



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DYENE RODRIGUES DA SILVA

**MORTALIDADE DO HOMEM NO BRASIL E DISTRITO FEDERAL: EVOLUÇÃO
SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS NO PERÍODO DE 2000 A 2013**

Brasília

2016

DYENE RODRIGUES DA SILVA

**MORTALIDADE DO HOMEM NO BRASIL E DISTRITO FEDERAL: EVOLUÇÃO
SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS NO PERÍODO DE 2000 A 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Brasília
2016

DYENE RODRIGUES DA SILVA

Mortalidade de Homem no Distrito Federal: evolução segundo principais grupos de causas no período de 2000 a 2013

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Data de Defesa: 06/07/16

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Walter Massa Ramalho
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a Flávia Reis de Andrade
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a Tânia Cristina Moraes Santa Barbara Rehem
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

A minha mãe e irmãos por todo amor, compreensão e suporte;

Aos meus familiares e amigos, por todo companheirismo recebido ao longo dessa jornada;

As amizades conquistadas na graduação, que contribuíram com minha formação pessoal e acadêmica;

Ao professor Walter Ramalho, o qual tenho grande admiração, pela oportunidade de tê-lo como orientador;

A todos os professores, meu eterno agradecimento por todo empenho e bagagens passadas durante a graduação;

E principalmente ao meu bom e Soberano Deus pelo dom da vida.

RESUMO

A política nacional de atenção integral à saúde do homem representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde. Trata-se de um estudo longitudinal com foco nos óbitos das pessoas do sexo masculino. Foram analisados os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde para obtenção de dados; tendo como objetivo descrever a situação da mortalidade masculina no Brasil e Distrito Federal, bem como a evolução segundo os principais grupos de causas nos anos de 2000 a 2013, permitindo assim apontar as principais causa de óbitos e em qual faixa etária ocorrem com mais frequência. Os resultados revelaram que as principais causas são: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório em homens com mais de 60 anos e causas externas em homens jovens entre 20 a 49 anos. Desta forma, conclui-se que de fato os homens são vulneráveis e que a política da saúde do homem é de extrema importância para estreitar relações entre eles e as unidades básicas de saúde, garantindo assim uma maior assistência e prevenção.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Assistência; Prevenção.

ABSTRACT

The national politics of integral attention health represents an innovation, while the men did not, historically, been a singularize object on the development interventions, in the health's area, by the Brazilian state. It's a longitudinal study focusing on the people are male. Were examined data of the system of information about mortality (SIM); from health department of analyze; health surveillance secretariat and ministry of health to acquisition of data; The intention of this work is describe the situation of the men's mortality in Brazil, Distrito Federal and the evolution, in accordance with the most important groups of causes in the years 2000 to 2013, allowing appoint the most important causes of death and what age group is most common to happen. The results revel that more men than women die. The main causes are: circulatory system diseases; neoplasia and the respiratory system diseases on men over 60 years of age and external causes on men between 20 to 49 years old. Conclude that men are, in fact, vulnerable and his policy of health is extremely important to closer relations between them and the basic requirements, insuring an appropriate support and prevention.

Key-words: Man's health; Assistance and Prevention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Números de óbitos e coeficiente de mortalidade segundo sexo no Brasil, 2000-2013.....	22
Tabela 2 Números de óbitos e coeficiente de mortalidade segundo sexo no Distrito Federal, 2000-2013.....	23
Tabela 3 Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo faixas etárias no Brasil, 2000-2013.....	24
Tabela 4 Números de óbitos e proporções de mortalidade feminina segundo faixas etárias no Brasil, 2000-2013.....	25
Tabela 5 Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo faixas etárias no Distrito Federal, 2000-2013.....	27
Tabela 6 Números de óbitos e proporções de mortalidade feminina segundo faixas etárias no Distrito Federal, 2000-2013.....	29
Tabela 7 Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo grandes grupos de causas no Brasil, 2000 a 2013.....	31
Tabela 8 Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo grandes grupos de causas no Distrito Federal, 2000 a 2013.....	32
Tabela 9 Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo grupos de causas específicas no Brasil, 2000-2013.....	34
Tabela 10 Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo causas específicas no Distrito Federal, 2000 a 2013.....	37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Curva da proporção de mortalidade masculina segundo faixa etária no Brasil, 2000 a 2013.....	25
Figura 2 Curva da proporção de mortalidade feminina segundo faixa etária no Brasil, 2000 a 2013.....	26
Figura 3 Curva da proporção de mortalidade masculina segundo faixa etária no Distrito Federal, 2000 a 2013.....	28
Figura 4 Curva da proporção de mortalidade feminina segundo faixa etária no Distrito Federal, 2000 a 2013.....	30
Figura 5 Proporção de óbitos masculinos segundo causas específicas no Brasil, 2000 e 2013.....	36
Figura 6 Proporção de óbitos masculinos segundo causas específicas no Distrito Federal, 2000 e 2013.....	39

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

USB - Unidade Básica de Saúde

APS - Atenção Primária de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia

IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico de Estatística

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

CMS - Coeficiente de Mortalidade por Sexo

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

DO - Declaração de Óbito

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. Objetivo Geral.....	15
3.2. Objetivos Específicos.....	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	16
4.2. Dados Epidemiológicos.....	18
5. MATERIAL E MÉTODO.....	21
5.1. Tipo de pesquisa.....	21
5.2. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	21
6. RESULTADOS	22
6.1. Óbitos e coeficientes de mortalidade por sexo.....	22
6.2. Mortalidade proporcional segundo faixas etárias e sexo.....	24
6.3. Mortalidade proporcional segundo grandes grupos de causas.....	30
6.4. Mortalidade proporcional segundo grupos de causas específicas.....	33
7. DISCUSSÃO.....	40
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

A área Técnica de Saúde do Homem foi criada no Ministério da Saúde (MS) em 2007, porém os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) são publicados em 2008, sendo a política oficialmente lançada em 2009, com a publicação de uma Portaria Ministerial nº 1.944/GM. Esta política específica na área da saúde masculina representa uma necessidade, pois os homens não foram ao longo da história, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde (CARRARA, et al. p. 660. 2009.). Por esse motivo os homens precisam de atendimentos especializados que respeitem suas individualidades e que reconheça a complexidade de tais necessidades; homens e mulheres são diferentes e precisam ser contemplados, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, de acordo com suas necessidades.

Carolina Luizaga e Sabina Gotlieb (2013) afirmam que tais diferenças vêm sendo discutidas e analisadas em estudos na área da saúde como: homens têm menor esperança de vida, mulheres procuram mais por atendimentos nas unidades básicas, ou seja, por atendimentos preventivos e têm uma probabilidade menor de morte em quase todas as faixas etárias com exceção em mais de 60 anos. Predominando assim uma ideia de desigualdade entre os gêneros em que os homens são tidos como os fortes, competitivos, produtivos, desprezando desde a infância atributos femininos como: fragilidade, enfermidade e dependência; tais condutas contribuem para comportamentos agressivos e de riscos.

Desta forma, estudos sobre mortalidade, segundo variáveis demográficas, geográficas e temporais são importantes para observar situações de desigualdade e tendências que necessitem de ações e estudos específicos; contribuindo assim para a avaliação dos níveis de saúde, uma vez que os indicadores de mortalidade podem ser utilizados para comparações tanto nacionais quanto internacionais. As análises da mortalidade, segundo grupos de causas, podem auxiliar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupos de causas (SAÚDE BRASIL, MS 2009, p 48).

O presente estudo visa descrever a situação da mortalidade masculina no Brasil e Distrito Federal no ano 2013, bem como a evolução segundo os principais

grupos de causas nos anos de 2000 a 2013, permitindo assim apontar as principais causa de óbitos e em qual faixa etária ocorrem com mais frequência. Este período escolhido foi para contemplar os óbitos masculinos nos anos antes e depois da política do homem e também porque os dados fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade vão até 2013.

2. JUSTIFICATIVA

O grupo dos homens é visto com pouca visibilidade nas estratégias públicas, principalmente da Unidade Básica de Saúde (USB), que tem predominância no atendimento de quatro grupos populacionais: crianças, adolescentes, mulheres e idosos; deixando de fora das ações programáticas cerca de 25% da população brasileira (os homens de 20 a 59 anos). (PNAISH. 2008). Por esse motivo torna-se necessário uma atenção especial a este grupo que é tão vulnerável, em proporções diferentes, quanto aos demais.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002), ocasionando assim um grande problema ao sistema, pois adentram no serviço de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, tendo como consequências: agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. (PNAISH. 2008). Percebe-se nitidamente que além de serem portadores de doenças mais graves, por procurarem tardiamente o atendimento; contribuem para um aumento de despesa no sistema, pois tais doenças poderiam ser evitadas se buscassem previamente assistência na Unidade Básica de Saúde; constituindo assim verdadeiro problema de saúde pública.

Por esse motivo os homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde quando veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina. Assim, eles costumam chegar aos serviços de saúde com problemas graves ou quando se veem impossibilitados de exercerem suas atividades laborais, ou seja, sendo assim a última alternativa, resultando a não busca dos serviços para fins preventivos. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) apontaram em 2010 que o número total de consultas médicas para homens entre 20 e 59 anos de idade foi de 3.217.197, resultando numa média de 0,06 consulta/homem/ano. (MOURA, et al, 2014, p.430.). Tais resultados mostram com nitidez a dificuldade dos homens em verbalizar a necessidade por saúde, que em virtude dessa baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária, eles se expõem mais a riscos demonstrando assim o quão vulneráveis de fato são.

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (PNAISH. 2008).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Descrever a situação da mortalidade masculina no Brasil e Distrito Federal, no ano de 2013, bem como a evolução da mortalidade segundo os principais grupos de causas, no período de 2000 a 2013.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar as principais causas de mortalidade masculina e proporção no Brasil e Distrito Federal;
- Verificar os números de óbitos e proporções por sexo e faixa etária;
- Calcular o coeficiente de mortalidade por sexo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Política brasileira voltada à saúde do homem

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) pelo governo brasileiro, surgiu em 2008, com intuito de melhorar os atendimentos masculinos numa perspectiva de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que essa população acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada, requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, com a intenção de não reduzir esse atendimento somente para fins de recuperação ou curativos, mas garantindo também a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis. (PNAISH. 2008).

Grande parte do absenteísmo pelos homens na atenção primária é decorrente das variáveis culturais e institucionais.

Os rótulos de gênero são fixados há séculos em nossa cultura patriarcal, na qual potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, tendo como consequência uma maior exposição às situações de riscos, contribuindo assim para um menor cuidado de si. Isto aumenta pelo medo na hipótese do médico descobrir que algo não vai muito bem com sua saúde, pondo em risco sua crença de invulnerabilidade. Outra dificuldade é o acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta. (PNAISH. 2008).

