

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Padrões de mudanças na saúde do homem a partir de indicadores demográficos e epidemiológicos

Patterns of changes in men's health from demographic indicators and epidemiologic

Patrones de cambios en la salud de los hombres de indicadores demográfica y epidemiológica

Vanessa Cruz Santos ¹, Mayra Gomes Santos ², Alba Benemerita Alves Vilela ³, Adriana Alves Nery ⁴, Cezar Augusto Casotti ⁵, Eduardo Nagib Boery ⁶

ABSTRACT

Objective: to analyze patterns of change on human health in the period 2006 to 2010 through demographic and epidemiological indicators. **Method:** an epidemiological study, descriptive subsidized on data from the Department of Computer Science of SUS (DATASUS) of the Ministry of Health, Brazilian Institute of Geography and Statistics and Integrated System of Penitentiary Information, in the period 2006 to 2010. For the tables and data analysis tools developed by DATASUS were used - TabWin and TabNet, besides the program Microsoft Office Excel 2007. **Results:** among the indicators of morbidity and mortality, the result from external causes in all kinds were growing in the studied years and higher in males population compared to female. **Conclusion:** the health problems most prevalent in the male population are preventable, then, health education can contribute in changing the behavioral and cultural profile of this population, which has negative consequences to their health. **Descriptors:** Epidemiology, Health policy, Gender and health, Men's health.

RESUMO

Objetivo: analisar padrões de mudanças na saúde do homem no período de 2006 a 2010 por meio dos indicadores demográficos e epidemiológicos. **Método:** estudo epidemiológico, descritivo, subsidiado em dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Sistema Integrado de Informações Penitenciárias, referentes ao período de 2006 a 2010. Para a tabulação e análise dos dados, foram utilizadas ferramentas desenvolvidas pelo DATASUS - TabWin e TabNet, além do programa Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** entre os indicadores de morbimortalidade, os decorrentes de causas externas, em todos os tipos, foram crescentes nos anos estudados e mais elevados na população masculina em relação à feminina. **Conclusão:** os agravos de saúde mais recorrentes na população masculina são preveníveis, logo, a educação em saúde poderá contribuir na alteração do perfil comportamental e cultural dessa população quem, por sua vez, acarreta consequências negativas à sua saúde. **Descritores:** Epidemiologia, Política de saúde, Gênero e saúde, Saúde do homem.

RESUMEN

Objetivo: analizar los modelos de cambio en la salud humana en el período 2006-2010 a través de indicadores demográficos y epidemiológicos. **Método:** estudio epidemiológico, descriptivo, subsidiado en datos del Departamento de Informática del SUS (DATASUS) del Ministerio de la Salud, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y Sistema Integrado de Informaciones Penitenciarias, referentes al período de 2006 a 2010. Para las tablas y análisis de los datos fueron utilizadas herramientas desarrolladas por el DATASUS - TabWin y TabNet, del programa Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** entre los indicadores de morbilidad y mortalidad, los decorrentes de causas externas, en todos los tipos, fueron crecientes en los años estudiados y más elevados en la población masculina en relación a la femenina. **Conclusión:** los problemas de salud más prevalentes en la población masculina, son prevenibles, por lo que la educación en salud, puede contribuir para cambiar el perfil conductual y cultural de esta población, que a su vez tiene consecuencias negativas para su salud. **Descriptor:** Epidemiología, Política de la salud, Género y salud, Salud de los hombres.

1 Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: vanessacruz@hotmail.com 2 Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: mayragomesds@hotmail.com 3 Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: albavilela@gmail.com 4 Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: aanery@gmail.com 5 Cirurgião Dentista, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br 6 Enfermeiro, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: eboery@ig.com.br.br

INTRODUÇÃO

A temática sobre a situação de saúde do homem tem alcançado destaque no Brasil, principalmente devido aos elevados índices de morbimortalidade decorrentes de causas externas que afetam esse grupo, bem como a sua baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde, que poderia ao menos minimizar esse agravante, considerado como complexo problema de saúde pública.

