



IMPACTOS DAS CAUSAS EXTERNAS NA MORBIMORTALIDADE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

¹Jax Nildo Aragão Pinto

²Edcarlos Vasconcelos da Silva

³Wagner Marcelo Sousa Vinhote

⁴Juliana Valentim Chaiblich

Resumo: O objetivo do artigo é problematizar apontamentos os impactos das causas externas na morbimortalidade no Brasil, bem como estabelecer a relação com as mudanças demográficas e epidemiológicas percebidas na sociedade brasileira. A metodologia utilizada baseou-se em levantamentos bibliográficos, refletidos à luz de estudos do campo da saúde pública. As considerações evidenciam que os impactos das causas externas na constituição dos índices de morbimortalidade no Brasil refletem: i) as diferenças e desigualdades regionais; ii) que impactam na criação e efetivação de políticas públicas; iii) ligadas em maior ou menor grau aos interesses políticos regionais e de recursos econômicos para investimentos; iv) influenciadas pelas condições de vida dos jovens (15-34) que são os mais atingidos pelas mortes por causas externas. Desta feita, há evidências de pesquisas que indicam poucas ações efetivas no sentido de enfrentar o aumento de morbimortalidade das causas externas no Brasil, que atingem principalmente os homens, evocando a necessidade de políticas de saúde integrativas a outras políticas, tanto no campo econômico, de geração de emprego e renda, como também no campo educacional.

Palavras-chave: Causas externas. Morbimortalidade. Transição epidemiológica.

Abstract: The objective of the article is to problematize notes on the impacts of external causes on morbidity and mortality in Brazil, as well as to establish the relationship with the demographic and epidemiological changes perceived in Brazilian society. The methodology used was based on bibliographic surveys, reflected in the light of studies in the field of public health. The considerations show that the impacts of external causes on the constitution of morbidity and mortality rates in Brazil reflect: i) regional differences and inequalities; ii) that impact on the creation and implementation of public policies; iii) linked to a greater or lesser degree to regional political interests and economic resources for investments; iv) influenced by the living conditions of young people (15-34) who are the most affected by deaths from external causes. This time, there is evidence of research that indicates few effective actions to face the increase in morbidity and mortality from external causes in Brazil, which affect mainly men, evoking the need for health policies that are integrated with other policies, both in the economic, generation of jobs and income, as well as in the educational field.

Keywords: External causes. Morbidity and mortality. Epimyologia transition.

¹ Doutor em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública (ENP) Fiocruz, prof. Adjunto da Faculdade de Comunicação do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) – Unifesspa. E-mail: jax@unifesspa.edu.br .

² Doutorando em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública (ENP) Fiocruz, prof. Assistente da Universidade Federal do Amapá. E-mail: edcarlos.vasconcellos@unifap.br

³ Doutorando em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública (ENP) Fiocruz, prof. do Instituto Federal do Pará (Marabá). E-mail: marcelo.vinhote@ifpa.edu.br

⁴ Doutoranda em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ. E-mail: julianavalentim@fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A transição demográfica no Brasil coincide com as grandes mudanças experimentadas pela sociedade brasileira no pós-guerra, especialmente em fins dos anos 40 do século XX. No conjunto das transformações cabe destacar o processo de urbanização e de industrialização, vis-à-vis, a organização do estado burocrático que vão produzir um novo discurso sobre modo de viver, bem como indicar novas perspectivas nas condições de vida e saúde. Mário Monteiro (1997) assegura que o “processo de transição demográfica no Brasil inicia-se com a queda da mortalidade na década de 1940, quando algumas causas de óbito mais facilmente evitáveis em particular, as do grupo de doenças infecciosas e parasitárias - começam a diminuir de modo acentuado”. No entanto, cabe salientar, que tais mudanças vão protagonizar avanços expressivos no que tange à mortalidade de um grupo de doenças, como bem indica Monteiro, mas vão impor novos desafios no campo da saúde pública no Brasil.

Refletindo sobre a temática de análise de situação de saúde, Bastitella (2007, p. 124) indica que “as transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde”, no entanto, não se pode afirmar que isso se constitui em uma transição epidemiológica completa e linear, como se estabelece nas discussões sobre tal temática. O autor assegura que em países em desenvolvimento ou emergentes, como o Brasil, marcado por um padrão de desenvolvimento desigual, a passagem de uma sociedade tradicional para uma sociedade moderna não garante uma transição epidemiológica linear. Portanto, conclui que: “em nosso país, segundo diversos autores (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999; Barreto & Carmo, 2000), esse processo adquiriu características de uma ‘transição incompleta’.

Borges (2017, p. 2) seguindo a mesma perspectiva teórica afirma que transição epidemiológica no Brasil não seguiu o modelo experimentado por países mais desenvolvidos, que pressupunha um processo linear. Velhos e novos problemas de saúde coexistem; apesar da predominância de doenças crônicas e degenerativas, os transmissíveis continuam a desempenhar um papel importante como causa de morbimortalidade. Assim salienta o autor:

[...] as transformações resultantes da transição da saúde são particularmente complexas em países de renda média. Na América Latina, por exemplo, as melhorias na mortalidade têm refletido avanços na tecnologia médica, avanços nos sistemas de saúde e mudanças nos estilos de vida e nas condições de vida das populações. No entanto, o perfil de saúde é muito heterogêneo, o que leva ao desenvolvimento de uma polarização epidemiológica peculiar, não só entre os países, mas também dentro deles

em diferentes áreas geográficas e entre diferentes classes sociais” (BORGES, 2017: 2)¹.

Quando se analisa, no caso Brasil, o processo de transição epidemiológica verifica-se que há graves desigualdades regionais. Borges (2017) assegura que a expectativa de vida aumentou substancialmente no Brasil desde a década de 1930, porém, tem havido desigualdades regionais persistentes, embora as tendências de longo prazo mostrem redução das diferenças. A consolidação da perspectiva de redução se vincula a manutenção da garantia dos processos democráticos e de distribuição de emprego e renda, que nas últimas décadas permitiram aumento na qualidade de vida

O objetivo do presente trabalho é apresentar dados e discussões sobre os impactos das causas externas na morbimortalidade no Brasil, bem como estabelecer a relação com as mudanças demográficas e epidemiológicas percebidas na sociedade brasileira. Desde a industrialização brasileira, acompanhada pela urbanização e com consolidação de grandes centros urbanos que vão modificar as sociabilidades, a cultura e, portanto, o modo de viver de milhões de pessoas. Paulatinamente, deixamos a vida no campo, transitando de uma sociedade essencialmente rural, como uma economia agro-exportadora, para viver nas cidades e nos grandes conglomerados urbanos. A metodologia utilizada baseou-se em levantamentos bibliográficos, refletidos à luz de estudos do campo da saúde pública.