As medidas especiais para as mulheres na área de saúde começam a surgir em 1930; o PAISM (Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher) foi implantado em serviços de saúde no país como um todo em 1983.

Os grupos de contracepção planejados pelo PAISM tinham intenções mais amplas, levar as mulheres a adquirirem consciência do próprio corpo, bem como enfatizar sua autonomia no que tange à sua vida sexual e reprodutiva, e não restringido sua saúde apenas no aspecto da maternidade. (PNAISH. 2008).

Quase 25 anos depois, em seu discurso de posse de março de 2007, o médico sanitarista José Gomes Temporão, Ministro da Saúde nomeado por Luiz Inácio Lula da Silva, listou a implantação de uma política nacional para a assistência à saúde do homem. Um ano mais tarde, em março de 2008, foi criada no âmbito do

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem.

Os homens passam então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado. Desse modo, como Cavalcanti reconheceria em tom ufanista meses mais tarde, no lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, o Brasil se tornou “o segundo país da América que tem um setor para a saúde do homem”. Só o Canadá tem essa pasta, nem os EUA a possui”. (CARRARA et al. 2009).

A política à saúde do homem tem como objetivo promover a assistência a esse público no sistema público de saúde e reduzir as taxas de mortalidade masculina. A ideia era não se reduzia apenas no treinamento de médicos para diagnosticar doenças urológicas, mas também auxiliar na promoção de campanhas dirigidas ao público leigo visando à prevenção dessas doenças mediante ao incentivo à busca dos serviços de saúde. A primeira dessas campanhas foi a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, que a SBU (Sociedade Brasileira de Urologia) promoveu com apoio do Ministério, o qual enfatiza nessas campanhas o quanto os homens buscam menos por atendimentos em relação às mulheres.

Para justificar a necessidade de uma campanha de esclarecimento do público em geral, a SBU citou dados do Ministério da Saúde segundo os quais, em 2007, 16,7 milhões de mulheres consultaram-se com um ginecologista, ao passo que apenas 2,7 milhões de homens se consultaram com um urologista. (CARRARA et al. 2009).

Um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens, conforme repetido inúmeras vezes ao longo do processo de construção da nova política, é justamente a centralidade da ideia de invulnerabilidade, ou seja, da ideia de potência, na construção da masculinidade hegemônica. Por essa razão, os homens seriam, como declara o presidente da Associação Médica de Brasília no lançamento da campanha, “relapsos” com sua saúde, procurando com menor frequência assistência médica que as mulheres. (CARRARA et al. 2009).

A nova política de saúde seria finalmente lançada em agosto de 2009. Em 10 de agosto, um dia após o Dia dos Pais, o Presidente Lula trata da saúde do homem, em seu programa de rádio “Café com o Presidente”, e anuncia que o MS

(Ministério da Saúde) lançará em breve a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O Presidente diz então que, no que concerne à saúde, os homens mereceriam “um puxão de orelha” por terem “medo de agulha”, indo pouco ao médico e só iniciando tratamento depois do agravamento do quadro. Em sua intervenção, também compara homens e mulheres, apontando a “cultura” como raiz do problema. (CARRARA et al. 2009).

Finalmente, em 28 de agosto de 2009, no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília, o Ministério da Saúde lança oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (CARRARA et al. 2009).

4.2. Dados Epidemiológicos

As transformações nos padrões de saúde/doença constituem-se em uma das características do século XX, estando associadas às mudanças na estrutura etária populacional. Para a análise da saúde do homem, no Brasil, é preciso invocar as transições demográfica e epidemiológica, com o conseqüente envelhecimento populacional e alterações no panorama das doenças. (LAURENTI et al. 2005)

Os homens jugam-se invulneráveis, mas quando se analisa os resultados de dados epidemiológicos percebemos uma situação contrária.

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência de diferença entre homens e mulheres, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens. No Brasil, as diferenças na esperança de vida eram de aproximadamente cinco anos nas décadas anteriores a 1980, elevando-se nas décadas seguintes; em 2001, as mulheres adquiriram maior sobrevida de oito anos, em relação à esperança de vida masculina (respectivamente, 73 e 65 anos). (LAURENTI et al. 2005).

Outro resultado interessante é no aumentado da proporção geral e na redução dos coeficientes de mortalidade.

A proporção masculina na mortalidade geral aumentou (de 57,5% para 58,4%). Em ambos os sexos, houve redução dos coeficientes de mortalidade, porém, essa redução foi um pouco mais acentuada entre as mulheres (superior a 10%) do que entre os homens (6,8% de queda). Os coeficientes passaram de 7,3 para 6,8 por mil homens e, os femininos, de 5,3 para 4,6 por mil mulheres. Por outro lado, como esperado, os

coeficientes masculinos foram maiores que os femininos, em cerca de 50%, nos quatro anos. (LAURENTI et al. 2005).

John Graunt, em 1662, apresentou pela primeira vez dados sobre mortalidade e mostrava o que ocorria com os homens e com as mulheres, na população que morria em Londres. Desde então, foi o primeiro a descrever a sobremortalidade dos homens. À medida que outras cidades, regiões ou países passaram a elaborar suas estatísticas de mortalidade, o mesmo fato foi constatado, tornando-se, até hoje, uma constante. (LAURENTI et al. 2005)

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer principalmente em relação às doenças crônicas que requer mudanças no estilo de vida em geral.

Os tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais. (BRASIL, MS 2009)

Do ponto de vista da saúde, surgem novos problemas ligados ao envelhecimento, destacando-se as consequências das doenças crônicas. Assim, o setor saúde tem de estar preparado para enfrentar o incremento do número de casos, em um grupo populacional de características específicas. Há predomínio das doenças crônicas na faixa etária mais de 60 e causas externas para os jovens de 20 a 59 anos.

Em 2002, do total de internações masculinas em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou com eles conveniados, 4,5%, 12,4% e 21,1% foram por neoplasias malignas, doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, respectivamente, enquanto que para os de 60 e mais anos, os valores foram 7,3%, 29,4% e 20,1%. Para os maiores de 80 anos, as proporções chegaram a 4,8%, 30,5% e 25,1%, para as respectivas causas. (LAURENTI et al. 2005).

Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 25 aos 59 anos, a prevalência praticamente se repete nos anos de 2001 a 2005, observa-se que é na faixa dos 20-24 anos que encontramos o maior percentual de óbitos por causas externas, no entanto, os valores na população alvo, 25 -59 anos ainda são bastante significativos (57%). (PNAISH. 2008).

O câncer de próstata é acentuado no nosso continente que além de possuírem pouco interesse das autoridades sanitaristas em elaborar atividades educativas nessa área os homens não são tão sensibilizados quanto às mulheres.

Em relação ao câncer de próstata, a mortalidade vem aumentando em várias regiões das Américas, atingindo, algumas vezes, o terceiro e mesmo o segundo lugar entre os cânceres mais frequentes no sexo masculino. Entretanto, aparentemente, não existe tanto interesse das autoridades sanitárias em estabelecer atividades educativas voltadas para essa causa e, quando existem, os homens não são sensíveis a elas. Esse comportamento é diferente daquele verificado entre as mulheres com relação à adesão a programas para a detecção precoce dos cânceres de mama e do colo de útero. A análise sob o enfoque de gênero muito contribuiria para o entendimento dessas situações. Para o câncer de pulmão é fundamental existirem programas educativos voltados para a diminuição do hábito de fumar cigarros. (LAURENTI et al. 2005).

Na análise dos óbitos por causas básicas de morte, classificados segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças, 10a Revisão – CID-10 (OMS, 1995), nota-se sobremortalidade masculina, para a grande maioria de causas. Mais uma vez, chamam a atenção os coeficientes de mortalidade por causas externas.

Dentre as causas externas, o tipo de violência mais importante é o homicídio, vindo a seguir os acidentes de transporte. Outras causas com acentuada sobremortalidade masculina são os transtornos mentais e comportamentais, que englobam aqueles devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, significativamente associadas aos homens. Seguem-se, as mortes por doenças do aparelho digestivo, com destaque para a cirrose hepática, informada ou não com associação ao alcoolismo. Embora não exista grande diferença nos coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas, é preciso destacar que, entre os homens, predominam os cânceres de pulmão, vindo a seguir 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. (LAURENTI et al. 2005)

Pele que foi exposto nota-se a fragilidade do homem em relação a sua saúde, diante desse cenário, umas das diretrizes da PNAISH (2008) para amenizar essa situação consiste em: “entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção”; tal prioridade deve estar presente na atenção básica tendo como foco a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo longitudinal com focos nos óbitos das pessoas do sexo masculino. Foram analisados os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. O SIM é o mais antigo sistema de informação de saúde no país, foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975 e dispõe de dados consolidados nacionalmente a partir de 1979. O documento básico é a Declaração de Óbito – DO, padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças, estando implantada, desde 1996, a décima revisão. (RIPSA, 2013).

Os dados foram extraídos do Datasus/MS em junho de 2016. A população foi proveniente do censo (2010) e das projeções intercensitárias da população das Unidades da Federação segundo sexo e grupos de idade, produzidas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e disponibilizadas no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS – Datasus.

O Coeficiente de Mortalidade por Sexo – CMS foi calculado dividindo-se o número de óbitos por sexo pela população do referido sexo residente nessa área e ano, para o Brasil e Distrito Federal.

Em seguida foram calculadas as proporções dos óbitos por faixas etárias, principais grandes grupos de causas e causas específicas no Brasil e Distrito Federal, verificando assim, quais causas representaram as maiores proporções de óbitos nos anos de estudo. Tais informações foram comparadas no tempo, no espaço por sexo e faixa etária. Foi utilizado o capítulo 10 da classificação internacional de doenças para as análises de causas de mortes. As análises foram realizadas com o auxílio dos softwares Microsoft Excel.

5.2. Aspectos Éticos da Pesquisa

Por ser um tipo de estudo baseado em dados secundários de uso e acesso públicos e publicizáveis, onde a coleta foi realizada em bancos de dados de usuários não identificados, disponíveis nas bases de dados selecionadas, não foi necessário submeter o presente trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

6. RESULTADOS

6.1. Óbitos e coeficientes de mortalidade por sexo

No ano de 2013 foram registrados 1.209.863 óbitos no SIM, os óbitos no Distrito Federal correspondem a 0,94% desse total. O coeficiente de mortalidade para o sexo masculino no Brasil foi de 6,9 por mil habitantes e do Distrito Federal foi de 4,9. Em 2000 foi evidenciado que os óbitos masculinos são superiores (6,4), quando comparado ao feminino (4,5). Esses coeficientes aumentaram no decorrer dos anos, porém os dos homens continuam maiores que os das mulheres (6,9 para 5,1) respectivamente.