Os indicadores de morbimortalidade podem oferecer uma visão ampliada do processo de adoecimento e de vulnerabilidade a agravos à saúde da população masculina, com o objetivo de refletir sobre o comportamento e vida social dessa população, assim como identificar dados epidemiológicos que ilustrem os problemas mais prementes em sua saúde. Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem estão norteados em três eixos: violência, tendência à exposição a riscos e saúde sexual e reprodutiva. ¹

Nesta perspectiva, a partir de resultados de estudos sobre a saúde do homem, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), reconhecendo as especificidades no processo saúde-doença associadas a este gênero, destacando a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como evidenciando os indicadores de saúde do homem e apontando princípios que visem o aumento da expectativa de vida e diminuição dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis e preveníveis. ^{2, 3}

A PNAISH visa reverter o quadro que compromete a saúde do homem, sendo criada com a finalidade de promover ações que possam sensibilizar os homens para o reconhecimento de suas condições sociais e de saúde, desenvolvendo práticas cotidianas de prevenção e cuidados. ⁴ Porém, verifica-se que o não reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos próprios serviços de saúde pode propiciar dificuldades em incorporar esses sujeitos como protagonistas de seus cuidados. ⁵

Diante deste contexto, torna-se relevante este estudo, pois é necessária que seja abordada a situação de saúde de homens no Brasil, uma vez que são verificados maiores coeficientes, por exemplo, de morbimortalidade em relação aos femininos e sabe-se que esses estão associados a diversas causas, como o comportamento de risco que ocorre, em sua maioria, devido a uma cultura de imposição social arraigada por uma masculinidade hegemônica.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão fornecer subsídios capazes de contribuir para estratégias e ações de saúde que são norteadas a partir das diretrizes e normas da PNAISH, uma vez que, por meio de indicadores de saúde, será possível identificar as demandas da população masculina.

Para isso, o estudo tem como objetivo analisar padrões de mudanças na saúde do homem no período de 2006 a 2010 através dos indicadores demográficos e epidemiológicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, que utilizou dados secundários de indicadores empregados como parâmetro de diagnóstico da saúde do homem para criação da PNAISH, a saber: indicadores demográficos e de morbimortalidade.

Foram incluídos dados de mortalidade registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), classificados conforme 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), compreendendo as categorias de Causas Externas (CID 10 - Cap. XX); os Tumores (CID10 - Cap. II); outras causas de mortalidade- as Doenças do Aparelho Circulatório (CID10 - Cap. IX); as Doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 - Cap. XI) e as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 - Cap. X).

O grupo populacional estudado foi o adulto, composto por indivíduos com idade de 25 a 59 anos, em região nacional. O recorte temporal utilizado foi de 2006 e 2010, pois corresponde a um período entorno à implantação da PNAISH, sendo o último ano 2010, por ser o de abrangência até o momento no DATASUS.

Os dados foram obtidos por via eletrônica, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen); sendo a coleta realizada nos meses de abril e maio de 2013.

Para a tabulação dos dados e análise descritiva, foram utilizadas ferramentas de tabulação desenvolvidas pelo DATASUS - TabWin e TabNet - que objetivam prover a necessidade de gestores, estudiosos e público interessado da área da saúde em obter e analisar, com rapidez e objetividade, os dados dos sistemas de informações do SUS. Esses tabuladores possibilitam a visualização e a avaliação espacial da informação, sendo um recurso valioso de apoio a políticas e ações de saúde.⁶ Para a construção das tabelas, utilizou-se também o programa Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade nos últimos anos e os dados dos sistemas de informações epidemiológicas tornam possível a delimitação de um cenário que contribui para a construção de ações, estratégias e políticas voltadas para a saúde do homem.³ O diagnóstico sobre a situação da saúde de homens, por meio dos dados

epidemiológicos, sinaliza a necessidade de ações urgentes no enfrentamento de altos índices de morbimortalidade da população masculina.¹

De acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁷, o total da população residente do Brasil, em 2006, segundo sexo, era da ordem de 186.770.560, sendo 50,85% de população feminina (94.954.834) e 49,15% de população masculina (91.815.726). Esses números foram crescendo progressivamente no decorrer dos anos. Em 2010, aumentaram para 190.755.799, sendo 51,3% de população feminina (97.348.809) e de 48,7% população masculina (93.406.990). Apesar do aumento da população total em 3.985.239 habitantes, a população masculina decresceu 0,45% enquanto que a feminina cresceu 0,5.