A vida na cidade se organiza, tendo como base as novas tecnologias de transportes e comunicação que vão impactar o modo de pensar e estabelecer sociabilidades. A democratização implementada a partir dos anos 1990 e concomitante implementação do SUS, vão impactar nas condições de vida e de saúde da população, mesmo persistindo desigualdades regionais e de outra ordem (racial e de classe). A crescimento das indústrias, criará novas relações entre capital e trabalho e exigirá a produção de mais energia para sustentar as novas modalidades produtivas e a vida cidadã. Nessa perspectiva, êxodo rural no centro do capitalismo brasileiro (centro-sul) será acompanhado por fluxos migratórios em todo o país, constituindo e consolidando novas fronteiras em direção ao oeste e à Amazônia.

Portanto, a transição demográfica consolidada na década de 1960, é produto e produção das novas formas de sociabilidades constituídas no capitalismo brasileiro,

¹ transformations resulting from health transition are particularly complex in middle-income countries. In Latin America, for example, mortality improvements have been reflecting advances in medical technology, progresses in health care systems, and changes in lifestyles and living conditions of the populations. However, the health profile is very heterogeneous, which leads to the development of a peculiar epidemiologic polarization, not only among countries, but also within them in different geographic areas and among different social classes” (BORGES, 2017:2).

fortemente influenciado pela lógica global de acumulação do capital e a nova divisão do trabalho. Monteiro (1997: 190) destaca que em 1960, a taxa de fecundidade total era de 6,3 filhos por mulher; em 1980, era de 4.0; e chega, em 1990, a menos de três filhos por mulher. “Esta queda tão rápida da fecundidade - que em trinta anos reduziu-se em mais de 50% - foi conseguida pelas mulheres através da utilização de métodos anticoncepcionais, mas também pela 'esterilização' de 17% das mulheres de 15 a 49 anos”. Tais mudanças, evidentemente, têm a ver com as transformações impostas pela organização da produção e do trabalho na sociedade capitalista brasileira.

Com isso, os efeitos da queda da mortalidade e da fecundidade estão associados com a saúde da população brasileira, como assinala Monteiro (1997), por impactar a estrutura etária da população, que 'envelhece', favorecendo a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, bem como pelas repercussões que os métodos contraceptivos têm sobre a saúde da população feminina.

Assim, o processo acelerado de consolidação da ordem capitalista, o Brasil vai experimentar a partir dos 1980, os principais impactos da reorganização da vida societal, com a consolidação do processo de urbanização, na quase totalidade do território brasileiro (em torno de 82%). Mesmo em áreas de expansão da fronteira, o êxodo rural cresceu de forma acelerado, ao passo que novos núcleos urbanos e cidades são erguidas na esteira da expansão e territorialização do capital.

Desta feita, as causas externas assumem, tanto em âmbito mundial, quanto no Brasil, uma posição de destaque nas causas de morbimortalidade, principalmente nas grandes áreas urbanas, tendo como suas principais vítimas os homens jovens (15-34). A violência na sociedade e seus principais fatores de riscos são grandes desafios para as políticas públicas de saúde na atualidade. Borges (2017) assegura que:

[...] O principal fator que contribui negativamente para o aumento da expectativa de vida é a mortalidade por causas externas, especialmente entre os jovens adultos do sexo masculino. Esse impacto tem variado significativamente ao longo do tempo e entre as regiões, sendo a causa mais importante do processo de divergência / convergência histórica entre as regiões brasileiras. As tendências contrastantes de mortalidade entre homens adultos no Sudeste e Nordeste na última década são um exemplo claro ” (BORGES, 2017: 12)².

² [...] the key factor contributing negatively to the increase of life expectancy is mortality from external causes, especially among young adult males. This impact has varied significantly over time and across regions, being the most important cause of the historical divergence/convergence process among the Brazilian regions. The contrasting trends in mortality among adult males in the Southeast and Northeast in the last decade is a clear example” (BORGES, 2017: 12).

Por fim, como afirmam Souza e outros (2018, p. 1748) a incidência e variação dos dados relativos às causas externas de morte, apesar de apre-sentarem redução nos últimos dez anos, ainda ocorrem em alta magnitude, em especial aquelas causadas por violência interpessoal e acidentes de trânsito. No Brasil, a taxa de mortalidade por causas externas entre 1996 a 2000 teve uma pequena queda, sem muita variação, porém entre 2000 a 2013 apresentou um aumento de 10,5%, passando de 68,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 75,5 óbitos por 100 mil habitantes em 2013.

Em relação as Regiões Brasileira, 1996 a 2016, a taxa bruta de mortalidade por causas externas nas regiões Norte e Nordeste teve um aumento de significativo, 77,9% e 80,7% respectivamente. No Centro-Oeste o aumento de 9,3% com oscilações entre o período. Na região Sul não houve muitas mudanças nas taxas de mortalidade, havendo crescimento de 4%, sem muitas variações no decorrer dos anos. Já no Sudeste diminui consideravelmente a taxa de mortalidade, de 94,2 óbitos por 100 mil habitantes para 66,8 óbitos por 100 mil habitantes. Esses dados indicam que há desigualdades e diferenças nas ações de enfrentamento às causas de morbimortalidade por causas externas, pois as ações de combate pressupõem a atuação intersetorial, envolvendo políticas públicas em várias esferas e níveis de atuação, superação de exclusão que produzem violência.

APONTAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS MORBIMORTALIDADES POR CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL

O Brasil vem evidenciando sua transição demográfica acelerada, que resulta no envelhecimento populacional. Marcando por sua vez, a transição epidemiológica pelo desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, e expressivo aumento das causas externas. Desde 1980, as causas externas assumiram, tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, uma posição de destaque nas causas de morbimortalidade, principalmente nas grandes áreas urbanas, tendo como suas principais vítimas os homens jovens. A violência na sociedade e seus principais fatores de riscos são grandes desafios para as políticas públicas de saúde na atualidade (BRASIL, 2015).