Os números de óbitos e os coeficientes de mortalidade por sexo para o Brasil e Distrito Federal, no ano de 2000 a 2013, estão descritos nas tabelas de 1 e 2.

Tabela 1. Números de óbitos e coeficiente de mortalidade segundo sexo (por mil habitantes) no Brasil, 2000-2013.

Ano	Óbitos		População		Coeficiente de mortalidade	
	Masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.
2000	552.127	393.606	86.169.657	87.278.690	6,4	4,5
2001	561.166	399.576	87.336.165	88.549.064	6,4	4,5
2002	571.402	410.737	88.480.530	89.795.598	6,5	4,6
2003	582.810	418.714	89.601.782	91.017.326	6,5	4,6
2004	593.750	429.625	90.698.483	92.213.004	6,5	4,7
2005	582.311	424.064	91.769.282	93.381.524	6,3	4,5
2006	593.786	437.429	92.813.167	94.521.970	6,4	4,6
2007	602.592	444.714	93.829.262	95.633.493	6,4	4,7
2008	619.278	457.269	94.816.963	96.715.476	6,5	4,7
2009	631.225	471.389	95.776.055	97.767.914	6,6	4,8
2010	649.378	487.137	96.706.703	98.791.094	6,7	4,9
2011	665.551	504.415	97.610.297	99.786.721	6,8	5,1
2012	670.743	509.885	98.487.258	100.755.204	6,8	5,1
2013	686.668	523.195	99.336.858	101.695.856	6,9	5,1

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No decorrer desses 14 anos percebe-se um aumento gradativo no coeficiente de mortalidade masculina no Brasil. Os coeficientes de mortalidades feminina demonstraram valores menores em relação ao masculino, com um aumento gradativo nos anos analisados, porém com uma menor variação de 4,5 para 5,1 óbitos por mil habitantes.

Os coeficientes masculinos no Distrito Federal apresentou uma leve variação de 5,0 em 2000, com máxima de 5,2 em 2004 e mínima de 4,8 em 2006, chegando a 4,9 óbitos por mil habitantes em 2013. Os coeficientes femininos do Distrito Federal demonstraram menores valores que os anteriores, com uma variação de 3,1 em 2000, chegando a 3,4 óbitos por mil habitantes em 2013. O coeficiente masculino embora tenha sido o único que apresentou uma discreta redução entre 2000 a 2013, o coeficiente ainda continua maior que o das mulheres, mas inferior quando comparado ao nível nacional (6,4).

Dados extraídos do DATASUS revelam que homens do Distrito Federal morrem mais que as mulheres; em 2013 o coeficiente de mortalidade dos homens foi de 4,9 e o das mulheres 3,4, mostrando uma diferença de 30% a mais; o resultado aponta um quantitativo maior no ano de 2011 com um coeficiente de 5,1 o qual vem diminuindo gradativamente.

Em todos os resultados houve um aumento nos coeficientes de mortalidade, com exceção do coeficiente masculino do Distrito Federal.

Tabela 2. Números de óbitos e coeficiente de mortalidade segundo sexo (por mil habitantes) no Distrito Federal, 2000-2013.

Ano	Óbitos		População		Coeficiente de Mortalidade	
	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.
2000	5.140	3.423	1.021.585	1.087.213	5,0	3,1
2001	5.226	3.532	1.038.836	1.109.770	5,0	3,2
2002	5.381	3.685	1.056.957	1.133.161	5,1	3,3
2003	5.474	3.616	1.075.979	1.157.494	5,1	3,1
2004	5.666	3.937	1.095.969	1.182.855	5,2	3,3
2005	5.564	3.856	1.116.999	1.209.356	5,0	3,2
2006	5.515	3.996	1.139.153	1.237.086	4,8	3,2
2007	5.716	4.150	1.162.491	1.266.146	4,9	3,3
2008	5.984	4.298	1.187.085	1.296.584	5,0	3,3
2009	6.125	4.332	1.213.021	1.328.413	5,0	3,3
2010	6.306	4.545	1.240.395	1.361.679	5,1	3,3
2011	6.530	4.722	1.268.616	1.395.828	5,1	3,4
2012	6.570	4.733	1.296.935	1.430.163	5,1	3,3
2013	6.479	4.928	1.325.217	1.464.544	4,9	3,4

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

6.2. Mortalidade proporcional segundo faixas etárias e sexo

Os padrões de mortalidade proporcional segundo faixas etárias e sexo no Brasil para os anos de 2000 a 2013, podem ser observados nas tabelas 3 e 4.

Houve um declínio significativo nas proporções de óbitos masculino do Brasil nas faixas etárias 0 a 4 anos (8,1% para 3,6%) e de 30 a 39 anos (8,1% para 6,8%). Nas faixas etárias de 50 a 59 anos e mais de 60 anos, houve um aumento na proporção de óbitos (12,6% para 13,8%) e de (49,3 para 56,9%), respectivamente.

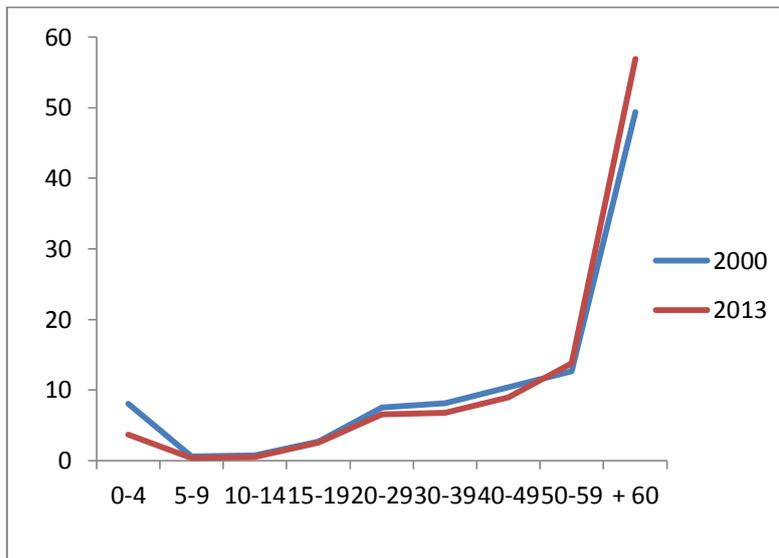
Tabela 3. Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo faixas etárias no Brasil, 2000-2013.

		Faixas Etárias									
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	+ 60	Total
2000	óbito	44.219	3.212	3.821	14.928	41.205	44.461	56.789	69.271	270.738	548.644
	(%)	8,1	0,6	0,7	2,7	7,5	8,1	10,4	12,6	49,3	100
2001	óbito	40.500	3.021	3.896	15.188	41.497	44.844	57.664	71.121	279.939	557.670
	(%)	7,3	0,5	0,7	2,7	7,4	8,0	10,3	12,8	50,2	100
2002	óbito	38.688	3.085	3.771	15.764	43.806	44.632	58.060	72.450	287.333	567.589
	(%)	6,8	0,5	0,7	2,8	7,7	7,9	10,2	12,8	50,6	100
2003	óbito	37.731	3.044	3.680	15.224	43.903	43.913	59.074	74.080	298.555	579.204
	(%)	6,5	0,5	0,6	2,6	7,6	7,6	10,2	12,8	51,5	100
2004	óbito	35.419	2.915	3.631	14.945	43.283	43.828	60.343	77.617	308.586	590.567
	(%)	6,0	0,5	0,6	2,5	7,3	7,4	10,2	13,1	52,3	100
2005	óbito	33.621	2.747	3.600	14.935	41.982	42.293	59.228	77.644	303.440	579.490
	(%)	5,8	0,5	0,6	2,6	7,2	7,3	10,2	13,4	52,4	100
2006	óbito	31.692	2.859	3.530	14.903	42.586	42.082	59.571	79.768	313.688	590.679
	(%)	5,4	0,5	0,6	2,5	7,2	7,1	10,1	13,5	53,1	100
2007	óbito	29.804	2.702	3.511	14.860	43.417	42.556	59.795	81.730	321.110	599.485
	(%)	5,0	0,5	0,6	2,5	7,2	7,1	10,0	13,6	53,6	100
2008	óbito	28.615	2.684	3.509	14.953	44.594	43.047	61.119	84.633	332.793	615.947
	(%)	4,6	0,4	0,6	2,4	7,2	7,0	9,9	13,7	54,0	100
2009	óbito	27.865	2.576	3.507	14.738	45.636	44.130	61.145	86.788	341.551	627.936
	(%)	4,4	0,4	0,6	2,3	7,3	7,0	9,7	13,8	54,4	100
2010	óbito	26.013	2.407	3.493	14.949	45.349	44.725	61.655	89.547	357.932	646.070
	(%)	4,0	0,4	0,5	2,3	7,0	6,9	9,5	13,9	55,4	100
2011	óbito	25.689	2.319	3.445	15.573	44.535	45.453	62.323	91.463	371.437	662.237
	(%)	3,9	0,4	0,5	2,4	6,7	6,9	9,4	13,8	56,1	100
2012	óbito	24.974	2.246	3.586	17.099	45.672	46.715	61.571	91.329	374.466	667.658
	(%)	3,7	0,3	0,5	2,6	6,8	7,0	9,2	13,7	56,1	100
2013	óbito	24.943	2.168	3.401	17.308	44.561	46.477	61.349	94.118	389.246	683.571
	(%)	3,6	0,3	0,5	2,5	6,5	6,8	9,0	13,8	56,9	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na curva da proporção de mortalidade masculina segundo faixa etária no Brasil percebemos onde os homens morrem mais, nas faixas etárias mais jovens, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, ainda que há uma queda para o ano de 2013, continua tendo um comportamento muito diferente.

Figura 1. Curva da proporção de mortalidade masculina segundo faixa etária no Brasil, 2000 a 2013.



As proporções de óbitos femininos do Brasil houve declínio em quase todas as faixas etárias no período de 2000 a 2013; na faixa etária 50 a 59 tiveram uma sutil variação e um aumento na faixa etária mais de 60 anos (63,9% para 72,5%).

Tabela 4. Números de óbitos e proporções de mortalidade feminina segundo faixas etárias no Brasil, 2000-2013.

