 1994 a 2005. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(1):82-91, 2009.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P. de M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1):35-46, 2005.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M.B.A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública* 37 (3):357-363, 2003.

MELCHIOR, S.C.; SOARES, D.A.; ANDRADE, S.M.; IZUMIR, M.K. Avaliação da mortalidade de grupos indígenas do norte do Paraná- 1990 a 1999. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(2):61-68, 2002.

MORAES, J.R.; SILVA, A.A.M.; FILHO, F.L.; SILVA, R.A. Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luis, MA, de 1980 a 1999. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 6(3): 245-254, 2003.

OLIVEIRA, C.S.; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica* 30(1): 4-10, 2003.

PAIM, J.S.; COSTA, C.N.; MASCARENHAS, J.C.S.; SILVA, L.M.V. da Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador(Bahia), Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública* 6 (5) 321-332, 1999.

PARSONS, J. Not mission impossible. *Australian Family Physician* 38 (3): 85, 2009.

PERES, M.F.T.; SANTOS, P.C. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Revista de Saúde Pública* 39(1):58-66, 2005.

SCHRAIBER, L. B; GOMES, R.;COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1):7-17, 2005.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Relatório de situação: Mato Grosso do Sul/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2ª edição- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SOUZA, E.R. Homicídios no Brasil: O grande vilão da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (supl. 1):45-60, 1994.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1):59-70, 2005.

WHITE, A. K.;CASH, K. The state of men's health in Europe. *Eurohealth* 9 (2): 28-3, 2003.

WHITE, A. & HOLMES, M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years. *Journal of Men's Health and Gender* 3(2): 139-151, 2006.

WHITE, A. K. Men's health in the 21st century. *International Journal of Men's Health* 5 (1): 1-17, 2006a.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade padronizada segundo macrorregião, taxa de mortalidade geral segundo faixa etária e taxa de mortalidade específica segundo causas externas, por sexo. Mato Grosso do Sul, Brasil, 1996 a 2007

	1996-1999			2000-2003			2004-2007		
	Masculino	Feminino	Razão M/F	Masculino	Feminino	Razão M/F	Masculino	Feminino	Razão M/F
Taxa de mortalidade padronizada, por macrorregião de saúde e estado*									
Campo Grande	2,9	1,4	2,1	1,9	1,2	1,6	2,4	1,1	2,1
Dourados	2,7	1,3	2,0	2,0	1,3	1,6	2,8	1,3	2,2
Três Lagoas	2,8	1,4	1,9	2,1	1,2	1,7	2,5	1,2	2,0
Estado MS	2,8	1,4	2,1	2,0	1,2	1,7	2,5	1,2	2,1
Taxa de mortalidade geral por faixa etária									
20-29	3,1	0,9	3,5	2,1	0,8	2,6	2,7	0,8	3,5
30-39	4,1	1,4	2,9	2,7	1,4	1,9	3,2	1,3	2,5
40-49	6,4	3,6	1,8	4,7	3,1	1,5	6,1	2,9	2,1
50-59	12,9	7,4	1,8	9,4	6,7	1,4	12,1	6,9	1,7
Taxas de mortalidade específicas por causas**									
Causas externas	305,8	62,0	4,9	149,6	55,7	2,7	276,6	57,2	4,8
Doenças aparelho circulatório	374,4	271,4	1,4	212,5	271,3	0,8	405,7	287,1	1,4
Neoplasias	142,0	117,3	1,2	88,3	125,2	0,7	182,7	136,9	1,3

* Taxa de mortalidade geral padronizada pela população brasileira, segundo Censo Demográfico 2000.

** Taxas por 100.000 habitantes

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

Tabela 2 – Mortalidade proporcional em homens adultos segundo situação conjugal, raça/cor e nível de escolaridade. Mato Grosso do Sul, Brasil, 1996 a 2007

	Períodos					
	1996-1999		2000-2003		2004-2007	
Situação Conjugal	N	%	N	%	N	%
Casado	11032	39,9	11096	39,6	12210	39,3
Solteiro/separado/viúvo	13022	47,1	12900	46,1	14976	48,1
Não Informado/ Ignorado	2859	13,0	3990	14,3	3917	12,6
Raça/cor	N	%	N	%	N	%
Branca	1945	7,0	13905	49,6	15382	49,4
Parda	1217	4,4	9960	35,6	12135	39,0
Preta	132	0,5	1361	4,9	1607	5,2
Indígena	82	0,3	862	3,1	1115	3,6
Amarela	78	0,3	221	0,8	213	0,7
Não informado	24187	87,5	1677	6,0	651	2,1
Nível de escolaridade	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	5901	21,3	5550	19,8	5640	18,1
1-7 anos de estudo	1849	6,7	10574	37,8	14252	45,8
8 ou mais anos de estudo	855	3,1	2314	8,3	3350	10,8
Ignorado/ Não informado	19036	68,9	9548	34,1	7861	25,3