A Portaria Ministerial 737/01 (BRASIL, 2001) define causas externas como “um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e

outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas)”. As causas externas constam na Classificação Internacional de Doenças – CID nos capítulos XIX e XX e são classificadas conforme o quadro 01 seguinte.

Quadro 01 – Classificação das causas externas

CAP. XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	CAP. XX – Causas externas de morbimortalidade
Traumatismos da cabeça	Acidentes de trânsito
Traumatismos do pescoço	Outras causas externas de lesões de acidentes
Traumatismos do tórax	Lesões autoprovocadas voluntariamente
Traumatismos do abdome, dorso, coluna lombar e pelve	Agresões
Traumatismos dos membros superiores	Eventos cuja intenção é indeterminada
Traumatismos dos membros inferiores	Intervenções legais e operações de guerra
Traumatismos de múltiplas regiões do corpo	Complicações assistência médica e cirúrgica
Traumatismo de regiões não especificadas	Seqüelas de causas externas
Efeito de corpo estranho através de orifício natural	Fatores suplementares relacionadas com outras causas
Efeitos do frio (geladura)	
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	
Efeitos tóxicos de substâncias não medicinais	
Outros efeitos e não especificados de causas externas	
Outros efeitos de causas externas e os não especificados	
Algumas complicações precoces de traumatismos	
Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não constantes em outra parte	
Seqüelas de traumatismos, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas	

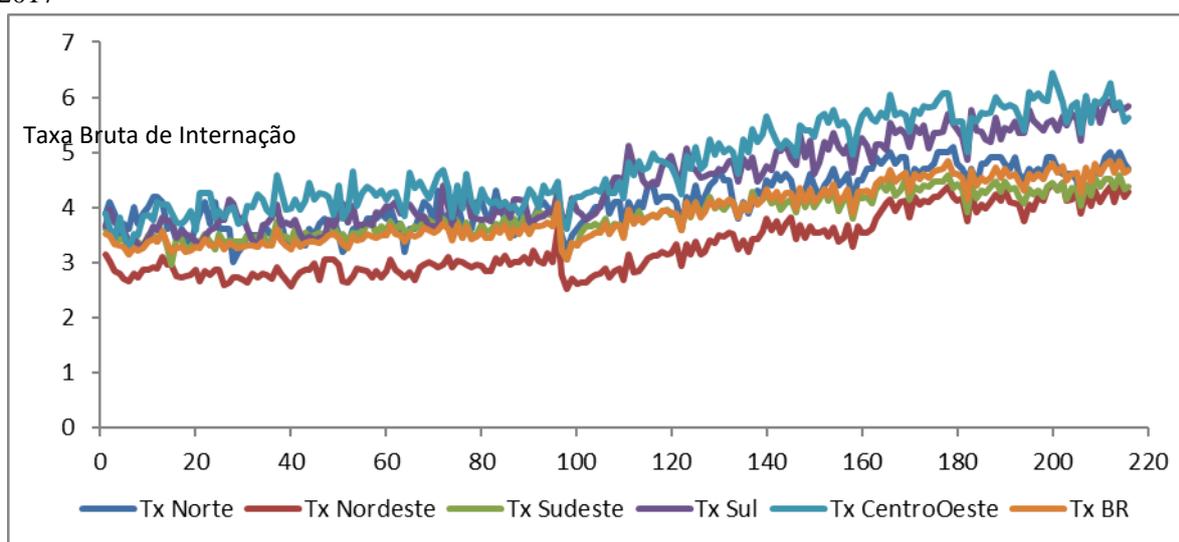
Fonte: Jorge, Koizumi e Tono (2007)

As causas externas são também responsáveis por uma grande parte das internações hospitalares no país, apesar de configurarem com o tempo de internação em curto prazo, apresentam impacto mais expressivo para os recursos públicos de saúde do que aquele observado pelas causas naturais. Além disso, muitas vítimas buscam atendimentos de emergência, assistência especializada, reabilitação física e psicológica, o que determina

grande demanda aos serviços de saúde, assim as causas externas constituem-se sua relevância na saúde pública (BRASIL, 2015).

De acordo com dados do portal Tabnet/Datasus, em 2000 o Brasil processou 694 mil internações por causas externas e em 2017 foram registradas aproximadamente 1,2 milhões de internações, sendo este último 1,7 vezes maior que o registrado em 2000. Pode-se verificar a evolução das taxas de morbidade hospitalar (por 10 mil hab) por causas externas, por regiões, no gráfico 01 seguinte:

Gráfico 01 – Taxa de morbidade hospitalar por causas externas segundo as regiões e Brasil de 2000 a 2017



Fonte: Tabnet/Datasus (2018). Tempo em meses. Taxa por 100 mil hab.

Observa-se no gráfico 01 que o Brasil demonstra uma tendência crescente na taxa de internações para causas externas, todas as regiões acompanham essa tendência de crescimento. No ano de 2008 a proporção de internações eram da ordem de 7,8% do total, esse valor em 2017 foi de 10,7%, representando um incremento de 37% na proporção para 2017, impactando assim o orçamento da saúde com os gastos que, em parte, poderiam ser evitáveis.

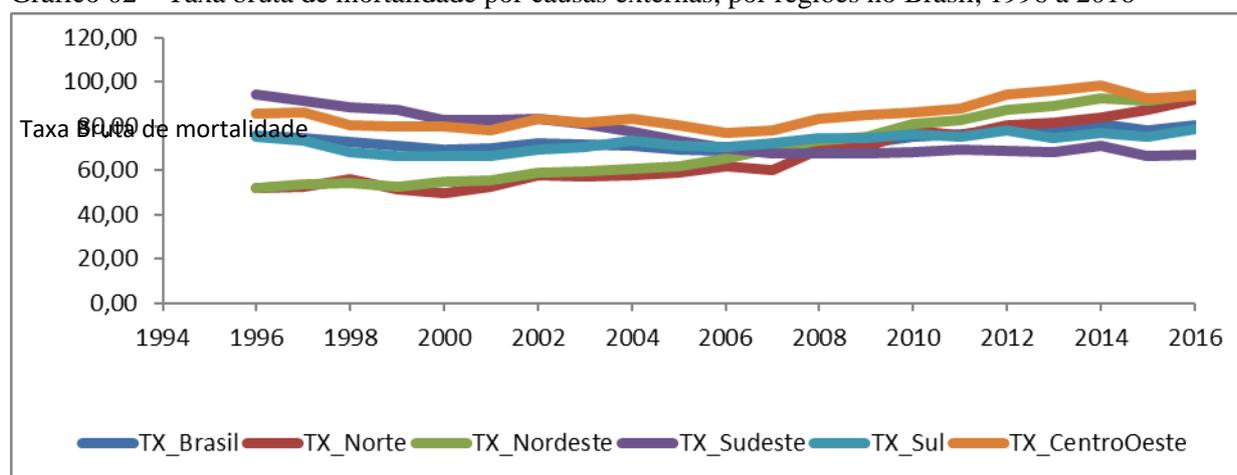
A mortalidade por causas externas compreende homicídios, suicídios e acidentes fatais, e o de morbidade engloba as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes (MINAYO; SOUZA, 1999).