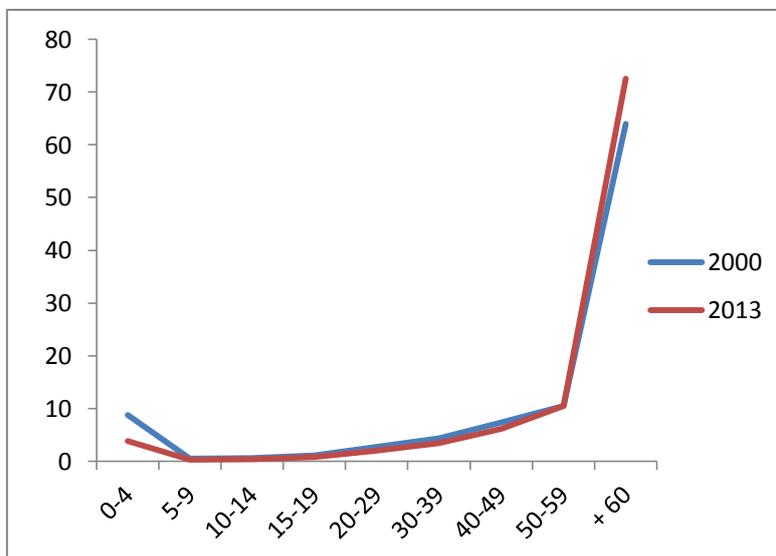
		Faixas Etárias									
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	+ 60	Total
2000	óbito	34.666	2.150	2.472	4.331	10.819	17.269	28.938	41.094	251.087	392.826
	(%)	8,8	0,5	0,6	1,1	2,8	4,4	7,4	10,5	63,9	100
2001	óbito	31.984	2.173	2.311	4.317	10.649	17.103	29.362	42.261	258.735	398.895
	(%)	8,0	0,5	0,6	1,1	2,7	4,3	7,4	10,6	64,9	100
2002	óbito	30.021	2.173	2.311	4.317	10.649	17.103	29.362	42.261	270.377	408.574
	(%)	7,3	0,5	0,6	1,1	2,6	4,2	7,2	10,3	66,2	100
2003	óbito	29.531	2.163	2.266	4.293	10.908	16.608	29.954	43.767	278.520	418.010
	(%)	7,1	0,5	0,5	1,0	2,6	4,0	7,2	10,5	66,6	100
2004	óbito	27.778	2.105	2.252	4.191	10.857	16.572	30.423	45.454	289.446	429.078
	(%)	6,5	0,5	0,5	1,0	2,5	3,9	7,1	10,6	67,5	100

		Faixas etárias									
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	+ 60	Total
2005	óbito	26.399	2.045	2.229	3.997	10.831	16.290	30.195	45.026	286.503	423.515
	(%)	6,2	0,5	0,5	0,9	2,6	3,8	7,1	10,6	67,6	100
2006	óbito	24.951	2.057	2.307	3.999	10.907	16.361	30.372	46.789	299.184	436.927
	(%)	5,7	0,5	0,5	0,9	2,5	3,7	7,0	10,7	68,5	100
2007	óbito	23.215	1.951	2.200	3.880	10.920	16.415	30.664	47.677	307.320	444.242
	(%)	5,2	0,4	0,5	0,9	2,5	3,7	6,9	10,7	69,2	100
2008	óbito	22.906	1.980	2.272	3.927	10.910	16.664	31.618	49.576	316.888	456.741
	(%)	5,0	0,4	0,5	0,9	2,4	3,6	6,9	10,9	69,4	100
2009	óbito	21.966	1.862	2.251	3.947	11.564	17.305	32.049	51.050	328.859	470.853
	(%)	4,7	0,4	0,5	0,8	2,5	3,7	6,8	10,8	69,8	100
2010	óbito	20.667	1.753	2.227	4.000	11.250	17.279	31.741	52.116	345.630	486.663
	(%)	4,2	0,4	0,5	0,8	2,3	3,6	6,5	10,7	71,0	100
2011	óbito	20.486	1.798	2.091	4.162	11.178	17.356	32.219	53.774	360.759	503.823
	(%)	4,1	0,4	0,4	0,8	2,2	3,4	6,4	10,7	71,6	100
2012	óbito	20.295	1.703	2.124	4.170	10.858	17.817	31.958	54.040	366.481	509.446
	(%)	4,0	0,3	0,4	0,8	2,1	3,5	6,3	10,6	71,9	100
2013	óbito	20.134	1.555	2.024	4.134	10.537	17.909	32.186	55.149	379.092	522.720
	(%)	3,9	0,3	0,4	0,8	2,0	3,4	6,2	10,6	72,5	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na curva da proporção de mortalidade feminina segundo faixa etária no Brasil uma queda na faixa etária menores de cinco anos, uma pequena redução nas demais, porém um aumento significativo em mais de 60 anos.

Figura 2. Curva da proporção de mortalidade feminina segundo faixa etária no Brasil, 2000 a 2013.



Os padrões de mortalidade proporcional segundo faixas etárias e sexo no Distrito Federal para os anos de 2000 a 2013, podem ser observados nas tabelas 5 e 6.

No Distrito Federal houve redução na proporção de óbitos do sexo masculino em quase todas as faixas etárias; de 10 a 14 anos quase não apresentou alteração; já nas de 50 a 59 anos e mais de 60 anos, houve um aumento de (12,9% para 13,3%) e de (38,7% para 49,9%), respectivamente.

Na faixa etária mais de 60 anos, os homens tem uma proporção de mortalidade menor que as mulheres e menor que as proporções nacionais.

Tabela 5. Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo faixas etárias no Distrito Federal, 2000-2013.

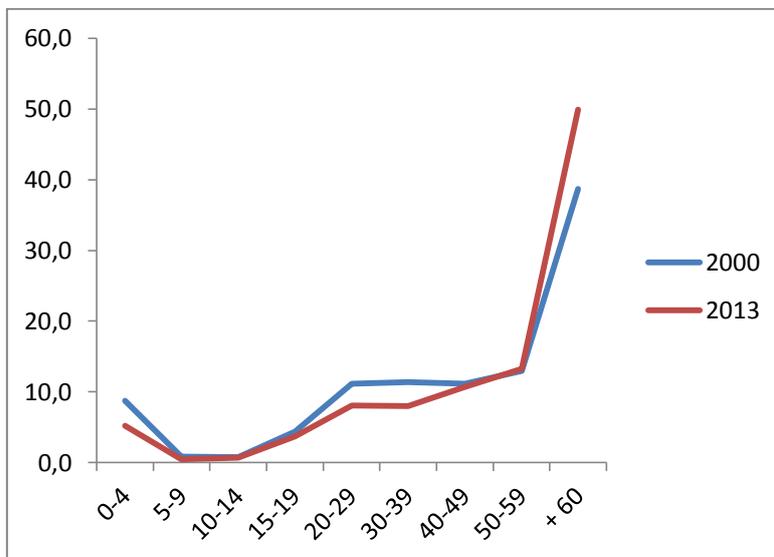
		Faixas Etárias									
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	+ 60	Total
2000	óbito	445	43	38	224	569	580	567	658	1970	5.094
	(%)	8,7	0,8	0,7	4,4	11,2	11,4	11,1	12,9	38,7	100
2001	óbito	451	41	48	252	573	542	601	690	1963	5.161
	(%)	8,7	0,8	0,9	4,9	11,1	10,5	11,6	13,4	38,0	100
2002	óbito	405	41	41	198	590	534	650	674	2191	5.324
	(%)	7,6	0,8	0,8	3,7	11,1	10,0	12,2	12,7	41,2	100
2003	óbito	394	30	43	214	602	576	638	689	2222	5.408
	(%)	7,3	0,6	0,8	4,0	11,1	10,7	11,8	12,7	41,1	100
2004	óbito	406	31	45	210	575	566	675	784	2316	5.608
	(%)	7,2	0,6	0,8	3,7	10,3	10,1	12,0	14,0	41,3	100
2005	óbito	405	39	45	198	568	563	613	720	2366	5.517
	(%)	7,3	0,7	0,8	3,6	10,3	10,2	11,1	13,1	42,9	100
2006	óbito	368	23	59	168	530	529	597	761	2421	5.456
	(%)	6,7	0,4	1,1	3,1	9,7	9,7	10,9	13,9	44,4	100
2007	óbito	326	23	42	187	616	531	639	719	2548	5.631
	(%)	5,8	0,4	0,7	3,3	10,9	9,4	11,3	12,8	45,2	100
2008	óbito	335	28	49	188	590	552	720	761	2669	5.892
	(%)	5,7	0,5	0,8	3,2	10,0	9,4	12,2	12,9	45,3	100
2009	óbito	341	30	55	218	613	577	665	772	2768	6.037
	(%)	5,6	0,5	0,9	3,6	10,2	9,6	11,0	12,8	45,9	100
2010	óbito	340	27	42	216	550	554	696	795	2975	6.195
	(%)	5,5	0,4	0,7	3,5	8,9	8,9	11,2	12,8	48,0	100
2011	óbito	329	30	49	228	573	626	678	815	3089	6.417
	(%)	5,1	0,5	0,8	3,6	8,9	9,8	10,6	12,7	48,1	100
2012	óbito	330	23	41	254	557	592	696	911	3081	6.485
	(%)	5,1	0,4	0,6	3,9	8,6	9,1	10,7	14,0	47,5	100

		Faixas Etárias									
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	+ 60	Total
2013	óbito	332	28	42	237	518	512	686	849	3195	6.399
	(%)	5,2	0,4	0,7	3,7	8,1	8,0	10,7	13,3	49,9	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na curva da proporção de mortalidade masculina segundo faixa etária no Distrito Federal, não diferente do Brasil, apresentou uma proporção significativa nas faixas etárias de 20 a 29 e 30 a 39 anos, que apesar da redução em 2013 ainda apresentou um comportamento diferente.

Figura 3. Curva da proporção de mortalidade masculina segundo faixa etária no Distrito Federal, 2000 a 2013.



Para a proporção dos óbitos feminino do Distrito Federal houve diminuição em todas as faixas etárias no decorrer dos anos de 2000 a 2013, com exceção de da faixa etária de mais de 60 que teve um aumento na proporção de 59,9% para 69,9%. As mulheres também apresentaram uma proporção de mortalidade menor do que a nível federal.

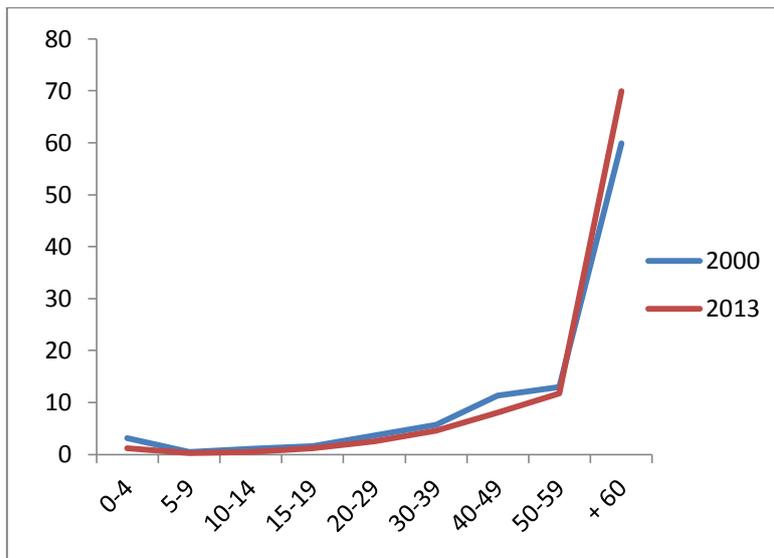
Tabela 6. Números de óbitos e proporções de mortalidade feminina segundo faixas etárias no Distrito Federal, 2000-2013.