O aumento e/ou diminuição do percentual da população masculina em relação à feminina pode estar associado, entre vários fatores, aos indicadores de natalidade e mortalidade, porém, não foi possível identificar esta associação, pois estes não constam estratificados por sexo nos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos e Mortalidade. Todavia, verificou-se que os homens vivem menos que as mulheres, este dado pôde ser comprovado a partir da taxa de população idosa segundo o sexo.

Em um estudo realizado por profissionais de saúde foi identificado que o homem tem como singularidade a busca por atenção à saúde apenas em serviços especializados e que desconsidera as atividades de prevenção e promoção à saúde.⁸ Constatou-se que as mulheres se cuidam mais do que os homens.

A adolescência e a velhice são etapas do ciclo de vida que maximizam a vulnerabilidade masculina, requerendo o seu expresso reconhecimento. Na adolescência, a crença na invulnerabilidade por parte dos homens é exacerbada, o que os torna vulneráveis a agravos evitáveis por meio da não adoção de práticas preventivas, seja em relação a uma concepção não desejada e ao risco de infecção pelo HIV/AIDS, por exemplo, ou por meio do uso abusivo de álcool e outras drogas e do envolvimento com cenários de violência, que reafirmam sua posição social viril.¹

Em se tratando da adolescência,⁹ informam que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) ampliou o limite superior da faixa etária da população a ser contemplada pelas suas ações programáticas, anteriormente definidas como dos 10 aos 19 anos, passando a ser proposta como o grupo etário dos 10 aos 24 anos. Com isso, uma parcela da população fora da faixa etária considerada como pertinente à adolescência - a qual se encerra aos 19 anos - é compreendida em uma transitoriedade da adolescência para a vida adulta num *continuum* vivenciado como juventude.

Desta forma, considera-se que a PNAISAJ poderia ser um suporte fundamental para ao menos reduzir a vulnerabilidade masculina entre a faixa etária que antecede a atendida pela PNAISH, entretanto, esta política ainda não foi implantada, o que pode está associado à continuação da vulnerabilidade masculina na vida adulta, que por vez tem como consequência a elevação dos índices de morbimortalidade.

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde evidencia a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; no que se refere à esperança de vida ao nascer e, em outras idades, os índices também são sempre menores entre os homens.

Em 2006, o número de idosos era de 16.943.274, sendo 55,23% de população feminina (9.358.466) e 46,77% de população masculina (7.584.808). Até 2010, o número de idosos de ambos os sexos se elevou, chegando a 20.590.599 em 2010, desses, 55,53% são mulheres (11.434.487) e 44,47% são homens (9.156.112). A população de idosos cresceu 3.647.325, porém, enquanto o número de idosos do sexo feminino aumentou 0,3%, o do sexo masculino diminuiu 2,3%.

Em relação ao processo de envelhecimento populacional do homem, constatou-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta e constantemente menor do que a observada no sexo feminino; como decorrência, atualmente, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil.¹⁰

Vários são os fatores relacionados a estes indicadores, entre eles, a violência que é um fenômeno multicausal, complexo e difícil de ser minimizado, por ter raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos, entre outros.

No estudo de Schraiber et al.¹¹ sobre homens, masculinidade e violência, realizado em serviços de atenção primária à saúde, foi avaliado a violência não fatal sofrida e perpetuada por homens, considerando simultaneamente as relações de conjugalidade ou parceria e outras do espaço privado e público. A partir dessa avaliação, foram apresentadas altas taxas de violência na população pesquisada e que o contingente volumoso de usuários no interior dos serviços de saúde, em particular nos de atenção primária, constituem-se em casos de violência sofrida ou casos de homens agressores.

Devido aos homens estarem mais envolvidos em causas de violência, nota-se um número mais elevado e crescente de indivíduos desse grupo que se encontram privados de liberdade.

Em 2006, conforme Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen),¹² o número de indivíduos privados de liberdade seja em Regime Fechado, Regime Semi-Aberto, Regime Aberto, Provisório, por Medida de Segurança para tratamento ou internação e presos da Secretaria de Segurança Pública era de 401.236, destes, 94,25% era do sexo masculino (378.171). Em todos os seguimentos, no decorrer dos anos de 2006 a 2012, esses números foram aumentando e a maioria continuava sendo do sexo masculino. Em junho de 2012, verificou-se que, neste período, os números elevaram-se para 112.242 e o número de indivíduos privados de liberdade passou a ser 549.557, sendo 93,43% de homens (513.478), isto é, apesar do percentual ter diminuído, o número se elevou.