No Brasil, a taxa de mortalidade por causas externas entre 1996 a 2000 teve uma pequena queda, sem muita variação, porém entre 2000 a 2013 apresentou um aumento de

10,5%, passando de 68,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 75,5 óbitos por 100 mil habitantes em 2013.

Em relação às regiões brasileira, 1996 a 2016, a taxa bruta de mortalidade por causas externas nas regiões Norte e Nordeste teve um aumento de significativo, 77,9% e 80,7% respectivamente. No Centro-Oeste o aumento de 9,3% com oscilações entre o período. Na região Sul não houve muitas mudanças nas taxas de mortalidade, havendo crescimento de 4%, sem muitas variações no decorrer dos anos. Já no Sudeste diminuiu consideravelmente a taxa de mortalidade, de 94,2 óbitos por 100 mil habitantes para 66,8 óbitos por 100 mil habitantes.

Gráfico 02 – Taxa bruta de mortalidade por causas externas, por regiões no Brasil, 1996 a 2016



Na tabela seguinte pode-se verificar a tendência de evolução das taxas brutas de mortalidade por 100 mil hab nas regiões brasileiras e o Brasil.

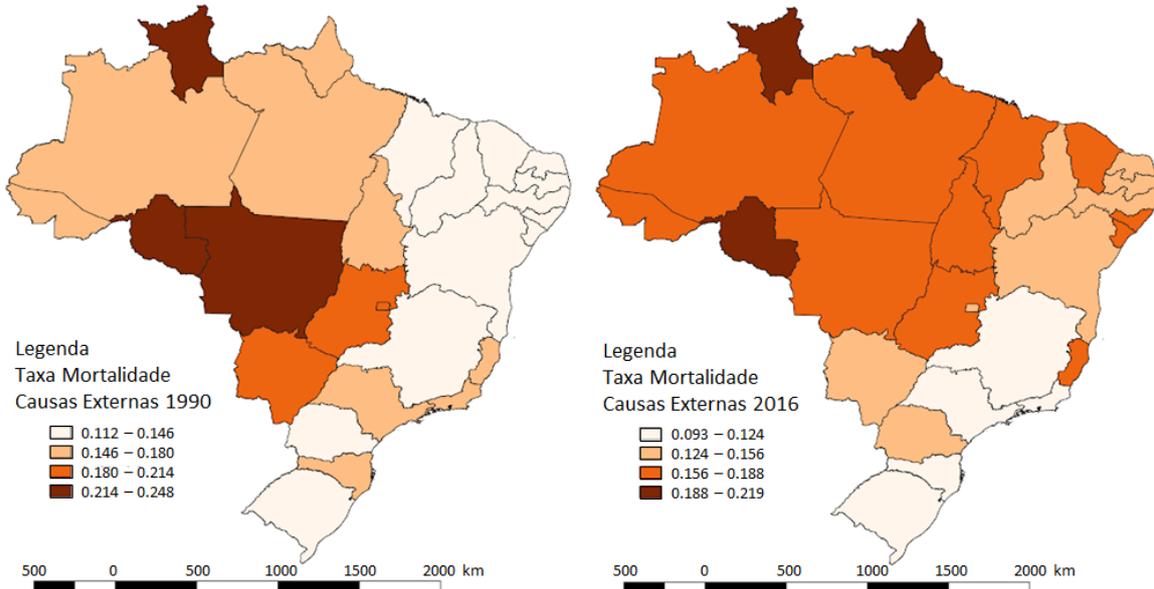
Tabela 02 – Análise de tendência da taxa de mortalidade por causas externas, Brasil e Regiões

Região	Modelo	Beta	P-valor	R ²	Tendência
Norte	$Y = 2.0812X - 4108.90$	2.0812	0.0001	0.9132	Crescente
Nordeste	$Y = 2.3633X - 4670.94$	2.3633	0.0001	0.9547	Crescente
Sudeste	$Y = -1.3526X + 2789.41$	-1.3526	0.0001	0.8432	Decrescente
Sul	$Y = 0.6487X - 1229.47$	0.6487	0.0001	0.8579	Crescente
CentroOeste	$Y = 0.0081X - 11.86$	0.0081	0.0005	0.4763	Crescente
Brasil	$Y = 0.3787X - 685.64$	0.3787	0.0035	0.3684	Crescente

Fonte: Tabnet/Datasus (2018)

A Figura 01 seguinte apresenta a diferença entre o ano de 1990 e o ano 2016 em relação a taxa bruta de mortalidade por 1000 habitantes nas Unidades Federativas do Brasil. É possível perceber o aumento nos Estados do Norte e Nordeste e a mudança do perfil da causa externa nos Estados do Sudeste, diminuindo a TM em São Paulo e Rio de Janeiro e o aumentando no Espírito Santo.