		Faixas Etária									Total
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	+ 60	
2000	óbito	92	15	32	47	107	168	331	380	1751	2.923
	(%)	3,1	0,5	1,1	1,6	3,7	5,7	11,3	13,0	59,9	100
2001	óbito	94	30	24	50	116	187	270	424	1823	3.018
	(%)	3,1	1,0	0,8	1,7	3,8	6,2	8,9	14,0	60,4	100
2002	óbito	97	32	19	53	127	187	292	429	1970	3.206
	(%)	3,0	1,0	0,6	1,7	4,0	5,8	9,1	13,4	61,4	100
2003	óbito	74	18	24	44	108	197	333	434	1900	3.132
	(%)	2,4	0,6	0,8	1,4	3,4	6,3	10,6	13,9	60,7	100
2004	óbito	84	15	22	43	133	189	317	449	2214	3.466
	(%)	2,4	0,4	0,6	1,2	3,8	5,5	9,1	13,0	63,9	100
2005	óbito	80	13	23	21	116	165	330	477	2244	3.469
	(%)	2,3	0,4	0,7	0,6	3,3	4,8	9,5	13,8	64,7	100
2006	óbito	65	25	19	32	115	204	345	474	2320	3.599
	(%)	1,8	0,7	0,5	0,9	3,2	5,7	9,6	13,2	64,5	100
2007	óbito	72	31	23	42	137	181	321	489	2489	3.785
	(%)	1,9	0,8	0,6	1,1	3,6	4,8	8,5	12,9	65,8	100
2008	óbito	67	22	19	40	121	204	346	497	2617	3.933
	(%)	1,7	0,6	0,5	1,0	3,1	5,2	8,8	12,6	66,5	100
2009	óbito	53	23	28	53	131	179	370	529	2603	3.969
	(%)	1,3	0,6	0,7	1,3	3,3	4,5	9,3	13,3	65,6	100
2010	óbito	53	27	22	31	113	195	359	526	2858	4.184
	(%)	1,3	0,6	0,5	0,7	2,7	4,7	8,6	12,6	68,3	100
2011	óbito	48	21	30	52	145	224	358	551	2952	4.381
	(%)	1,1	0,5	0,7	1,2	3,3	5,1	8,2	12,6	67,4	100
2012	óbito	61	15	21	54	116	174	371	531	3070	4.413
	(%)	1,4	0,3	0,5	1,2	2,6	3,9	8,4	12,0	69,6	100
2013	óbito	55	11	22	56	115	206	368	532	3173	4.538
	(%)	1,2	0,2	0,5	1,2	2,5	4,5	8,1	11,7	69,9	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na curva da proporção de mortalidade feminina segundo faixa etária no Distrito federal, temos um comportamento diferente na faixa de 40 a 49 anos com uma proporção maior de óbitos, que embora em 2013 houvesse uma queda essa proporção ainda continua sendo expressiva.

Figura 4. Curva da proporção de mortalidade feminina segundo faixa etária no Distrito Federal, 2000 a 2013.



Todas as curvas mostram um decréscimo relevante de proporção de óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos de 2013 em relação a 2000 e pouca variações nas faixas etárias seguintes; com exceção da faixa etária de mais de 60 anos que teve um aumento em todas as curvas, com um destaque para curva masculina do DF que apresentou uma maior diferença de proporção, com uma variação de (38,7% para 49,9%). Ao se comparar as curvas de mortalidade proporcional por idade, para ambos os sexos, é possível observar que existe, proporcionalmente, um excesso de mortalidade entre homens jovens, especialmente nas faixas etárias de 20 a 29 anos, em comparação com as mulheres. Isso se reflete em maior sobrevivência das mulheres e maior proporção de óbitos em mulheres idosas, em relação aos homens da mesma faixa de idade.

6.3. Mortalidade proporcional segundo grandes grupos de causas

Os números absolutos e os percentuais de óbitos, segundo grandes grupos de causas, no Brasil e Distrito Federal, em 2000 a 2013, podem ser observados nas Tabelas 7 e 8.

Em 2013 foram registrados 178.428 óbitos masculinos por doenças do aparelho circulatório no Brasil. Essas doenças representam 28,6% do total de óbitos masculinos, sendo o principal grupo de causas de óbito; a proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório foram as mais elevada. O segundo principal grupo de causas de óbito masculino no Brasil foram os de causas externas (124.699

óbitos, 20,0%), seguido pelas neoplasias (105,211 óbitos, 16,9%) e doenças do aparelho respiratório (71.816 óbitos, 11,5%). As doenças infecciosas e parasitárias compõem o sétimo grupo de causas de óbito mais importante no Brasil (4,8%), de 2000 a 2013, teve uma redução relevante (6,1% para 4,8%).

Houve uma redução na proporção das doenças do aparelho circulatório (30,6% para 28,6%) e de causas externas (22,2%, com um aumento para 22,7% em 2002, para 20,0% em 2013); as doenças do aparelho respiratório tiveram uma sutil variação (11,0% para 11,5%) e um destaque para as neoplasias com uma variação (14,5% para 16,9%), correspondendo um aumento de 14% de 2000 a 2013.

Tabela 7. Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo grandes grupos de causas no Brasil, 2000 a 2013.

		Cap I	Cap II	Cap III	Cap IV	Cap V	Cap VI	Cap IX	Cap X	Cap XI	Cap XIV	Cap XX	Total
2000	óbito	27.205	65.053	2.450	20.968	4.999	6.398	137.339	49.285	28.311	7.271	99.502	448.781
	(%)	6,1	14,5	0,5	4,7	1,1	1,4	30,6	11,0	6,3	1,6	22,2	100
2001	óbito	27.277	67.468	2.715	21.221	5.371	6.654	139.313	50.026	29.200	7.697	102.311	459.253
	(%)	5,9	14,7	0,6	4,6	1,2	1,4	30,3	10,9	6,4	1,7	22,3	100
2002	óbito	27.257	70.250	2.525	21.683	5.496	6.964	140.030	51.716	29.907	7.899	106.714	470.441
	(%)	5,8	14,9	0,5	4,6	1,2	1,5	29,8	11,0	6,4	1,7	22,7	100
2003	óbito	27.730	72.622	2.684	22.943	5.745	7.350	144.649	53.629	30.510	8.337	106.815	483.014
	(%)	5,7	15,0	0,6	4,7	1,2	1,5	29,9	11,1	6,3	1,7	22,1	100
2004	óbito	27.437	76.065	2.576	23.857	6.355	7.957	150.383	55.785	31.500	9.078	107.032	498.025
	(%)	5,5	15,3	0,5	4,8	1,3	1,6	30,2	11,2	6,3	1,8	21,5	100
2005	óbito	27.399	79.579	2.543	24.298	6.968	8.378	148.966	53.017	32.212	9.548	106.651	499.559
	(%)	5,5	15,9	0,5	4,9	1,4	1,7	29,8	10,6	6,4	1,9	21,3	100
2006	óbito	27.443	83.745	2.762	26.331	7.735	9.656	158.502	55.507	33.258	9.138	107.266	521.343
	(%)	5,3	16,1	0,5	5,1	1,5	1,9	30,4	10,6	6,4	1,8	20,6	100
2007	óbito	26.981	87.053	2.922	27.317	8.219	10.112	161.930	56.115	34.382	9.477	109.323	533.831
	(%)	5,1	16,3	0,5	5,1	1,5	1,9	30,3	10,5	6,4	1,8	20,5	100
2008	óbito	27.837	90.176	2.969	28.864	8.883	10.852	166.811	56.204	35.260	10.113	112.986	550.955
	(%)	5,1	16,4	0,5	5,2	1,6	2,0	30,3	10,2	6,4	1,8	20,5	100
2009	óbito	27.577	92.515	3.030	29.870	8.648	11.267	167.819	60.350	35.706	11.499	115.165	563.446
	(%)	4,9	16,4	0,5	5,3	1,5	2,0	29,8	10,7	6,3	2,0	20,4	100
2010	óbito	28.366	96.188	3.176	31.450	9.147	12.080	171.263	63.015	36.970	12.252	118.192	582.099
	(%)	4,9	16,5	0,5	5,4	1,6	2,1	29,4	10,8	6,4	2,1	20,3	
2011	óbito	28.347	98.444	3.225	33.296	9.833	12.844	175.254	66.443	38.019	13.180	119.947	598.832
	(%)	4,7	16,4	0,5	5,6	1,6	2,1	29,3	11,1	6,3	2,2	20,0	100
2012	óbito	28.389	101.974	3.220	32.414	9.151	13.453	174.428	66.344	38.087	13.728	125.253	606.441
	(%)	4,7	16,8	0,5	5,3	1,5	2,2	28,8	10,9	6,3	2,3	20,7	100
2013	óbito	29.793	105.211	3.126	33.726	9.448	14.089	178.027	71.816	38.941	14.610	124.699	623.486
	(%)	4,8	16,9	0,5	5,4	1,5	2,3	28,6	11,5	6,2	2,3	20,0	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No Distrito Federal as duas principais causas de óbitos masculinos em 2013 foram doenças do aparelho circulatório (1.672 óbitos, 27,3%) e causas externas (1.508 óbitos, 24,6%); as neoplasias ocupam a terceira posição (1.134 óbitos, 18,5%); seguida das doenças do aparelho respiratório (484 óbitos, 7,9%).

No ano de 2000 causas externas atinge um maior percentual de óbitos (29,2%) em relação às doenças do aparelho circulatório (26,7%), a proporção de ambas são próximas, porém no decorrer dos anos houve uma queda na proporção de óbitos masculinos para causas externas (29,2% para 24,6%) e um aumento para as doenças do aparelho circulatório (26,7% para 27,3%). Doença do aparelho respiratório apresentou uma variação (6,9% para 7,9%); nesse mesmo intervalo as neoplasias tiveram uma maior variação (14,9% para 18,5%) com 19% a mais.

As principais causas de óbitos masculinos são similares proporcionalmente entre o Brasil e Distrito Federal, as quatro principais doenças foram as mesmas: doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, nessa ordem. Em ambas houve um aumento nas proporções de neoplasias e doenças do aparelho circulatório e um decréscimo em causas externas; somente nas proporções das doenças do aparelho circulatório que foram diferentes, nas proporções do Brasil houve uma queda e na do Distrito Federal um aumento.