Embora não existam informações sistematizadas sobre a morbimortalidade nos ambientes prisionais, a atenção para doenças e agravos nesse contexto deve primar pelo fomento a estudos que venham a evidenciar as condições de saúde da população privada de liberdade.¹

Em uma perspectiva mais ampla, no que se refere à violência, esta deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber, acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios.¹

A taxa de mortalidade masculina é maior que a feminina para todos os tipos de violência. Os óbitos masculinos por causas externas, entre a faixa etária de 25 a 59 anos, no período de 2006-2010, aumentaram progressivamente chegando ao número de 66.808 no

ano de 2010. Quanto ao tipo de violência, os homicídios sobressaíram aos demais, (de 25.191 para 27.223) neste período e, apesar da Taxa de Mortalidade para 100.000.00 habitantes (TME) ter reduzido (de 62,6 para 62,3), os números continuam elevados, conforme tabela 1.

Tabela 1. Número de óbitos e taxa de mortalidade específica por algumas causas externas no Brasil, segundo tipo, ano e sexo, entre faixa etária de 25 a 59 anos, no período de 2006-2010.

Tipo	2006		2007		2008		2009		2010	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Óbitos p/acidentes de transporte	18.100	3.189	18.867	3.248	18.967	3.378	19.003	3.369	21.688	3.895
TME p/acidentes de transporte	45,0	7,4	45,4	7,4	45,0	7,6	44,1	7,4	49,6	8,4
Óbitos p/homicídios	25.191	2.268	24.670	2.165	25.933	2.300	26.779	2.455	27.223	2.570
TME p/homicídios	62,6	5,3	59,3	4,9	61,6	5,2	62,2	5,4	62,3	5,6
Óbitos p/suicídios	4.475	1.134	4.544	1.236	4.784	1.253	5.019	1.217	4.863	1.375
TME p/suicídios	11,1	2,6	10,9	2,8	11,4	2,8	11,7	2,7	11,1	3,0
Óbitos p/event.intenção indeterminada	3.659	637	4.663	764	5.105	810	5.545	902	3.879	674
TME p/event.intenção indeterminada	9,1	1,5	11,2	1,7	12,1	1,8	12,9	2,0	8,9	1,5
Óbitos p/demais causas externas	8.494	1.234	8.529	1.270	8.589	1.293	8.835	1.302	9.155	1.478
TME p/demais causas externas	21,1	2,9	20,5	2,9	20,4	2,9	20,5	2,9	21,0	3,2
Total de óbitos	59.919	8.462	61.273	8.683	63.378	9.034	65.181	9.245	66.808	9.992
Total de óbitos por TME	149,0	19,7	147,4	19,7	150,4	20,3	151,4	20,3	152,9	21,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS-SIM.

*TME- Taxa de Mortalidade para 100.000.00 habitantes.

O quantitativo elevado de homens que morrem em decorrência de causas externas, principalmente por homicídios, continua sendo um dos principais motivos que devem ser priorizados na atenção à saúde do homem e, em especial aqueles grupos que são mais acometidos como ¹³ os negros, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional. Inquieta mais ainda, a tendência crescente dessa mortalidade seletiva: uma associação inaceitável e crescente entre homicídios e cor da pele das vítimas.

Conforme a taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório entre a faixa-etária de 25-59, constatou-se que os homens são mais atingidos em relação às mulheres. De 2006 para 2010, o aumento de óbitos foi de 40.411 para 41.819, com redução da TME de 127,0 para 118,7. Os óbitos por doenças isquêmicas do coração elevaram-se de

15.961 para 17.216, com diminuição da TEM de 50,1 para 48,9. Os óbitos por doenças cerebrovasculares diminuíram de 10.508 para 10.095, com redução da TME de 33,0 para 28,7.