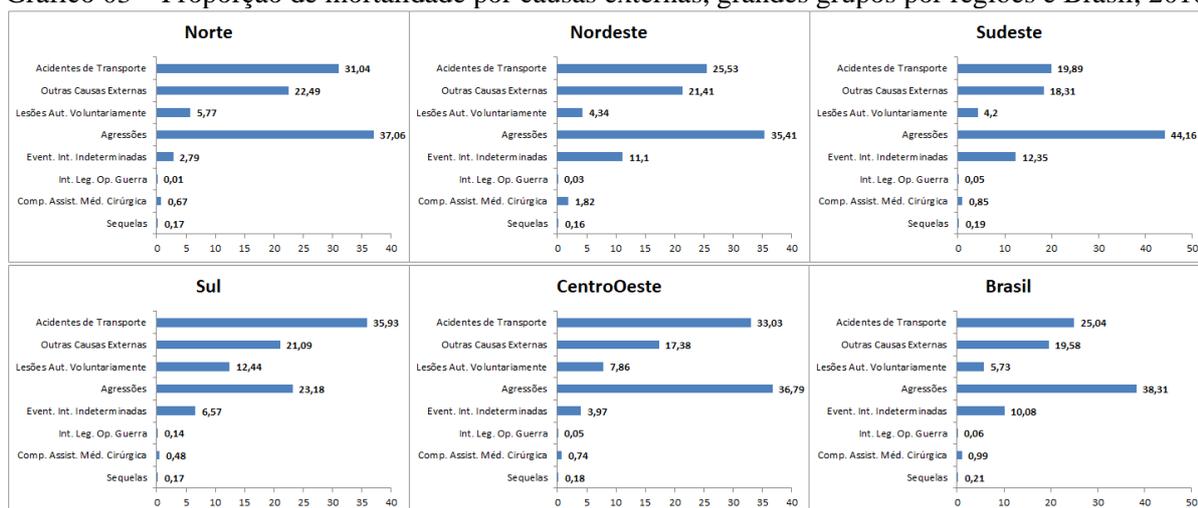
Figura 01. Mapas das UF's com a distribuição da Taxa de Mortalidade por Causas Externas (por 1000 habitantes), 1990 e 2016.



Fonte: Datasus/Tabnet (2018)

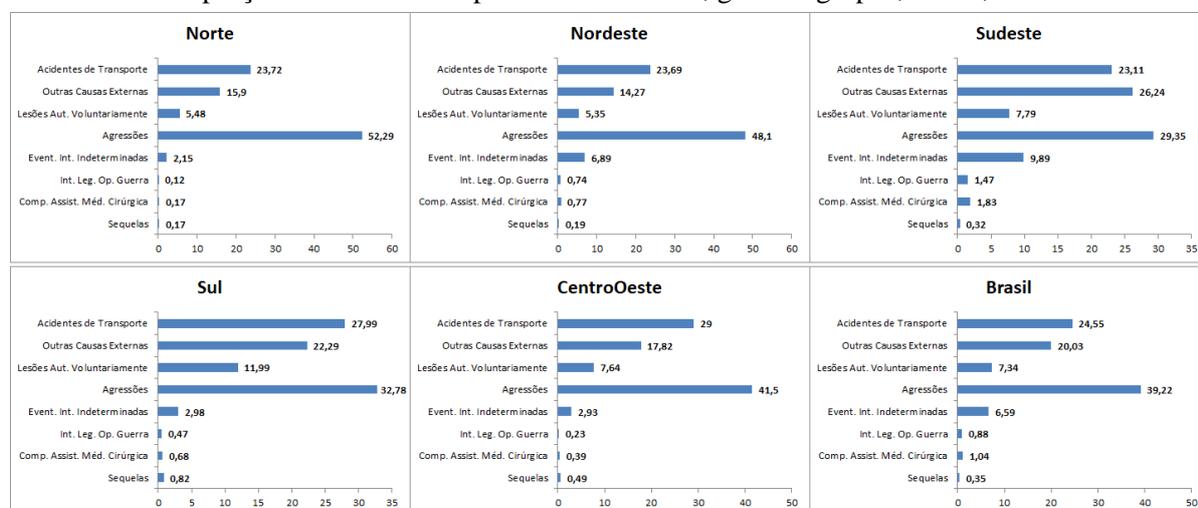
Nos gráficos 3 e 4 apresenta-se a proporção de mortalidade por causas externas comparativas entre os anos de 2010 e 2016, separados por Grandes Grupos da CID10, onde mostram que as Agressões (violência) e Acidente de Transporte (AT) ocupam grande parte dos óbitos. A comparação entre os dois gráficos permite inferir que as mortes por violência continuam no topo da proporção de mortalidade por causas externas.

Gráfico 03 – Proporção de mortalidade por causas externas, grandes grupos por regiões e Brasil, 2010



Fonte: Tabnet/Datasus

Gráfico 04 – Proporção de mortalidade por causas externas, grandes grupos, Brasil, 2016



Fonte: Datasus/Tabnet (2018)

Segundo Minayo (2006) a violência é um fenômeno social e histórico e afeta significativamente a saúde da população, pois provoca mortes, lesões, traumas (físicos e mentais), diminui a qualidade de vida, requer uma adequação dos serviços de saúde, coloca novos problemas ao cuidado preventivo e curativo, e por fim determina uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. Nos últimos anos, para a autora, o setor saúde incluiu o tema com intuito de contribuir para sua discussão e prevenção. Violências e acidentes caminham juntos com as doenças crônicas e degenerativas, o que configura-se na atualidade um novo perfil na situação de saúde do Brasil e do mundo (MINAYO, 2006).

Quando comparado as causas de mortes por sexo, é notável que os homens possuem maiores taxas por causas externas do que as mulheres. Na tabela 1, mostra os cinco principais óbitos acometidos na população nos anos 2000, 2005 e 2013 por sexo. Entre as mulheres predominaram as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e nos homens é possível perceber que, além de DCNT, os óbitos por Homicídios e Acidentes de Transporte Terrestre aparecem como uma das causas principais nos três anos analisados (BRASIL, 2015).

Tabela 01 . Evolução das taxas de mortalidade padronizadas das principais causas de morte no Brasil, por sexo, 2000, 2005 e 2013.