Tabela 8. Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina segundo grandes grupos de causas no Distrito Federal, 2000 a 2013.

		Cap I	Cap II	Cap III	Cap IV	Cap V	Cap VI	Cap IX	Cap X	Cap XI	Cap XIV	Cap XX	Total
2000	óbito	312	687	17	190	87	71	1.232	316	289	63	1.343	4607
	(%)	6,8	14,9	0,4	4,1	1,9	1,5	26,7	6,9	6,3	1,4	29,2	100
2001	óbito	262	698	26	196	85	88	1.249	366	275	55	1.335	4635
	(%)	5,7	15,1	0,6	4,2	1,8	1,9	26,9	7,9	5,9	1,2	28,8	100
2002	óbito	307	758	17	214	70	95	1.342	364	299	70	1.287	4823
	(%)	6,4	15,7	0,4	4,4	1,5	2,0	27,8	7,5	6,2	1,5	26,7	100
2003	óbito	260	732	14	208	90	67	1.428	333	315	90	1.437	4974
	(%)	5,2	14,7	0,3	4,2	1,8	1,3	28,7	6,7	6,3	1,8	28,9	100
2004	óbito	275	810	15	208	111	101	1.535	348	335	53	1.377	5168
	(%)	5,3	15,7	0,3	4,0	2,1	2,0	29,7	6,7	6,5	1,0	26,6	100
2005	óbito	275	832	14	227	126	123	1.441	364	313	82	1.336	5133
	(%)	5,4	16,2	0,3	4,4	2,5	2,4	28,1	7,1	6,1	1,6	26,0	100
2006	óbito	278	849	18	191	98	122	1.455	377	318	56	1.322	5084
	(%)	5,5	16,7	0,4	3,8	1,9	2,4	28,6	7,4	6,3	1,1	26,0	100

		Cap I	Cap II	Cap III	Cap IV	Cap V	Cap VI	Cap IX	Cap X	Cap XI	Cap XIV	Cap XX	Total
2007	óbito	269	880	18	224	96	110	1.525	386	311	81	1.428	5328
	(%)	5,0	16,5	0,3	4,2	1,8	2,1	28,6	7,2	5,8	1,5	26,8	100
2008	óbito	276	927	19	267	110	106	1.520	436	352	77	1.508	5598
	(%)	4,9	16,6	0,3	4,8	2,0	1,9	27,2	7,8	6,3	1,4	26,9	100
2009	óbito	241	1.008	30	224	115	136	1.517	450	348	104	1.566	5739
	(%)	4,2	17,6	0,5	3,9	2,0	2,4	26,4	7,8	6,1	1,8	27,3	100
2010	óbito	271	1.044	24	265	128	141	1.586	513	348	94	1.536	5950
	(%)	4,6	17,5	0,4	4,5	2,2	2,4	26,7	8,6	5,8	1,6	25,8	100
2011	óbito	255	1.074	45	254	136	145	1.614	513	417	107	1.617	6177
	(%)	4,1	17,4	0,7	4,1	2,2	2,3	26,1	8,3	6,8	1,7	26,2	100
2012	óbito	277	1.104	25	275	118	150	1.627	481	394	87	1.687	6225
	(%)	4,4	17,7	0,4	4,4	1,9	2,4	26,1	7,7	6,3	1,4	27,1	100
2013	óbito	288	1.134	18	265	109	157	1.672	484	393	91	1.508	6119
	(%)	4,7	18,5	0,3	4,3	1,8	2,6	27,3	7,9	6,4	1,5	24,6	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

6.4. Mortalidade proporcional segundo grupos de causas específicas

Os números absolutos e os percentuais de óbitos masculinos, segundo grupos de causas específicas no Brasil e Distrito Federal de 2000 a 2013, podem ser observados nas Tabelas 9 e 10.

Essas tabelas são referentes as 20 principais causas de óbitos do sexo masculino, bem como a sua evolução no decorrer dos anos de 2000 a 2013 no Brasil e Distrito Federal. Em 2013 no Brasil foram registrados 50.497 óbitos de infarto do miocárdio, nesses anos analisados mostraram uma evolução crescente, com 12,3% em 2000 para 15,3% em 2013; seguida por agressão em disparo de armas (9,4% a 10,5%) e mortes sem assistências (15,1% a 3,3%) com uma queda significativa. Outros destaques são para os casos de pneumonia e diabetes mellitus que no decorrer desses anos aumentaram nas proporções de (5,0% a 9,4) e (4,8% a 6,6%), respectivamente.

Tabela 9. Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina por grupos de causas específicas no Brasil, 2000 a 2013.

		Inf. do miocárdio	Agr. disp. armas	Mortes s/ assist.	Causas mal definidas	AVC	Pneu-monia	D. Mellitus	Out. doe. pulm.	Ins. Cardíaca	Neop. dos pulmões	Total
2000	óbito	35.236	27.054	43.368	23.534	22.436	14.397	13.842	15.336	13.696	10.076	286.449
	(%)	12,3	9,4	15,1	8,2	7,8	5,0	4,8	5,4	4,8	3,5	100
2001	óbito	35.689	29.488	40.557	25.776	22.548	14.618	13.763	15.527	13.334	10.392	289.216
	(%)	12,3	10,2	14,0	8,9	7,8	5,1	4,8	5,4	4,6	3,6	100
2002	óbito	36.258	30.260	40.814	24.319	22.360	15.627	14.152	16.055	13.078	10.690	293.084
	(%)	12,4	10,3	13,9	8,3	7,6	5,3	4,8	5,5	4,5	3,6	100
2003	óbito	37.077	31.589	39.169	24.525	22.232	16.567	14.806	17.167	13.124	11.007	298.942
	(%)	12,4	10,6	13,1	8,2	7,4	5,5	5,0	5,7	4,4	3,7	100
2004	óbito	38.669	29.796	35.891	24.556	22.030	17.840	15.549	18.220	13.461	11.685	303.366
	(%)	12,7	9,8	11,8	8,1	7,3	5,9	5,1	6,0	4,4	3,9	100
2005	óbito	38.090	29.054	26.862	22.194	20.789	16.969	15.936	17.377	12.917	11.963	288.732
	(%)	13,2	10,1	9,3	7,7	7,2	5,9	5,5	6,0	4,5	4,1	100
2006	óbito	41.131	30.370	18.656	20.590	23.253	19.965	17.555	17.901	13.653	12.072	293.980
	(%)	14,0	10,3	6,3	7,0	7,9	6,8	6,0	6,1	4,6	4,1	100
2007	óbito	42.431	29.559	16.015	20.248	22.925	20.645	18.305	17.978	13.705	12.770	295.994
	(%)	14,3	10,0	5,4	6,8	7,7	7,0	6,2	6,1	4,6	4,3	100
2008	óbito	44.417	30.488	15.677	21.175	23.252	21.121	19.534	17.798	13.504	13.079	304.345
	(%)	14,6	10,0	5,2	7,0	7,6	6,9	6,4	5,8	4,4	4,3	100
2009	óbito	45.017	31.599	14.905	21.013	22.651	23.669	20.051	18.122	13.125	13.240	308.532
	(%)	14,6	10,2	4,8	6,8	7,3	7,7	6,5	5,9	4,3	4,3	100
2010	óbito	47.017	31.328	14.490	21.629	22.764	25.021	21.127	19.041	13.237	13.607	316.531
	(%)	14,9	9,9	4,6	6,8	7,2	7,9	6,7	6,0	4,2	4,3	100
2011	óbito	48.765	30.691	13.412	22.155	22.912	26.865	22.408	19.909	13.215	13.639	321.872
	(%)	15,2	9,5	4,2	6,9	7,1	8,3	7,0	6,2	4,1	4,2	100
2012	óbito	49.511	33.615	12.208	21.240	21.642	27.615	21.558	19.281	12.822	14.214	322.028
	(%)	15,4	10,4	3,8	6,6	6,7	8,6	6,7	6,0	4,0	4,4	100
2013	óbito	50.497	34.522	11.002	21.595	21.488	30.876	21.848	20.172	13.240	14.743	330.212
	(%)	15,3	10,5	3,3	6,5	6,5	9,4	6,6	6,1	4,0	4,5	100

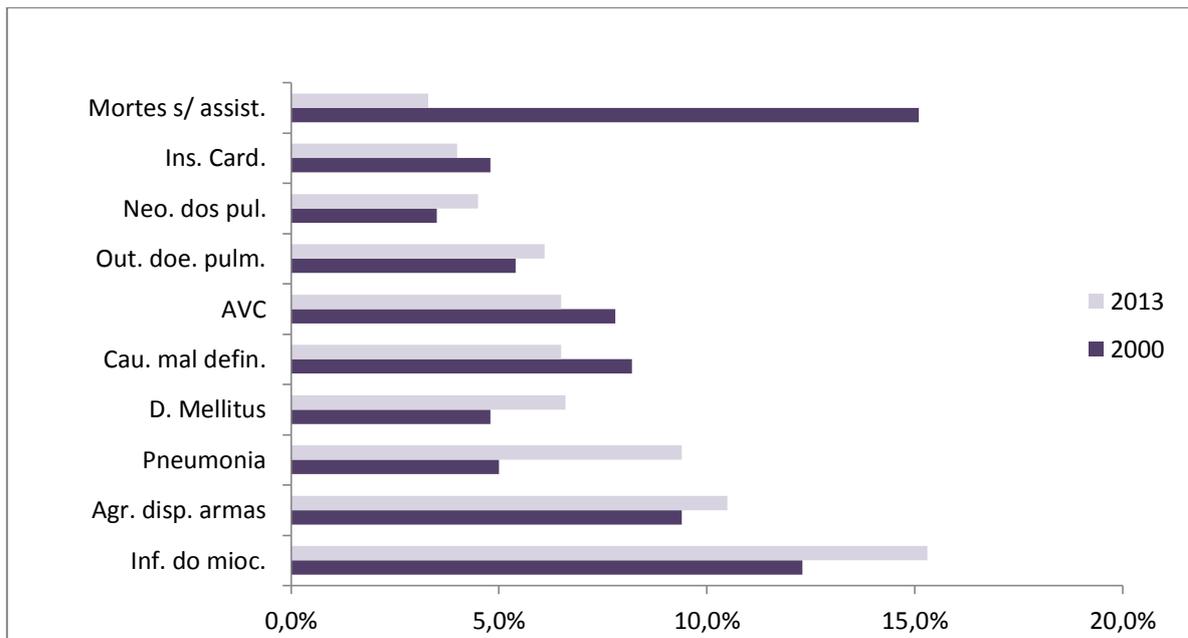
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