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), 1996-2007

Tabela 3 – Taxas de mortalidade por principais causas externas de óbito segundo sexo. Mato Grosso do Sul, Brasil, 1996 a 2007

	1996-1999			2000-2003			2004-2007		
	Masculino	Feminino	Razão M/F	Masculino	Feminino	Razão M/F	Masculino	Feminino	Razão M/F
Taxas de mortalidade por principais causas externas *									
Agressões	140,7	15,0	9,4	129,2	13,30	9,7	118,6	10,8	10,9
Acidentes de transporte	83,9	16,3	5,1	81,9	16,2	5,0	102,1	20,8	4,9
Suicídio	19,5	6,2	3,1	24,5	5,2	4,7	26,4	6,7	3,9
Lesões de intenção indeterminada	27,8	3,7	7,4	9,3	1,8	5,0	6,9	1,6	4,3
Demais causas externas	49,4	6,7	7,4	40,5	3,7	11,1	38,9	4,0	9,8

*Taxas por 100.000 habitantes padronizadas pela população brasileira, segundo Censo Demográfico 2000.
Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

Tabela 4 – Distribuição da mortalidade proporcional das três principais causas externas de óbito segundo sexo e raça/cor. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2004 a 2007

Raça/cor	Sexo	Acidentes de transporte		Agressões		Suicídios		Outras	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	Masculino	866	43,8	694	35,1	172	8,7	246	12,4
	Feminino	212	55,2	71	18,5	61	15,9	40	10,4
	Total	1078	45,6	765	32,4	233	9,9	286	12,1
Parda	Masculino	644	32,2	897	44,8	146	7,3	315	15,7
	Feminino	102	44,5	74	32,3	24	10,5	29	12,7
	Total	746	33,4	971	43,6	170	7,6	344	15,4
Preta	Masculino	79	31,2	115	45,5	13	5,1	46	18,2
	Feminino	05	25,0	08	40,0	03	15,0	04	20,0
	Total	84	30,7	123	45,1	16	5,9	50	18,3
Indígena	Masculino	28	14,4	76	39,2	69	35,6	21	10,8
	Feminino	06	13,3	15	33,3	17	37,8	07	15,6
	Total	34	14,3	91	38,1	86	35,9	28	11,7
Amarela	Masculino	05	31,3	06	37,5	04	25,0	01	6,2
	Feminino	0	0	01	33,3	01	33,3	01	33,3
	Total	05	26,4	07	36,8	05	26,3	02	10,5
Não informado/ Ignorado	Masculino	48	37,8	54	42,5	07	5,5	18	14,2
	Feminino	09	56,2	03	18,8	01	6,2	03	18,8
	Total	57	39,8	57	39,8	08	5,6	21	14,8

Fonte: SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

Tabela 5 – Regressão linear múltipla da taxa de mortalidade por causas externas na população masculina de 20 a 59 anos. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2004 a 2007

Método <i>Stepwise</i>		
Variável incluída	Coefficiente	Significância
(constante)	177,972	0,000
Proporção de indígenas	3,762	0,000
Variáveis excluídas	Coefficiente	Significância
Proporção até 3 anos estudo	0,064	0,710
Proporção de analfabetos	0,235	0,510
IDH município (2000)	0,132	0,836
Proporção de pardos	-0,106	0,927

Variável dependente: taxa de mortalidade por causas externas na população masculina de 20 a 59 anos, 2004 a 2007.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados por este trabalho ressalta-se a importância de realização de atividades que auxiliem a diminuir as desigualdades encontradas nas taxas de mortalidade entre homens e mulheres no Mato Grosso do Sul, especialmente no que concerne as causas externas de mortalidade.

Verifica-se a importância das causas externas de mortalidade na população masculina de Mato Grosso do Sul, em especial quando observamos as taxas de mortalidade por agressões, acidentes de transporte e suicídio que representaram as maiores taxas dentro do estado.

A avaliação do perfil epidemiológico da mortalidade masculina por causas externas segundo raça/cor permite demonstrar que há uma diferença nas formas de morrer que entre os brancos e mulheres pardas predominam os óbitos por acidentes de trânsito, enquanto na raça/cor preta, homens pardos e homens indígenas as mortes por agressões. Porém, deve ser dado destaque ao suicídio que apresentou-se a mais destacada entre as causas externas para o sexo feminino e a segunda maior para o sexo masculino.