Informações sobre a doença cardiovascular demonstram que este agravo acomete mais homens que mulheres, possuem prevalência e projeções de aumento em um futuro próximo, inclusive com aspectos de epidemia, somadas às características incapacitantes em idade produtiva.¹⁴

A maior incidência de mortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório ocorreu nos últimos anos, como era de se esperar, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, os óbitos por causas cardiovasculares ocorreram na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8%, o que é um percentual bastante expressivo. Ao se assinalar este fato, há de se lamentar que se percam anualmente várias vidas, sendo que a maioria desses óbitos poderiam ser evitados se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.¹

No que tange ao quantitativo de óbitos por doenças do aparelho circulatório, esses indicadores têm se elevado e, apesar da TME ter reduzido, trata-se do segundo problema de saúde que mais ceifa a vida de homens brasileiros, sendo inferiores apenas às causas externas.

A taxa de mortalidade por infecções respiratórias agudas também merece atenção especial na população masculina uma vez que esta também se elevou em números (de 4.934 para 6.223), assim como pela TME (de 10,1 para 11,9).

Alguns tumores têm ocorrido mais na população masculina, a exemplo das neoplasias malignas. Em relação à faixa etária de 30 a 59 anos, no período de 2006-2010, verifica-se aumento do número de óbitos decorrentes destas neoplasias em todos os tipos disponíveis no DATASUS, entretanto, os que mais provocaram óbitos de homens e os que mais se elevaram foram o de pulmão, traquéia e brônquios (de 3.178 para 3.373), seguido do de estômago (de 2.116 para 2.457), ver tabela 2.

Tabela 2. Número de óbitos e taxa de mortalidade específica por algumas neoplasias malignas no Brasil, segundo tipo, ano e sexo, entre faixa etária de 30 a 59 anos, no período de 2006-2010.

Tipo	2006		2007		2008		2009		2010	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Óbitos p/neoplasia de pulmão traquio brônquica	3.178	2.128	3.261	2.160	3.295	2.252	3.387	2.394	3.373	2.435
TME p/neoplasia de pulmão traquio brônquica	10,0	6,2	9,9	6,1	9,8	6,3	9,9	6,5	9,6	6,5
Óbitos p/neoplasia de próstata	584	N/A	596	N/A	620	N/A	576	N/A	632	N/A
TME p/neoplasia de próstata	1,8	N/A	1,8	N/A	1,9	N/A	1,7	N/A	1,8	N/A
Óbitos p/neoplasia de estômago	2.418	1.259	2.454	1.283	2.317	1.333	2.460	1.275	2.499	1.383
TME p/neoplasia de estômago	7,6	3,7	7,4	3,6	6,9	3,7	7,2	3,5	7,1	3,7

Óbitos p/neoplasia de esôfago	2.116	393	2.257	422	2.337	416	2.370	466	2.457	428
TME p/neoplasia de esôfago	6,6	1,1	6,8	1,2	7,0	1,2	6,9	1,3	7,0	1,1
Óbitos p/neoplasia de cólon reto ânus	1.532	1.586	1.573	1.782	1.701	1.822	1.738	1.968	1.872	1.941
TME p/neoplasia de cólon reto ânus	4,8	4,6	4,8	5,0	5,1	5,1	5,1	5,4	5,3	5,2
Óbitos p/neoplasia de demais localizações	14.133	11.199	14.528	11.406	14.896	11.792	15.366	12.248	15.825	12.513
TME p/neoplasia de mais localizações	44,4	32,6	44,0	32,2	44,5	32,9	44,9	33,4	44,9	33,2
Total de óbitos	23.961	16.565	24.669	17.053	25.166	17.615	25.897	18.351	26.658	10.833
Total de óbitos por TME	75,3	48,2	74,7	48,1	75,2	52,2	75,6	50,1	75,7	49,7

*N/A- Não se aplica.

* No total de óbitos foi excluída a neoplasia de próstata.

Em síntese, comprovou-se que o maior percentual de óbitos ocorridos na população masculina, com faixa-etária equivalente ou em torno de 25 a 29 anos, que se trata da população assistida pela PNAISH, foi devido às Causas Externas (CID 10 - Cap. XX); seguidos das Doenças do Aparelho Circulatório (CID10 - Cap. IX); os Tumores (CID 10 - Cap. II); as Doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 - Cap. XI) e as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 - Cap. X).