		Neo. próstata	D. isq. cron. cor.	Neo. estômago	Hipert. essenc.	Cardio- miopatia	Hemor. Intracrer.	D. alc. fígado	Ac. veíc. Motor	D. card. Hipert.	Fibrose e cirrose	Total
2000	óbito	7.490	7.600	7.181	4.043	7.700	7.212	5.631	8.415	5.260	6.942	286.449
	(%)	2,6	2,7	2,5	1,4	2,7	2,5	2,0	2,9	1,8	2,4	100
2001	óbito	8.033	7.604	7.262	4.366	7.528	7.237	5.743	7.607	5.265	6.879	289.216
	(%)	2,8	2,6	2,5	1,5	2,6	2,5	2,0	2,6	1,8	2,4	100
2002	óbito	8.389	7.749	7.576	4.656	7.238	7.301	6.207	8.038	5.367	6.950	293.084
	(%)	2,9	2,6	2,6	1,6	2,5	2,5	2,1	2,7	1,8	2,4	100
2003	óbito	8.977	7.936	7.711	5.184	7.464	7.600	6.269	7.621	5.881	7.036	298.942
	(%)	3,0	2,7	2,6	1,7	2,5	2,5	2,1	2,5	2,0	2,4	100
2004	óbito	9.590	8.230	7.951	5.973	8.081	7.953	6.650	7.662	6.483	7.096	303.366
	(%)	3,2	2,7	2,6	2,0	2,7	2,6	2,2	2,5	2,1	2,3	100
2005	óbito	10.214	7.927	8.124	6.864	7.847	7.597	7.021	7.487	6.785	6.715	288.732
	(%)	3,5	2,7	2,8	2,4	2,7	2,6	2,4	2,6	2,3	2,3	100
2006	óbito	11.007	8.499	8.136	7.988	7.942	7.700	7.414	6.191	7.028	6.929	293.980
	(%)	3,7	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,1	2,4	2,4	100
2007	óbito	11.478	8.379	8.423	8.669	7.963	7.602	7.774	6.463	7.476	7.186	295.994
	(%)	3,9	2,8	2,8	2,9	2,7	2,6	2,6	2,2	2,5	2,4	100
2008	óbito	12.121	8.589	8.305	9.487	7.883	7.700	8.256	6.631	8.327	7.001	304.345
	(%)	4,0	2,8	2,7	3,1	2,6	2,5	2,7	2,2	2,7	2,3	100
2009	óbito	12.274	8.608	8.467	10.049	8.096	7.789	8.159	6.262	8.303	7.133	308.532
	(%)	4,0	2,8	2,7	3,3	2,6	2,5	2,6	2,0	2,7	2,3	100
2010	óbito	12.778	8.655	8.633	10.199	7.880	7.787	8.676	7.451	8.204	7.007	316.531
	(%)	4,0	2,7	2,7	3,2	2,5	2,5	2,7	2,4	2,6	2,2	100
2011	óbito	13.129	8.984	8.608	10.501	7.661	7.671	9.036	7.265	8.113	6.933	321.872
	(%)	4,1	2,8	2,7	3,3	2,4	2,4	2,8	2,3	2,5	2,2	100
2012	óbito	13.354	8.929	8.720	10.432	7.507	7.942	9.068	7.474	7.896	7.000	322.028
	(%)	4,1	2,8	2,7	3,2	2,3	2,5	2,8	2,3	2,5	2,2	100
2013	óbito	13.772	9.473	9.142	10.875	7.888	7.942	9.194	6.848	8.047	7.048	330.212
	(%)	4,2	2,9	2,8	3,3	2,4	2,4	2,8	2,1	2,4	2,1	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O gráfico demonstra com maior nitidez essa evolução, evidenciando uma queda expressiva para os óbitos nas causas sem assistência e causas mal definidas, e um aumento para o infarto do miocárdio em 2000 a 2013.

Figura 5. Proporção de óbitos masculinos segundo causas específicas no Brasil, 2000 e 2013.



No Distrito Federal a agressão por disparo de armas assume a primeira posição em óbitos com um registro de 546 casos em 2013, obtendo uma variação de (18,2% a 17,5%) com uma queda de 6,4% em 2010 chegando até 1,5 em 2011. A segunda principal causa foi o infarto do miocárdio com (8,4% a 9,8%); os demais tiveram pouca variação no decorrer dos anos.

Analisando a trajetória da evolução das vinte principais causas de morte no Distrito federal, observou que algumas tiveram poucas variações como: diabetes mellitus (5,4% a 5,7%) e pneumonia (5,1% a 5,8%); agressão por disparo de armas teve considerável variação, como já mencionado, atingindo seu maior percentual em 2009 com (21,1%); algumas aumentaram sua ocorrência como: insuficiência cardíaca (3,5% a 5,2%), neoplasia dos pulmões (3,7% a 5,5%); outras diminuíram como: pedestre por traumatismo (4,7% a 0,8%), AVC (acidente vascular cerebral) (5,4% a 4,7%) e cardiomiopatia (5,5% a 3,4%).

Tabela 10. Números de óbitos e proporções de mortalidade masculina por grupos de causas específicas: Distrito Federal, 2000 a 2013.

		Agr. disp. armas	Inf. do miocárdio	Cardiomiopatia	D. Mellitus	Pneumonia	AVC	Ins. Cardíaca	Out. doe. pulm.	Neop. dos pulmões	Pedestre traum.	Total
2000	óbito	477	220	144	142	134	142	91	81	96	124	2.628
	(%)	18,2	8,4	5,5	5,4	5,1	5,4	3,5	3,1	3,7	4,7	100
2001	óbito	469	207	188	142	129	163	94	109	116	131	2.639
	(%)	17,8	7,8	7,1	5,4	4,9	6,2	3,6	4,1	4,4	5,0	100
2002	óbito	439	241	164	164	128	153	112	122	90	140	2.727
	(%)	16,1	8,8	6,0	6,0	4,7	5,6	4,1	4,5	3,3	5,1	100
2003	óbito	519	240	220	170	118	147	141	116	94	146	2.826
	(%)	18,4	8,5	7,8	6,0	4,2	5,2	5,0	4,1	3,3	5,2	100
2004	óbito	474	313	203	162	130	137	207	123	105	131	2.977
	(%)	15,9	10,5	6,8	5,4	4,4	4,6	7,0	4,1	3,5	4,4	100
2005	óbito	422	256	216	176	139	142	125	122	127	133	2.773
	(%)	15,2	9,2	7,8	6,3	5,0	5,1	4,5	4,4	4,6	4,8	100
2006	óbito	398	284	186	145	140	139	142	128	116	121	2.757
	(%)	14,4	10,3	6,7	5,3	5,1	5,0	5,2	4,6	4,2	4,4	100
2007	óbito	487	283	232	164	163	138	130	123	129	126	2.860
	(%)	17,0	9,9	8,1	5,7	5,7	4,8	4,5	4,3	4,5	4,4	100
2008	óbito	531	257	192	199	155	188	185	156	121	111	3.077
	(%)	17,3	8,4	6,2	6,5	5,0	6,1	6,0	5,1	3,9	3,6	100
2009	óbito	619	267	214	163	171	131	167	160	140	96	3.074
	(%)	20,1	8,7	7,0	5,3	5,6	4,3	5,4	5,2	4,6	3,1	100
2010	óbito	173	307	181	199	227	117	160	154	154	120	2.708
	(%)	6,4	11,3	6,7	7,3	8,4	4,3	5,9	5,7	5,7	4,4	100
2011	óbito	38	310	122	175	205	157	135	155	130	113	2.555
	(%)	1,5	12,1	4,8	6,8	8,0	6,1	5,3	6,1	5,1	4,4	100
2012	óbito	350	347	90	194	205	132	173	140	156	56	2.838
	(%)	12,3	12,2	3,2	6,8	7,2	4,7	6,1	4,9	5,5	2,0	100
2013	óbito	546	306	107	177	181	146	161	175	170	25	3.115
	(%)	17,5	9,8	3,4	5,7	5,8	4,7	5,2	5,6	5,5	0,8	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