O resultado da regressão linear que apontou a proporção de indígenas no estado como variável explicativa para a taxa de mortalidade por causas externas na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2004 a 2007 incita a necessidade de estudos para elucidação desta questão.

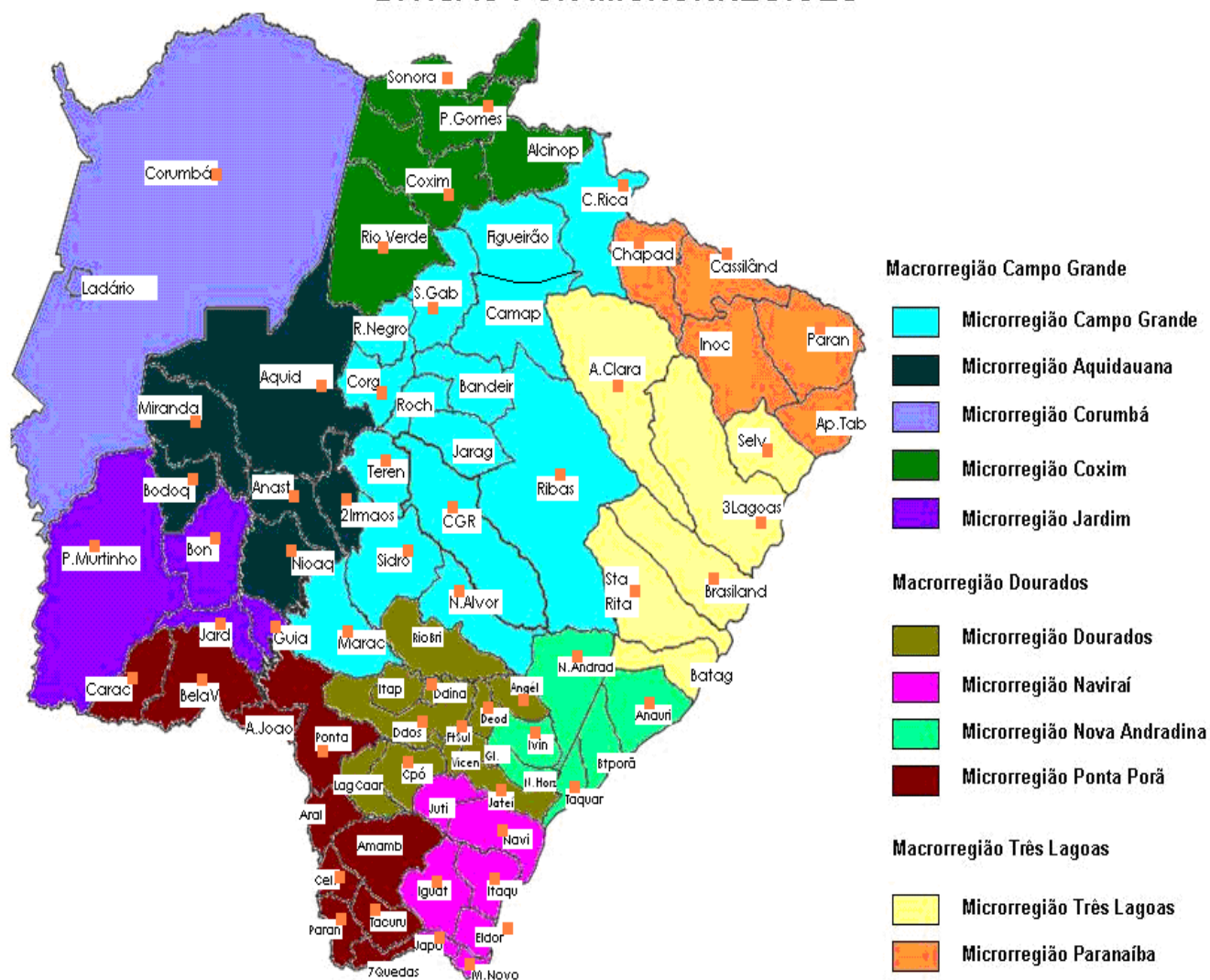
Ações que auxiliem na prevenção de violências e acidentes são imprescindíveis para redução das taxas de mortalidade por causas externas de mortalidade no estado. A integração entre as vigilâncias, atenção primária e especializada deve ocorrer para que as ações sejam mais efetivas, porém não se

esquecendo que este campo de atuação não é exclusivo da saúde pública e que as ações de prevenção devem contar com a articulação entre os diferentes setores públicos e privados.