Embora não exista grande diferença nos coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas, é preciso destacar que, entre os homens, predominam os cânceres de pulmão, depois os de próstata e o de estômago. A análise de séries históricas de mortalidade no Brasil mostra claramente a importância crescente do câncer de próstata que já suplanta a neoplasia maligna de estômago há alguns anos.¹⁰

No que diz respeito aos indicadores de morbidade, confirmou-se que as causas externas têm sido uma das primeiras causas de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a faixa etária entre 25 a 59 anos e que o número de homens é maior em relação às mulheres. A partir do recorte temporal (2006-2010), verificou-se elevação, principalmente, de internação de homens por acidentes de transportes (de 50.882 para 70.946), sobressaindo o quantitativo de mulheres. A taxa de internação para cada 100.000 habitantes também aumentou significativamente para este tipo de internação (de 12,65 para 16,24). Ver tabela 3.

Tabela 3. Número e taxa de internação hospitalar (SUS) por algumas causas externas no Brasil, segundo tipo, ano e sexo, entre faixa etária de 25 a 59 anos, no período de 2006-2010.

Tipo	2006		2007		2008		2009		2010	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Internação por lesões autoprovocadas	3.753	2.033	3.902	2.189	3.048	1.808	3.740	2.062	3.388	1.972
TXI por lesões autoprovocadas	0,93	0,47	0,94	0,50	0,72	0,41	0,87	0,45	0,78	0,43
Internação por agressões	20.495	3.672	20.118	3.989	14.182	2.526	18.541	3.349	22.292	4.196
TXI por agressões	5,10	0,86	4,84	0,91	3,37	0,57	4,31	0,73	5,10	0,91
Internação por acidente de transporte	50.882	12.478	51.251	12.254	43.662	10.187	57.103	14.111	70.946	17.006
TXI por acidente de transporte	12,65	2,91	12,33	2,78	10,36	2,28	13,26	3,10	16,24	3,67
Internação por outras causas externas	92.995	33.458	103.175	37.487	112.981	40.704	133.623	47.339	123.931	43.187
TXI por outras causas externas	23,12	7,81	24,82	8,51	26,82	9,12	31,04	10,39	28,36	9,33
Total de internações	168,125	51,641	178,446	55,919	173,873	55,225	213,007	668,861	223,945	66,361
Total de internações por TXI	41,8	12,05	42,93	12,7	41,27	12,38	49,48	14,67	50,48	14,34

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

* Txi- taxa de internação para cada 100.000 habitantes.

No ano de 2008, notou-se redução em quase todos os tipos de internação, como por exemplo, naquelas referentes às causas externas, entretanto, essa redução ocorreu em razão de um menor registro de internações e devido à implantação da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Órtese/Prótese e Materiais Especiais do SUS. Este fato interferiu na análise dos dados, pois os números encontrados podem ser mais inferiores que os reais.

O número de internações por doença isquêmica do coração em homens com idade entre 30-59 anos (de 2006 para 2010) aumentou de 57.707 para 60.642. O que aconteceu também com os números referentes por pneumonia, de 61.981 para 69.747.

Pode-se ressaltar como outro fator limitante na análise dos indicadores de morbidade o fato das internações se referirem apenas as pelo SUS, não incluindo serviços privados, o que pode subestimar o dado para um valor menor.³

Para se analisar as condições de saúde do homem no Brasil, outros indicadores relevantes são os relacionados aos fatores de risco e proteção para a prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas- um dos fatores que está associado às altas taxas de morbimortalidade por violência e pela frequência de fumantes na atualidade.

A partir da análise temporal, constatou-se um crescimento dos coeficientes de prevalência do consumo abusivo de álcool, na população masculina, registrando coeficientes de 28,5/100.000 (ano de 2006) a 30,2/100.000 habitantes (ano de 2010). Para a prevalência de fumantes atuais, houve redução registrando coeficientes de 21,6/100.000 (ano de 2006) a 20,4/100.000 habitantes (ano de 2010). Todos esses indicadores têm índice de confiança IC (95%), ver tabela 4.

Tabela 4. Prevalência do consumo abusivo álcool e fumantes atuais no Brasil, segundo ano e sexo, entre faixa etária de 25 a 54 anos, no período de 2006-2010.