2000		2005		2013	
Sexo Feminino	Taxa	-	Taxa	-	Taxa
D. cerebrovasculares	52.8	D. cerebrovasculares	48.5	D. cerebrovasculares	40.7
Infarto agudo do miocárdio	30.8	Infarto agudo do miocárdio	28.7	Infarto agudo do miocárdio	29.2
Diabetes mellitus	26.1	Diabetes mellitus	24.8	Diabetes mellitus	28.1
Pneumonias	16.6	Pneumonias	19.1	Pneumonias	26.5
D. hipertensivas	16.2	D. hipertensivas	18.6	D. hipertensivas	20.2
Sexo Masculino	Taxa	-	Taxa	-	Taxa
D. cerebrovasculares	67.5	D. cerebrovasculares	61.8	D. cerebrovasculares	53.2
Infarto agudo do miocárdio	54.2	Infarto agudo do miocárdio	51.2	Infarto agudo do miocárdio	52.2
Homicídios	47.9	Homicídios	47.1	Homicídios	51.7
Acidentes transporte terrestres	29.0	Acidentes transporte terrestres	33.1	Acidentes transporte terrestres	36.1
Pneumonias	22.1	Pneumonias	24.1	Pneumonias	34.4

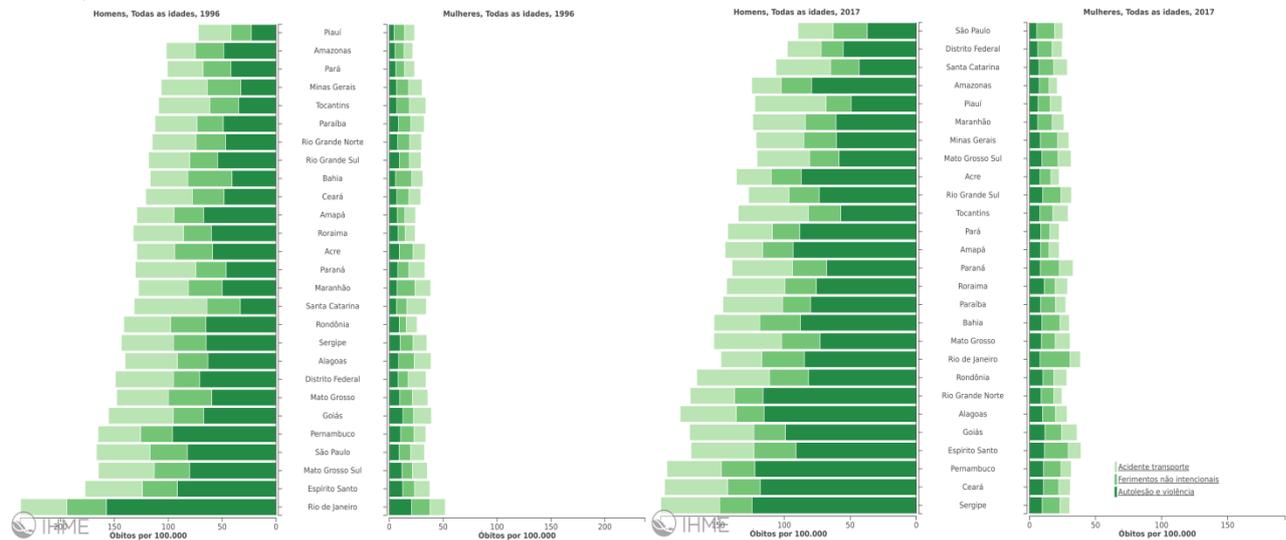
Fonte: Brasil (2015)

No Brasil, as últimas décadas, a violência e os acidentes tem sido responsável por importante parcela das mortes masculinas, representando um desafio para saúde pública. A sobremortalidade masculina é praticamente em todas as idades e para quase todas as causas, entre elas as causas externas. As mortalidades por homicídios e acidentes de trânsito possuem elevadas taxas para sexo masculino, principalmente para adolescentes e adultos-jovens de 15 a 29 anos. Na década de 1990, registraram-se mais de um milhão de óbitos por violência e acidentes, sendo cerca de 400 mil por homicídios, 310 mil em acidentes de trânsito e 65 mil por suicídios. Nos últimos anos evidencia queda nas taxas para os homens, porém, ainda continuam sendo as principais vítimas das violências e dos acidentes, contribuindo com o maior número de mortos e de traumatizados. (ANDRADE-BARBOSA, 2013).

A figura 02 traz a problemática sobre as diferenças dos sexos masculino e feminino para causas externas separadas por Estados do Brasil. Tanto no ano de 1996 quanto em 2017, as Mulheres obtiveram as menores taxas de mortalidade, em torno de 30,0 a 40,0 óbitos por 100 mil habitantes. Para os Homens, mesmo tendo uma queda nas taxas, ainda é expressivo

as taxas de mortalidade para causas externas. Os Estados da Região Sudeste tiveram uma queda na taxa de mortalidade, como Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo. O Rio de Janeiro em 1996 obtinha a maior taxa de mortalidade por causas externas, diminuiu sua taxa significativamente em 2017. Os Estados do Nordeste, como Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Rio Grande do Norte lideram as taxas de mortalidade em 2017.

Figura 02 – Taxa de Mortalidade por causas externas entre homens e Mulheres, por estado do Brasil, 1996 e 2017



Fonte: GBD Compare (2018)

Estudos aprofundados sobre mortalidade masculina são necessários para políticas de saúde, e que para outros setores de gestão política. Em 2009 foi criada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios (BRASIL, 2009). De acordo com Andrade-Barbosa (2013) a Política Nacional foi uma forma de organizar os sistemas locais de saúde e os tipos de gestão, de modo que subsidie o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade dessa população.

2.2 DESIGUALDADES SOCIAIS E CAUSAS EXTERNAS

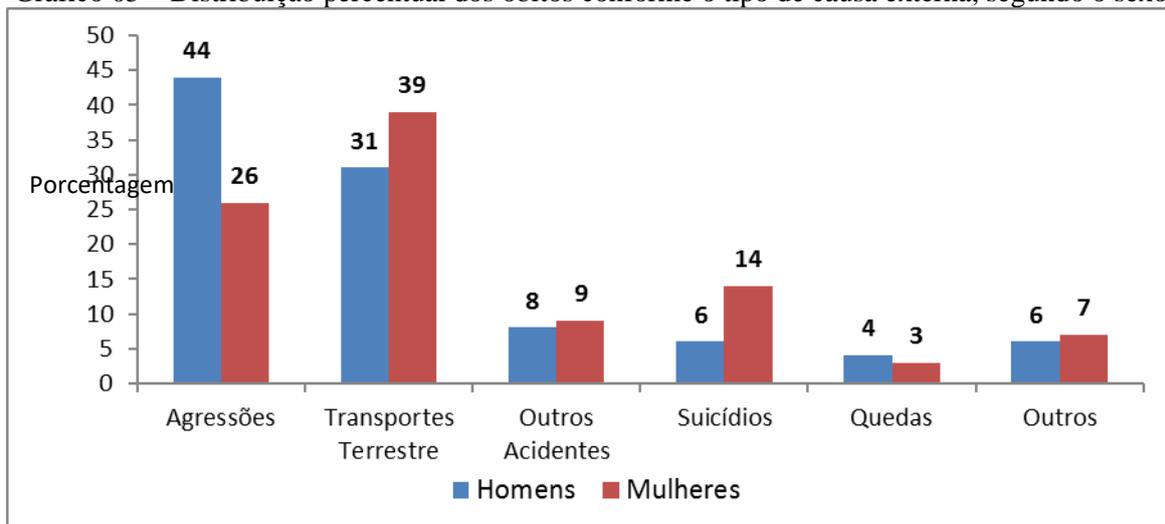
A ocorrência de causas externas configuram-se em um problema multifatorial, onde fatores individuais e sociais desencadeiam importância significativa na etiologia do agravo na