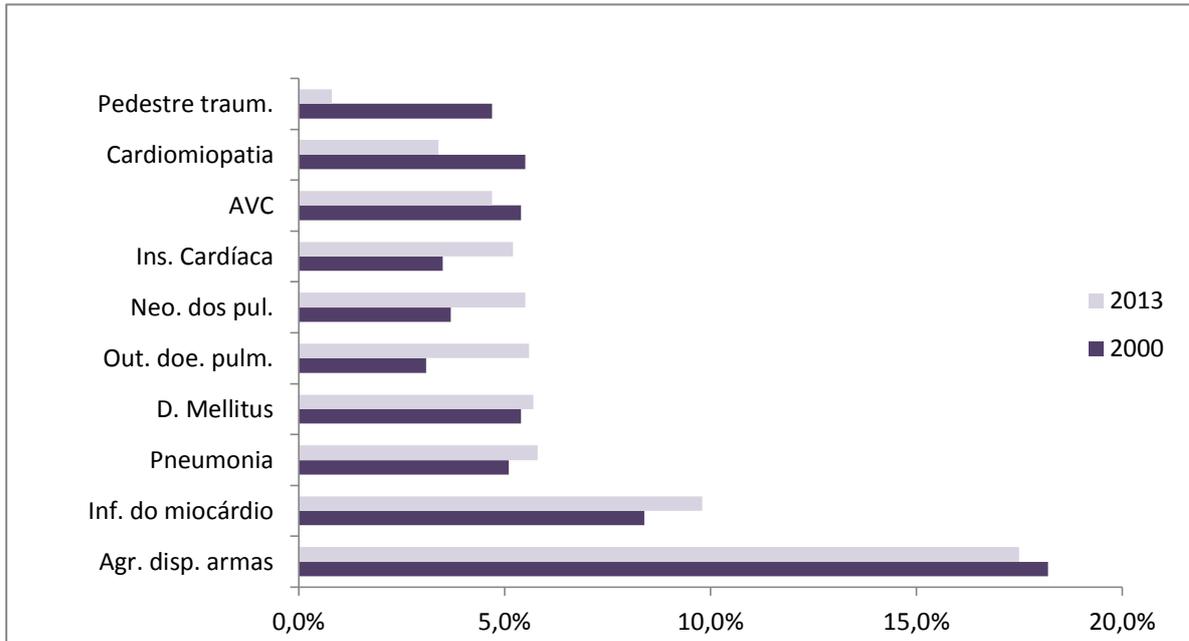
		Neo. Prós-tata	D. de chagas	Agr. obj. cortante	D. alc. fígado	Causas mal definidas	Transt. mentais	D. isq. cron. cor.	Hemor. Intracer	Neo. estômago	Seq. Cérebro-vascular	Total
2000	óbito	83	133	97	87	175	86	108	88	71	49	2.628
	(%)	3,2	5,1	3,7	3,3	6,7	3,3	4,1	3,3	2,7	1,9	100
2001	óbito	81	109	104	60	182	84	94	75	52	50	2.639
	(%)	3,1	4,1	3,9	2,3	6,9	3,2	3,6	2,8	2,0	1,9	100
2002	óbito	84	127	91	93	187	69	99	85	71	68	2.727
	(%)	3,1	4,7	3,3	3,4	6,9	2,5	3,6	3,1	2,6	2,5	100
2003	óbito	88	103	85	84	149	88	96	82	71	69	2.826
	(%)	3,1	3,6	3,0	3,0	5,3	3,1	3,4	2,9	2,5	2,4	100
2004	óbito	84	111	94	107	148	107	72	92	90	87	2.977
	(%)	2,8	3,7	3,2	3,6	5,0	3,6	2,4	3,1	3,0	2,9	100
2005	óbito	110	101	93	87	87	124	82	81	81	69	2.773
	(%)	4,0	3,6	3,4	3,1	3,1	4,5	3,0	2,9	2,9	2,5	100
2006	óbito	113	117	121	104	101	91	77	78	74	82	2.757
	(%)	4,1	4,2	4,4	3,8	3,7	3,3	2,8	2,8	2,7	3,0	100
2007	óbito	97	99	92	93	87	88	60	100	84	85	2.860
	(%)	3,4	3,5	3,2	3,3	3,0	3,1	2,1	3,5	2,9	3,0	100
2008	óbito	121	106	120	105	71	101	67	88	97	106	3.077
	(%)	3,9	3,4	3,9	3,4	2,3	3,3	2,2	2,9	3,2	3,4	100
2009	óbito	132	91	115	93	66	104	69	80	95	101	3.074
	(%)	4,3	3,0	3,7	3,0	2,1	3,4	2,2	2,6	3,1	3,3	100
2010	óbito	144	103	89	91	42	118	63	97	88	81	2.708
	(%)	5,3	3,8	3,3	3,4	1,6	4,4	2,3	3,6	3,2	3,0	100
2011	óbito	163	93	116	126	54	121	80	83	93	86	2.555
	(%)	6,4	3,6	4,5	4,9	2,1	4,7	3,1	3,2	3,6	3,4	100
2012	óbito	128	103	121	150	39	88	106	79	92	89	2.838
	(%)	4,5	3,6	4,3	5,3	1,4	3,1	3,7	2,8	3,2	3,1	100
2013	óbito	138	112	140	180	39	71	139	81	105	116	3.115
	(%)	4,4	3,6	4,5	5,8	1,3	2,3	4,5	2,6	3,4	3,7	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Também em destaque no Distrito Federal percebemos uma pequena diminuição para disparo de armas; o infarto do miocárdio ganhou importância bem como a pneumonia e diabetes mellitus.

Em importante destaque temos uma redução muito importante de óbitos por pedestre, pode ser que a faixa tenha contribuído para esse resultado.

Figura 6. Proporção de óbitos masculinos segundo causas específicas no Distrito Federal, 2000 a 2013.



7. DISCUSSÕES

Ainda que o presente estudo tenha a limitação dos dados secundários, este representa um esforço para descrever um cenário importante da nossa sociedade, no que se refere a perfil de mortalidade específico do sexo masculino. Os resultados estão em conformidade com o esperado, os coeficientes de mortalidade masculina são superiores ao feminino segundo demonstrado em dados do Ministério da Saúde pela secretaria de vigilância em saúde relatam coeficientes de mortalidade geral masculino em 2008 de 7,25 para 5,31 em mulheres na região do Sudoeste; 5,98 para 3,75 no Centro-Oeste, não diferente dos resultados no Distrito Federal que constou 5,0 para 3,3 óbitos por mil habitantes.

Os resultados de mortalidade proporcional segundo faixas etárias e sexo revelam diferenças importantes entre os sexos, ao analisa-los percebe-se que as diferenças nos padrões de mortalidade entre o Brasil e Distrito Federal ficam evidentes. Em 2013 os óbitos de menores de cinco anos de idade corresponderam a 3,6% do total de óbitos masculinos e 3,9% do total de óbitos femininos registrados no Brasil; no Distrito Federal essa proporção é de 5,2% e 1,2%, respectivamente. “Os óbitos de crianças são eventos indesejáveis, pois são mortes precoces e na maioria dos casos evitáveis; essa redução pode ser atribuída a melhorias nas condições socioeconômicas, ambientais e acesso aos serviços de atenção básica”. (SAÚDE BRASIL, MS 2009, p 67)

Complementarmente, os óbitos na faixa etária de 60 anos e mais corresponderam a 56,9% do total de óbitos masculinos e 72,5% do total de óbitos femininos registrados no Brasil; no Distrito Federal 49,9% e 69,9%, respectivamente; outros resultados demonstram também maior percentual de óbitos nessa faixa etária para o sexo feminino em relação ao masculino. É de se destacar, e de grande interesse para a saúde, que a proporção de idosos é menor entre os homens. No País, em 2001, 7,8% do total de homens estavam na faixa etária igual a 60 e mais anos e 0,9% tinham no mínimo 80 anos; para as mulheres esses valores foram maiores, respectivamente, iguais a 9,3% e 1,3%. (LAURENTI et al, 2005, p. 37).

Para o Brasil e Distrito Federal é evidente um pico de mortalidade nos homens de idades entre 20 e 29 anos, que não é observado entre as mulheres. Em 2013, os óbitos masculinos nessa faixa etária corresponderam a 6,5% do total de óbitos de homens no Brasil e 8,1% no Distrito federal; 2,0% do total de óbitos de mulheres no Brasil e 2,5% no Distrito Federal. Esse excesso de mortalidade entre os

homens jovens pode ser atribuído, em grande parte, aos óbitos por causas externas, que incluem os óbitos por violências e acidentes; em 2013, as proporções de mortalidade por causas externas no Brasil e Distrito Federal foram: 20% e 24,6%, respectivamente, ocupando a segunda posição de óbitos por causas.

Os principais grupos de causas de óbito no Brasil e Distrito Federal em 2013 foram: doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, nessa ordem; diferenças importantes foram observadas entre o Brasil e Distrito Federal em relação as causas específicas: infarto do miocárdio (15,3%), agressão em disparo de armas (10,5%), pneumonia (9,4%) e diabetes mellitus (6,6%) no Brasil; agressão em disparo de armas (17,5%), infarto do miocárdio (9,8%), pneumonia (5,8%) e diabetes Mellitus (5,7%) no DF; as agressões por armas no DF é bem superior que os resultados demonstrados no Brasil, ocupando assim a primeira posição por causas de mortes específicas; no infarto do miocárdio, a proporção dos resultados do Brasil é superior ao DF, bem como pneumonia de diabetes mellitus.

Um fato que merece destaque é a importante redução na proporção de óbitos por causas mal definidas registrado nos últimos anos. No período 2000-2013 essa proporção reduziu-se de 8,2% para 6,5% no Brasil e de 6,7% para 1,3% no Distrito Federal. A proporção de causas mal definidas é um importante indicador da qualidade do SIM, proporções elevadas sugerem deficiências na declaração das causas de morte e, em outras circunstâncias, nos processos de registro, coleta, crítica e análise dos dados de mortalidade (RIPSA, 2008). Tanto no Brasil (8,2% para 6,5%) como no DF (6,7% para 1,3%) demonstraram uma redução significativa nesses registros.

Uma das diretrizes da PNAISH consiste em “promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor educação, como promotor de novas formas de pensar e agir”; tal medida é de fundamental importância, pois viabiliza intervenções na área da saúde para jovens do sexo masculino que são tão vulneráveis a situações de riscos principalmente por causas externas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma maior compreensão sobre a política de ação integral à saúde do homem e o quão importante é para os homens terem um bom acompanhamento na atenção primária, sendo assegurados seus direitos e respeitados suas particularidades; despertando em cada um a importância do cuidado e da aceitação de suas limitações, tais condutas contribuirão significativamente para melhorias na saúde pública, pois diminuirá atendimentos de doenças graves em decorrência de um tratamento assistido previamente.

Por meio desse estudo foi possível descrever a situação da mortalidade masculina do Distrito Federal e a evolução segundo os principais grupos de causas nos anos de 2000 a 2013, permitindo assim apontar as principais causa de óbitos e em qual faixa etária os óbitos ocorrem com mais frequência. Evidências apontam que homens são vulneráveis, os resultados revelaram que morrem mais homens que mulheres, as principais causas são: doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório; tais óbitos ocorrem com mais frequência nas faixas etárias de 50 a 59 anos e mais de 60 anos.

Nos artigos analisados, revelam que barreiras socioculturais e institucionais, inibem a procura por atendimento nas unidades básicas de saúde desse grupo, pois os mesmos não se identificam com esse ambiente por achá-lo feminino e por ser incompatível entre os horários das atividades de trabalho com o funcionamento dos serviços de saúde, assim, há a necessidade de rever as ofertas de serviços aos homens em idade laborativa, de modo especial sobre a acessibilidade destes. Os gestores precisam levar isso em consideração para assegurar uma melhor atenção a essa classe que precisa de assistência especializada, tais atendimentos precisam ser ofertados de forma integral; ressaltando assim a importância da saúde do homem em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, principalmente os da UBS.

A experiência construída com o presente estudo cria a oportunidade de se aprimorar nas pesquisas direcionadas à saúde do homem e demonstra como ainda há necessidade de desenvolver estudos nessa área, apesar de ter uma política recente para esse grupo específico, não justifica a pouca produção literária. Tais foram as limitações encontradas para a construção do trabalho.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 26 de abr 2016.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. *Physis*, , v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 26 de abr 2016.

COUTO, Márcia Thereza et al . **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 14, n. 33, p. 257-270, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 de abr 2016.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 35-46, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de abr 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. **O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2607-2616, Oct. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de abr 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.

LUIZAGA, Carolina Terra de Moraes; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. **Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007**. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 87-99, mar. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

790X2013000100087&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100009>.

SCHWARZ, Eduardo et al . **Política de saúde do homem**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 108-116, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 de abr. 2016. Epub 11-Dez-2012.

GARCIA, Leila Posenato; SANTANA, Lúcia Rolim. **Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008**. Ciência e Saúde Coletiva, 16(9):3717-3728, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a09v16n9.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2016.

Datatus. **Sistema de Informações de Mortalidade**. Disponível em: <<http://datatus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>> Acesso em 5 de jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação da saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília 2007. Capítulo 9; p 509-539. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf> Acesso em 10 de jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e interacional de prioridades em saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília 2009. Capítulo 2; p 45-71. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf> Acesso em 10 de jun. 2016.