Consumo abusivo álcool						
Ano	Masculino	IC _{95%}	Feminino	IC _{95%}	Total %	IC _{95%}
	%		%			
2006	28,5	(26,9-30,1)	9,5	(8,6-10,3)	18,4	(17,5-19,3)
2007	28,6	(27,0-30,3)	9,6	(8,7-10,4)	18,5	(17,6-19,4)
2008	30,0	(28,2-31,7)	10,6	(9,7-11,5)	19,6	(18,7-20,6)
2009	31,2	(29,4-33,0)	11,5	(10,5-12,4)	20,7	(19,7-21,7)
2010	30,2	(28,3-32,0)	11,5	(10,5-12,5)	20,2	(19,2-21,3)
Fumantes atuais						
2006	21,6	(20,1-23,1)	14,6	(13,6-15,7)	17,9	(17,0-18,8)
2007	21,7	(20,1-23,3)	14,2	(13,2-15,2)	17,7	(16,7-18,6)
2008	20,1	(18,4-21,8)	14,0	(12,9-15,1)	16,9	(15,8-17,9)
2009	19,6	(17,9-21,3)	13,9	(12,6-15,2)	16,6	(15,5-17,6)
2010	20,4	(18,3-22,4)	13,7	(12,4-15,0)	16,8	(15,6-18,0)

Fonte: MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013.

* IC- Índice de Confiança.

Nota-se, a partir dos coeficientes, que apesar da prevalência do consumo abusivo de álcool ter sido elevada em ambos os sexos, foi maior para o masculino. Em se tratando da prevalência de fumantes atuais, esta diminuiu entre o período e faixa etária analisados, continuando maior também para a população masculina.

Um indicador importante para se avaliar o problema do abuso do álcool é a medida do efeito do alcoolismo sobre a saúde, visto por meio da frequência da psicose alcoólica e da síndrome da dependência do álcool, dentre os transtornos mentais, e da cirrose hepática. Tem sido usual avaliar este impacto por meio da mortalidade e da morbidade hospitalar. Comparado com outros diagnósticos, mostra que somente as violências apresentam diferenciais entre os sexos mais elevados, quer os de mortalidade ou os de morbidade.¹⁰

Destarte que Schwarz et al.³ ressaltam que os homens ao serem estudados quanto ao comportamento de risco refletem características de determinada população de uma dada região e isso deve ser levado em consideração no momento da análise.

Outros indicadores utilizados para elaboração da PNAISH e que devem ser avaliados são os índices de pessoa com deficiência. Os resultados do Censo Demográfico de 2000 apontaram que 24,6 milhões de brasileiros declararam ter algum tipo de deficiência (14,5% da população total). São pessoas com alguma dificuldade, com grande dificuldade ou com incapacidade de enxergar, de ouvir, de locomover-se ou com deficiência mental. Do total de pessoas com deficiência 46,42%, uma minoria representa a população masculina (11.420.544).

Os resultados do Censo Demográfico 2010 apontaram 45.606.048 milhões de pessoas que declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 23,9% da população brasileira. Dessas, a maioria 26,5%, são do sexo feminino (25.800.681) e 21,2% do sexo masculino (19.805.367). A deficiência mental ou intelectual exerceu uma maior prevalência na população masculina representando 1,5% e, para a feminina, o equivalente a 1,2%. Assim como, a deficiência auditiva que foi declarada por 5,3% da população masculina e por 4,9% da feminina.

A predominância de deficiência mental ou intelectual e auditiva na população masculina é compatível com o tipo de atividade desenvolvida pelos homens e com o risco de acidentes de várias causas. ¹ Nota-se então, que as condições de trabalho continuam influenciando negativamente na saúde do homem visto que os resultados de 2010 comprovam este aumento.

Outro eixo que está entre os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem é o de riscos e saúde sexual e reprodutiva, que também foi utilizado como parâmetro para construção da PNAISH. Logo, conforme Brasil ¹, faz-se necessário superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres, assegurando aos homens o direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos. Por isso, devem ser disponibilizadas informações, métodos contraceptivos e preservativos para contracepção e planejamento familiar e o acesso deve ser facilitado aos adolescentes e jovens.

Em um estudo sobre as necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a saúde da família, verificou-se que, ao analisar os artigos encontrados referentes à saúde do homem, todos os textos abordavam as necessidades da população masculina mediante uma perspectiva coletiva - como necessidade de atenção à saúde.¹⁵

CONCLUSÃO

Com base nos resultados, nota-se que mesmo que a mortalidade específica de óbitos por 100.000 habitantes tenha reduzido de 2006 para 2010 para alguns indicadores, percebe-se que à medida que a população aumenta, determinados indicadores epidemiológicos elevam-se em níveis numéricos, merecendo atenção para esse aumento progressivo uma vez que não deve ser justificado meramente a partir do aumento da população.