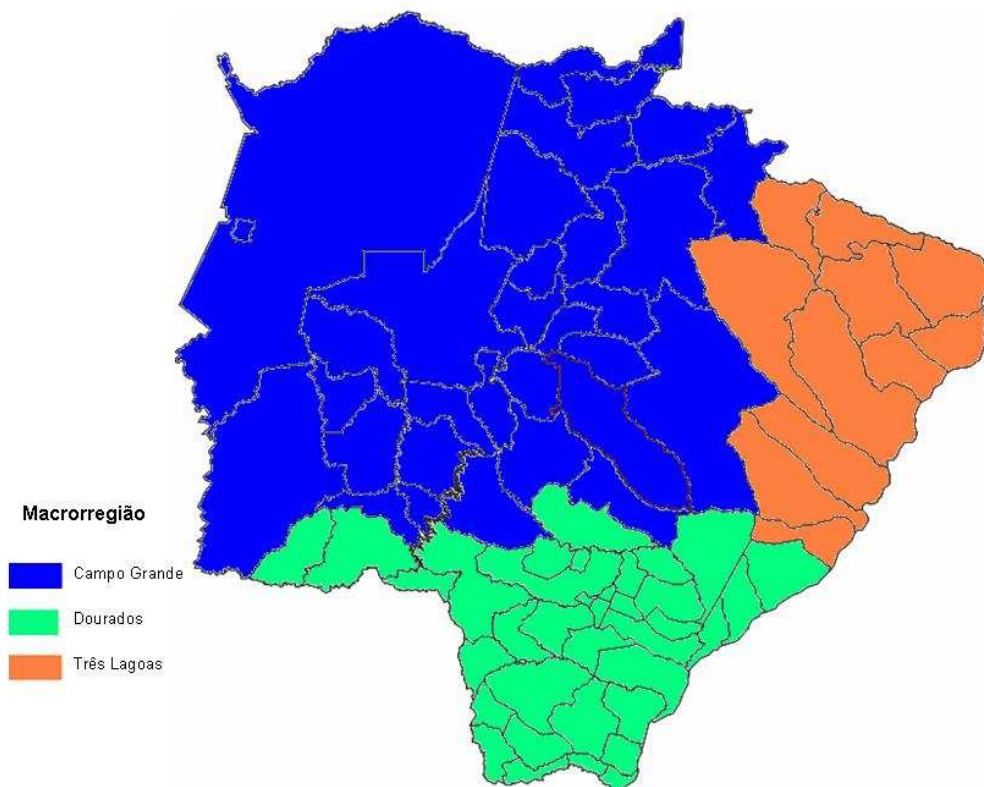
O conhecimento é sem dúvida a melhor forma para se planejar e avaliar as atividades realizadas, além de fortalecer planos de ações que visem à implantação e implementação de Políticas Públicas, para tanto se ressalta a importância da necessidade da manutenção da produção científica que gerem conhecimento na área das violências e acidentes.

ANEXO I

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – MATO GROSSO DO SUL DIVISÃO POR MICRORREGIÕES



ANEXO II

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – MATO GROSSO DO SUL
DIVISÃO POR MACRORREGIÕES

Anexo III – Matriz de Correlações

		tx_mort_cext_20a59_2004a2007
IDHM 1991	Correlação	-0,120
	p-valor	0,299
	N	77
IDHM 2000	Correlação	-0,241
	p-valor	0,035
	N	77
Proporção alfabetizados censo	Correlação	-0,500
	p-valor	0,000
	N	77
Proporção analfabetos censo	Correlação	0,500
	p-valor	0,000
	N	77
Proporção pessoas ate1salario mínimo censo	Correlação	0,190
	p-valor	0,097
	N	77
Proporção pessoas casadas	Correlação	-0,142
	p-valor	0,216
	N	78
Proporção empregados censo	Correlação	-0,035
	p-valor	0,761
	N	77
Proporção escolaridade ate 3 anos	Correlação	0,284
	p-valor	0,012
	N	78
Proporção pessoas sexo feminino	Correlação	0,043
	p-valor	0,710
	N	78
Proporção pessoas indígenas	Correlação	0,512
	p-valor	0,000
	N	78
Proporção pessoas sexo masculino	Correlação	-0,043
	p-valor	0,711
	N	78
Proporção pessoas pardas	Correlação	-0,217
	p-valor	0,056
	N	78
Proporção população rural censo	Correlação	0,057
	p-valor	0,623
	N	77
Proporção população urbana censo	Correlação	-0,057
	p-valor	0,623
	N	77
Proporção solteiros	Correlação	0,139
	p-valor	0,224
	N	78
Proporção trabalhadores domésticos censo	Correlação	-0,075
	p-valor	0,516
	N	77

* Correlação é significativa ao nível de 0,05.

** Correlação é significativa ao nível de 0,01