saúde pública. Alguns fatores como faixa etária, gênero, raça, nível socioeconômico e escolaridade associados às condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família podem desencadear estilos e condições de vida e trabalho, urbanização, marginalidade, desemprego, desigualdade social, superpopulação, miséria, educação, estresse, condições impróprias de moradia, vigilância insuficiente, entre outros (MARTINS, 2006).

Nesse sentido, as desigualdades sociais participam do processo saúde-doença no tocante às causas externas como um processo dinâmico, complexo e multidimensional, podendo apresentar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, entre outras (CRUZ, 2011).

Uma das grandes questões no que tange à mortalidade por causas externas é o sexo, Moura et al (2015) argumentam que a desigualdade de gênero que coloca os homens em larga diferença para a maior na taxa de mortalidade pelas causas externas se explica pelos modelos culturais de gênero, pois, “os homens se expõem mais a situações de acidentes e violência por conta de comportamentos reafirmadores da masculinidade, próprio da sociedade contemporânea” (p. 7783), pois se autoexigem maior poder, virilidade e agressividade e assim se tornam mais vulneráveis, por exemplo, à mortes por violência conforme indicado no gráfico a seguir:

Gráfico 05 – Distribuição percentual dos óbitos conforme o tipo de causa externa, segundo o sexo



Fonte: Moura et al (2015). Ano Base 2014

As desigualdades de gênero também se revelam em termos regionais, as regiões Norte e Nordeste são aquelas mais afetadas pela mortalidade masculina quando se focam as agressões segundo a idade, conforme discutido em Moura et al. (2015). Para esses

pesquisadores, os óbitos que ocorrem por causas externas estão dentre os problemas de saúde pública que possuem um dos níveis mais elevados e que são inaceitáveis tendo em vista que sua grande maioria poderiam ser óbitos evitáveis sendo agravado pela desigualdade de gênero.

Em um estudo realizado na Bahia onde se avaliou a mortalidade por causas externas, observou que fatores como precárias condições de infraestrutura urbana e habitacional, acesso limitado a serviços de educação e cultura, produziram efeitos negativos sobre as condições de vida e saúde das populações menos favorecidas, sendo que estas populações se mostraram as mais vulneráveis ao risco de óbito por causas externas (SILVA, 2012).

As informações referentes à mortalidade por causas externas em uma população são bastante significativas quando se pretende gerar hipóteses sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem. Porém, poucos estudos de mortalidade por causas externas consideram grupos populacionais, contexto socioeconômico e território como fatores determinantes de diferenças nas distribuições dos óbitos dessa natureza (BARATA et al., 1998).

Diversos estudos sobre mortalidade por causas externas foram conduzidos de modo a compreender as desigualdades sociais que o envolvem. Paim (1996) aponta para a distribuição desigual do risco de óbitos por causas externas, em especial as mortes por agressões no espaço urbano, penalizando as áreas mais pobres da cidade de Salvador. No estudo realizado por Viana, et. al. (2012), também em Salvador, sobre as desigualdades sociais e o crescimento das mortes por agressões, os autores verificaram que os coeficientes de mortalidade por causas externas aumentaram à medida que se tornaram mais desfavoráveis as condições de vida da população no território. Rivera (2010), analisando áreas de concentração de vítimas de homicídio no município do Rio de Janeiro, verificou que quem sofre mais com a violência por homicídios são as populações mais pobres e que habitam em favelas ou áreas próximas destas. Observou ainda que os setores censitários menos precários efetivamente têm menor risco de óbitos por agressão, concluindo que quanto maior é o índice de precariedade, maior é a concentração de vítimas.

Ressalta-se que muitas vezes a violência urbana não é justificada pela pobreza. O continente africano abriga as comunidades mais pobres do planeta e não registra casos extremos de violência urbana, assim como as regiões Norte e Nordeste do Brasil, fato que comprova que a violência está mais relacionada à desigualdade social (PERES et al., 2008).

Outro grande grupo de causas externas, que sofre influência de fatores intrínsecos às condições de vida precárias e também aspectos sociais e econômicos é o suicídio. Segundo a

OMS, diversas circunstâncias podem aumentar o risco de suicídio, como o desemprego, a pobreza, o uso abusivo de álcool e drogas e a disponibilidade dos meios para efetuar o ato suicida, como a presença de arma de fogo em casa (OMS, 2003).

Quando se analisa os indicadores educacionais, observa-se também que possuem forte associação com as taxas de homicídio. Nesse sentido, Gonzalez (2015) concluiu que um aumento médio de 5% nas taxas de graduação de nível superior poderá corresponder a uma significativa redução de 16,5% nas taxas de homicídios. A aposta vem a partir da educação antes do encarceramento pois o autor acredita que a educação pós-crime ou pós-encarceramento não produz resultados significativos. Segundo o Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2007, a frequência escolar regular constitui um fator extremamente importante na redução das taxas de homicídios. De acordo com o relatório, a escolaridade possui mais importância sobre o índice de assassinatos do que qualquer outro indicador social, exercendo um papel importante na prevenção de homicídios (SP, 2007).