Apesar da PNAISH ter sido criada com o objetivo de reduzir os índices de morbimortalidade masculina, percebeu-se que esta ainda se encontra em vias de efetivação, pois devido a vários entraves, principalmente no que se refere a prevenção de fatores de risco da população masculina, esses índices têm se elevado progressivamente.

Além do que, mesmo esta política abordando que a população masculina jovem e idosa está mais vulnerável, abrange a faixa etária adulta de 25 a 59 anos, não acompanhando as pessoas idosas, bem como os adolescentes e jovens adultos de faixa

etária entre 12 a 24 anos dentro de suas especificidades, que se encontram desassistidos de políticas públicas específicas, diante da evidência de não implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ.

A incompletude de alguns dados estratificados por sexo e faixa etária no DATASUS limitou a análise dos indicadores que foram utilizados como diagnóstico da situação de saúde do homem para elaboração da PNAISH. Esses poderiam ser relevantes para a criação e/ou implementação das ações programáticas, que contribuiria para a promoção da saúde da população masculina, assim como a prevenção de agravos e reabilitação daqueles que já sofreram danos à saúde, ou seja, o que se propõe a PNAISH.

Por meio dos indicadores avaliados, constatou-se que os agravos de saúde mais recorrentes na população masculina são preveníveis, logo, a partir da implementação das ações propostas pela PNAISH como a educação em saúde, será possível modificar o perfil comportamental e cultural dessa população que, por vez, acarreta consequências negativas a sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de atenção à saúde. SVS/DAPE. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: MS; 2008. [site da internet]. [acesso em 13 de jun 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf
2. Moura ECD, Lima AMP, Urdaneta M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2012, 17 (10). [site da internet]. [acesso em 13 de jun 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000009&lng=en&nrm=iso
3. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev. Saúde Pública. São Paulo 2012; 46 (supl.1). [site da internet]. [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. 2009. [site da internet]. [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
5. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebellol L EFS, Coutoll MT, Schraiber LB. Os homens não vem! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primaria. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2011; 16 (supl. 1): 983-992. [site da internet]. [acesso 25 maio 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700030&script=sci_arttext
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2011. IDB-2011. [site da internet]. [acesso 13 jun 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>

7. IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil - 2010. Ed. Rio de Janeiro, IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009, pp 1-152.
8. Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF, Holanda CSM, Carvalho JBL. Access of the male population to the health services: perception of the family health strategy professionals. J. res.: fundam. care. online 2013.out./dez. 5(4):475-84. [site da internet]. [acesso 22 jun 2013]. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2744/pdf_911
9. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro 2013; 18 (3). [site da internet]. [acesso 22 jun 2013]. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800020&lng=en&nrm=iso
10. Laurenti R, Jorge MHPDM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2005; 10 (1). [site da internet]. [acesso 16 jun 2013]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100010&lng=pt&nrm=iso
11. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT; Figueiredo WS; Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Rev. bras. epidemiol. São Paulo. Dec. 2012; 15 (4). [site da internet]. [acesso 13 jun 2013]. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400011
12. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Sistema prisional. Informações Info-pen estatística. 2013. [site da internet]. [acesso 22 jun 2013]. Disponível em:
<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=NN&Langl>
13. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2012. [site da internet]. [acesso em jun 2013]. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_cor.pdf
14. Chagas ACP, Zilli EC, Ferreira JFM, Moretti MA, Ramos RF. Saúde cardiovascular do homem brasileiro: visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo 2009; 93 (6). [site da internet]. [acesso 20 jun 2013]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009001200004&lng=en&nrm=iso
15. Castro CO, Tocantins FR. Necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a saúde da família. R. pesq.: cuid. fundam. Online. v 2,(Ed. Supl.), p. 813-816, 2010.[site da internet]. [acesso em jun 2013].
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1141>

Recebido em: 15/02/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 29/10/2014
Publicado em: 01/04/2015

Endereço de contato dos autores:
Vanessa Cruz Santos
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Rua José Moreira
Sobrinho, s/n, Jequiezinho - 45206-190 - Jequié, BA.
E-mail: ppesiq@uesb.edu.br