Considerando que as desigualdades sociais ocorrem no mundo inteiro e estão diretamente relacionadas à escalada dos homicídios, o World Report on Violence and Health aponta que “nenhum país ou comunidade é intocável pela violência”. Os homicídios ocorrem no mundo todo e de forma heterogênea, por isso para entender sua distribuição deve-se considerar que a violência tem explicações sociais fundamentadas na teoria de que a atribui à pobreza e à desigualdade social. Contudo, nem sempre a pobreza e a desigualdade social serão elementos que conduzirão ao entendimento das variações das mortes, mas sim a compreensão de que o fortalecimento ou enfraquecimento das instituições nessas sociedades é que levarão à essa reflexão. Compreender a ordem normativa formal e informal que retém os comportamentos violentos dessas sociedades, isto é, a destituição ou não das regras sociais que essas sociedades vivem, levarão a compreensão do fenômeno leva um indivíduo a assassinar alguém (BRICEÑO-LEÓN, 2012).

Com relação ao IDH, apesar de ser consenso que exista alguma relação entre violência e IDH, não parece ser clara a direção dessa associação. Apesar de muitos autores defenderem a hipótese de que o aumento do IDH (sobretudo com o aumento de renda e escolaridade) possa representar em longo prazo uma redução da violência, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU) argumenta que o IDH cresce apesar da violência, mas que a violência talvez possa frear o crescimento do IDH. Uma prova disso é a de que mesmo com o aumento de IDH em países da América Latina, a população ainda vive sob a ameaça de índices de violência epidêmicos (MALIK, 2014).

Em um estudo realizado no Brasil, foi demonstrado que a relação entre desenvolvimento humano, desigualdade, proporção de pessoas pobres e violência é complexa e com dinâmica diferente conforme o ano (1991- 2000- 2009- 2010). A suposição de que o aumento de IDHM leva a diminuição da violência em longo prazo não é confirmada pelas análises de correlação e de regressão. Por outro lado, há indícios de que a diminuição de homicídios entre 1991 e 2009 resulta em melhores índices de IDHM no ano de 2010 (WINZER, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil passou por mudanças significativas no final do século passado e início do século XXI. Foram transformações na economia, na política, na cultura, no meio ambiente e nas sociabilidades. De uma nação essencialmente rural, nos tornamos um país urbano e concentramos cerca de mais de 80% da população nas cidades. Tais mudanças alteraram significativamente o processo de transição demográfica e epidemiológico. De um país essencialmente jovem, até nos anos 1960, paulatinamente fomos envelhecendo, alterando o modo e as condições de vida. Nossa transição epidemiológica não aconteceu de forma uniforme e nem linear como se deu nos países desenvolvidos.

Em condições de subordinação ao capitalismo global, sendo considerando um país emergente tivemos uma transição epidemiológica que correspondeu às diferenças e desigualdades regionais de um país continental, cuja a expressão do modo capitalista ocorre de forma diferenciada, selecionando e excluindo regiões da dinâmica e beneficia da acumulação do capital.

Nessa perspectiva a discussão sobre os impactos das causas externas na constituição dos índices de morbimortalidade no Brasil refletem: i) as diferenças e desigualdades regionais; ii) que impactam na criação e efetivação de políticas públicas; iii) ligadas em maior ou menor grau aos interesses políticos regionais e de recursos econômicos para investimentos; iv) influenciadas pelas condições de vida dos jovens (15-34) que são os mais atingidos pelas mortes por causas externas.

É importante destacar, ainda, que mesmo considerando os avanços significativos que obtivemos no SUS nos últimos 30 anos, no que tange a consolidação de políticas públicas de saúde que diminuíram a morte por doenças infecciosas e parasitárias, há poucas ações efetivas no sentido de enfrentar o aumento de morbimortalidade das causas externas no Brasil, que atingem principalmente os homens, o que evidencia a necessidade de políticas de

saúde integrativas a outras políticas, tanto no campo econômico, de geração de emprego e renda, como também o nível educacional.

Por fim, cada vez mais, se impõe a destinação maior de recursos econômicos para o tratamento das vítimas que são tratadas no SUS, o que atinge a rede de atendimento, com dificuldades visíveis de atender a essa dimensão.

REFERÊNCIAS

ANDRADE-BARBOSA, T.L. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(3):711-719, 2013.

BATISTELA, C. Análise da situação de saúde – principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca AF, Corbo AMDA, organizadoras. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 121-58.

BARATA, RB; RIBEIRO, MCSA and SORDI, MD. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2008, vol.11, n.1, pp. 3-13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRICEÑO-LEÓN R. La Comprensión de los Homicidios en América Latina: Pobreza o Institucionalidad? **Rev Ciencia & Saúde Col**. 2012;17(12):3159-70.

BORGES, G. M. A transição da saúde no Brasil: variações regionais e divergências/convergências na mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, 33(8), 2017

CRUZ, M.M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; MENDES, WV. organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - **Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2007**. São Paulo, 2007. Acesso em 18 de novembro de 2018. Disponível em: www.forumseguranca.org.br

GONZALEZ A. **Education: the secret to crime reduction?** International Relations Honors Thesis Draft: New York University; 2015.

MARTINS, C.B.G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm**, maio-jun, v.6, n.59, supl.3, p. 344-8, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde).

MINAYO M.C.S.; SOUZA E.R. É possível prevenir a violência? **Ciência Saúde Coletiva**. 4(1): 7 – 23. 1999.

MONTEIRO, M.F.G. Transição Demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, R.B., *et al.*, orgs. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 260 p. Epidemiológica series, nº1. ISBN: 85-85676-34-5. 1997. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MOURA E. C. de; GOMES, R.; FALCAO, M. T. C.; SCHWARZ, E.; NEVES, A. C. M. das; SANTOS, W. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil: 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20(3): 779-788. 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on violence and health**. Geneva (Switzerland), 2003.

PAIM, JS; COSTA, MCN; MASCARENHAS, JCS; SILVA, LMV. Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pam Am/ Public Health**. 1996.

PERES MFT, CARDIA N, NETO PM, SANTOS PC, ADORNO S. Homicídios, desenvolvimento socioeconômico e violência policial no município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**.23(4):268-76. 2008.

SILVA, et al. Mortalidade por causas externas em uma cidade do interior da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.2, p.343-357 abr./jun. 2012.

VIANA, LA; COSTA, MC; PAIM, JS; VIEIRA, LM. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006. **Cad Saúde Pública**. 27 (Suppl 2):S298-308. 2012.